潰瘍性大腸炎に重症の巨細胞性心筋炎を合併した 1 例

豊橋市民病院循環器内科

中村文明 中島義仁 竹内豊生

富田崇仁 成瀬賢伸 大野 修

同 消化器内科

岡村正造

同 臨床病理科

前多松喜

概要 症例は46歳男性。10年前から再燃緩解型潰瘍性大腸炎で治療中であった。胸部絞扼感にて近医を受診し、心エコーにて左室壁の浮腫と壁運動の低下を認めた。心筋炎の診断で、ステロイドパルス療法施行されたが、心室頻拍となり当院へと紹介された。経皮的心肺補助法(PCPS)、大動脈内バルーンパンピング(IABP)施行時の心筋生検にて、巨細胞性心筋炎と診断された。シクロスポリンの投与を試みたが、心筋の収縮力は改善せず死亡された。〔日内会誌 95:1112~1114, 2006〕

Key words : 巨細胞性心筋炎, 潰瘍性大腸炎, PCPS, シクロスポリン

症 例

患者: 46歳, 男性。主訴: 胸部絞扼感。家族歴: 特記事項なし。既往歴: 潰瘍性大腸炎。現病歴: 1992年から潰瘍性大腸炎を発症し近医治療中であった。内服は自己中断してしまうことがしばしばあり, 再燃緩解を繰り返していた。2004年8月下旬より下痢, 血便が再度出現していた。2004年9月下旬, 胸部絞扼感にて近医を受診。心エコーにて左室壁の浮腫と壁運動の低下を認めたため心筋炎と診断され入院となった。ステロイドパルス療法を施行されたが, 心室頻拍をおこし循環動態不安定となり, 体外循環の適応と考えられ当院へ紹介された。入院時検査所見: WBC 9,400/ μ L, CK 508IU/L, CK-MB 66IU/L, CRP 4.0mg/dL, ESR (120min) 12.8

mm, Coxsackie virus B1~B6 (-)。心電図は固有性心室調律(図1)。胸部X線写真は両側の胸水と軽度の鬱血を認めた。心エコーでは左室のび慢性の左室壁運動低下, 及び左室壁の肥厚と輝度の上昇が認められ, 炎症による浮腫と考えられた(図1)。

臨床経過

2004年10月初旬 当院転院時, 血圧80台の心原性ショック状態のためPCPS, IABPを挿入し, 同時に心筋生検も施行した。病理所見では, 多核巨細胞を伴った, リンパ球, 組織球の浸潤と心筋の脱落, 変性を認めた(図2)。場所によっては好酸球の浸潤も認めた。その後呼吸状態が悪化し, 人工呼吸器管理となった。

入院後もmesalazine, prednisoloneによる治療

〔平成17年6月25日 第196回東海地方会推薦〕

Fatal giant-cell myocarditis complicated with ulcerative colitis.

Fumiaki Nakamura¹⁾, Yoshihito Nakashima¹⁾, Toyonari Takeuchi¹⁾, Takahito Tomida¹⁾, Kensin Naruse¹⁾, Osamu Ohno¹⁾, Shozo Okamura²⁾ and Matsuyoshi Maeda³⁾: ¹⁾Department of Cardiology, ²⁾Department of Gastroenterology and ³⁾Department of Clinical Pathology, Toyohashi Municipal Hospital, Toyohashi.

図 1 (左). 心電図

当院来院時の心電図では固有性心室調律を示している。

(右). 心エコー

左室壁の肥厚と輝度の上昇が認められ、炎症による浮腫と考えられる。少量の心嚢水も認める。

図 2. 心筋生検病理 (H/E 染色 左：弱拡大 右：強拡大)

弱拡大像では心筋への著明な炎症細胞の浸潤および心筋線維の変性と脱落を認める。強拡大像では多核巨細胞をともなうリンパ球、組織球の浸潤をみとめる。矢印に多核巨細胞を示す。

を続けたが改善なく、病理結果からも巨細胞性心筋炎と判明したため第3病日からcyclosporineのトラフ値が100～200ng/mlとなるように投与量の調節を行った。

第5病日より心エコーにて左室壁は薄くなってきたが、壁運動の改善は認められなかった。第6病日よりBUN、Creが上昇しContinuous hemo-dialysis filtration (C-HDF)を開始したが、第9病日、心電図上心静止となり死亡確認

された。

考 察

潰瘍性大腸炎に併発する循環器疾患として大動脈炎、心膜炎、心筋炎等が報告されており、その頻度としては0.3%未満といわれている¹⁾が巨細胞心筋炎の20%が何らかの自己免疫疾患を合併していると報告されている²⁾。全世界では潰瘍性大腸炎の巨細胞性心筋炎合併例は3例報告されているが、我々の知る限りでは本邦での報

告はない。

巨細胞性心筋炎は、重症の心筋炎の病態になりやすく、平均生存期間 5.5 カ月と予後不良の疾患といわれている³⁾。診断は心内膜の生検により行われ、その発症には自己免疫機序が示唆されている^{4,5)}。リンパ球性心筋炎に対する免疫抑制剤の効果は確立されていないが、巨細胞性心筋炎では、ステロイドにcyclosporin, azathioprine, muromonab-CD3 を組み合わせた治療による生存期間延長効果が報告されている^{2,6)}。しかしながらその報告はretrospectiveなものであり、現在はMulticenter Giant Cell Myocarditis Groupによる臨床試験が試みられている。クローン病と巨細胞性心筋炎の合併例では、TNF- α 拮抗剤を使用して臨床的軽快を得られたとの報告があり⁷⁾、本症例での使用も考慮されたが根拠に乏しく使用しなかった。本症例ではcyclosporineを使用した⁸⁾が、病理像にて、すでに強い炎症細胞の浸潤があり心筋細胞が減少してい

たため、救命できなかったと考えられる。現時点では早期の診断と強力な免疫抑制剤の使用が重要と考えられる。

文 献

- 1) 飯塚文瑛, 他: 潰瘍性大腸炎の消化管合併症 併発しやすい循環器疾患. 日本臨牀 57: 134-137, 1999.
- 2) Cooper LT Jr, Okura Y: Idiopathic giant cell myocarditis. Curr Treat Options Cardiovasc Med 3: 463-467, 2001.
- 3) Kenneth LB, et al: Myocarditis. Douglas PZ, et al, eds. Braunwalds Heart Disease 7thed, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004, 1705-1705.
- 4) Kodama M, et al: A novel experimental model of giant cell myocarditis induced in rats by immunization with cardiac myosin function. Clin Immunol Immunopathol 57: 250-262, 1990.
- 5) Cooper LT Jr: Giant cell myocarditis: Diagnosis and treatment. Herz 25: 291-298, 2000.
- 6) Leslie TC, et al: Idiopathic giant-cell myocarditis-Natural history and treatment. N Engl J Med 336: 1860-1866, 1997.
- 7) Nash CL, et al: Giant cell myocarditis, in a patient with Crohn's disease, treated with etanercept—a tumor necrosis factor- α antagonist. Can J Gastroenterol 15: 607-611, 2001.