●〈症例〉

著明な低蛋白血症を きたした原因不明の 食道、十二指腸、大腸潰瘍の1例

和泉元喜 鳥居 明 木村 薫 生方博子
加藤慎一 有泉雅博 戸田剛太郎

東京慈恵会医科大学内科学第1

〔Key Words〕食道潰瘍，十二指腸潰瘍

はじめに

われわれは食道，十二指腸，大腸に及ぶ原因不明のびらん，潰瘍性病変を認めた症例を経験したので報告する。

症例：71歳，男性。

主訴：嘔吐，水様性下痢。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成6年12月19日に嘔吐と水様性下痢が出現し，近医にて止痢剤を処方されたが改善せず，12月24日に当科入院となった。

入院時現症：血圧120/80mmHg，脈拍80回/分，整。体温37.8℃。意識清明。結膜に貧血，黄疸なし。胸部に異常所見を認めず。下腹部に圧痛あり。腸音は亢進

していた。肝脾は触知せず，四肢の乾燥を認めた。

入院時検査所見 (Table 1)：白血球増多，CRP 高値および血沈亢進とともに低蛋白血症を認めた。便潜血は免疫法で陽性，便培養では異常所見を認めなかった。

上部消化管内視鏡検査：食道で門歯より25cmの部位から食道胃接合部まで，全周性に不整形のびらんが存在し，白苔の付着と粘膜の浮腫，小発赤斑が認められた (Color 1)。胃には明らかな異常所見は認めず，十二指腸球部は粘膜に全周性の浮腫と凹凸不整がみられた。下行脚では Vater 乳頭近傍に母指頭大の不整形潰瘍がみられ，潰瘍底は白苔に被われ，凝血塊の付着を認めた (Color 2)。

大腸鏡検査：バウヒン弁上唇に発赤を認め，粘膜は浮腫状であった。上行結腸から下行結腸に明らかな異常は認めず，S 状結腸から直腸にかけて血管透見消失，粘膜の浮腫と小発赤斑とアフタの散在をみた (Color 3)。

小腸造影検査：異常所見は認められなかった。

病理組織所見：食道の生検標本では炎症細胞浸潤が認められた。十二指腸の潰瘍辺縁の生検でも炎症細胞浸潤が目立ち，粘膜下層の線維化がみられた (Fig. 1)。バウヒン弁の生検標本では，好中球を伴う炎症細胞浸潤と充血がみられた。いずれの標本においても，肉芽腫などの特徴的所見はみられなかった。

臨床経過：本症例は組織学的に肉芽腫は認められなかったが，臨床経過，内視鏡検査からクローン病が疑われた。このため絶食，中心静脈栄養療法とともにプレドニソロン (以下 PSL) 30mg とサラズスルファピリジン (以下 SASP) 3 g/日の投与を開始したところ，臨床症状，炎症所見ともに次第に改善した。治療開始40日目の上部消化管内視鏡検査では，食道のびらん消失と十二指腸粘膜の浮腫の消退，潰瘍の癒着化を認め

Table 1 Laboratory data on admission.

Hematology		Blood Chemistry	
WBC	21700/mm ³	GOT	27IU/l
Stab	37%	GPT	29IU/l
Seg	51%	LDH	371IU/l
Eosin	0%	ALP	162IU/l
RBC	521X10 ⁴ /mm ³	γ-GTP	17IU/l
Hb	16.4g/dl	T.B	0.64mg/dl
Ht	41.7%	T.P	4.3g/dl
Plt	31.7X10 ⁴ /mm ³	Alb	57.4%
Serology		α 1-gI	8.2%
		α 2-gI	13.3%
		β-gI	8.3%
		γ-gI	12.8%
		T.Chol	94mg/dl
Urinalysis		TG	88mg/dl
		BUN	26.9mg/dl
		Cr	1.01mg/dl
		Na	137mEq/l
		K	3.7mEq/l
Stool		Cl	96mEq/l
occult blood			
(-)			
culture: no growth

Fig. 1 Histological findings of an ulcerative lesion of the second portion of the duodenum showed infiltration of inflammatory cells and fibrosis in submucosal layer.

た。低蛋白血症も新鮮凍結血漿とアルブミン製剤の投与を行い、改善を認めた。

考 察

本症例は臨床症状として発熱、腹痛、下痢を呈し、血液検査にて炎症所見と低栄養状態、消化管造影検査および内視鏡検査にて食道、十二指腸、大腸と広範な病変を認めた。さらに PSL と SASP により、臨床所見の改善がみられた。このため、クローン病が疑われ、病変の生検組織所見から連続切片を作製したが、非乾酪性類上皮細胞性肉芽腫などの特徴的所見は得られなかった。

71歳と高齢発症であること、クローン病では上部消化管に主病変を呈することがまれであること^{2,3)}から、虚血性変化の可能性が否定できない。この他の鑑別疾患としては、口腔内アフタなどは認めないが、腸管ベーチェット病⁴⁾、培養検査陰性、好中球浸潤は軽度であるが、消化管感染症(特にエルシニアによるもの)があげられる。いずれの疾患に関しても確定診断には至らず、原因不明の疾患としての経過観察が必要と考えられた。

おわりに

原因不明の食道、十二指腸、大腸のびらん、潰瘍を呈し、PSL と SASP にて改善を認めた症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 勝又伴栄, 本間二郎, 中 英男, 他: クローン病における上部消化管病変の生検と経過. *Gastroenterol Endosc*, 29: 2798~2803, 1987
- 2) Schmitz-Moormann P, Malchow H, Pittner PM: Endoscopic and bioptic study of the upper gastrointestinal tract in Crohn's disease patients. *Pathol Res Pract*, 179: 377~387, 1985
- 3) 山下和良, 樋渡信夫, 豊田隆謙, 他: クローン病の胃, 十二指腸病変に対する生検-肉芽腫の出現頻度を中心に. *Gastroenterol Endosc*, 31: 1164~1169, 1989

- 4) 森川浩志, 平田一郎, 吉積宗範, 他: 食道, 大腸にアフタ様潰瘍を認めサラゾスルファピリジンが著効を示した腸型ベーチェット病疑診の1例. 胃と腸, 28: 440~444, 1993

A Case of Esophageal, Duodenal and Colonic Ulcerative Lesions Showing Remarkable Hypoproteinemia by Unknown Cause

Motoyoshi Izumi Akira Torii
Hiroko Ubukata Kaoru Kimura
Shinichi Kato Masahiro Ariizumi
Gotaro Toda

A 71-year-old man was admitted to our hospital complaining of nausea and watery diarrhea. Physical examination on admission showed low grade fever, lower abdominal pain and increasing bowel sound. Laboratory data on admission showed leukocytosis (21,700/mm³) and hypoproteinemia (4.3 g/dl). Occult blood of stool was positive, but stool culture showed no significant bacteria.

Esophagogastroduodenoscopy showed erosions from middle to lower esophagus, edematous mucosa of the 1st and 2nd portion of duodenum and irregular open ulcers coated with white fur on the 2nd portion of the duodenum. But gastric mucosa was normal. Colonoscopy showed edematous and reddened mucosa of Bauhin's valve, sigmoid colon and rectum, but no abnormal findings were recognized from ascending to descending colon. Histological examination of biopsy specimens of these lesions showed only infiltration of inflammatory cells in the mucosal layer and fibrosis in the submucosal layer, but no granuloma was found.

We suspected Crohn's disease because of endoscopic findings and clinical course, and so prednisolone 30 mg/day and salazosulfapyridine 3 g/day were given, clinical course and endoscopic findings were improved. But pathologically diagnostic criteria for Crohn's disease were not satisfied and considering of his age, ischemic change was most suspected. So careful follow-up of his clinical course and repeated endoscopic examination are important for establishment of the diagnosis.

1st Dept of Internal Medicine, Jikei University School of Medicine.

<カラーは11pに掲載>