

人工肛門を有する患者の大腸内視鏡検査—術後第1回目の検査

Colonoscopy in ostomy patients: Results at the first postoperative examination: Zilli L, Pietroiusti M, Bertario L (Dis Colon Rectum 30: 687-691, 1987)

直腸癌を既往に持つ患者は異時性大腸癌の危険が高い。直腸癌術後、正しい経過観察が極めて重要なもので、1984年以來多施設の協力のもとで経人工肛門的に残存大腸の内視鏡検査を施行しているが、今回、著者らはこの成績を報告している。

直腸癌に対して直腸切断術が施行された957名が対象で、男女比は1:1.3, 50歳台が89.6%を占めた。直腸癌に対する手術前に、注腸検査か大腸内視鏡検査で全大腸が検査さ

れていたのはわずか31%であったが、手術標本での検索では23%に腺腫の合併がみられ、20%では多発腺腫であった。18%に一親等のレベルで大腸癌の家族歴があった。

経人工肛門的に内視鏡検査は96.8%で施行された。3.3%では検査不能で、そのうち2.2%は吻合部の狭窄が原因であった。72.6%で残存大腸が完全に検索された。

大腸癌は22名2.3%で発見され、この数字は一般人口に比べて明らかに高率である。直径5mm以上の腺腫は183名19.1%で診断された。発見された癌やポリープは左側結腸の吻合部近くで多くになっていたが、残存大腸全体にわたっていて、癌の18%、ポリープの21%は右側結腸にあった。

癌やポリープの発見率は他の報告

に近いが、直腸癌術前に大腸全体が検索された率はわずかに31%なので異時発生などについての結論を言うことはできない。この不十分な検査のため、同時性の癌やポリープが見落とされて術後に診断された可能性は否定できない。事実、癌の50%、ポリープの45%は直腸癌術後1年以内に診断されていて、同時性病変の見落としを示唆している。

結論として、著者らは次のように述べている。直腸癌患者では術前に十分に検査する必要がある。もしでなければ早い時期に調べると良いが、注腸検査は経人工肛門のため正確な検査が困難で内視鏡検査で残存大腸全体を検索することが望ましい。

(愛知県がんセンター消化器内科

松浦 昭 抄)

胃食道接合部の正常静脈循環—静脈瘤の理解のために

Normal venous circulation of the gastroesophageal junction: A route to understanding varices: Vianna A, Hayes PC, et al (Gastroenterology 93: 876-889, 1987)

胃食道接合部の門脈と全身循環(奇静脈)の結合は極めて複雑であり、食道、胃、脾臓、脾臓など各臓器からの静脈血流に影響を与える。門亢症におけるこの静脈系の調節とそれに伴って増加する頸頭への門脈側副血流についてはあまり解明されていない。

そこで、胃食道接合部を中心とした静脈循環の正常の解剖を放射線学、腐食鑄造法、形態測定法により研究した。その結果、4個の静脈血流出区域、すなわち、①胃静脈と下部食道静脈の中継点で、縦に静脈が

分布する胃区域(gastric zone)、②胃食道接合部から口側2~3cmの食道に存在し、粘膜固有層を並行に走る血管から成る柵状区域(palisade zone)、③胃食道接合部の口側3~5cmの食道に存在し、上下から集まる血液を食道外膜側の静脈へ導くト音記号の形をした静脈のある穿孔区域(perforating zone)、④更に口側食道の深層を下降する4~5本の静脈から成る幹区域(truncal zone)、が明確に示された。

これらの静脈系は、Butlerが食道外側の静脈と区別するために内在静脈(intrinsic vein)と呼んだもので、主に粘膜固有層、粘膜筋板、粘膜下層により隆起する食道粘膜ひだの中に存在した。下部食道括約筋により壁の圧が高くなる柵状区域の静脈は粘膜下層には少なく、その多くは粘膜固有層を中心として浅在性であり、静脈血流に対する抵抗の増大を

最小限に抑えている。また、それは門脈と奇静脈を境する分水嶺として、血液を上下両方向に流すことにより呼吸サイクルによる生理的な圧の変化に対応していると考えられる。

門亢症においては、これらの血管系は著しく増大する胃と脾臓の静脈血流に順応する。胃から食道への血流に対する最大抵抗部位は柵状区域にあり、その下の圧が最高となり胃静脈瘤が出現するのであろう。食道静脈瘤については、柵状区域の静脈自体が拡張するのか、拡張が食道外膜側の静脈から逆行性に柵状区域の口側に及び静脈瘤が出現するのか、2説がある。この解剖学的研究からは、柵状区域と穿孔区域が静脈瘤形成と破裂の鍵を握る部位と推測される。

(愛知県がんセンター消化器内科

種広健治 抄)