

〔一般演題／異所性 1 (尿路・腸管)〕

腸管切除を必要とした腸管子宮内膜症の1例

日本大学医学部附属板橋病院産婦人科

加藤恵利奈, 千島 史尚, 三留ゆりさ, 中澤 禎子
高田 眞一, 山本 樹生

緒 言

腸管内膜症は、腸管壁に子宮内膜様の組織が増生する疾患である。診断は困難であることが多く、またその治療法の選択は、患者のQOLに大きな影響を及ぼす場合もある。今回われわれは、薬物療法に抵抗性であり、腸管切除を必要とした腸管内膜症の1例を経験したため報告する。

症 例

35歳，未婚，0経妊0経産。初経12歳，月経周期28日型・整，持続期間 4日間。

月経随伴症状；下腹痛 排便痛（鎮痛剤使用）
現病歴：32歳時，月経困難症，左下腹部痛を主訴に近医を受診し，子宮内膜症の診断を受けた。33歳時 Gn-RH agonist（酢酸ナファレリン）を半年間投与され，その間症状は軽減するも，投与中止すると再燃した。その後対症療法により経過をみていたが，35歳時，徐々に症状は増悪し，月経時以外にも下腹部痛，排便時痛がみられるようになり日常生活が著しく制限されるため，精査・加療目的で当院を紹介受診した。
内診所見：子宮および付属器に異常所見を認めず。ダグラス窩に圧痛を認めた。

直腸診所見：直腸4～5cm口側に圧痛を伴う嚢腫様の腫瘤を触知した。

経腔超音波断層法：左卵巢に近接して径48.5×25.3mmの hypo echoic lesion を認め嚢胞を思わせる所見であった（図1）。

血液検査所見：CA125 37.8U/mlと上昇を認める他，異常はみられなかった。

MRI 検査：T2 強調画像水平断で，子宮後壁に

low intensity の mass を認め，子宮筋腫もしくは子宮腺筋症を疑った（図2）。また子宮左背側に径52mmの cystic lesion を認め，左卵巢嚢腫もしくは卵管留水腫を疑った（図3）。Douglas 窩に腹水を少量認めた。

大腸内視鏡検査：Rs～Raに軽度の発赤を伴う壁外性の圧排を認め，粘膜下腫瘍を疑う所見であった（図4）。以上より左卵巢子宮内膜症もしくは左卵管留水腫，子宮腺筋症もしくは子宮筋腫，腸管子宮内膜症の疑いで，手術目的に入院となった。

手術所見：子宮後壁と直腸前面が癒着しており，剥離すると，ダグラス窩に5×3cm大の cystic lesion を認め，癒着性の線維組織に囲まれた pseudo cyst と思われた。

pseudo cyst を剥離すると，直腸の前壁が露出され，そこに約2×1.5cmの硬結を触知し，臨床症状と合わせ腸管内膜症を強く疑った。消



図1 経腔超音波断層法：
左卵巢近傍に48.5×25.3mmの hypo echoic lesion を認めた。

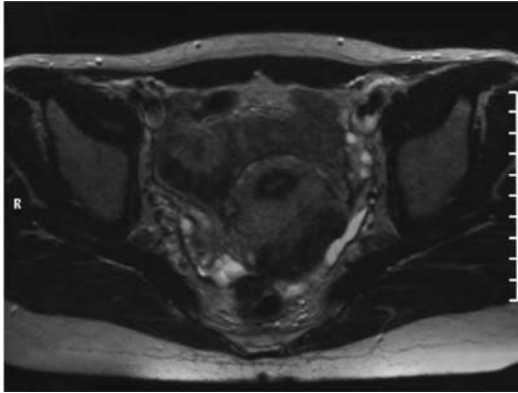


図2 MRI T2強調画像：
子宮後壁に low intensity の mass を認めた。

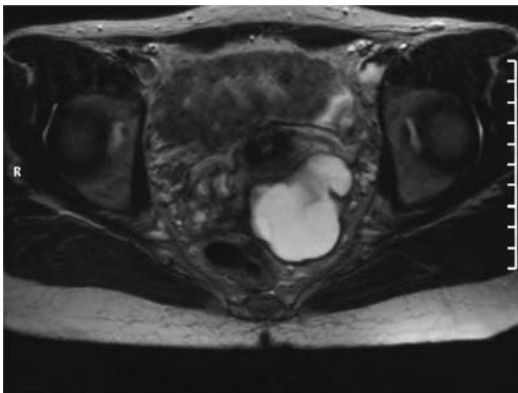


図3 MRI T2強調画像：
子宮左背側に径52mmのcystic lesionを認めた。

化器外科により腸管内膜症切除術（Ra前壁約1/2周切除し縫合），人工肛門造設術が施行された。腸管検体内容物はチョコレート様であった。その他子宮後壁に腺筋症病巣，右卵巣の一部に嚢胞状変化，右傍卵巣嚢腫を認め，それぞれ切除した。左の付属器は正常であった。手術時間7時間23分，術中出血量660ml。

病理検査所見：癒着部分の腸管壁を切り出し標本を作製した。腸管壁の筋層内に，内膜症に特徴的な腺腔構造と周囲の炎症細胞浸潤，間質の繊維化が認められた。病変は漿膜下組織から筋層にかけて広く分布していたが，粘膜面への病変の露出は認めなかった（図5，6）。

手術後経過：術後，酢酸リユープロレリン皮下注射4回施行した。下部消化管内視鏡施行し，

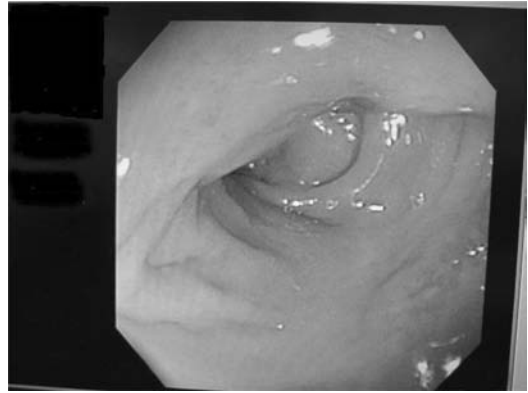


図4 大腸内視鏡検査：
Rs~Raに粘膜面の軽度発赤と，隆起性病変を認めた。



図5 腸管切除検体の病理組織像（100倍）：
腸管壁筋層内に，腺腔構造と周囲の炎症細胞浸潤，間質の繊維化を認めた。

再発や残存病変を認めなかった。半年後に注腸造影施行し，再発の所見ないため，術後8ヵ月で人工肛門閉鎖術施行。挙児希望あるため，その後無治療で経過観察中であるが，現在も症状の増悪はみられていない。

考 察

腸管子宮内膜症は，子宮内膜症全体の12～37%を占めると報告されており〔1〕，部位別では，直腸・S状結腸72%，直腸膈中隔13%，小腸7%，虫垂3%と報告されている〔2〕。発生機序としては，①卵管移植説，②体腔上皮化生説，③転移性移植説などが提唱されているが，統一された見解はない。症状としては月経痛，排便痛，性交痛，下血などを呈し初期には月経周期に一致するが，進行すると本症例のように

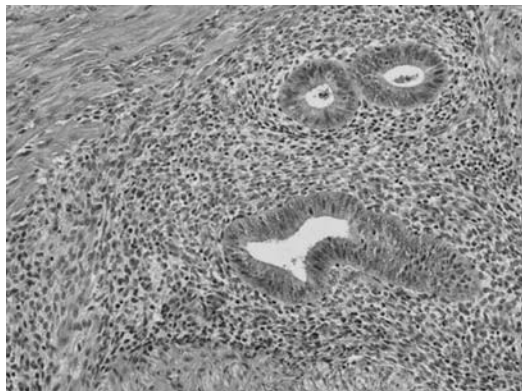


図6 腸管切除検体の病理組織像（400倍）：
腺腔構造と周囲の炎症細胞浸潤，拡大像。

月経と無関係に症状が発現するようになり、QOLを著しく低下させる。

診断には、問診、理学的所見に加え注腸、内視鏡等の画像検査が重要であるが、術前の診断は一般に困難である。注腸造影にて狭窄像、横走する襞（transverse ridging）や敷石状変化（cobble stone 像）などの所見，大腸内視鏡にて粘膜下腫瘍を示唆する管外性の圧排所見，稀に粘膜面に発赤，出血，びらんを呈するが，いずれも非特異的な所見であり，大腸癌，転移性腫瘍や粘膜下腫瘍，悪性リンパ腫等の悪性疾患との鑑別が問題となる。粘膜面には所見を認めないことが多く，生検での診断率は9%と低い[3]。最近では超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法（EUS-FNA）を用いた生検では組織診断率40%との報告もあり[4]，画像診断ではMRIゼリー法の有用性が指摘されているが，画像検査と生検をあわせても術前診断率は21~37%と報告されている[5]。

治療は大きく薬物療法と手術療法とに分けられる。症状が軽度の症例では薬物療法（GnRH療法，ダナゾール，低用量ピルなど）が第一選択となり，最近ではジェノゲストの有用性が報告されているが，根治性はなく，薬物療法で症状が改善しない例，閉塞症状が高度な例，挙児希望がある例，悪性を否定できない例では手術療法が選択されることが多い。また，一度薬物療法が奏功しても再発する例や，経過中に癌化

する例なども報告されており[6]，長期化した場合は外科的切除を考慮する必要があると思われる。子宮内膜症の悪性化は0.7~1.0%程度に認められ，最近では腸管内膜症を含めた卵巣外原発の内膜症の悪性化が報告されており，注意が必要である[6,7]。本症例では，数年間の薬物療法にも関わらず症状は再燃を繰り返しており，挙児希望もあること，経過が長く悪性を否定する目的もあり，手術療法を選択した。手術療法の術式は病巣の部位や深達度，狭窄の程度で変わってくる。また，腸管内膜症では skip lesion を認めることも多く，そこからの再発が問題となるため，術前に十分病変範囲を特定することが重要となる。本症例では術前に十分な診断，病変範囲の特定ができず，術中の触診で腸管内膜症と診断，病変部位を特定し腸管部分切除を施行したが，触診のみでは範囲の特定が難しい場合もあり，術前に注腸造影，MRIゼリー法を追加するなどの対応が必要と考えられた。手術療法により約80~90%症状の改善が得られるとの報告があるが，縫合不全，直腸腔瘻などの重大な合併症も報告されており，十分な術式の検討と，患者，家族への説明が重要である。病巣を完全に除去しても，約30~40%は術後数年以内に再発するとの報告もあり[8]，本症例でも，今後慎重に経過をみていく必要がある。腸管内膜症の診断は困難であり，腸管内膜症の診断，治療はQOLにも大きく関わるため，病歴から腸管内膜症を疑った場合は，各種画像検査，内視鏡検査を駆使して十分に検討し，放射線科，消化器内科，消化器外科など他科とよく連携をとって関わっていくことが重要である。

文 献

- [1] Orbuch IK et al. Laparoscopic treatment of recurrent small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis. J Minim Invasive Gynecol 2007; 14; 113-115
- [2] Zimmermann EM et al. Approach to the female patient with gastrointestinal disease. In: Textbook of Gastroenterology (ed. by Yamada T et al.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,

- 1995 ; 1023 - 1043
- [3] 牛尾恭輔. 回盲部子宮内膜症の診断. 胃と腸 1998 ; 33 : 1397 - 1399
- [4] Pishvaian et al. Role of EUS and EUS-guided FNA in the diagnosis of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Gastrointest Endosc* 2006 ; 63 : 331 - 335
- [5] 桐井宏和ほか. 両側気胸を併発した腸管内膜症の1例—腸管子宮内膜症本邦報告例90例の検討を含めて—. *日消誌* 1999 ; 96 : 38 - 44
- [6] Heaps JM et al. Malignant neoplasma arising in endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990 ; 75 : 1023 - 1028
- [7] Mauricio SA et al. Bowel endometriosis : A benign disease? *Rev Assoc Med Bras* 2009 ; 55 ; 611 - 616
- [8] Abbott JA et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis : a prospective study with 2 - 5 year follow up. *Hum Reprod* 2003 ; 18 : 1922 - 1927