

## 人工弁置換術後の抗凝固療法中に大量出血をきたした直腸腺管腺腫の1例

金沢大学第1外科

大村 健二 川浦 幸光 関戸 伸明  
山脇 優 佐々木正寿 岩 喬

### A CASE OF RECTAL TUBULAR ADENOMA WITH MASSIVE BLEEDING DURING ANTI-COAGULANT THERAPY FOR PROSTHETIC HEART VALVES

Kenji OMURA, Yukimitsu KAWAURA, Nobuaki SEKIDO,  
Masaru YAMAWAKI, Masatoshi SASAKI and Takashi IWA  
Department of Surgery (1), Kanazawa University, School of Medicine

索引用語：直腸絨毛腺腫，弁置換術後抗凝固療法，大量消化管出血

#### はじめに

直腸腺管腺腫は便潜血陽性，血便などを主訴として発見されることが多く，腫瘍からの出血はまれなものではない。しかし，その出血量はほとんどの場合微量である<sup>1)2)</sup>。今回，われわれは人工弁置換術後の抗凝固療法中に大量出血を来した直腸の腺管腺腫症例を経験したので報告する。

#### 症 例

症例：42歳，女性。

主訴：下血。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：昭和53年5月，僧帽弁閉鎖不全および三尖弁閉鎖不全に対し当科にて二弁置換術（僧帽弁， Hancock 弁；三尖弁， Carpentier-Edwards 弁）施行。昭和54年5月ペースメーカー移植術，昭和59年7月卵巣出血に対し卵巣摘出術施行。

現病歴：昭和54年5月から，当科外来にて心房細動を伴う人工弁置換術後の血栓形成予防を目的として，ワーファリンによる抗凝固療法を施行中であった。トロンボテスト（TT）はワーファリン1.5mg/day投与で20%前後にコントロールされていた。昭和63年7月11日朝より頻回かつ大量の下血を認め，翌12日当科を受診した。来院時には眩暈と悪心を訴え，消化管出血による shock 状態と診断され即日入院となった。入院

までの下血量は推計1,500mlであった。

入院時現症：血圧88/48，脈拍106/分。顔面蒼白，眼瞼結膜貧血(+)，眼球強膜黄疸なし。胸部理学的所見では人工弁の音を聴取する以外異常なし。腹部は平坦で圧痛(-)，筋性防御(-)，腫瘤触知せず。直腸診

図1 注腸造影所見。下部直腸に母指頭大の腫瘍を認めた(矢印)。

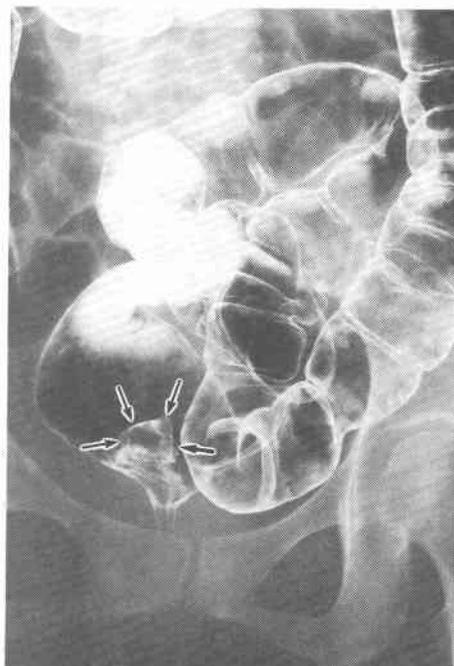
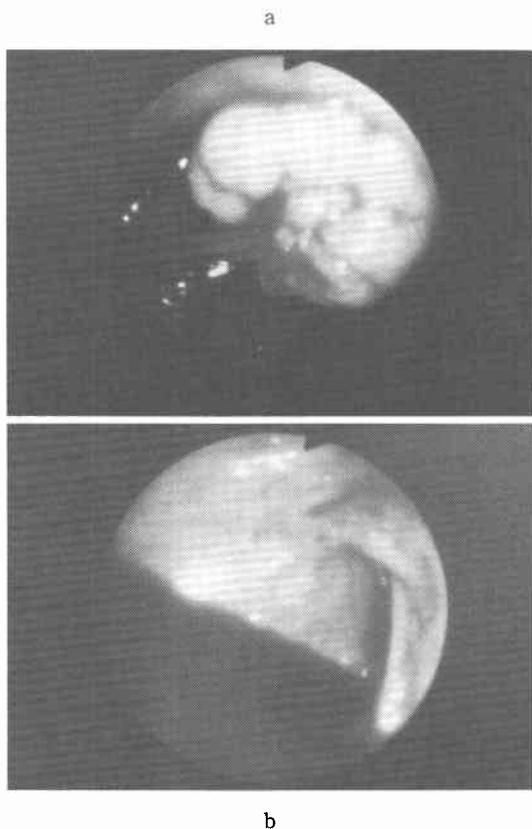


図2 直腸内視鏡所見. a; 歯状線の4cm 口側に山田 III型の隆起性病変を認め、表面からは出血がみられた. b; 直腸膨大部内は血性内容で満たされていた.



では歯状線より4cm 口側,  $6^{\circ}\sim 7^{\circ}$ の方向に母指頭大の柔らかい腫瘍を認め、直腸内は血性内容で満たされていた.

入院時検査所見: WBC  $6,400/\text{mm}^3$ , RBC  $277 \times 10^4/\text{mm}^3$ , Hb 8.0g/dl, Htc 23.8%, Plt  $15.6 \times 10^4/\text{mm}^3$ と中等度の貧血を認めた. TT 26%. 血液生化学検査値に異常はみられなかった. 入院後経過: 入院後直ちに Vit K 投与によりワーファリンの中和を試み、同時に輸血を行った. 翌13日には TT は41%となり、下血もみられなくなった.

注腸透視所見: バリウム注腸にて行った直腸透視では、下部直腸後壁に母指頭大の隆起性病変が描出された. 表面は微細顆粒状で、ビラン形成や不整像は認めず、良性の広基性ポリープと診断した (図1).

大腸内視鏡所見: 下部直腸後壁に山田III型隆起性病変が存在し、出血が認められた. 表面は微細顆粒状で赤色調を呈していたが、ビランを認めず平滑で悪性所

図3 肉眼病理所見(固定標本、剖面). 腫瘍の表面には潰瘍やビランを認めなかった.

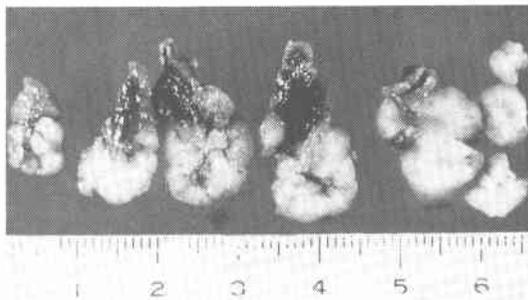
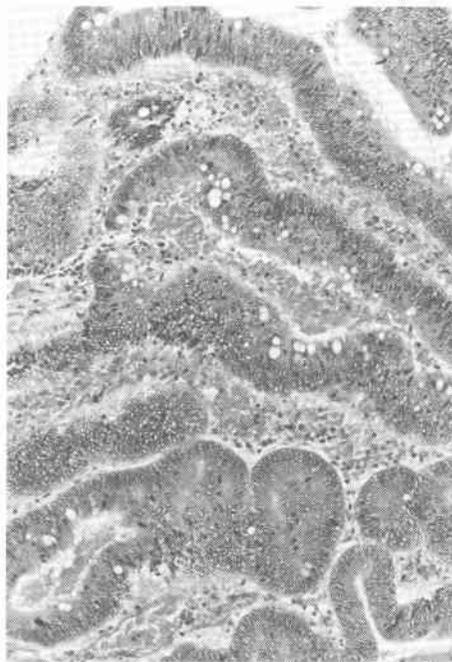


図4 病理組織学的所見. 細胞異型は中等度であるが、極性は保たれていた. また、間質には散在性に出血がみられた. (HE 染色,  $\times 300$ )



見はなく、生検にて直腸腺管腺腫との組織診断を得た (図2). 初回内視鏡施行時、直腸膨大部内は血性内容で満たされていたが、S 状結腸より口側には出血を認めず、盲腸に至るまで異常所見はなかった.

血管造影所見: 腹腔動脈造影、上腸間膜動脈造影および下腸間膜動脈造影では、腫瘍濃染像や異常血管像などを認めなかった.

以上より、抗凝固療法中に直腸の腺腫より大量出血を来したものと診断し、経肛門的に腫瘍切除術を行っ

た。腫瘍は歯状線から5cm 口側の直腸後壁に存在していた。

肉眼病理所見：切除標本は1.2×2.1×2.4cm, 山田III型のポリープで、表面には潰瘍やビランを認めなかった(図3)。

病理組織学的所見：腫瘍は腺窩上皮の腺管状増殖よりなり、腺管腺腫の所見であった。細胞異型は中等度であるが極性は保たれていた。腫瘍部の間質には散在性に出血がみられたが、虚血性壊死の像はなかった(図4)。また、腫瘍の表面に潰瘍形成はなく、血管の破綻もみられなかった。

術後は順調に経過し、4日目に退院した。外来にて抗凝固療法を再開したが、現在まで再出血を認めていない。

### 考 察

抗凝固療法施行中は、出血傾向に起因する合併症の発生が問題となり、その頻度は0.25～23%といわれている<sup>3)</sup>。Levineら<sup>4)</sup>は各種疾患に対する抗凝固療法施行中に認められた出血性合併症を対象疾患別に集計した。それによると、人工弁置換術後の出血性合併症は405例中23例(5.7%)にみられ、そのうち大量出血は10例(2.4%)、致死的な出血は7例(1.7%)であった。一方、他疾患すなわち脳梗塞、虚血性心疾患、心房細動、静脈血栓症に対する抗凝固療法施行例では、出血の頻度はいずれも人工弁置換術症例に比較して高く、特に脳梗塞症例や静脈血栓症症例で高率であった。合併症を生じる危険性は、個々の症例が持つ基礎疾患や血管の脆弱性に左右されるものと思われた。

出血性の合併症としては腸管壁内血腫、腸腰筋血腫、後腹膜血腫、副腎出血、血胸、黄体出血、消化管出血などがある<sup>5)6)7)</sup>。本例も昭和59年7月、黄体出血を来し当科にて卵巣摘出術を施行した<sup>8)</sup>。

Askeyら<sup>5)</sup>は長期抗凝固療法施行患者2,013人のうち77人(3.8%)に消化管出血を認めたと報告した。抗凝固療法中に消化管出血がみられる場合、なんらかの器質的病変が存在することが多く、Chaussadeら<sup>7)</sup>は抗凝固療法中にみられた消化管出血178例の142例(79.8%)に出血の原因となる病変が発見されたと報告している。病変としては消化性潰瘍、食道裂孔ヘルニア、大腸憩室、癌の報告が多く、大腸腺腫は比較的まれである<sup>5)7)9)</sup>。また、大腸腺腫から shock に陥るほどの大量出血を認めたと報告はわれわれの調べた範囲ではまだない。大腸のポリープ、腺腫は便潜血陽性を契機にして発見されることも多く、出血を来すことは

まれではない。しかし、出血は微量であることがほとんどである<sup>10)</sup>。本例のような直腸腺腫からの大量出血は極めてまれであり、抗凝固療法が出血を助長したのと思われた。

抗凝固療法の強度と出血との関係について Forfarら<sup>10)</sup>は、人工弁置換術後の致死性の出血例では凝固能検査値が至適範囲をこえている場合がほとんどであると報告した。当科ではTT 10～20%を至適値としてコントロールしているが、本例のように良好にコントロールされていても大量出血をくりかえす場合もあり、症例によって目標値を変更する必要性があると思われる。

抗凝固療法中の消化管出血は抗凝固剤の投与中止および拮抗剤投与により、速やかに止血するのが特徴である<sup>5)7)9)</sup>。貧血が著明な場合は輸血により改善を計り、出血部位の診断を確実にすることが肝要である。また、再び安全に抗凝固療法を開始できるように、出血源に対し適切な処置を行う必要があることはいうまでもない。

### 結 語

人工弁置換術後の抗凝固療法中に直腸の腺管腺腫より大量出血を来した1例を経験した。抗凝固療法中の消化管出血は消化管に器質的病変を有する 경우가多く、確実な診断と適切な治療が必要である。

### 文 献

- 1) Herzog P, Holtermuller K-H, Preiss J et al: Fecal blood loss in patients with colonic polyps: A comparison of measurements with <sup>51</sup>Chromium-labeled erythrocytes and with the haemoccult test. *Gastroenterology* 83: 957-962, 1982
- 2) Macrae FA, St John DJB: Relationship between patterns of bleeding and hemoccult sensitivity in patients with colorectal cancers or adenomas. *Gastroenterology* 82: 891-898, 1982
- 3) Macon ML, Morton JH, Adams JT: Significant complications of anticoagulant therapy. *Surgery* 68: 571-582, 1970
- 4) Levine MN, Rascob G, Hirsh J: Hemorrhagic complications of Long-term anticoagulant therapy. *Chest* 89(Suppl): 16S-25S, 1986
- 5) Askey JM: Hemorrhage during long-term anticoagulant drug therapy. II. Gastrointestinal hemorrhage. *Calif Med* 104: 88-91, 1965
- 6) 佐藤博文, 小島路久, 龍村俊樹ほか: 抗凝固剤による小腸壁内血腫の1例. *日消病会誌* 80: 1336

—1339, 1983

- 7) Chaussade S, Desechalliers J-P, Lerebours E et al: Les hémorragies digestives sous traitement anticoagulant. Analyse rétrospective d'une série de 178 cas consécutifs. *Gastroenterol Clin Biol* 8: 152—156, 1984
  - 8) 橋爪泰夫, 大村健二, 遠藤将光ほか: 人工弁置換後の抗凝固療法中卵巣より腹腔内大量出血をきたした1例. *外科* 47: 764—766, 1985
  - 9) Michaels MM: Bleeding from occult tumors during anticoagulant therapy. *Circulation* 25: 804—806, 1962
  - 10) Forfar JC: A 7-year analysis of hemorrhage in patients on long-term anticoagulant treatment. *Br Heart J* 42: 128—132, 1979
-