

〈E〉

17. C型肝硬変合併透析患者の膵臓癌への陽子線治療後に発症した難治性胃潰瘍・胃毛細血管拡張症からの出血に対してアルゴンプラズマ凝固療法（APC）が奏功した一例

椎名 啓介, 橋爪 洋明, 佐藤 賢
 斎藤 従道, 古賀 康彦, 堀口 昇男
 山崎 勇一, 柿崎 暁, 森 昌朋

(群馬大院・医・病態制御内科学)

【症例】 62歳, 男性 【主訴】 黒色便

【既往歴】 昭和38年: 虫垂炎, 昭和52年: 高血圧症, 平成4年: 糖尿病, 平成19年糖尿病性腎症にて透析導入 【嗜好】 飲酒歴: 日本酒5合/日(20歳より54歳まで, 以後は禁酒), 喫煙: 40本/日(20歳より) 【家族歴】 父: 骨肉種, 長兄・次兄: 急性心筋梗塞 【現病歴】 昭和61年に肝機能障害を指摘された。平成12年1月に肝細胞癌(HCC)と診断され, 他院にて計3回の経皮的エタノール注入療法が施行された。その後当科に転科, HCCに対して平成12年6月~平成20年2月の間に計3回の経カテーテル的肝動注・肝動脈塞栓術(TACE)+RFAが施行された。平成22年1月のHCCの経過観察中に施行されたCTで膵癌を指摘された。外科手術のリスクが高いことと本人希望もあり, 筑波大学陽子線医学利用研究センターにて平成22年3月より計60Gyの陽子線治療が行われた。平成22年6月より黒色便に気づき, 透析療法に通院中の前医より貧血の進行を指摘され, 精査加療目的に平成22年7月7日に当院当科紹介受診となった。【身体所見】 身長154.2cm, 体重54.2kg, BMI=22.3, 血圧75/60mmHg, 脈拍98/min. reg. 眼瞼結膜に貧血あり。肝を肋弓下に2横指触れる。収縮期心雑音あり。その他, 特記事項なし。【入院時検査所見】 WBC 3100/ul, RBC 288×10⁴/ul, Hb 9.2g/dl, Plt 9.9×10⁴/ul, PT (PT-INR) 107% (0.96), TP 6.1g/dl, ALB 2.9g/dl, T-bil. 0.5mg/dl, AST 35U/L, ALT 22U/L, ALP 381U/L, LDH 244U/L, γ -GTP 122U/L, s-AMY 145U/l, BUN 49mg/dl, Cr 7.04mg/dl, FBS 100mg/dl, HBs-Ag (-), HBc-Ab (-), HCV-Ab (+), CEA 1.7ng/ml, CA 19-9 42U/l, AFP 160.8ng/ml, PIVKA-II 37mAU/ml, DUPAN-2 80U/ml, SPAN-1 11.7U/ml。【入院後経過】 入院後のGIFで胃前庭部後壁にH1 stageの潰瘍とその周囲の発赤・毛細血管拡張を認め, 同部からのOozingを認めたが, 潰瘍からの出血は認めなかった。絶食・補液・PPI・胃粘膜保護薬で加療したが, 前庭部後壁に限局していた発赤は次第に全周性に悪化し, また十二指腸球部後壁から下行脚(特に十二指腸乳頭部周囲)にも発赤と出血を認めるようになった。高圧酸素療法(約8週間)など

も併用したが, 改善なく貧血は進行し, 頻回の輸血が必要であった。保存的には改善の見込みがないと判断し, 計9回のAPCと1回のエトキシスクレロール局所注入を行った。治療による出血の悪化は一度も認めなかった。前庭部の変形と潰瘍形成を来したものの, 発赤・毛細血管拡張・出血はコントロールされ, 食事再開後も輸血の必要なく, 貧血の改善を認めたため, 合併した肝細胞癌にTACE施行の上, 軽快退院となった。【考察】びまん性前庭部毛細血管拡張症(DAVE)に対するAPCの有効性は報告されているが, 肝硬変・透析療法中・陽子線治療後というリスクファクターを複数合併する本症例のようなケースにおいてもAPCやエトキシスクレロール局所注入は有効であると考えられた。【結語】C型肝硬変合併透析患者の膵臓癌への陽子線治療後に発症した難治性胃潰瘍・胃毛細血管拡張症からの出血に対してAPCが奏功した一例を経験した。

18. Rendu-Osler-Weber syndromeの出血性胃 telangiectasia を APC で止血し, 多発する telangiectasia を NBI で観察した 1 例

乾 正幸, 工藤 智洋, 星野 崇
 相馬 宏光, 長沼 篤, 高木 均

(国立病院機構高崎総合医療センター)

消化器内科)

症例は84歳女性。吐血を主訴に受診。上部消化管内視鏡検査を行ったところ胃内に活動性出血を伴うtelangiectasiaを認めた。これらが出血源と考えアルゴンプラズマ凝固(APC)療法にて止血を行った。また胃内には10ヶ所以上のtelangiectasiaが多発しており今後の出血のリスクを回避するため, 数回のAPC療法をおこなった。その後, 現在に至るまで約1年半経過しているが, 消化管からの再出血はみられていない。またAPC治療後に残存しているtelangiectasiaに対してHigh vision system併用NBI観察を行ったところ, telangiectasiaは大小不同のない拡張した血管の密集として捉えられ, その周囲は背景粘膜と比べてやや淡く褪色调に描出された。Rendu-Osler-Weber syndromeの確定診断には, 反復性鼻出血, 毛細血管拡張病変, 内臓の血管異常, 遺伝歴のうち3つ以上を満たすことが必要であるが, 本症例は出血性胃telangiectasia, 反復性鼻出血, 及び反復性鼻出血の家族歴がみられたためと同疾患と診断した。同疾患では消化管の毛細血管拡張病変からの反復性出血が問題となるが, telangiectasiaは血管病変であるため生検や内視鏡的切除の適応となりにくく内視鏡所見と病理所見との比較は困難である。Narrow Band Imaging (NBI) 観察は, 血管病変がbrownish areaとして捉えられるため病変の認識能が上がり, またHigh Vision systemや拡大観察を併