

## 小腸イレウスを契機に発見された小腸癌の1例

溝田高聖	下島礼子	雑賀三緒
西平守道	林祥子	大島令子
熱田幸司	新谷恒弘	小林秀昭
宮部理香	中山隆盛	白石好
稲葉浩久	森俊治	磯部潔

静岡赤十字病院 外科

**要旨：**症例は腹部手術歴のない60歳代男性。左上腹部痛、嘔気を主訴に救急外来受診し、computed tomographyにて限局性小腸拡張が認められたためPrimary ileusとの診断で同日緊急入院となった。入院後イレウス管挿入し減圧したところ症状改善したためイレウス管をクランプして食事摂取を開始した。経過良好でイレウス管を抜去する前に造影を行ったが再度小腸拡張を認め、Primary ileusの診断・治療目的に手術施行した。腹腔鏡で観察すると索状物や内ヘルニアは認めず、鉗子で小腸内に腫瘤を触れたため開腹し小腸を観察した。小腸漿膜の引き攣れ、小腸間膜にリンパ節腫脹、引き攣れを認めたため小腸癌を疑い腸間膜を含め小腸切除を行った。術後の経過は良好で術後第10病日に退院となった。病理では管状腺癌、リンパ節転移を認めた。今回非常に稀な疾患である小腸癌に起因したPrimary ileusを経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

**Key word：**小腸癌，小腸悪性腫瘍，小腸イレウス，イレウス

### I. はじめに

様々な消化器癌の中で小腸癌は非常に頻度の少ない疾患であり、診断や治療に難渋することも少なくない。無症状で経過することが多いため術前に診断することは困難であり、既に進行して予後不良となっている事が多い。近年内視鏡機器や技術の発達により比較的早期に診断されるケースも報告されてはいるが技術的な問題からやや一般的ではないと言える。今回我々は小腸イレウスを発症した事を契機に発見された小腸癌の1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

### II. 症 例

患者：60歳代 男性

主訴：左上腹部痛、嘔気

既往歴：左尿管結石、高血圧、痔核、大腸ポリープ（開腹手術の既往なし）。

現病歴：受診日当日朝4時に急に左上腹部痛を自覚した。その後間欠的な腹痛があり尿管結石だと思い、救急外来受診。Computed tomography

(CT)にて限局性小腸拡張を認めイレウスの疑いで外科コンサルトとなった。

身体所見：体温36.4℃，血圧161/101 mmHg，脈拍98回/min

視診上ヘルニアを認めなかった。臍左側に中等度圧痛を認めたが反跳痛、筋性防御などの腹膜刺激症状は認めなかった。背部叩打痛は両側とも陰性であった。

血液検査：WBC 11220/ $\mu$ l， Hb 16.9 g/dl，  
Plt 19.2万/ $\mu$ l， TP 7.0 g/dl， AST 28 IU/L，  
ALT 23 IU/L， LDH 208 IU/L，  $\gamma$ -GTP 76 IU/L，  
BUN 9.1 mg/dl， Cre 0.68 mg/dl， Na 140 mEq/L，  
K 3.8 mEq/L， CRP 0.27 mg/dl， PT-INR 0.87，  
CEA 1.41 ng/ml， CA 19-9 43 U/ml

腹部単純X線検査（図1）：臍左に限局性小腸拡張像を認める。

腹部CT検査（図2）：限局性の小腸拡張と壁肥厚を認めるが明らかな閉塞機転は指摘できなかった。ヘルニアも認めなかった。

以上より原因不明ではあるがPrimary ileusの診断で精査加療目的に入院となった。



図1 入院時腹部単純X線写真

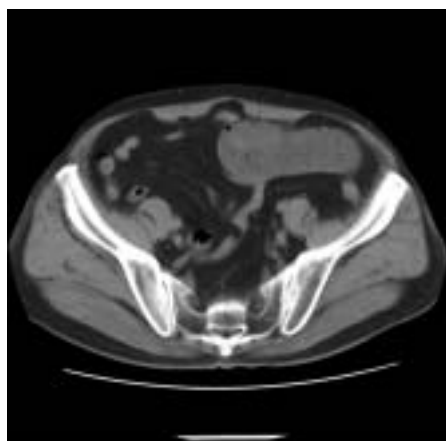


図2 入院時腹部CT検査



図3 入院2日目の腹部単純X線写真  
小腸拡張の増悪を認めている

入院後経過：入院後禁飲食で経過観察していたが2日目の腹部単純X線写真（図3）で小腸拡張の増悪を認めたためイレウス管を挿入した。4日目の腹部単純X線写真（図4）でイレウスの改善を認めなかったためガストログラフィンで小腸造影しながらイレウス管の位置を調整したのち-10 cm H<sub>2</sub>Oで間欠的吸引を行った。ドレナージは良好で小腸拡張が改善したため、9日目から食事開始し経過良好であった。しかし14日目にイレウス管抜去目的に造影検査を行ったところ小腸拡張が再発しており（図5）、保存的加療は困難と判断し診断・治療目的に手術を行う方針となった。

手術所見（入院19日目）：腹腔鏡を使用し腹腔内を観察した。小腸全体に渡って観察したがイレウスの原因となりうる索状物や内ヘルニアは認めなかった。イレウス管の先端よりやや肛門側に鉗子で硬い腫瘤を触知したため小開腹し小腸を腹腔外

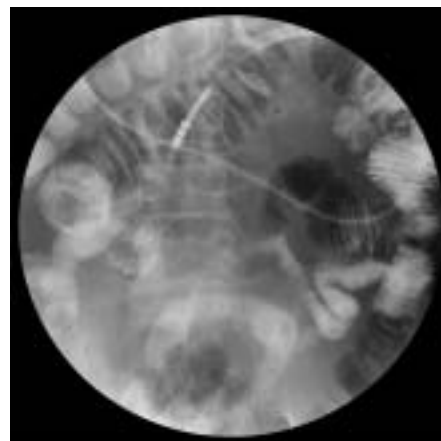


図4 イレウス管の位置調整  
拡張している小腸までイレウス管を抜いた



図5 イレウス管造影  
小腸拡張の再発を認めている

に引き出して詳しく観察した。触知した腫瘍はTreitz靭帯から約120 cmの部分に存在し感触は弾性硬、同部位の小腸漿膜は引き攣れていた。また腫瘍の口側には柔らかい可動性良好な物体が触知された。近傍の腸間膜にもリンパ節腫大と引き攣れを認めており悪性腫瘍が強く示唆されたため、口側5 cm肛門側12 cmのマージンをとってリンパ節腫大のある腸間膜を含め小腸部分切除を施行した。術後に標本を開くと小腸腫瘍の口側にシイタケが観察された。(図6)シイタケが腫瘍により狭窄した小腸を閉塞させ、イレウスを発症させたものと推察できた。

術後経過：経過良好であり、術後第4病日より食事摂取を開始し、術後第10病日退院となった。

病理結果：Tubular adenocarcinoma (Moderately differentiated type) Lymph node biopsy 2/2 +metastatic soft tissue. 樹枝状構造、篩状管腔構造等からなる異形腺管が増生し、浸潤部位では粘液産生性管状腺管が認められた。(図7, 8)

### Ⅲ. 考 察

小腸癌は消化管癌のうち0.3%~4.9%と報告されており非常に稀な疾患である。本邦においては小腸癌のうち腺癌が約33%を占めており、約38%が悪性リンパ腫である。好発部位はTreitz靭帯から60 cm以内の空腸または回盲部より口側60 cm以内の回腸に存在することが多いとされている。組織型としては大多数は高分化型であるが、中分化型、低分化型、粘液癌、扁平上皮癌も存在する。本症例は中分化型腺癌であった。

小腸癌は本症例の如くイレウス症状で発見される事が多いが、実際に術前に診断がつく事は稀である。故にリンパ節転移、肺転移、肝転移、腹膜播種などの転移は多くの症例で見られ予後も不良とされる。

治療方法としては広範囲に及ぶ小腸切除と十分なリンパ節郭清が必要であり、術前に診断がついている事が望ましいと言われている。

本症例では保存的治療によりイレウスは一度改

善したが、腸管内に残っていたシイタケが小腸狭窄部位に嵌頓した事で入院中に直ぐにイレウスが再発した。その結果手術治療に踏み切る事ができ、小腸癌を発見する事ができたと考えられる。イレウスが直ぐに再発しなかった場合は小腸癌の診断がつかず退院してしまった可能性も十分に考えられる。よって原因不明のPrimary ileusの場合は稀な疾患ではあるが小腸腫瘍の可能性も考えて精査を行った方が良いと考えられた。

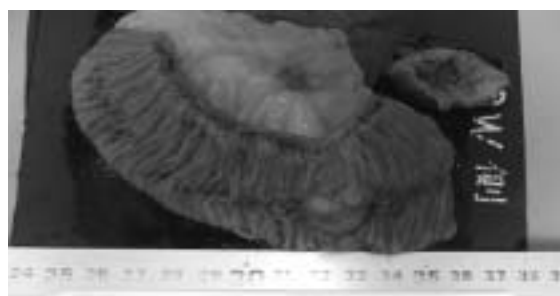


図6 術後検体



図7 病理顕微鏡所見 (40倍)

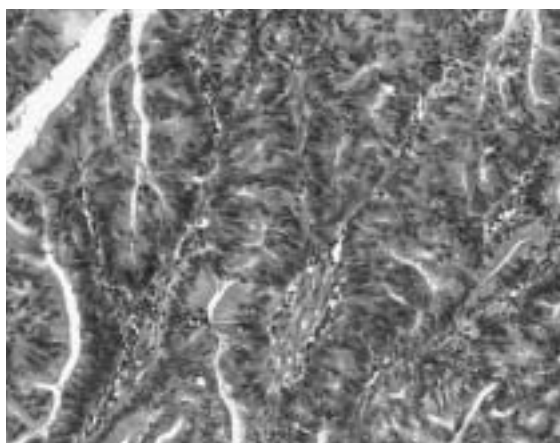


図8 病理顕微鏡所見 (200倍)

#### IV. 結 語

非常に頻度の少ない小腸癌に起因する小腸イレウスを経験した。原因の特定できないPrimary ileusでは小腸腫瘍も念頭におく必要があると考えられた。

#### 参考文献

- 1) Soeda J, Sekka T, Hasegawa S, et al. A case of small intestinal cancer diagnosed by laparoscopy. Tokai J Exp Clin Med 2004; 29(4): 159-162.
- 2) Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, et al. Small Bowel Cancer in the United States. Changes in Epidemiology, Treatment, and Survival Over the Last 20 years. Ann Surg 2009; 249(1): 63-71.

## A case of small bowel cancer which was found with the symptoms of small bowel obstruction

Takamasa Mizota, Reiko Shimojima, Mio Saiga, Morimichi Nishihira,  
Shoko Hayashi, Noriko Ohshima, Koji Atsuta, Tsunehiro Shintani,  
Hideaki Kobayashi, Rika Miyabe, Takamori Nakayama, Koh Shiraishi,  
Hirohisa Inaba, Shunji Mori, Kiyoshi Isobe

Department of Surgery, Japanese Red Cross Shizuoka Hospital

**Abstract** : We report a case of small bowel cancer, a quite rare disease, with the symptoms of small bowel obstruction. A sixty-year-old male without a history of laparotomy presented to the emergency department, because of left upper quadrant pain and nausea. Computed tomography showed a localized dilatation of small intestine, and he was hospitalized with a diagnosis of primary ileus. The small bowel obstruction was resolved after decompression with an ileus tube. He began intake of liquid diet, and advanced gradually. Before removal of the ileus tube, we performed a radiographic contrast study and it showed a recurrence of ileus which suggested a need for surgery. We carefully explored inside the abdominal cavity using a laparoscope, but couldn't find any bands or internal hernias. We could feel a hard mass with the forceps inside the small intestine, and decided to open the abdominal cavity. Because small bowel malignancy was suspected by the macroscopic appearance, we performed small bowel resection with its mesentery. The patient was doing well after the operation, and discharged from the hospital on the 10th postoperative day. Pathological examination showed a tubular adenocarcinoma with a lymphatic metastasis.

**Key word** : small bowel cancer, small bowel malignancy, small bowel obstruction, ileus, primary ileus

---

連絡先：溝田高聖；静岡赤十字病院 外科

〒420-0853 静岡市葵区追手町8番2号 TEL (054) 254-4311 taka\_kom\_89@hotmail.com