

若年性大腸ポリープの1例

渋谷 秀 則, 小 澤 晃, 福 井 晃 矢
高 橋 和 俊, 井 上 重 夫, 山 本 克 哉
阿 部 淳一郎, 加 藤 晴 一, 中 川 洋

はじめに

血便を主訴として小児科外来を受診する患者は少なくないが、その多くは感染性腸炎であり保存的治療にて改善する。しかし、腸重積症のように緊急の処置を必要とする疾患のほか、メッケル憩室や潰瘍性大腸炎などの可能性もあり、的確な診断が望まれる。幸いにして多くの症例では血便のほかに発熱、下痢、腹痛及び嘔吐などの症状を伴うのでそれらが診断の手掛かりになるが、血便以外に症状がみられない疾患群があり、若年性ポ

リープはその中のひとつである。今回、典型的な経過を呈した小児例を経験したので報告する。

症 例

症例: 5歳女児。

主訴: 下血。

既往歴: 特記すべきものなし。

現病歴: 1989年5月頃より週に1度くらい便に新鮮血が付着するようになり、近医にて痔核として加療された。一時血便はみられなくなったが、12月に再び血便が出現した。12月下旬よりは毎日

表1 入院時検査所見

WBC	9600/mm ³	Na	139 mEq/L
RBC	496×10 ⁴ /mm ³	K	4.1 mEq/L
HB	13.7 g/dl	Cl	108 mEq/L
Ht	40.3%		
PLT	30.6×10 ⁴ /mm ³	CRP	<0.25 mg/dl
		ESR	10 mm/1 h
GOT	37 IU		
GPT	12 IU	凝固機能	
ALP	457 IU	PT	90%
LDH	735 IU	APTT	36.5 sec
s-Amylase	76 U	Fibrinogen	235 mg/dl
		腫瘍マーカー	
TP	7.5 g/dl	AFP	<2 ng/ml
Alb	4.6 g/dl	CA19-9	19 u/ml
BUN	11 mg/dl	NSE	10.8 ng/ml
Cre	0.3 mg/dl	CEA	3.9 ng/ml
		便培養: 正常細菌のみ	
IgG	1220 mg/dl		
IgA	145 mg/dl		
IgM	201 mg/dl	便潜血反応: (+)	



図1. 大腸造影（充盈像）



図2. 大腸造影（二重造影）

のように血便がみられるようになったため当科紹介となった。直腸鏡で肛門より5 cm までに病変はなかったが、それより口側からの血液の流入が認められ、より口側に病変の存在が疑われたため精査目的にて1990年1月10日当科に入院した。

入院時現症：腹部は柔らかく平坦で、肝を1.5横指触知した。腹部には圧痛を認めなかった。

入院時検査成績（表1）：肉眼的血便はなかったが、便潜血反応は陽性だった。末梢血液像は正常であり、貧血は認められなかった。CRPは陰性であり、血沈も正常であった。血液凝固能は正常だった。検索した腫瘍マーカーはすべて正常範囲内だった。

大腸造影検査：大腸造影検査では、充盈像にてS状結腸移行部に近い下行結腸に垂鈴状の陰影欠損を認めた（図1）。この陰影欠損部は二重造影では頭部が2×2.5 cmの有茎性ポリープとして描出された（図2）。大腸の他の部分には隆起性病変を認めなかった。上部消化管造影検査でも食道、胃及び十二指腸には隆起性病変は認められなかった。以上より本症は孤発性大腸ポリープと考えられた。

下部消化管内視鏡検査及び内視鏡的大腸ポリープ切除術：内視鏡はオリンパス製PCF-20を使用し、ペンタゾシン15 mg、ジアゼパム0.3 mg/kg

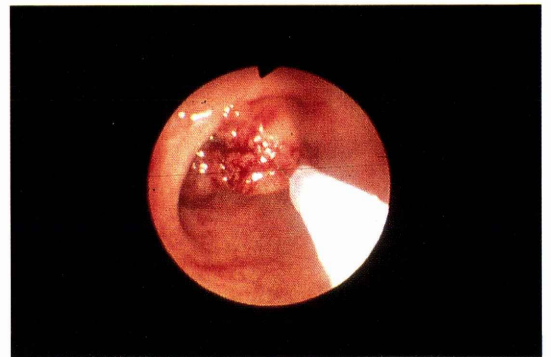


図3. ポリープの内視鏡像

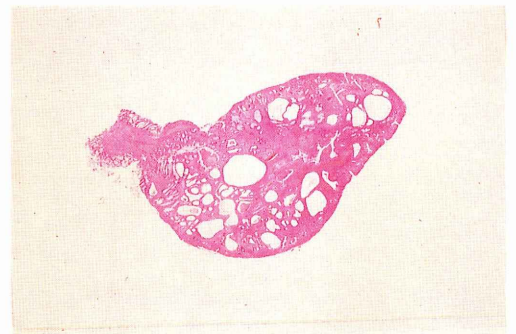


図4. ポリープの組織像（全体像）

及び塩酸ケタミン0.9 mg/kgによる静脈麻酔下に施行した。肛門より30 cm口側に白苔を伴う充血性の大きなポリープを認めた（図3）。オリンパ

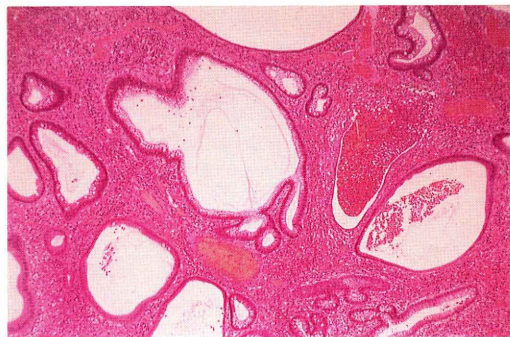


図5. ポリープの組織像(拡大像)

ス製高周波スネア SD-9L を用いて内視鏡的に切除されたポリープは表面平滑で、頭部/茎部=14×17×19/9×8 mm であった(図4)。病理組織検査ではポリープの表面はほとんどびらんとなっており、粘液産生性細胞からなる腺管の増生とその嚢胞状拡張が著明にみられ、間質には炎症性細胞浸潤が強く認められた(図5)。粘膜筋板のポリープ内への分岐はみられず、若年性ポリープとしての組織所見を示した。

以上の検査所見より本症例を若年性ポリープによる消化管出血と診断した。切除創からの出血はなく、便潜血反応も陰性化したので1月26日退院した。退院後は血便はみられていない。

考 察

血便の原因を考えるうえでは他の消化器症状の有無や、タール便あるいは鮮血便といった血便の性状のほか、小児においては年齢の要因が重要である。新生児期には新生児メレナ、肛門裂傷、壊死性腸炎、腸軸捻転及び重複腸管、乳児期には肛門裂傷、腸重積症、メッケル憩室炎及びアレルギー性腸炎、幼児期以降はメッケル憩室炎、大腸ポリープ、アレルギー性紫斑病、食道静脈瘤及び消化性潰瘍などを鑑別する必要がある^{1,2)}。

小児における腸管ポリープの代表的なものが若年性大腸ポリープである。本症は過誤腫または炎症性ポリープと考えられており、小児腸管ポリープの90%以上を占め、2~5歳にピークを有する年齢分布を示す^{3,4)}。発生頻度は剖検例では小児の0.5~1%とされるが、日本では小児入院例の0.2

~0.4%と報告されている⁵⁾。臨床症状としては間欠的な無痛性の鮮血便が特徴であり、ときに貧血やポリープの肛門外脱出がみられ、稀に腸重積症の原因になることがあるとされている。

若年性ポリープはこれまで孤発性に直腸・S状結腸に発生することが多いのが特徴とされてきた。屋代らは成人を含めた43例についての検討で直腸(39%)、S状結腸(30%)、下行結腸(19%)の順であり、多発例は1例だけであったと報告している⁶⁾。また、若年性ポリープの60%は肛門輪より10 cm以内にみられたとの報告もある⁷⁾。したがって、本症を疑った場合には直腸指診のほか浸襲の少ない直腸鏡の意義は大きい。若年性ポリープはほとんどが有茎性ないしは無有茎性で、腺腫に比べて表面は比較的平滑でより強い赤色調を示すことが多い。表面にびらんを認めることが多いことも特徴的で、肉眼的にもある程度腺腫との区別が可能とされている⁸⁾。しかしながら、最近になって Mestre は大腸内視鏡による検索を行った場合には53%が多発例であり、発生部位についても60%はS状結腸よりも口側だったと従来とは異なる結果を報告している⁹⁾。したがって、これからは全結腸についての検索が要求されるようになるかもしれないが、小児における大腸内視鏡の盲腸到達については技術的にも安全性の面でもまだ問題が残されている。本症例において示されているように、年長児においても大腸二重造影検査による大腸ポリープの存在診断は十分可能であり、浸襲の大きさや確実性を考えた場合には造影検査のほうがスクリーニングに適するものと思われる¹⁰⁾。Mestre は若年性ポリープが疑われる場合には直腸S状結腸鏡または大腸二重造影法を優先すべきで、これらの検査でポリープがみつからない場合や血便が持続する場合に大腸内視鏡検査を行うという検査方針を示している⁹⁾。

若年性ポリープは良性腫瘍と考えられており、自然脱落も稀でないため、内視鏡的ポリペクトミーが一般化する以前には放置されることも少なくなかった。しかし、最近では若年性ポリープと腺腫との混在、あるいは若年性ポリープの一部に腺腫様の組織が認められた症例などが報告されて

おり、診断と治療をかねてポリペクトミーを行うのが一般的である。ただし、腺腫からの悪性化はすぐには起こらないので、8歳以下の場合には無症状に経過するかぎり自然脱落を期待して1年間経過観察するという考えもある¹⁰⁾。

結 語

若年性ポリープの女兒例を報告した。鮮血便、特にそれを繰り返す場合には、小児においても器質的疾患の存在を考慮して積極的に検索を進めることが大切である。その際のスクリーニングには、直腸鏡検査、大腸造影検査が有用である。

文 献

- 1) Schreiber R.A.: Common Problems in Pediatric Gastroenterology and Nutrition, P. 132, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1989.
- 2) 山城雄一郎: 新小児医学大系 5, p. 244-252, 中山書店, 東京, 1985.
- 3) El-Youssef M., Snyder J.D.: Common Problems in Pediatric Gastroenterology and Nutrition, p. 137, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1989.
- 4) Winter H.S.: Pediatric Gastrointestinal Disease, p. 743, B.C. Decker Inc, Philadelphia, 1991.
- 5) 山際裕史, 吉村 平, 富山浩基他: 大腸若年性ポリープの臨床病理—とくに若年例と成人例の比較, 臨床病理; **29**, 400-404, 1983.
- 6) 屋代庫人, 飯塚文英, 長谷川かをり他: 大腸若年性ポリープの発生要因に関する臨床病理学的検討—小児型, 非小児型における発生要因のちがひ, Gastroenterol Endosc; **28**, 2541-2550, 1986.
- 7) Mazier W.P., MacKeigan J.M., Billingham R. P.: Juvenile polyps of the colon and rectum, Surg. Gynecol. Obstet.; **154**, 829-832, 1982.
- 8) 山田直行, 早川和雄, 福地創太郎他: 大腸若年性ポリープ—内視鏡的ポリペクトミー15例における検討, Gastroenterol. Endosc.; **24**, 773-781, 1982.
- 9) Mester J.R.: The Changing Pattern of Juvenile Polyps, Am. J. Gastroenterol.; **81**, 312-314, 1986.
- 10) 加藤晴一, 今野多助: 腹痛—診断のすすめ方, 小児科臨床, **44**, 785-791, 1991.
- 11) Gryboski J.D.: All Juvenile Polyps Are Not Benign, Am. J. Gastroenterol.; **81**, 397, 1986.