上腸間膜動脈症候群

昭和大学小児外科教授
土　岐　　彰
（聞き手　山内俊一）

上腸間膜動脈症候群についてご教示ください。
22歳女性、入職時健康診断で上記疾患の既往を告げられました。現在も内服薬処方にて経過観察中です。

＜大阪府開業医＞

山内　土岐先生、この上腸間膜動脈症候群、名前としてはかなり知れ渡っているのですが、もう一度病態を含めて、おさらいをさせていただけますか。

土岐　この疾患は、十二指腸のちょうど水平脚のところが上腸間膜動脈と腹部大動脈とで挟まれて、これが極端に挟まれることによって通過障害を起こしてきます。これがもともとのこの病気の本体です。

なぜそういうことが起こるかという原因はいろいろあるわけです。一番多いのは成長期で、16歳前後ぐらいで、体重はそんなに増えないのだけれども身長がどんどん伸びるという時期があります。そういうときは体がちょっと細身型になります。そういうふうになると、この疾患になりやすいというのが一つと、最近では20歳ぐらいの女性がダイエットをして、そのためにやせてきて、それでこういうふうに挟まれてくるのも原因の一つです。

腹部大動脈と上腸間膜動脈とに挟まれている角度が非常に狭いとこの疾患になりやすいということで、その角度が例えば20度以下ぐらいになるとこの症状が起こりやすいといわれています。普通は45～60度ぐらいが正常といわれています。

なぜ狭くなるのかという話ですが、いろいろなことが言われています。一番よく言われるのがやせてくることです。どんどんやせて、体重もなくなる。そうすると、脂肪がなくなってくるので、上腸間膜動脈の根部のところにある脂肪がやせてきます。やせてくるこ

とによって、その間を通っている十二指腸が押さえられます。挟まれるということですね。それが原因だといわれています。

山内　そうしますと、やせ型に多いとみてよろしいわけですね。

土岐　そういうことですね。

山内　若い方に多いということですが、例えば高齢者のやせ型もけっこういるのですが、こういう方はどうなのでしょうか。

土岐　高齢者の方でこの疾患がたくさんあるというのはあまり聞いたことがないですね。今までの統計を見てみますと、16歳前後に一つピークがあって、それから20歳前後で二つ目のピークがあり、それからどんどん人数が少なくなってきます。どうしてなのかといわれると、よくわからないですね。

山内　まだ少しなぞも残っているということですね。

土岐　そうですね。

山内　いずれにしても、消化管の通過障害ですから、基本的には症状もこれに伴ったものとみてよろしいわけでしょうか。

土岐　そうですね。食事をすると吐き気がする。実際に吐く。あるいは、腹痛が起こる。それも上腹部の腹痛が起こる。これが特徴です。ただ、この疾患は、１回吐くと非常に調子よくなって、けろっとしているのです。

また、症状が起こったときにどうするかというと、例えば立ったり、それから仰臥位といいますか、背臥位といいますか、上を向いて寝ると、この症状が強くなって増悪します。逆に中膝位といいますか、四つん這いになったような格好になると非常に楽になってくるというのが一つの特徴です。それは、先ほど言ったように、腹部大動脈と上腸間膜動脈との間で挟まれることによって起こっているので、四つん這いになるとその角度が広がります。それで通るようになるといわれています。それが一つの特徴ではないかと思います。

山内　四つん這いになると楽になるというあたりは、膵炎を思い起こすところがありますけれども。

土岐　そうですね。

山内　ただ、痛みとしてはそれほど強い痛みではないということですか。

土岐　そうですね。そんなに強い痛みではないと思います。単に通過障害で、蠕動が亢進しているということになりますので、そんなに激しい痛みではないと思います。

山内　吐いてしまった後はむしろけろっとしている。

土岐　けろっとしています。

山内　ただ、そうなりますと、若い女性で、吐いてけろっとするとかいうと、メンタルな疾患と非常に紛らわしい感じがしますね。

土岐　非常に紛らわしいですね。実

際にそういうことで、この疾患とわからずに、精神的な問題だろうということで、その方面の治療をされて、なかなか治らないとか、そういう方もいらっしゃるようです。

山内　そのあたりのところはきちっとした診断が大事ということですね。

土岐　そういうことですね。

山内　こういう病気があるということを常に念頭に置いておくというところですね。

土岐　それが一番大切だと思います。

山内　非常にやせている方、これは急にやせてきたというあたりも大事なのでしょうか。

土岐　そうですね。急激にやせるということが一つの要因になると思います。徐々にやせると、そんなには目立ってこないのだろうと思うのです。

山内　昔からやせているというタイプの方には必ずしも起こるものではないと。

土岐　そう思います。起こりやすいのは起こりやすいのでしょうけれども、やせているから絶対起こるかというと、そういうわけではないと思うのです。やせる変化が急激に起こると出てくるのではないかと思います。

山内　診断になりますが、これはやはり画像診断なのでしょうね。

土岐　画像診断ですね。最初、腹痛だとか嘔吐があると、単純写真を撮ります。単純写真を撮ったときに、十二指腸のサードポーション、水平脚ですね、そこでストップするわけですから、それより上の十二指腸球部、あるいは十二指腸のセカンドポーションだとか、胃だとかがものすごく膨れてくるという所見があります。それと同時に、膨れることによって小腸全体が下方に、あるいは右側へ押されていくといった所見が出てくると思うのです。それが一つです。

私は小児外科なので、ダブルバブルサインといって、胃と十二指腸に大きいバブルができて、ほかには何もないというサインがあるのですが、それに近いような所見が出てくるというのもこの疾患の特徴だと思います。これも一つの所見です。

さらに、最近ではよく超音波を各診療所あるいは施設で使っておられると思うのですが、超音波で先ほど言った腹部大動脈と上腸間膜動脈の起始部の角度を見ると、その角度が20度以下になっているとこの症状が起こりやすいといわれています。その症状をみながら、ちょっと超音波をあててみると、ある程度診断できるのではないかと思います。

それ以外には、造影をして、実際にそこを造影剤が通らないことで診断します。通らない場所というのは、水平脚が大動脈を越えるところ、あるいは脊椎と挟まれたところ、そのあたりでカットオフサインといって、そこまで

は造影剤が行くけれども、そこから全く行かなくなり、直線的に切れてしまいます。しかも、よく見ると、造影剤が行ったり来たりして、to-and-froになっています。そういうふうになると、ひょっとするとこれかなという所見になってくると思います。

山内　ちなみに、おなかが痛い、吐いたとなると、エコーもやるでしょうが、消化管のほうは最近は内視鏡が主体と思われます。お話ですと、この病気に関してはむしろ造影剤検査のほうがわかりやすいということですか。

土岐　そう思います。内視鏡で見ても、多分わからないと思います。内視鏡の場合、ひょっとすると通る可能性があります。いったん通ると、全然所見としては出てこないので、ちょっと難しいのではないかと思います。

山内　そういったあたりは診断上のネックといいますか、逆にコツにもなるのかもしれませんが、難しいところですね。

土岐　そうですね。

山内　基本的な超音波の所見がわかった後、さらに確定診断を下そうとすれば専門医ということもあるということですね。

土岐　そういうことですね。

山内　最後に治療ですが、質問の症例では内服薬処方で経過観察中となっておりますが、内服薬はどうなのでしょう。

土岐　これが私もよくわからないのですが、蠕動を亢進させるような薬を使って、うまくいっているというのもありますし、いわゆる整腸剤程度で、それでみているという症例もあるのですが、逆に症状が悪くなる、要するに蠕動を亢進させるわけですから、そこに閉塞パターンがあると、逆蠕動しますので、そうすると悪くなり、あまり意味がないのではないかなと思っています。

山内　外科手術はあるのでしょうか。

土岐　あります。昔は、どうしても十二指腸のところが通らないので、胃と空腸をバイパスでつなぐというやり方をしていたようですが、これはあまりよくないのです。

最近では、この疾患本体が血管の間で挟まれるというのはいわれていますが、それの原因は何かということになると、トライツ靱帯がちょっと短縮しているといわれています。それはどうしてなのかというと、もともと小児外科でいう腸回転異常症という疾患がありまして、腸回転異常症の亜型という考え方をされていることもあります。

そうすると、治すのはどうするかというと、回転をノンローテーションする、すなわち完全に無回転の状態にしてしまうわけです。十二指腸は本来だと水平脚で左側に来て、トライツ靱帯から小腸へ行くのですが、そうならないように、後腹膜側の固定を全くなく

してしまって、右下腹部に向かって十二指腸を真っすぐおろしてしまいます。そうすると大腸は左へ来ます。要するに、ノンローテーションタイプ。それをやることによって、先ほど言った挟まれるということがなくなりますので、調子がよくなります。固定をなくしてしまって、ぶらぶらにしてしまうというやり方です。

山内　ありがとうございました。