●〈症例〉

留置スネアを用いた 内視鏡的切除術が奏功した 出血性十二指腸脂肪腫の1例

關 伸嘉^{1,2)*} 川原洋輔³⁾ 加藤正之³⁾

¹⁾三島中央病院／消化器内科, ²⁾東京慈恵会医科大学葛飾医療センター／消化器肝臓内科, ³⁾同／内視鏡部

*Corresponding author: novseki@jikei.ac.jp

〔Key Words〕 十二指腸脂肪腫, 出血

はじめに

十二指腸脂肪腫は稀な疾患ながら出血を来すことがあり、腫瘍径が大きい病変や出血傾向がある病変は手術が選択されるが、外科的治療のみならず内視鏡治療も選択される^{1~4)}。今回、腫瘍径が2 cmを呈した出血性十二指腸脂肪腫に対し留置スネアを用いた内視鏡的切除を行った症例を経験した。

症 例

患者：84歳，女性。

主訴：黒色便。

既往歴：腎不全にて血液透析中（ヘパリンナトリウム使用），深部静脈血栓症（ワルファリンカリウム内服中）。

現病歴：10日前より黒色便を認め，他院での維持透析時の採血で貧血を指摘され当院に紹介となった。

現症：意識清明，血圧：161/70mmHg，脈拍：70bpm，眼瞼結膜に貧血様所見を認め，直腸診で黒色便を認めた。

血液検査所見：ヘモグロビン低下（来院時6.8g/dL，平常時9.0mg/dL），プロトロンビン時間延長，BUN，Crの上昇を認めた。

臨床経過：来院日に，初回の上部消化管内視鏡検査（EGD）を行い，下十二指腸角に茎部のびらんよりにじみ出る出血を伴う粘膜下隆起を認め，同部位に対しクリップによる内視鏡的止血術を行った（Color 1）。止血術の翌日にEGDで止血を確認し食事を開始したが，第7病日に黒色便と貧血の進行を認めたため再度EGDを行った。活動性出血は認めなかったが，止血部位のクリップは脱落し同部位の粘膜脱落による粘膜下腫瘍の露出を認めた（Color 2）。超音波内視鏡検査（EUS）では内部均一なhyperechoic像で明らかな出血の原因となるような血管は指摘できなかった（Fig. 1）。活動性出血も認めないため保存的に経過観察を行っていたが，その後も間歇的に黒色便の出現と貧血の進行を認めた。

Fig. 1 Endoscopic ultrasonography shows homogeneous hyperechoic lesion within duodenal wall (white arrow).

露出した腫瘍の組織生検で脂肪組織の増生像を認めたことより十二指腸脂肪腫と診断した。黒色便や貧血の進行が継続するため，第18病日にEGDを施行したところ，クリップ後の粘膜脱落部位は再生上皮の出現に乏しく，同部位からの再出血を認めた。保存的加療では出血コントロール困難と判断し，生検で悪性所見も認めなかったため内視鏡的切除術を行った。EUSで大出血を生じうる血管がないことは確認していたが，切除部位からの出血などを考慮し安全に施行するため，留置スネアで基部を絞扼した後に高周波スネアにて内視鏡的切除術を行った。

病理組織所見：十二指腸粘膜下層を主体に成熟した脂肪組織の増生を認めたが，出血の原因となるような異常血管は認めなかった（Color 2）。その後，再出血なく第35病日に退院となった。

考 察

消化管に発生する脂肪腫のうち，十二指腸に生じる脂肪腫は3.3%とされ比較的稀であり¹⁾その出血も稀である²⁾。腫瘍の増大に伴い消化管内容物による牽引力や腸管の蠕動運動による進展が加わることや粘膜の圧迫萎縮が生じることで，表面にびらんや潰瘍を形成し出血に至ると考えられている³⁾。出血症状で発症した十二指腸脂肪腫は，医学中央雑誌の検索によると14例の報告があるが，そのうち13例は長径が20mmを超える脂肪腫であった。また，2症例においては自験例と同様に抗凝固薬・抗血小板薬の内服を行っていた。部位別では下行脚が9例と最多であったが，水平脚の症

例も3例認められた。貧血などで消化管出血が懸念される症例においては水平脚までの観察が望ましいと考えられた。

腫瘍径が2 cm超のものや抗凝固薬を内服しているような出血傾向の症例は外科的切除が多い傾向にある^{4,5)}。一方で腫瘍が大きくとも留置スネアを用いることで内視鏡的切除術が行える可能性がある。出血などにより治療の必要性が生じる場合には、有茎性で長径20mm以下であり悪性疾患が否定される症例では内視鏡的治療も考慮される^{5,6)}。

文 献

- 1) Sou S, Nomura H, Takaki Y, et al: Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. *J Gastroenterol Hepatol*, 21: 479-481, 2006
- 2) Michel LA, Ballet T, Collard JM, et al: Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. *J Clin Gastroenterol*, 10: 541-545, 1988
- 3) 遠藤正三郎, 佐藤方紀, 磯本 徹, 他: 消化管脂肪腫—結腸脂肪腫を中心として. *臨床外科*, 30: 261-268, 1975
- 4) 臼井正信, 松田信介, 鈴木英明: 腹腔鏡補助下に切除した十二指腸脂肪腫の1例. *日本内視鏡外科学会雑誌*, 9: 81-86, 2004
- 5) Yu JP, Luo HS, Wang XZ: Endoscopic treatment of submucosal lesions of the gastrointestinal tract. *Endoscopy*, 24: 190-193, 1992
- 6) Murata A, Osoegawa T, Ijyu M, et al: Pedunculated duodenal lipoma treated with endoscopic polypectomy with a detachable snare. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 99: 131-135, 2008
(カラーはp. 9に掲載)

Duodenal Lipoma Treated Endoscopic Polypectomy Using Detachable Snare Case Report

Nobuyoshi Seki^{1,2)} Yousuke Kawahara
Masayuki Kato

A female was admitted presenting with melaena. She had previously been diagnosed with deep vein thrombosis which was being treated with Warfarin. Esophagogastroduodenoscopy revealed a symptomatic submucosal pedunculated tumor located in the second portion of the duodenum. The tumor showed a thick stalk, yellow in color, and measuring 20 mm at its base. Definitive diagnosis of a duodenal lipoma located in the submucosal layer was supported by histological examination. During endoscopic examination blood was discovered issuing from a mucosal break in the stalk. Hemostasis was achieved via hemostatic clips that were administered endoscopically. Eighteen days after undergoing endoscopic hemostasis the patient had melaena again. After the melaena, removal of the duodenal lipoma via endoscopic polypectomy using a detachable snare was determined the choice treatment. After seventeen days the patient showed no postoperative complications and was subsequently discharged. In this case, the use of a detachable snare was determined an effective technique in performing endoscopic polypectomy in the removal of the symptomatic duodenal lipoma.

¹⁾Department of Gastroenterology, Mishima Central hospital,
²⁾Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of internal Medicine, ³⁾Department of Endoscopy, The Jikei University Katsushika Medical Center

*Corresponding author: novseki@jikei.ac.jp