

# 麻痺性イレウスと腹水を伴った虚血性腸炎が発症した SLEの1例

総合病院町立大淀病院内科

西浦公章, 川野貴弘, 澤井伸之  
鶴田俊介, 森岡泰子, 山野繁

奈良県立医科大学第1内科学教室

土肥和紘

## A CASE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS COMPLICATED BY ISCHEMIC ENTERITIS WITH PARALYTIC ILEUS AND ASCITES

KIMIYUKI NISHIURA<sup>1)</sup>, TAKAHIRO KAWANO<sup>1)</sup>, NOBUYUKI SAWAI<sup>1)</sup>,  
SHUNSUKE TSURUTA<sup>1)</sup>, YASUKO MORIOKA<sup>1)</sup>, SHIGERU YAMANO<sup>1)</sup> and KAZUHIRO DOHI<sup>2)</sup>

1) Department of Internal Medicine, Oyodo Municipal Hospital

2) The First Department of Internal Medicine, Nara Medical University

Received May 19, 1994

**Abstract:** A case of systemic lupus erythematosus complicated by ischemic enteritis with paralytic ileus and ascites is reported. The patient was a 39-year-old female. A diagnosis of SLE was made in January 1991. Her condition was maintained with low doses of prednisolone (5mg/day). She was admitted to our hospital because of abdominal pain on August 1, 1992. US and plain film of the abdomen disclosed the existence of ischemic enteritis, ileus and ascites. Low CH50 was seen in July 2, 1992. She was treated with high doses of prednisolone (40mg/day) and recovered 20 days later. The present case indicates that intestinal lesion and lower CH50 were markers of the active stage.

### Index Terms

SLE, intestinal lesion

### はじめに

### 症 例

全身性エリテマトーデス(SLE)は、皮膚以外にも、腎、中枢神経、心、呼吸器系などに多彩な臨床病変を呈する自己免疫疾患である。特にループス腎炎と中枢神経病変の合併例は、重篤な症状を呈することから、SLEの予後決定因子とされている。一方、SLEは、種々の程度の消化器病変を合併することも知られている。今回著者らは、SLE診断後の経過観察中に、麻痺性イレウス、さらに腹水を伴った虚血性腸炎が発症した症例を経験したので報告する。

症 例：39歳，女性。

主 訴：腹痛。

現病歴：1991年1月に蛋白尿の精査を目的として当科に入院した。本例は、入院時に1982年の改訂全身性エリテマトーデス分類基準分類<sup>1)</sup>の白血球減少症、抗核抗体陽性、腎障害、LE細胞陽性の4項目を満足しており、SLEと診断された。1991年2月18日に施行された腎生検所見は、mesangial lupus nephritis(WHO II a)に一致した。治療薬のプレドニゾロンは、40mg/日で投与を開始、尿蛋白量の減少を確かめてから減量し、1991年9

月4日には維持量の5mgが投与されていた。全経過中、抗DNA抗体、CRP、LEテスト、抗核抗体、赤沈などの活動性を示す指標は正常範囲内、あるいは陰性であったが、血清補体値は常に低値を示した(Fig. 1)。1992年8月1日、嘔気、嘔吐および腹痛が突然に出現した。下痢は認めなかった。腹部単純レ線写真で小腸に異常ガス像が認められたため、再入院した。

家族歴・既往歴：特記するものはない。

入院時現症：体格と栄養は中等。体温は36.8°C、脈拍は80/分で整、血圧は100/60 mmHg。眼結膜に貧血はなく、球結膜に黄疸もない。胸部は、打・聴診に異常を認めない。腹部は、心窩部に強い圧痛を認めるが、筋性防御がなく、高調のグル音も聴診されない。眼瞼と下肢に浮腫もない。神経学的所見にも異常はない。

検査成績：検尿では蛋白尿と円柱尿、血液学的検査ではリンパ球数の減少と総蛋白量の低下が認められた

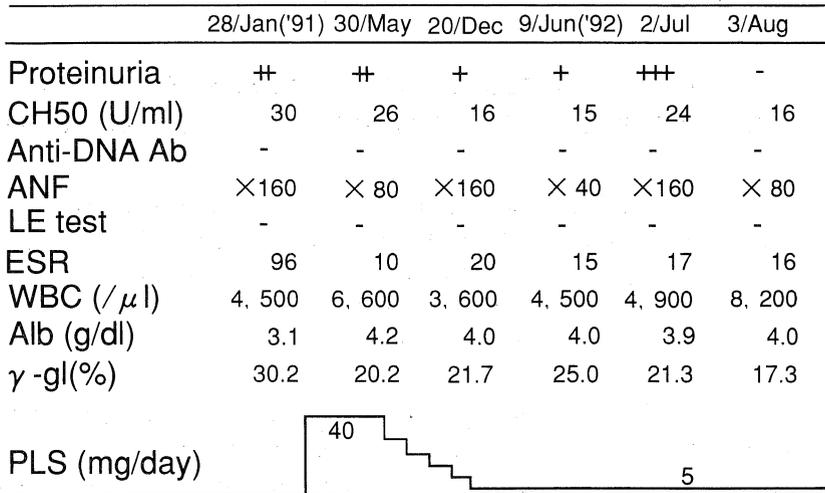


Fig. 1. Clinical course from 28/Jan/1991 to 3/Aug/1992.

Table 1. Laboratory data on admission

Urinalysis	Biochemistry	Serology
protein (+)	TP 5.6 g/dl	CRP 0.7 mg/dl
sugar (-)	Alb 63.3 %	RA (-)
occult blood (±)	α <sub>1</sub> 3.8 %	C3 34 mg/dl
Sed.	α <sub>2</sub> 9.5 %	C4 13 mg/dl
RBC 2~3/hpf	β 6.4 %	CH 50 16.4 U/ml
WBC 5~6/hpf	γ 17.0 %	ANF ×80
cast (-)	GOT 24 U/l	DNA - Ab (-)
Feces	GPT 7 U/l	LE test (-)
occult blood (-)	AIP 77 U/l	HBsAg (-)
Hematology	LDH 576 U/l	Wa - R (-)
RBC 425×10 <sup>4</sup> /μl	γ-GTP 10 U/l	anticardioliplin factor (-)
Hb 12.7 g/dl	T.Chol 174 mg/dl	ASCITES
Ht 38.6 %	TG 117 mg/dl	xanthochromic
WBC 8,200/μl	AMY 87 U/l	SG 1,028
Stab 7 %	Na 143 mEq/l	Rivalta (-)
Seg 72 %	K 3.8 mEq/l	protein 2.8 g/dl
Eo 0 %	Cl 107 mEq/l	DNA-Ab (-)
Ba 0 %	BUN 125 mEq/l	LE test (-)
Lymph 17 %	Scr 1.1 mg/dl	microorganism (-)
MONO 5 %	UA 4.9 mg/dl	cytology class II
PLTs 31×10 <sup>4</sup> /μl		
ESR 16 mm/h		

(Table 1). 免疫・血清学的検査では、低補体価と抗核抗体陽性が認められたが、抗DNA抗体、CRPおよびLEテストは正常範囲内あるいは陰性であった。また抗カルジオリピン抗体とループス抗凝血素も陰性であった。

入院後経過：入院時の腹部X線像では小腸に異常ガス像、皺壁浮腫像および母指圧痕像(Fig. 2)、また腹部エコーでは腹水と小腸壁の肥厚が認められた。これらの所見から、麻痺性イレウスと腹水を伴った虚血性腸炎と診断し、症状の改善を期待してイレウス管を挿入した。8月10日にはイレウス状態は改善したが、腹水の貯留は持続しており、さらに胸水も加わった。胸・腹水の出現から、全身性エリテマトーデス活動性判定基準<sup>9)</sup>を参考にしSLEの活動性が亢進したと判断し、8月11日からプレドニゾロンを40 mg/日に増量した。8月13日には腹水、嘔気および異常ガス像も消失した。そこで実施した胃内視鏡および小腸二重造影所見には、異常がなかった。一方、大腸内視鏡検査(Fig. 3)では、S字状結腸にびらんが認められた。しかし大腸生検像は、粘膜に浮腫性変化が認められたにすぎず、血管炎や単核球浸潤の所見を欠いていた。臨床所見の改善したので9月10日からプレドニゾロンを20 mg/日に減量し、9月15日に退院した。

## 考 察

SLEは、多種・多様の臨床症状を呈する自己免疫疾患であり、ことに腎・中枢神経系・心・呼吸器系障害の合併頻度が高い。特にループス腎炎と中枢神経合併症は、生命予後を左右するので重要といえる。一方、悪心、腹痛などの消化器症状も症例の約半数に出現するが、重篤な消化管病変は稀とされている<sup>9)</sup>。平山<sup>4)</sup>は、SLE 83例中2例に小腸穿孔を認めたと報告している。大腸病変については、本邦では1990年までに12例の報告がみられるにすぎない<sup>5)</sup>。しかし近年の治療法の進歩とともに、SLEの生存期間が延長しており、そのために従来では観察されなかった重篤な消化管病変に遭遇する機会も増加するものと予測される。今回著者らは、SLEと診断されてから1年7か月後に、麻痺性イレウスと腹水を伴った虚血性腸炎が発症した1例を経験した。

SLEの腸病変は、腸管壁の血管炎に起因すると考えられている。また血管炎は、剖検例の検討では、粘膜下組織あるいは漿膜下組織の部位に認められている<sup>6)</sup>。今回の症例は、結腸びらん部の生検組織所見に血管炎を欠いており、粘膜の浮腫像のみが認められるにすぎなかった。血管炎による腸病変は、内視鏡的生検では粘膜下組織を十分に採取することが困難なために、従来から (1)虚血性腸炎型、(2)蛋白漏出性腸症型、(3)大腸多発潰瘍型の3

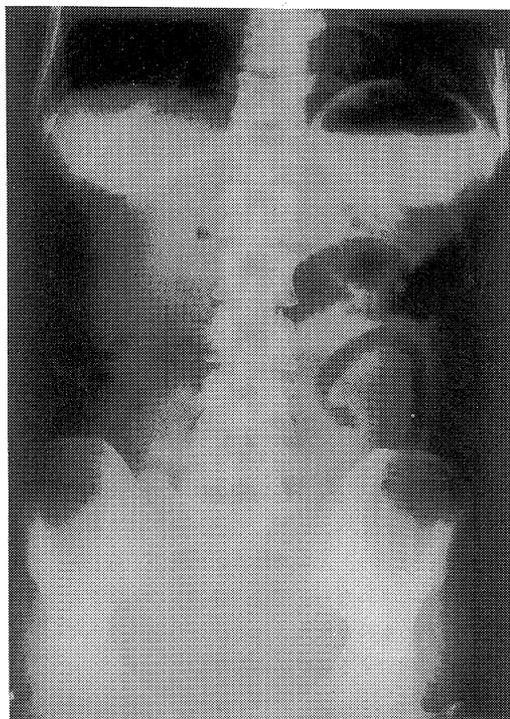


Fig. 2. Abdominal roentgenogram on admission revealed thickening of the folds and thumb-printing in the small intestine.

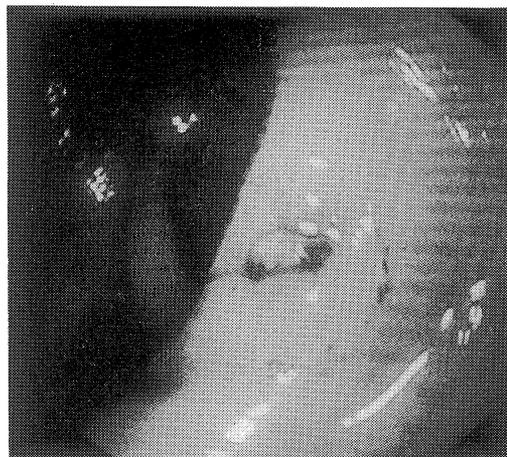


Fig. 3. Endoscopic picture showed an erosion in the sigmoid colon.

型に分類されている。今回の症例は、小腸X線検査で皺壁浮腫像、母指圧痕像を認めたことから虚血性腸炎型に相当する。また腹水を認めたことより蛋白漏出性腸症型を合併している可能性を捨てきれない。この蛋白漏出に

ついで、現在、適切な検査法がないので結論が下せなかった。消化・吸収能についても同様である。さらに大腸に潰瘍病変が認められなかったが、びらん性病変が認められたことから大腸病変の軽症例とも考えられる。

SLEの活動性判定基準<sup>2)</sup>が厚生省特定疾患自己免疫調査研究班によって作成されている。(1)発熱、(2)関節痛、(3)顔面およびその他の紅斑、(4)口腔潰瘍または大量脱毛、(5)血沈の促進、(6)低補体血症、(7)白血球減少、(8)低アルブミン血症、(9)LEテストの項目中3項目以上が陽性であれば、活動性があるとされる。今回の症例は、経過観察中および入院時ともに、活動後の指標には変動を示さなかった。したがって、入院時では、前述の判定基準<sup>2)</sup>からSLEの活動性を示さなかったといえるが、腸病変の出現をみたことから、活動性があったと考えるのが妥当であろう。飯田<sup>6)</sup>は、SLE腸病変症例5例全例に低補体価が認められたと述べている。本例では、経過中に持続していた低補体価は、入院時にさらに低値を示した。つまり低補体価のさらなる低値は、腸病変の指標となり得る可能性があるものと推測される。この点については、症例を重ねて検討する必要があるであろう。

## 結 語

SLEと診断されてから1年7か月後に、麻痺性イレウスと腹水を伴った虚血性腸炎が発症した1例を経験したので報告した。

本症例の要旨は第59回日本消化器病学会近畿支部例

会(大阪)において発表した。

## 文 献

- 1) Tan, E. M., Cohen, A. S., Fries, J. F., Masi, A. T., Mcshane, D. J., Rothfield, N. F., Schaller, J. G., Talal, N. and Winchester, R. J.: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* **25**: 1271-1277, 1982.
- 2) 横張龍一: SLE活動性判定基準. 厚生省特定疾患自己免疫疾患調査研究班昭和60年度研究業績集. p 50-57, 1986.
- 3) Dubois, E. D. and Tuffanelli, D. L.: Clinical manifestation of systemic lupus erythematosus computer analysis of 520 cases. *JAMA.* **190**: 112-119, 1964.
- 4) 平山洋二: 膠原病と消化器病変. *臨床消化器内科* **5**: 1845-1851, 1990.
- 5) 五十嵐正広, 勝又判栄, 小林清典, 芦原 毅, 西元 寺克禮, 高橋俊毅, 三富弘之, 中 英男, 岡田 純: SLE治療中に直腸潰瘍穿孔を来たした一例. *胃と腸* **26**: 1285-1290, 1991.
- 6) 飯田三雄, 末兼浩史, 望月裕一, 八尾隆史, 壬生隆一, 田中啓二, 八尾恒史, 藤島正敏: 全身性エリテマトーデス患者にみられた腸病変. *胃と腸* **26**: 1235-1246, 1991.