

## 口底癌術後に発症した 出血性消化性潰瘍の1例

川原 一郎<sup>1</sup> 浜田 智弘<sup>1</sup> 金 秀樹<sup>1</sup>  
高橋 進也<sup>1</sup> 高田 訓<sup>1</sup> 大野 敬<sup>1</sup>  
小板橋 勉<sup>2</sup> 三科 正見<sup>2</sup>

### A Case of Bleeding Peptic Ulcer after Surgery for Squamous Cell Carcinoma of the Mouth Floor

Ichiro KAWAHARA<sup>1</sup>, Tomohiro HAMADA<sup>1</sup>, Hideki KON<sup>1</sup>  
Shinya TAKAHASHI<sup>1</sup>, Satoshi TAKADA<sup>1</sup>, Takashi OHNO<sup>1</sup>  
Tsutomu KOITABASHI<sup>2</sup> and Masami MISHINA<sup>2</sup>

We report a case of bleeding peptic ulcer with hypovolemic shock after surgery for squamous cell carcinoma of the mouth floor.

A 68-year-old man was referred to our hospital because of a mass on the mouth floor. The diagnostic biopsy confirmed squamous cell carcinoma. We performed bilateral neck dissection, marginal mandibular resection, and tumor excision under general anesthesia. After operation, the patient was in good general condition and the surgical wound was healing. On the 12th postoperative day, he lost consciousness with sudden massive melena. We suspected hypovolemic shock due to upper gastrointestinal bleeding. He recovered consciousness by rapid transfusion. We referred him to the department of digestive organs, and he was hospitalized immediately. As GIF (gastrointestinal fibroscope) endoscopy showed an ulcer associated with exposed blood vessel in gastric body, he was diagnosed with bleeding peptic ulcer. He received endoscopic hemostatic therapy with local injection of ethanol. After hemostasis, he underwent pharmacotherapy. The patient's postoperative course has been good with no evidence of recurrence of tumor or bleeding peptic ulcer.

The bleeding peptic ulcer in this patient might have been caused by various factors such as postoperative stress, administration of NSAIDs, heavy smoking and drinking and underlying disease (diabetes mellitus).

Key words : bleeding peptic ulcer, hypovolemic shock, massive melena, squamous cell carcinoma of the mouth floor

## 緒言

出血性消化性潰瘍は、消化性潰瘍の重篤な合併症の1つである。大量出血の場合はショック状態を呈することもあり、至急循環動態の改善と内視鏡的止血治療が必要となる。

今回われわれは、口底癌術後に発症した循環血液量減少性ショックを伴う出血性消化性潰瘍の1例を経験したので報告する。

## 症例

患者：68歳、男性。

初診：2010年2月中旬。

主訴：口底部の腫瘍。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：高血圧症、高脂血症、糖尿病。

現病歴：2010年2月上旬に某歯科医院にて口底部の腫瘍を指摘され、精査・加療目的に当科受診した。

現症：

全身所見；体格は中程度、栄養状態は良好。

口腔外所見；顔面は左右対称であった。両側顎下部に弾性軟で可動性のあるリンパ節を触知した。

口腔内所見；口底部に23×13mmの境界不明瞭な腫瘍を認めた。表面は一部で潰瘍を伴い、周囲には硬結を認めた(写真1)。

画像所見；パノラマX線写真では、下顎前歯部に骨吸収を認めた(写真2)。CT, MRI では、口底部に境界不明瞭な病変を認めた。PET-CTでは、口底部にSUVmax9.6の集積を認め、頸部は明らかなリンパ節転移を示唆する異常集積を認めなかった。また消化器系についても異常集積は認めなかった(写真3A, B)。

臨床検査所見；赤血球数(RBC)531×10<sup>4</sup>/μl, 白血球数(WBC)6890/μl, ヘモグロビン量(Hb)17.5g/dl, ヘマトクリット(Ht)49.7%, Fe48μg/dl, HbA1c6.4%。

臨床診断：口底部悪性腫瘍(T2N0M0)。

処置および経過；3月上旬、腫瘍部より生検を施行し、扁平上皮癌の病理組織学的診断を得て、3月下旬、全身麻酔下に両側上顎部郭清術、下顎骨辺縁切除術、腫瘍切除術、植皮術を施行した。



写真1 初診時口腔内写真

口底部に境界不明瞭な腫瘍を認める。



写真2 初診時パノラマX線写真

下顎前歯部に骨吸収を認める。

術中迅速病理検査で辺縁はすべてnegativeであった。手術時間6時間、麻酔時間7時間45分、出血量590mlで、輸血は行わなかった。頸部郭清は両側顎下部郭清を行い、総頸動脈、迷走神経、横隔神経、内頸動脈、内頸静脈、副神経、胸鎖乳突筋、舌下神経、顎二腹筋後腹は保存した。口底部は腫瘍より1cmの安全域を設定して切除し、下顎骨は両側第2小臼歯間で辺縁切除を行った。なお、原発巣と頸部郭清組織は一塊として切除するPull through operationを適応した。切除後は下腹部より採取した皮膚を口底部に植皮し、両側顎下部に持続吸引管を留置した。

術後は、疼痛管理目的にNSAIDsの錠剤を粉砕して胃管より投与した。NSAIDsの総投与量3600mgであった。食事は経管流動食にて対応した。術後経過は創部感染もなく良好であったが、術後12日目朝、約1500mlの突然の大量下血とともに意識消失した。意識レベルはJapan Coma Scale(JCS)の判断基準で10、血圧73/36mmHg、

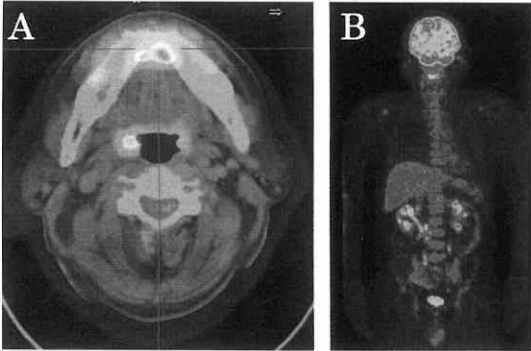


写真3 PET-CT像

口底部にSUVmax9.6の集積を認める。頸部リンパ節転移や遠隔転移を示唆する異常集積は認めない。また消化器系にも異常集積は認めない。

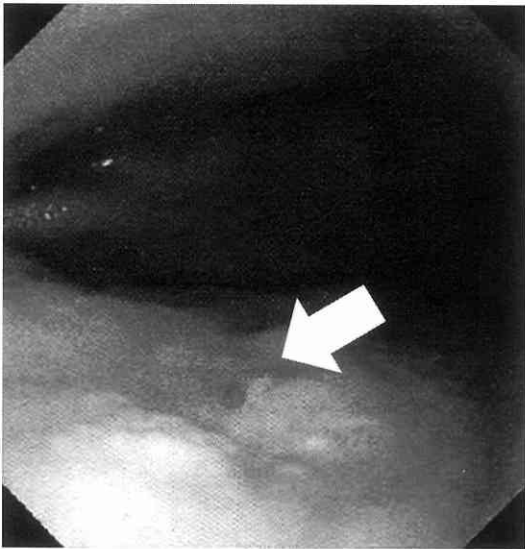


写真4 上部消化管内視鏡写真

胃体上部後壁に血管露出を伴う潰瘍を認める。

脈拍93回/min、血糖値201mg/dl、顔面蒼白、全身四肢冷汗、虚脱を認めた。また周囲は大量のタール便で汚染されていた。上部消化管出血による循環血液量減少性ショックを疑い、急速輸液と酸素投与を開始した。乳酸リンゲル液（細胞外液補給液）500mlを輸液後（1000ml/h）より、徐々に血圧の上昇を認め、血圧120/63mmHg、脈拍62回とバイタルサインは改善した。心窩部痛、腹部膨満感、嘔吐、吐血などは認めなかったが、血液検査では、RBC215×10<sup>4</sup>/μl、Hb7.2g/dl、Ht21.3%と急激な低下を認めた。至急他院消化器科へ紹介

表1 Forrest分類

I	活動性出血
I a	噴出性出血
I b	湧水性出血
II	出血の痕跡を認める潰瘍
II a	露出血管
II b	血餅付着
II c	黒色潰瘍底
III	きれいな潰瘍底

し、同日転院・入院した。上部消化管内視鏡検査にて胃体上部後壁に血管露出を伴う潰瘍を認めた（写真4）。潰瘍の出血状態を表すForrest分類<sup>1)</sup>ではII a（表1）、消化性潰瘍の病期分類ではA2 Stageであった。出血性消化性潰瘍の診断のもと、エタノール局注による内視鏡的止血治療が施行された。止血後はランソプラゾール（PPI）およびクエン酸第一鉄ナトリウム（鉄剤）の投与が開始された（図1）。また、血液検査ではRBC203×10<sup>4</sup>/μl、Hb6.6g/dl、Ht20.4%とさらなる低下を認めたため、輸血が考慮されたが、患者の拒否により施行されなかった。また、患者より当科への早期転院を希望され、再出血もなく全身状態も安定していたことより、術後16日目に当科へ再入院した。その後再出血することなく、術後35日目、経過良好につき当科退院した。退院時の血液検査では、RBC339×10<sup>4</sup>/μl、Hb10.2g/dl、Ht30.1%まで改善した。退院後は、引き続き消化器科にて薬物療法が行われた。現在術後1年経過するが、腫瘍および出血性消化性潰瘍の再発はなく経過良好である（図2）。

## 考 察

出血性消化性潰瘍は、消化性潰瘍の重篤な合併症であり、上部消化管出血の原因として最も多い。大量出血の場合はショック状態を呈し、死亡することもある。病因としては、H. pyloriの感染やNSAIDsの使用が消化性潰瘍や上部消化管出血のリスクを高めると報告されている<sup>2-4)</sup>。また、NSAIDs以外の消化性潰瘍発症のリスクを高める薬剤として、①アスピリン<sup>5)</sup>、②シクロホスファミド、メトトレキサート、フルオロウラシルなど

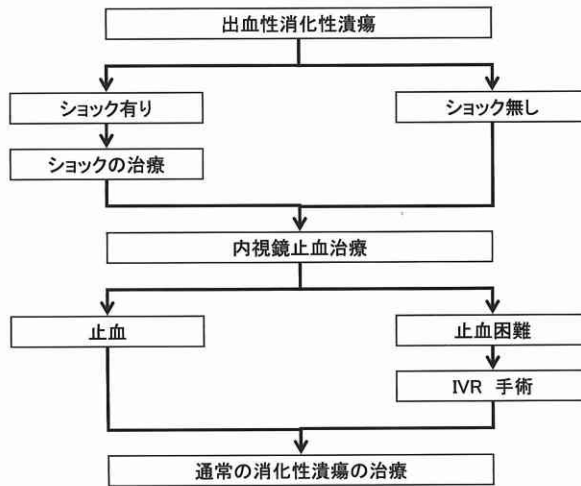


図1 出血性消化性潰瘍の治療

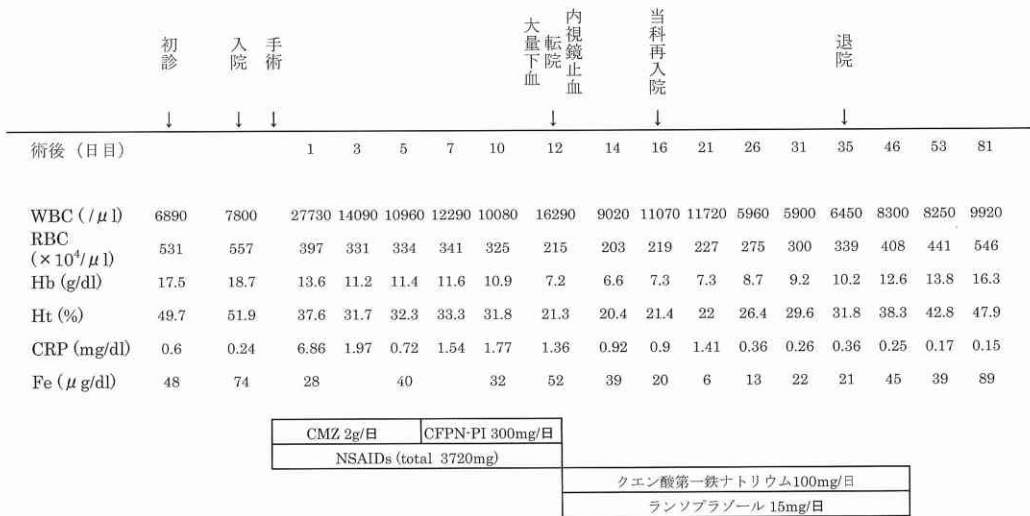


図2 臨床経過

の抗癌剤<sup>6)</sup>, ③ビスフォスフォネート系薬剤のアレンドロン酸<sup>7)</sup>などが報告されている。本症例では、NSAIDsの使用のほかに、長時間に及ぶ手術、術後疼痛、経管流動食、会話困難、禁酒禁煙、点滴ルートや持続吸引管の留置などの術後ストレス、糖尿病などの基礎疾患、高齢、長年に及ぶ飲酒喫煙など複数の危険因子が影響しているものと考えられた。また、NSAIDsにおける出血性消化性潰瘍では用量依存性に傷害のリスクが増加するこ

とや、PG製剤やPPIではNSAIDs投与での消化性潰瘍への予防効果を認めるとの報告<sup>4)</sup>があり、NSAIDsの使用量の制限およびPG製剤やPPIの使用で回避できた可能性もあり、今後の検討課題である。

出血性消化性潰瘍の治療としては、まず救命処置を最優先とし、輸液や輸血による循環血液量の維持に努め、全身状態安定後は、緊急内視鏡検査にて出血部位・状態を確認して、活動性出血例や

露出血管例に対しては内視鏡的止血治療が施行される<sup>8)</sup>。以前では、緊急外科手術の適応であったが、内視鏡止血治療の普及により、現在では止血困難や消化性潰瘍穿孔症例を除き、選択されることはほとんどなくなった。本症例では、術後12日目に突然の大量下血によってショック状態を呈し、まず急速輸液にて循環動態を改善させた。その後、上部消化管内視鏡検査にて胃体上部後壁に露出血管を伴う潰瘍を認め、エタノール局注による内視鏡止血治療が施行された。止血後は、通常の消化性潰瘍の治療方針に準じて、NSAIDsの中止とPPIによる薬物療法が開始され、現在発症後1年が経過するが、再出血もなく経過良好である。

このように、口腔癌術後は消化性潰瘍の発症に関与する誘因は多く、自覚症状に乏しい場合も少なくない。邊見ら<sup>9)</sup>は頬粘膜癌術後に急性出血性直腸潰瘍を発症し、その病因をNSAIDs、ストレスおよび基礎疾患が関与していたと報告している。われわれ口腔外科医にとって、消化性潰瘍の病態を理解したうえで、まず消化性潰瘍の予防に努める事が重要である。さらに、消化性潰瘍の徴候を見逃すことなく、出血時には救命処置や消化器科への対診など迅速な対応が望まれる。

## 結 語

今回われわれは、口腔癌術後に発症した循環血流量減少性ショックを伴う出血性消化性潰瘍の1例を経験したので、その概要について若干の文献的考察を加えて報告した。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、本症例の治療に対して、終始ご懇篤な専門的御加療と御指導を賜りました寿泉堂総合病院消化器科の齋藤伸一先生に深甚の謝意を捧げます。

## 文 献

- 1) Kohler, B. and Riemann, J. F. : Upper GI bleeding-value and consequences of emergency endoscopy and endoscopic treatment. *Hepatology* **38** ; 195-196 1991.
- 2) Sakamoto, C., Sugano, K., Ohta, S., Sakaki, N., Takahashi, S., Yoshida, Y., Tsukui, T., Ohsawa, H., Sakurai, Y., Yoshino, J., Mizokami, Y., Mine, T., Arakawa, T., Kuwayama, H., Saigenji, K., Yakabi, K., Chiba, T., Shimosegawa, T., Sheehan, J. E., Perez-Gutthann, S., Yamaguchi, T., Kaufman, D. W., Sato, T., Kubota, K. and Terano, A. : Case-control study on the association of upper gastrointestinal bleeding and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Japan. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* **62** ; 765-772 2006.
- 3) Huang, J. Q., Sridhar, S. and Hunt, R. H. : Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease-a meta-analysis. *Lancet* **359** ; 14-22 2002.
- 4) Garcia Rodriguez, L. A. : Non-steroidal anti-inflammatory drugs, ulcers and risk : a collaborative meta-analysis. *Semin. Arthritis Rheum.* **26** ; 16-20 1997.
- 5) Yeomans, N. D., Lanasa, A. I., Talley, N. J., Thomson, A. B., Daneshjoo, R., Eriksson, B., Appelman-Eszczuk, S., Langstrom, G., Naesdal, J., Serrano, P., Singh, M., Skelly, M. M. and Hawkey, C. J. : Prevalence and incidence of gastroduodenal ulcers during treatment with vascular protective doses of aspirin. *Aliment Pharmacol. Ther.* **22** ; 795-801 2005.
- 6) Sartori, S., Trevisani, L., Nielsen, I., Tassinari, D., Panzini, I. and Abbasciano, V. : Randomized trial of omeprazole or ranitidine versus placebo in the prevention of chemotherapy-induced gastroduodenal injury. *J. Clin. Oncol.* **18** ; 463-467 2000.
- 7) Marshall, J. K., Thabane, M. and James, C. : Randomized active and placebo-controlled endoscopy study of a novel protected formulation of oral alendronate. *Dig. Dis. Sci.* **51** ; 864-868 2006.
- 8) 日本消化器病学会：消化性潰瘍診療ガイドライン；2-15頁 南江堂 東京.
- 9) 邊見 亨, 佐藤 明, 齋藤正晃, 葛巻 哲, 野谷健一, 福田 博：頬粘膜癌術後に続発した急性出血性直腸性潰瘍の1例：日口外誌 **49** ; 607-610 2007.

著者への連絡先：川原一郎，（〒963-8611）郡山市富田町字三角堂31-1 奥羽大学歯学部口腔外科学講座  
Reprint requests : Ichiro KAWAHARA, Department of Oral Surgery, Ohu University School of Dentistry 31-1 Misumido, Tomita, Koriyama, 963-8611, Japan