

大量出血をきたした十二指腸憩室症の1例

東京女子医科大学第二病院外科

三浦 一浩 成高 義彦 大石 俊典 小川 智子
若林 敏弘 小豆畑 博 大谷 洋一 菊池 友允
小川 健治 梶原 哲郎

A CASE REPORT OF THE DUODENAL DIVERTICULUM WITH MASSIVE HEMORRHAGE

Kazuhiro MIURA, Yoshihiko NARITAKA, Toshinori OHISHI,
Tomoko OGAWA, Toshihiro WAKABAYASHI, Hiroshi AZUHATA,
Yohichi OHTANI, Tomomitsu KIKUCHI, Kenji OGAWA
and Tetsuro KAJIWARA

Department of Surgery, Tokyo Women's Medical College Daini Hospital

索引用語：十二指腸憩室，消化管出血

はじめに

十二指腸憩室症は，消化管の憩室の中では，最も頻度が高く，臨床上しばしば遭遇する疾患である。しかし，症状を呈するものは少なく，外科的治療の対象となるものはまれである。今回われわれは，大量出血をきたし，外科的治療を要した十二指腸憩室症の1例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：45歳，女性。

主訴：下血。

家族歴，既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和63年8月25日早朝よりめまいを自覚し，排便とともに下血が数回認められた。9月1日精査目的にて当科入院。諸検査を施行した。内視鏡検査および上部消化管X線検査にて，十二指腸水平部に2個の憩室を認めたが，その他に特記すべき病変はなく，同部からの出血が疑われたが，新たな出血がないため，9月12日退院し，経過観察とした。しかし，9月23日多量の黒色水様便および赤褐色の食物残渣を数回嘔吐したため，緊急再入院となった。

入院時現症：血圧102/72mmHg，脈拍数66/分，整。顔面蒼白。眼瞼結膜に高度の貧血を認めた。腹部所見

では圧痛や腫瘍など認めなかった。直腸診にて赤褐色の血液の付着を認めたが，腫瘍など他の病変はなかった。

入院時検査成績：血色素5.4g/dlと高度の貧血を認めた。血清蛋白が4.6g/dlと低下し，低蛋白血症を認めた。その他は特に異常を認めず，血小板数，出血時間および凝固時間など正常であり，出血傾向はなかった(表1)。

上部消化管X線所見：食道および胃には異常を認めなかったが，小腸造影にて，十二指腸水平部にくるみ大および拇指頭大の憩室を2個認めた(図1)。

内視鏡所見：緊急上部消化管内視鏡検査では，食道および胃に出血性病変はなかったが，十二指腸水平部の憩室内に，凝血塊の付着および新鮮血の大量出血が認められた(図2)。大腸内視鏡検査では，出血性病変はなかった。

血管造影所見：緊急血管造影を施行したが，造影剤

表1 入院時検査成績

血液一般		生化学	
RBC	186万/mm ³	T.P.	4.6g/dl
WBC	7700/mm ³	T.Bil	0.43mg/dl
Hb	5.4g/dl	GOT	17IU/l
Ht	18.6%	GPT	7IU/l
Plt	25.9万/mm ³	Amy.	89IU/l
出血・凝固		BUN	21.3mg/dl
出血時間	3分00秒	Cr.	0.71mg/dl
凝固時間	7分30秒	Na	134mEq/l
プロトロンビン時間	13.6秒	K	4.3mEq/l
APTT	24.5秒		

<1989年7月10日受理>別刷請求先：三浦 一浩

〒340 草加市金明町176-1 フラワコーポ207

図1 小腸造影像、十二指腸水平部に巨大憩室を2個認める。(矢印)

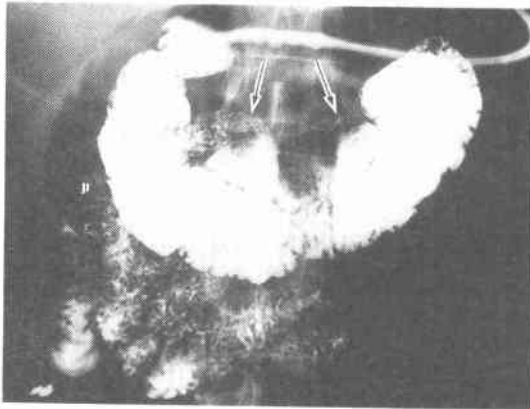


図2 内視鏡検査所見、十二指腸水平部の憩室内に出血を認める。

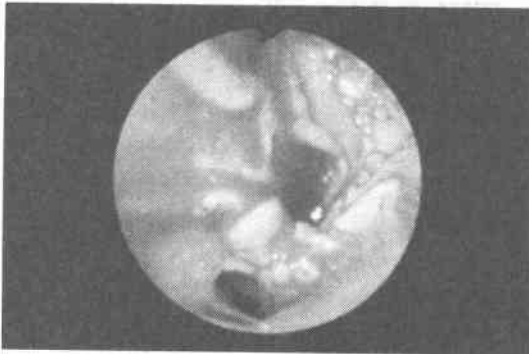


図3 腹腔動脈造影像、extravasationは描出されていない。

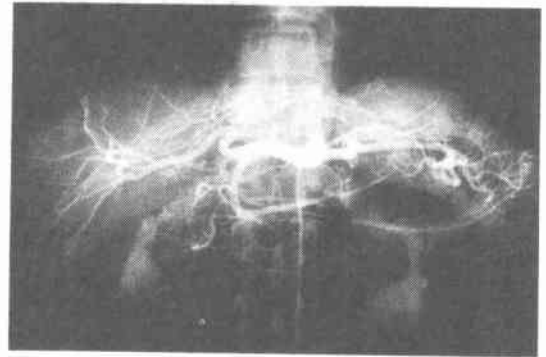


図4 手術所見、十二指腸水平部後壁側に巨大憩室を2個認める。(矢印)

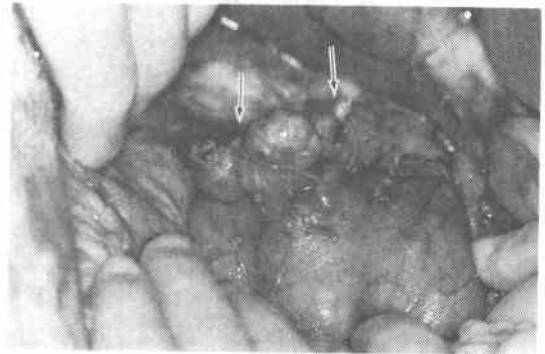


図5 切除標本、左が口側の憩室、右が肛門側の憩室



の extravasation は描出されず、出血源の確認はできなかった(図3)。同時に digital subtraction angiography を施行したが同様の所見であった。

以上の結果より、十二指腸水平部の巨大憩室からの出血と診断し、1,000ml の輸血施行後昭和63年9月24日緊急手術を施行した。

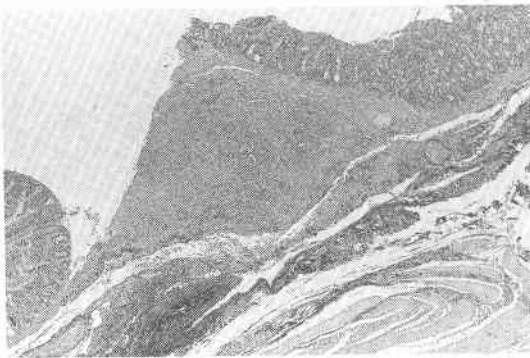
手術所見：上腹部正中切開にて開腹。胃、肝臓および他の臓器には異常なかったが、十二指腸水平部後壁側に、くるみ大および拇指頭大の巨大憩室を2個認めた(図4)。憩室の壁は軟らかく色調は正常に比べて淡かった。憩室内およびその周囲の十二指腸内に凝血塊や新鮮血が多量に存在した。手術は憩室切除術を施行した。

切除標本：口側の憩室は、大きき35×20mmで、2つの憩室が連結する巨大憩室であり、粘膜面には潰瘍病変を認め、その周囲に発赤を伴っていた(図5、左)。

また、肛門側の憩室は、大きさ20×20mmの巨大憩室であったが、粘膜面には、潰瘍やびらんなど出血性病変は認められなかった(図5、右)。

病理組織像：口側の巨大憩室は、2つの憩室が連結していたが連結部のみに筋層が認められ、後天性憩室

図6 口側の巨大憩室の病理組織像



と考えられた。また、粘膜下層に動・静脈が走行しているが動脈壁は正常であったが、粘膜筋板の直下の静脈壁が破綻しており、出血の原因は静脈の破綻と考えられ、病理組織学的診断では出血性びらんであった(図6)。一方、肛門側の憩室は、粘膜の充血像を呈していたが、潰瘍やびらんなどは認められなかった。

術後経過：術後7日目に胃ゾンデを抜去したが、その後嘔吐が頻回に認められ術後透視を施行したところ、下行部および水平部に高度の狭窄を認めた。粘膜の浮腫による一過性の通過障害と考えられ、胃ゾンデによる減圧および中心静脈栄養による保存的治療により、狭窄症状も次第に改善され、術後39日目より経口が可能となり、その後は順調に経過し、術後48日目に退院した。

考 察

十二指腸憩室は、消化管の憩室の中では最も発生頻度が高く、諸家の報告により若干異なるが、剖検では20~30%¹⁾、発見率では1.5~17%とされている。また、十二指腸憩室症は、男女差が少なく、径10mm以内で単発例が多く、部位は下行部が圧倒的に多く、年齢の上昇とともに発見率、数、大きさが増大するといわれている。

十二指腸憩室は一般的には無症状で経過するものが多く、外科的治療の対象となるのは、治療抵抗性の出血、穿孔、臍・胆道系への障害が内科的治療にもかかわらず再発を繰り返す場合などであり、頻度は1~5%程度であり²⁾、非常に低いとされている。その中で治療抵抗性の出血で外科的治療を要した本邦の報告例は、われわれが検索したかぎりでは、最近20年間で自験例を含めて、12例報告されているに過ぎない(表2)。12例の内訳をみると性別では男2例、女10例で女

表2 本邦における十二指腸憩室出血の報告例

報告者	年度	年齢	性別	出血部位	診断方法	出血原因	治療
1. 木下	1974	62	男	下行部	上部消化管造影	びらん	憩室切除 胃切除
2. 池尻	1975	56	男	下行部	上部消化管造影	露出血管	憩室切除 胃切除
3. 秋吉	1980	69	女	下行部	内視鏡	露出血管	憩室切除
4. 高原	1984	67	女	水平部	内視鏡	潰瘍、露出血管	憩室切除 選択的胃切除
5. 野村	1986	76	女	水平部から上行部	内視鏡	粘膜内および粘膜下出血	憩室切除
6. 菅野	1986	66	女	下行部	内視鏡、低緊張性 十二指腸造影	出血性びらん	憩室切除、胆嚢 空置の胃切除
7. 古屋	1986	61	女	下行部	内視鏡	異所性腺組織	憩室部分切除 胃切除
8. 五十嵐	1987	53	女	下行部	内視鏡	びらん、憩室炎	憩室切除
9. 玉野	1987	69	女	下行部から水平部	内視鏡	多発性びらん	憩室切除 異物摘出
10. 小坂	1987	78	女	下行部	血管造影	潰瘍、露出血管	憩室切除
11. 長谷川	1988	62	女	水平部	内視鏡、血管造影	デュラフォイ潰瘍	憩室部分切除
12. 自験例	1988	45	女	水平部	内視鏡、血管造影	出血性びらん	憩室切除

性に多く、本症例も女性であった。年齢別では45~78歳にみられ、平均63.7歳と高齢の傾向が認められるが本症例は45歳で最も低年齢であった。また、出血部位は下行部8例、水平部5例、上行部1例で下行部から水平部にかかるものが多く、出血した憩室の大きさは10mmから35mmまであり、半数以上が径10mm以上の巨大憩室であるのが特徴であった。本症例のように2個連結しているのは非常に珍しいと思われる。

消化管出血をきたす原因疾患として、十二指腸憩室出血は0.06%³⁾と極端に頻度が低く、予測しがたい疾患である。しばしば上部消化管出血をきたす疾患との鑑別が必要であり、憩室からの出血であると診断することは、決して容易ではない。本症例も初回の出血の場合、上部消化管の検査により十二指腸憩室の存在が明らかにされたが、憩室からの出血ではないかと推察するに止まった。出血の診断には、内視鏡検査、血管造影が有用である⁴⁾⁵⁾とされている。本邦報告例の12例中9例が内視鏡検査で、3例が上部消化管造影で、2例が血管造影でそれぞれ診断されている。特に内視鏡検査は1980年以降の症例では1例を除いたすべての症例に対して有用であり、本症の診断には不可欠な検査と思われる。

出血の原因としては、本邦ではびらん、潰瘍⁵⁾、憩室炎、憩室内露出血管⁴⁾⁵⁾、憩室内異物が原因として報告されているが、憩室内ポリープ⁶⁾、異所性胃粘膜組織⁷⁾、異所性腺組織、大動脈憩室瘻⁸⁾、静脈への穿通⁹⁾などの報告はまだなされていない。本症例の出血の原因は、出血性びらんであるがその誘因としては、巨大かつ後天性憩室であったこと、十二指腸内圧の亢進、食物あるいは異物などによる憩室への刺激などが考えられる。

本症の外科的治療としては、憩室の性状や存在部位

などそれぞれの病態に応じて、適宜選択されるようである。手術術式としては、文献的には憩室切除術か憩室内翻埋没術であり、胃切除後 Billroth II 法あるいは Roux-Y 吻合による再建術や十二指腸括約筋形成術や臍頭十二指腸切除術などが追加される場合もある^{10)~12)}。本邦報告例では全例に憩室切除術が施行されており、憩室内翻埋没術やその他の術式は施行されていないようである。

本症の予後に関する報告は、ほとんどなされていないが基本的には良性疾患であり、術後に重篤な合併症をきたさないかぎり、長期的予後は良好な疾患と思われる。

十二指腸憩室症は、臨床上しばしば遭遇する疾患であるが、症状を呈するものはきわめて少ない。しかし、巨大な十二指腸憩室を有する患者では、本症例のように大量出血をきたす場合もあることを留意する必要があると思われる。

おわりに

大量出血をきたした十二指腸憩室症のまれな1例を経験したので、本邦報告例を含め、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 森田 稔：十二指腸内側憩室と臍外分泌能異常。
日消病会誌 70：243—244, 1973

- 2) Juler GL: Perforating duodenal diverticulitis. Arch Surg 99: 572—577, 1969
- 3) Palmer ED: Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Charles C Thomas, Illinois, 1970, p8—14
- 4) 阪越信雄, 金 昌雄, 藤田修弘ほか：十二指腸憩室出血の1例。大阪警察病医誌 8: 133—138, 1984
- 5) 小坂博美, 米山公造, 藤井昭芳ほか：血管造影にて出血源を確認できた十二指腸出血の2例。東京女医大誌 57: 250—253, 1987
- 6) Bradham GB: Massive bleeding from a polyp in a duodenal diverticulum. Ann Surg 156: 81—83, 1962
- 7) Gold E: Bleeding duodenal diverticulum. Am J Dig Dis 8: 944—952, 1963
- 8) Rowlands BC: Duodenal diverticulum perforating into abdominal aorta causing fatal hemorrhage. Br J Surg 41: 415—417, 1954
- 9) Nail SA: The complication of duodenal diverticula and their management. Surg Gynecol Obstet 120: 1251—1258, 1965
- 10) 早坂 滉, 浅石和昭：十二指腸の手術(憩室・異物除去)。外科治療 52: 783—785, 1985
- 11) 小野慶一, 横山 慎, 佐々木睦男ほか：十二指腸憩室と合併症。外科診療 29: 1690—1694, 1987
- 12) 岡本喜雄, 友尻諒弥, 北野邦幸ほか：術前に診断し得た十二指腸憩室穿孔の1治験例。外科診療 10: 1274—1277, 1979