

# AMCoR

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

日本臨床外科学会雑誌 (2006.08) 67巻8号:1824~1827.

特発性血小板減少性紫斑病を伴った潰瘍性大腸炎の1例

宮本正之, 河野透, 大沼淳, 海老澤良昭, 間宮規章, 葛西眞一

症 例

## 特発性血小板減少性紫斑病を伴った潰瘍性大腸炎の1例

旭川医科大学外科学講座消化器病態外科学分野

宮本正之 河野透 大沼淳  
海老澤良昭 間宮規章 葛西真一

症例は46歳、男性。1989年に潰瘍性大腸炎(UC)と診断され投薬治療を受けていた。1998年より投薬なしで寛解を維持していたが、2001年12月に再燃し当院内科入院となった。ステロイド投与、白血球除去療法(LCAP)にて症状は軽快したが、2002年1月血小板減少をきたし特発性血小板減少性紫斑病(ITP)と診断された。ステロイド、シクロスポリン投与によりUC、ITPとも寛解が得られていたが、2002年10月に再燃し下血を認めたため入院となった。UCに対しステロイド投与、LCAPを行うも治療に抵抗性であった。その経過中、ITPについての病態は安定していた。2002年12月13日大腸全摘術、回腸囊肛門吻合、回腸双孔式ストーマ造設、脾臓摘出術を行った。術後経過は良好であった。術後血小板数は正常範囲を維持している。UCとITPは共に免疫学的機序がその発症に関与していると考えられているが、両疾患の合併は稀である。

索引用語：潰瘍性大腸炎，特発性血小板減少性紫斑病

### 緒 言

潰瘍性大腸炎と特発性血小板減少性紫斑病の合併は稀であり、本邦報告例も検索しえた限りでは19例と少ない。今回、われわれは特発性血小板減少性紫斑病に伴った潰瘍性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

患者：46歳、男性。

主訴：腹痛，下血。

現病歴：1989年より潰瘍性大腸炎(UC)の診断にて投薬治療されていた。2002年1月、血小板減少を認め特発性血小板減少性紫斑病(ITP)と診断された。ステロイド、シクロスポリンの投与や白血球除去療法(LCAP)を行うもUCの病勢は治療抵抗性であり、同年12月手術目的にて当科転科となった。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：長男が潰瘍性大腸炎。

血液検査所見：赤血球数 334万/ $\mu$ l, Hb 9.4g/dl と、小球性低色素性貧血を認めた。血小板は3.3万/ $\mu$ l

と著明に減少していた。またPAIgGは483ng/ $10^7$ cellsと異常高値を示した。抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。

大腸内視鏡所見：S状結腸から横行結腸まで炎症性ポリープが密在し、その間に活動性潰瘍を認め、数石像を呈していた(図1)。

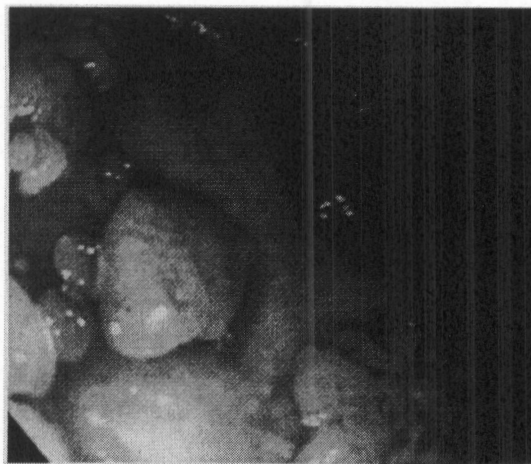


図1 大腸内視鏡所見：S状結腸から横行結腸まで炎症性ポリープが密在し、その間に活動性潰瘍を認め、数石像を呈していた。

2006年5月8日受付 2006年5月24日採用

〈所属施設住所〉

〒078-8510 旭川市緑ヶ丘東二条1丁目1-1

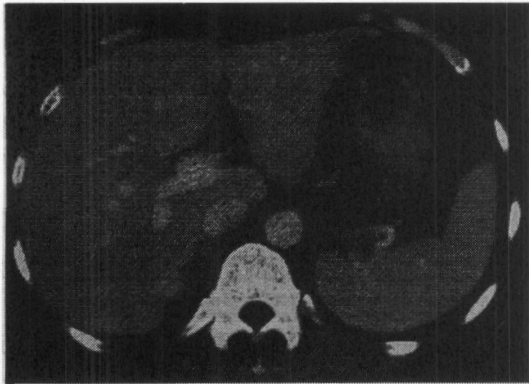


図2 腹部CT：大腸は全体に壁肥厚を認めたが、巨大結腸はCT上では認められなかった。また軽度の脾腫を認めた。

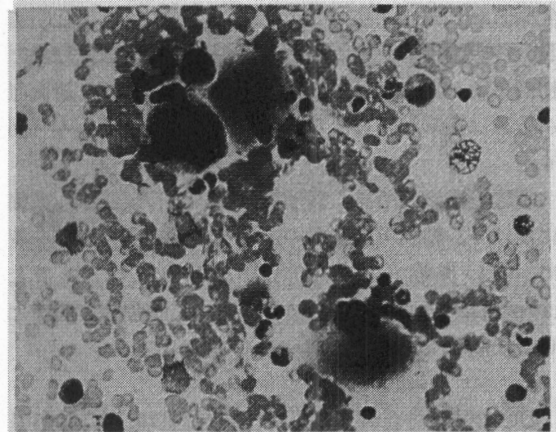


図3 骨髄像 (M-G 染色400倍)：有核細胞数は軽度増加し、血小板付着像に乏しい巨核球が著明に増加し、ITP における骨髄像として矛盾しない所見であった。

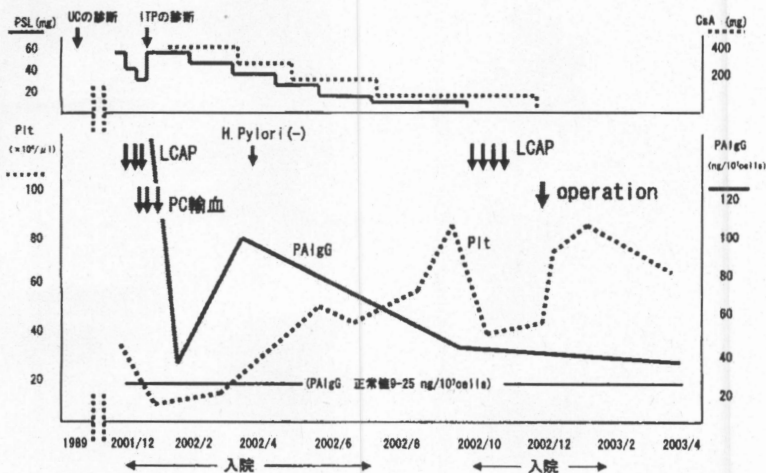


図4 臨床経過：2002年1月、血小板の著明な低下を認めITPの診断となった。PAIgGは経過中高値であったが、術後血小板数は正常化した。

腹部CT：大腸は全体に壁肥厚を認めたが、巨大結腸は認められなかった。また軽度の脾腫を認めた(図2)。

骨髄穿刺像：有核細胞数は軽度増加し、血小板付着像に乏しい巨核球が著明に増加し、ITPにおける骨髄像として矛盾しない所見であった(図3)。

臨床経過：1989年より前医にて潰瘍性大腸炎の診断をうけ、内服治療されていた。2001年12月発熱、下血あり、再燃の診断で当院内科を紹介され入院。ステロイドおよびLCAPにて緩解となったが、入院中の2002年1月血小板が1.7万まで減少した。精査にて特発性血

小板減少性紫斑病と診断された。UCに対しLCAPが効果的であったためステロイドを漸減していたが、ITPに対する治療のため、再度投与量を増やし、シクロスポリンの併用も開始した。その後血小板数は正常範囲となり、UCの病勢も落ち着いたため一旦退院した。その後の経過中もPAIgGは常に高値であった。上部消化管内視鏡では、ヘリコバクターピロリ菌は認められなかった。2002年10月下血と全身倦怠感の増強を認め、再燃のため再度入院。LCAPにて臨床的には一旦寛解となったが、病状が不安定であり、入院期間が長期にわたりQOLを損ねていたため、同年12月、大腸

全摘術，J型回腸囊肛門吻合，回腸双孔式人工肛門造設，脾臓摘出術を施行した。手術後の経過は良好で，初回手術から5ヵ月後に人工肛門を閉鎖した。術後血小板数は正常範囲となり，現在も維持されている（図4）。

病理組織学的所見：病理標本では上行結腸から直腸にかけて，粘膜下層までの著明な炎症細胞の浸潤を認め，強い炎症があったものと考えられた。また cryptitis, crypt abscess も認められ，潰瘍性大腸炎として矛盾しない所見であった。

#### 考 察

UC の腸管外合併症として，結節性紅斑，鉄欠乏性貧血，自己免疫性溶血性貧血，原発性硬化性胆管炎などが知られている。検索しえた限り，本邦では ITP を合併した UC の報告例は自験例を含め19例であった。

19例中男性が13例，女性が6例で，発症年齢は17歳から60歳で，平均は33歳であった。

発症時期については，UC の診断の後に ITP を発症した例が14例，ITP が先行したものが1例，同時に発症したものが4例であった。UC 先行例において UC と診断されてから ITP を発症するまでの期間は，最短1ヵ月，最長は本症例の13年であった。

病型分類は全大腸炎型が11例，左側大腸炎型が5例，不明が3例であった。

また臨床経過は急性型が9例，寛解再燃型が7例，不明が3例であった。

治療に関しては，保存的治療のみのもものが13例，脾臓摘出術を受けたものが3例，大腸全摘術を受けたものが1例，大腸全摘術と脾臓摘出術を施行したものが自験例を含め2例であった<sup>1)~3)</sup>。

UC と ITP は共に免疫学的機序がその発症に関与していると考えられている。UC に合併する ITP の発症機序として，大腸粘膜の荒廃により，生体が腸内細菌へ濃密に曝露されることが考えられている<sup>4)</sup>。血小板表面の糖蛋白と腸内細菌の一部に分子相当性があり，交叉抗原性を持つために血小板に対する自己抗体が産生され，血小板の破壊に至るとされている<sup>5)</sup>。

本症例では，UC が内科的治療に抵抗性であったため，手術治療が施行された。大腸全摘術が UC のみならず ITP をも改善しえたという報告もあるが<sup>6)7)</sup>，自験例では，大腸全摘に加え脾臓も施行した。ITP において脾臓は重要な抗体産生臓器であるとともに，血小板破壊部位でもある。従って脾臓は ITP に対して，治療効果を期待しやすい治療法である<sup>8)</sup>。本症例でも術

後 PAIgG 値は高値であったが，血小板数は正常化しており，脾臓は有効であったと考えられる。

UC に合併した ITP の手術適応については定まっていないが，当科では，大腸全摘を施行する際に可能であれば同時に脾臓を施行した方が，より ITP に対する治療効果が高まると考えている。

#### 結 語

特発性血小板減少性紫斑病を伴った潰瘍性大腸炎の1例を経験したので，若干の考察を加え報告した。

自験例では大腸全摘術と脾臓摘出術を同時に施行し，経過良好であった。

#### 文 献

- 1) Mizuta Y, Isomoto H, Kadokawa Y, et al: Immune thrombocytopenic purpura in patients with ulcerative colitis. *J Gastroenterol* 38: 884-890, 2003
- 2) 阿部幸夫, 鶴留洋輔, 平田敬治他: 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を合併した潰瘍性大腸炎 (UC) に対する1手術例. *日本大腸肛門病会誌* 57: 302, 2004
- 3) 毛利教生, 竹末芳生, 今村祐司他: 特発性血小板減少性紫斑病を合併した潰瘍性大腸炎の1例. *日臨外会誌* 64(増刊号): 627, 2003
- 4) Zlatanich J, Korelitz BI, Wisch N, et al: Inflammatory Bowel Disease and Immune Thrombocytopenic Purpura: Is There a Correlation? *Am J Gastroenterol* 92: 2285-2288, 1997
- 5) Kodaira M, Hanai H, Kajimura M, et al: Further Evidence That Exacerbation of Ulcerative Colitis Causes the Onset of Immune Thrombocytopenia: A Clinical Case. *Am J Gastroenterol* 94: 1408-1410, 1999
- 6) Kathula SK, Polenakovic H, El-Tarabily M, et al: Complete Resolution of Refractory Immune Thrombocytopenic Purpura After Colectomy for Ulcerative Colitis. *Int J Clin Pract* 55: 647-648, 2001
- 7) Bauer WM, Litchin A, Lashner BA, et al: Can Colectomy Cure Immune Thrombocytopenic Purpura in a Patient with Ulcerative Colitis? *Dig Dis Sci* 44: 2330-2333, 1999
- 8) 加藤 淳: 特発性血小板減少性紫斑病. *臨床医* 26(増刊号): 1283-1286, 2000

## A CASE OF ULCERATIVE COLITIS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Masashi MIYAMOTO, Toru KONO, Sunao ONUMA,  
Yoshiaki EBISAWA, Noriaki MAMIYA and Shinichi KASAI  
Division of Gastroenterologic and General Surgery, Asahikawa Medical College

The patient was a 46-year-old man, who had been given medicines for ulcerative colitis (UC) since 1987 and then had been in a remission state without medication since 1998. In December 2001, he was admitted to the hospital because of recurrence of UC. His condition was improved with steroid and leucocytapheresis (LCAP). However, he developed thrombocytopenia in January 2002, and was diagnosed as having idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). UC and ITP were made into remission by using steroids and cyclosporin. He was admitted to the hospital again because of bloody stool in October 2002. Despite steroids and LCAP, the state of UC was resistant to medication. As for ITP, his condition was stable. Accordingly surgical treatment was applied to him in December 2002. Operative procedures included Total colectomy with ileal pouch anal anastomosis, double barreled ileostomy and splenectomy. The patient's post-operative course was uneventful. The counts of platelet have been kept within normal range.

It is suggested that the pathogeneses of UC and ITP are both related to the immunological process. However, the coexistence of these two diseases like in this case is rare.

---