●〈症例〉

小腸カプセル内視鏡検査が 有用だった盲腸血管拡張症の1例

葛西 豊高*, 川辺 晃一, 江藤 宏幸
村松 誠司, 中原 守康, 宮原 庸介
福田 裕昭, 今井 崇紀, 田中 健丈
荻野 太郎

深谷赤十字病院 消化器科

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

〔Key Words〕血管拡張症, カプセル内視鏡

はじめに

原因不明消化管出血として紹介受診し, 小腸カプセル内視鏡検査が有用だった盲腸血管拡張症の1例を経験したので報告する。

症 例

症例: 65歳男性。

主訴: 鉄欠乏性貧血精査。

既往歴: 心筋梗塞ステント留置後, 高血圧症, 脂質異常症, 十二指腸潰瘍(ヘリコバクター・ピロリ除菌後), 脊柱管狭窄症。

常用薬: アスピリン 100 mg/日, カンデサルタン 4 mg/日, フェノフィブラート 80 mg/日, クエン酸第一鉄ナトリウム 100 mg/日。

現病歴: 2017年12月中旬に労作時息切れを自覚した。かかりつけ医を受診し, Hb 6.1 g/dlと貧血を認めた。近医を紹介受診し, 上下部内視鏡検査・腹部骨盤造影CT検査を施行したが, 出血源は同定できなかった。鉄剤投与により貧血は一旦改善したが, 鉄剤中止によ

り貧血の再増悪を認めた。以上の経過より, 小腸出血が疑われた。2018年3月上旬に当院紹介受診。

来院時現症: 意識清明, 血圧 166/94 mmHg, 脈拍 66 回/分・整, 体温 36.2℃, SpO2 99% (室内気)。頭部: 眼瞼結膜貧血なし。胸部: 心雑音・肺雑音なし。腹部: 平坦・軟 自発痛・圧痛なし。四肢: 両下腿浮腫なし。表在リンパ節: 触知せず。直腸診: 黒色便付着あり(鉄剤内服中)。

血液検査: 鉄剤内服中であり貧血は認めないが, MCV・MCH・Fe・フェリチンは低値だった (Table 1)。

来院後経過: 3月中旬に小腸カプセル内視鏡検査施行。全小腸観察可能であり, 小腸に明らかな出血性病変は認めなかった。盲腸に血管拡張および新鮮血の出現を認めた (Fig. 1)。盲腸血管拡張症による消化管出血が疑われた。3月下旬に下部内視鏡検査施行。盲腸背側および右側の2か所に毛細血管拡張を認めた (Fig. 2)。

盲腸背側の血管拡張に対して, クリップ止血術①施行 (Fig. 3)。6月中旬に下部内視鏡検査施行。盲腸背側の血管拡張の消失を確認。盲腸右側の血管拡張に対して, クリップ止血術②施行 (Fig. 4)。9月中旬に下部内視鏡検査施行。盲腸背側・右側の血管拡張の消失を確認 (Fig. 5)。以降は鉄剤中止しても, 貧血の増悪を認めていない。

考 察

血管拡張症 (angiectasia) は, 粘膜あるいは粘膜下層に限局性に拡張した毛細血管形成異常で, 下部消化管出血の原因となる。高齢者に多く, 平均年齢は60歳代と報告されている。基礎疾患では, 肝疾患・心疾患・腎疾患を多く合併している¹⁾。酒井らは angiectasia を内視鏡像からクモ状血管腫様病変, 限局血管拡張病変, 血

Table 1 Laboratory data.

〔血算〕		〔生化〕			
WBC	6000 /μl	TP	7.3 g/dl	Na	142 mEq/l
Hb	14.3 g/dl	Alb	4.5 g/dl	K	4.4 mEq/l
HCT	44.3 %	GOT	21 IU/l	Cl	109 mEq/l
MCV	87.0 fl	GPT	18 IU/l	Glu	90 mg/dl
MCH	28.1 pg	ALP	157 IU/l	CRP	0.05 mg/dl
MCHC	32.3 g/dl	LDH	150 IU/l		
Plt	29.2 万/μl	T-Bil	0.3 mg/dl		
		D-Bil	0.0 mg/dl		
Fe	73 μg/ml	CPK	146 IU/l		
フェリチン	28 ng/ml	Amy	88 IU/l	〔凝固〕	
		BUN	20.6 mg/dl	PT-INR	1.00
		Cr	1.06 mg/dl	APTT	29.9 sec

Fig. 1 Small intestinal capsule endoscopy identified angiectasia in the cecum.

Fig. 2 Colonoscopy identified angiectasia in the dorsal and right sides of the cecum.

Fig. 4 Endoscopic clipping of the angiectasia in the right side of the cecum.

Fig. 3 Endoscopic clipping of the angiectasia in the dorsal side of the cecum.

Fig. 5 Colonoscopy confirmed that the angiectasia disappeared.

Fig. 6 Endoscopic configuration of angiectasia. O: very fine dots (O1) or throm-like hyperemia (O2), A: vascular spider-like appearance including hyperemic speckle (A1) and fine vascular spread (A2), B: localized vascular dilatation including prominent vascular spread (B1) and single/a few vascular tortuosity (B2) and C: vascular stump.

管瘤様病変の3群に分類している(**Fig. 6**)²⁾。自験例はクモ状血管腫様病変と判断した。クモ状血管腫様病変では、出血のエピソードがない例では放置してもよいが、出血があった場合には内視鏡治療の検討を要する²⁾。自験例では、前医の下部内視鏡検査で盲腸の血管拡張症は指摘されていた。しかし、内視鏡観察時に顕出

血を認めなかったため、出血源と確定できず、小腸出血の疑いで当院紹介となった。本邦の大腸 angiectasia の検討では、内視鏡観察中に顕出血を認める確率は1.2~1.9%と低率である³⁾⁴⁾。小腸カプセル内視鏡検査においてカプセルは盲腸に比較的長く留まる傾向があり、自験例では血管拡張症からの顕出血を確認するこ

とができた。また小腸出血性病変の除外もできたことから、小腸カプセル内視鏡検査は有用であった。

結 語

小腸カプセル内視鏡は小腸観察のみならず、時に、盲腸からの出血の確認に有用である可能性があると考えられた。

文 献

- 1) 小原勝敏, 藤原達雄, 引地拓人: 血便をきたす疾患の特徴・内視鏡像と対処法 血管性病変. 消化器内視鏡 **27**: 1639-1647, 2015
- 2) 酒井義浩, 須田浩晃, 小林博之, 他: 大腸の angiectasia と angiodysplasia. 胃と腸 **35**: 763-769, 2000
- 3) 阿部 剛, 大竹陽介, 倉岡 隆, 他: 内視鏡的超音波断層法と対比した大腸 Angiectasia の内視鏡的検討. Progress of Digestive Endoscopy **59**: 42-46, 2001
- 4) 大島敏裕, 平良 悟, 近藤麻里, 他: Hematochezia の内視鏡像 大腸 Angiectasia 自験例の検討も踏まえて. 消化器内視鏡 **19**: 111-117, 2007

A case of cecal angiectasia bleeding identified by small intestinal capsule endoscopy

Toyotaka Kasai*, Koichi Kawabe
Hiroyuki Eto, Seiji Muramatsu
Moriyasu Nakahara, Yosuke Miyahara
Hiroaki Fukuda, Takanori Imai
Kenjyo Tanaka, Taro Ogino

A 65-year-old male visited a local physician due to shortness of breath on exertion. He was found to have iron-deficiency anemia, but esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy identified no bleeding source. The patient was referred to our hospital with suspected small intestinal hemorrhage. Small intestinal capsule endoscopy found no hemorrhagic lesion in the small intestine but identified angiectasia and fresh blood in the cecum, and he was diagnosed as having gastrointestinal bleeding caused by cecal angiectasia. Endoscopic clipping of the angiectasia was performed. After this procedure, his anemia improved. Angiectasia requires endoscopic treatment if it causes hemorrhage. The incidence of overt bleeding due to angiectasia identified during colonoscopy ranges from as low as 1.2 to 1.9%. Small intestinal capsule endoscopy was useful for excluding small intestinal hemorrhage and identifying overt bleeding caused by angiectasia in this patient.

Department of Gastroenterology, Fukaya Red Cross Hospital

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