

閉塞性腸閉塞を発症した回盲部子宮内膜症の一例

宮岡 愛・中西 慶喜・増成 寿浩・平井雄一郎・高本 晴子

JA 広島総合病院 産婦人科

Case of intestinal obstruction due to ileocecal endometriosis

Ai Miyaoka・Yoshinobu Nakanishi・Hisahiro Masunari・Yuichiro Hirai・Haruko Takamoto

Department of Obstetrics and Gynecology, JA Hiroshima General Hospital

腸子宮内膜症は多くが直腸とS状結腸に認められ、回盲部の腸子宮内膜症は比較的稀である。今回、回盲部腫瘍を形成し閉塞性腸閉塞を発症した一例を経験したので報告する。症例は44歳女性、1妊1産。以前より月経困難症があり7年前に右卵巣子宮内膜症性嚢胞を指摘されていたが、無治療で通院を自己中断していた。月経周期9日目に下腹部痛が出現しその後徐々に増悪し、5日後に当院消化器内科へ救急搬送された。造影CT検査で回盲部に5cm大の腫瘍を認め、下部消化管内視鏡検査で回盲部に粘膜下腫瘍様隆起を認めた。回盲部腫瘍の疑いで入院したが、翌日症状が改善したため一度退院した。退院後8日目（再入院 第1病日）に疼痛が増強し、食事摂取不良となったため近医内科より当院消化器外科へ紹介受診となった。白血球、炎症反応の上昇を認めており、回盲部腫瘍による閉塞性腸炎が疑われ、再入院し、絶食・補液で保存的加療が開始された。また、以前より子宮内膜症の指摘があったことから稀少部位子宮内膜症による回盲部腫瘍形成の可能性が疑われ、同日当科へ紹介となった。経膈超音波検査では3cm大の右卵巣子宮内膜症性嚢胞を認め、GnRH（Gonadotropin-Releasing Hormone）アンタゴニストの投与を開始した。第4病日より嘔吐の症状が出現し、第6病日には腹部X線撮影でニボー像を認め、回盲部腫瘍による閉塞性腸閉塞が疑われたためイレウス管を挿入した。その後も嘔吐の症状は改善なく腹痛も増強したため、第9病日に消化器外科で回盲部切除術施行を施行した。開腹すると回盲部には腫瘍を形成しており、周囲の腸管と強く癒着していた。病理組織診断では回盲部腫瘍に子宮内膜症の像を認め、回盲部子宮内膜症による閉塞性腸閉塞であったと診断した。術後経過は良好で術後8日目に退院となり、現在は当科外来でジェノゲスト内服による治療を継続している。

Most cases of intestinal endometriosis occur in the rectum and sigmoid colon; however, ileocecal endometriosis is rare. We report a case of ileus due to ileocecal endometriosis. A 44-year-old woman (gravida 1, para 1) was presented with dysmenorrhea and had been diagnosed with an endometriotic cyst seven years ago. However, she had self-interrupted her hospital visits and received no treatment. She experienced lower abdominal pain that appeared on day 9 of her menstrual cycle, which gradually worsened thereafter. She was referred to our gastroenterology department five days later. Contrast-enhanced computed tomography revealed a 5 cm-sized mass in the ileocecal region; and intestinal obstruction due to the mass was suspected. Her symptoms did not improve thereafter, and she underwent emergency surgery 17 days later. Ileocecal resection was performed at the Department of Gastrointestinal Surgery. Histopathological examination revealed endometriosis of the ileocecal mass, and the patient was diagnosed with obstructive bowel obstruction due to ileocecal endometriosis. The patient's postoperative course was good, and she was discharged on the eighth postoperative day. She is currently undergoing treatment with dienogest at our outpatient clinic.

キーワード：稀少部位子宮内膜症、腸子宮内膜症、腸閉塞

Key words：rare site endometriosis, intestinal endometriosis, ileus

緒 言

腸子宮内膜症は子宮内膜症の12～37%に認められ¹⁾ 稀少部位子宮内膜症に分類される。その中でも腸管子宮内膜症の多くが直腸とS状結腸に認められるとされており²⁾、回盲部の腸管子宮内膜症は比較的稀である。今回、下腹部痛を主訴に受診し、回盲部腫瘍による閉塞性腸閉塞に対し回盲部切除術を施行し、病理組織診断で回盲部子宮内膜症と診断した一例を経験したので報告する。

症 例

患者：44歳女性
主訴：下腹部痛
月経歴：月経周期 26～28日 順調、月経持続期間 6日間、月経困難症あり
妊娠分娩歴：1妊1産 帝王切開1回
既往歴：甲状腺機能亢進症、気管支喘息
手術歴：帝王切開1回
現病歴：以前より月経困難症があり7年前に右卵巣子宮

内膜症性嚢胞の指摘があったが、無治療で治療を自己中断していた。月経周期9日目に下腹部痛が出現し、その後も徐々に増悪したため5日後に当院消化器内科へ救急搬送された。

来院時現症：身長 164.0cm 体重 54.4kg 体温 36.8℃、脈拍 83回/分、血圧 116/66mmHg、嘔気・嘔吐なし、排便あるが軟便、下腹部に自発痛・圧痛あり

血液検査：WBC 9,210/ μ l (neutrophils 84.5%, lymphocytes 9.0%, monocytes 4.8%, eosinophils 1.4%, basophils 0.3%), Hb 12.3g/dl, PLT 27.9万/ μ l, CRP 0.308mg/dl

造影CT検査：回盲部に内腔を占拠する5cm大の腫瘤(図1-A/B)。

下部消化管内視鏡検査：回盲部に粘膜下腫瘍様隆起を認め、バウヒン弁は浮腫状となっていた(図2)。

回盲部腫瘤による閉塞性腸炎が疑われ、入院し絶食・補液で保存的加療を行い翌日には腹痛が改善したため退院となった。退院後は消化器内科外来で回盲部腫瘤の精査・経過観察を行う方針となっていた。

退院後8日目にかけて疼痛が増強し、食事摂取不良と

なったため近医内科を受診し、精査・加療目的に当院消化器外科へ紹介受診となった。回盲部腫瘤による閉塞性腸炎の増悪が疑われ、再入院し、絶食・補液で保存的加療が開始された。また、以前より子宮内膜症の指摘があったことから、腸管子宮内膜症による回盲部腫瘤形成の可能性が疑われ、同日当科へ紹介となった。

経膈超音波検査では、3cm大の右卵巢子宮内膜症性嚢胞を認めた(図3)。

第4病日より嘔吐の症状が出現し、第6病日には腹部X線撮影でニボー像を認め、回盲部腫瘤による閉塞性腸閉塞が疑われたためイレウス管を挿入した。その後も嘔吐の症状は改善なく腹痛も増強したため、第9病日に消化器外科で回盲部切除術施行の方針とした。手術所見は回盲部には腫瘤を形成しており、周囲の腸管と強く癒着していた(図4-A/B)。腸管間膜にはblueberry spotを認め、稀少部位子宮内膜症が疑われた(図4-C)。ダグラス窩は完全に閉鎖しており、子宮と周囲の腸管も癒着しており、経膈超音波検査で認めた子宮内膜症性嚢胞は視認できなかった。可能であれば右付属器摘出術も併施する予定であったが、左記の様に癒着により子宮内



図1-A/B 造影CT検査
黄色矢印部…回盲部腫瘤



図2 下部消化管内視鏡検査
黄色矢印部…粘膜下腫瘍様隆起



図3 経膈超音波検査
黄色矢印部…右卵巢子宮内膜症性嚢胞

膜症性嚢胞自体が視認できない状態であったため回盲部切除術のみの方針とした。外科医師により、回盲部腫瘍と周囲との癒着を剥離し、回盲部を切除したのち、端々吻合を行った。回盲部腫瘍によるバウヒン弁レベルでの腸管狭窄が原因となっており、通過障害を来していた。

摘出標本の肉眼所見は上行結腸近位、バウヒン弁の漿膜面に39×30mmの弾性軟な腫瘍を認め、一部大網と癒

着していた（図5－A）。粘膜面に明らかな上皮性変化は認めなかった（図5－B）。

病理組織診断は腸管筋層に子宮内膜腺や内膜間質の介在を伴う子宮内膜症の像（図6－A/B）を認めた。

以上の経過より回盲部子宮内膜症による閉塞性腸閉塞と診断した。

術後3日目に注腸造影により結腸への造影剤流入を確

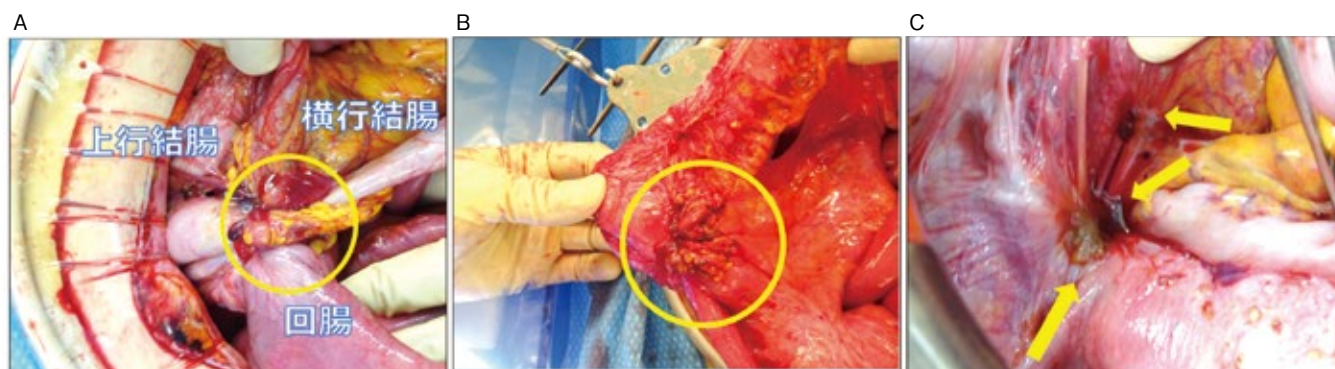


図4－A/B/C 術中所見

黄色丸印部…回盲部腫瘍 黄色矢印部…腸管間膜のblueberry spot
※それぞれ図の上端が頭側、下端が尾側

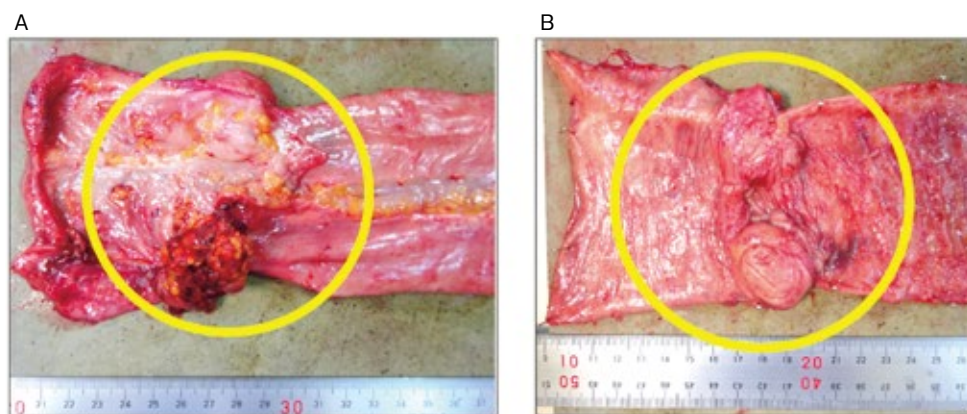


図5－A/B 摘出標本

A：漿膜面 黄色丸印部…回盲部腫瘍
B：粘膜面 黄色丸印部…回盲部腫瘍

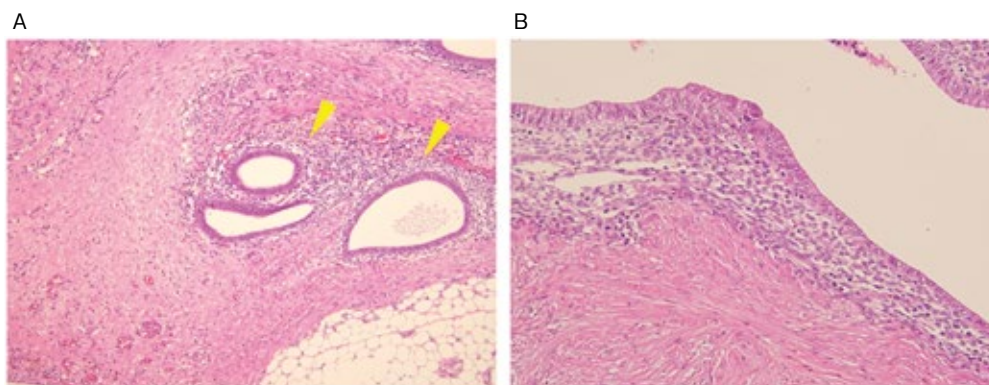


図6－A/B 病理組織診断

A：HE染色 100倍
黄色矢印部…腸管筋層に子宮内膜腺や内膜間質の介在を伴う子宮内膜症の像
B：HE染色 200倍

認後、イレウス管を抜去した。術後4日目に食事摂取を開始し、その後の経過も良好であり術後8日目に退院となった。現在は当科外来でジェノゲスト内服による治療を継続し、腹痛の再燃や子宮内膜症性嚢胞の増大なく経過している。

考 案

腸管子宮内膜症は、子宮内膜症の好発部位（卵巣・子宮靱帯・ダグラス窩・腹膜）以外の臓器、組織に発生する子宮内膜症の総称である稀少部位子宮内膜症に分類されている。異所性の子宮内膜症組織が腸管漿膜や筋層で増殖する疾患であり、子宮内膜症の12～37%に認められるとされている¹⁾。症状の多くは、下腹部痛47%、下血33%、便秘44%と報告されており²⁾、これらの重篤な月経困難症の症状は初期には月経周期と一致して症状を呈するが、進行に伴って月経周期と無関係に症状が出現するようになると報告されている¹⁾。本症例の患者も元来月経困難症があったが、経年とともに下腹部痛や便秘などの症状を月経周期とは無関係に頻回に起こすようになったと訴えており、腸閉塞に至る直前は月経周期9日目からの下腹部痛の増強であった。

腸管子宮内膜症は72～90%が直腸とS状結腸に存在するとされており²⁾、小腸子宮内膜症は7%以下と稀だが、高率に腸閉塞をおこすとされている³⁾。腸閉塞の発生機序としては、繰り返す出血による癒着のため腸管が癒着して狭窄が生じる、あるいは、漿膜から粘膜下層の出血により粘膜下に腫瘍性病変が形成され、消化管の内腔を閉塞するものが考えられている⁴⁾。本症例では病理組織診断で回盲部、盲腸、大網のいずれにも子宮内膜腺や内膜間質の介在を伴う子宮内膜症の像が認められており、後者の機序により腸閉塞が発症したと考えられる。また、病変の首座は粘膜下層から固有筋層に存在するため⁵⁾、生検での術前診断は極めて難しいとされ、内視鏡下生検の確定診断率は9%に過ぎないとの報告もある⁶⁾。本症例においても、下部消化管内視鏡検査では粘膜下腫瘍様隆起を認めるのみであり、術前での診断は困難であった。そのため、閉経前の女性の腸閉塞では腸管子宮内膜症の可能性も念頭において診療を行う必要がある。

子宮内膜症の治療としてはGnRH（Gonadotropin-Releasing Hormone）アゴニスト、低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬、プロゲスチン製剤などによる薬物療法の有用性が報告されているが、難治性の腸閉塞を来す症例においては根本的な治療効果は期待できず薬物療法では制御困難となるため外科的治療が考慮される⁷⁾。北村らの報告では、難治性の腸閉塞を来した小腸子宮内膜症の症例は全例が待機的または緊急手術（回盲部切除63%、回腸部分切除術35%、癒着剥離術2%）に至った

とされており⁴⁾、本症例のように腸管狭窄や閉塞を伴う消化器症状を有する症例では、手術療法移行への迅速な判断が必要と考えられる。また、腸管子宮内膜症の外科的治療では、腹腔鏡下手術が開腹手術と比較して術後癒着の観点から妊孕性への悪影響が少ないとされている⁷⁾が、本症例のように閉塞性イレウスによる腸管の浮腫や拡張が認められ、腹腔鏡では術野の確保が困難であると判断した場合は開腹手術を選択することも考慮できると考える。

本症例は、術後は再発予防のためジェノゲスト内服を継続し定期的に経過観察を行っている。術後19カ月が経過しているが、右卵巣の子宮内膜症性嚢胞の腫大や腹部症状の再燃は認めていない。子宮内膜症に対する手術療法は、疼痛を軽減しQOL向上に寄与するとされており⁸⁾、術後の再発予防のためにも慎重な経過観察と薬物療法の継続が肝要と考えられる。また本症例は7年前に子宮内膜症の指摘があったにもかかわらず治療を自己中断していた症例であり、定期的な経過観察の重要性を患者に十分説明することが重要である。

結 語

腸管子宮内膜症による回盲部腫瘍が要因となり閉塞性腸閉塞を発症し、腸管切除を要した一例を経験した。腸管狭窄や閉塞を伴う消化器症状を有する腸管子宮内膜症に対しては、薬物療法のみでは制御困難となるため手術療法への迅速な移行が必要である。

文 献

- 1) Orbuch I K, Reich H, Orbuch M. Laparoscopic treatment of recurrent small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis. J Minim Invasive Gynecol 2007; 14(1): 113-115.
- 2) 桐井宏和, 天野和雄, 瀬古章, 高木昌一, 酒井勉, 市橋正嘉, 多羅尾信, 後藤明彦, 秋田國治, 森脇久隆. 両側気胸を併発した腸管子宮内膜症の一例—腸管子宮内膜症 本邦報告例90例の検討を含めて—, 日大腸検会誌 2004; 21: 150-155.
- 3) 松隈則人, 松尾義人, 鶴田修, 池田英雄, 井上林太郎, 佐々木英, 豊永純, 谷川久一, 清水正彦, 大北亮, 白水雄, 磯本浩晴, 日高令一郎, 中野道泰, 吉田晃治. 腸管子宮内膜症の2例—本邦報告例78例の検討を含めて—. Gastrenterol Endosc 1989; 31: 1577-1584.
- 4) 北村和紀, 品川和子, 徳永麻美, 小林才人, 植田亮, 時光善温, 岡田和彦, 前田宣延, 芝原一繁, 安田一朗. 腸閉塞を発症し穿孔をきたした小腸子宮内膜症の1例. 日消誌 2024; 121: 400-406.
- 5) 青柳信嘉, 飯塚一郎. 腸閉塞をきたした回腸子宮内

膜症の一例. 日臨外会誌 2004 ; 65 : 1855-1859.

- 6) 福島登茂子, 中川真理, 竹内瑞葵. 繰り返す腸閉塞に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した会長子宮内膜症の一例. 日臨外会誌 2019 ; 44 : 56-61.
- 7) 稀少部位子宮内膜症 診療ガイドライン 初版. 「難治性稀少部位子宮内膜症の就学的治療のための分類・診断・治療ガイドライン作成」研究班. 東京 : 診断と治療社, 2018 ; 5-8.
- 8) Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. Hum Reprod 2003; 18(9): 1922-1927.
- 9) 宮崎純, 宮村浩徳, 塚田和彦, 藤井多久磨, 廣田穰. 腸管子宮内膜症14症例の検討. 東海産婦内視鏡手術研究会誌 2020 ; 8 : 27-36.
- 10) 三浦卓也, 稲葉行男, 森谷敏幸, 滝口純, 磯部秀樹, 林健一. 腸管切除を施行せず軽快した子宮内膜症回腸閉塞の1例. 日臨外会誌 2009 ; 70(8) : 2372-2376.

【連絡先】

宮岡 愛

JA 広島総合病院産婦人科

〒738-8503 広島県廿日市市地御前1丁目3-3

電話 : 0829-36-3111 FAX : 0829-36-5573

E-mail : am10132786@gmail.com

