

A いずれも「肝湾曲部の結腸がん」です。

さて、話は変わりますが、右のRATMANの絵をご覧ください。上下ではそれほど大きな違いはありませんよね？でも左から順に眺めていくと、上の段では“おじさん”に、下の段では“ねずみ”に見えませんか？このように、人は状況によって判断を変えてしまうことがあります。

＊

それではもう一度、前ページの2枚の腹部単純X線写真を見てみましょう。まず、「異常がない」と思い込んで見てください。何となく安心して見ると、異常がないような気がしませんか？

次に、「肝湾曲部の結腸がん」だと思いながら見てください。そうすると、この患者さんたちは、帰してはいけない方々だということが見えてきます。**症例1**も**症例2**も緊急手術を行っています。初診時の症状は腹痛、便秘程度なのです。このような症状の患者さんがいらしたら、「浣腸しましょう」「下剤を出しておきます」「胃薬を出しておきます」と帰すことがないでしょうか？しかし、よくならなかつたと、患者さんがほかの病院へ行ってしまい再受診しなければ、「自分が間違っていたことに気づかない」ことがあるかもしれません。そのようなことにならないためには、自分の診断が正しいかどうか、客観的な指標が必要です。それが腹部単純X線写真だと思うのです。なぜなら、クリニックでも病院でも撮影が可能ですから。

症例1 (写真1)は、視診で右下腹部が膨隆しているのがわかりました。腹部CT (写真3)では、上行結腸に便が詰まっていること

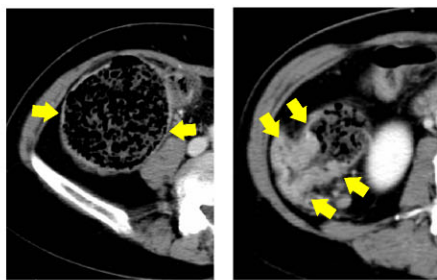


写真3 上行結腸中部(症例1) 写真4 肝湾曲部(症例1)

もわかります。一般的に上行結腸の便は泥状で、進行がんがapple coreとなっても腸閉塞になることはありません。すなわち、上行結腸の腸閉塞は完全狭窄を考えるべきです。本症例は肝湾曲部に腫瘍が存在し(写真4)、緊急手術が施行されました。

症例2 (写真2)は、救急外来で浣腸と下剤を処方され、一度帰されています。**症例1**と同様に上行結腸に便が貯留し、内部には微細な空気を含んでいます。その2日後の腹部単純X線

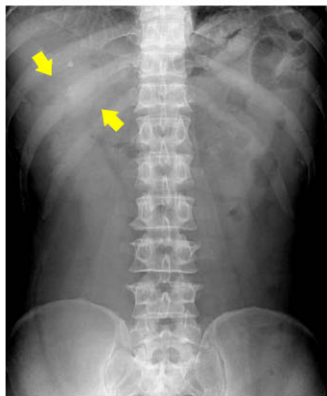


写真5 腫瘍陰影(症例2)

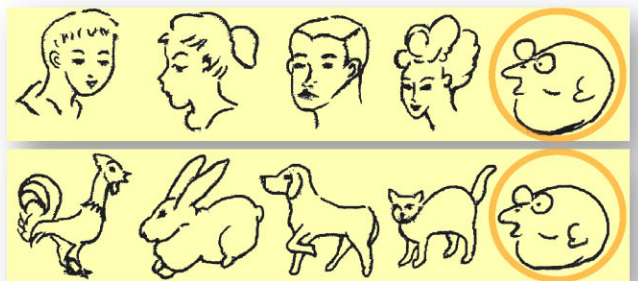


図 RATMAN

写真(写真5)

では、上行結腸の便は動かず含気が消失しています。肝湾曲にはX線不透過のものが見えます。

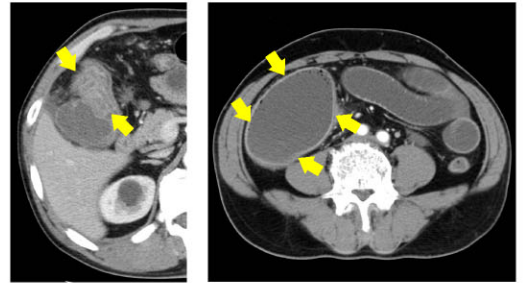


写真6 肝湾曲部(症例2) 写真7 上行結腸中部(症例2)

そう、ここにがんが占拠し閉塞しているのです。腹部CT(写真6)では胆嚢の前方に腫瘍が確認できます。

病態がわかったところで、写真5をもう一度見ていただきたい。腫瘍の肛門側には、当然ながら便はまったく見当たりません。ですから、浣腸をしても下剤を出してもよくなるのです。上行結腸は7~8cmまで拡張しています。

一般的に、大腸の腸閉塞は管腔径が5cmを超えると破裂する危険があるといわれています。イレウス管による減圧も即効性はないため、緊急手術の適応と考えられます。したがって、本症例は初診時にすでに手術適応であったことがわかります。少なくともこのときCTを撮影していれば病態の把握ができたはずですが。

さらにCTでは、腹部単純X線写真のみでは認識できない所見として、骨盤回腸の消化液の貯留も確認できます(写真7)。上行結腸が閉塞していれば、小腸の腸閉塞も当然です。実際、このように空気のない腸閉塞が存在することも認識してほしいのです。すなわち、腸閉塞の状態で立位で撮影しても、niveauは形成しない症例が存在するという事実を。

「便秘」といって受診した患者さんが、「便秘」と診断され帰宅しました。しかし、その後「大腸がん」と判明し、緊急手術が施行されました。このときすでに結腸の漿膜は破裂していました。

なんだ、やっぱり腹部単純X線写真ってそんなに診断できないじゃないか、ではなくて、この段階で診断できなかったら……と考えてください。この所見を見落とすと重大な転帰をもたらすかもしれないということを。

＊

この連載では、何気なく見逃してしまいそうな所見を取り上げ、その症例の病態の解説をします。そして、明日からのみなさんの診療にお役立ていただきたいと思います。