混合性結合組織病に腸間膜脂肪織炎を併発した1例

北見赤十字病院内科 渡部一郎◇ 種市幸二 馬場嘉美
酒井 勲 知本武久 芝木秀俊

概要 37才女性。両手関節痛腫脹、Raynaud現象、抗RNP抗体、抗核抗体陽性よりMCTDとして経過観察中、発熱、急性腹症を呈して緊急開腹手術を施行した。小腸腸間膜の肥厚、点状出血、リンパ節腫脹、脂肪組織内に好中球を含む炎症細胞浸潤を認め腸間膜脂肪織炎と診断し、steroid治療にて劇的な改善をみた。腸間膜脂肪織炎は原因不明であるが、本症例では自己免疫疾患との関連を示し、本症の病因・治療を検討する上で興味深い症例と思われる。

〔日内会誌 78:93~94, 1989〕

腸間膜脂肪織炎は腸間膜脂肪組織の慢性非特異性炎症性疾患として最近国内でも報告されてきている²⁾³⁾⁵⁾が、その報告はなお少なく病因も不明である。我々は混合性結合組織病（以下MCTD）に腸間膜脂肪織炎を併発したまれな症例を経験したので報告する。

症例 37才女性。主訴：腹痛、発熱。家族歴、既往歴は特記すべきことなし。現病歴：昭和60年2月より朝のこわばり、両手関節痛および腫脹、Raynaud現象出現。同年11月、当科受診。抗核抗体陽性、抗RNP抗体64x陽性であった。昭和61年9月手指腫脹出現。同年10月、胸膜炎を併発し入院。MCTDと診断し、胸膜炎に対しprednisolone40mgの治療により軽快し、4カ月で漸減中止し、その後は関節炎に対し消炎鎮痛剤のみで経過良好であったが、昭和62年5月、高熱、腹痛出現、急性腹症として緊急入院した。現症：体温38.8℃。脈拍、血圧正常。両手指腫脹を認めた。左下腹部の著明な圧痛、筋性防御を認めた。入院時検査成績：血沈1時間値47mm、CRP 5+と著明な炎症反応を認めた。便潜血、腹部単純X線写真異常なし。白血球数7600/mm³、血清amylase 115U/l、生化学検査でも特に異常を認めなかった。免疫学的検査では、RA test陽性、抗核抗体抗2560倍 speckled pattern、ENAではRNP抗体64倍単独陽

写真 脂肪組織内に好中球を含む炎症細胞浸潤が認められ、腸間膜脂肪織炎の像であるが、血管炎を示す像は得られなかった。（Hematoxylin-eosin染色、×50）

性であった。入院後経過：入院後より抗生物質で経過観察したが効果は認められなかった。第3病日、CRP 6+、血沈1時間値80mmと炎症所見および臨床症状の増悪を認め急性腹症として緊急開腹手術を施行した。

肉眼的には小腸腸間膜の肥厚、点状出血、リンパ節腫脹が認められ腸間膜脂肪織炎が考えられ、生検施行し手術を終了した。病理組織像は脂肪組織内に好中球を含む炎症細胞浸潤が認められ、腸間膜脂肪織炎と診断された。また得られた病理組織内では血管炎の所見は認められなかった（写真）。

〔昭和63年7月7日受稿〕

A case of mixed connective tissue disease with mesenteric panniculitis.

Ichiro WATANABE, Kouji TANEICHI, Yoshimi BABA, Isao SAKAI, Takehisa CHIMOTO and Hidetoshi SHIBAKI, The Department of Internal Medicine, Kitami Red Cross Hospital, Kitami.

第5病日, prednisolone 60mg/dにて治療開始し, 第6病日には発熱, 腹痛も消失し, 劇的な臨床症状の改善をみた。その後も良好な経過をとり steroidを漸減し現在10mg/dで外来経過観察中である。

考案 腸間膜脂肪織炎は1960年Ogdenらによって腸間膜脂肪組織の慢性非特異性炎症性疾患として報告¹⁾されているが, その報告はなお少なく, 我々の検索した限り本邦では約30例の報告²⁾³⁾にすぎない。また本症例は抗RNP抗体単独陽性, レイノー現象, 手指の腫脹, 多関節炎, 胸膜炎, 筋原性酵素の上昇より1984年厚生省のMCTD診断の手びき⁴⁾からMCTDと診断され, その経過中腸間膜脂肪織炎と病理診断できた非常にまれな症例である。内外の文献でもMCTDに限らず, 膠原病との合併例の報告は我々の検索では認められなかった。

腸間膜脂肪織炎の診断は特徴的所見に乏しいためむずかしく, 注腸バリウム, 内視鏡検査, CT scanなどの画像診断の有用性も報告^{5)~7)}されているが, 本症例は, 急性腹症として発症したため, 上述の検査は実際には不可能であった。また確定診断には病理診断が必須であるため, 実際には本邦報告例全例⁸⁾が, 開腹手術を受け診断されている。

膠原病とくにSLEにおける急性腹症ではしばしば腸間膜血管炎が問題となる。本症例は術前にはやはり腸間膜血管炎が疑われたが, 腸間膜脂肪織炎との鑑別診断は開腹病理診断以外は不可能である。今後自己免疫疾患における急性腹症の原因の一つとして腸間膜血管炎が疑われる場合本症も考慮する必要があると思われる。

腸間膜脂肪織炎の病因として感染, 手術歴, 外傷, アレルギー, 自己免疫説¹⁾⁸⁾や全身の脂肪織炎を呈するWeber-Cristian病⁹⁾との関連も考えられているが, 現在なお明らかにされてはいない。本邦報告例では外傷, 手術歴が約半数の高頻度³⁾にみられその病因との関係を思わせるが, 本症例は

外傷・手術歴はなかった。また本症例ではMCTDの胸膜炎に対するsteroid治療も脂肪織炎発症の2ヵ月以前に既に中止されsteroidが脂肪織炎の原因とは考えにくかった。本症例では腸間膜脂肪織炎がMCTDの経過中発症したため, 腸間膜脂肪織炎の病因としてMCTDが考えられ, 腸間膜脂肪織炎の自己免疫説を支持する。

腸間膜脂肪織炎の治療は確立されたものではなく, steroid, 抗生物質, 免疫抑制剤が試みられているが, 予後はよく, 開腹してもileusがない限り外科的切除手術せず生検のみにとどめるべきとされている。本症例ではsteroidが非常に有効であったが, 本症例の場合, 基礎疾患であるMCTDに対する治療となり, その合併症である腸間膜脂肪織炎の治療になったと考えることもできる。

腸間膜脂肪織炎の原因の究明と治療法の確立には今後なお多くの症例の蓄積が必要と思われるが, 本症例は腸間膜脂肪織炎の原因として自己免疫異常を考える根拠となる非常に興味深い症例であると思われ報告した。

文 献

- 1) Ogde WW, et al: Mesenteric panniculitis: Review of 27 cases. *Ann Surg* 161: 864, 1965.
- 2) 朝倉孝弘, 他: 腸間膜脂肪織炎の1例. *外科診療* 29: 1079, 1987.
- 3) 奥芝俊一, 他: 腸間膜脂肪織炎の2例. *消化器外科* 10: 885, 1987.
- 4) 粕川禮司, 他: 混合性結合組織病(MCTD). *内科* 58: 930, 1986.
- 5) 藤本 一, 他: S状結腸膜脂肪織炎と考えられた1症例. *Prog Dig Endosc* 28: 348, 1987.
- 6) 沢口 潔, 他: 術前に診断しえたS状結腸間膜脂肪織炎の1例. *消化器外科* 10: 885, 1986.
- 7) Mate JM, et al: CT features of mesenteric panniculitis. *J Com Ass Tomogr* 11: 1021, 1987.
- 8) Durst AL, et al: Mesenteric panniculitis. Review of the literature and presentatin of cases. *Surgery* 81: 203, 1977.
- 9) Panush RS, et al; Weber Christian disease/Analysis of 15 cases and review of the literature. *Medicine* 64: 181, 1985.