

AMCoR

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

日本臨床外科医学会雑誌 (1995.12) 56巻12号:2637～2640.

急性汎発性腹膜炎にて発症した小腸のmesenteric panniculitisの1例

加藤一哉、松田 年、青木裕之、葛西眞一、水戸迪郎、小林達男

症 例

急性汎発性腹膜炎にて発症した小腸の
mesenteric panniculitis の 1 例

旭川医科大学第 2 外科 (主任: 水戸 勉 教授)

加藤 一 哉 松田 年 青木 裕 之
葛西 真 一 水戸 勉 郎
北見小林病院
小林 達 男

腸間膜脂肪織炎 (Mesenteric panniculitis) は、比較的にまれな疾病である。今回われわれは、急性汎発性腹膜炎にて発症した膿瘍形成を伴った小腸の腸間膜脂肪織炎を経験したので報告する。

症例は65歳、男性で主訴は下腹部痛、理学的所見では左上腹部に5cm×4cmの弾性軟の腫瘤を触知し、かつ腹部全体に筋性防御および Blumberg's sign を認めた。腹部エコー検査、CT 検査にて cystic component を形成した low density mass が左上腹部に認められた。血液検査所見では、著明な炎症反応を示したため緊急手術を施行した。手術所見では小腸の腸間膜脂肪織炎が進行し、膿瘍を形成しその一部が穿孔したための急性汎発性腹膜炎と診断され、腸間膜膿瘍とともに空腸の一部を切除した。急性汎発性腹膜炎にて発症した非常にまれな、小腸の腸間膜脂肪織炎の 1 症例を報告した。

索引用語: 急性汎発性腹膜炎, 小腸 (空腸), 腸間膜脂肪織炎 (mesenteric panniculitis)

緒 言

腸間膜脂肪織炎 (mesenteric panniculitis) は、腸間膜脂肪組織に生じる本邦では稀な、かつ原因不明の非特異的炎症性疾患である。今回われわれは、急性汎発性腹膜炎にて発症した小腸間膜脂肪織炎を手術的に加療し得た 1 症例を経験したので若干を文献的考察を加え報告する。

症 例

症例: 65歳, 男性。

主訴: 左下腹部痛。

既往歴: 1967年に胃潰瘍にて胃切除術を施行した。

現病歴: 1993年9月下旬に上記を主訴に当科を受診し急性汎発性腹膜炎の診断にて当科入院となった。

入院時現症: 身長165cm, 体重56kg, 血圧126/76 mmHg, 脈拍84回/分であり、眼球および眼瞼結膜には黄疸はないが、軽度の貧血を認めた。また頸部表在リンパ節は触知しなかった。腹部理学的所見では筋性防御および Blumberg's sign を認め、左側上〜中腹部に弾

表 1 入院時検査所見

WBC	15.5×10 ⁹ /mm ³	GOT	18 IU/l
RBC	3.72×10 ⁶ /mm ³	GPT	76 IU/l
Hb	9.0 g/dl	γGPT	34 IU/dl
PLT	36.1×10 ³ /mm ³	CRP	14.4 mg/dl
TP	7.3 g/dl	ATIII	84 %
Alb	3.8 g/dl	HPT	97 %
TB	0.3 mg/dl	CEA	8.7 ng/ml
ALP	295 IU/l	AFP	5.0 ng/ml
		CA 19-9	5.0 U/ml

性軟の腫瘤を触知した。また左下腹部に一致して著明な圧痛が存在した。肝、脾は触知せず腹水も認められなかった。

入院時検査所見 (表 1): 末梢血検査では白血球増多、軽度の貧血および CRP の著明な亢進が見られた。生化学的検査では、ALP が軽度上昇している以外は正常範囲であった。また腫瘍マーカーでは carcinoembryonic antigen (CEA) が 8.7ng/ml とやや高値を示していた。

立位腹部単純 X 線写真 (図 1): 左上腹部から左傍

1995年1月30日受付 1995年10月6日採用

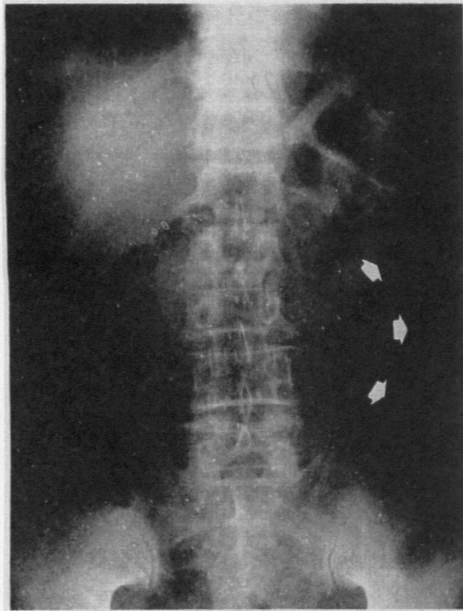


図1 立位腹部単純X線写真：左側腹部に軟部腫瘤陰影を認める。

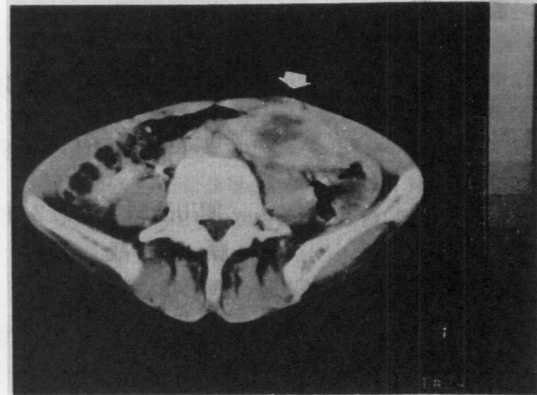


図3 腹部CT検査：左側腹部に low density area を認め、内部に cystic region が存在した。

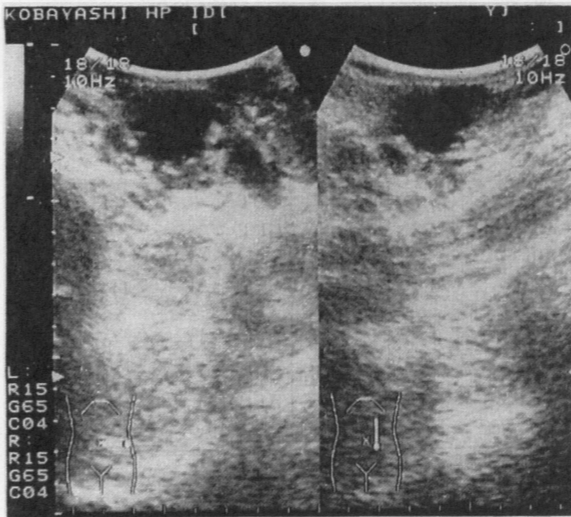


図2 腹部Echo検査：腫瘍は low echoic pattern と high echoic pattern が混在し、内部は不整であった。

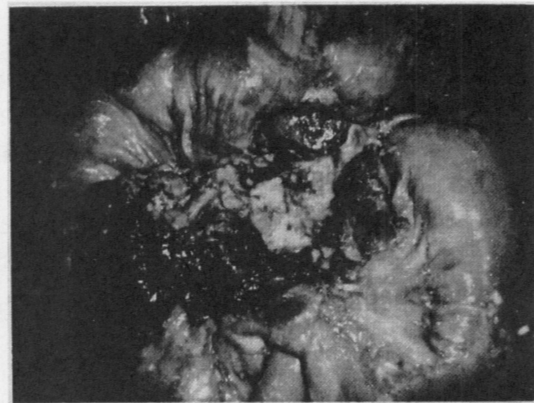


図4 切除標本：空腸間膜が著明に肥厚し膿瘍を形成しており、その一部が穿孔していた。

臍部にかけて軟部腫瘤陰影を認め、下行結腸は左側に圧排されているが石灰化等は認められなかった。

腹部超音波断層検査 (Echo) 所見 (図2)：左上腹部の腫瘍に一致して腸管係蹄間の正常脂肪織よりもわずかに低エコーを示す腫瘍が認められ、さらに中心部は

low echoic pattern を呈し、周囲は high echoic pattern を示し内部構造は不整であった。

腹部 computerized tomography (CT) 検査所見 (図3)：左側上腹部の腸間壁の肥厚および腸間膜に一致して low density mass を認め、一部 cystic region を呈していた。下行結腸との境界は明らかではないものの腸間膜に発生した腫瘍が疑われた。また Douglas 窩には少量の腹水の貯留が認められた。以上より、小腸または小腸の腸間膜に発生した腫瘍の穿孔による急性汎発性腹膜炎の術前診断のもとに緊急手術を施行した。

手術所見 (図4)：上腹部正中切開にて開腹した。腹腔内精査では下腹部および Douglas 窩に膿汁が貯留していた。Treitz 靱帯より肛門側約20cmより約60cmにわたり小腸の腸間膜が肥厚、硬化、発赤し一部に膿

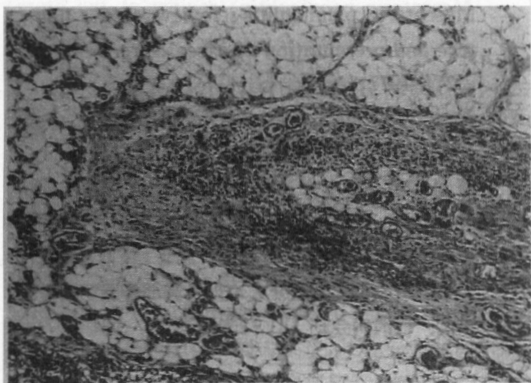


図5 病理組織学的所見：脂肪組織内は線維形成とともに著明なリンパ球，組織球のびまん性浸潤を認めた (HE, ×100)。

瘍を形成しており，その膿瘍壁の一部に穿孔が認められた。また近傍腸間膜リンパ節の腫大も認められ，同部の小腸も発赤，浮腫が著明で広範囲に癒着しており，用手的に剝離を試みるも腸間膜脂肪織より膿の流出が認められたため，病変部空腸を膿瘍を含め小腸の腸間膜を広範囲に切除した。

病理組織学的所見(図5)：空腸の漿膜側および腸間膜にフィブリンの析出および好中球の著明な浸潤を認めた。Fatty necrosis および foamy histocyte の増殖を伴い，脂肪織隔壁の繊維化が強くみられ小腸の腸間膜脂肪織炎と診断された。

考 察

腸間膜脂肪織炎 (mesenteric panniculitis) は，1960年に Ogden らにより報告されて以来，本邦においても症例報告が散見されつつある。その報告例は亀山ら²⁾によれば，1994年までに46例を数えるのみである。本疾患は retractile mesenteritis³⁾，granuloma of the mesentery⁴⁾，isolated lipodystrophy⁵⁾，liposclerotic mesenteritis⁶⁾と種々の病名にて診断されていたが1975年 Reske⁷⁾によりこれらの疾病は同一であることが指摘された。現在は mesenteric panniculitis の名称が一般的に使用されている。一般に発症年齢は4歳から72歳までと広く分布しているが，50歳以降の男性に多い傾向にある。主訴は腹痛，腹部腫瘤が多く，次に発熱がよくみられる。しかしながら自覚症状が43%に認められなかったという報告もなされている⁸⁾。本症例の場合は腸間膜脂肪織炎が膿瘍化し，この一部が腹腔に穿孔して急性汎発性腹膜炎の症状を呈した非常に稀な発症様式であった。臨床検査所見としては本症に

特異的なものではなく，炎症所見を示す白血球増加，CRP陽性が主なものである。発生部位としては，Drustら⁹⁾によれば欧米では小腸の腸間膜に多いとされるが，本邦においてはS状結腸間膜の発生が比較的多くみられており小腸の腸間膜に発生した症例は18例を数えるのみである²⁾。消化管造影検査の所見としては腸管壁の硬化，狭窄，伸展不良等が認められるが⁹⁾，本症例の場合は小腸閉塞の症状はなかったが，空腸が一塊となっていた。本症例は緊急手術を施行したため小腸造影を施行していないが，これらの造影所見も特異的なものではなく，消化管の炎症性疾患である潰瘍性大腸炎，Crohn病等との鑑別診断が必要となる。本症の原因としては，細菌感染¹⁰⁾，アレルギー，外傷，過去の腹部手術⁹⁾等が推定されているが，いまだ不明な点が多い。しかしながら，本邦においては手術既往をもつ症例が41%にみられており²⁾，本症例も26年前に腹部手術を受けており，手術との何らかの関連が強く示唆された。治療法としては保存的療法としてのステロイド，抗生物質，免疫抑制剤などの投与が行われてきたが，まだ確立されていないがゆえ外科的切除の報告²⁾が多い。しかし最近では，自然治癒傾向も見られるため保存的¹¹⁾に，または病変部を空置する手術術式¹²⁾にて良好な結果を得たとの報告が散見されるようになってきた。したがって，今回のわれわれの症例のような急性汎発性腹膜炎にて発症した症例は外科的治療が第1選択となるが，消化管の閉塞症状がない症例や，また病巣が限局的のものは，まず保存的に加療するのが良いと考えられた。

結 語

急性汎発性腹膜炎にて発症した非常に稀な小腸の腸間膜脂肪織炎の1症例を文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) Ogden WW, Bradburn DM, Rives JD: Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg* 151: 659-665, 1960
- 2) 亀山秀人, 李 雨元, 李 雅弘他: 診断に難渋したS状結腸間膜脂肪織炎の1例. *日臨外医学会誌* 55: 954-959, 1994
- 3) Tedeschi CG, Botta GC: Retractable mesenteritis. *New Eng J Med* 266: 1035-1040, 1962
- 4) Weeks LE, Block MA, Hathaway JC, et al: Lipogranuloma of mesentery producing abdominal mass. *Arch Surg* 86: 615-620, 1963
- 5) Crane JT, Aguilar MJ, Crimes OF: Isolated

- lipodystrophy, a form mesenteric tumor. *Am J Surg* 90 : 169—172, 1955
- 6) DeCastro JA, Calem WS, Papadakis L: Liposclerotic mesenteritis. *Arch Surg* 94 : 26—29, 1967
- 7) Reske M, Mamiki H: Sclerosing mesenteritis. *Am J Clin Path* 64 : 661—667, 1975
- 8) Kipter RE, Moertel CG, Dahlin DC: Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med* 80 : 582—588, 1974
- 9) Drust AL, Freund H, Rosenmann E, et al: Mesenteric panniculitis; review of the literature and presentation of cases. *Surgery* 81 : 203—211, 1977
- 10) Jura V: Sulla mesenterite retraterite. *Policlinicz (Sez. Prat)* 31 : 575—581, 1924
- 11) 藤岡正樹, 松本好市, 入山圭二他: Mesenteric panniculitis の 1 例. *胃と腸* 16 : 905—910, 1981
- 12) 佐藤輝彦, 鎌野俊紀, 近藤慶一郎他: 術前に診断し人工門造設にて治療せしめ得た腸間膜脂肪織炎の 1 例. *日消病会誌* 81 : 2582—2587, 1984

A CASE REPORT OF MESENTERIC PANNICULITIS OF THE JEJUNUM DEVELOPING PANPERITONITIS

Kazuya KATO, Minoru MATSUDA, Hiroyuki AOKI,
Shinichi KASAI, Michio MITO and Tatsuo KOBAYASHI*

Second Department of Surgery, Asahikawa Medical College

*Kobayashi Hospital

Mesenteric panniculitis is infrequently encountered. It is nonspecific inflammatory process involving the adipose tissue of the mesentery. A 65-year-old man presented with a lower abdominal pain. Physical examination at admission showed a diffuse tenderness with Blumberg's sign entire the abdomen and a soft mass was palpated in the left upper quadrant. Echographic study and computerized tomography showed a low density area with a cystic component in the jejunal mesentery. Blood laboratory studies showed 15,500/mm³ of leucocytes and 14.4 mg/dl of CRP. An emergency operation was performed with an acute panperitonitis. The mesentery of the jejunal region was thickened, rubbery, and consisted of several pearly gray-to-pink masses building through the adherent serosa with a perforated cystic component. A part of the jejunum was resected with the inflamed mesentery. Pathologically the resected specimen was diagnosed as mesenteric panniculitis of the small bowel.