

## 虫垂開口部に粘膜下腫瘍様隆起を呈した2症例

消化器内科 木村 勇斗, 増尾 謙志, 山賀 雄一  
田中 淳也, 鍋島 紀滋

下部消化管内視鏡で虫垂開口部に粘膜下腫瘍様隆起を認めた際は、虫垂粘液嚢腫をはじめとする虫垂腫瘍や、大腸粘膜下腫瘍を鑑別に考えることが多い。超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)も容易ではなく、術前診断が困難なこともしばしばある。今回虫垂開口部に粘膜下腫瘍様の隆起を呈した、鑑別困難な疾患を2例経験した。病理診断の結果は、症例1は盲腸子宮内膜症、症例2は虫垂憩室であった。いずれも術前診断は困難であり、手術後に診断が確定された。このような隆起を認めた際は、さまざまな疾患の可能性を考慮する必要があると考えられた。

keywords：大腸粘膜下腫瘍、盲腸子宮内膜症、虫垂憩室

### 1. 症 例 1

#### (1)症例

患者：40歳台、女性。

主訴：無症状。

現病歴：人間ドックで便潜血陽性を指摘され、当科を受診した。

既往歴：特記すべきものなし。

身体所見：腹部平坦軟、圧痛なし。

#### (2)検査所見

##### 1)血液検査

ヘモグロ빈はやや低値(11.3g/dL)だったが、基準値内だった。その他低栄養などではなく、CEA, CA19-9も正常だった。

##### 2)下部消化管内視鏡(図1a)

虫垂開口部に粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。粘膜面には明らかな不整はなく、虫垂開口部からの粘液の流出なども認めなかった。生検組織の病理診断では、腫瘍性変化を認めず、軽度の炎症細胞浸潤を認めるのみであった。

##### 3)腹部エコー(図1b)

回盲部に10mm大の低エコー結節を認めた。後方エコーの増強などはなく、内部に明らかな血流シグナルを認めなかった。虫垂は同定できなかった。

#### 4)腹部造影CT、腹部MRI(図2)

盲腸に壁肥厚があるようにも見えたが有意ではないと考えられた。虫垂は同定できなかった。

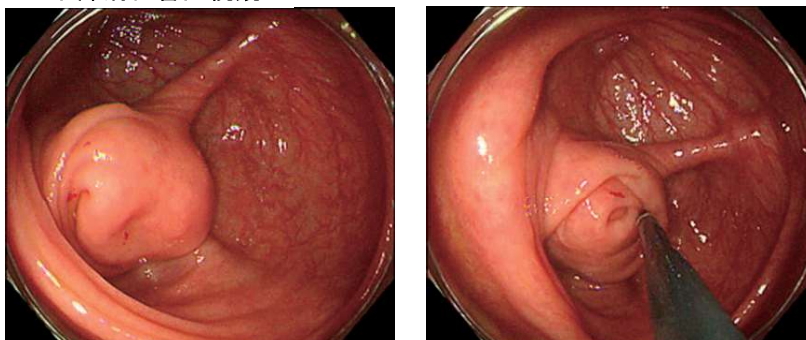
#### (3)臨床経過

腹痛や血便などの自覚症状はなく、経過観察の方針としたが、17ヵ月後の下部消化管内視鏡で増大傾向が疑われた。またエコーでも、初診時の10mm大から16mm大へ増大していた(図3)。診断の確定は困難だったが、増大傾向を示す粘膜下腫瘍様隆起であり、悪性の可能性が否定できないと考えられた。そのため、本人家族へ説明し同意を得たうえで、初診から18ヵ月後に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。

手術標本(図4)では、粘膜面からは虫垂開口部に明らかな粘膜下腫瘍は認めなかったが、漿膜面からは結節が確認された。病理組織学的検査(図5)では、結節部に肉眼的には明らかな変化を認めなかったが、HE染色で内部に腺管様の構造を認めた(図5a)。粘膜には明らかな異常を認めなかった(図5b)。固有筋層内に子宮内膜類似の間質を認め、その中に子宮内膜類似の腺上皮を認めた(図5c, d)。盲腸子宮内膜症と診断した。

その後の検索では、他部位には明らかな子宮内膜症を認めず、術後2年経過したが問題は認めていない。

a. 下部消化管内視鏡



b. 腹部エコー

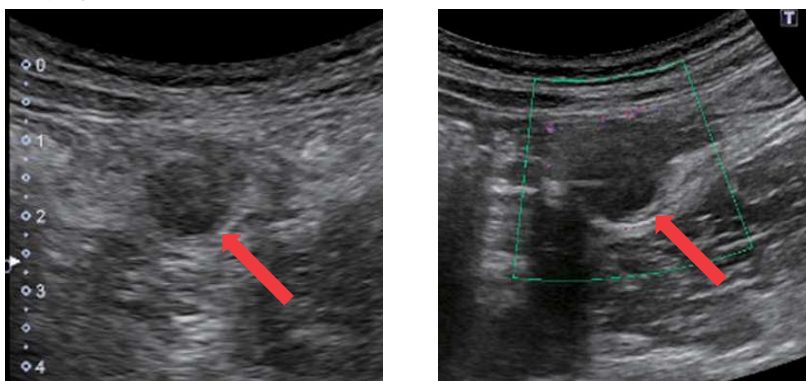
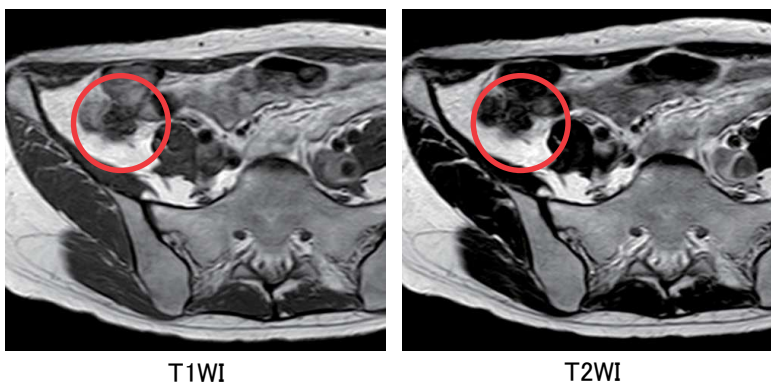


図1. 症例1 画像検査(1)

a. CT



b. MRI

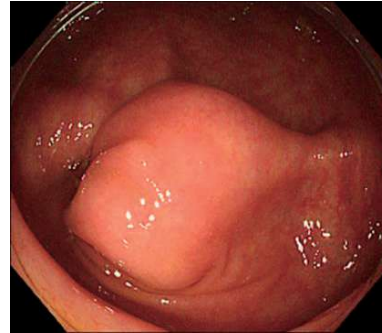
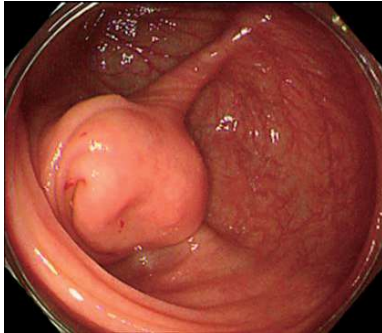


T1WI

T2WI

図2. 症例1 画像検査(2)

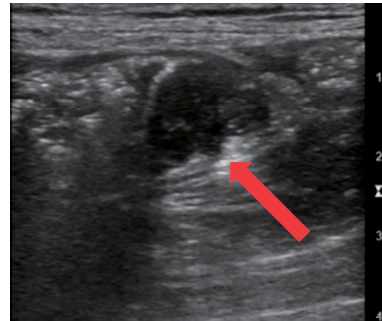
a. 下部消化管内視鏡



b. 腹部エコー



初診時



17ヵ月後

図3. 症例1 初診時から17ヵ月後の変化



図4. 症例1 術後標本

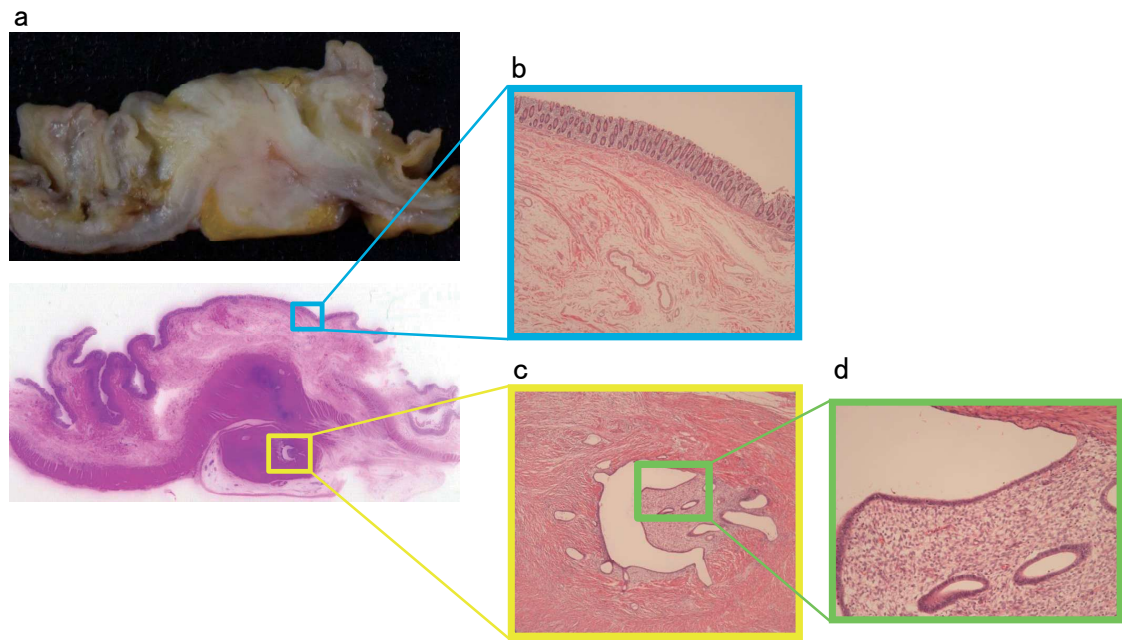


図5. 症例1 病理組織学的検査

## 2. 症 例 2

### (1) 症例

患者：50歳台，男性。

主訴：無症状。

現病歴：健診で便潜血陽性を指摘され，当科を受診した。

既往歴：高血圧，脂質異常症，高尿酸血症。

身体所見：肥満体形，腹部圧痛なし。

### (2) 検査所見

#### 1) 血液検査

CRPはごく軽度高値(0.40mg/dL)だったが，白血球の上昇は認めなかった(6,200/ $\mu$ L)。CEA，CA19-9の上昇は認めなかった。

#### 2) 下部消化管内視鏡(図6a)

虫垂開口部と思われる陥凹を中心に，粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。粘膜面には明らかな不整はなく，粘液の流出も認めなかった。生検組織の病理診断では，腫瘍性変化を認めず，軽度の炎症細胞浸潤を認めるのみであった。

#### 3) 腹部エコー(図6b)

回盲部に20mm大の無エコーの腫瘤を認め

た(矢印)。後方エコーの増強があり，内部に明らかな血流シグナルを認めなかった。描出された末梢側の虫垂には明らかな腫大を認めなかった(矢頭)。

#### 4) 腹部造影CT(図7)

虫垂根部に低吸収な腫瘤を認めた。虫垂の先端には腫大を認めなかった。

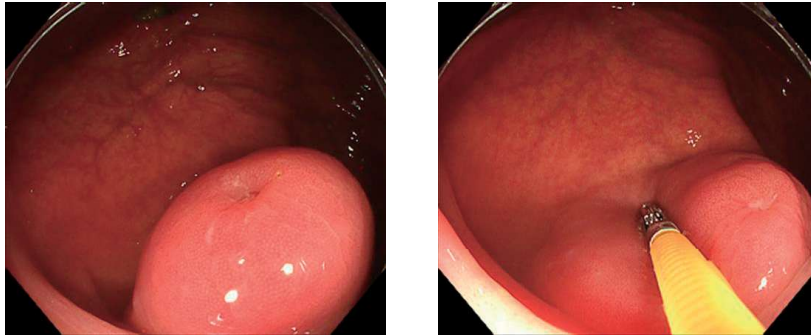
### (3) 臨床経過

開口部に粘膜下腫瘍様隆起を呈する，虫垂の低吸収腫瘤であった。診断の確定は困難だったが，虫垂粘液嚢腫である可能性も考慮されたため，本人家族へ説明し同意を得たうえで，腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。

手術標本(図8)では，粘膜面から虫垂開口部に粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。漿膜面からは病変を確認できなかった。病理組織学的検査(図9)では，虫垂の管腔から固有筋層を越えて突出する憩室を認めた。上皮には明らかな異型を認めなかった。炎症細胞浸潤を伴い，内腔には膿状壊死物の貯留を認めた。虫垂憩室と診断した。

術後1年6カ月経過したが特に問題を認めていない。

a. 下部消化管内視鏡



b. 腹部エコー

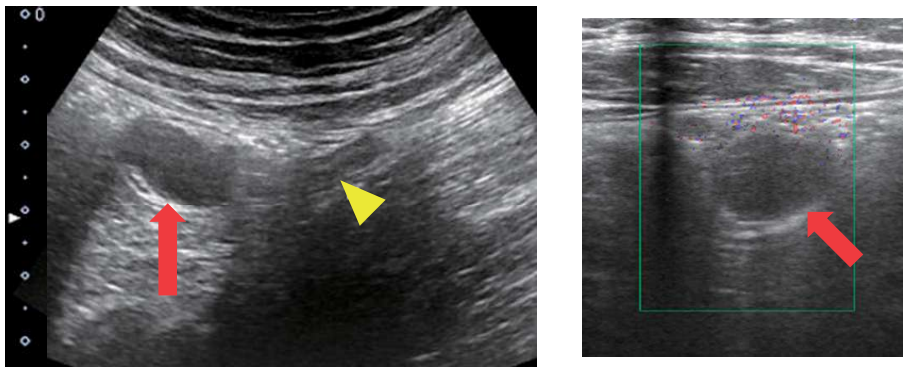


図6. 症例2 画像検査(1)

CT

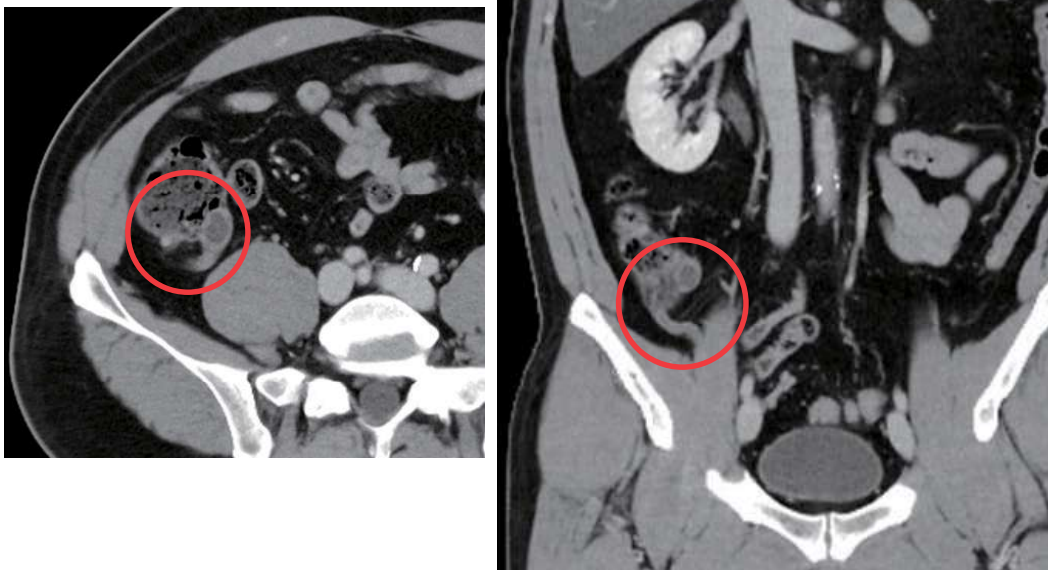


図7. 症例2 画像検査(2)



(固定後)

図 8. 症例 2 術後標本

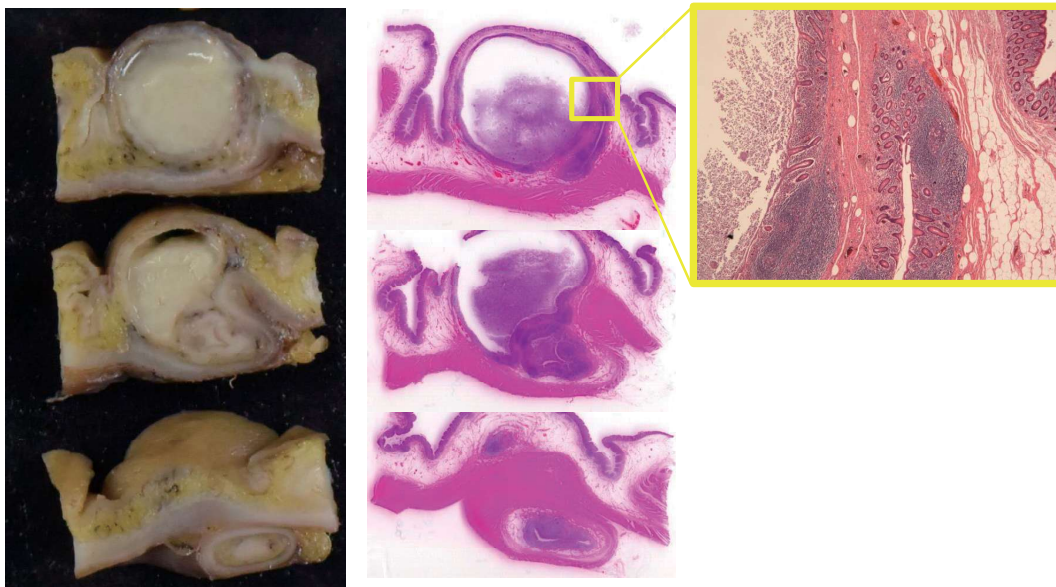


図 9. 症例 2 病理組織学的検査

### 3. 考 察

大腸粘膜下腫瘍の組織型は多岐にわたる。小林らは、脂肪腫、直腸神経内分泌腫瘍、リンパ管腫、GIST などの頻度が多いと報告している<sup>1)</sup>。さらに類似病変に遭遇することもある。

子宮内膜症は子宮内膜類似の組織が子宮外に発生する疾患で、部位により卵巣、ダグラス窩、骨盤腹膜などの common site、腸管、尿路などの less common site、骨軟部組織、肺などの rare site の 3 つに分類される<sup>2)</sup>。less common site と rare site に発生するものが稀少部位子宮内膜症と呼ばれる。稀少部位子宮内膜症のうち、腸管子宮内膜症の頻度は 12% 程度で、今

回の盲腸子宮内膜症はそのうちの 4% 程度と報告されている<sup>3)</sup>。肉眼的には粘膜下腫瘍様隆起や腸管狭窄を呈することが多く<sup>4)</sup>、悪性腫瘍を含む腫瘍性病変との鑑別が重要になる。診断には月経直前や月経中に内視鏡検査を施行し、病変部の生検を行うことが有効とも言われるが<sup>5)</sup>、粘膜面に達する症例は少数で、生検での診断率は 9% で確定診断を得ることは難しい<sup>6)</sup>。血便、腹痛といった症状を呈することがあり、月経周期と関連することもある。腸閉塞をきたす症例もみられる。治療にはホルモン療法が用いられることが多いが、根本的な治療のためには手術が必要である。ただし生殖年齢での発症が多いため、妊孕性に配慮して治療を進める必要があ

る<sup>7)</sup>。症例1では、無症状で、生検での確定診断は困難であった。しかし子宮内膜症の可能性を念頭に置き、より詳細な問診を行い、月経周期に合わせて内視鏡を施行することなどにより、術前診断が可能であった可能性は考えられる。

一方、虫垂憩室は手術切除例、剖検例での1.5%程度にみられる<sup>8)</sup>。憩室炎症例では、当初急性虫垂炎と診断され、その後に憩室炎と判明することが多い。虫垂憩室炎、あるいは急性虫垂炎でも憩室を伴う症例では穿孔するリスクが高いとされているため、虫垂憩室を伴った虫垂の急性炎症の症例では、積極的に手術を検討すべきと考えられている<sup>9, 10)</sup>。また、無症状例に対しても予防的虫垂切除を考慮すべきという意見もあるが<sup>11)</sup>、一定の見解はない。症例2では、これまで虫垂炎や憩室炎の既往はなかったが、病理所見上は炎症所見を認め、今後発症していた可能性も考えられ、予防的切除という意義はあったと思われる。

今回のように虫垂開口部に粘膜下腫瘍様隆起を認めた際は、虫垂粘液嚢腫や大腸粘膜下腫瘍を鑑別に考えることが多いが、他疾患の可能性も念頭に置いて精査を進める必要がある。深部大腸では、専用機での超音波内視鏡(EUS)や穿刺吸引術(FNA)が難しく、術前診断は困難なことが多いが、スライディングチューブやガイドワイヤーを併用してのEUSや、直視型EUSでのFNAが診断につながる可能性が考えられる<sup>12)</sup>。術前に診断がつくことで、より適切な治療法や術式を選択することが可能になると期待される。

#### 4. 結 語

虫垂開口部に粘膜下腫瘍様隆起を呈した2症例を経験した。このような隆起を認めた際は、虫垂粘液嚢腫や大腸粘膜下腫瘍だけでなく、他の疾患の可能性も考慮する必要がある。

#### 文 献

- 1) 小林清典, 小川大志, 春木聡美 他: 大腸粘膜下腫瘍の内視鏡診断. *Gastroenterol Endosc* 49(9): 2462-2473, 2007.
- 2) Irving JA, Clement PB: Disease of the peritoneum. In: Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM ed. *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*, 6th ed. New York: Springer; 2011. p.625-678.
- 3) Macafee CH, Greer HL: Intestinal endometriosis. A report of 29 cases and a survey of the literature. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 67: 539-555, 1960.
- 4) 藤原美奈子, 吉村大輔, 佐々木泰介 他: 大腸非上皮性ポリープの鑑別診断 非腫瘍性ポリープ 病理診断の立場から. *胃と腸* 59(2): 211-218, 2024.
- 5) 北川浩樹, 大毛宏喜, 清水亘 他: 盲腸粘膜下腫瘍と鑑別が困難であった盲腸子宮内膜症の1例. *日本大腸肛門病学会雑誌* 68(1): 40-45, 2015.
- 6) 松隈則人, 松尾義人, 鶴田修 他: 腸管子宮内膜症の2例—本邦報告例78例の検討を含めて. *Gastroenterol Endosc* 31(6): 1577-1584, 1989.
- 7) 「難治性稀少部位子宮内膜症の集学的治療のための分類・診断・治療ガイドライン作成」研究班編. 腸管子宮内膜症. 稀少部位子宮内膜症診療ガイドライン. 東京: 診断と治療社; 2018. p.5-8.
- 8) Collins DC: 71,000 human appendix specimens. A final report, summarizing forty years' study. *Am J Proctol* 14: 265-281, 1963.
- 9) 山田哲平, 瀧野泰秀, 新居かおり 他: 穿孔性虫垂憩室炎9例の臨床病理学的検討. *日本腹部救急医学会雑誌* 33(5): 815-820, 2013.
- 10) 山村英治, 大住幸司, 徳山丞 他: 虫垂憩室症例の検討. *日本腹部救急医学会雑誌* 35(7): 849-853, 2015.
- 11) 新山秀昭, 北島吉彦, 藤原博: 腹腔内膿瘍を形成した虫垂憩室穿孔の1例. *日本臨床外科医学会雑誌* 58(7): 1554-1556, 1997.
- 12) 中路聡, 平田信人, 小林正佳 他: 回盲部リンパ節に対する超音波内視鏡下穿刺術で診断し得た悪性リンパ腫の1例. *Gastroenterol Endosc* 55(7): 2005-2010, 2013.