●〈症例〉

潰瘍性大腸炎と多発性骨髄腫の
合併した1例

渡部 義則 岩井淳浩 南 明宏 福元俊孝
永松 秀康 石井直樹 吉田由紀子 畠中賢司
岡田千津子 青野茂昭 岩下 悦郎 川口 淳
永尾 重昭 宮原 透 伊藤 和郎

防衛医科大学校第2内科

〔Key Words〕潰瘍性大腸炎，多発性骨髄腫

はじめに

今回われわれは，潰瘍性大腸炎(UC)と多発性骨髄腫の合併例というまれな1例を経験したので，若干の文献の検討を加えて報告する。

症例：58歳，女性。

主訴：腰痛，右足関節痛。

既往歴：53歳より高血圧にて内服加療中。

家族歴：父，高血圧，姉，気管支喘息。

現病歴：1992年頃より下痢が多くなり，他院にて注腸X線検査を行ったが，有意な所見を認めなかった。96年になり下痢回数が増加し，注腸X線検査を施行したところ，ハウストラは横行結腸まで消失しており，直腸から盲腸まで微細なバリウム斑や毛羽立ちの所見を認めた(Fig. 1)。粘血便も伴うようになり，当院にて大腸内視鏡検査を施行し，直腸から盲腸まで連続性に浮腫，発赤，びらん，膿粘液附着を認めた(Color

Fig. 1 Barium enema revealed "lead pipe appearance" from the rectum to the transverse colon, and spiculation in the total colon and rectum.

Fig. 2 Changes of the serum monoclonal protein peak.

Table 1 Laboratory data on admission.

WBC	7700/mm ³	T-Bil	0.3mg/dl	T-Chol	208 mg/dl
RBC	355 × 10 ⁴ /mm ³	AST	16 IU/l	TG	134 mg/dl
Hb	11.2 g/dl	ALT	11 IU/l	Glu	99 mg/dl
PLT	33.9 × 10 ⁴ /mm ³	LDH	137 IU/l	UA	4.7 mg/dl
IgG	4586mg/dl	ALP	225 IU/l	BUN	10 mg/dl
IgA	95 mg/dl	γ-GTP	12 IU/l	Cr	0.4 mg/dl
IgM	54 mg/dl	Ch-E	1808 U/l	Na	143 mEq/l
CRP	0.3 mg/dl	TP	8.9 g/dl	K	3.9 mEq/l
		Alb	3.3 g/dl	Cl	103 mEq/l
PT 活性	72.9 %			Ca	10.2 mg/dl
APTT	36.8 s			(補正值 10.9 mg/dl)	
Fbg	344mg/dl				

血清免疫電気泳動；M蛋白(IgG-κ type)
尿免疫電気泳動；M蛋白(-)

1A)。生検組織上も矛盾なく(Color 2)，UC(全大腸炎型，中等症)と診断した。

以後，salicylazosulfapyridine(SASP)，乳酸菌製剤の内服にて症状は軽快したが，97年1月より腰痛，右足関節痛が出現した。蛋白分画上のM-peak(Fig. 2)，骨 scintigraphy における右足関節や下位腰椎などの異常集積像などから多発性骨髄腫が疑われ，精査目的にて当院に入院となった。

入院時現症：身長145cm，体重45kg，血圧164/94 mmHg，脈拍66/分整，結膜に黄疸や貧血なく，胸部では収縮期雑音(Levine II/VI)を聴取し，腹部では特に異常を認めず。腰部，右足関節部に自発痛の他に所見を認めず。

入院時検査所見(Table 1)：UCは寛解期にあったが³⁾，RBC 355 × 10⁴/mm³，Hb 11.2g/dl と軽度貧血で，IgG 4,586mg/dl，IgM 54 mg/dl，TP 8.9g/dl と異常値を示し，血清免疫電気泳動にてIgG-κ type のM蛋白を認めた。

経過：骨髄検査にて形質細胞は10.8%と増加しており，塗抹標本では核異型を伴った2核の細胞(Color 3)や大型核を有する細胞が散見され，多発性骨髄腫に矛盾

Fig. 3 Clinical course.

しなかった。また、全身骨X線ではpunched-out lesionは明らかではなかった。

一方、UCは寛解期にあり、大腸内視鏡検査にて血管透視の低下を一部に認めるのみであった(Color 1B)。臨床経過をみると(Fig. 3)、UCに対してはSASP、乳酸菌製剤の治療にて排便回数やCRPは改善し、多発性骨髄腫に対してはMP療法にて、IgGおよび疼痛ともに改善した。

考 察

この症例において、92年にはIgGは高値であるものの、M-peakは認められず、UCをまず発症し、多発性骨髄腫を合併したと考えられた。UCにおける腸管外悪性腫瘍の発生率について、白血病、非Hodgkinリンパ腫、Hodgkinリンパ腫が高かったとする報告²⁾、胆管癌、白血病、骨髄腫、子宮内膜癌が高かったとする報告、胆嚢癌が高かったとする報告などがあるが、細網内皮系の腫瘍が目につく。

また、UCにおいて免疫グロブリン産生能の亢進やB細胞の活性化が指摘されており³⁾、良性M蛋白血症5例¹⁾、形質細胞増多症2例⁴⁾、形質細胞腫1例、多発性骨髄腫2例¹⁾の報告がある。良性M蛋白血症をきたす病態の中には感染症、感作症、自己免疫性疾患もあげられるが⁵⁾、UCもその一面を持ち合わせている可能性があり、注目に値する。さらに、良性M蛋白血症の4.7~24%が悪性化する⁶⁾といわれている。形質細胞の腫瘍化が炎症を基礎に発生することが示唆されているが、詳細は不明である⁵⁾。本症例では次第にpeakを形成し、MP療法にて縮小している(Fig. 2)。良性M蛋白血症から悪性化した可能性も考えられるが、いずれにせよM蛋白を認める場合、その推移を経過観察することが重要である。

今回われわれは、UCと多発性骨髄腫の合併したまれな1例を経験した。UCにおいて関節痛を訴える場合に、他疾患の合併も考慮し、慎重な対応が必要である。またUCの患者の増加とともに、長期間治療を受ける症例も増加している。高齢化とあいまって合併す

る悪性疾患も増えることが予想され、注意を要する。

文 献

- 1) Haeney MR, Ross IN, Thompson RA, et al: IgG myeloma presenting as ulcerative colitis. *J Clin Path*, 30: 862~867, 1977
- 2) Greenstein AJ, Gennuso R, Sachar DB, et al: Extraintestinal cancers in inflammatory bowel disease. *Cancer*, 56: 2914~2921, 1985
- 3) 名倉 宏, 大谷明夫, 福島浩平, 他: 消化管免疫と炎症性腸疾患. *病理と臨床*, 10: 165~174, 1992
- 4) Bernstein JS, Nixon DD: Ulcerative colitis disguised as multiple myeloma. *Am J Dig Dis*, 9: 625~633, 1964
- 5) 小阪昌明: 良性M蛋白血症と多発性骨髄腫—抗原依存性B細胞の腫瘍化—. *Molecular Med*, 34: 188~202, 1997
- 6) Kyle R, Witz T: Monoclonal gammopathy of undetermined significance. *Neoplastic diseases of the blood*, 3rd ed, p679, 1996

A Case of Ulcerative Colitis Complicated by Multiple Myeloma

Yoshinori Watanabe	Atsuhiko Iwai
Akihiro Minami	Toshitaka Fukumoto
Hideyasu Nagamatsu	Naoki Ishii
Yukiko Yoshida	Kenji Hatanaka
Chizuko Okada	Shigeaki Aono
Etsuro Iwasita	Atsushi Kawaguchi
Shigeaki Nagao	Touru Miyahara
Kazuro Ito	

A 58-year-old female visited a hospital due to frequent diarrhea and underwent the barium-enema revealing nothing in 1992. In 1996 colonoscopy was done due to bloody stool and revealed the active stage of ulcerative colitis, total-colitis-type.

Administration of Salicylazosulfapyridine (SASP) and lactic acid bacillus decreased the frequency of diarrhea. In January 1997, the lumbago and the right ankle pain occurred. The monoclonal protein in the serum and abnormal accumulation of the ^{99m}Tc in the bone scintigraphy were clues for multiple myeloma. An immunoelectrophoresis showed the monoclonal protein (IgG κ -type). Bone marrow aspiration revealed normocellular bone marrow with plasma cell proliferation (10.8%) and consisted with multiple myeloma. The therapy with melphalan and prednisolone was effective to reduce the monoclonal protein peak.

Only 2 cases have been reported on ulcerative colitis complicated by multiple myeloma. Several reports show that the risk is significantly increased for leukemia, non-Hodgkin lymphoma, and Hodgkin lymphoma in ulcerative colitis although the relationship between ulcerative colitis and multiple myeloma is unclear. Recently the number of ulcerative colitis patients has been increased. More attention must be paid for both colorectal and extracolonic malignant disorders in ulcerative colitis.

2nd Dept of Internal Medicine, National Defense Medical College.

<カラーは17pに掲載>