●〈症例〉

門脈圧亢進症性腸症の1例

高橋陽子¹⁾ 藤森 俊二 江原彰仁 小林 剛
 関田祥久 三井 啓吾 瀬尾継彦 田中 周
 間宮康貴 辰口 篤志 中塚雄久 岸田輝幸
 坂本長逸 真々田裕宏²⁾ 吉田 寛 田尻 孝

¹⁾日本医科大学／消化器内科, ²⁾同／消化器外科

〔Key Words〕門脈圧亢進症性腸症, カプセル内視鏡

和文要旨

症例は72歳女性。HCV陽性肝硬変で今回下血を訴え入院した。原因不明消化管出血として小腸内視鏡検査を施行した。カプセル内視鏡とダブルバルーン内視鏡で小腸に数多くの小さな発赤点を認め血管異形成が疑われた。血管造影検査で回腸静脈瘤を認め出血源と診断し、病理組織検査で門脈圧上昇を確認した。以上から内視鏡で多数確認された発赤点は門脈圧亢進症性腸症に伴うものと考えられ、内視鏡診断の確立が望まれた。

はじめに

門脈圧亢進症性腸症と考える1例を経験したので内視鏡像を中心に報告する。

症 例

患者：73歳，女性。

主訴：下血。

既往歴：53歳，C型慢性肝炎。69歳，腹部大動脈瘤にY字グラフト置換術施行。

家族歴：特記すべき事なし。

現病歴：平成5年に肝硬変を指摘され当院に通院中の患者。平成6年に食道静脈瘤に対して内視鏡的硬化療法，部分脾動脈塞栓術を施行した。平成8年難治性腹水に対しLeVeen Shuntを作成した。平成17年に下血が出現し上部および下部消化管検査を行ったが出血源が不明で同年6月に入院となった。

入院時現症：意識清明，身長151cm，体重44kg。眼瞼結膜に貧血，眼球結膜に黄疸あり。表在リンパ節を触知せず。末梢浮腫なし。腹部は平坦・軟で自発痛，圧痛なし。脾臓を4横指触知した。神経学的異常所見なし。

入院時検査所見：Table 1。

Table 1 Blood examination.

WBC	3400/ μ l	Na	144mEq/l
RBC	227 $\times 10^4$ / μ l	K	3.6mEq/l
Hb	6.3g/dl	Cl	108mEq/l
Ht	20.9%	CRP	0.21mg/dl
Plt	2.8 $\times 10^4$ / μ l		
GOT	58IU/l	PT	37.6%
GPT	40IU/l	PT(INR)	1.92
LDH	215IU/l	APTT	37.0s
T-bil	2.1mg/dl	Fib	56mg/dl
BUN	21.8mg/dl	HPT	43.3%
Cre	0.62mg/dl	Child-Pugh score C (12)	
TP	6.0g/dl		
Alb	2.9g/dl		

上部消化管内視鏡所見：下部食道に血管拡張を認めたが明らかな静脈瘤を認めなかった。胃穹窿部には静脈瘤を認めたが発赤等を伴わず出血源とは考えられなかった。胃体部に軽度の門脈圧亢進性胃症を認めた。

下部消化管内視鏡所見：内痔核のほか，やや拡張した血管を認めた。

カプセル内視鏡所見：血管異形成を疑わせる平坦斑状で一部まだらな発赤を多数認めた (Color 1)。

Double-Balloon小腸内視鏡所見：血管異形成を疑う一部絨毛下に鮮紅色の発赤を多数確認したが，明らかな出血点を同定できなかった (Color 2)。

上腸間膜動脈造影所見：静脈相で矢印の示す部位に拡張した静脈瘤を認め造影剤の血管外流出を認めた (Fig. 1-a)。また，末梢の血管に小さな点状の血管影を多数認め血管異形成である可能性が考えられた (Fig. 1-b)。

腹部CT所見：左腹壁近くの小腸に矢印で示している造影された静脈瘤を認め，血管造影で静脈瘤を指摘された部位と同位置にあり出血部位と診断した (Fig. 2)。

経 過

空腸静脈瘤の破裂と診断し開腹術を施行した。小腸の変色部腸管を部分切除したところ，腸管内腔に明らかな出血点を認めた (Fig. 3-a, b)。病理組織学的検査では血管壁の線維性肥厚と血管内腔の狭小化を認め，門脈圧亢進による静脈壁の肥厚と考えられた (Fig. 4)。腸管部分切除後，下血の再発を認めていない。

考 察

肝硬変患者の小腸粘膜病変の頻度の報告は少ない。本症に対するカプセル内視鏡施行例について検討した報告¹⁾では，粘膜病変を指摘した症例は総計67.5%で，内訳は毛細血管拡張や血管異形成が24.3%，発赤62.2%，

Fig. 1-a Venous phase of SMA angiography showed a dilated vein (varix). Contrast medium flew out of the vein.

Fig. 1-b A lot of small spots in peripheral vessels, which were suspected angiodysplasia, were detected.

Fig. 2 Abdominal CT scan showed an enhanced dilated vein in left abdomen.

静脈瘤8.1%，活動的出血10.8%で、いずれも門脈圧亢進に伴う所見と考えられた。また、小腸粘膜病変の所見は、大腸粘膜病変と類似性があるとされる²⁾。本症例では血管異形成と思われる小発赤が多数認められ門脈圧亢進症性腸症のひとつの所見と思われた。今後症例の蓄積による門脈圧亢進症性腸症の内視鏡所見の解明が望まれる。本症例では、カプセル内視鏡検査で静脈瘤を確認できなかった。カプセル内視鏡での静脈瘤の確認は容易ではなく、腹部CTや血管造影検査も施行し総合的に判断する必要があると考えられた。

おわりに

門脈圧亢進症患者の小腸内視鏡所見はいまだ確立されていない。血管異形成、静脈瘤などの診断に侵襲の少ないカプセル内視鏡検査が良い適応であると考えられ、内視鏡診断の確立が望まれる。

文 献

- 1) De Palma GD, Rega M, Masone S et al : Mucosal abnormali-

Fig. 3-a Bleeding point was found on jejunum in operation.

Fig. 3-b Bleeding point on the jejunum was shown.

Fig. 4 Histopathology showed fibrous hypertrophic changes and stenoses of the vessel lumen which were caused by portal hypertension.

ties of the small bowel in patients with cirrhosis and portal hypertension : a capsule endoscopy study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 62 : 529—534, 2005.

- 2) 本山展高, 植木淳一, 関慶一, 他 : 門脈圧亢進症性腸症—大腸粘膜血管病変の検討—, *Gastroenterol Endosc*, 40 : 160, 1998.

〈カラーは7頁に掲載〉

A case of Portal Hypertensive Enteropathy

Yoko Takahashi	Shunji Fujimori
Akihito Ehara	Tsuyoshi Kobayashi
Yoshihisa Sekita	Keigo Mitsui
Tsuguhiko Seo	Shu Tanaka
Yasutaka Mamiya	Atsushi Tatsuguchi
Takehisa Nakatsuka	Teruyuki Kishida
Tyoutsu Sakamoto	Yasuhiro Mamada ²⁾
Hiroshi Yoshida	Takashi Tajiri

¹⁾Department of Medicine, Division of Gastroenterology, ²⁾1st Department of Surgery, Nippon Medical School.