

●<症例>

吻合部潰瘍穿通による 胃・空腸・大腸瘻の1例

田中守義¹⁾ 真坂 彰 奥田桂子 毛利勝昭
飯塚一郎²⁾

¹⁾国立精神・神経センター国府台病院消化器科, ²⁾同外科
〔Key Words〕吻合部潰瘍, 胃・空腸・大腸瘻

はじめに

胃・空腸・大腸瘻は、術後吻合部潰瘍の比較的まれな合併症である。今回著者らは、十二指腸潰瘍穿孔による術後2年目に発症した1例を経験したので報告する。

症例：45歳、男性。

主訴：上腹部痛。

家族歴：父が肺癌で死亡。

既往歴：32歳、肺結核。

現病歴：平成5年十二指腸穿孔でBillroth II法再建の胃全摘出を受け、術後経過は順調であった。平成7年11月始め頃より食思不振ならびに心窓部痛が出現し、11月13日当科を受診し、上部消化管内視鏡検査で鞍部を中心とした吻合部潰瘍を認め、H₂受容体拮抗剤投与により症状の軽快をみた。平成8年1月23日2回目の内視鏡検査で、吻合部潰瘍の縮小改善を認めたが、残胃内に便汁と鞍部の空腸粘膜に便の付着がみられ、入院精査を勧めた。2月中旬、食後嘔気がみられるようになり、2月20日入院した。

入院時現症：体格中等大、栄養状態不良。眼瞼結膜に軽度貧血を認めた。腹部は平坦、軟で上腹部正中線に手術瘢痕を認めたが、圧痛、抵抗はなかった。

入院時検査所見では軽度の貧血(Hb 10.5g/dl)がみられ、低蛋白血症(3.8g/dl)、低コレステロール血症(86mg/dl)、空腹時血糖74mg/dlと低栄養状態の存在が示唆された。血中ガストリン値は140ng/mlと正常で、Zollinger-Ellison症候群は否定的であった。

上部消化管内視鏡検査所見：初回所見は、吻合部空腸側鞍部を中心に潰瘍が認められた(Color 1)。約2カ月後の2回目所見は、残胃内に便汁の貯留と鞍部潰瘍の縮小改善が認められた(Color 2A・B)。3回目の入院時所見は、吻合部空腸側

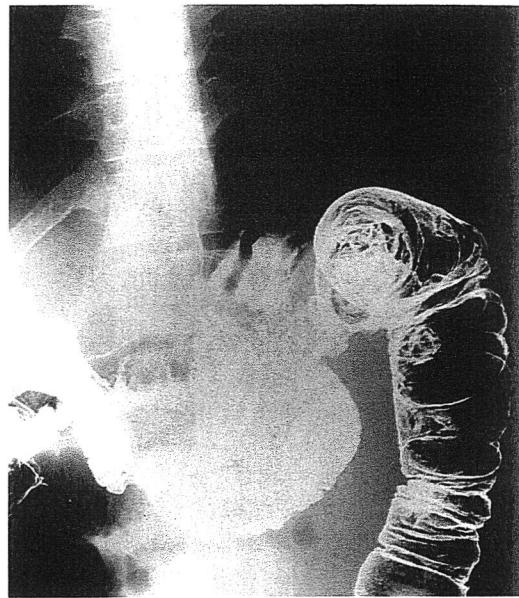


Fig. 1 Barium enema demonstrated regurgitation of barium enema from the transverse colon into the jejunum and further into the remnant stomach.

に横行結腸への瘻孔を認め、大腸粘膜を確認できた(Color 3)。

注腸造影検査所見(Fig. 1)：横行結腸から空腸およ

Table 1 Gastro-jejuno-colonic fistula in Japanese literature (59 cases).

1. Sex		Male : 57 cases	4. Symptoms at the onset		
		Female : 2	Diarrhea	3 5	
			Body weight loss	2 4	
2. Age (yrs.)			Fecal vomiting	1 5	
~ 1 9	0		Abdominal pain	1 5	
2 0 ~ 2 9	4		Vomiting	4	
3 0 ~ 3 9	1 8		Edema	3	
4 0 ~ 4 9	1 6		Hemafecia.Tarry stool	3	
5 0 ~ 5 9	1 4		Easy fatigability	2	
6 0 ~ 6 9	2		Unknown	1	
7 0 ~	1				
Unknown	4				
3. Years from previous		5. Primary Diseases			
gastroscopic surgery		0 ~ 1 years	5	Duodenal ulcers	3 4
		~ 2	7	Gastric ulcers	1 8
		~ 5	7	Pylorostenosis	3
		~ 1 0	1 3	Gastric polyps	1
		~ 1 5	8	Gastropotosis	1
		~ 2 0	9	Unknown	5
		2 1 ~	5		
		Unknown	5		

症 例

び残胃内への逆流がみられ、瘻孔の存在が示唆された。

大腸内視鏡所見(Color 4)：横行結腸の脾弯曲部寄りの部位で横行結腸の走行とは別の腔がみられ、小腸粘膜を確認したが、残胃内への挿入はできなかった。

栄養状態の改善をまって5月7日残胃、吻合部空腸、大腸各部分切除、およびRoux-Y再建が施行された。前回の手術はBillroth II法結腸後吻合術で再建されていた。

切除標本肉眼所見：胃空腸吻合部の空腸前壁側と横行結腸間に $2.0 \times 1.3\text{cm}$ 大の瘻孔が認められた。

考 察

胃・空腸・大腸瘻は、消化性潰瘍の術後合併症として欧米では多数の報告がされているが、本邦での報告は比較的少ない。本症の成因としては、吻合部潰瘍の成因に加えて、長期の炎症が結腸間膜に進展し、結腸との癒着、穿通、内瘻化をきたし生じると考えられている。本邦では1931年福地が初めて報告して以来、1987年堀江¹⁾の集計に自験例を加えた59例の検討では(Table 1)、性別では女性は2名のみで大部分が男性であり、その年齢分布は22~71歳で、主として30代から50代にかけて多く発生している。原疾患別では胃潰瘍よりも十二指腸潰瘍に多くみられた。

初回吻合術より症状発症までの期間は、3ヵ月から36年もの期間を経て発症するものなど幅がある。主要症状は半数以上が下痢で、次いで体重減少、糞臭のある口臭などが特徴的であるが、自験例のように腹痛も約1/4程度にみられる。

原疾患に対する手術式に関しては、1984年田中²⁾の報告に自験例を加えた35例で検討すると(Table 2)、Billroth I法よりII法によるものが28例と圧倒的に多く、このうち結腸前吻合が10例、後吻合が13例、吻合の前後不明が5例で、結腸後吻合術にやや多くみられた。結腸後吻合は吻合部と横行結腸とが近接しているために起こりやすいとされている。

診断法としては、上部消化管透視検査よりも注腸造影検査が有用とされるが、最近、上部または下部消化管内視鏡検査で診断される例も散見されるようになった。本症は外科的に瘻孔を含む胃・空腸・大腸の各部分切除および消化管の再建術で根治可能であり、自験例も同手術で行われ経過は良好である。

Table 2 Operation methods for primary diseases.

Billroth II Method (anterocolica)	10 cases
Billroth II Method (retrocolica)	13
Billroth II Method (unknown)	5
Billroth I Method	1
Anastomosis of Stomach and Small Intestine	3
Unknown	3

おわりに

術後吻合部潰瘍の比較的まれな合併症としての胃・空腸・横行結腸瘻の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 堀江泰夫, 島 仁, 長崎明男, 他:吻合部潰瘍による胃空腸横行結腸瘻の1例. *Gastroenterol Endosc*, 29: 1765~1969, 1987
- 2) 田中承男, 堀 勝文, 山岸久一, 他:胃空腸結腸瘻の1例と本邦報告例の統計的観察. *外科診療*, 26: 239~241, 1984

A Case of Gastro-Jejuno-Colic Fistula Due to Perforation of Stomal Ulcer

Moriyoshi Tanaka¹⁾ Akira Masaka
Keiko Okuda Katsuaki Mohri
Ichiro Iizuka²⁾

A 45-year-old man came to us for anorexia and upper abdominal pain in early November 1995. Endoscopy of the upper GI disclosed a stomal ulcer for which anti-ulcer medication was given. The patient remained free of complaint for several months. On Jan 23, 1996, the second endoscopy was carried out. Despite improvement of the ulcer, the remnant stomach had gastric juice containing fecal material and fecal material was also seen on the jejunal mucosa.

In the middle of February, he developed nausea and vomiting, and was admitted. Radiological examination of the colon revealed regurgitation of barium enema from the transverse colon into the stomach. Subsequent endoscopy disclosed an opening of a fistula near the anastomosis. Because of severe malnutrition, parenteral alimentation was carried out. On May 7, when his nutritional status was deemed improved, reoperation was carried out; a $2.0 \times 1.3\text{cm}$ fistula was resected. It was a perforated duodenal ulcer that developed 2 years after Billroth II gastrectomy connecting the stomach, jejunum and colon.

¹⁾Dept of Gastroenterology, and ²⁾Dept of Surgery, Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry.

〈カラーは22pに掲載〉

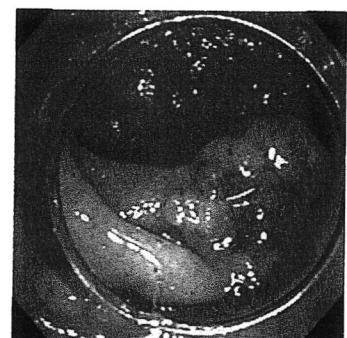
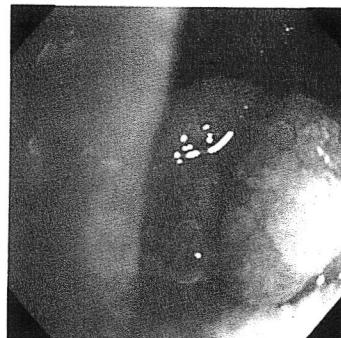
症例

林 弘美ほか論文
<本文284~285p>

Color 1 Hyperplastic polyp of the duodenum was showed by usual endoscopic examination.

Color 2 Endoscopic finding showing the polyp under a good view using a cap.

1|2



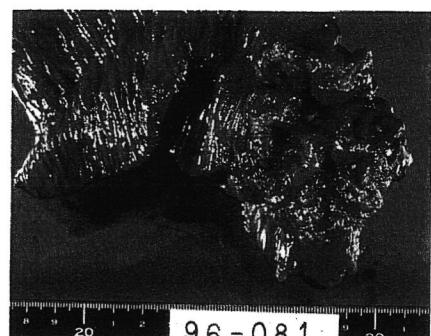
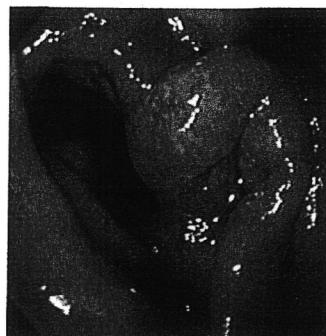
症例

野崎保雄ほか論文
<本文286~287p>

Color 1 Endoscopic finding of the third portion of the duodenum. An irregular ulceration with round wall was observed.

Color 2 The surgical specimen showed a type 3 advanced cancer.

1|2



症例

田中守義ほか論文
<本文288~289p>

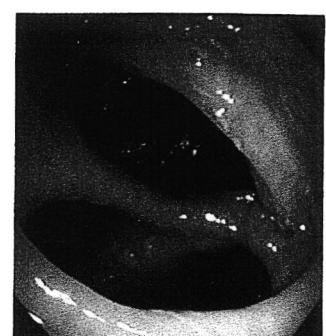
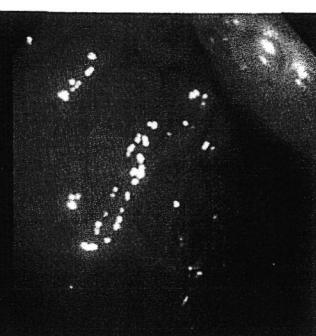
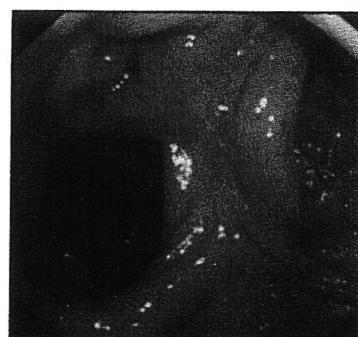
Color 1 The first endoscopic examination revealed an active ulcer in and around the "saddle portion" of anastomosis toward the jejunum.

Color 2 The second endoscopy disclosed a healing ulcer (A) and fecal material (B) in the "saddle portion" of anastomosis.

Color 3 A fistula is seen near the anastomosis toward the jejunum that has penetrated into the transverse colon. Colonic mucosa is also recognized.

Color 4 Colonoscopy demonstrated a lumen lined by small bowel mucosa near the splenic flexure.

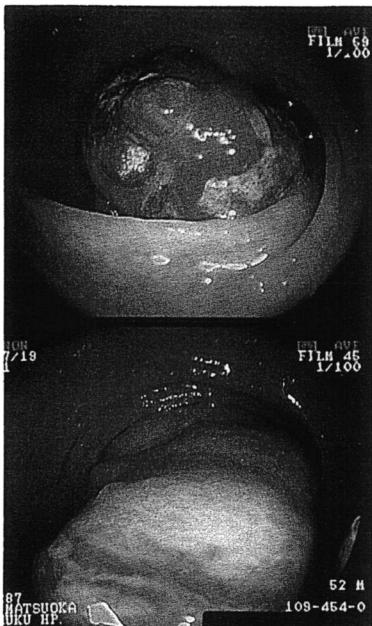
1 | 3
2 A | B | 4



症例**松岡正記ほか論文**
<本文290～291p>

Color 1 Colonic endoscopic examination showed a tumor which had a surface combined with almost normal mucosa and severe erosive changes like a map (A) and the tumor drew the oral mucosa (B).

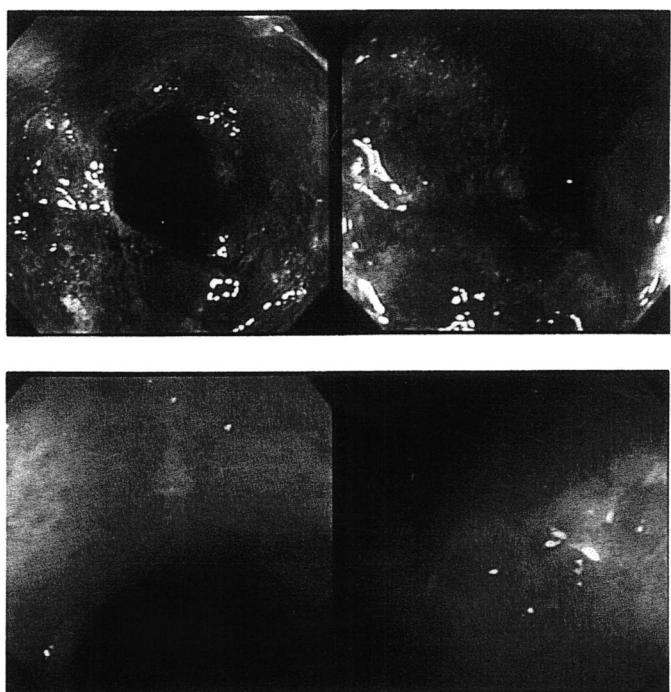
Color 2 The resected specimen of the transverse colon. The majority of the tumor surface was composed of the mucosa with severe erosive changes (A). The cut surface shows that the yellow mass with regular margin exist in the submucosa and the majority of the tumor surface was composed of necrotic mucosa (B).



$$\begin{array}{c} 1 \ A \\ \hline B \\ 2 \ A \\ \hline B \end{array}$$
症例**山口康晴ほか論文**
<本文292～293p>

Color 1 A・B: Colonoscopic picture on admission of the descending colon shows unevenness of the surface and stenosis of the lumen with edema and oozing.

Color 2 A・B: Colonoscopic picture on the 9th hospital day shows short longitudinal or maplike ulcers.

$$\begin{array}{c} 1 \ A \mid B \\ \hline 2 \ A \mid B \end{array}$$
**症例****北澤恵美子ほか論文**
<本文294～295p>
$$A \mid B$$

Color 1 A: Endoscopic finding before the medication. B: An ileocecal ulcer tended to heal just after the medication.

