

9 十二指腸にみられた虚血性腸炎の1透析患者例

上田透析クリニック 山田和彦
 丸子中央総合病院 透析センター 都筑重利
 内科 松沢賢治
 外科 尾崎一典
 信州大学付属病院 消化器内科 長屋匡信

[症例]

患者：77歳、男性。糖尿病からの腎不全にて、透析歴6年。α-glucosidase阻害剤とSU剤の内服で、食後の血糖値は120～150mg/dl、HbA1c 5.4と良好にコントロールされ、透析前の血圧は160—70 mmHg前後で、透析中の著名な血圧低下はみられていない。

本年2月24日に腹痛と下痢がみられ、急性腸炎と診断されて止痢剤の内服で治癒したが、その1日後に、再度、強度の腹痛が出現して入院。腹部はやや膨満、上腹部に圧痛と腫瘤状の抵抗を触知したが、筋性防禦はみられなかった。体温は37.2度。

検査所見

白血球数8500/mlと軽度の増多がみられたが、血小板は正常。CRP6、IgA502mg/dlと高値であったが、IgG、M、補体、抗核抗体、ANCA、RA、凝固系などは異常なし。便の潜血(+)、便培養で病原性細菌(—)(表1)。

腹部のレ線写真では、一部にニボーを伴うガス像がみられたが、イレウスの所見はなく、エコーとCTでは、十二指腸の一部に腸管の浮腫によると思われる腫瘤状の所見がみられた(図1)。Double Balloon Endoscopyでは、トライツを越えた十二指腸に、5cmにわたる全周の浮腫、ビランや潰

表1 検査所見

血液	R	335X10 ⁴	/mm ³	CRP	6.0	
	w	8500	''	IgG	1515	mg/dl
	Hb	12.1	g/dl	IgA	502	''
	Ht	36.5	%	IgM	38	''
	Plt	25.9X10 ⁴	/mm ³	C3	80	mg/dl
血清	TP	6.2	g/dl	C4	22	''
	Alb	3.2	''	CH50	42	u/ml
	GOT	17	IU/l	抗核抗体	X40	
	GPT	13	''	MPO-ANCA	(—)	
	LDH	148	''	RA	(—)	
	Na	136	mEq/l	PT	12.2 秒	
	K	5.8	''	APTT	28.0 秒	
	Cl	102	''	CEA	1.0 ng/ml	
	Ca	9.1	mg/dl	CA	199	10.7 U/ml
	P	4.0	''	便 潜血	(+)	
				細菌培養	病原性細菌(—)	

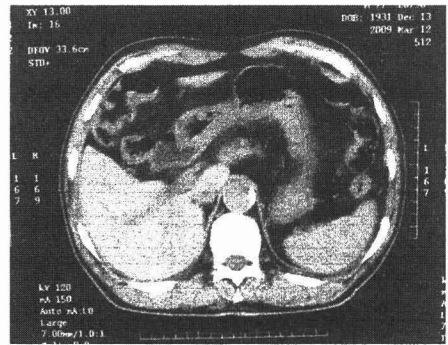


図1 腹部CT

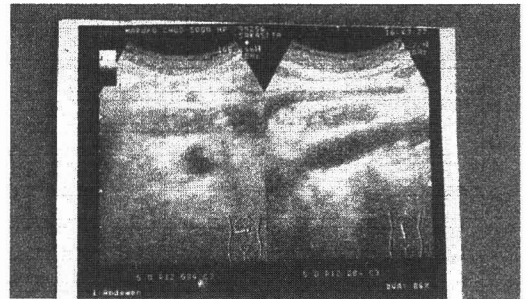


図2 腹部エコー

山田和彦 上田透析クリニック

〒386-0033 上田市 御所 674

瘍がみられ、ヘノホーシェンライン紫斑病または虚血性腸炎の所見であった(図2)。生検のHistologyでは粘膜上皮の脱落、広範囲な出血、血管周辺に好中球潤、幼弱な再生性腺管みられたが、血管に血栓はなく、免疫染色で血管壁にはIgAはみられなかった。

以上の所見から、虚血性腸炎と診断された。なお、DBE施行時と、その後も2回両下腿にanaphylactoid purupulaがみられ、それぞれ数日で消失した。関節の腫脹や疼痛はみられなかった。

経過: 特別の治療することなく、4日間の絶食で腹痛は軽減し、順調な経過で21病日に退院となった。

【考案】

虚血性腸炎は明確な定義はないが、一般的には、腸間膜血管の循環障害による腸管の病変、変化とされており、その誘因として、動脈の閉塞、low flow state, 小血管病変, 腸管内圧の亢進などがあげられているが¹⁻²⁾、透析患者の多くはこれらの誘因があり、abdominal anginaは日常的によくみられている。虚血性腸炎のほとんどは大腸にみられるが、我々が以前に経験した虚血性腸炎の4手術例では³⁻⁴⁾、S字状結腸の慢性経過の狭窄を除いて、他は全て小腸にみられ、そのうちの1例はアルミニウム骨症へのDFO投与が誘因となった、空腸から回腸の広範囲な壊死のみられた消化管型ムコール症で、他の2例は回腸終末部に約20cmにわたる病変がみられ、1例は心嚢炎を合併して低血圧のため、透析中ノルアドレナリンの点滴をうけていたことが誘因と考えられ、病変部は壊死におちいていた。もう1例は、血圧も正常で、年齢も30代であり、原因は不明であったが、病変部は浮腫、変色、ビラン、出血、好中球の浸潤がみられたものの、壊死にはいたってなかった。

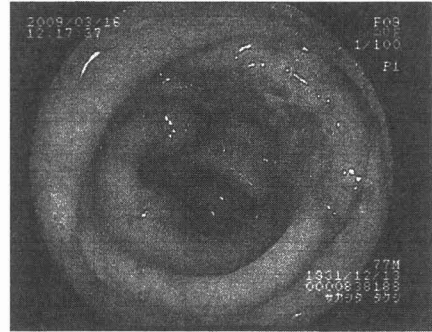


図3 十二指腸 内視鏡

虚血性腸炎は狭窄型、壊死型、一過性型に分類されるが⁶⁾、問題は保存的治療でreversibleかirreversibleかということである。我々の手術例では狭窄型を除いて腹部所見や検査データから急性腹症として手術にふみきったが、壊死型はきわめて予後不良といわれており⁶⁾、その見極めはなかなか困難である。虚血性腸炎の診断にはエコー検査が有用といわれているが、内視鏡検査もその診断、治療にきわめて有用であり⁷⁾、最近では、小腸にもDBEやカプセル内視鏡が行われるようになってきたので、今後は病変の状況がより正確に把握できるものと期待される。

この例ではヘノホーシェンライン紫斑病との鑑別診断も問題となった。ヘノホは隆起性紫斑、関節の腫脹や疼痛、腹痛を3主徴とする、IgAが関与する全身の血管炎で、アメリカリウマチ学会の診断基準では、紫斑、腹痛、好中球の浸潤、20歳以下の4項目のうち、二つ以上あてはまれば、86%の特異性で診断できるとされている。ヘノホの消化管病変の多くは回腸にみられるが、最近では十二指腸の変化が目玉されている。

本例では血管壁にIgAが陰性で、虚血性腸炎と診断されたが、紫斑がみられたこと、血液中のIgAが高かったこと、経過が良好であったこと、病変が十二指腸にみられたことなどを考えると、ヘノホも否定できないと考えられた。

【結語】

十二指腸に限局性にみられた、虚血性腸炎の1例を報告した。透析患者は虚血性腸炎を合併しやすい状況にあり、その診断や治療には十分の留意が必要と思われる。

文献

- 1) Reeders, J.W.A.J et al: Ischemic Colitis, p 17, 38, 84. Martinus Nijhoff, the Hague, 1994
- 2) 山本登司 他：虚血性大腸炎の症状と背景因子、臨床消化器内科 3：1115-1125, 1988
- 3) 山田和彦 他：透析患者にみられた虚血性腸炎の2例 長野県人工透析研究会誌 13:53-55, 1990
- 4) 山田和彦 他：透析患者にみられた虚血性大腸炎と虚血性小腸炎の各1例、日腎誌 31, 1261, 1989
- 5) Marston A et al: Ischemic colitis. Gut 7:1-15, 1966
- 6) 望月英隆 他：虚血性大腸炎の外科手術の適応をめぐって 臨床消化器内科 3:1173-1188, 1988
- 7) 佐竹儀隆：虚血性腸炎の内視鏡検査 臨床消化器内科 3:1137-1143, 1988