

●症例

上行結腸狭窄をきたした
好酸球性腸炎の1例真坂 彰¹⁾ 毛利勝昭 田中守義 奥田桂子
飯塚一郎²⁾¹⁾国立精神・神経センター国府台病院消化器科, ²⁾同外科
(Key Words) 好酸球性腸炎, 結腸狭窄

はじめに

今回イレウスで発症し上行結腸狭窄を認め、術後好酸球性腸炎と診断された1例を経験したので報告する。

症例：69歳、男性。

主訴：腹痛、嘔吐。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：30歳、肺結核、胸郭形成術。63歳、前立腺肥大手術。アレルギー歴、寄生虫疾患の既往はない。

現病歴：平成6年9月23日夕食後に突然、上腹部痛、嘔吐をきたし、救急車で来院し入院となった。

入院時現症：体格中等大、栄養良好。血圧113/59 mmHg、脈拍56回/分(整)。貧血、黄疸を認めず。胸部に理学的異常所見を認めず。腹部はやや膨隆し、軽

Table 1 Laboratory data on admission.

Urinalysis :		Liver function tests :		
Protein	(-)	Total protein (g/dl)	6.8	
Sugar	(-)	Albumin (%)	50.7	
Urobilinogen	(-)	α_1 -globulin (%)	3.9	
		α_2 -globulin (%)	9.6	
Feces :		β -globulin (%)	10.6	
Parasite egg	(-)	γ -globulin (%)	10.6	
Occult blood	(-)	T.cholesterol (mg/dl)	120	
		T.bilirubin (mg/dl)	0.4	
Blood analysis :		GOT (IU/l)	12	
RBC	($\times 10^3/\mu\text{l}$)	3.82	GPT (IU/l)	10
Hb	(g/dl)	11.5	LDH (IU/l)	271
Ht	(%)	35.9	Al-p (IU/l)	59
Platelets	($\times 10^3/\mu\text{l}$)	332	γ -GTP (IU/l)	13
WBC	($\times 10^3/\mu\text{l}$)	6.8	T.T.T. (u)	3.0
St.				
Seg.	61.1			
E.	2.7	Serological tests :		
B.	0.2	CRP (mg/dl)	0.68	
Mon.	7.7	IgG (mg/dl)	2218	
Ly.	29.6	IgA (mg/dl)	374	
Plas.	0	IgM (mg/dl)	125	
Bleeding time (min)	1.5	IgE (mg/dl)	72	
Prothrombin time (sec)	12.2	Wa-R	(+)	
Virus marker :		Blood chemistry :		
HBs-Ag	(-)	BUN (mg/dl)	10	
HCV-Ab	(-)	Creatinine (mg/dl)	1.2	
Tumor marker :		Na (mEq/l)	140	
CEA (ng/ml)	0.6	K (mEq/l)	4.8	
AFP (ng/ml)	1.6	Cl (mEq/l)	100	
		Fe ($\mu\text{g}/\text{dl}$)	56	
		Amylase (U/dl)	106	
		Sugar (mg/dl)	98	

い緊満がみられ、右側腹部に軽度圧痛を認めた。

入院時検査所見：末梢血液検査では、白血球数は13,000/mm³と増加し、CRPは18.5mg/dlと強陽性であった。直ちに絶食、補液、抗生素による治療を開始し、2日後の末梢血液検査(Table 1)では、白血球数は正常化し、好酸球增多も認めなかった。

入院後経過：腹部単純X線検査所見で一部に鏡面像の形成、腸管の拡張がみられた。イレウス管を挿入し、症状の改善をみた。

上部消化管内視鏡検査では、異常を認めず。

腹部CT検査(Fig. 1)：上行結腸の狭窄部位に壁の肥厚を認めた。

大腸X線検査(Fig. 2)：上行結腸に著明な狭窄像を認めた。

大腸内視鏡検査所見(Color 1)：上行結腸にピンホール様の狭窄像を認め、その周囲は平滑で、良性病変を思わせた。同部位の生検組織像では、粘膜固有層内に中等度の炎症細胞(特に好酸球)の浸潤が認められた。

上行結腸の狭窄が強く、平成6年11月21日に右半結腸切除術が施行された。

肉眼切除標本(Fig. 3)：全周性の狭窄を認め、狭窄部の長さは約8.0cm、粘膜面は多数の小潰瘍、および潰瘍瘢痕を認めた。

同部の組織像(Color 2)：U1 IIの非特異性潰瘍の形成とリンパ濾胞を伴う炎症性細胞の浸潤を認めた。連続標本では異物肉芽腫や寄生虫卵、虫体は認められず、好酸球性腸炎と診断された。

考 察

好酸球性胃腸炎は1937年Kajier¹⁾が報告して以来、欧米では多くの報告がみられる。著者らが検索した本邦報告例は100例で、病変部位は胃小腸が多く、大腸に病変を認めるものは14例であった。手術された症例は27例で、大腸手術例はわずか2例にすぎず、1例は急性虫垂炎として、2例目は大腸癌合併症例として

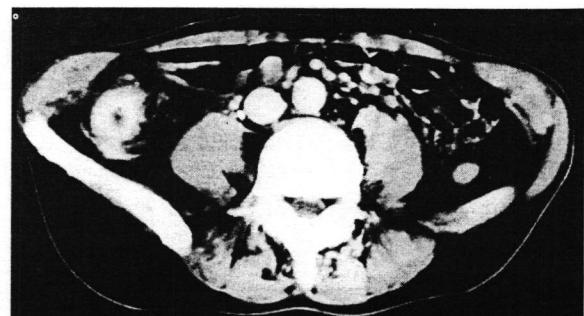


Fig. 1 CT scan of the abdomen showed the thickening of the wall of the stenosis of the ascending colon.



Fig. 2 Barium enema revealed severe stenosis of the ascending colon.

手術されていた。自験例は上行結腸の狭窄のため病変切除が行われ、切除標本の組織所見から診断された。

1973年 Greenberger ら²⁾は診断基準に①胃、腸管壁好酸球浸潤、②末梢血好酸球增多、③特定食品摂取後の症状出現の3項目をあげ、すべての条件を満たさなくともよいとし、また Klein³⁾は好酸球の浸潤の深さから、粘膜浸潤型、筋層浸潤型、漿膜浸潤型の3型に分類し、臨床的に身体的症状を加えたものを用いている。自験例は、組織学的には粘膜を中心に一部筋層に及ぶ好酸球の浸潤をきたし、腹痛、嘔吐を主症状とした筋層浸潤型であった。本症の病因としてはアレルギー機序、免疫異常などが想定されている。

一般に治療にはステロイドが使用されているが、再発例の報告も多く長期の経過観察が必要である。自験例では現在までのところ再発はみられていない。

おわりに

上行結腸に狭窄をきたした好酸球性腸炎の極めてまれな症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) Kaijser R: Zur Kenntnis der allergischenn Affectionen den Verdauungskanals vom Standpunkt des Chirurgenaus. Arch Klin Chir, 188: 36~64, 1937
- 2) Greenberger N, Gryboski JE: Allergic disorders of the intestine and eosinophilic gastroenteritis. Gastrointesti-



Fig. 3 Resected specimen showed circumferential stenosis of the ascending colon. The mucosa had numerous small ulcers and scars.

nal disease, p1066~1082, WB Saunders, Philadelphia, 1973

- 3) Klein NC, Hargrove RL, Slesinger MH, et al: Eosinophilic gastroenteritis. Medicine, 49: 299~319, 1970

A Case Report of Colonic Stenosis Due to Eosinophilic Enteritis

Akira Masaka¹⁾ Katsuaki Mohri
Moriyoshi Tanaka Keiko Okuda
Ichiro Iizuka²⁾

The colon is seldom involved in eosinophilic gastroenteritis, and reports on operated cases are scarce. We recently experienced a patient with colonic stenosis due to eosinophilic colitis, diagnosed after surgery.

A 69-year-old man suddenly developed abdominal pain and vomiting after supper in Sept 1994, and was admitted as an emergency case. The abdomen was slightly distended with a tenderness in the right flank. There were leukocytosis and positive CRP, and the abdominal film suggested ileus. CT and barium enema demonstrated a marked stenosis of the ascending colon. Colonoscopy recognized a pinhole stenosis with surrounding smooth mucosa. Biopsy of the lesion showed a moderate degree of infiltration with predominant eosinophils. Because of severe stenosis, right hemicolectomy was carried out two months from admission. The mucosa had numerous small ulcers and scars, and histologically there were non-specific ulcers (UI-II), lymph follicles and inflammatory cells. There was no foreign body granuloma or parasitic ova.

The commonly used diagnostic criteria are those proposed by Greenberger. Klein divided cases into three types depending on the site of involvement. Our case may be categorized as "muscular infiltration" type. For the etiology, allergy and immunological abnormalities are suggested. Steroids are used for treatment, but recurrence is common. There has as yet been no sign of recurrence in our patient.

¹⁾Dept of Gastroenterology, and ²⁾Dept of Surgery, Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry.

<カラーは16pに掲載>