●〈症例〉

大量輸血を要したGAVEの1例

葛西豊高^{1)*} 川辺晃一¹⁾ 村松誠司¹⁾ 山田拓郎¹⁾
 宮原庸介¹⁾ 福田裕昭¹⁾ 石川文彦²⁾ 新田 宙²⁾
 藤田昌久²⁾ 釜田茂幸²⁾ 山田千寿²⁾ 伊藤 博²⁾

¹⁾深谷赤十字病院／消化器科, ²⁾同／外科

*Corresponding author: sd4zh2@bma.biglobe.ne.jp

〔Key Words〕原因不明消化管出血, GAVE

はじめに

近年小腸内視鏡検査が可能となり, 原因不明消化管出血 (obscure gastrointestinal bleeding: OGIB) に対する診断アルゴリズムが確立しつつある¹⁾。OGIBの診療に際して, 適切なタイミングと十分な精度の上下部内視鏡検査が必要である。今回, 前医の上部内視鏡検査で見落とされたため, 大量輸血を要した胃前庭部毛細血管拡張症 (gastric antral vascular ectasia: GAVE) を経験した。OGIB診療における上部内視鏡検査精度の重要性について, 再認識したため報告する。

症 例

患者: 79歳, 女性。

主訴: ふらつき。

既往歴: 大動脈弁狭窄症, 慢性腎臓病, 慢性肝障害, 強皮症。

現病歴: 2013年10月よりふらつきを自覚した。近医を受診し, 小球性低色素性貧血 (Hb 4.1g/dl・MCV 78.6fl・MCHC 29.5g/dl) が認められたため, 近医入院

となった。上部内視鏡検査・注腸検査を施行されたが, 異常はなかった。鉄剤投与されるも, 貧血改善なく, 2カ月間で赤血球濃厚液 (以下, RCC-LR) 計24単位を要した。

血液疾患による貧血が疑われたため, 12月に当院血液内科に転院した。

転院時現症: 身長150cm, 体重40kg。意識清明, 血圧151/65mmHg, 脈拍69回/分, 体温36.4℃。眼球結膜貧血あり。心収縮期駆出性雑音あり・肺雑音なし。腹部平坦・軟, 自発痛・圧痛なし。両下腿軽度浮腫あり。

転院時血液検査: 転院時の検査結果をTable 1に示す。

転院後経過: 骨髄検査が施行されたが, 異常はなかった。前医初診時に小球性低色素性貧血であり, 鉄剤投与中にも関わらず, 鉄欠乏傾向を認めたことより, 消化管出血が疑われた。下部消化管内視鏡検査・胸腹骨盤部造影CT検査が施行されたが, 異常はなかった。上部消化管内視鏡検査に関しては, 前医で異常所見なしとの情報提供があったため, 当院では施行されなかった。2014年1月, 小腸出血の可能性も否定できないため, 当科へ転科した。転科時には前医と合わせて, 3カ月間でRCC-LR計40単位が投与されていた。当科転科後に小腸カプセル内視鏡検査を施行した。小腸に異常は認めなかった。しかし胃前庭部に斑状の毛細血管拡張を認めた (Color 1)。また鉄剤内服を中止した後も黒色便が持続したため, 上部消化管からの出血を強く疑った。上部消化管内視鏡再検査 (当院では初回) を施行し, 胃前庭部にwatermelon typeのGAVEを確認した (Color 2)。GAVEを出血源と判断し, アルゴンプラズマ凝固法 (argon plasma coagulation: APC) を施行した。内視鏡治療後は輸血を要せず, 同年7月まで当院外来で経過観察している。4月の上部消化管内視鏡検査ではGAVEの再発は認めていない (Color 3)。

Table 1 Laboratory data on admission.

〔血算〕		〔生化〕			
WBC	6,200/ μ l	TP	5.5g/dl	Na	138mEq/l
		Alb	3.0g/dl	K	5.3mEq/l
Hb	9.6g/dl	GOT	31IU/l	Cl	104mEq/l
HCT	30.1%	GPT	22IU/l	CRP	0.11mg/dl
MCV	99.0fl	ALP	860IU/l	Fe	40 μ g/dl
MCH	31.6pg	LDH	216IU/l	フェリチン	52ng/ml
MCHC	31.9g/dl	γ -GTP	146IU/l	〔凝固〕	
		T-Bil	0.6mg/dl	PT-INR	0.95
Plt	23.1万/ μ l	CPK	135IU/l	APTT	34.0sec
		Amy	105IU/l	Fib	238mg/dl
		BUN	45.0mg/dl	FDP	1.50 μ g/ml
		Cr	1.79mg/dl	Dダイマー	0.80 μ g/ml

考 察

自験例を経験しOGIBに際して、①適切なタイミングと十分な精度の上下部消化管内視鏡検査が必要であること、②GAVEを消化管出血の原因疾患の1つとして認識すること、の2点の重要性を再認識した。

矢野はOGIBの原因のうち13%が小腸外病変だったと報告している¹⁾。自験例では前医の「上部消化管内視鏡検査異常なし」の記載により、GAVEと診断するまで転院後1カ月を要した。この間にRCC-LR計16単位の輸血が行われていた。前医の上部消化管内視鏡写真を取り寄せることや、前医の検査精度を考慮して、転院後の早い時期に上部消化管内視鏡再検査をすることが望ましかった。

GAVEは消化管出血の原因疾患の1つである。種々の治療法があるが、現在はAPCが標準の治療法と認識されている²⁾。治療後に再発することもあり、辰巳らは38例中3例に再発を認め、再発までの平均観察期間は453日だったと報告している³⁾。自験例も再発の可能性を考慮し、定期的に血液検査・上部消化管内視鏡検査を行い経過観察している。

おわりに

OGIBの診療に際しては、十分な精度の上下部消化管内視鏡検査を行うことが必要である。GAVEを消化管出血の原因疾患の1つとして認識することは重要である。

文 献

- 1) 矢野智則：小腸出血。消内視鏡，24：558-561，2012。
- 2) 上嶋 弾，中村武史：GAVE，DAVEの病態と治療法。消内視鏡，25：1893-1899，2013。
- 3) 辰巳明久，佐藤 公，榎本信幸：GAVEの対処法。消内視鏡，23：1918-1922，2011。
〈カラーはp. 7に掲載〉

A case of gastric antral vascular ectasia which overlooked by upper gastrointestinal endoscopy and need a lot of transfusion

Toyotaka Kasai ^{1)*}	Koichi Kawabe ¹⁾
Seiji Muramatsu ¹⁾	Takuro Yamada ¹⁾
Yosuke Miyahara ¹⁾	Hiroaki Fukuda ¹⁾
Fumihiko Ishikawa ²⁾	Hiroshi Nitta ²⁾
Masahisa Fujita ²⁾	Shigeyuki Kamata ²⁾
Chizu Yamada ²⁾	Hiroshi Ito ²⁾

A 79-year-old woman was transferred to our hospital for scurtesy anemia. Upper gastrointestinal endoscopy revealed no hemorrhagic previous hospital. Bone marrow puncture, computed tomography and colonoscopy were performed in our hospital. But, the cause of anemia was not identified. We performed small bowel capsule endoscopy and diagnosed gastric antral vascular ectasia (GAVE). It was overlooked in previous hospital. We treated GAVE by argon plasma coagulation. It is important that appropriate timing and sufficient accuracy of endoscopy when treating obscure gastrointestinal bleeding. Furthermore, We must recognize that one of the causes diseases of the digestive tract bleeding.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Surgery, Fukaya Red Cross Hospital

*Corresponding author : sd4zh2@bma.biglobe.ne.jp