重症急性膵炎の経過中に診断されたIgA血管炎の1例

馬淵 正敏¹⁾⁴⁾ 安田 一郎¹⁾⁴⁾ 上村 真也¹⁾ 安田 立²⁾ 北田 善彦³⁾ 小倉 真治²⁾ 森脇 久隆¹⁾

要旨

症例は71歳，男性．特発性重症急性膵炎の経過中に腎機能障害・腹痛の遷延，紫斑の出現を認め，腎・皮膚生検において血管内皮にIgAの沈着を認めたため，IgA血管炎による全身症状と診断し，ステロイド治療を開始したところ全ての症状が軽快した．

〔日内会誌 104：110～113，2015〕

Key words IgA血管炎，重症急性膵炎，Henoch-Schönlein紫斑病

症例

患者：71歳，男性．主訴：腹痛．既往歴：10年前から糖尿病．家族歴：特記事項なし．内服薬：グリメピリド，メトホルミン．嗜好歴：禁煙後25年経過，禁煙までは40本/日×35年．飲酒歴なし．アレルギーなし．現病歴：腹痛・下痢を主訴に前医を受診し，急性胃腸炎と診断され，2日間補液・整腸薬の投与を受けたが，次第に腹痛の増悪を認めたため血液検査・腹部CTを施行され，急性膵炎と診断されたため前医へ入院となった．しかし，その後も腎機能悪化など，膵炎の重症化と判断されたため当院高度救命救急センターへ搬送された．入院時現症：身長165 cm，体重58 kg，血圧104/48 mmHg，脈拍110/分，体温37.5度，SpO₂ 88%（10 lリザーバーマスク）．結膜・皮膚に黄染を認めず．胸部は両側全肺野で湿性ラ音を聴取，心音は

整，心雑音を聴取せず．腹部は平坦，心窩部に最強点を有する圧痛を認め，腹部全体に筋性防御を認めた．下肢は軽度浮腫を認めるも，紫斑は認めなかった．入院時血液検査成績：WBC 18,910/μl，RBC 497 万/μl，Hb 15.0 g/dl，Plt 20.9 万/μl，TP 4.8 g/dl，BUN 91.9 mg/dl，Cr 4.78 mg/dl，T-Bil 4.1 mg/dl，UA 10.8 mg/dl，CRP 16.89 mg/dl，Amylase 1,460 IU/l，Lipase 6,193 IU/l，Trypsin 1,560 ng/ml，Na 129 mEq/l，K 4.1 mEq/l，Cl 99 mEq/l，Ca 7.5 mg/dl，Glucose 235 mg/dl．動脈血液ガス分析（経鼻2 l/分）：pH 7.386，pCO₂ 34 mmHg，pO₂ 40 mmHg，HCO₃⁻ 20 mmol/l．入院時造影CT：膵実質には造影不染域を認めなかったが，腎下極を越えて炎症が波及していた（CT grade2）．重症急性膵炎予後因子：5点（呼吸不全，BUN，CRP，SIRS，年齢）で重症急性膵炎と診断した．

〔第222回東海支部地方会（2014/02/23）推薦〕〔受稿2014/08/10，採用2014/08/22〕

¹⁾岐阜大学附属病院第一内科，²⁾同 高次救命治療センター，³⁾同 総合内科，⁴⁾現 帝京大学附属溝口病院消化器内科

Case Report：A case of IgA vasculitis during the course of severe acute pancreatitis.

Masatoshi Mabuchi¹⁾⁴⁾，Ichiro Yasuda¹⁾⁴⁾，Shinya Uemura¹⁾，Ryu Yasuda²⁾，Yoshihiko Kitada³⁾，Shinji Ogura²⁾ and Hisataka Moriwaki¹⁾：¹⁾The First Department of Internal Medicine, Gifu University Hospital, Japan, ²⁾Advanced Critical Care Center, Gifu University Hospital, Japan, ³⁾Department of General Internal Medicine, Gifu University Hospital, Japan and ⁴⁾Department of Gastroenterology, Teikyo University Mizonokuchi Hospital, Japan.

図 経過表

入院後経過 (図)

気管挿管・人工呼吸器管理下に十分な補液、蛋白分解酵素阻害薬の投与を開始し、血液浄化療法、EDチューブを用いた経腸栄養も行った。その後、全身状態は次第に改善し、第10病日に血液浄化療法から離脱し、第14病日には抜管した。膵酵素も比較的速やかに改善を認め、第16病日より食事摂取を開始したが、食事摂取時の腹痛、腎機能障害、炎症反応は遷延した。第20病日に黒色便、その後、血便を認めたため、上部・下部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸および横行結腸→肝彎曲に多発潰瘍を認めた。その後、プロトンポンプ阻害薬の投与を開始し、14日後に上部・下部消化管内視鏡検査を再検したが、十二指腸潰瘍の治癒が遷延しており、全結腸に広がる浮腫、粘膜出血などの炎症所見も認めた。遷延する腎機能障害の精査のため腎生検を行ったところ、PAS染色でメサ

ンギウム領域の三日月形成と増殖性肥厚所見を認め、蛍光免疫抗体法で血管内皮にIgAの沈着を認めた。また、8月下旬に大腿、下腿に軽度膨隆した粟粒大の浸潤を触れる紫斑を認めた。薬剤性皮疹を疑い、中止可能な薬剤の中止と、いったん、抗ヒスタミン薬の内服で改善を認めたが、9月下旬に誘因なく下腿中心に同様の浸潤を触れる紫斑を認めたため皮膚生検を行ったところ、表皮浅層の炎症細胞の浸潤と毛細血管の血管壁肥厚を認め、免疫酵素抗体法で血管内皮にIgAの沈着を認めた。なお、経過中に行った抗核抗体、ANCA関連抗体は陰性、IgAは基準値範囲内であり、第XIII因子の低下は認められなかった。以上からIgA血管炎と診断し、これに伴う腎障害、紫斑、消化管粘膜障害と考え、ステロイド治療（プレドニゾロン1 mg/kg/日、3日間のパルス療法）を開始したところ、速やかに腹部症状、腎機能障害、炎症反応の改善を認め、十二指腸潰瘍・結腸の炎症所見も改善した。な

表 成人におけるHenoch-Schönlein紫斑病と急性膵炎の合併例。(文献5より引用し、自験例を含めて改変)

報告者	報告年	年齢	性別	膵炎の重症度	入院期間	障害臓器	治療	転帰
Puppala AR	1978	54	F	軽症	/	紫斑, 結腸炎	/	生存
枝川	1980	73	F	重症?	25日	紫斑, 腸炎, 腎炎	PSL	死亡
柴田	1982	36	F	重症	約150日	紫斑, 腎炎, 胃腸炎	/	生存
平松	1989	27	F	/	/	紫斑, 関節炎, 腎炎	ナファモスタットメシル酸塩	生存
小林	1991	44	M	軽症	約60日	蛋白漏出性腸症	PSL, カモスタットメシル酸塩	生存
Takamatsu	1994	51	F	重症	約100日以上	紫斑, 腎炎	PSL	死亡
El Alami S	1994	25	F	軽症	14日+3日	紫斑, 十二指腸炎, 腎炎	/	生存
古屋	2003	76	M	重症	約60日以上	紫斑, 結腸炎	ナファモスタットメシル酸塩, IPM/CS	生存
上山	2003	43	F	/	/	紫斑, 虚血性腸炎	PSL, ナファモスタットメシル酸塩, 抗生物質, 第13因子	生存
飛田	2003	59	M	軽症	数日	紫斑, 関節炎	ナファモスタットメシル酸塩	生存
高橋	2004	55	M	軽症	115日	紫斑, 膵炎	PSL, 外科処置	生存
Sato	2006	70	M	重症?	136日	紫斑, 関節炎, 腎炎, 下血	メシル酸ガベキサート, SBT/CPZ	生存
三池	2011	52	M	軽症	122日	紫斑, 関節炎, 十二指腸炎, 腎炎	PSL, メシル酸ガベキサート	生存
自験例	2014	70	M	重症	95日	紫斑, 腎症, 十二指腸潰瘍, 結腸炎	メシル酸ガベキサート	生存

お、腹部造影CT, MRCPにおいて膵腫瘍, 膵・胆管合流異常症は認めなかった。

考察

IgA血管炎は, 2012年International Chapel Hill Consensus Conference (CHCC2012) において従来のHenoch-Schönlein紫斑病から改称された全身の小血管に炎症を来す疾患である^{1,2)}。小児例がほとんどであり, 成人例は5%程度とされている³⁾。本例では重症膵炎の経過中にIgA血管炎に伴う病変が全身に出現しており, 重症膵炎を原因と考えるか, 結果と考えるかであるが, 全身にこれだけ広範囲な血管炎に伴う病変がみられたことから, 膵炎も結果と考える方が妥当と思われた。

また, 急性膵炎に合併する感染症による中毒診の可能性については, 厳密な否定はできない

が, 本症例では画像検査, 血液検査で胆管炎や感染性膵壊死などの細菌感染症の合併を疑う所見は得られておらず, 経過中で抗生物質の投与は行っていない。ウイルス感染については各種抗体で急性感染を疑う所見は得られていない。

同様に, 薬疹の可能性についても完全な否定は難しい。経過でも述べたが, いったんは薬疹も疑われ, 抗ヒスタミン薬の投与なども行われ, いったん軽快したが, その後は誘因なく再燃し, 再燃の際は抗ヒスタミン薬の投与では改善を得られなかったため, IgA血管炎の特徴である再燃と寛解を繰り返していたことが推察される。

IgA血管炎と急性膵炎の合併については, 「Henoch-Schönlein」「pancreatitis」をキーワードとしてPubMedで検索すると, 1965年Toskinら⁴⁾の報告以来27編, 「IgA」, 「pancreatitis」の検索では3編確認できた。三池らは内容の確認

できた，成人におけるHenoch-Schönlein紫斑病と急性膵炎の合併例13例をまとめており⁵⁾，自験例も含めたものを表に示す（表）．14例中死亡例は2例認められており，2例いずれもステロイド単独での治療，女性であった．1994年以降は死亡例が認められておらず，本邦ではガイドラインをはじめとした急性膵炎に対する治療法の確立が死亡率を低下させていると考えられる．

IgA血管炎がどのように急性膵炎を引き起こ

すか確定的な見解は得られていないが，剖検例で膵周囲の小血管炎が確認されていることから⁶⁾，側副血行が発達した膵においても小血管炎に脱水や血栓傾向などの要素が付加されることで急性膵炎が惹起されるのではないかと考えられている．

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 川上民裕：IgA血管炎（Henoch-Schönlein）．医学のあゆみ 246：72-78，2013．
- 2) Jennette JC, et al：2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum 65：1-11，2013．
- 3) 鈴木弘之，三輪 剛：Schonlein-Henoch紫斑病と膵炎．胆と膵 17：521-524，1996．
- 4) Toskin KD：Syndrome of hemorrhagic pancreatitis as a manifestation of Schönlein-Henoch disease. Klin Khir 11：65-67，1965．
- 5) 三池 忠，他：急性膵炎を来したHenoch-Schönlein紫斑病の1例. Gastroenterological Endoscopy 53：1465-1471，2011．
- 6) Dinler G, et al：Acute pancreatitis as a presenting feature of Henoch-Schönlein purpura. Turk J Pediatr 52：191-193，2010．