

---

# 腸管剥離術が奏功したSEPの一例

和田 仁、北島正一、海法恒男\*、渋谷 浩\*  
由利組合総合病院泌尿器科、同外科\*

## A successfully treated adhesiotomic case of sclerosing encapsulating peritonitis

Hitoshi Wada, Seiichi Kitajima, Tsuneo Kaihoh\*, Hiroshi Shibuya\*  
Department of Urology and Surgery\*, Yuri Kumiai General Hospital

### <緒 言>

硬化性被嚢性腹膜炎は、びまん性に肥厚した腹膜の広範な癒着により、イレウス症状を呈する症候群であり、CAPDにおける最も重篤な合併症である。本邦はCAPD患者の1.7%<sup>1) 2)</sup>の頻度とされ、2年生存率も51%<sup>1) 2)</sup>と極めて予後不良である。現在のところ有効な治療法は確立されていない。

今回我々は、外科的手術が奏功した硬化性被嚢性腹膜炎を経験したので報告する。

### <症 例>

症 例：39歳、男性

主 訴：腹痛、嘔気

家 族 歴：特記なし

既 往 歴：24歳時慢性腎不全に対しCAPD導入。平成6年CAPDカテーテル交換時の左腎破裂に対し左腎摘出術

現 病 歴：平成10年3月のCT検査で腹膜の石灰化を指摘され、SEPと診断。CAPDを中止としその後血液透析による維持加療を行っていた。平成11年3月頃より腹部膨満感、腹痛、嘔気等のイレウス症状出現、その都度、腸管安静に努め保存的加療を行っていた。しかし頻回のイレウス症状のため、腸管剥離術を考慮し同年8月24日当院外科入院となった。

### <入院時所見>

入院時現症：栄養中等度、身長171.0cm、体重56.2kg、BP 150/90mmHg

腹 部 所 見：上腹部に腫瘤形成あり、消長を繰り返す

血液学的所見

血算：WBC 5800/mcl、RBC 335万/mcl、Hb 10.9g/dl、Ht 32.5%、Plt 27.9万/mcl

血清・凝固：CRP 1.76mg/dl、PT 12.4"、APTT 32sec

生化：TP 5.5g/dl、A/G 2.04、UA 5.2mg/dl、BUN 39.9mg/dl、Cre 9.78mg/dl、Na 139meq/l、K 4.3meq/l、Cl 99meq/l、Ca 12.0mg/dl、AST 10IU/l、ALT 7IU/l

### <臨床経過>

入院後、絶飲食とし、IVH管理とした。1999年8月26日腸管剥離術施行した。開腹すると厚い白色の被膜を覆って癒合しており、胃と横行結腸の境界は不明であった。上行、下行、S状結腸は辺縁がはっきりせず、後腹膜に埋まっていた。空腸、回腸は強固に癒着し、多臓器とは独立して一塊となっており、その上を更に厚い被膜が全体を覆っていた。手術時間は3時間16分で出血量は66gであった。術前後の開腹所見を図1、2、3に示す。

### 開腹所見（術前）

図1、図2  
腹腔内臓器は厚い白色皮膜を覆って癒合し、小腸は癒着し一塊となっていた。



図1



図2

### 開腹所見（術後）

図3  
腸管癒着は解除され、屈曲、狭窄は認めない。  
腸管損傷も認めない。

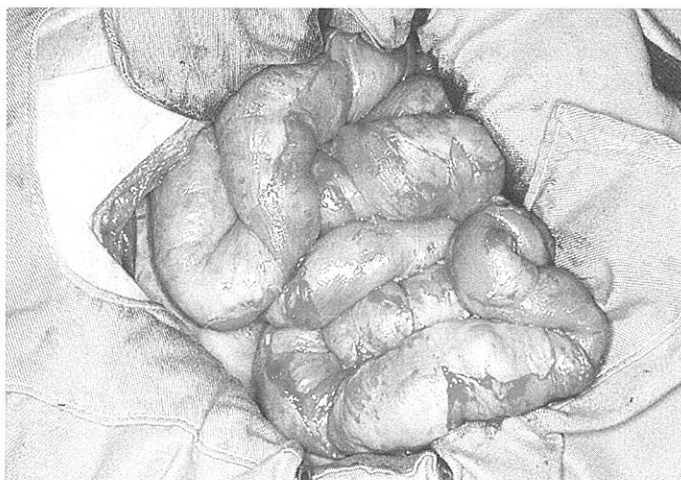


図3

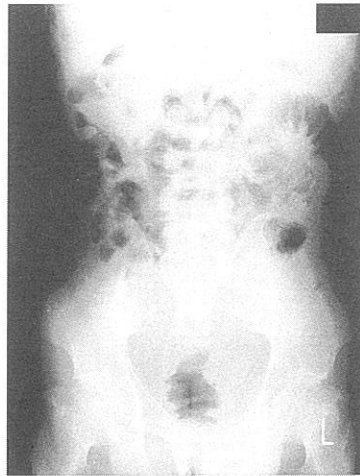
術後14日目で経口摂取開始となった。術前後の腹部単純写真、腹部CTにおいて腸管剥離術によりSEP像の改善が認められた。(図4、5) 術中採取した腹膜は硝子変性が強い線維性肥厚を呈し、中皮細胞層の減少を認めた。(図6)

経過は良好で現在、外来時維持血液透析施行中である。

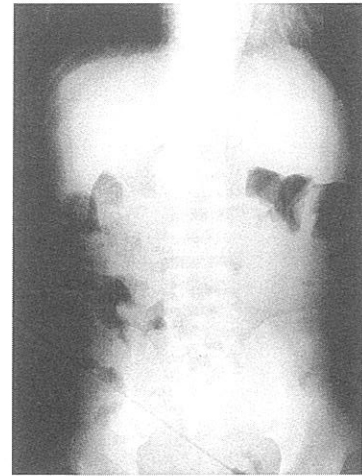
図4 術前後の腹部単純写真

図4

術前腹部単純写真ではKerkring皺壁を認める拡張した小腸ガス像が一塊となっている。術後は結腸ガスが主体となり、通過性良好であると考えられる。



術前



術後

図5 術前後の腹部CT

図5

術前CTでは、腸管は一塊となり、腹水、腹膜石灰化を認める。術後CTでは腸管の癒着は解除され腹水の減少を認める。

術前



術後

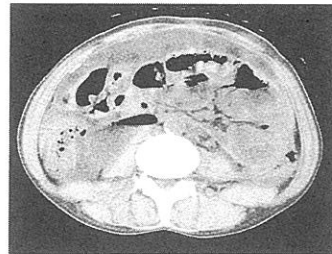
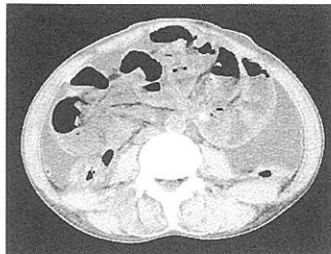
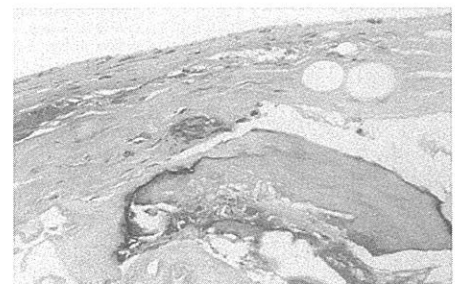
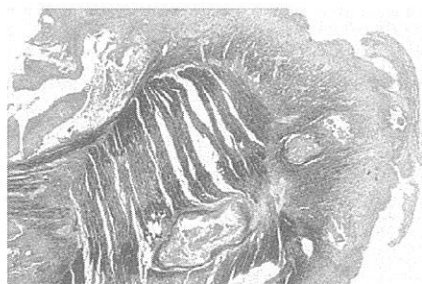


図6 腹膜の病理所見

図6

腹膜は硝子変性が強い線維性肥厚を呈し一部筋層への硝子化を認める。中皮細胞層の消失を認める。



## <考 察>

硬化性被嚢性腹膜炎は、びまん性に肥厚した腹膜の広範な癒着により、イレウス症状を呈する症候群であり、CAPDにおける最も重篤な合併症である。本症は進行すれば腹膜機能の低下、腹痛、嘔吐等のため腹膜透析の続行が不可能となる。本邦ではCAPD患者の1.7%の頻度とされ、2年生存率も51%と極めて予後不良である<sup>1) 2)</sup>。病因に関しては、すでに1965年、Mionら<sup>3)</sup>腹膜癒着とカテーテルの素材との関連を報告している。その後、抗生剤<sup>4)</sup>、 $\beta$ -blocker<sup>5)</sup>等の関連も報告されるようになり、多因子性であると考えられるようになった。

治療の基本方針は、CAPDを中止して腸管の安静を保ち、十分な栄養補給を経静脈的高カロリー輸液を主体に行うことである。一方、ステロイドや他の免疫抑制剤使用の有用性の報告もされている<sup>6)</sup>。

手術療法の適応として考えられている症例は1) TPNにても改善傾向が無く、CRPが低値、2) 炎症反応が少なく、貧血軽度、3) 腹水が比較的少ない、とされている<sup>7)</sup>。本症例では腸管癒着が進行していたためステロイド治療の効果は期待できず、さらに術前のX線写真、CTにおいて腸管に石灰化があり、腹水も多量に認めていたため手術は当初適応外と考えられた。しかし今後TPNとなり摂食行為が不可能となることに対し患者が頑なに拒否したため、腸管剥離術に踏み切ることとなった。

本症例での外科的処置において、空腸、回腸の剥離、屈曲・狭窄解除が腸管損傷無く行えたため術後特に合併症無く良好な経過をとった。

しかし腹膜病理所見において、硝子変性が筋層にまでおよんでいることは、将来腸管蠕動の低下を招く可能性があり嚴重な管理が必要である。

SEPに対する治療方針については、未だ確立したものではないが本症例のように腸管剥離術を行うことにより腹膜硬化に伴う頻回のイレウス症状から解放され経口摂取が可能となったことはQOLの改善という点で非常に大きな意義をなすものと考ええる。

## 参 考 文 献

- 1) 野本保夫、久保 仁、平野 宏、酒井信治：CAPD療法の評価と適応に関する研究、平成8年度厚生科学研究費補助金腎不全医療研究事業研究報告書：45-48、1997
- 2) 川口良人、今田聰雄：CAPDを継続させるために—硬化性被嚢性腹膜炎の病態・治療・管理、透析会誌31：97-103、1998
- 3) Mion CS, Scribner P：Analysis of factors responsible for formation of adhesions during chronic peritoneal dialysis. Am. J. Med. Sci., 250：675, 1965
- 4) Ellis H：Interperitoneal adhesion. Br. J. Hosp. Med 11：401, 1974
- 5) Harty RF：Sclerosing peritonitis and propranolol. Arch. Intern. Med 138：1424, 1978
- 6) Mori Y, Matsuo S, Sutoh H, Toriyama T, Kawahara H, Hotta N：A case of dialysis patient with sclerosing peritonitis successfully treated with cortico steroid therapy alone. Am. J. Kidney Dis 30：275-278, 1997
- 7) 川西秀樹：硬化性被嚢性腹膜炎-治療の実際-改善例の検討から、透析ケア4：20-24、1996