

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

日本消化器外科学会雑誌 (2001.06) 34巻6号:628～631.

無痛性腫瘍にて発見された横行結腸間膜放線菌症の1例

稲葉 聡, 新居利英, 矢吹英彦, 唐崎秀則, 富田一郎, 紀野  
泰久, 小原充裕, 里 梯子

## 無痛性腫瘍にて発見された横行結腸間膜放線菌症の1例

遠軽厚生病院外科, 旭川厚生病院病理科\*

稲葉 聡 新居 利英 矢吹 英彦 唐崎 秀則  
富田 一郎 紀野 泰久 小原 充裕 里 悌子\*

無痛性の非炎症性腹部腫瘍にて発見された横行結腸間膜放線菌症の1例を経験した。症例は72歳の女性。主訴は全身倦怠感, 食欲不振。左下腹部に圧痛のない手拳大の硬い腫瘍を触知した。白血球数, CRP は正常範囲で, 便潜血反応(-)であった。CT では左下腹部の腹壁直下に, 繊維性変化を伴い, 不均一に enhance される腫瘍像と, 近接する横行結腸壁の肥厚を認めた。注腸 X 線検査では横行結腸に鋸歯状の全周性不整狭窄像を認めた。経過中に発熱, 圧痛を認めたため脂肪織炎などの炎症性病変に伴う横行結腸狭窄を考えたが, 悪性病変も否定できなかった。腹壁に一部癒着した横行結腸の壁外性腫瘍を認め, 横行結腸部分切除術を施行した。病理学的には放線菌塊が認められ, 横行結腸間膜放線菌症と診断された。本症は術前診断が困難であるが, 腹部腫瘍の鑑別診断として念頭におく必要がある。また, 外科的切除後は原則的には抗生物質の長期投与は必要ないと思われた。

### はじめに

腹部放線菌症は比較的まれな疾患で, 口腔内常在菌である放線菌による慢性肉芽腫炎である。今回, 無痛性腫瘍を触知し, 経過中に発熱, 圧痛が出現した横行結腸間膜放線菌症を経験したので報告する。

### 症 例

患者: 72歳, 女性

主訴: 全身倦怠感, 食欲不振, 体重減少

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9年1月頃から全身倦怠感, 食欲不振が出現した。3月に入り, 体重減少が著明となり当院内科を受診した。左下腹部に手拳大の腫瘍を認め, 精査のため入院となった。

入院時現症: 身長139cm, 体重50.0kg(約7kg 減少), 体温36.5℃, 血圧140/90, 脈拍78/分, 整。意識清明で全身状態は良好であり, 心肺に異常所見を認めなかった。腹部所見では左下腹部に圧痛のない10×8cm 大の表面平滑な可動性のある硬い腫瘍を触知した。

入院時検査成績: 白血球7,200/mm<sup>3</sup>, 血小板28.3万/mm<sup>3</sup>, CRP 0.1mg/dl と正常範囲であった。便潜血反応は陰性であった。その他の血液生化学検査, 尿検査, 腫瘍マーカーに異常を認めなかった。

腹部 computed tomography (CT) 検査: 左下腹部の腹壁直下に, 著明な繊維性変化を伴い不均一に enhance される腫瘍像を認めた。横行結腸と連続して腸管壁の肥厚も認められ, 横行結腸周囲脂肪織の炎症性腫瘍が示唆された。また, 内部に微小石灰化を示唆する high density 像も認められた (Fig. 1)。

注腸 X 線検査: 横行結腸の約10cm におよぶ鋸歯状の全周性不整狭窄像が認められた (Fig. 2)。

大腸内視鏡検査: 横行結腸の同部位に狭窄を認め, 粘膜浮腫と点状出血およびびらんを認めたが, 生検では悪性所見は得られなかった。

入院後経過: 精査中の入院第28病日に, 38℃台の発熱と腫瘍部位の圧痛を認めた。血液生化学検査では, 白血球9,200/mm<sup>3</sup>と CRP 4.5mg/dl の軽度上昇を認めた。抗生物質 (CTM 2g/日) の投与にて, 4日後には解熱し圧痛も消失した。白血球, CRP も正常化した。

以上より, 脂肪織炎などの炎症性病変に伴う横行結腸狭窄を第一に考え, また悪性病変も否定しきれず開腹術を施行した。

手術所見: 左下腹部腹壁に一部癒着した横行結腸の壁外性腫瘍を認めた。腹壁を一部合併切除したうえで, 腫瘍とともに横行結腸部分切除術を施行した。

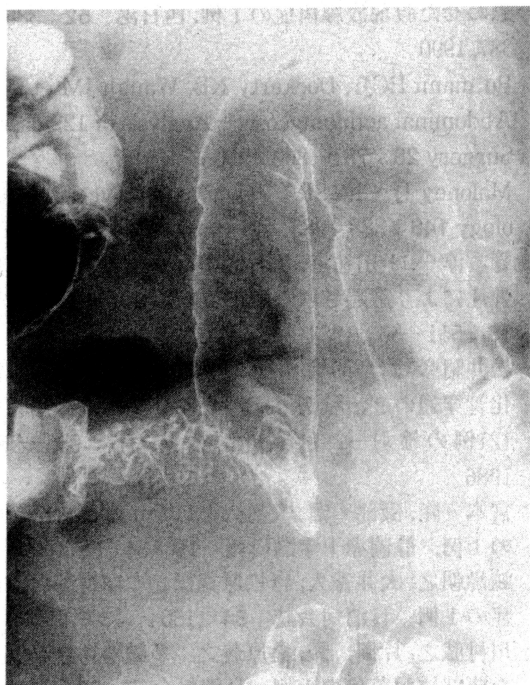
切除標本所見: 横行結腸の壁外性に硬い腫瘍 (8.0×6.0cm) を認め, 粘膜面はひきつれのみであった。割面は灰白色で脂肪組織が混在していた。明らかな異物などは認められなかった (Fig. 3)。

<2001年3月28日受理>別刷請求先: 稲葉 聡  
〒090-0494 北海道紋別郡遠軽町大通北3-1-5 遠  
軽厚生病院外科

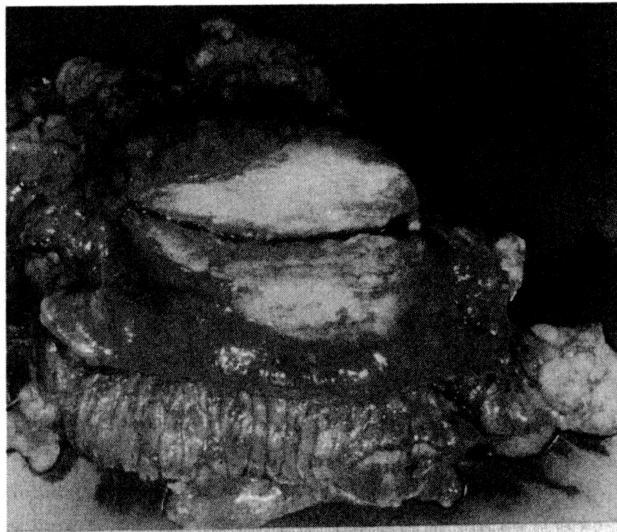
**Fig. 1** (a) Abdominal CT revealed a nonhomogeneous enhanced tumor in the left lower abdominal quadrant. (b) The tumor was adherent to the transverse colon with edema.



**Fig. 2** Barium enema showed an irregular stenotic lesion with serrated changes in the transverse colon.



**Fig. 3** The surgical specimen showed a solid tumor tissue of 8.0×6.0cm out of the wall of the transverse colon.



病理組織学的所見：膿瘍形成を伴う広い炎症巣のなかに、放線菌塊 (Druse) が認められ、放線菌症と診断された (Fig. 4)。

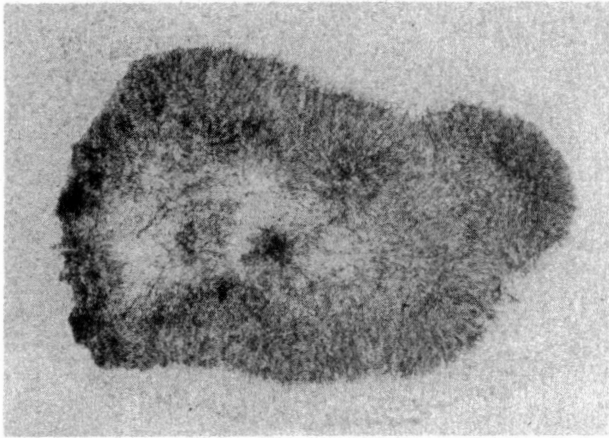
術後経過：術後経過は良好で、術後第8病日から経口摂取開始した。抗生剤投与は、CTM 2g/日を術後7日間行った。術後第28病日に退院し、3年以上を経過した現在も再発の徴候は認められない。

#### 考 察

放線菌症は、*Actinomyces israeli* による慢性化膿性肉芽腫炎である。*Actinomyces israeli* は口腔内、気管内、消化管内に存在するグラム陽性、嫌気性の常在菌であり、ほとんど侵入力はなく、感染の成立には、消化管穿孔・外科手術による粘膜の破壊、嫌気性菌の発育場所となる壊死組織の存在が必要である<sup>12)</sup>。

放線菌症は、顔面頸部型 (約60%)、胸部型 (約15~20%)、腹部型 (約20%)、その他に分類される<sup>3)4)</sup>。腹部放線菌症の発生部位は回盲部、横行結腸に多く、胃・膀胱・S状結腸・腎には少ないとされている<sup>5)</sup>。虫垂炎<sup>6)</sup>、憩室症、大腸手術、子宮内避妊具<sup>7)</sup>、魚骨穿通<sup>8)9)</sup>などが感染の契機となることが多いが、本症例では感染の原因は確定できなかった。宮本らの集計<sup>10)</sup>では、本邦で報告された腹部放線菌症135例中、回盲部が最も多く37例 (27.4%) で、次いで横行結腸が25例 (18.5%) であった。回盲部に多く発生するのは、やはり虫垂炎との関連によるとされてきたが、虫垂炎の診断・治療の進歩と、抗生物質の発達により現在では減少し

Fig. 4 Microscopic examination showed actinomycotic granules (Druse) surrounded by inflammatory cells (Grocott,  $\times 50$ ).



ている。一方、横行結腸に比較的多いのは、憩室炎や手術の頻度を考えると、横行結腸の疾患が関連しているとは考えにくい。むしろ、横行結腸の屈曲や蛇行による腸内容の停滞が要因となるのではないかと推測される。

臨床症状としては、発熱、局所の疼痛、体重減少などがあり、腹痛を伴う腹部腫瘤を主訴とすることが多く、血液生化学検査でも炎症所見陽性であることが多い。本症例のように食欲不振、全身倦怠感を主訴とし、無痛性の非炎症性腹部腫瘤として発見されることはまれである。

注腸造影所見では、管外からの圧排狭窄、鋸歯状の辺縁不整像を認め、粘膜は整で潰瘍形成を認めないものが多いようである<sup>11)</sup>。本症例では横行結腸に鋸歯状の全周性不整狭窄像が認められ、管外性病変の可能性が示唆された。CT所見では、境界不明瞭で内部不均一な不整形腫瘤像を呈することが多く、特徴的所見は少ない<sup>12)</sup>。CT検査は質的診断よりも病変の周囲臓器との関連において有用であると考えられる。魚骨穿通による放線菌症症例では、CTで異物を示唆する high density 像を認めた報告<sup>13)</sup>もある。本症例でも微小石灰化を示唆する high density 像が認められたが、切除標本内には魚骨などの異物は認められなかった。

放線菌症の確定診断には病理学的検索が必要であり、術前診断率は低く、鑑別診断はきわめて困難であるとの報告が多い。鑑別診断すべき疾患として上げられるのは、腸間膜脂肪織炎や炎症性腸疾患、びまん浸潤型結腸癌、悪性リンパ腫、憩室炎などがある。また開腹術の既往があれば、絹糸を核として生ずる炎症性

大網腫瘍や腹腔内遺残ガーゼなども鑑別診断に含まれると考えられる。本症例も炎症性腫瘍を第一に考え、画像診断上は腸間膜脂肪織炎を疑ったが、びまん浸潤型結腸癌を完全に否定するには至らなかった。

治療としては、外科的切除と抗生物質による薬物療法の組み合わせが必要とされている。放線菌の増殖に適した嫌気的条件下を有する壊死組織を除去するために外科的切除が必要であり、また病巣は乏血性で薬剤が浸透しにくいいため、抗生物質の長期、大量投与が必要といわれてきた<sup>14)</sup>。しかし、外科切除後に標的病変がないと考えられる状態での抗生物質の長期投与は疑問である。抗生物質の長期投与を行わず、再発を認めない症例も報告<sup>15)</sup>されており、本症例でもセフェム系抗生物質を術後7日間投与したのみであるが、3年以上を経過した現在も再発の兆候はない。外科的に十分切除しえた場合は、抗生物質の長期投与は必要ないと思われた。

#### 文 献

- 1) 池本秀雄, 渡辺一功: 放線菌症. 国府達郎編. 新内科学大系55. 中山書店, 東京, 1975, p3-11
- 2) Bruce SG, Victor WF: Abdominal actinomycosis: A complication of colonic perforation. *Dis Colon Rectum* **21**: 374-376, 1978
- 3) Cope VZ: *Actinocyces*. 1st Ed. Oxford University Press, London, 1938, p17
- 4) 川島健吉, 星 和夫, 藤森繁春ほか: 放線菌症. 診断と治療 **50**: 215-225, 1962
- 5) 杉元幹史, 野村伊作, 武田繁雄ほか: 尿管腫瘍を思わせた腹部放線菌症の1例. *西日泌* **52**: 386-387, 1990
- 6) Putmann HC Jr, Dockerty NB, Waugh JM et al: Abdominal actinomycosis—Analysis of 122 cases. *Surgery* **28**: 781-800, 1950
- 7) Maloney JJ, Cho SR: Pelvic actinomycosis. *Radiology* **148**: 388, 1983
- 8) 管 淳一, 上田祐滋, 亀井隆史ほか: 誤嚥された魚骨片により惹起された腹壁放線菌症の1例. *臨外* **39**: 551-553, 1984
- 9) 松井昭彦, 岡島邦雄, 川西端哉ほか: 魚骨による消化管穿通の2治験例—症例報告ならびに本邦報告121例の検討—. *日臨外医会誌* **47**: 955-961, 1986
- 10) 宮本 隆, 磯部 潔, 大島久徳ほか: 腹部放線菌症の1例. *静岡赤十字病研報* **19**: 84-89, 1999
- 11) 鮫島朝之, 大井秀久, 唐仁原寛ほか: 回盲部放線菌症の1例. *日消病会誌* **84**: 1304-1309, 1987
- 12) 川村弘之, 片岡 誠, 桑原義之: 多臓器切除を要した腹部放線菌症の1例. *日消外会誌* **26**: 1100-

- 1104, 1993
- 13) 丹羽篤朗, 三井敬盛, 森山 悟ほか: 術前診断しえたS状結腸穿通による腹部放線菌症の1例. 日消外会誌 29: 2195—2199, 1996
- 14) Wagensteen OH: The role of surgery in the treatment of actinomycosis. Ann Surg 104: 752—770, 1936
- 15) 井山 薫, 綿引 元, 齊藤雅之ほか: 大網放線菌症の1例. 日消病会誌 92: 894—898, 1995

### A Case of Transverse Colon Actinomycosis Detected by a Painless Abdominal Tumor

Satoshi Inaba, Toshihide Arai, Hidehiko Yabuki, Hidenori Karasaki,  
 Ichirou Tomita, Yasuhisa Kino, Mitsuhiro Obara and Teiko Sato\*  
 Department of Surgery, Engaru Kousei Hospital  
 \*Department of Pathology, Asahikawa Kousei Hospital

A case of actinomycosis of the transverse colon was reported. A 72-year-old woman admitted to our hospital for general fatigue and loss of appetite, was found to have a fist-sized hard, non-tender tumor in the left lower abdominal quadrant. Leucocytes, thrombocytes and CRP were within normal ranges. Abdominal computed tomography (CT) showed a edematous nonhomogeneous enhanced tumor adhering to the transverse colon. Barium enema showed an irregular stenotic lesion with serrated changes in the transverse colon. At laparotomy, a solid tumor protruding from the transverse colon wall was resected together with part of the colon. Actinomycosis was determined pathologically from findings of sulphur granules (Druse). Definitive pre-operative diagnosis for this disease is extremely difficult, and Actinomycosis should be considered in managing abdominal tumors of unknown origin.

**Key words** : transverse colon actinomycosis, painless abdominal tumor

[Jpn J Gastroenterol Surg 34 : 628—631, 2001]

**Reprint requests** : Satoshi Inaba Department of Surgery, Engaru Kousei Hospital  
 N3-1-5 Odori, Engaru-cho, Mombetu, Hokkaido, 099-0494 JAPAN