

慢性胃潰瘍の予後に関連する因子

Factors Relevant to the Prognosis of Chronic Gastric Ulcer: D. W. Pipet, M. Greig, G. A. E. Coupland, E. Hobbin, J. Shimmers (GUT 16: 714~718, 1975)

1969年から1972年までの間にX線で慢性胃潰瘍と診断された患者は243名で、そのうち経過観察の対象となったのは105名である。郵便によるアンケートを施行し、その後の再発の様子などを尋ねた。腹部症状を訴えた者についてはX線検査を行なった。

さて最初の入院時の方針として、3週に1回潰瘍の大きさを計測し、その後の経過との関連を追求した。治癒の判定基準は、二重造影法で、潰瘍クレーターが消失しているか、あっても退院時に1mm²以下とした。

潰瘍の再発、出血、穿孔または手術を受けた者は、潰瘍が治癒して退院した60例中15例25%で、治癒せずに退院した45例中では、25例55%であった。明らかに有意の差であった。最初の潰瘍の大きさを計測すると、平均が51mm²で、これを境に再発率を調べると、潰瘍が治癒せずに退院した患者では、入院時51mm²以上の者が多かった。

最初の治癒速度がゆっくりであったものが早く再発をおこすとはいえなかった。潰瘍が3週で治ろうと、6週で治ろうと、或は9週で治ろうと、再発率はほぼ同じだった。鎮痛剤の継続的使用と喫煙は、再発に影響を及ぼしていなかった。性や年齢は、最初の潰瘍の大きさ、潰瘍の再発率に影響を及ぼさなかった。

胃潰瘍の再発については多くの報告があり、再発率については、2年後で19~87%まで示されている。著者らは、治癒して退院した患者と未治癒で退院した患者との間に、再発率の有意の差を認めた。潰瘍の大きさでは、はじめに大きかったものほど再発率が高く、これはVAグループの成績と異なっていた。ゆっくり治る潰瘍が早く再発するといわれるが、ここではそれは示されなかった。年齢、性も再発に関連せず、喫煙や鎮痛剤の使用との関連も見出せなかった。

以上より著者らの方針は、すべての胃潰瘍を入院で薬物で治ゆさせ、2年以内に再発すれば手術を勧めることにしている。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美 抄)

閉塞性結腸癌の近位側におこった大腸炎

Colitis Proximal to Obstructing Colonic Carcinoma: G. W. Tietjen, A. M. Marcowitz (Archives of Surgery, 110: 1133~1138, 1975)

閉塞性結腸癌の近位側に発生せる非特異性の炎症は、過去20年にわたって外科の文献に登場している。頻度は少ないが、仲々厄介な問題である。著者らは、コロンビア大学で1967年以来、5人の患者を経験し報告している。

結腸癌に合併する大腸炎は、明らかに癌による閉塞と関係があり、潰瘍性大腸炎や大腸クローン氏病が前からあって発生したのではない。若干の報告によれば、(1)癌の遠位側には、このような炎症はおこらない。(2)慢性炎症性大腸疾患を示唆する

臨床上の既往がない。(3)閉塞が外科的に取除かれれば、炎症は再発しないことを示している。

これらの患者は、当初癌の直接の閉塞症状か、この種の大腸炎に由来する急性腹部症状を示す。癌は通常、S状結腸か直腸S状結腸接合部にあり、全周性の狭窄を示す。しかし多くの場合、完全な閉塞ではない。しばしば癌のすぐ近位側は、肥厚し拡張してはいるが、粘膜性変化のない一定領域がみられる。そして炎症でおかされた部分は明瞭に境界が分る。組織学的には、浅い粘膜潰瘍、粘膜下浮腫、うっ血、血管に富んだ肉芽組織などをみる。ひどい場合は、筋層を貫ぬく硬塞、壊死、穿孔を伴った壊疽性大腸炎の像をみる。

病理学的、レントゲン上の特徴は、乏血性大腸疾患の場合と同様で、多くの著者らは、腸壁の乏血は閉塞性大腸炎に重要な病理学的因子と述べている。機能的閉塞による腸壁の乏血は、Hirschsprung 病の腸炎や、回腸痙攣周辺の回腸炎の発生に重要な役割を果たすらしい。この推定される発生機序は、下行結腸癌で近位側大腸炎のまれなこと、また小腸閉塞は頻度が高いが、近位側腸炎がまれであることを説明しえない。細菌増殖の役割は、あまり重要と考えられていない。

治療は、大腸炎をおこしていれば広汎に切除すべきである。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美 抄)