

症例報告

急性出血性直腸潰瘍の2例

Two Cases of Acute Hemorrhagic Rectal Ulcer

東大宮病院内科

白鳥泰正 豊田由美 蔡正夫

東京医科大学第四内科

小林智子 五頭三秀 木幡義彰 中島昌人
須藤一郎 高橋秀理 宮岡正明 斎藤利彦

はじめに

急性出血性直腸潰瘍 (acute hemorrhagic rectal ulcer 以下, AHRU) は, 重症基礎疾患を有する高齢者に突然, 発症する大量新鮮下血を特徴とする疾患である。今日, 高齢化社会が進むと共に, 高度医療が進み, 長期間重篤な状態で経過する症例も増加すると予測される。著者らは, 本症の2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1: 59歳, 女性

主 訴: 下血。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 10数年前, 慢性関節リウマチ。4年前, 慢性腎不全。

現病歴: 昭和63年7月より慢性腎不全で透析治療中であった。平成2年5月, 突然の大量新鮮下血をきたし, 1200 ml の輸血を施行した。

現 症: 身長158 cm, 体重37 kg, 血圧160/92 mmHg, 脈拍102/分整, 眼球結膜に黄疸なく, 眼瞼結膜に貧血もなかった。胸腹部理学的所見には異常を認めなかった。

検査成績: 症状発現時の一般検査成績は, 貧血, 血

沈亢進, CRP 陽性, LDH 高値, BUN, Creatinine の上昇を認めた。また RAHA は高値であった (Table 1)。

大腸内視鏡検査所見: 歯状線より5 cm の部位に出血を伴う円形の潰瘍を認めた。潰瘍辺縁は浮腫状で, 潰瘍底に露出血管を認めたため同部に無水エタノール0.8 ml 局注した (写真1A)。

生検組織所見: 出血と線維素, 浸出物よりなる壊死組織と軽度の炎症細胞浸潤を伴う潰瘍辺縁像であった (写真1B)。

臨床経過: 止血5日後の内視鏡検査では, 出血はなく, 潰瘍辺縁の浮腫は消失していた (写真2)。しかし, 腎不全の増悪により死亡した。

症例2: 54歳, 男性

主 訴: 下血。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 2年前, 高血圧。6ヶ月前, 脳梗塞。

現病歴: 平成2年3月, 意識レベルの低下, 四肢麻痺, 構語障害出現したため入院となった。多発性脳梗塞の診断で治療中, 4月, 突然の大量新鮮下血をきたし, 800 ml の輸血を施行した。

現 症: 身長162 cm, 体重55 kg, 血圧150/100 mmHg, 脈拍96/分整, 眼球結膜に黄疸はなかったが眼瞼結膜に軽度の貧血を認めた。胸腹部理学的所

(1991年12月27日受付, 1992年1月20日受理)

Key words: 大腸内視鏡 (colonoscopy), 急性出血性直腸潰瘍 (acute hemorrhagic rectal ulcer), エタノール局注療法 (local injection of absolute ethanol)

Table 1 Laboratory data at onset

CBC		Biochemistry	
WBC	5,000/mm ³	TP	6.5 g/dl
RBC	222×10 ⁴ /mm ³	GOT	22 IU/l
Hb	6.1 g/dl	GPT	3 IU/l
Ht	20.0%	γGTP	22 IU/l
PLT	19.2×10 ⁴ /mm ³	ALP	149 IU/l
		T-cho	128 mg/dl
Na	136 mEq/L	TG	196 mg/dl
K	3.9 mEq/L	LDH	578 IU/l
Cl	100 mEq/L	BUN	58.0 mg/dl
		Cr	5.5 mg/dl
ESR	85 mm/hr	UA	7.6 mg/dl
CRP	3.7 mg/dl	FBS	118 mg/dl
RAHA	2,560 倍	Urinalysis	
		pro	(2+)
CEA	1.9 ng/dl	glu	(-)



写真 1A

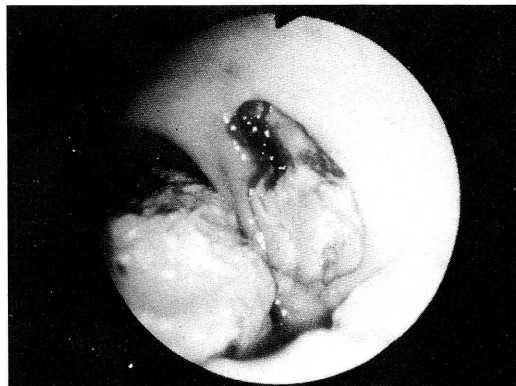


写真 2

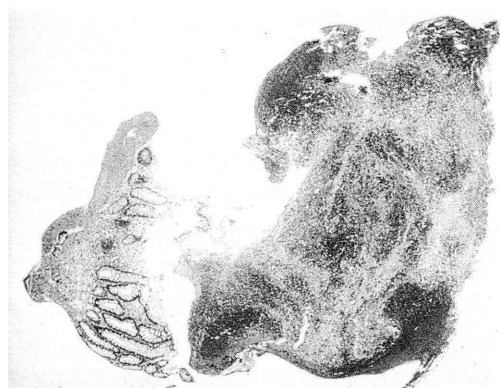


写真 1B

見には異常を認めなかった。

検査成績：症状発現時の一般検査成績は、白血球の増加，貧血，血沈亢進，LDH 高値を認めた (Table 2)。

大腸内視鏡検査所見：歯状線より 3 cm の部位に楕円形の潰瘍を認めた。潰瘍底に露出血管を認めたため同部に無水エタノール 0.6 ml 局注した (写真 3 A)。

生検組織所見：軽度の炎症細胞浸潤を伴う再生腺管像を認めた (写真 3 B)。

臨床経過：止血後の内視鏡検査では潰瘍は瘢痕化していた。

Table 2 Laboratory data at onset

CBC		Biochemistry	
WBC	17,900/mm ³	TP	5.4 g/dl
RBC	369×10 ⁴ /mm ³	GOT	16 IU/l
Hb	10.5 g/dl	GPT	11 IU/l
Ht	33.5%	γGTP	14 IU/l
PLT	30.4×10 ⁴ /mm ³	ALP	126 IU/l
		T-cho	182 mg/dl
Na	134 mEq/L	TG	197 mg/dl
K	4.4 mEq/L	LDH	584 IU/l
Cl	96 mEq/L	BUN	22.9 mg/dl
		Cr	0.6 mg/dl
ESR	102 mm/hr	UA	1.3 mg/dl
CRP	12.8 mg/dl	FBS	252 mg/dl
		Urinalysis	
		pro (+)	
CEA	1.0 ng/dl	glu (-)	

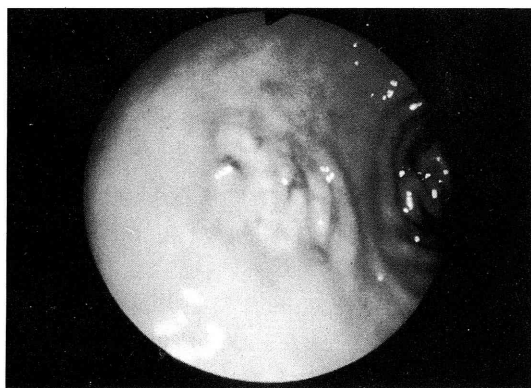


写真 3A

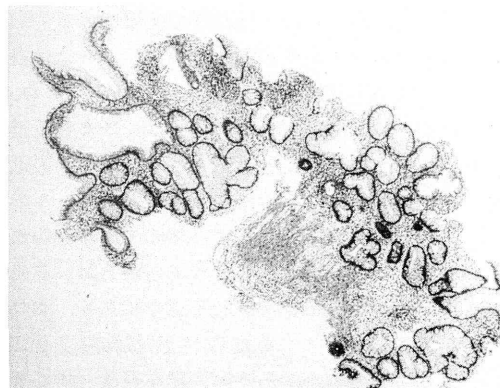


写真 3B

考 察

本症は1980年河野ら¹⁾により報告され、1984年広岡ら²⁾³⁾によりその臨床像がまとめられて以来、注目される疾患となりその報告例は増加しつつある。自験例2例を含む1991年までの本邦報告例79例の検討では1)年齢は、68.5±13.9歳と高齢者に多い、2)男女比は、1:2.15と女性に多い、3)発症は突然の大量下血ではじまる、4)病変の局在は全てが歯状線より15cm以内である、5)病変は単発例:多発例が1:1.71と多発例が多い、6)基礎疾患の有無は基礎疾患を有するものが97.4%と多く、なかでも脳血管障害が45.5%と高率である。その他、心疾患⁴⁾、神経疾患⁵⁾、腎不全³⁾、糖尿病⁶⁾、悪性腫瘍³⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾、閉塞性黄疸¹⁰⁾、慢性関節リウマチ⁶⁾、肺疾患³⁾など種々

の重篤な基礎疾患が含まれている。7)治癒率は76.5%と比較的良好であり、特に多発例の63.9%に比べて単発例は95.0%と高率である(Table 3)。

成因については、脳障害を有する患者に発生頻度が高いことより脳障害によるストレス説が有力であり一過性の血行障害や粘膜防御機構の破綻が想定されている。また宿便の関与を指摘する報告もある。自験例では2症例共に便秘傾向は認められず宿便性潰瘍の可能性は否定的であった。その他、注目すべき成因として消炎鎮痛坐薬の関与の報告も4例⁴⁾⁹⁾¹¹⁾ある。筆者らも症例1では慢性関節リウマチの疼痛に対し、症例2では発熱に対しindomethacin坐薬を比較的長期間使用しており、その関連に興味もたれる。本症の多くが重症基礎疾患に合併していることより、実際、臨床の現場においては報告例

Table 3 79 Cases of AHRU

年 齡	68.5±13.9 歳	
男 女 比	♂ : ♀ = 1 : 2.15	
病 変	単発 : 多発 = 1 : 1.71	
局 在	歯状線より 15 cm 以内	
基礎疾患	脳血管障害	45.5%
	その他	51.9%
	なし	2.6%
治 癒 率	76.5%	単発 : 95.0%
		多発 : 63.9%

以上に多いことが推定される。高齢者に好発することを考慮すると虚血性変化による潰瘍形成が考えられ、Farman¹²⁾, Kilpatrick ら¹³⁾の虚血性直腸炎の報告はあるものの、一般に直腸には虚血は発生しにくいとされている。

本症は適切な処置が行われ、基礎疾患および全身状態の改善が得られれば予後良好な疾患である。しかし、輸血の有無をみると輸血の明らかなものは自験例 2 例を含めて 79 症例中 41 例 (51.9%) である。治療は初期の報告ではボスミンタンポンによる圧迫や結紮による止血が有効と考えられていたが、最近では露血管の明かな症例に対してはエタノールの局注が行われており、その点では診断・治療をかねた大腸内視鏡検査を積極的に行う必要がある。その際、直腸下部は挿入時盲点となる部位であり、また前処置の洗腸などにより凝血塊が S 状結腸より口側におよんでいる場合があり病変部を見落とすこともあるため、本症の存在も念頭におき、反転観察を含めた丹念な検査が必要であると思われる。

おわりに

エタノール局注療法が有用であった急性出血性直腸潰瘍の 2 例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 河野裕利, 勝見正治, 浦 伸三, 他: 脳疾患患者にみられた急性出血性直腸潰瘍の 2 症例. 大腸肛門病学会誌, **33**: 222~227, 1980
- 2) 広岡大司, 湯浅 肇, 板倉恵子, 他: 急性出血性直腸潰瘍—臨床像を中心に. Gastroenterol Endosc, **26**: 1334~1349, 1984
- 3) 広岡大司, 大地宏昭, 植高文夫, 他: 急性出血性直腸潰瘍. 診断と治療, **71**: 1623~1626, 1988
- 4) 加納俊彦, 松本重剛: 急性出血性直腸潰瘍の 2 例. 広島医学, **42**: 54~57, 1989
- 5) 柴田興彦, 内田雄三, 調 丞治, 他: 急性出血性直腸潰瘍の 1 例. 胃と腸, **22**: 323~326, 1987
- 6) 山本 博, 永山恵子: 急性出血性直腸潰瘍 13 例の臨床的検討. Gastroenterol Endosc, **31**: 1659, 1989
- 7) 園田仁志, 武井秀夫, 森 武生, 他: 大量下血を来した特発性直腸潰瘍の 1 例. 日消病会誌, **72**: 775, 1975
- 8) 坂 充, 鶴井光治, 関 俊夫, 他: 急性出血性直腸潰瘍の 2 例. 消化器内視鏡の進歩, **36**: 390~391, 1990
- 9) 飯塚政弘, 千葉満郎, 石井伸明, 他: 内視鏡的に止血し得た急性出血性直腸潰瘍の 1 例. Gastroenterol Endosc, **33**: 766~769, 1991
- 10) 鈴木洋介, 中澤三郎, 市川和男: 閉塞性黄疸の経過中に著明な出血を呈した急性出血性直腸潰瘍の 1 例. Gastroenterol Endosc, **29**: 581~587, 1987
- 11) 菊池良夫, 榎本雅彦, 中村 達, 他: ショック状態を呈した急性出血性直腸潰瘍の 3 例. 麻酔と蘇生, **23**: 160, 1987
- 12) Farman, J.M.B.: The Radiology of Ischemic Proctitis. Radiology, **91**: 302~307, 1968
- 13) Kilpatrick, Z.M., Farman, J., Yesner, R., et al: Ischemic Proctitis. JAMA, **205**: 74~80, 1968

(別刷請求先: 〒160 新宿区西新宿 6-7-1

東京医科大学内科第四講座 白鳥泰正)