

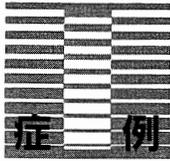
AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

小児科 (1998.06) 39巻7号:859～863.

大腸に主病変を認めた好酸球性胃腸炎の小児例

長屋建、片野俊英、竹田津原野、白井勝、石岡透、坂田
宏、丸山静男、太田智之、折居裕



大腸に主病変を認めた 好酸球性胃腸炎の小児例

長屋 建¹⁾ 片野俊英¹⁾ 竹田津原野¹⁾ 白井 勝¹⁾
石岡 透¹⁾ 坂田 宏¹⁾ 丸山静男¹⁾ 太田智之²⁾
折居 裕²⁾

はじめに

好酸球性胃腸炎は症状はさまざまだが末梢血の好酸球増多，腸管壁の好酸球浸潤，特定食品での症状の出現を特徴²⁾とする。その多くは上部消化管に主病変をもつが²⁾，今回われわれは大腸を主病変とする好酸球性胃腸炎の小児例を経験したので報告する。

I. 症 例

【症 例】 11歳，男児

主訴：血便，体重減少

既往歴：気管支喘息（1歳時のみ），アトピー性皮膚炎（1歳時から認めている），真珠腫性中耳炎（7歳時に手術を施行）

家族歴：母方の祖父が大腸ポリープの既往あり

現病歴：平成8年2月から8月までに約4kgの体重減少があり，4月からは肉眼的血便がみられていたが放置していた。平成8年7月に顔色不良と鮮血下痢便を主訴に近医を受診し，貧血と直腸内視鏡での点状出血を認め当科紹介入院となった。腹痛，嘔吐，嘔気，発熱などの

自覚症状はなく，食欲もあった。

現病歴：体重28.3kg（肥満度-0.7%），身長130.2cm（-1.5SD）。腹部は軟らかく，圧痛，自発痛なし，腸音亢進なし。眼瞼結膜は貧血様であった。

入院時血液検査結果（表）：白血球12,700/ μ l，好酸球9%（1,325/ μ l）と増多を認め，IgE 394 IU/mlと軽度高値であった。Hb 6.9 g/dlと重度の貧血を認めた。CRP 0.9 mg/dl，赤沈20 mm（1時間値）と炎症反応は強くなかった。便中寄生虫卵は陰性だった。

入院時大腸内視鏡所見（図1，2）：上行結腸にはアфта様の潰瘍が多発し，横行結腸の粘膜は珊瑚状に粗く広範な粘膜の脱落を認めた。回腸末端には縦走潰瘍を認めた。これらはいずれも非連続性に認めている。

病理所見：粘膜筋板から粘膜下層にリンパ球，形質細胞を含む好中球の浸潤を認めた。好酸球も認めるが目立たない。

入院後経過（図3）：入院時大腸内視鏡所見からクローン病などの炎症性腸疾患を疑い絶飲食とし，中心静脈栄養管理を開始した。便潜血は2~3+で経過し，末梢血好酸球は最高で23%まで上昇した。しかし1カ月間の絶食でも下痢血便は改善せず，入院14日から開始した経腸栄養

1) Ken NAGAYA et al. 旭川厚生病院小児科 2) 同 消化器科

【連絡先】 ☎ 078-0000 旭川市1条通24丁目111-3 旭川厚生病院小児科

表 入院時検査結果

血液		抗核抗体	陰性
WBC	12,700/ μ l	C3	126 mg/dl
Seg	68%	C4	26 mg/dl
Band	1%	CH50	44.7 単位
Lym	18%	IgG	1979 mg/dl
Eos	9%	IgA	171 mg/dl
好酸球数	1,325/ μ l	IgM	207 mg/dl
RBC	401/mm ³	IgE	394 IU/ml
Hb	6.9 g/dl	PT%	79%
Ht	23.3%	APTT	31 秒
Plt	75.8/mm ³	フィブリノーゲン	446 mg/dl
TP	7.1 g/dl	便	
Alb	3.6 g/dl	潜血反応	
GOT	15 IU/l	オルトリジン法	3+
GPT	7 IU/l	グアヤック法	3+
LDH	362 IU/l	免疫法	+
BUN	1.5 mg/dl	虫卵	陰性
Cr	0.7 mg/dl	尿	
Na	139 mEq/l	pH	6.5
K	4.3 mEq/l	比重	1.025
Cl	103 mEq/l	蛋白	—
TC	120 mg/dl	糖	—
TG	114 mg/dl	潜血	—
Fe	18 μ g/dl	ケトン体	—
TIBC	324 μ g/dl	ビリルビン	—
CRP	0.9 mg/dl	ウロビリノーゲン	±
ESR	20 mm (1 時間値)		



図1 入院時大腸内視鏡 (横行結腸)
珊瑚状に隆起した粘膜を認める。

でむしろ便が悪化したため、入院 30 日から 5-ASA (5-aminosalicylic acid) を開始した。

その後一時的に便潜血は陰性化した

が、50 日ごろから再度便潜血が陽性となった。また同時期に一時低下していた末梢血好酸球の再上昇がみられ、大腸内視鏡での粘膜生検でも腸壁への好酸球の浸潤がはっきりしてきた (図 4) ため好酸球性胃腸炎を考え、入院 60 日からプレドニゾロン 60 mg/日の内服を開始した。内服開始前、上部消化管内視鏡を施行したが食道、胃、十二指腸には病変を認めず、粘膜生検でも炎症像や好酸球浸潤は認めなかった。プレドニゾロン内服 1 週間後には便潜血は陰性化し、末梢血好酸球も減少したため、2 週間後から食事を開始した。その後も症状の悪化を認めず、内服 1 カ月後の大腸粘膜生検では好酸球浸潤は消失していた。プレドニゾロンは漸減中止しそれに伴い DSCG (disodium cromoglicate) の内服を併用し退院した。その後一度再発したがステロイド

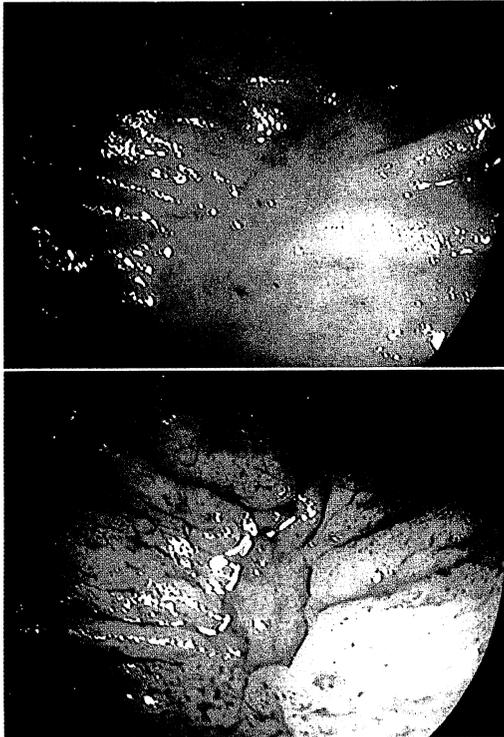


図2 入院時大腸内視鏡（横行結腸）
粗く広範囲な粘膜の脱落を認める。色素により鮮明となっている。

の再投与にて改善し、その後半年間はDSCGの内服のみで再発を認めていない。

II. 考 察

好酸球性胃腸炎は原因不明なまれな疾患でとくに小児例の報告は少ない^{1)~3)}。診断基準²⁾は、①末梢血好酸球増多（または骨髓液中の好酸球増多³⁾）、②腸管壁への好酸球浸潤、③特定食物摂取での症状発現、といわれているが必ずしも3症状は必要ではなく、主に前2者によって診断されている¹⁾⁴⁾。Kleinら⁵⁾は腸壁の好酸球浸潤部位から本疾患を以下の3つに分類している。

① predominant mucosal layer disease：粘膜層を侵すタイプで粘膜症状として消化管出血やそれに伴う貧血や蛋白漏出、体重減少を起こす。

② predominant muscle layer disease：筋層を侵すタイプで腸管壁の肥厚を生じ閉塞性変化をきたしやすい。

③ predominant subserosal layer disease：

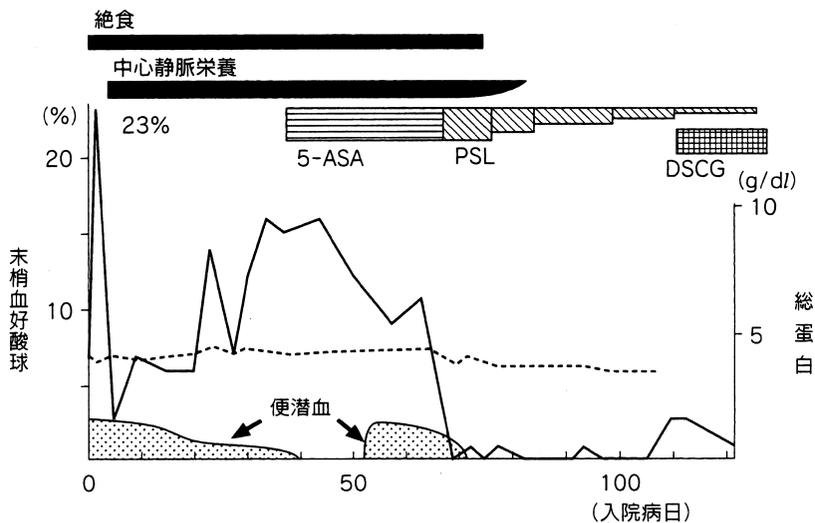


図3 入院後の経過

5-ASA：5-aminosalicylic acid, PSL：predonisorone, DSCG：disodium cromoglicate, 実線：末梢血好酸球, 破線：総蛋白

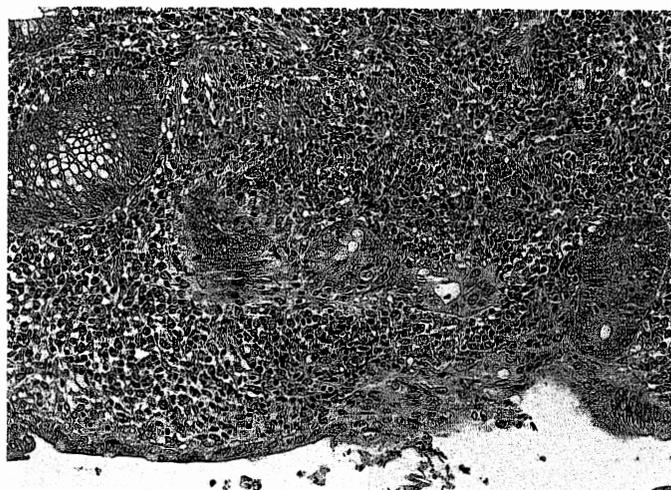


図4 入院1カ月の大腸粘膜生検組織像 (HE染色)
粘膜内に形質細胞を含む炎症細胞の浸潤を認め、さらに好酸球浸潤が目立つ。

漿膜層を侵すタイプで漿膜変化のため好酸球性の腹水を生じる。

それぞれのタイプでその症状、検査所見は異なる。本症例は重度の貧血や鮮血下痢便を認めたことから predominant mucosal layer disease と考えられたが、粘膜生検しか施行しておらず筋層、漿膜層への好酸球浸潤の有無は不明である。

predominant mucosal layer disease の内視鏡所見は粗造で易出血性の腸粘膜で潰瘍性病変をびまん性に認めるといわれている。本症例も同様な所見を入院時に認めていたが、入院時粘膜生検では好酸球浸潤は明らかでなく、縦走潰瘍や非連続性病変を認めたことからクローン病を疑って治療を開始していた。しかし入院中に末梢血好酸球は23%まで上昇し、粘膜生検でも好酸球浸潤が明らかになってきたため本疾患と診断した。

本疾患の主病変は上部消化管、主に胃であることが多く、下部消化管にその主病変をもつ例は少ないといわれている^{9)~8)}。Naylor ら⁹⁾によれば過去220例の報告中大腸に発症した例は11%であり、Lee ら⁷⁾の報告では過去に大腸に発

症した報告例は33例しかいない。またその平均年齢は37歳(13~87歳)で小児ではさらに少ない。西村らの報告⁹⁾では大腸のみに発症した例は4/60例(6.6%)、大腸と他部位とを併発した例は10/60例(16%)とやはり少なく、小児は1例のみであった。

本症例は食道、胃、十二指腸には病変を認めず、主に大腸に主病変を認めている。ただし小腸の検索は十二指腸と回腸末端しかしていないが、経過中に総蛋白の低下をまったく認めなかったことから、小腸病変はあっても軽度であったと考える。この点から本症例は好酸球性胃腸炎のうちでも特異な例であると思われた。

しかしこれまでの報告例は下部消化管の評価がされていないものも多く、大腸病変が見逃されている可能性も否定できなく、実際には大腸病変を認める例はもう少し多いかもしれない。好酸球性胃腸炎は食道から大腸まで全消化管に発症しうる⁶⁾¹⁰⁾。また外見上正常にみえる部位でも生検で好酸球浸潤を認めることもある⁷⁾。したがって、好酸球性胃腸炎が疑われたならできれば全消化管を検索すべきであろう。

本疾患の治療法はステロイドが一般的であ

る。ステロイド投与により緩解に至る例は多いが、投与中止後または減量中の再発例の報告もみられている。最近 DSCG, ketotifen や N-5'などが有効であったとする報告がみられるが一定の見解を得ていない。小児では長期投与が可能なこれらの薬剤がステロイドより使いやすく、今後の検討が望まれる。

III. 結 論

① 食道, 胃, 十二指腸には病変を認めず, 大腸に主病変をもった好酸球性胃腸炎の小児例を経験した。

② 本症例にステロイドを使用し著効した。

本論文の要旨は日本小児科学会北海道地方会第239回例会(1998.5.18 札幌)で発表した。

文 献

1) 浅木 茂:好酸球性胃腸炎—その診断と治療. 総合臨床 44:1885-1886, 1995

- 2) 村上和成, 藤岡利生, 那須 勝:好酸球性胃腸炎. 感染・炎症・免疫 24:48-51, 1994
- 3) Rita MS et al: The spectrum of eosinophilic gastroenteritis. Report of six pediatric cases and review of the literature. Clin Pediatr Phila 30:404-411, 1991
- 4) 三富弘之ほか:再発をくり返した好酸球性胃腸炎の1例. Gastroenterol Endosc 29:1226-1231, 1987
- 5) Klein NC et al: Eosinophilic gastroenteritis. Medicine 49:299-319, 1970
- 6) Matsushita M et al: Eosinophilic gastroenteritis involving the entire digestive tract. Am J Gastroenterol 90:1868-1870, 1995
- 7) Lee M et al: Eosinophilic gastroenteritis. South Med J 89:189-194, 1996
- 8) Naylor AR: Eosinophilic gastroenteritis. Scott Med J 35:163-165, 1990
- 9) 西村 浩, 大浦元孝, 富田哲男:好酸球性胃腸炎の1例および本邦60例の文献的考察. Gastroenterol Endosc 31:2196-2205, 1989
- 10) Talley NJ et al: Eosinophilic gastroenteritis: A clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. Gut 31:54-58, 1990