

診 療

回盲部, S状結腸, 子宮, 卵巣, 卵管に発生した子宮内膜症の1例

東京女子医科大学産科婦人科教室

村山啓三郎 村上 光恵 宇都宮 道
東館 紀子 河西 洋 大内 広子

Key words: Intestinal endometriosis • Genital endometriosis

はじめに

腸管子宮内膜症は、欧米ではかなり報告されているが本邦では現在迄30数例である。回盲部, S状結腸, 子宮, 卵巣, 卵管に発生した子宮内膜症は殿田らの報告例(1975)⁵⁾と本例の2例であろう。術前に診断し得なかつたこの極めて希な子宮内膜症を経験したので報告し, 腸管子宮内膜症を中心として若干の文献的考察を加えたい。

症 例

患者は42歳の未妊婦である。主訴：不正出血と月経痛。家族歴：特記することなし。既往歴：25歳, 虫垂切除術。月経歴：初経15歳, 周期25日型・順調, 持続5日間。現病歴：20歳頃より増強する月経痛があり, 昭和56年4月より時々不正出血と便秘(1回/週)を認めるようになり, 同年10月11日当科を受診した。初診時所見：子宮は前傾前屈, 手拳大, 硬く, 子宮筋腫の診断であつた。同年11月10日, 子宮筋腫の手術を目的として入院した。入院時現症：体格, 栄養は中等度, 体温・脈拍・血圧は正常で, 貧血は認められなかつた。心肺に理学的異常所見はなく, 腹部は平坦で腫瘤は触知せず圧痛もなかつた。入院時検査成績：一般血液検査, 血液生化学検査, 出血傾向検査, 検尿, PSPテスト, 心電図に異常なく, HBs抗原および梅毒血清反応は陰性であつた。以上の所見から, 昭和56年11月11日手術を行つた。手術所見と手術様式：腹腔内に出血や腹水を認めず, 子宮前壁と大網および子宮側壁, 両側卵巣と骨盤腹膜が強固に癒着, 子宮後壁や骨盤腹膜などに子宮内膜症の播種状小塊があり, 子宮は手拳大, 右側卵巣は鶏卵大の嚢腫, 左側卵巣は鵝卵大のチョコレート嚢腫で, 回盲部に母指頭大の非常に硬い数個の腫瘤と

S状結腸に鶏卵大よりやや小さい同様な腫瘤が1個認められた。慎重に癒着剝離後, 先ず単純子宮全摘出術および両側卵巣嚢腫・卵管摘出術を行つた。腸管腫瘤は子宮内膜症によるものと考えられたが, 悪性腫瘍の疑いもあつたので second look operation を考慮して回盲部・S状結腸切断術とその端々吻合術が当院外科によつて施行された。

写真1 上方：回盲部切除標本, 下方：S状結腸切除標本

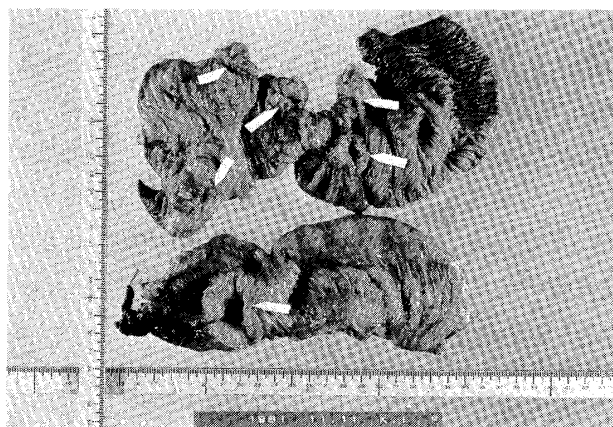


写真2 回盲部の組織像。左側上方に腸管粘膜, 筋層内に島状の子宮内膜組織がみられる。

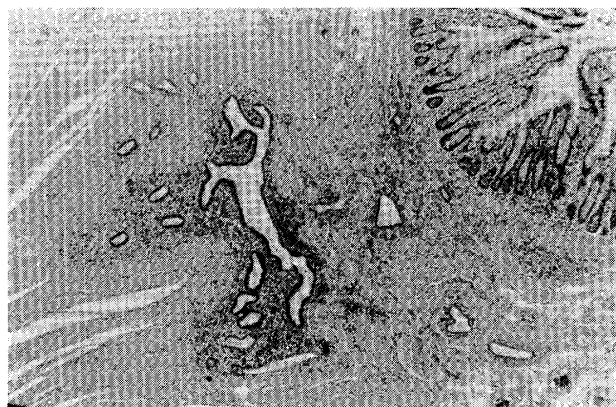


写真1の上方のものは回盲部切除標本で数個の非常に硬い母指頭大の結節性腫瘤を、下方のものはS状結腸標本で1個の鶏卵大よりやや小さい同様な腫瘤を示す。ともに粘膜面である。病理診断：(1)子宮腺筋症、(2)左側卵巢子宮内膜症、(3)右側卵巢類皮嚢胞腫、(4)左側卵管子宮内膜症、(5)腸管子宮内膜症。写真2は回盲部の病理組織像で、左側上方に腸管粘膜があり、筋層内の島状子宮内膜組織を示している。術後経過：順調で約1カ月半後に退院した。

考 察

子宮内膜症の好発年齢は30～35歳で、外性子宮内膜症は平均40歳である。腸管子宮内膜症は23～48歳に多いといわれるが⁶⁾、自験例は42歳であつた。婦人科疾患のうち子宮内膜症の占める割合は、本邦では6.6～6.8%、欧米では8～20%であり、白人に多い⁷⁾。子宮内膜症の臓器別発現頻度は、内外の文献とも性器に関するものが約70%以上を占めており³⁾、その多発部位からあげると子宮(43.5%)、卵巢(20.7%)、骨盤腹膜(11.7%)、直腸・S状結腸、卵管・子宮靱帯、直腸子宮中隔、膀胱、膀胱腹膜、子宮頸部、膣、腹壁、小腸、回盲部、虫垂、臍帯、ヘルニア嚢、陰唇、開腹術瘢痕、リンパ節、肺、肋膜、四肢の順であり殆どの部位に認められている⁸⁾。腸管子宮内膜症の本邦報告例⁶⁾は、現在迄自験例を含めて35例位であり、直腸・S状結腸、特に直腸前壁に多い。欧米では、腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の平均12%で直腸・S状結腸に多いことは本邦と同様である²⁾。また、腸管子宮内膜症は分娩経験のない婦人に多いことが知られているが¹⁴⁾、自験例も未産婦であつた。

子宮内膜症の発生機序には、周知のように

(1) 直接深部増殖説 direct implantation theory, (2) 経卵管移植説 transtubal theory (Sampson, 1921), (3) 転移移植説 metastatic theory, (4) 腹腔上皮化生説 coelomic metaplasia theory (Meyer, 1909), (5) 胎生上皮遺残説 embryonal rest theory がある。これらのうち、回盲部子宮内膜症に対する最も妥当な説は腹腔上皮化生説であろうが決定的な証拠に欠けている。

子宮内膜症の進行期分類には、Huffman (1951), Beecham (1966), Acosta et al. (1973)のものが知られているが、本例のような腸管浸潤や frozen pelvis はこれらの分類の第IV期または重症例に相当する。腸管子宮内膜症は一般に漿膜から浸潤する形をとるが壁内または粘膜に及ぶものは少なく、このために臨床症状を呈することは稀で、開腹して漿膜の小結節が偶然にみつかることが多い¹³⁾¹⁴⁾。腸管子宮内膜症からイレウスを起こした例は欧米ではかなり報告されているが、本邦では極めて少ない⁴⁾。また、Sampson の criteria を満たす腸管子宮内膜症の悪性化も報告されている⁹⁾。

子宮内膜症と不妊との関係は、安藤ら¹⁾によれば、内性子宮内膜症では原発性不妊37.5%、続発性不妊66.7%、習慣性流産87.5%、外性子宮内膜症では原発性75%、続発性50%であり、Ponka et al.¹⁵⁾は結腸子宮内膜症の24%が不妊であるという。

子宮内膜症の症状は、一般に月経困難症、月経不順、月経時下腹痛・腰痛、月経過多、機能性出血、性交痛、不正出血などである。腸管子宮内膜症の症状はその発生部位や病巣の浸潤程度によつて異なる。子宮内膜浸潤が漿膜迄であれば、無症状であることが殆どである¹⁴⁾。病巣が筋層に及べば、月経時またはそれと関係なくみられる間欠的な便秘と下痢、月経前に増悪し、月経開始とともに楽になる周期性排便痛・排気痛を訴えることが多い¹³⁾。さらに、腸機能不全、細便、腹満感、嘔気・嘔吐などの狭窄症状が起こり得る¹³⁾¹⁴⁾。本例は浸潤が筋層に及んだものであるが、組織像からわかるように腸管腔は正常に保持されていて、子宮筋腫あるいは性器子宮内膜症のみの症状であつた。腸管閉塞が生ずればイレウスとなる⁴⁾。病巣が粘膜に及べば、タール様便、血性下痢、テネスマス、腸管出血、軟便などがみられるようになる⁸⁾。これらの症状が月経とともに出現する場合にはおおよその診断はつけられるが、月経と無関係のときは困難である。

腸管子宮内膜症が疑われるときには次のような検査が行われる。(1) 内診・指診・触診。直腸で

は、その前壁に索状硬結を触知することが多く、横行結腸では、臍上部に横走する移動性のない硬い腫瘤を、回盲部では、右下腹部に圧痛性腫瘤を触れることがある⁵⁾⁷⁾。(2)注腸検査。病変が粘膜面に及ぶことが少ないため確実な情報の得られることは少なく正常所見が多い²⁾⁷⁾⁸⁾¹³⁾。子宮内膜症の所見は、鋭利な境界を示す陰影欠損、可動性に乏しい病変部、全週性辺縁平滑狭窄像、壁外性圧迫像、たち上りのなだらかな隆起性病変であるが⁶⁾¹³⁾、粘膜像に線維化によつて生じる横走隆線 transverse ridging や網目状構造がみられれば、これらは子宮内膜症に特徴的な所見になるという⁶⁾。鑑別を要する最も重要な疾患は大腸癌であるが、これでは粘膜破壊像が認められる⁵⁾⁷⁾¹²⁾。(3)内視鏡検査。直腸鏡検査、ファイバースコープなどが行われるが、これらも注腸検査と同じ理由から確実な所見の得られることは少ない。(4)便潜血反応。浸潤が粘膜面に及べば陽性となり得る⁸⁾。(5)その他。診査開腹術(生検や凍結組織片の病理検査など)や超音波検査(触知腫瘤の部位と構造一充実性あるいは嚢胞性の確認、胃腸管腺癌にみられる牛眼像 bull's eye pattern の有無)が行われる。

腸管子宮内膜症の診断は、以上の所見を総合してなされるが、手術時の凍結切片標本または摘出標本の病理検査でつけられることが多い²⁾⁴⁾⁵⁾⁸⁾¹⁴⁾。鑑別診断すべきものには、悪性腫瘍、潰瘍性大腸炎、腸結核、腸管ポリープ、腸管憩室炎、カルチノイド、クローン氏病、アメーバ症などがあるが⁸⁾¹²⁾¹⁴⁾¹⁶⁾、特に回盲部子宮内膜症と鑑別すべきものは虫垂炎、炎症性肉芽腫、悪性腫瘍である³⁾。

子宮内膜症の治療として、手術療法、ホルモン療法などが行われるが、これらはその発生部位と病巣の大きさ、症状の程度、患者の年齢、挙児希望の有無等を考慮して慎重に決定されるべきものである。手術療法における腸管切除術の適応は、(1)悪性の疑いがあるとき、(2)腸管症状のあるとき、(3)憩室炎に非常に類似するとき、(4)確実な生検診断の得られないときである^{6)11)~13)}。自験例の回盲部・S状結腸切除術は比較的大きな硬

い腸管腫瘤の発育によつて将来その閉塞症状の発現が予想されたことおよび悪性の疑いがもたれたことのために行われた。限局性で狭窄症状がなければ腫瘤を含む腸壁一部切除術、全周性で腸閉塞症状や高度な便通障害を示す場合には腸切除・吻合術で良好な結果が得られている⁶⁾。術中凍結組織切片の病理検査を行つて、悪性腫瘍として過大侵襲を加えないようにするべきである⁶⁾⁷⁾。腸管子宮内膜症は、性器子宮内膜症をその殆どの場合に合併するから婦人科で開腹、発見されることが多いが、腸管の手術操作には一般外科医との協力が必要とされる。なお、若年婦人では卵巣全摘出術を行うと更年期症状の発現、また後年、高血圧、冠動脈硬化などの頻度が高くなる⁸⁾ので正常卵巣部はできるだけ保存するように心掛けるべきであろう。ホルモン療法は、手術を必要としない若年婦人や術後の再発あるいはその予防のために行われる¹⁶⁾。estrogen 療法は子宮内膜組織を刺激してそれを増殖させたり、乳癌や子宮体癌の発生を促進する恐れもあるので現在では殆ど使用されていない。progestin や estrogen・progestin 療法は子宮内膜症の症状と徴候を改善することが知られているが腸管子宮内膜症には有効でない症例が報告されている^{12)~14)}。Danazol(17 α -ethinyl-testosterone の誘導体)は、子宮内膜症の自覚症状の軽減や妊娠の成立に薬効を示し最近注目されている。この効果は、その投与量と投与期間に依存し副作用は軽度である¹⁰⁾。子宮腺筋症にはそれほど有効でないらしいが¹⁰⁾、腸管子宮内膜症では、症状の改善と腫瘤の縮小が起りかなり期待がもたれている¹⁴⁾。

文 献

1. 安藤 勝也, 小池皓式, 平田 修: 子宮内膜症の統計的観察. 日不妊会誌, 20: 102, 1975.
2. 石原歳久, 大原敬二, 山崎 東, 翁 伯東, 富田 一郎, 綿貫 詰: 結腸エンドメトリオーシスで腸閉塞をきたした1例. 臨床外科, 34: 745, 1979.
3. 松林富士男, 佐藤薫隆, 東 慶紀, 野田宏子, 岡本絢子: 虫垂と肺に発生した子宮内膜症の1治験例. 外科診療, 19: 1514, 1977.
4. 中島 洋, 喜多島豊三, 小島俊彦, 小沢啓邦: 腸閉塞を起こした直腸子宮内膜症の1例. 医療, 35: 247, 1981.
5. 殿田重彦, 勝見正治, 浦 伸三, 三島秀雄, 勝部

- 宥二, 森本悟一, 榎本光伸, 山口敏朗, 松本考一, 宇多弘次: 興味ある腸管 Endometriosis の1例. 大腸肛門誌, 28: 9, 1975.
6. 豊島 広, 坂本隆文, 渡辺 昇, 喜島健雄, 太中弘, 武村民子, 雨森良彦: 腸管子宮内膜症について—自験5症例と本邦報告例の検討—. 大腸肛門誌, 34: 1, 1981.
 7. 内田善仁, 藤田 潔, 針間 喬, 河野 裕, 青山 栄, 小田原満, 渡辺正俊, 竹本忠良, 小田悦郎: 大腸子宮内膜症の1例. Gastroenterological Endoscopy, 22: 799, 1980.
 8. 山際裕史, 福西茂二, 入山圭二, 竹村 渥: 消化管子宮内膜症. 手術, XXXIII: 725, 1979.
 9. 山田紀彦, 北村 脩, 田村勝洋, 小切匡央, 井村寿男, 玉置 勉, 城田貞夫, 天野 殖: 直腸S状結腸エンドメトリオーシス癌化の1治験例—世界報告5例の検討—. 日外会誌, 82: 284, 1980.
 10. *Ingerslev, M.*: Danazol: An antigonadotrophic agent in the treatment of recurrent pelvic and intestinal endometriosis. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 56: 343, 1977.
 11. *Meyer, W., Sailer, R., Horst, W.V.D., Lenz, D. and Breuer, W.*: Chirurgische Therapie der Dickdarm-endometriose. Munch. Med. Wsch., 122: 415, 1980.
 12. *Meyer, W.C., Kelvin, F.M. and Jones, R.S.*: Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. Arch. Surg., 114: 169, 1979.
 13. *Michowitz, M., Lazarovici, I., Hammar, B. and Solowiejczyk, M.*: Endometriosis of the colon. Postgrad. Med. J., 57: 334, 1981.
 14. *Pillay, S.P. and Hardie, I.R.*: Intestinal complications of endometriosis. Br. J. Surg., 67: 677, 1980.
 15. *Ponka, J.L., Brush, B.E. and Hodgkinson, C.P.*: Colorectal endometriosis. Dis. Colon Rectum, 16: 490, 1973.
 16. *Prexl, H.J. und, Vilits, P.*: Pathogenese, Klinik und Therapie der Dickdarm-endometriose. Zbl. Chir., 101: 1112, 1976.

(No. 5155 昭57・9・6受付)