

症例報告

子宮手術40年後に発症した回腸膣瘻の一例

A CASE OF ENTEROVAGINAL FISTULIZATION AFTER 40 YEARS OF HISTERECTOMY

中垣 裕介
Yusuke Nakagaki坂上 英充
Hidemitsu Sakagami小林 厚志
Atsushi Kobayashi谷津 高文
Takafumi Yatsu千坂 賢次
Kenji Chisaka浅井 真人
Mahito asai斉藤 裕樹
Hiroki Saito

Key Words : Enterovaginal fistula, Ileus, Hysterectomy

はじめに

腸膣瘻とは小腸と膣、あるいは大腸と膣がさまざまな原因により瘻孔化（内瘻）した病態を指す。腸膣瘻では直腸膣瘻が最も多いとされるが、回腸膣瘻は極めて稀である。今回、40年前の子宮全摘後S状結腸間膜への回腸の嵌入から膿瘍腔を形成し、イレウスにより発症した症例を経験したので報告する。

症 例

患 者：87歳，女性

主 訴：下腹部痛

既往歴：子宮摘出（47歳，詳細不明），胆石胆嚢炎にて胆嚢摘出術（76歳），脳梗塞（79歳）

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：2004年3月8日より下腹部痛が出現し前医受診。3月9日の腹部単純X線写真にてイレウスを疑われ当院紹介，CTにて胃，小腸，大腸の著明な拡張を認め入院となる。

身体所見：身長145 cm，体重42 kg，血圧98/48 mmHg，脈拍数72 /min，体温37.3℃，腹部全体に圧痛所見を認める。

入院時検査所見：血算にてRBC 259 /mm³，Hb 8.7 g/dl，と貧血を認める。また，生化学にてAlb 2.1 g/dlと低栄養を認めており，BUN 87.8 mg/dl，CRE 2.34 mg/dl，K 2.8 mEq/dlと腎機能障害，電解質異常を認め，CRP 22.7 mg/dlと高度の炎症所見を認める（表1）。

腹部単純X線写真（第1病日）：腸管の拡張が認められる。

腹部単純CT検査（第1病日）：小腸及び大腸の拡張を認める。（図1，2）

腹部単純CT検査（第9病日）：上部消化管の拡張は改善されているが，骨盤内の腸管の拡張は改善されていない。（図3）

ガストログラフィン造影（第16病日）：イレウス管よりガストログラフィンを用いて造影したところ，回腸からcavityを介し，腸管とは異なる判別困難な腔を介して膣に造影剤が流入し，排出された。肛門から胃管を挿入して注腸造影を施行したが，cavityと直腸が連続している所見は認められない。（図4，模式図，図5）

腹部単純CT検査（第14病日）：腸管からcavityへイレウス管の先端が入っており，判別困難な腔より膣へ繋がる瘻孔の存在が確認された。（図6）

下部消化管内視鏡検査（第17病日）：S状結腸及び直腸において粘膜面の変化はなく，瘻孔形成を示唆する所見は認められなかった。

下部消化管内視鏡検査時ガストログラフィン所見（第17病日）：深部大腸における瘻孔形成との関連は認められなかった。

入院後経過：イレウスに対しては絶食にて管理され，イレウス管を挿入し，抗生物質の投与を開始した。その後上部消化管の拡張は解除され，第14病日には肺炎も軽快したが，炎症所見は改善を認めなかった。（表2）第15病日には膣から排便が続いていることが判明し，産婦人科にコンサルトしたところ，直腸膣瘻と診断されたが，直腸膣瘻とイレウスとの関連が明らかになっておらず，直腸膣瘻の成因を検索するため，第16病日にガストログラフィン造影を施行した。その結果回腸膣瘻と診断された。治療方針として，腎不全，低栄養，脳梗塞とリスクファクターはあったが，膣から排泄された便培養の結果MRSA感染が確認されており，消化管内の感染症，排便コントロール不能，

表 1

臨床検査所見	
血算	生化学
WBC 3300 /ml	T-P 5.7 g/dl
RBC $259 \times 10^4 / \text{mm}^3$	Alb 2.1 g/dl
Hb 8.7 g/dl	T-BIL 1.3 mg/dl
Plt $12.6 \times 10^4 / \text{ml}$	ALP 200 IU/l
	GOT 27 IU/l
	GPT 22 IU/l
凝固系	LDH 221 IU/l
PT 78.3 %	γ GTP 40 IU/l
APTT 28.1 sec	BUN 87.8 mg/dl
	CRE 2.34 mg/dl
	Na 141 mEq/l
	K 2.8 mEq/l
	Cl 91 mEq/l
	CRP 22.7 mg/dl

表 2

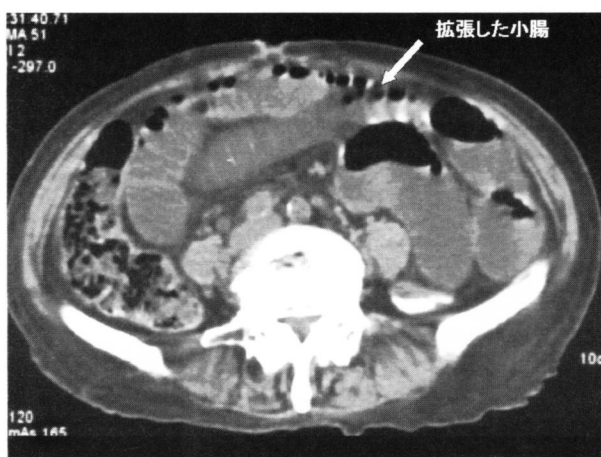
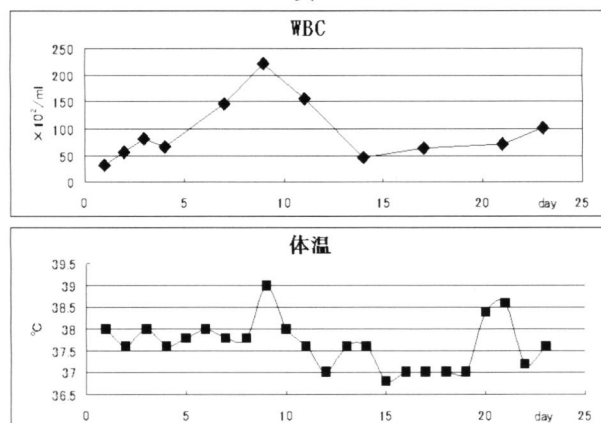


図 1

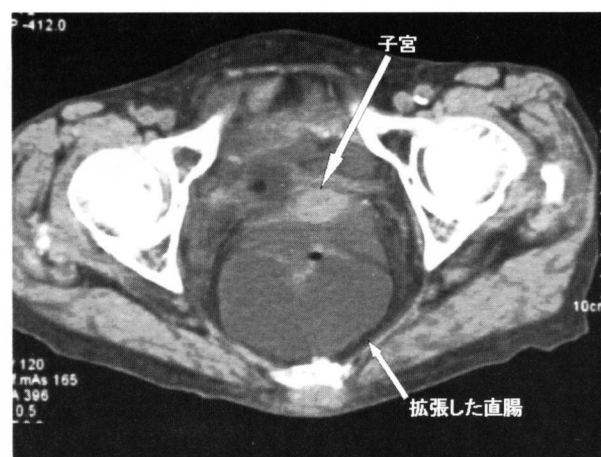


図 2



図 3

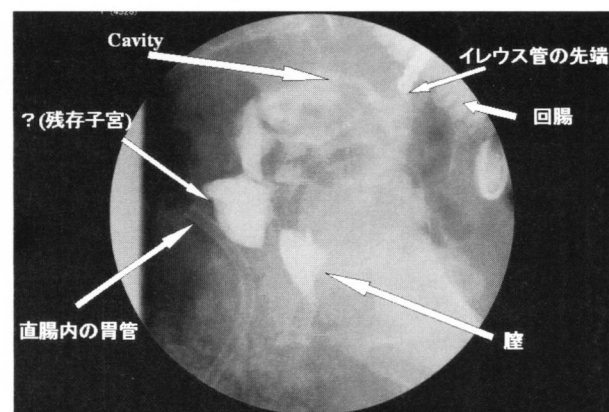


図 4

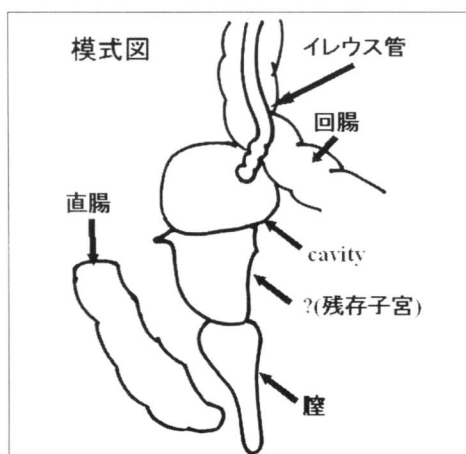


図 5

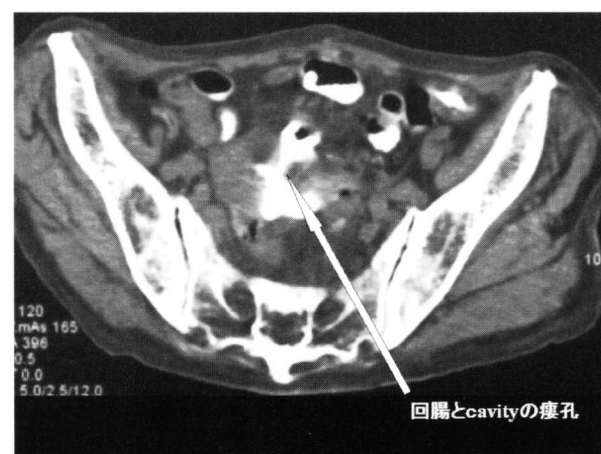


図 6

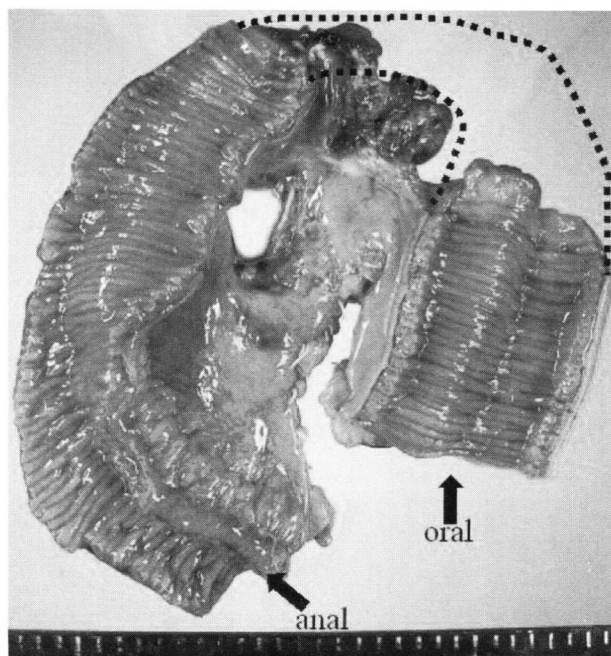


図 7

会陰部の発赤，びらんによりQOLが著しく低下していたと考えられるため，QOL改善を期待し，当院外科に紹介し，第25病日に回腸切除及び端々吻合術を施行された．術後良好な経過をたどり，会陰部の発赤，びらんも改善が認められたため，第58病日に退院となった．現在再発を認めていない．

摘出標本：回腸がS状結腸間膜に嵌入し，壊死に陥っていた．この部分が膿瘍腔を形成し，遺残した子宮と瘻孔を形成していた．(図7, 模式図, 図8)

病理組織所見：ヘルニアによる腸管の破壊炎症像が見られる．腫瘍性変化や悪性像は認められない．

考 察：腸腔瘻は比較的稀な病態である．直腸腔瘻の文献は散見されるが，回腸腔瘻の文献は憩室炎に併発したもの¹⁾，放射線治療後に発症したもの²⁾は報告されているが，症例報告は本邦では非常に稀である．回腸腔瘻の原因としては表3に挙げられるようなものが挙げられる．本症例の原因として最も考えられるのは，40年前の子宮手術である．回腸腔瘻の診断方法としては，詳細な医療面接が重要であり，また，診断確定には瘻孔造影が必要である．また，CT撮影は瘻孔周囲の炎症性変化や腫瘍などの原因疾患を鑑別する上で参考になる．³⁾

また，回腸腔瘻の治療と予後について，Crohn病などの炎症性腸疾患ではIVHや成分栄養療法が試みられているが，多くの場合腸腔瘻は外科的治療が必要となる．しかし絶えず糞便にさらされるため，創傷治癒機転にとって不利な状況になることがある．保存的治療で治癒された症例も報告さ

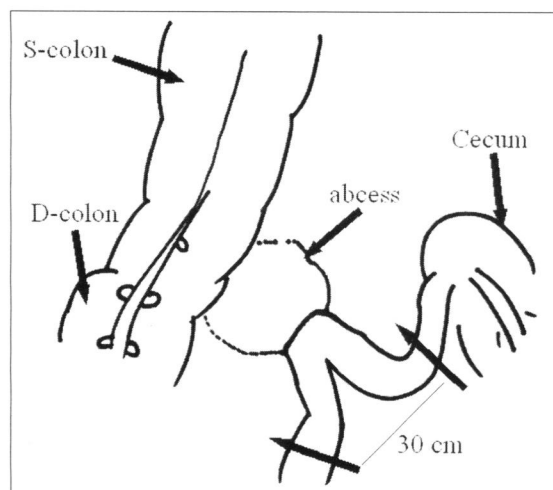


図 8

表 3

腸腔瘻の分類	部位による分類
Congenital(先天性)	小腸腔瘻
Obstetric trauma(出産時)	結腸腔瘻
midzone fistula	直腸腔瘻
low fistula	高位
Postoperative(術後)	低位
Other forms of trauma(外傷)	肛門括約筋を伴う
Infections(感染)	肛門括約筋を伴わない
Inflammatory bowel disease(炎症性腸疾患)	
ulcerative colitis	
Crohn's disease	
Neoplastic(新生物)	
Radiation fistula(放射線性)	

れている⁴⁾が，今回の症例ではイレウス症状を認めており，感染症のコントロールも不能であったため，積極的に外科治療を施行した．この事により良好なQOLを得ることができた．

おわりに：回腸腔瘻という稀な症例を経験した．イレウス管からのガストログラフィン造影により回腸腔瘻の術前診断が得られた．積極的に外科手術を施行することで良好なQOLを得ることができた．

参 考 文 献

- 1) 石黒正治，森浦滋明，小林一郎ほか：憩室炎により回腸腔瘻を形成した小腸多発憩室症の一例，日本臨床外科学会雑誌 (1345-2843) 63巻1号Page 1345-2843 (2002.01)
- 2) 岡田真樹，沿道則之，石橋敏光ほか：骨盤内疾患に対するバイパス術 放射線治療後の小腸腔瘻，小腸膀胱瘻に対する手術，手術 (1345-2843) 56巻2号Page 183-187 (2002.02)
- 3) 亀岡信吾，中島清隆，浜野恭一：腸腔瘻（腸子宮瘻も含む），別冊 日本臨床 page 523-525 (2004.12)
- 4) 清水研吾，西森英史，秦史壮ほか：保存的治療で治癒しえた難治性小腸腔瘻の1例，臨床外科 (0386-9857) 59巻7号 Page 925-928 (2004.07)