消化管疾患診療の最新情報（Ⅱ）

消化管憩室の診療

東京大学病院消化器内科助教
山　田　篤　生
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　消化管憩室ということで、山田先生におうかがいいたします。

憩室の定義は、どういうものなのでしょうか。

山田　消化管の憩室というのは、消化管壁の一部が嚢状に拡張し、管腔の外側へ突出したものです。食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、いずれにも発生し、大腸が最も多く、十二指腸、食道、胃、小腸の順に頻度が高くなっています。

齊藤　いろいろなところにできるわけですけれども、頻度はどのぐらいになりますか。

山田　食道憩室は消化管造影で約１％に認められると報告されています。本邦でも中部食道憩室が最も多く、横隔膜直上憩室、下咽頭憩室と続きます。

胃憩室は比較的まれな疾患であり、約0.1％に認められると報告されています。胃憩室は単発のことが多く、約７～８割は噴門部の小弯後壁に多く、幽門前庭部や胃体部にもできることがあります。

十二指腸憩室は、消化管造影や内視鏡検査により発見されるのですけれども、その発見頻度は６～28％と報告されています。単発のことが多く、約７～８割は下行脚内側で、乳頭近傍に認められます。

小腸憩室はメッケル憩室が最も多く、剖検例で１～２％に認めるといわれています。男性に多く、回盲弁から１ｍ以内の回腸の腸間膜付着側対側に発生するといわれています。メッケル憩室の25％に異所性組織の迷入が見られまして、そのうち７割は胃の組織といわれています。メッケル憩室以外の小腸憩室の出現頻度は極めて少ないのですが、上部空腸および回腸末端に認められることがあります。

最も多い大腸憩室の有病率は、年齢、地域、人種によって差があります。欧米においては、その有病率は40歳以下の若年者では10％未満ですが、80歳以上の高齢者では50～60％に存在し、年齢とともに増加するといわれています。

また、大腸憩室の成因として食物繊

維の摂取量減少との関連も報告されていまして、近年、本邦においても食生活の欧米化に伴い増加してきているといわれています。

大腸憩室を局在別に見てみると、欧米では90％以上がS状結腸に見られるのに対し、本邦では約70％が右側結腸、つまり盲腸、上行結腸、横行結腸に見られるといわれています。

齊藤　憩室がある人は一般的には無症状なのですか。

山田　消化管憩室はほとんどが無症状で、消化管の造影検査や内視鏡検査の各種検査で偶然発見されることが多いです。

齊藤　時々問題を起こすということですが、どんな問題があるのでしょうか。

山田　憩室の問題としましては、大腸で多く、憩室炎や憩室出血という合併症を生じることがあります。症状は、憩室炎では悪心、嘔吐、発熱、下痢、腹痛、腹部腫瘤を触知することがあります。憩室出血の場合は、通常、腹痛を伴わない鮮血便で発症します。

小腸にできるメッケル憩室もほとんどは無症状ですが、臨床症状は年齢によって異なり、乳児期の場合にはメッケル憩室を先進部とした腸重積が最も多く、腹痛や嘔吐、粘血便などで発症します。成人期ではメッケル憩室の憩室炎や憩室出血を合併することがあります。

齊藤　鮮血便で腹痛を伴わないとなると、がんかもしれないと患者さんは思われますか。

山田　はい。がんと思われる患者さんもいます。ですから、診断には内視鏡検査が必要になります。

齊藤　まず憩室炎からまいりますと、これは痛みがあるということですね。どんな検査をするのでしょうか。

山田　憩室炎は、通常、血液検査で白血球数やCRPなどの炎症反応が上昇します。また、CTや超音波検査で憩室が描出され、大腸壁の肥厚や憩室周囲の脂肪織混濁、膿瘍が形成されている場合に憩室炎と診断します。

齊藤　血液検査と画像検査を組み合わせていくということですね。出血は、どんなふうになるのでしょうか。

山田　出血の場合には、基本的に血液検査でヘモグロビン値の低下を認めます。内視鏡検査をすぐに行い、出血部位である責任憩室を同定します。ただ、緊急内視鏡検査を行っても、責任憩室を同定するのが難しく、当院ですと緊急内視鏡検査で責任憩室の同定率は約20％と報告しています。診断までに複数回、内視鏡検査を要する場合があります。

齊藤　ある程度出血すると、血圧が下がったりして、出血が止まるということでしょうか。

山田　おそらく血圧が下がると出血が止まってしまって、責任憩室の同定

が難しくなってしまうのではないかと思います。

齊藤　そうしますと、次の出血を待ってということになるのですか。

山田　保存的に経過を見まして、再出血があれば、再度内視鏡検査を行い、出血の責任憩室を同定するために、繰り返し検査を行います。

齊藤　メッケル憩室は有名ですけれども、これはどういう。

山田　メッケル憩室においては、通常、開腹手術のときに偶然発見されることが多いようです。臨床症状を伴う場合には、小腸造影で憩室内を造影したり、またシンチグラフィによって異所性胃粘膜を検出して診断することが多いです。最近では、ダブルバルーン内視鏡という小腸内視鏡検査ができるようになり、メッケル憩室を内視鏡的に診断することもあります。

齊藤　治療ですが、無症状の場合には特に何もしないということですね。

山田　はい。無症状の消化管憩室は治療の必要はありません。

齊藤　憩室炎の場合にはどういう治療を。

山田　憩室炎を起こしますと、基本的には保存的治療になりますので、絶食、点滴、抗生剤の投与で改善することが多いです。ただ、重症化してしまいますと、穿孔による腹膜炎、膿瘍が治療に反応しない場合、瘻孔形成や、強度の狭窄、反復する憩室炎の場合には外科的治療の適応になり、穿孔部の閉鎖手術や腸管切除、ドレナージを行います。

齊藤　憩室炎は１回限りの人が多いですか。

山田　憩室炎は１回限りの人が多く、あまり反復することはありません。

齊藤　出血の場合はどうでしょうか。先ほど少し繰り返すということが出ましたけれども。

山田　憩室出血の治療は、これも基本的には保存的治療になりまして、絶食、点滴による腸管安静でほとんどの方は自然止血します。必要があれば輸血なども行っていきます。内視鏡検査で責任憩室を同定できた場合には、クリップによる憩室の縫縮、出血部位への高張ナトリウム、エピネフリンの局注、高周波で凝固止血などを行います。内視鏡治療を行ったほうが入院日数が短くなるという報告もあります。

齊藤　責任の動脈、直動脈をつぶしてしまうということでしょうか。

山田　責任憩室が同定できて、血管が見えれば、そこに直接クリップをかけることができますが、通常、小さい憩室の場合には直動脈の破綻した血管を直接見ることができませんので、憩室開上部全体をクリップで閉鎖します。

齊藤　内視鏡による治療が困難な場合にはどうするのでしょうか。

山田　大量に出血して、止血困難な場合には、血管造影検査で出血部位の

診断と、血管塞栓術による止血治療を行います。それでも止血しない場合、もしくは何回も繰り返す場合には、外科的切除を行うことになります。

齊藤　どのぐらいの頻度で繰り返すのですか。

山田　当院ですと、年率15％ぐらいで繰り返します。

齊藤　大腸以外の憩室ではどういうことがありますか。

山田　食道憩室はほとんど臨床症状は問題にはならないのですけれども、食道憩室が大きくなって、愁訴が出たり、合併症を生じた場合には外科的な切除を行うことがあります。また、メッケル憩室も憩室炎や憩室出血、乳児期で腸閉塞などの合併症を伴う場合には外科的切除が治療の中心になります。

齊藤　憩室を持っている人の頻度はかなり多いというお話がありましたけれども、その中の一部の方がこういったことで困ることになるということですね。基本は保存的治療ということでしょうか。

山田　基本的には保存的治療が第一の治療法であり、難渋する場合には手術を検討することになります。

齊藤　ありがとうございました。