
症 例

消化管出血を契機に発見され、内視鏡的に切除できた
十二指腸血管腫の 1 例

米澤美希¹⁾, 牛尾 晶²⁾, 春日井聡²⁾, 藤原裕大²⁾, 鈴木 歩²⁾, 種市良雄²⁾

八戸赤十字病院 初期研修医¹⁾, 同消化器内科²⁾

A case of duodenal hemangioma causing gastrointestinal bleeding and
treated by endoscopic mucosal resection

Miki Yonezawa¹⁾, Akira Ushio²⁾, Satoshi Kasugai²⁾, Yudai Fujiwara²⁾,
Ayumu Suzuki²⁾, Yoshio Taneichi²⁾

1) Resident, 2) Department of Gastroenterology, Hachinohe Red Cross Hospital

Key words : 十二指腸血管腫, 消化管出血, 内視鏡的粘膜切除術.

論文要旨

消化管出血を契機に発見され、内視鏡的に切除できた十二指腸血管腫を経験したので報告した。

症例は 75 歳の男性。糖尿病と前立腺肥大症にて近医外来通院中。平成 28 年 1 月頃から黒色便を認め、検診にて便潜血陽性であった。検査にて貧血と十二指腸水平部・上行部付近に粘膜下腫瘍様隆起病変を認めた。内視鏡的粘膜切除術を施行した。組織学的に十二指腸血管腫であった。

内視鏡的粘膜切除術施行後、黒色便と貧血は改善した。再出血なく経過し、退院した。現在、前医にて経過を観察している。

I 緒 言

消化管に発生する血管性病変は比較的稀な疾

患であるが、胃・小腸・大腸の順に多いとされている¹⁾。これらは大量の消化管出血で発症することが多く、しかも出血部位を検索することは容易でない。今回我々は、消化管出血にて発見され、内視鏡的粘膜切除術により治療できた十二指腸血管腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II 症 例

症 例：75 歳，男性

家族歴：特記事項なし

既往歴：尿管結石（27 歳），糖尿病（56 歳），
白内障・腎結石・前立腺肥大（73 歳）

現病歴：2016 年 1 月頃より黒色便を認め、持続していたが症状がないため様子を見ていた。2 月に行った検診にて便潜血陽性であったため、近医へ検査入院した。検査にて出血源が判然とせず、精査目的に 3 月 8 日に当科紹介、精査加療目的に同日入院した。

| | | | | | |
|------|------------------------------|-------|------------|-------------|---------------|
| WBC | 3800/ μ l | TP | 5.3g/dl | ALP | 192 U/l |
| RBC | 254×10^4 / μ l | Alb | 3.2g/dl | γ GT | 10 U/l |
| Hb | 8.0 g/dl | A/G | 1.52 | LD | 153 U/l |
| Ht | 24.0% | BUN | 21.9 mg/dl | AMY | 76 U/l |
| MCV | 94.5 fl | CRE | 0.96 mg/dl | BS | 170 mg/dl |
| MCHC | 33.3 g/dl | Na | 140 mEq/l | Fe | 57 μ g/dl |
| PLT | 12.5×10^4 / μ l | K | 4.3 mEq/l | CEA | 1.4 ng/dl |
| RDW | 44.8 | Cl | 104 mEq/l | CA19-9 | 4.3 U/ml |
| PDW | 11.4 | T-Bil | 0.4 mg/dl | | |
| MPV | 10.2 | AST | 17 U/l | | |
| CRP | 0181 mg/dl | ALT | 13 U/l | | |

表1 初診時採血検査

入院時現症：身長 160 cm, 体重 46 kg.
腹部は平坦・軟で圧痛を認めない。腹部不快感と
黒色便を認めた。両側眼瞼結膜に貧血を認めた。

入院時採血検査（表1）：赤血球 254 万 /
 mm^3 , Hb 7.5 g/dl と貧血を認め, Fe 57 μ g/dl
と低値であった。

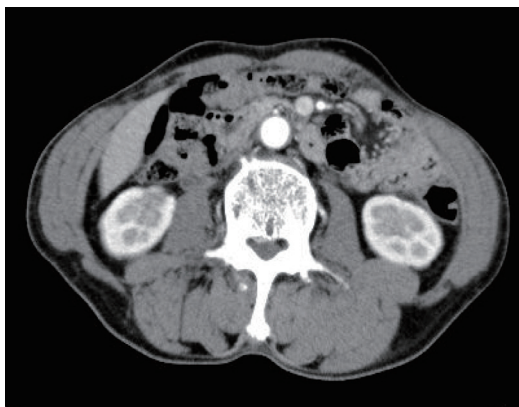


図1 造影CT検

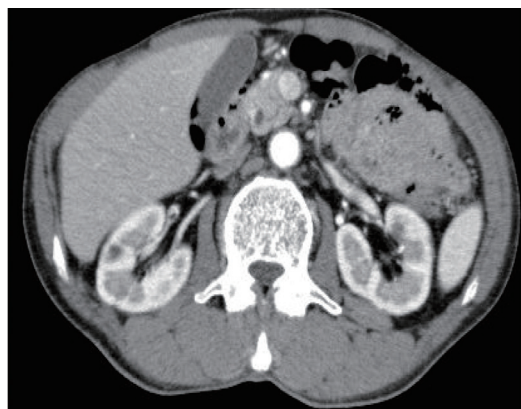
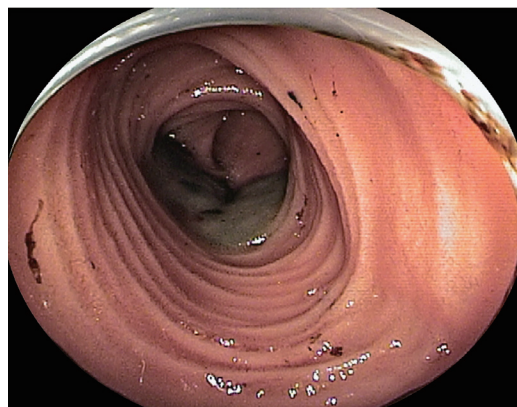


図2 造影CT検
肝臓・胆嚢・膵臓に異常は認めない。脾臓下極に造影
結節を認め、骨盤底に少量の腹水あり。

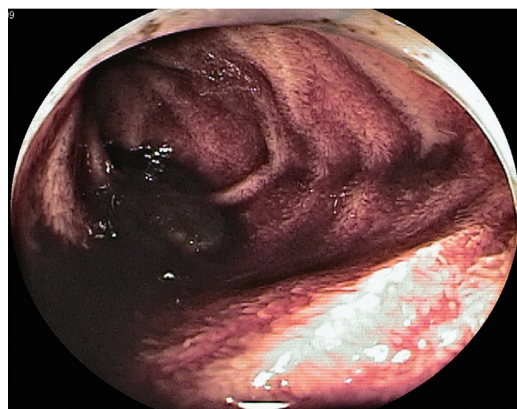


図3 (上, 下) 経肛門内視鏡検査
遠位回腸内に暗赤色便認めたが、責任病変は同定でき
なかった。

造影CT検査(図1・2)：肝臓・胆嚢・膵臓に異常は認められなかった。脾臓下極に造影結節が認められた。骨盤底に少量の腹水を認めた。動脈性の出血はなく、出血源の特定はできなかった。

経肛門小腸内視鏡(図3)：遠位回腸内に暗赤色便を認めたが、責任病変は同定できなかった。明らかな腫瘍性病変は認められなかった。

カプセル内視鏡所見(図4)：十二指腸水平部・上行部から出血を確認した。

経口小腸内視鏡(図5上)とEUS(図5下)：十二指腸水平部に径10mm程の粘膜下腫瘍性の隆起性病変を認め、同部位から滲出性の出血を認めた。送気や脱気にて変形することから血管腫が疑われたが鑑別にリンパ管腫が挙げられ

た。EUSにて表面に小隆起を認めるが内部はほぼ均一な等高度のエコーが認められた。内視鏡的に病変を含む粘膜を切除した。

切除標本肉眼所見(図6)：粘膜表面には強い発赤を示す小隆起部をみ、その大きさは11mm×7mmであった。

切除粘膜組織の病理組織像(図7)：粘膜下層に血栓を含む大きな腔があり、これの周囲に大型から中型の腔が集簇し、一つの病巣を呈していた。この病巣は粘膜の中央から粘膜下層に広がっており、腔内に赤血球を充満していた。これらの腔の壁は、CD31とCD34が陽性で、D2-40は陰性であった。海綿状血管腫であった。粘膜表層部で、海綿状血管腫の外側にやや大き

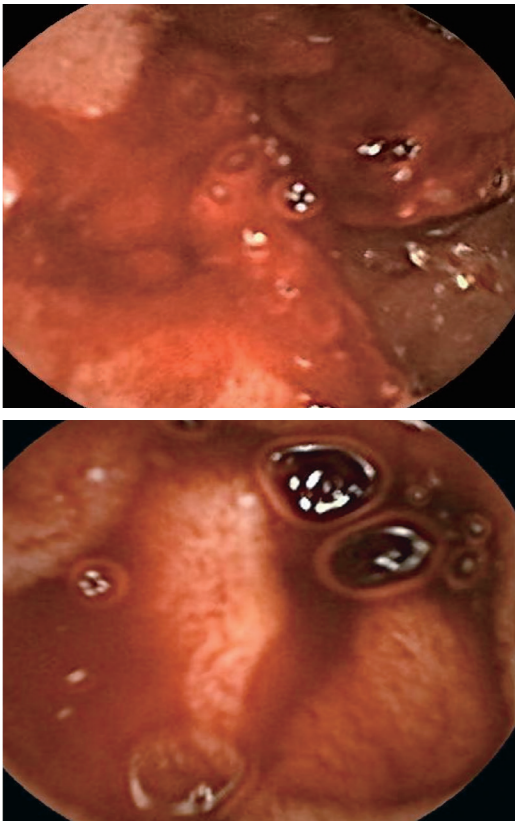


図4(上, 下) カプセル内視鏡検査
十二指腸水平部・上行部より出血を認めた。

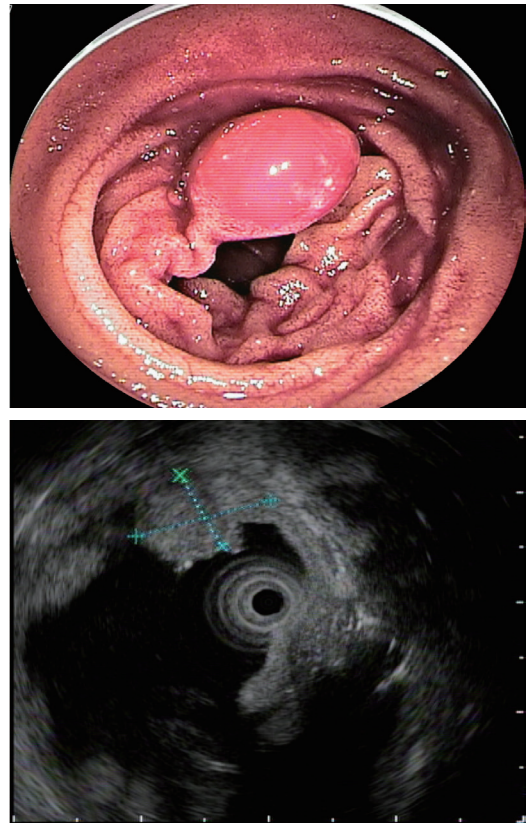


図5 経口小腸内視鏡(上)・超音波内視鏡(下)
十二指腸水平部に径10mm程の粘膜下腫瘍性の隆起病変を認めた。超音波内視鏡にて表面に小隆起を認めたが内部はほぼ均一な等高度のエコーを認める。

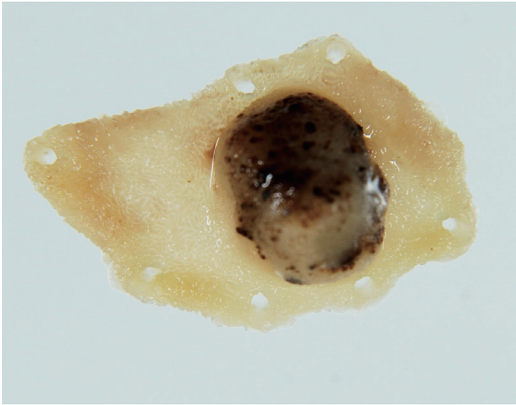


図6 生検組織の肉眼的所見
粘膜表面に強い発赤を示す小隆起部。大きさは11 mm × 7 mmである。

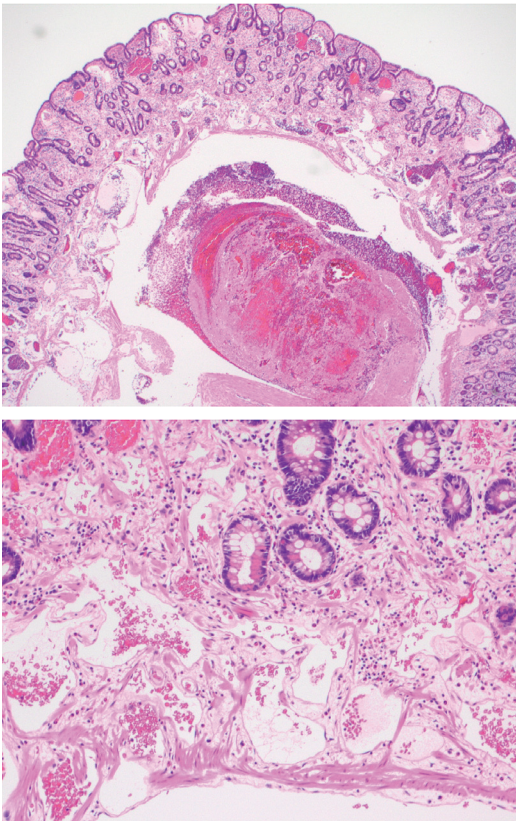


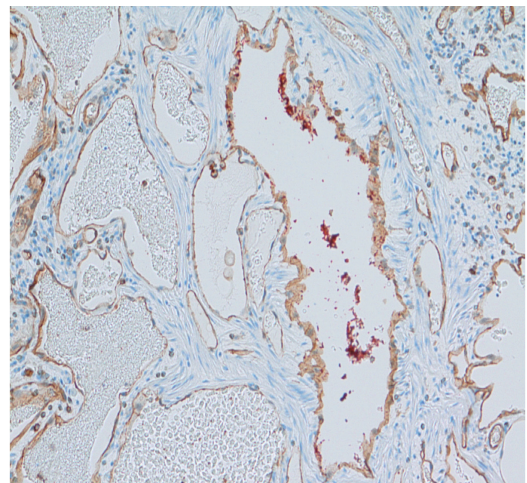
図7 切除粘膜組織の病理像 (HE 染色)
粘膜下層に血腫を含む大きな腔があり、この周囲に大小さまざまな腔が集簇し、一つの病巣を呈している。この病巣は粘膜の中央部から粘膜下層に広がっており、腔内には赤血球が充満している。

い腔を数個認めた。これらは D2-40 陽性で拡張したリンパ管であった。

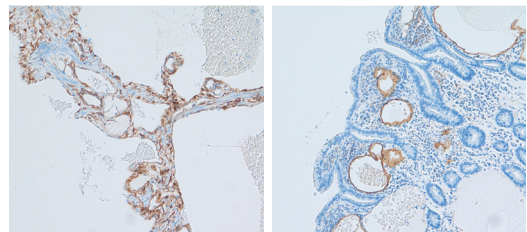
入院後経過：術後は症状も安定し、貧血の進行なく経過した。第24病日に黒色便はなく、その他の症状もなく退院とした。退院後は前医にて経過を観察している。

Ⅲ 考 察

本症例は画像所見にて病巣部位の特定が難しかった。内視鏡では、病巣部は表面に強い発赤の集簇を認め、全体がやや透見性のある赤色調隆起を呈し、送気や脱気にて変形することから十二指腸血管腫を疑った。しかしながら、表面の一部に白色を呈する部分もあり肉眼的にはリンパ管腫との鑑別は困難であった。切除した巢



CD31



CD34

D2-40

図8 腔の壁は、CD31とCD34が陽性でD2-40は陰性である。D2-40は粘膜上部の腔が陽性。

変は、病理学的に海綿状血管腫であった。粘膜表面部に拡張性の腔を少数認めたが、これらはD2-40が陽性であり、拡張したリンパ管であった。

血管腫は増殖した血管から成る良性腫瘍で多くは皮膚に生じる。消化管血管腫は全消化管腫瘍の0.3%に過ぎず、非常に稀な疾患で¹⁾、消化管出血の原因となる⁷⁾。小腸での発生部位は、80%以上がTreitz靱帯より肛門側60cm以内か回腸末端より口側60cm以内といわれている³⁾。本症例は十二指腸水平脚に存在し、この部分の発生はさらに稀である。Nishiyamaら⁷⁾の渉猟した例は30年間で22例しかない。消化管血管腫は男性に多く、通常単発でほとんどが腫瘍径2cm以下である。本症例も11mm×7mmで単発であった。消化管血管性腫瘍では、無症状のものが30%と言われており、Naderら⁴⁾は消化管出血、貧血が73.2%にみられ、腸閉塞症状が12.8%にみられたと報告している。そのほかの症状としては腹痛や腹部不快感、嘔気・下痢・便秘をきたすという報告がされている⁵⁾。

十二指腸血管腫の診断は、造影CTやMRI、血管造影（動脈相早期～静脈相終期にかけての綿花状のpooling像）などの画像診断に加え、

内視鏡検査にて赤色調や青色調を示す粘膜下腫瘍として認められる。限局型の場合は無茎～有茎性の粘膜下腫瘍の形態をとることが多い。また、圧迫で容易に変形することが特徴的で、大きさ、形態、色調は様々である⁶⁾。十二指腸血管腫は病理学的に毛細血管腫、海綿状血管腫、膿原性肉芽腫に分類され、本邦では海綿状血管腫が最も多いとされ⁶⁾、Nishiyamaら⁷⁾の渉猟した例でも海綿状血管腫が一番多かった。本症例も海綿状血管腫であった。Nishiyamaら⁷⁾の集めた例でも多くは外科的切除を行っており、原則的には外科的切除であるが、本症例のように単発で限局性の10mm程度の大きさであれば、3rd portionでも内視鏡的切除治療も可能であることを示すことができた。Nishiyamaらの例は2nd portionで20mm大であったので内視鏡的に切除できたと考えられる。

IV 結 語

消化管出血にて発見され内視鏡的粘膜切除術により切除し得た十二指腸水平脚の血管腫の一例を経験し、若干の文献的考察とともに報告した。

文 献

- 1) 渡邊典子, 子日克宜, 竹内圭介, 他. 消化管出血を契機に発見された十二指腸 epithelioid hemangioma の1例. 日消誌 2012; 109: 2058-2065
- 2) Gentry RW, Dockerty MB, Glagett OT: Vascular malformations and vascular tumors of the gastrointestinal tract. Surg Gynecol Obstet 88: 281-323: 1949
- 3) 種ヶ島和洋, 鈴木紘一, 斎藤 昭, 他: 腸閉塞症状を繰り返した小腸脂肪腫の1例. 胃と腸 21: 303-307, 1986
- 4) Nader PR, Margolin F: Hemangioma causing gastrointestinal bleeding. Am J Dis Child 111: 215-222, 1966
- 5) 渡邊 真, 沖野 浩, 高濱和也, 他: 消化管の血管性病変 angiodysplasia, AVM, Rendou-Osler-Weber 病, 血管腫, Dieulafoy 潰瘍. 胃と腸 40: 665-671: 2005
- 6) 小豆嶋銘子, 矢野智則, 松橋信行, 他: その他の腫瘍. 胃と腸 28: 177-182, 2013
- 7) Nishiyama N, Mori H, Kobara H, et al. Bleeding duodenal hemangioma: Morphological changes and endoscopic mucosal resection. World J Gastroenterol 2012; 18: 2872-2876

