

腹部X線写真の読み方 第2回 **見えないものを読み解く** (その2)



臥位でもイレウスは診断できる

西野 徳之 総合南東北病院 (福島県郡山市) 消化器センター長

イレウスは立位で撮影し、ニボーを確認するのが一般的な診断法である。だが、臥位でも腸管の拡張からイレウスを疑うことは可能だ。臥位での撮影は、触診時のイメージと一致するなど利点も多い。

にしの のりゆき氏
1987年自治医大卒。90年利尻島国保中央病院 (北海道利尻町) 内科医長。94年同院長。2007年より現職。

55歳女性。かなり強い腹痛を訴え、深夜に救急外来を受診した。下腹部に認められるガス像の位置に注意しながら腹部

X線写真を読影してほしい (写真1)。なお、当直医は立位による撮影を指示している。

写真1 腹部単純X線写真 (初診時、立位)



写真2 再診時の腹部単純X線写真(立位)

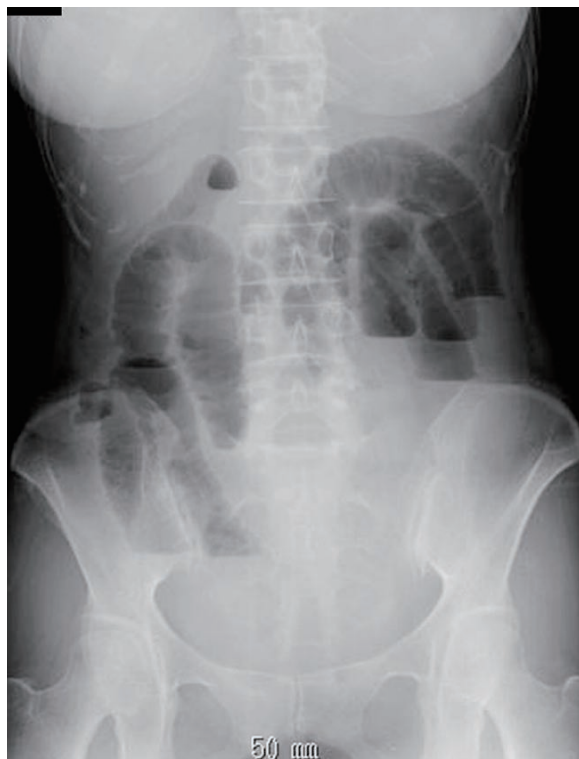


写真3 再診時の腹部単純X線写真(臥位)



結論から言うと、この患者は子宮全摘出後の癒着に伴う絞扼性イレウスだった。

初診時、担当医は立位で腹部X線写真を撮影。このガス像をS状結腸と判断し、浣腸を施行した。反応便はなかったが、下剤を処方し、帰宅を許可した。患者は症状が改善しないため入院加療を希望したが、結局18時間診察室で点滴加療を受け帰宅した。

その翌日、再度救急外来を受診し「便秘はあるが排便は4日間ない。嘔吐が持続する」と訴えた。そのときのX線写真を示す(写真2、3)。誰が見ても見間違ふことのないイレウスである。

一般的にイレウスは立位で撮影し、ニボー(鏡面像)を診断すべしと教えられる。だが病態は、腸管閉塞によるガスや腸液の停滞に伴う腸管内圧の上昇なので、腸管拡張を指摘できれば、臥位でも十分に診断が可能だ。

腹部X線撮影は、もちろん立位と臥位の両方が好ましい。だが、どちらか一方なら臥位を選択すべきだろう。なぜなら、触診時の臓器イメージに近いからである。立位では実質臓器は重力に従い下方へ、空気は上方へ移動し、触診時のイメージとずれてしまう。

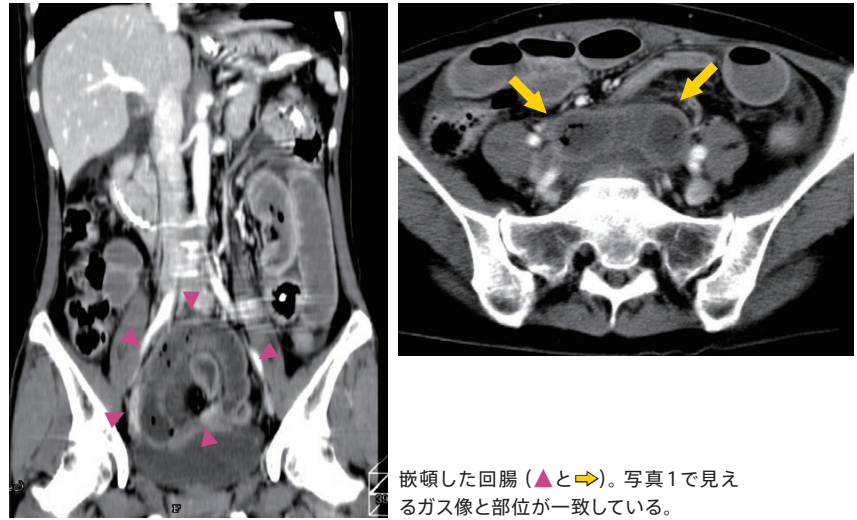
写真1を再度見てほしい。もし病変部位がS状結腸であれば、腸管は自由度が高いため軸捻転を起こし、体軸に沿う回転でcoffee beanサインを呈するはずである(典型例を写真4に示す)。今回は腸管の走行が体軸に垂直に回転しているため、ガス像の部位は回腸だと推察できる。

本症例は初診時の時点で既にイレウスだったはずだが、立位で撮影してもニボーを形成していない。だが、回腸は異常に

写真4 S状結腸軸捻転の典型例



写真5 再診時のCT像



嵌頓した回腸(▲と→)。写真1で見えるガス像と部位が一致している。

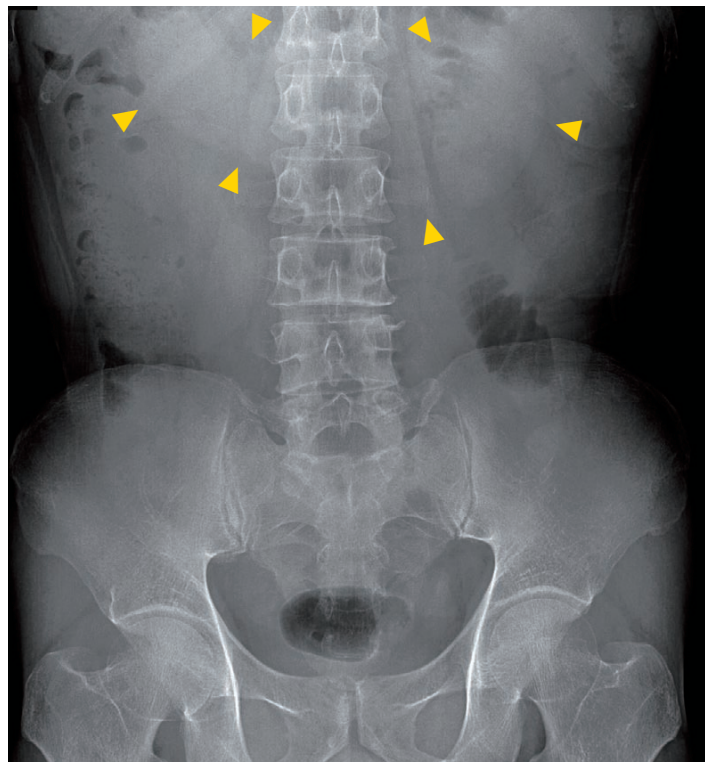
拡張し、そこに局限してガス像が認められる。拡張して圧力が高まっているのにもかかわらず、ガスが前後に拡散していないことから、空気の交通がない、つまり**絞扼**を疑うことができる。少なくとも何らかの異常に気づき、CTを撮影すべきだろう。

再診時のCT像を示す(写真5)。嵌頓した状態の回腸が確認できる。診断後、イレウス管で減圧し、手術が施行された。開腹時に血性腹水が認められ、回腸切除を施行したが、既に壊死していた。

今回は、結果的に「臨床的なイレウス」と診断される前の状態を観察できたことになる。初診時に診断できても手術適応だが、経過中の患者の苦しみを考えると、できるだけ早く診断を下すべきであった。

本症例では見えないが、前後の腸管と口径差(caliber change)が生じている場合も、絞扼を疑う。

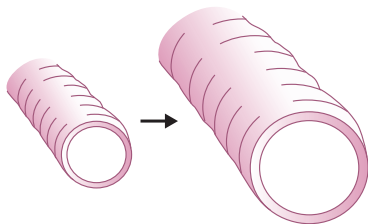
写真6 腹部単純X線写真(臥位)



小腸ひだの見え方に注意

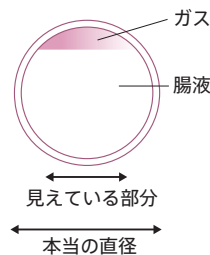
次の症例を見てみよう(写真6)。患者は46歳男性、主訴は腹痛。触診では上腹部に圧痛を認めた。X線写真は臥位で撮影した。読影のポイント^①は左側腹部のガス像の解釈である。

図1 腸管拡張によるひだの見え方の変化



腸管の拡張により、kerckringひだがハウストラと迷うほど広い間隔で見えることがある。

図2 ガスが少ないときの腸管イメージ



腸管ガスが少ないときは、X線写真で見えている部分が腸管の直径でないことがあるため注意を要する。

写真7 写真6の症例のCT像



腸液で満たされ、拡張した空腸が認められる。

今回のポイント

- ▶ 腹部単純X線写真は基本的に臥位での撮影が好ましい。
- ▶ イレウスは臥位での撮影でも診断が可能。
- ▶ 異常な腸管拡張は速やかにCTを撮影すること。脱水状態を考慮し、最初は単純撮影がよい。
- ▶ ガス像の少ない腸液のみのイレウスがある。その際、ニボーを形成しないこともある。

gasless abdomenと表現してよい症例である。詳細は、先月号を参照。

実はこの症例も小腸のイレウスである。しかし、**ガスの貯留はほとんどない**。立位でX線写真を撮影しても、ニボーを形成しなかった可能性が考えられる。

上腹部にはX線不透過のソーセージ状の長径腫瘤像(pseudotumor sign、▲印)と拡張した腸管が見え、空腸だと判定できる。よってこのガス像が見える部位も位置と走行から、空腸と考える。

さらに、ガス像と共に細いひだが見えるので、小腸のkerckringひだと判断できる。しかし、一見するとハウストラと迷うほど、ひだの間隔が大きい。これは、内圧上昇により空腸が拡張したためである(図1)。さらに腸液が優位に貯留しているため、ガス像の見えところが腸管の最大径ではない(図2)。ここで腸管内圧の上昇、すなわちイレウスを疑うべきだろう。CTを撮影すれば、腸液で満たされた

張した腸管を確認できる(写真7)。

本症例はイレウス管を留置して保存的に治療した。臨床経過より、胆嚢摘出後の癒着性イレウスと診断した。

次回予告 23歳、男性。主訴は腹痛。どこに異常があるのだろうか？

