

## 内視鏡的に治療し得た拍動性血管瘤様の 大腸 Angiodysplasia の一例

### A Case of a pulsatility Angiodysplasia of the Colon successfully Treated by Endoscopic Hemostasis

別所 瞭一<sup>1)</sup> 齊藤 裕樹<sup>1)</sup> 高添 愛<sup>1)</sup> 横浜 吏郎<sup>2)</sup> 柏谷 朋<sup>1)</sup>  
Ryoichi Bessho Hiroki Saito Ai Takasoe Shiro Yokohama Tagui Kashiwaya

平野 史倫<sup>1)</sup> 安部 茂<sup>2)</sup> 松本 学也<sup>2)</sup> 辻 忠克<sup>2)</sup> 安尾 和裕<sup>2)</sup> 西村 英夫<sup>1)</sup>  
Fuminori Hirano Shigeru Abe Kakuya Matsumoto Tadakatsu Tsuji Kazuhiro Yasuo Hideo Nishimura

<sup>1)</sup> NHO 旭川医療センター 消化器内科

Department of Gastroenterology, Asahikawa Medical Center, NHO

<sup>2)</sup> NHO 旭川医療センター 総合内科

Department of General Internal Medicine, Asahikawa Medical Center, NHO

#### 要 旨

症例は87歳女性。繰り返す多量下血の精査加療目的に当科紹介受診となった。入院後の腹部造影CT検査では横行結腸右側に限局した壁肥厚および出血源と推測される点状の造影効果を認めた。大腸内視鏡検査では横行結腸肝弯曲寄りに拍動を伴う瘤様で3mm大の血管拡張を認めた。Mooreらの提唱する大腸 Angiodysplasia (1型)と診断し、瘤様の血管拡張および流入する血管に対し内視鏡的にクリップ止血術を施行した。その後当科外来で経過観察中であるが、再下血なく経過した。本症例は出現頻度の少ない拍動性で血管瘤様の Angiodysplasia に対し内視鏡的治療が奏功した興味深い症例と考えられた。

キーワード：消化管出血、消化管血管異形成、クリップ止血術

#### はじめに

Foutchら<sup>1)</sup>の報告によると、大腸 Angiodysplasia は、無症状のものも含め、全大腸内視鏡検査被験者の

0.83%が有しているとされる。一般的には、高齢で有病率が高く、基礎疾患として慢性肝疾患、慢性腎不全、心臓弁膜症、全身性強皮症等を持つ患者に好発すると言われている。今回我々は、原因不明の消化管出

別所 瞭一 NHO 旭川医療センター消化器内科  
〒070-8644 北海道旭川市花咲町7丁目4048番地  
Phone:0166-51-3161,Fax:0166-53-9184 E mail:bessho@asahikawa.hosp.go.jp

血で入院中の高齢女性の内視鏡検査において、拍動性の Angiodysplasia を認め、内視鏡的に止血し得た症例を経験した。

## 症 例

**患者：**87歳 女性

**主訴：**下血

**現病歴：**X-2年より、繰り返す突然の多量下血が出現し、前医で1年間に6回入院加療を受けていた。Y-1月にも多量の下血があり、Hb 7.0g/dLまで低下したため、前医に緊急入院となった。出血源は不明であったが、絶食、補液、輸血による保存的治療により再出血は認めず一時的に軽快した。しかし、X年Y月Z日に再度多量の下血を認め、精査加療目的に当科紹介となった。

**既往歴：**大動脈弁狭窄症、甲状腺機能低下症、糖尿病

**家族歴：**特記事項なし

**入院時現症：**身長 137cm、体重 40.4kg、BMI 21.43、体温 38.9℃、血圧 168/76 mmHg、脈拍 115 /bpm、呼吸数 24 回 / 分、SpO<sub>2</sub> 93% (O<sub>2</sub> 2L)、JCS 0、GCS 15 (E4V5M6)、眼瞼結膜に貧血あり、胸部聴診で両側に湿性ラ音あり、腹部に特記すべき所見なし、両下腿に圧痕を残す浮腫あり。

**入院時血液検査所見：**表1に記載。

**入院時胸部X線写真：**CTR 64.8%、両側CPA 鈍、両下肺野に浸潤影を認めた。

**入院時腹部造影CT検査：**横行結腸右側に限局した壁肥厚および点状の造影効果を認めた(図1)。

**経過：**インフルエンザ感染および心原性肺水腫の併存が疑われ、まずは抗インフルエンザ薬の投与と心不全に対する保存的治療を行った。経過中も突発的な下血を繰り返し、その都度濃厚赤血球輸血をした。

心不全症状軽快後のZ+17日目に大腸内視鏡を施行し、腹部CT検査で出血源と推測された横行結腸の肝彎曲寄りに多量の凝血塊および拍動を伴う瘤様で3mm大の血管拡張を認めた(図2)。Mooreら<sup>2)</sup>の提唱する大腸 Angiodysplasia (1型)と診断し、止血失敗のリスクに関し病状説明を行った上で、Z+22日目に瘤様の血管拡張および流入する血管に対して内視鏡的にクリップ止血術(5個)を施行した。術後は再出血なく経過したため、Z+29日目に当科退院となった。その後当科外来で経過観察中であるが、1年以上再下血なく経過している。

Ⓜ

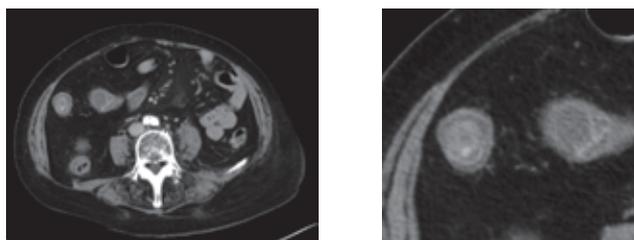


図1 入院時腹部造影CT検査



図2 大腸内視鏡検査所見(治療前)

表1 入院時血液検査所見

CBC		Biochemistry		Coagulation	
WBC	9300 / $\mu$ L $\uparrow$	TP	5.8 g/dL	PT-INR	1.05
Neut	89.5 %	Ab	3 g/dL	APTT	33.2 sec
Hb	11.1 g/dL	T-Bil	0.63 mg/dL	Fib	784 mg/dL $\uparrow$
Ht	31.8 %	AST	83 U/L $\uparrow$	FDP	8.1 $\mu$ g/L $\uparrow$
Plt	21 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ L	ALT	51 U/L $\uparrow$	Electron	
Endocrine		LDH	499 U/L $\uparrow$	Na	142 mEq/L
TSH	11.07 $\mu$ U/mL $\uparrow$	ALP	357 U/L	K	5.2 mEq/L $\uparrow$
FT4	0.709 ng/mL	$\gamma$ GTP	130 U/L $\uparrow$	Cl	108 mEq/L
BG	170 mg/dL	AMY	50 U/L	Ca	4 mEq/L
HbA1c	6.8 % $\uparrow$	BUN	10.8 mg/dL	P	3.5 mg/dL
Tumor marker		Cre	0.75 mg/dL	Infection	
CEA	2.6 ng/mL	eGFR	55 ml/min	InfluenzaA	(+)
CA19-9	11.8 U/ml	CRP	6.4 mg/dL $\uparrow$		

## 考 察

Moore らは腸管の血管形態異常の病型分類として発症年齢、遺伝性の有無、病変部位、肉眼的形態から3つの異なる型に分類した。1型は55歳以上の右側結腸に好発する限局性・孤発性病変であり、後天的に形成されるもの、2型は50歳以前に発症することが多く小腸に好発し、3型は遺伝性血管拡張症（Osler-Rendu-Weber病）に属し、消化管の広範囲に病変が及ぶものとされている。酒井ら<sup>3)</sup>は内視鏡所見から表2に示すような4群と亜型に分類したものを報告している。その内容は以下のように定義している。

O群：微細血管の異常を呈するもの

O1：限局性な点状発赤のように見えながら、近接すると血管像を示すもの

O2：細血管先端がちりちりと屈曲回転を示すもの

A群：クモ状血管腫様病変

A1：血管の集簇度が高いと均質で境界明瞭な円形斑

A2：粗な場合は境界不明瞭な滲み斑

B群：限局性血管怒張病変

B1：集合しメズサ頭のような所見を示すもの

B2：少数のうねうねとした腫大した血管の蛇行を示すもの

C群：血管瘤様病変

O、A、B群とは異質で、内腔に突出する極めて限局的な血管の一部で丘状または半球状を呈するが極めて少ない。

本症例で認めた病変は血管瘤様であり、内視鏡的に酒井らの分類におけるC群に該当すると考えられる。我々が医中誌で検索し得た限りでは、酒井らの内視鏡的分類におけるC群病変からの出血を内視鏡的に治療した報告は認めなかった。大前ら<sup>4)</sup>の報告によると、症候性大腸 Angiodysplasia の約半数が外科的結腸切除

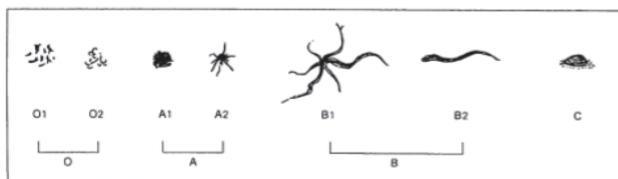


表2 Vascular ectasiaの肉眼的分類  
(酒井義浩ほか：胃と腸2000；35：763-769 3)より引用)

術により治療されており、特に本症例では拍動性の血管拡張を認めたため、内視鏡的治療を優先すべきか判断に苦慮した。しかし、本症例では高齢かつ基礎疾患により全身麻酔下の手術が困難と予想されたため、内視鏡的治療を優先させるという判断に至った。内視鏡的治療にはクリップ止血術、Endoscopic mucosal resection(EMR)、アルゴンプラズマ凝固等の報告があるが、病変部の下部に表面からは認めない太い流入血管があった際に最も低リスクに処置を遂行できるものとしてクリップ止血術を選択した。

また、本症例では内視鏡検査で認めたAngiodysplasiaと重なる場所に、腹部造影CT検査における造影剤の血管外遊出を認めた。大腸Angiodysplasiaからの出血を同定するには一般的に内視鏡検査の他に、血管造影検査や出血シンチグラフィが有用であるとされるが、本症例では造影CT所見が病変発見の契機となった稀有な症例であると考えられた。

## おわりに

内視鏡的に止血し得た大腸Angiodysplasiaの症例を経験した。拍動性および血管瘤様の病変であり、内視鏡的治療例の報告に乏しい症例であった。消化管Angiodysplasiaは繰り返す下血の鑑別として重要であり、小病変に関しては、拍動性の血管拡張があっても内視鏡的治療の対象となり得る。

本論文の要旨は、第69回国立病院総合医学会（2015年10月2日、札幌）で発表した。

## 引用文献

- 1) Fouch PG, Rex DK, Lieberman DA. Prevalence and natural history of colonic angiodysplasia among healthy asymptomatic people. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 564-567.
- 2) Moore JD, Thompson NW, Appleman HD et al. Arteriovenous malformations of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1976; 111: 381-389.
- 3) 酒井 義浩, 須田 浩晃, 小林 博之, 他: 大腸の angiectasia と angiodysplasia. *胃と腸* 2000; 35: 763-769
- 4) 大前 芳男, 菊岡 良考, 藤原 裕之, 他: 内視鏡にて診断・治療可能であった大腸 angiodysplasia の1例. *Progress of Digestive Endoscopy* 2008; 2:100-101