

—症例報告—

肛門嵌頓を来したS状結腸管状絨毛腺腫に対して
腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した1例川島 万平¹ 山下 直行² 湖山 信篤² 山岸 杏彌² 吉田 寛¹¹日本医科大学付属病院消化器外科²坪井病院消化器外科Laparoscopy-assisted Resection of a Sigmoid Tubulovillous Adenoma Prolapsed through the Anus:
A Case ReportMampeï Kawashima¹, Noyuki Yamashita², Nobuatsu Koyama²,
Aya Yamagishi² and Hiroshi Yoshida¹¹Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School Hospital²Department of Gastroenterological Surgery, Tsuboi Hospital

Abstract

A 70-year-old man was admitted to our hospital with sudden hematochezia and an elastic, soft, reddish tumor measuring 40 mm in diameter prolapsed through the anus. The prolapsed tumor was manually repositioned, and subsequent computed colonography revealed it to be a villous tumor located in the sigmoid colon; it was diagnosed as a tubulovillous adenoma on biopsy. After the patient underwent bowel rest, elective laparoscopic resection was performed. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged 12 days after surgery. In this patient, the manual repositioning of the prolapsed tumor enabled effective bowel rest, which in turn meant that minimally invasive surgery could be performed. If it had not been possible to reposition the tumor, emergency surgery would have been unavoidable.

(日本医科大学医学会雑誌 2022; 18: 105-108)

Key words: prolapse, tubulovillous adenoma, laparoscopic surgery

緒言

大腸腫瘍の肛門嵌頓は比較的稀である。用手還納が不可能な場合や腸重積を合併した場合は緊急手術となりうる病態でもある。今回肛門嵌頓を来したS状結腸管状絨毛腺腫に対して、用手的還納後待機的に鏡視下手術を施行しえた1例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

症例

患者：70歳 男性
主訴：肛門からの腫瘍脱出 血便
既往歴：特記事項なし。
現病歴：排便後に肛門から腫瘍脱出を自覚。出血も伴っていたため救急要請し当院へ搬送。
入院時現症：腹部平坦・軟、肛門より径4cm大・

Correspondence to Mampei Kawashima, Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School Hospital, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

E-mail: mampei@nms.ac.jp

Journal Website (<https://www.nms.ac.jp/sh/jmanms/>)



Fig. 1 A large tumor is seen prolapsing through the anus.

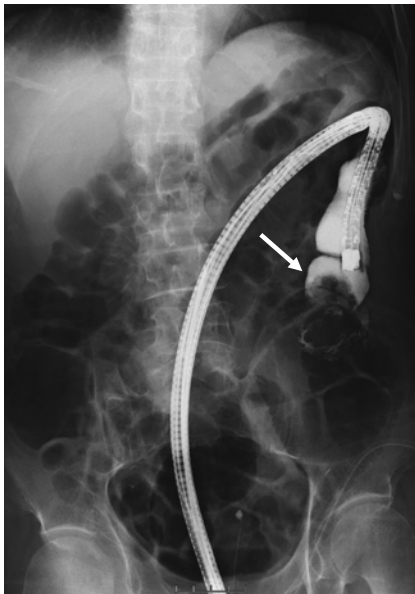
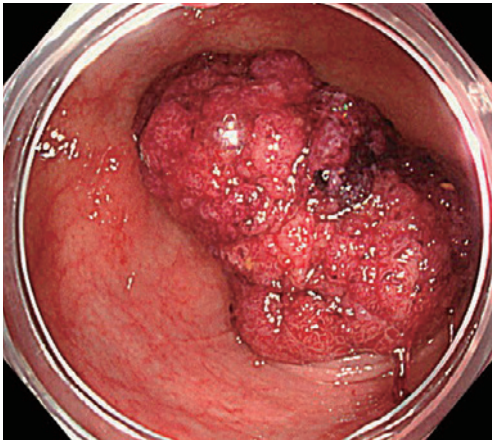


Fig. 2 Colonoscopic examination showed a villous tumor located in sigmoid colon.

弾性軟の出血を伴う腫瘍の脱出を認めた (Fig. 1).

血液検査所見：血液一般，生化学検査で異常は認めなかった。



Fig. 3 Abdominal CT examination revealed a tumor in sigmoid colon.

直腸腫瘍の肛門嵌頓と診断した。病院到着後凡そ30分後，外来で用手還納に成功した。これまで肛門からの腫瘍脱出の既往はなく，また下痢の既往もなかった。

入院当日の夜間に大量の血便があり緊急大腸内視鏡検査を施行したところ肛門縁より50cm口側のS状結腸に肛門嵌頓していた腫瘍を認めた。腫瘍表面よりoozing認めためアルゴンレーザーで止血した。入院二日目翌日止血確認のsecond lookも兼ねて下部内視鏡検査を施行。腸管前処置にはモビプレップ®配合内用剤とジメチコン製剤を用いた。止血及びその他の粗大病変なきことを確認した。

下部消化管内視鏡検査：肛門縁より50cm口側に約40mm大の0-Isp型絨毛状腫瘍を認めた (Fig. 2)。

腹部造影CT検査所見：S状結腸に造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた (Fig. 3)。

病理検査所見：低異型度の管状絨毛腺腫

以上よりS状結腸管状絨毛腺腫の肛門外脱出と診断した。腫瘍の局在からは肛門外脱出時に腸重積も合併していたと考えられたが下部消化管内視鏡検査所見から用手還納時に自然解除されたものと考えられた。十分な腸管安静ののち待機的手術の方針とした。

待機期間中は再嵌頓を防止するため酸化マグネシウム製剤を使用し，排便時過度に腹圧をかけないように指導した。

手術所見：5ポートで手術を開始。腹腔内を観察するとS状結腸は過長であり，また可動性は良好であった。腸管の重積や浮腫，色調不良は認めなかった。術前に施行していた点墨で腫瘍位置を確認。腹腔鏡補助

下S状結腸切除術 (D2 郭清) を施行. 切除標本は臍部創から摘出しえた. 腸間膜や後腹膜の脂肪組織は少なく, 適切な剝離層の維持に少し注意が必要であった. 手術時間は184分. 出血は少量であった (Fig. 4).

病理組織学的所見: 高異型度と低異型度が混在した管状絨毛腺腫の診断であった. 明らかな悪性所見は認めなかった (Fig. 5).

術後経過: 術後合併症なく経過. 術後12日で退院した.

考 察

肛門脱出を来した大腸腫瘍は比較的稀である.

腫瘍を先進部とした腸重積を呈し, 肛門外へ脱出するという病態と考えられている.

成人腸重積症の原因のほとんどが大腸癌, 脂肪腫, ポリープ, リンパ腫などの腫瘍性病変とされ, その他として Meckel 憩室症, 異所性腭組織¹, 腫瘍の増大で



Fig. 4 Sigmoid colon was long. Resected specimen was 24 cm long.

腸管神経叢が刺激されることによる腸運動の異常亢進², 過長な結腸間膜³などがあげられる.

肛門脱出を来したケースの腫瘍の局在としてはS状結腸や直腸が多いが横行結腸ポリープが肛門脱出した症例⁴も認めた.

腸重積を生じ肛門外へ脱出するためには骨盤支持組織や肛門括約筋の脆弱化が関与するため, 分娩, 老化に伴う筋弛緩による骨盤・肛門部の脆弱化が顕著となる高齢女性に多い傾向⁵がある.

自験例は男性ではあるが高齢でBMI 16.2とやせ体型であった. 術中所見として間膜内の脂肪組織量が少なくS状結腸間膜が過長となっており発症の原因の一つと考えられた.

治療の要点としては①肛門脱出部の用手還納②腸重積の解除③腫瘍への治療が挙げられる.

肛門外に脱出した腸重積は重積による圧迫や肛門による絞扼が加わるため腸管虚血や壊死をきたす可能性があり早急な対応が必要である. 過去の報告の多くで腫瘍を含んだ脱出腸管の用手還納が試みられている. 豊田⁶によれば用手還納の成功率は81%であり用手還納の可否として肛門外脱出からの経過時間が挙げられていた. 用手還納のみで腸重積が自然解除されることもある腸重積が残存していた場合は下部消化管内視鏡や注腸造影, 経肛門的イレウス管などを行い腸重積の整復が試みられ, 成功すれば待機手術が可能となる⁷⁻¹². 本症例は肛門外脱出發症後早期に救急搬送されたため用手還納に成功した. 初発の症状であり違和感が強かったため病院受診の決断が速かったものと思われる.

用手還納が不可能であった場合は緊急手術が余儀なくされる. しかし高齢者が多い患者背景からは緊急手術は過大侵襲となりうることや, 腸管の状態によっては一期的吻合ができず, 人工肛門増設が必要となる場

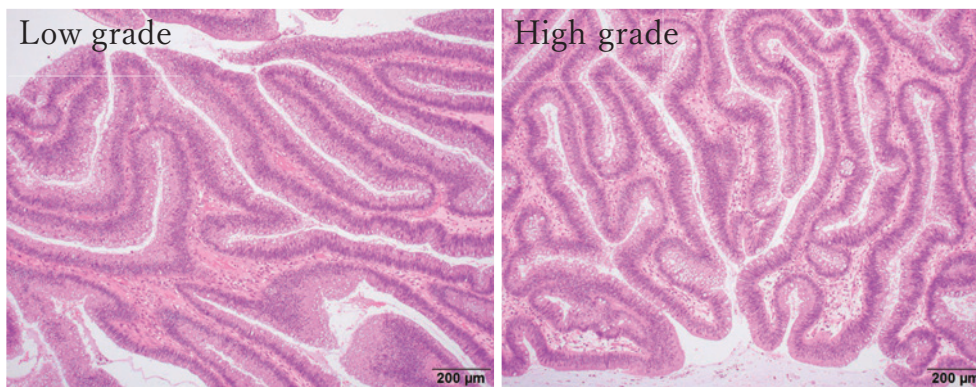


Fig. 5 Microscopic findings showed low and high grade villous adenoma components.

合もあり術後のADL低下は避けられない¹³ことから緊急手術は極力回避が望ましい。また可能な限り正確な局在診断や質的診断・深達度診断を行い、適切な治療方針を決定するためにも極力待機手術とすべきと思われる。

待機手術であれば術前精査の結果を元に柔軟な術式選択が可能となる。

脂肪腫など良性疾患に対して単孔式腹腔鏡手術を実施した報告例¹⁴や肛門縁に近接した絨毛腺腫に対して経肛門手術を実施した報告例¹⁵がある。

いずれも整復に成功し術前検査を行い、腫瘍の質的診断や局在からベストと考えられる術式選択を行っている。

本症例は術前精査を実施しS状結腸に位置する管状絨毛腺腫の診断がつけられた。

大腸絨毛腫瘍は本邦では大腸腺腫の1.3~5.6%と報告されており比較的稀な疾患である¹⁶。

好発部位は直腸が78.4~83.8%と多く次いでS状結腸が5.6~16.2%とされる¹⁷。

自験例では認めなかったが絨毛腺腫からの大量の粘液性下痢と著明な電解質異常を呈するElectrolyte Depletion Syndromeと呼ばれる病態も報告されている¹⁸。

大腸絨毛腺腫の癌化率は約50%前後と高く¹⁹切除の際は術前精査を元に過不足のない術式が望ましいとされる¹⁸。

本症例は腺腫成分が大部分と思われたが癌の合併は否定できなかったため定型的なD2郭清を選択した。

結 語

肛門嵌頓を来したS状結腸管状絨毛腺腫に対して、手動的還納後待機的に鏡視下手術を施行しえた症例を経験した。肛門嵌頓の解除に成功したため詳細な術前検査及び腸管安静を実施することができ、腹腔鏡補助下S状結腸切除術という適切な治療方法を選択することができた。

Conflict of Interest : 開示すべき利益相反はなし。

文 献

1. 橋口陽二郎, 望月英隆: 腸重積症. 外科 2000; 62: 1436-1440.
2. 明石章則, 飯尾雅彦, 吉川幸伸ほか: 結腸脱を併発したと思われるS状結腸悪性リンパ腫の1例. 外科 1983; 45: 863-867.
3. Nesbakken A, Haffner J: Colo-recto-anal intussusception. Acta Chir Scand 1989; 155: 201-204.

4. 谷口清英, 井川和彦, 井川 淳ほか: 腸重積の結果肛門嵌頓状態で発見された横行結腸巨大ポリープの1例. 医療 1996; 50: 303-306.
5. 福井淳一, 岩本慈能, 徳原克治ほか: 完全直腸脱を合併した進行直腸癌の1例. 日本大腸肛門病会誌 2013; 66: 412-415.
6. 豊田 翔, 堀井勝彦, 奥村 哲ほか: 腸重積をきたし肛門外に脱出したS状結腸癌に対し、待機的に腹腔鏡下根治術を施行しえた1例. 日本消化器病学会雑誌 2018; 115: 87-93.
7. 中川国利, 鈴木幸正, 豊島 隆ほか: 肛門外へ脱出した隆起型S状結腸早期癌の1例. 外科 1998; 60: 458-460.
8. 小林成行, 鈴鹿伊智雄, 大橋龍一郎ほか: 腸重積をきたし肛門外に脱出したS状結腸癌の2例. 日本消化器外科学会雑誌 2004; 37: 452-457.
9. 山本秀和, 霜田雅之, 肥田候矢ほか: 肛門外脱出したS状結腸癌に対し自動吻合器を用いて経肛門の切除術を施行した1例. 外科 2004; 66: 1351-1353.
10. 小林慎二郎, 矢川陽介, 櫻井 丈ほか: S状結腸癌が先進部となり肛門外脱出をきたした腸重積の1例. 日本外科系連合学会誌 2008; 33: 772-776.
11. 大澤一郎, 勝峰康夫, 湯浅浩行ほか: 経肛門的イレウスチューブにて整復後に切除しえた腸重積合併S状結腸癌の1例. 日本消化器外科学会雑誌 2009; 42: 105-111.
12. 平山亮一, 高石 瞳, 遠藤幸人ほか: 内視鏡的整復により待機的な手術が可能となった肛門外脱出S状結腸癌腸重積の1例. Progress of Digestive Endoscopy 2015; 87: 178-179.
13. 野々垣郁絵, 砂川祐輝, 中川暢彦ほか: 腸重積をきたし肛門外に脱出した大腸癌の2例. 日農医誌 2019; 68: 71-76.
14. 矢野匡亮, 浜畑幸弘, 小池貴志ほか: 肛門からの脱出で発症したS状結腸脂肪腫に対して単孔式腹腔鏡下S状結腸部分切除術を施行した1例. 日本大腸肛門病会誌 2013; 66: 340-346.
15. 武藤桃太郎, 稲葉 聡, 矢吹英彦ほか: 肛門外に脱出した直腸 villous tumor の1例. 日本大腸肛門病会誌 2015; 68: 29-33.
16. 佐々木喬敏, 王本文彦, 丸山雅一ほか: 大腸 villous tumor 37例の検討. 胃と腸 1982; 17: 1151-1160.
17. 野中道泰, 吉田晃治, 才津秀樹ほか: 大腸絨毛腺腫の3症例. 日臨外会誌 1987; 48: 1886-1891.
18. 矢野匡亮, 小池貴志, 倉持純一ほか: Electrolyte depletion syndrome (EDS) を呈した直腸絨毛腫瘍の1例. 日本大腸肛門病会誌.
19. 中村恭一, 大倉康男, 齊藤 澄: 消化管の病理と生検診断. 2010; pp 375-380, 医学書院 東京.

(受付: 2021年9月9日)

(受理: 2021年9月29日)

日本医科大学医学雑誌は、本論文に対して、クリエイティブ・コモンズ表示 4.0 国際 (CC BY NC ND) ライセンス (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) を採用した。ライセンス採用後も、すべての論文の著作権については、日本医科大学医学雑誌が保持するものとする。ライセンスが付与された論文については、非営利目的の場合、元の論文のクレジットを表示することを条件に、すべての者が、ダウンロード、二次使用、複製、再印刷、頒布を行うことができる。