●〈症例〉

経直腸的前立腺針生検術後 遅発性に発症した直腸出血の1例

助川 誠¹⁾ 藤田晃司^{1)*} 天田 塩¹⁾ 内 雄介¹⁾
一坂俊介¹⁾ 森 克昭¹⁾ 石川啓一¹⁾ 堂脇昌一¹⁾
菊永裕行¹⁾ 熊井浩一郎¹⁾ 皆川卓也²⁾ 村井隆三³⁾

¹⁾日野市立病院／外科, ²⁾慶應義塾大学医学部／一般・消化器外科,

³⁾おなかクリニック

*Corresponding author: kojifujita313@gmail.com

〔Key Words〕直腸動脈性出血, 内視鏡的結紮術

はじめに

経直腸的前立腺針生検術後の偶発症として直腸出血を認めることがある。多くの場合、術後早期に発症するため、遅発性に出血を認めることは稀である¹⁾。今回我々は、生検後14日目に遅発性に動脈性と考えられる直腸出血を発症し、バンドによる内視鏡的結紮術が有効であった1例を経験したので報告する。

症 例

患者：80歳代、男性。

主訴：血便。

既往歴：心筋梗塞、糖尿病、高血圧症。

現病歴：心筋梗塞の既往があり、バイアスピリン内服中。他院よりPSA高値のため当院泌尿器科紹介となり、骨盤造影MRにて前立腺癌が疑われた。バイアスピリンを術前に6日間中止した上で、超音波ガイド下経直腸的前立腺針生検術(12カ所)が施行された。術後7日目に血尿を認めないことから、生検部の止血がされていると判断し、バイアスピリンの内服を再開した。しかし14日目に突然、多量の血便を認めたため、当院救急外来を受診した。

入院時現症：身長160cm、体重44.0kg、体温36.7℃、脈拍92回/分、血圧109/63mmHg、腹部に明らかな異常所見を認めなかった。

入院時検査所見：Hb 11.3g/dlと軽度の貧血を認めた(**Table 1**)。

入院後経過：肛門鏡による観察は凝血塊が大量で困難であったため、大腸内視鏡検査を施行した。肛門縁より2cm口側の下部直腸において出血および大量の凝血塊を認め、直腸前壁より拍動性の動脈性出血を認めた(**Color 1**)。上部消化管内視鏡に内視鏡的静脈瘤結紮術(endoscopic variceal ligation: EVL)のデバイスを装着し、肛門より再挿入し、出血点に対しバンド

Table 1 Laboratory data at first visit showing anemia.

WBC	6,000	/μl
RBC	374×10^4	/μl
Hb	11.3	g/dl
Hct	32.9	%
Plt	23×10^4	/μl
BUN	19.6	mg/dl
Cre	0.66	mg/dl
CRP	1.4	mg/dl

Fig. 1 Colonoscopy on Day 4 showed dislodgement of the band and a small ulcer.

による内視鏡的結紮術を施行することで止血を得た(**Color 2**)。止血後の第4病日に再度大腸内視鏡検査を施行したところ、バンド結紮術施行部位には小潰瘍を認め、バンドは自然脱落していた(**Fig. 1**)。Hb 7.9mg/dlと貧血の進行を認めていたが、明らかな再出血を認めなかったことから輸血は施行しなかった。第5病日から経口摂取を再開し、貧血は徐々に改善した。その後経過良好にて、第13病日に退院となった。

考 察

経直腸的前立腺針生検術に伴う直腸出血の頻度は0～22%と報告されており^{2,3)}、その危険因子は特定されていない。針生検を直腸静脈叢に穿刺した場合、多くは自然止血が得られるため、止血処置を必要とすることは稀である^{2,3)}。自験例では動脈性の出血を認めたことから、生検針で痔核動脈を穿刺していた可能性があり、このような場合は早急な止血処置が望まれる。

医学中央雑誌において2005～2012年の間で「前立腺

生検「直腸出血」をキーワードに検索したところ、経直腸的前立腺針生検術に伴う直腸出血の本邦報告例は17例であった。術後6日目に遅発性に発症した1例⁴⁾を除き、すべてが術後48時間以内に発症していた。自験例が遅発性に出血した原因としては、高齢患者の脆弱な組織に対して生検操作が粗雑であったためではないかと推測されたが、原因は不明である。

止血処置としては、大腸内視鏡下でのクリップ法の報告をまとめている文献¹⁾があるが、バンド結紮術による止血報告例も近年増加傾向である⁵⁾。バンド結紮術の利点として、①出血部位を面で捉えることができ広範囲を結紮可能であること、②出血部位の正面視が困難な場合でも透明フード、吸引を併用することで正面視の場合と同等に止血が容易に行えること、③表層組織が脆弱な部位であっても吸引により血管周囲の組織とともに深部の血管を結紮できるため、効果的な止血が可能であることなどが挙げられる⁵⁾。

自験例では出血により視野確保が困難であったこと、出血点が肛門に近く正面視が困難であったことから、透明フードと吸引を併用したバンド結紮術による止血が効果的であったと考えられる。

おわりに

経直腸的前立腺針生検術後14日目に、遅発性に生じた直腸出血に対してバンド結紮術による止血処置が奏効した1例を経験した。

文 献

- 1) 瀬川直樹, 右梅貴信, 内本晋也, 他: 経直腸的前立腺生検後の直腸出血に対しクリッピングを施行した1例. 泌外, 23: 865—868, 2010.
- 2) Berger AP, Gozzi C, Steiner H et al: Complication rate of transrectal ultrasound guided prostate biopsy: a comparison among 3 protocols with 6, 10, and 15 cores. J Urol, 171: 1478—1481, 2004.
- 3) Rodriguez LV, Terris MK: Risks and complications of transrectal ultrasound. Curr Opin Urol, 10: 111—116, 2000.
- 4) 関田信之, 江越賢一: 大腸内視鏡下クリッピングにより対処した前立腺生検後出血. 臨泌, 60: 159—61, 2006.
- 5) 松坂浩史, 淀江賢太郎, 山田隆史, 他: 経直腸的前立腺生検後の直腸出血に対し内視鏡的止血術を施行した2例. Gastroenterol Endosc, 50: 1455—1460, 2008.

〈カラーはp. 15に掲載〉

A case of rectal bleeding successfully treated by endoscopic band ligation

Makoto Sukegawa ¹⁾	Koji Fujita ^{1)*}
En Amada ¹⁾	Yusuke Uchi ¹⁾
Shunsuke Ichisaka ¹⁾	Katsuaki Mori ¹⁾
Keiichi Ishikawa ¹⁾	Shoichi Dowaki ¹⁾
Hiroyuki Kikunaga ¹⁾	Koichiro Kumai ¹⁾
Takuya Minagawa ²⁾	Ryuzo Murai ³⁾

A man in his eighties on antiplatelet therapy was admitted to our hospital with hematochezia. He had undergone a transrectal prostatic biopsy 14 days earlier. Emergency colonoscopy showed hemorrhage and a massive clot in the rectum below the peritoneal reflection (2 cm oral to the anal verge). Excessive pulsating bleeding from the anterior wall of the rectum was also observed. Endoscopic hemostasis with band ligation was accomplished successfully using an upper gastrointestinal endoscope. He could resume oral intake from Day 5 and was discharged from the hospital on Day 13. Rectal bleeding is recognized as one of the acute complications of transrectal prostatic biopsy; however, there is only one report of the late onset of bleeding in the Japanese literature from 2005–2012. Endoscopic hemostasis by clipping is commonly performed for rectal bleeding. However, our case suggests the effectiveness of endoscopic hemostasis with band ligation for the control of rectal bleeding.

¹⁾Department of Surgery, Hino Municipal Hospital, ²⁾Department of Surgery, School of Medicine, Keio University, ³⁾Onaka Clinic

*Corresponding author: kojifujita313@gmail.com