

## 良性直腸潰瘍の3症例

市立加西病院外科

中村 守 黒郷 文雄 内藤 伸三  
熊谷 仁人 福本 巧  
神戸大学第1外科  
齋 藤 洋 一

良性直腸潰瘍は、比較的まれな疾患とされていたが、最近その報告例が増えつつある。われわれは、大量の下血をもってはじまり、特徴的な臨床像や内視鏡像を呈し、短期間で治癒した3例の良性直腸潰瘍を経験したので、若干の文献の考察を加え報告する。

2症例は、ともに基礎疾患として脳血管疾患を有している患者で、下部直腸に潰瘍を伴う腫瘤を形成し、比較的短期間で治癒したので、急性出血性潰瘍が最も考えられた。1症例はペースメーカーを留置している患者で、骨盤骨折にて入院。上部直腸にアフタ様潰瘍が多発し、やはり短期間で治癒したが、原因がはっきりと特定されなかった。

下血に対しては、病変部位や原因を明らかにすべく、積極的に内視鏡検査を施行するべきであろう。また内視鏡検査で肉眼的に癌が疑われても、繰り返し生検を行うことが重要であると考えられた。

**Key words:** benign rectal ulcer, bleeding from the lower part of the digestive tract

### はじめに

良性直腸潰瘍は比較的まれな疾患とされてきたが、最近その報告が増えつつある。われわれは、大量の下血をもってはじまり、特徴的な臨床像や内視鏡像を呈し、短期間で治癒した3例の良性直腸潰瘍を経験したので、若干の文献の考察を加え報告する。

### はじめに

症例1: 79歳, 男性.

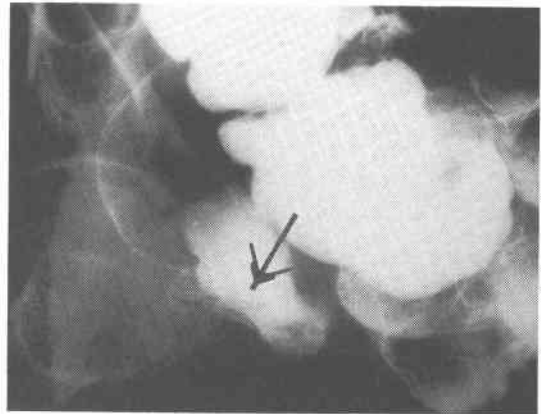
主訴: 下血, 貧血.

家族歴, 既往歴: 特記すべき事なし. 便習慣は便秘気味で, 3ないし4日に1行程度, 便は硬便であった.

現病歴: 昭和63年7月6日, 右片麻痺をおこし脳梗塞の診断にて, 当院神経内科に入院. 理学療法などにて加療中の8月16日に突然タール便が出現, 貧血となった. 直腸指診にて腫瘤を触知し, 直腸癌を疑い外科転科した. 一般検査成績では入院時 RBC  $395 \times 10^4$ /ml, Hb 12.5g/dlであったが, 下血後おのおの  $302 \times 10^4$ /ml, 9.4g/dlとなった. CRP 17.7mg/dlと高値を示したが, CEA, AFPなどの腫瘍マーカー値は正常であった.

<1990年4月11日受理> 別刷請求先: 中村 守  
〒675-23 加西市北条町横尾1-13 市立加西病院外科

**Fig. 1** Rectal flusoscopic findings of the case 1. An irregular pattern was noted on the lower rectal wall, suggesting rectal tumor.

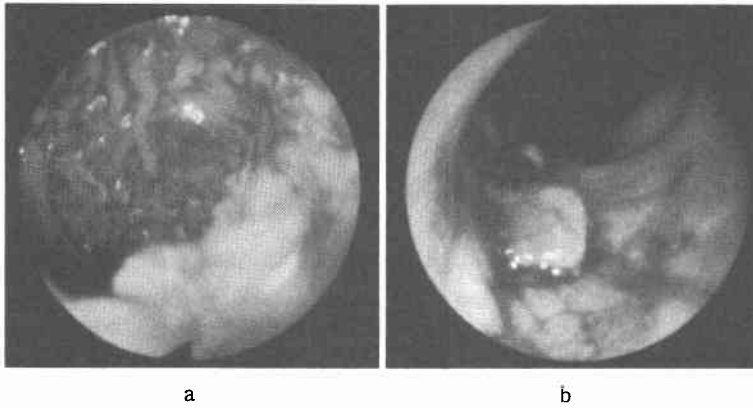


注腸透視所見: 下部直腸壁に下整を認めた (Fig. 1).

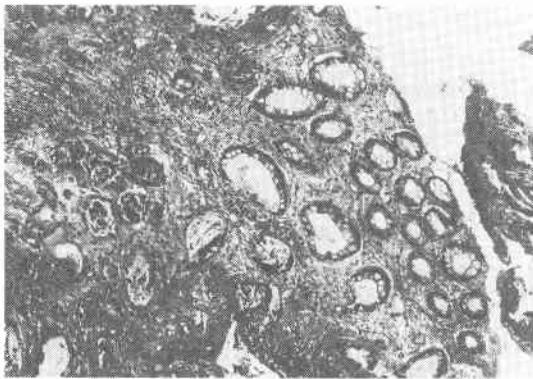
内視鏡所見: 歯状線附近, 3時の方向に低い周堤を有する3型腫瘤<sup>1)</sup>を認めた (Fig. 2a)

生検組織診断は, 肉芽と炎症細胞浸潤のみで悪性所見はまったくなかった (Fig. 3)

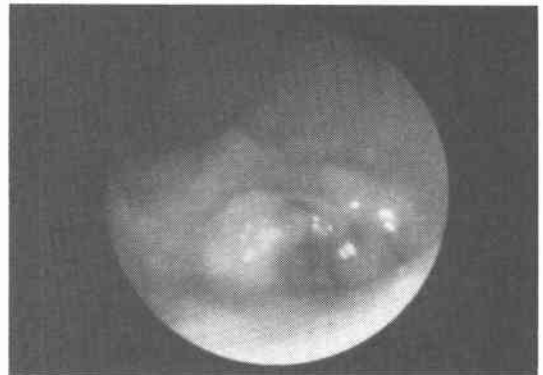
経過: 保存的に治癒し, 2週間後に再度内視鏡検査



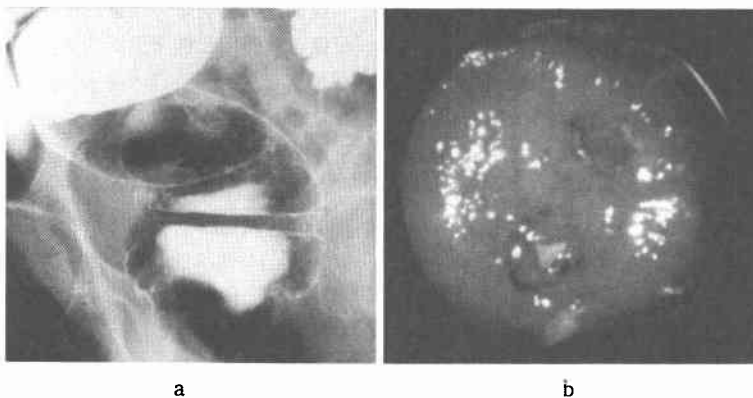
**Fig. 2** a (left) Endoscopic findings of the case 1. Type 3' tumor mass having a low crater was found in the vicinity of the dentate line. b (right) After 2 weeks. The tumor mass became Yamada type III polyp.



**Fig. 3** Microscopic findings of the case 1. It shows a lymphocytic reaction in the stroma. Atrophic intestinal mucosa and granulation are seen, but a malignant cell is not.



**Fig. 4** Endoscopic findings of the case 2. Type 2' tumor mass was confirmed in the vicinity of the dentate line. The crater is regular on the surface and the way it rises is clear.



**Fig. 5** a (left) Rectal fluoscopic findigs of the case 3. A barium fleck was noted in the rectal mucosa, suggesting rectal erosion. b (right) Endoscopic findings of the case 3. Many aphtha-like ulcers 10 to 15 cm from the anus were confirmed.

を施行した。腫瘍は、山田Ⅲ型のポリープとなっており (Fig. 2b), 生検組織診断も前回と同様であった。その後、外来にて経過観察したが、直腸壁はほとんど正常になっていた。

症例2: 66歳, 男性,

主訴: 下血,

家族歴: 特記すべき事なし,

既往歴: 40歳頃より脱肛があったが、便習慣は1日1行と正常,

現病歴: 昭和63年10月27日, 右片麻痺をおこし脳梗塞の診断にて、当院内科に入院。理学療法などにて加療中の11月15日に、突然新鮮血を下血した。緊急にS状結腸スコープ検査を施行したが、便と凝固塊のために出血源を確認できず、経過を観察した。一般検査成績では、下血後も貧血はなかつた。CRPは0.1mg/dlで、腫瘍マーカー値も正常であった。11月18日に再度内視鏡検査を施行した。

内視鏡所見: 歯状線附近、12時の方向に2'型腫瘍<sup>1)</sup>を確認した。立ち上がりのはっきりした表面整な周堤を有し、底は深く凝血塊が付着していた (Fig. 4)。生検の組織はやはり肉芽と炎症細胞浸潤のみであった。

経過: 保存的に治療、翌年1月26日内視鏡検査で、直腸壁は全く正常になっていた。

症例3: 72歳, 男性,

主訴: 下血, 貧血,

家族歴: 特記すべき事なし,

既往歴: 昭和59年より糖尿病、62年に sick sinus syndrome のため、ペースメーカーを埋め込んでいる。便習慣は、1日3ないし4行で、やや下痢気味であった。

現病歴: 昭和63年10月25日右恥骨骨折にて、当院整形外科に入院。11月15日頃より軽度の腹痛と頑固な下痢が続き、18日突然大量に下血。一般検査成績では、RBC  $304 \times 10^4$ /ml, Hb 9.5g/dl であったが、下血によりおのおの  $292 \times 10^4$ /ml, 8.8g/dl となり、2単位の輸血をした。発熱はなく、白血球上昇や核の左方移動もなかつた。CRP 4.6mg/dl と上昇していたが、腫瘍マーカー値などは正常であった。なお便の細菌培養は行っていない。

注腸透視所見: 直腸粘膜にバリウム斑があり、直腸びらんが示唆された (Fig. 5a)。

内視鏡所見: 肛門より10ないし15cmにかけて、淡い白苔を伴う浅いアフタ様潰瘍の多発を確認した。病変部の粘膜は若干発赤していた (Fig. 5 b)。生検組織

診断は肉芽と炎症細胞浸潤のみで悪性所見はなかつた。

経過: 2週間後の内視鏡検査で、同部位に線状の潰瘍を認めるのみであった。

なお3症例とも、抗生剤や消炎鎮痛剤は使用していない。

## 考 察

直腸に発生する良性潰瘍性病変で、有名なものに孤立性直腸潰瘍症候群 (solitary rectal ulcer syndrome) がある。若年者に多く発生し、粘血便を主訴とし、慢性の経過をとり、難治性とされている。組織学的には間質の平滑筋、線維組織の増生が特徴的である<sup>2)</sup>。

一方、われわれの経験した症例の様に、急性の経過をとる潰瘍性病変にもさまざまなものがある。非特異性潰瘍の1つの虚血性直腸炎は、虚血性大腸炎のうちの直腸型である。1968年 Kilpatrick ら<sup>3)</sup>が報告して以来、その存在が認められるようになってきた。元来直腸は、血流が豊富なために、その発生はまれであると思われていた。しかし、高齢者で腹部大動脈バイパス術後などや、直腸癌の手術により下腸間膜動脈の処理がなされた後に、高頻度に発生する事が報告されている<sup>4)</sup>。また高血圧症、動脈硬化症、心疾患、糖尿病などに合併するとの報告<sup>5)</sup>もある。櫻井<sup>6)</sup>は虚血性大腸炎が、直腸ないし直腸S状結腸部に限局して発生したのは、自験例を含めた237例中9.7%であったと報告している。発症様式は比較的急激で腹痛を伴い、保存的に短期間で治癒することが多いようである。直腸粘膜は強度の浮腫を呈し、点状ないし2cm大までの種々の不整形の多発潰瘍が見られる。出血の程度は軽く、貧血や低血圧を起こすことはない<sup>7)</sup>とされている。

虚血性直腸炎と一線を面すのに困難な疾患に、宿便潰瘍と急性出血性潰瘍がある。宿便潰瘍は、Berry ら<sup>8)</sup>が報告して以来、1つの疾患として扱われるようになった。近年本邦でも報告が散見される。硬便によるS状結腸ないし直腸粘膜の圧迫壊死が原因で、ほとんど例外なく頑固な便秘が先行する。潰瘍は不整形地図状で、周囲粘膜との境界は比較的明瞭であり、潰瘍面の盛り上がりは乏しいとされている<sup>9)</sup>。一方急性出血性潰瘍は、1980年に河野<sup>9)</sup>が初めて報告した。近年、本邦でもその存在が認められ、報告例も少しづつ増えている<sup>10)</sup>。重篤な基礎疾患、特に脳血管疾患を有する高齢患者に高頻度に発生し、突然の大量下血で発症し、潰瘍は下部直腸に限局、不整形、地図状ないし帯状で、止血に成功すれば短期間で治癒するとされている。原

因として河野ら<sup>9)</sup>は、なんらかの脳傷害の認められた患者にストレスが加わった場合、胃十二指腸だけでなく、全消化管に潰瘍性病変が発生する可能性があり、そのうち直腸病変が主であったものではないかと述べている。

この虚血性直腸炎、宿便潰瘍、急性出血性潰瘍の3者の発生に組織の血流不全が関与していることは間違いないく、組織学的にも非特異性の炎症像のみである。虚血性腸炎においても、発症に際して便秘の合併が時に認められるために、宿便潰瘍と病態発生の上で明確に一線を画することはできない<sup>9)</sup>。急性出血性潰瘍の報告例が少ないのは、重篤な基礎疾患を有する患者に発生した、大量下血で始る症例は、孤立性直腸潰瘍と混同されたり、他の胃潰瘍などの消化管出血性疾患と考えられて治療されていた症例などの混同があるためと思われた<sup>10)</sup>。

その他に、吉川ら<sup>11)</sup>が、粘液便または粘血便を主訴とし大腸粘膜に口腔内のアフタに似た病変がびまん性に多発している、原因のはっきりしない症例を報告した。病変範囲は全結腸ないし左半結腸と広範囲で、既知のいずれの疾患にも当てはまらず、1967年に“アフタ様大腸炎 (aphthoid colitis)”と仮称し、あたらしい疾患単位である可能性を発表した<sup>12)</sup>。しかしアフタ様潰瘍は Crohn<sup>13)</sup>病や、次に述べる感染性腸炎でもみられることがわかっており、その独立性は今後の研究に待たれるようである。

特異性炎症性疾患である、細菌性赤痢、エルシニア腸炎やカンピロバクター腸炎などの感染性腸炎で、アフタ様潰瘍が存在することも報告されている。内視鏡像は Crohn 病や潰瘍性大腸炎に類似しており、経過も比較的長いものが多いようである。臨床像は血便、発熱、腹痛が主症状で、一般検査では白血球増多などの感染症状のみられないこともある<sup>6)14)15)</sup>。

今回われわれの経験では、症例1は硬便で便秘気味、症例2は正常の便習慣で、ともに基礎疾患として脳血管疾患を有し、突然の大量下血で発症、2'型ないし3'型の腫瘤を下部直腸に形成し、比較的短期間で治癒したことや、その組織像より急性出血性潰瘍が最も考えやすい。症例3は、上部直腸に浅いアフタ様潰瘍が多発し、短期間で治癒したこと、便習慣が下痢気味であったことより、急性出血性潰瘍や、宿便潰瘍は考えにくい。患者がペースメーカーを使用していることや、骨盤骨折で入院中ということより、直腸の血流が阻害されたための虚血性直腸炎が考えられ、急激な腹痛を

もって発症したこと、比較的短期間で治癒したこと、発生部位などが合致する。しかし粘膜の浮腫を伴っていないことや、出血が比較的大量であったことが相違する。また内視鏡像よりアフタ様大腸炎や細菌性大腸炎も考慮される。前者とすれば、病変部が短いこと、後者とすれば比較的短期間で治癒していることが合わない。結局、症例3に関しては、便の細菌培養も行っておらず、最終診断が出来なかった。

下血に対しては、病変部位や病因を明らかにすべく、積極的に内視鏡検査を施行するべきであろう。また内視鏡検査で肉眼的に癌が疑われても、繰返し生検を行うことが重要であると考えられた。

#### 文 献

- 1) 大腸癌研究会編：臨床・病理。大腸癌取扱規約。金原出版、東京、1985
- 2) 辻本 豪、森 裕、南八多美ほか：孤立性直腸潰瘍の2例。Gastroenterol Endosc 24:1598-1603, 1982
- 3) Kilpatrick ZM, Farman J, Yesner R et al: Ischemic proctitis. JAMA 205:74-80, 1968
- 4) 片井 均、丸山 巖、丸上善久ほか：大量出血をきたし緊急手術となった虚血性直腸炎の1例。日消外会誌 19:71-74, 1986
- 5) 山城守也：虚血性大腸炎の臨床的特徴。日本大腸肛門病会誌 34:539-581, 1981
- 6) 櫻井幸弘：虚血性大腸炎。武藤徹一郎監修。消化器内視鏡—2。大腸・小腸。医学書院、東京、1987, p71-100
- 7) Berry J: Delatation and rupture of the sigmoid flexure. Br Med J 1:301-1894
- 8) 清水誠治、岡田博子、多田正大ほか：Stercoral Ulcer (宿便潰瘍)と思われる4症例。日本大腸肛門病会誌 38:877-881, 1986
- 9) 河野裕利、勝見正治、浦 伸三ほか：脳疾患患者にみられた急性出血性直腸潰瘍の2症例。日本大腸肛門病会誌 33:222-227, 1980
- 10) 広岡大司、湯浅 肇、板倉恵子ほか：急性出血性直腸潰瘍。Gastroenterol Endosc 26:1344-1350, 1984
- 11) 吉川邦生、森 克巳、植松寿樹ほか：アフタ様びらんの多発する大腸炎。日消病会誌 70:269-270, 1973
- 12) 吉川邦生、森 克巳：アフタ様大腸炎。胃と腸 11:739-801, 1976
- 13) Simpkinns KL: Aphtoid ulcers in Crohn's colitis. Radiology 28:601-608, 1977
- 14) 喜田 剛、福田能啓、田島 強ほか：Campylobacter 腸炎における大腸病変の内視鏡像。Gastroenterol Endosc 23:1289-1293, 1981

- 15) Vantrappen G, Ponette E, Geboes K et al: troenterological aspects. *Gastroenterology* 72 :  
Yerusia enteritis and enterocolitis. *Gas-* 220—227, 1977

### Three Cases of Benign Rectal Ulcer

Mamoru Nakamura, Fumio Kurogo, Sinzo Naito, Kimindo Kumagai and Takumi Fukumoto  
Department of Surgery, Kasai Municipal Hospital  
Yoichi Saito  
Department of the First Surgery, Kobe University

Benign rectal ulcer has been said to be a rare disease. Recently, however, the number of cases of this disease has been on the increase. We have encountered 3 cases of benign rectal ulcer which started with a large volume of bloody stools, presented characteristic clinical pictures and were healed in a short period of time. In two patients, both of whom had cerebrovascular disease as an underlying disease, a mass with ulcer was formed in the lower rectum and healed in a relatively short period of time. Therefore, acute hemorrhagic ulcer of the rectum were highly suspected. The remaining patient with a pacemaker implanted was admitted to the hospital because of pelvic fracture. Multiple aphthoid ulcers developed in the upper rectum and also healed in a short period. The cause was not specified. For bloody stools, endoscopic examination should be performed in order to clarify the site and etiology of the lesion. Also it is important to perform biopsies repeatedly even when cancer is suspected macroscopically from endoscopic examination.

**Reprint requests:** Mamoru Nakamura Department of Surgery, Kasai Municipal Hospital  
1-13 Yoko-o, Hojo-cho, Kasai, 675-23 JAPAN

---