

症例報告

症候性巨大結腸症を呈した総腸間膜症の1例

生方英幸 田 渕 崇 文 川 崎 俊 一  
佐 藤 茂 範 中 田 一 郎 相 馬 哲 夫

東京医科大学霞ヶ浦病院外科学第4講座

**【要旨】** 症候性巨大結腸症および著明な結腸過長症を呈した総腸間膜症の1例を経験したので報告する。症例は38歳女性。主訴は腹部膨満感。近年便秘がちであった以外、既往歴、家族歴に特記なし。腹部単純写真にて左側結腸内ガス像を著明に認め、注腸造影では結腸全体の拡張およびS状結腸過長症、上行結腸の内側偏位がみられた。直腸の narrow segment はみられず、直腸肛門内圧検査は正常であった。主訴軽減を目的に手術を施行。結腸壁は全体に菲薄であり、上行結腸と下行結腸が後腹膜に固定されない総腸間膜症の状態であった。特に拡張が著明であったS状結腸から下行結腸下部を切除し、虫垂を切除、上行結腸を後腹膜に固定し術式を終了した。手術標本による病理検索では、神経節細胞に異常はみられなかった。術後は主訴消失し、経過良好な社会生活が得られている。本症例のような手術例は極めて稀であると考えられ、考察とともに報告する。

はじめに

総腸間膜症は、それ自体は特有の症状がなく、大部分は合併症の症状発現により検索され診断されている疾患である。合併症としては、腸閉塞が多く、腸軸捻転、腸重積も散見されるが、本症例のように症候性巨大結腸症および著明なS状結腸過長症を呈する症例は極めて稀と考えられ、文献的考察とともに報告する。

症 例

患 者：35歳，女性。  
主 訴：便秘，腹部膨満感。  
家族歴：特記すべきことなし。  
既往歴：特記すべきことなし。  
現病歴：平成5年頃より主訴を自覚するも売薬の

下剤服用にて症状の軽快を得られていた。平成8年7月頃より主訴増強したため近医を受診。結腸の著明な拡張を指摘され、平成8年8月 当院へ紹介入院となった。

入院時現症：身長160cm，体重48kg。体格および栄養状態は良好。胸部所見は聴打診上異常なし。眼球結膜に黄疸なく、眼瞼結腸に貧血を認めない。腹部は中等度に膨満していたが、圧痛なく、腸雑音は正常であった。

来院時検査所見：末梢血液生化学検査では異常な値はなく、また便潜血も陰性であった。

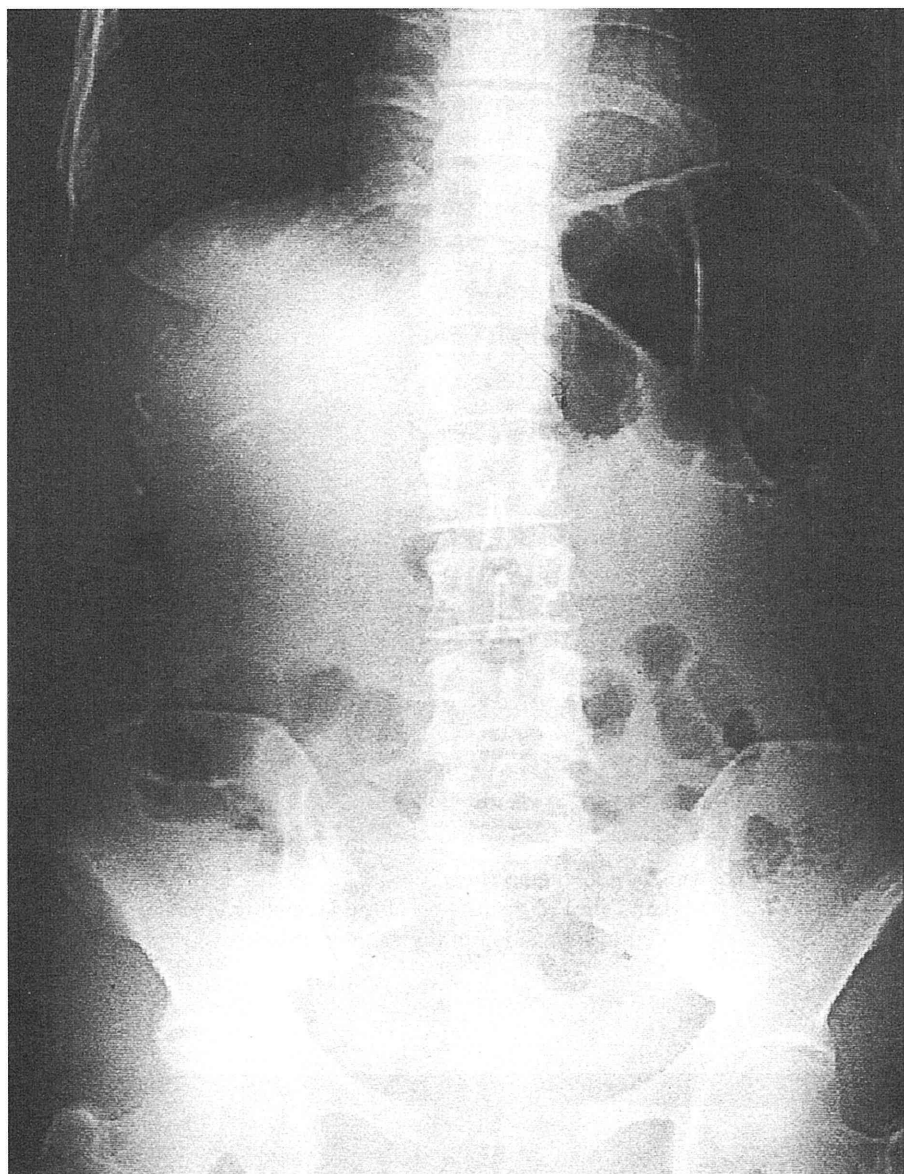
腹部単純X線写真：左横隔膜下に拡張した腸管ガス像がみられた (Fig. 1)。

注腸造影所見：回盲部および上行結腸は内側に偏位しており、過長症を呈するS状結腸が上行結腸の外側に入り込んでいる (Fig. 2；左)。結腸の拡張は全結腸に観察され、腸管径は平均約12cm だっ

1997年12月22日受付，1998年2月16日受理

キーワード：総腸間膜症，巨大結腸症，結腸過長症

(別刷請求先：〒300-0395 茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1 東京医科大学霞ヶ浦病院外科学第4講座 生方英幸)



**Fig. 1** (Abdominal simple X-ray film)  
A remarkable amount of left intrainestinal air was seen below the left diaphragm.

た。直腸には Hirschsprung 病をおもわせるような narrow segment は認めなかった (Fig.2; 右)。

**大腸内視鏡検査所見：**粘膜面は正常所見であったが、腸管の伸展が著明であり、S 状結腸以深へのファイバー挿入は困難であった。直腸および S 状結腸の粘膜生検では、神経細胞等に異常所見はみられなかった。

**直腸肛門内圧検査：**直腸を拡張することにより正常の内括約筋の弛緩反応がみられた。

以上より、Hirschsprung 病の可能性は否定的であり、巨大結腸症および S 状結腸過長症を合併し

た総腸間膜症と診断した。患者に S 状結腸軸捻転の危険があることを説明したところ、主訴軽減のためにも手術をしてほしいとの希望があり、平成 8 年 9 月 4 日手術を施行した。

**手術所見：**正中切開にて開腹。肝および脾結腸靱帯、胃結腸間膜は正常であったが、上行結腸および下行結腸が後腹膜に固定されておらず、小腸と共通の腸間膜をもつ総腸間膜症の状態であった (Fig. 3, 4)。術中所見では、著明に拡張しているのは、S 状結腸から下行結腸下部までで、横行結腸、上行結腸、盲腸の壁は菲薄で緊張感に欠けるものの拡張しては

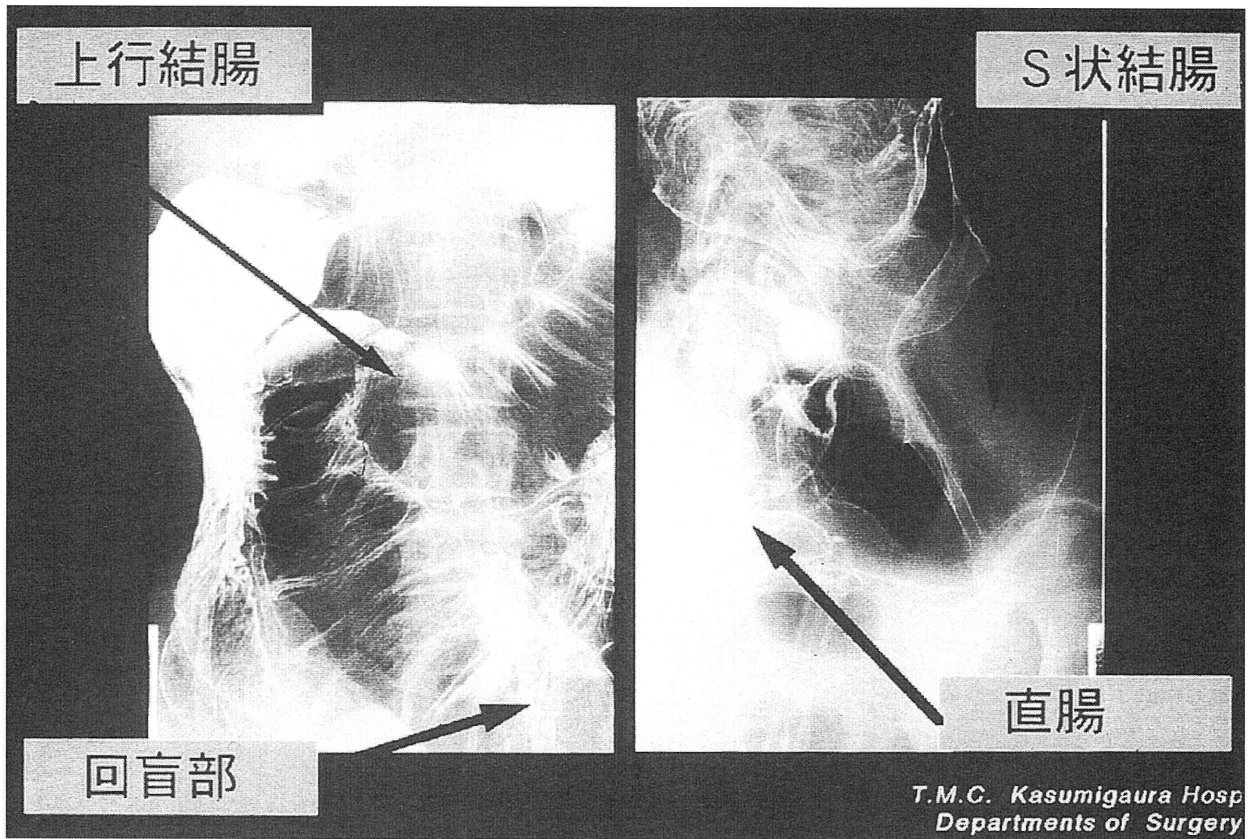


Fig. 2 (Barium enema study)  
Left : Inward dislocation of the ascending colon.  
Right : Elongation of the sigmoid colon.

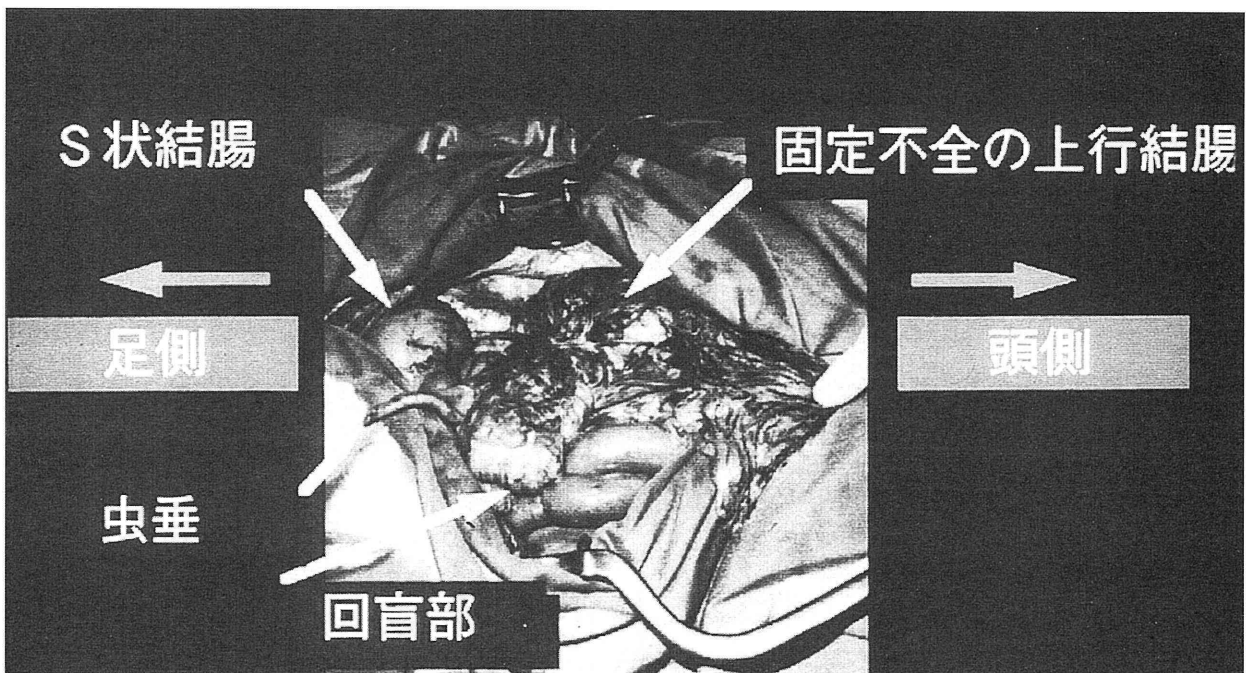


Fig. 3 | Operative photograph | (1)  
Ascending colon was not attached to the retroperitoneum.

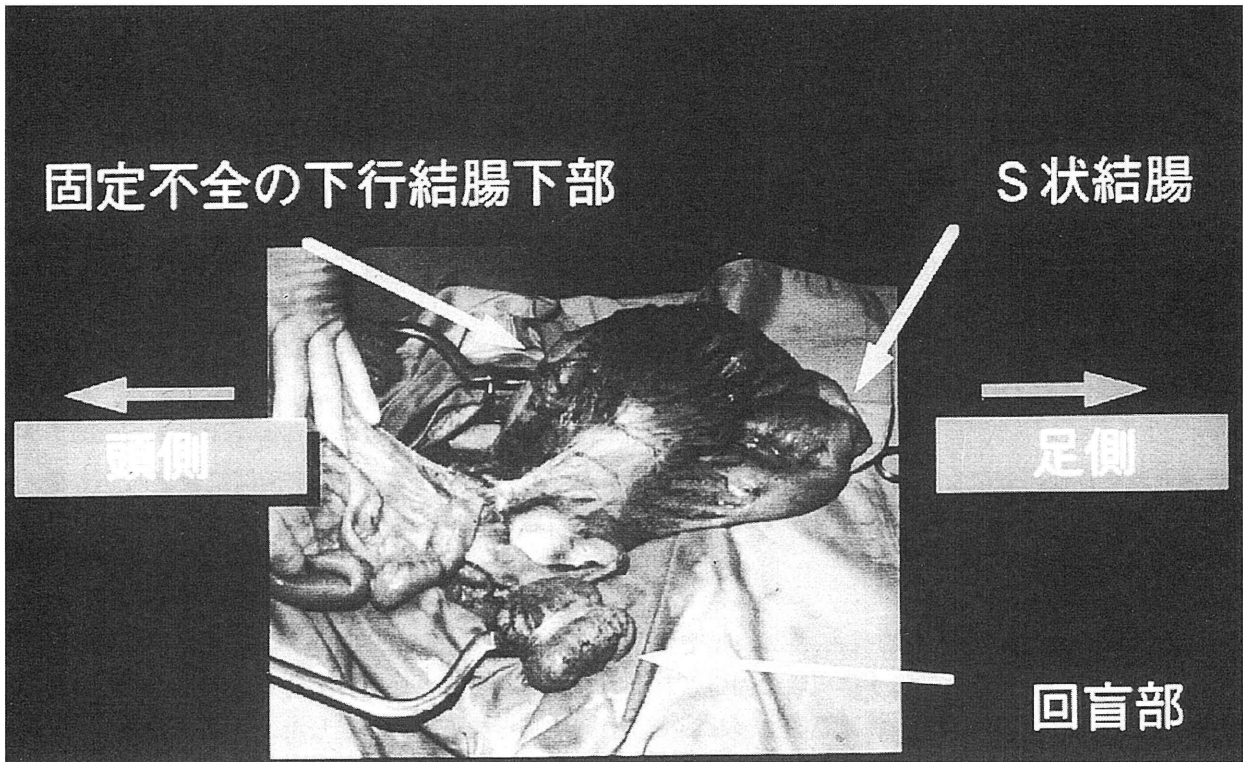


Fig. 4 | Operative photograph | (2)  
 Descending colon did not fixed to the retroperitoneum.  
 Sigmoid colon was significantly dilated.

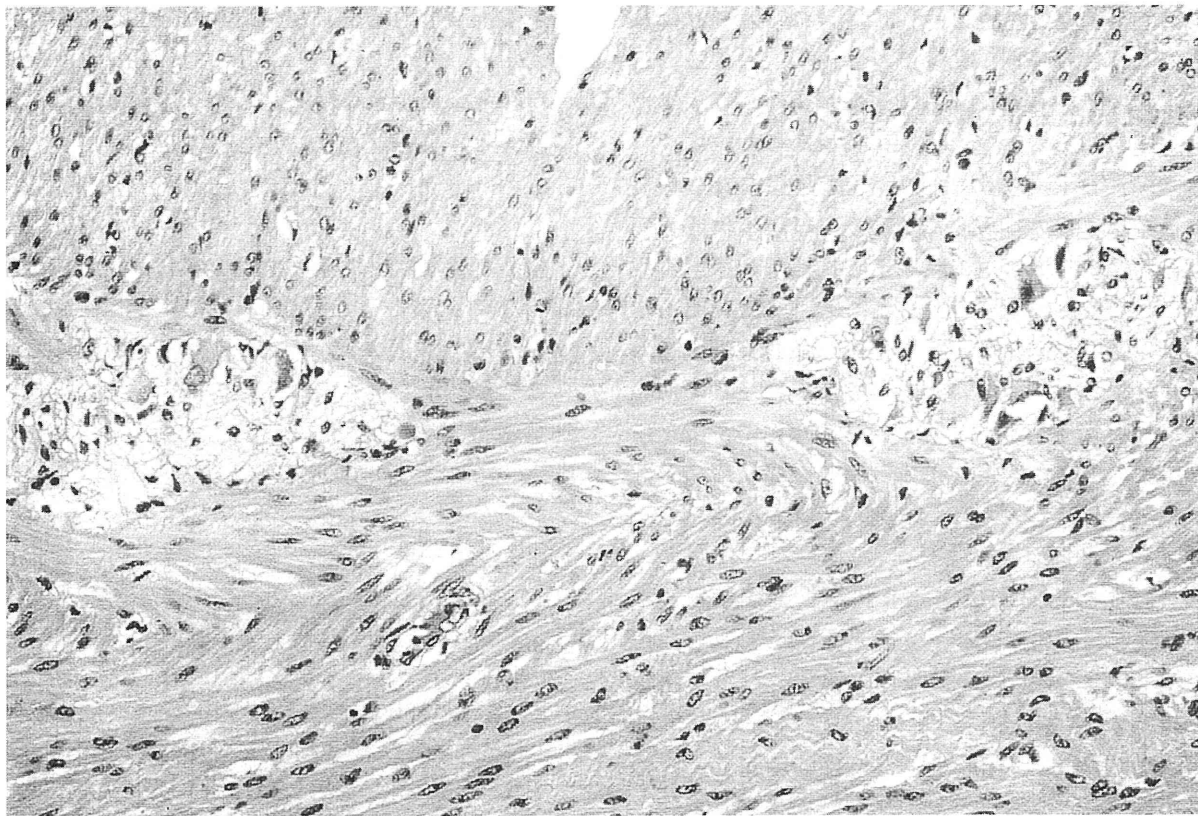


Fig. 5 ( | Histopathological findings; Hematoxylin-eosin stain, | × 100)  
 Histopathological study of the resected specimen disclosed no abnormality in ganglion cells.

見えなかった。S 状結腸は過長状態で、腸間膜の線維化がみられた。トライツ韌帯および小腸、直腸は正常所見であった。S 状結腸および下行結腸下部を切除し端々吻合施行、虫垂を切除し上行結腸を後腹膜に固定した。

**摘出標本：**摘出した標本は、28×12 cm で色調は正常で、肉眼的に虚血性変化等異常はみられなかったが、壁は著明に伸展されていた。

**病理組織像：**病理組織学的には異常所見なく、Auerbach 神経叢にも異常はみられなかった (Fig. 5)。

**術後経過：**合併症もなく経過し、腹部膨満感は消失、便秘も改善し現在外来で経過観察中である。

## 考 察

総腸間膜症とは、胎生期の腸回転異常の一型であり、多くは盲腸および上行結腸が後腹膜に固定されず可動性をもち、小腸と共通の腸間膜をもつ状態である<sup>1)</sup>。本症例のように下行結腸まで固定されず、小腸から直腸までの固定は肝および脾結腸靭帯、胃結腸間膜のみである例はきわめて稀であると考えられる<sup>2)</sup>。総腸間膜症は出生1万人に1人とされている<sup>3)</sup>が、本疾患には特有の症状はなく、大部分は合併症の手術の際に偶然発見されている。合併症としては、腸閉塞、腸重積、腸軸捻症が多く、本症例のような巨大結腸を呈する症例は稀である<sup>1)</sup>。

巨大結腸症には、Hirschsprung 病に代表される先天性疾患と後天性疾患とがあり、後者には原因の特定できない特発性巨大結腸症と疾患に起因する症候性巨大結腸症がある<sup>4)</sup>。本症例は、直腸肛門内圧検査は正常所見であり、注腸造影においても直腸の narrow segment はみられず、摘出標本では正常の神経節細胞がみられたことにより Hirschsprung 病は否定的であった。本症例には激しい症状の発現はなかったが、慢性の便秘および腹部膨満感がみられ、これは総腸間膜症に S 状結腸過長症を合併していたため軽度の腸閉塞状態と S 状結腸軸捻状態が長期間持続して慢性に出現したためと考えられる。術中にみられた S 状結腸腸間膜の線維化は、S 状結腸軸捻症が頻回に起こっていたことを示唆している<sup>5)</sup>。結果として、結腸全体に慢性的に腸管内圧の上昇がみられ、腸壁が伸展し緊張感が欠如していき巨大結腸症を呈したものと考えられた。

巨大結腸の定義には厳密な規定はないものの、松

本ら<sup>6)</sup>は結腸内ガス像あるいは注腸造影所見で、盲腸で最大径 9.0 cm、横行結腸で 5.5～6.0 cm、S 状結腸で 5 cm 以上を巨大結腸と診断しており、本症例はこの規定により症候性巨大結腸症と診断してよいと考えられる。

総腸間膜症の治療は通常、併存する合併症の治療である。本症例では、合併症としては稀な巨大結腸症であった。巨大結腸症の治療もその成因および罹患範囲によって治療方法が異なる。本症例では、巨大結腸を呈したのは全結腸であったため、根治的には結腸全摘、回腸直腸吻合術をすべきとの考え方もあろう<sup>7)</sup>。しかし、結腸全摘は侵襲が大きすぎ、術後の患者 QOL が良好になるとは考え難い。本症例では、S 状結腸過長症および軽度だが慢性的な S 状結腸軸捻症が巨大結腸の主原因と考え、手術時著明に拡張していた S 状結腸と下行結腸下部を切除した。さらに虫垂炎の予防として虫垂を切除し、上行結腸を後腹膜に固定した。上行結腸を固定するかしないかも議論のあるところで、しない方がよいとする根拠に、固定することにより腹腔内にあらたにポケットをつくる可能性があることを危惧する意見もある<sup>1)</sup>が、腸管を本来の位置におき、本来の蠕動による内容移送を得るためには固定した方がよいと考える。

現在術後約半年を経過したが、腹部膨満感、便秘は消失し、良好な QOL が得られている。

## 結 語

極めて稀な症候性巨大結腸症を合併した総腸間膜症の 1 例を報告した。今回我々が選択した方法も QOL の改善の上で意義のあるものであったと考えられるが、本症例のような報告例は少なく、治療方針も確立されていないため、今後慎重に患者を follow up する必要があると思われる。

## 文 献

- 1) 阿久津哲造：総腸間膜症について—日本における本症の統計的観察—。臨床外科 8：585～593, 1953
- 2) 大津一弘, 松村豪晃, 丸山高司, 表原多文, 森田悟, 田原 浩, 平井伸司：総腸間膜症に発生した S 状結腸軸捻症の 1 例—下行結腸間膜の固定異常を伴った症例—。広島医学 45(11)：1752～1754, 1992
- 3) 奥山山治：上腸間膜動脈症候群。臨床消化器内科 4：1189～1193, 1989
- 4) 真島浩聡, 峰 徹哉：巨大結腸症。治療 73：306,

- 1991
- 5) Ballantyne, G.H. : Review of sigmoid volvulus-clinical patterns and pathogenesis-. *Dis. Colon Rectum* **25** : 823~830, 1982
- 6) 松本好市, 鈴木宏志, 北川達士 : 巨大結腸. *medic-ina* **30**(10) : 431~434, 1993
- 7) McCready RA, Beart RW Jr. : The surgical treatment of incapacitating constipation associated with idiopathic megacolon. *Mayo. Clin. Proc.* **54** : 779~783, 1979

## A case of mesenterium commune manifesting as symptomatic megacolon

Hideyuki UBUKATA, Takafumi TABUCHI, Shunichi KAWASAKI,  
Shigenori SATO, Ichiro NAKADA, and Tetsuo SOMA

Fourth Department of Surgery, Tokyo Medical University Kasumigaura Hospital

### ABSTRACT

We encountered a case of mesenterium commune manifesting as symptomatic megacolon and significant dolichocolon.

A 38-year-old female was admitted because of abdominal distension.

Except a recent tendency towards constipation, there was no particular medical or family history. On an abdominal simple X-ray film, a remarkable amount of air was seen in the left side of colon. Barium enema revealed dilatation of the entire colon, elongation of the sigmoid colon and inward dislocation of the ascending colon. No narrow segment of the rectum was seen, and a rectoanal inner pressure test was normal. An operation was performed to alleviate the chief complaint. Upon laparotomy the entire colonic wall was thin, and mesenterium commune, in which the ascending and descending colons did not fix to the retroperitoneum was found. The resection of the part from the sigmoid to the lower part of the descending colon which were significantly dilated was performed. Additionally the appendix was removed, and the ascending colon was fixed to the retroperitoneum. Histopathological finding of the resected specimen represented no abnormality in ganglion cells. After the operation the chief complaint disappeared and the patient has a good social life. This type of operation is rare. It is discussed with reference to the literature.

---

〈Key words〉 Mesenterium commune, Megacolon, Dolichocolon

---