

大腸憩室出血について



消化器内科医長 田村 忠正

当院は抗血小板剤や抗凝固剤を服用している方が多いため、消化管出血患者が多いようです。上部消化管出血はPPI (proton-pump inhibitor) や

P-CAB (potassium competitive acid blocker) が併用投与されることで以前より減少しているようですが、相対的に排便時出血などの血便で紹介、来院される方が増えている印象です。4月に赴任したばかりで当院のデータをまとめ切れていないため、日本消化管学会から刊行されました「大腸憩室症(憩室出血・憩室炎)ガイドライン」から内容を抜粋して、**個人的な考え**を加えて説明したいと思います。

疫学的には、大腸憩室保有者は増加傾向にあります。欧米より少ないとされています(欧米 50%以上、本邦 30%以下)。50歳未満は75.5%、70歳以上で60%が右側結腸ですが加齢とともに左側結腸の割合が増加しています。尚、憩室保有者の25.5%が左側結腸単独です。

憩室出血は近年増加傾向にあるようで、有憩室者の出血率は2000年代の8年間の比較で1.0%が1.7%に増加、他の検討でも下部消化管出血に占める大腸憩室出血の割合は5.9%から23.0%と優位に増加している報告があります。出血のリスクとしては肥満、NSAIDs及び低用量アスピリン投与の関与があげられています(アスピリン以外の抗血小板剤及び抗凝固薬は一定の見解が得られていない)。特に後者の薬剤の関与は近年の憩室出血の増加との関連が示唆されています(性別、飲酒、喫煙の関連は否定的なようです)。憩室出血は自然止血することが多く、憩室出血で入院後保存的加療にて自然止血した割合は本邦で73~88%、アメリカで66%、フランスで92.5%の報告があり、概ね70~90%の自然止血率とされています。ただし、止血後の再出血率は1年後で20~35%、2年後で33~42%とされています。

診断及び治療に関しては、まず血行動態を評価して安定させることが第一で、同時に病歴、血液検査など行います。一般に憩室出血は無痛性の血便を呈することが多いので腹痛や下痢など伴う場合は虚血性や感染性の腸炎、炎症性腸疾患などを鑑別する必要があります。ただし、多量の暗赤色便などでは上部消化管出血で生じる可能性もあり経鼻胃管挿入や上部消化管内視鏡検査を用いて鑑別が必要です。

その他、BUN/Cre 比30以上も上部からの出血を疑うものになります。

服薬していた抗血小板及び抗凝固薬に関しては、患者個人でリスクが異なるため一律に中止基準は設けないとしていますが、一次予防目的の低用量アスピリンに関しては中止が提案されています。

大腸憩室出血を疑った場合の初回診断法としては大腸内視鏡検査が推奨されています(できれば受診24時間以内、禁忌例でなければ経口洗浄剤使用した前処置後)。造影CT検査は全例には推奨されませんが、大腸内視鏡検査が困難、前処置や検査そのものに不耐の下部消化管出血(**具体的にはプレショックの状態や、認知症がひどく検査の協力が得られない場合などと思えます**)は初回診断法の選択になるとされています(前向き横断研究で造影CTでの血管外漏出像陽性率 15.4%)。大腸内視鏡検査による憩室出血部位の同定率は10~40%程度とされており必ずしも高いものではありません。

大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術の適応となる内視鏡所見としては、

- ①活動性出血
- ②非出血性露出血管
- ③除去によって①または②を示す付着凝血塊

これらは(SRH: stigmata of recent hemorrhage)と定義され内視鏡的止血が推奨されています。

止血術としてはクリップ法による治療（憩室縫縮や血管の直接把持）、結紮法;バンド結紮術（EBL：endoscopic band-ligation）、留置スネア法が推奨されています。特に結紮法は動脈塞栓術や手術への移行率が低いです。偶発症として敗血症や穿孔が報告されています。また現時点においてEBLで使用するデバイスは保険診療適応外になるため使用に関しては各施設で倫理委員会承認得ることや十分なインフォームドコンセントが必要とされています（**食道静脈瘤や痔核結紮術で使用されるデバイスが用いられていますが、保険診療可能なデバイスが開発されているようです**）。

内視鏡検査・治療が不応な持続性の憩室出血の場合、代替治療として動脈塞栓術と大腸切除術がありますが憩室出血などの下血で緊急大腸全摘術の死亡率が27%と高率な報告などもあり、侵襲性の少ない動脈塞栓術が推奨されています。動脈塞栓でも0-10%程度で腸管虚血による穿孔や狭窄も報告されています。その他古典的な治療でバリウム充填法も挙げられていますが、エビデンスが乏しく、治療後の内視鏡治療、動脈塞栓術、大腸切除術いずれかの治療に移行する場合に、難渋するため実施しないことが提案されています。止血処置後の再出血予防効果を示すエビデンスは存在しています。

止血治療後ですが、NSAIDs使用例は中止することによって大腸憩室出血が抑制できる可能性があり、可能な場合は服用中止が提案されています。抗凝固剤や抗血小板剤を中止した症例では、止血が確認できた段階で再開が推奨されています。

最後にガイドラインで提唱されている憩室出血時のフローチャートを提示します。（Fig.1）

まとめ

日本人では約3割で大腸憩室を有し、その中で1~2%で憩室出血を発症します。憩室出血が疑われれば、**早め（できれば24時間以内に経口洗浄剤で前処置後）に大腸内視鏡検査を行うことが勧められますが、出血部が特定できるのは半数以下（10~40%程度）で引き続き内視鏡的止血術（クリップ法や結紮法）を行います。出血源が特定できなくても、保存的治療で自然止血が半数以上（70~90%）で得られます。造影CT検査は可能であれば内視鏡検査前に行うことも提案されています。内視鏡的止血が困難な場合は動脈塞栓術による止血が推奨され、大腸切除術は次点となっています。**

ガイドラインはあくまでも指針であって診断及び治療の参考にするもので必ずしもすべてこれに従う必要はありません。

幸い当院は内視鏡検査、血管造影検査、外科的手術それぞれ対応可能な体制となっておりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

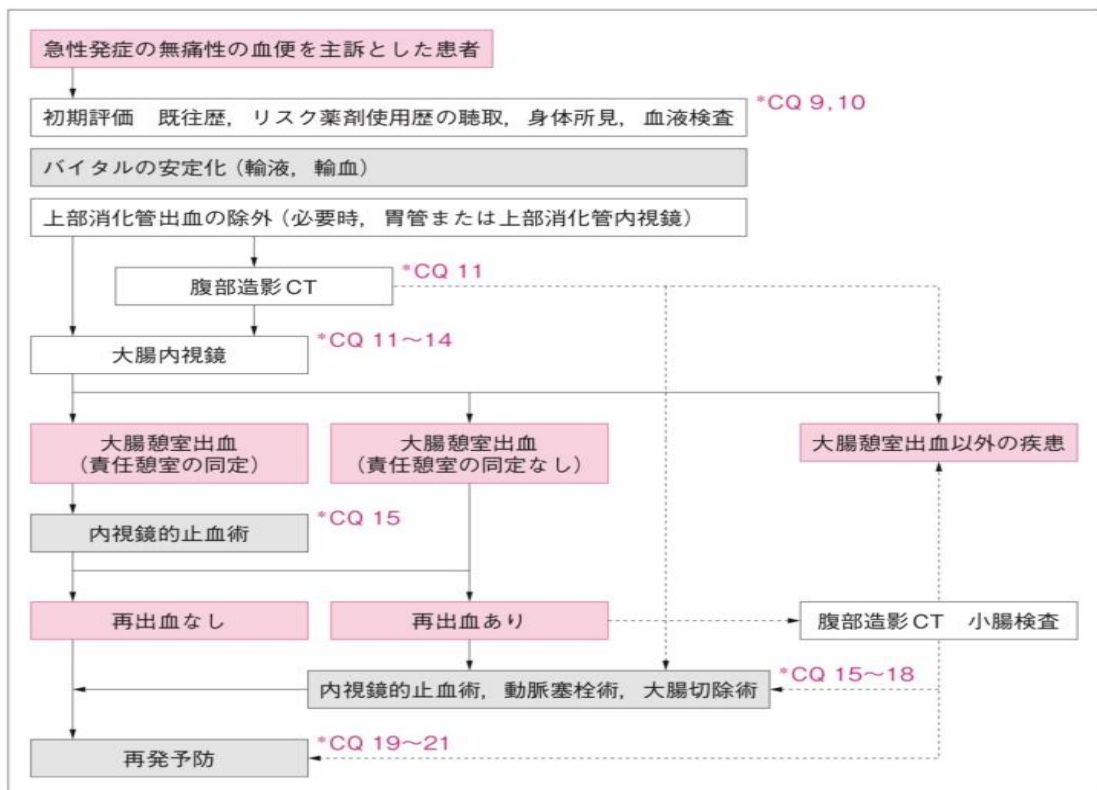


Fig.1 大腸憩室出血診断・治療フローチャート

※「大腸憩室症（憩室出血・憩室炎）ガイドライン」から