

## 腹痛発作が先行し、診断に難渋した Henoch-Schönlein 紫斑病の一例

### A case of Henoch-Schönlein Purpura with Preceding Abdominal Pain

澤井 康弥<sup>1)</sup>      高添 愛<sup>1)</sup>      斉藤 裕樹<sup>1)</sup>      柏谷 朋<sup>1)</sup>      平野 史倫<sup>1)</sup>  
Koya Sawai      Ai Takazoe      Hiroki Saito      Tagui Kashiwaya      Fuminori Hirano

辻 忠克<sup>2)</sup>      安部 茂<sup>2)</sup>      横浜 吏郎<sup>2)</sup>  
Tadakatsu Tsuji      Shigeru Abe      Shiro Yokohama

松本 学也<sup>2)</sup>      安尾 和裕<sup>2)</sup>      西村 英夫<sup>2)</sup>  
Kakuya Matsumoto      Kazuhiro Yasuo      Hideo Nishimura

<sup>1)</sup> NHO 旭川医療センター 消化器内科

Department of Gastroenterology, Asahikawa Medical Center, NHO

<sup>2)</sup> NHO 旭川医療センター 総合内科

Department of General Internal Medicine, Asahikawa Medical Center, NHO

## 要 旨

症例は 20 歳代女性。遷延する腹痛発作に対して腹部造影 CT 検査、および上下部内視鏡検査では確定診断がつかず診断に難渋していた。入院後 14 日目に下肢に触知可能な紫斑を認めたため、Henoch-Schönlein 紫斑病を疑い、皮膚生検を実施し確定診断された。診断後副腎皮質ホルモン剤投与によって腹痛発作は速やかに改善した。腹痛発作が皮膚症状に先行する症例では診断に難渋することが多い。

キーワード：Henoch-Schönlein 紫斑病

## はじめに

Henoch-Schönlein 紫斑病は、全身性の免疫学的反応が関与した血管炎の一つである<sup>1)</sup>。症状としては紫斑とともに腹痛、関節痛、腎炎などを生じる<sup>1)</sup>。腹痛発

作が皮膚症状に先行するのは Henoch-Schönlein 紫斑病の 10～20% とされており、他の急性腹症との鑑別が必要となる<sup>1)</sup>。今回我々は腹部症状と紫斑出現までの期間が長く、診断に難渋した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

澤井 康弥      NHO 旭川医療センター消化器内科  
〒070-8644 北海道旭川市花咲町 7 丁目 4048 番地  
Phone:0166-51-3161,Fax:0166-53-9184      E mail:k.sawai@asahikawa.hosp.go.jp

## 症 例

症例：23歳 女性

主訴：上腹部痛

現病歴：X-1年6月に上腹部痛を主訴に当科を初診、上下部内視鏡検査、腹部超音波検査、造影CT検査では明らかな異常所見を認めず、急性腸炎の診断で入院。絶食補液により症状はすみやかに改善した。X年1月上旬より食後の腹痛が再燃、入院2日前より嘔気、嘔吐も出現したため、外来受診。即日入院となった。

既往歴：特記事項なし

嗜好歴：喫煙なし、飲酒なし

家族歴：特記事項なし

入院時現症：体温 36.9℃、血圧 120/80mmHg、脈拍 79回/分、整、SpO<sub>2</sub>:96%(Room Air)

意識清明。貧血黄疸なし。心音雑音なし。腹部は平坦、軟。腸蠕動音は減弱。左季肋部を最強点として、腹部全体に圧痛を認め、左季肋部に反跳痛を認めた。

### 入院時検査所見 (表1)

血液検査：WBC 12,000/ $\mu$ L, CRP 0.43mg/dL と軽度の炎症反応を認めた。血小板数は正常であった。また ESR 34mm/h と赤沈の亢進、CH50 53.2 と血清補体価の上昇、PA-IgG 101.0 ng/10<sup>7</sup>cells と上昇、ANA 160倍 と抗核抗体陽性を認めた。尿検査では潜血 1+, 便培養は陰性であった。

入院後の経過：腹部造影CT検査では十二指腸のTritz韌帯近傍の腸管壁および上行結腸の壁肥厚を認めた (Fig.1a, 1b, 1c, 1d)。複数部位で炎症所見を認めたため、炎症性腸疾患の可能性を疑い、上下部内視鏡検査を行

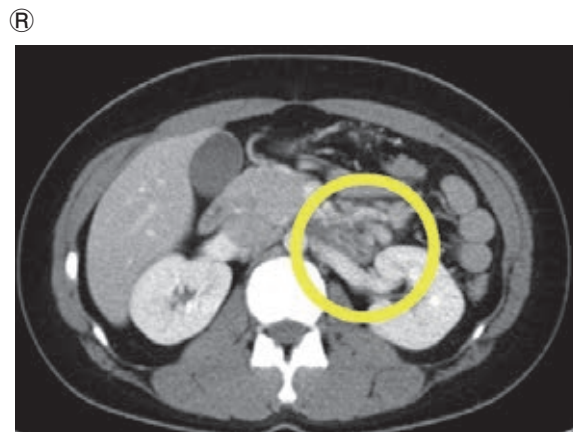


Fig.1a. 腹部造影CT検査所見。十二指腸のTritz韌帯近傍の腸管壁の肥厚を認めた。

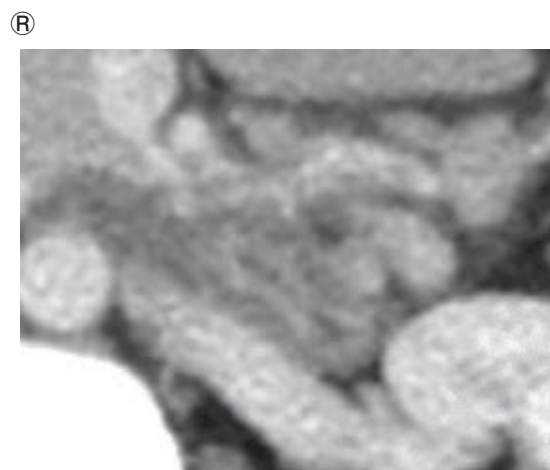


Fig.1b. 腹部造影CT検査所見。Fig.1aの丸の部分拡大。

表1 入院時血液検査所見

| CBC         |   | Biochemistry  |            | Serological examination |                              | Urinalysis    |           |
|-------------|---|---------------|------------|-------------------------|------------------------------|---------------|-----------|
| WBC         | 12000 /mm <sup>3</sup>                  | ALB           | 4.4 g/dl   | ESR' 60                 | 12 mm                        | Prot.         | (-)       |
| Neut        | 75.8 %                                  | T-Bil         | 0.77 mg/dl | ESR' 120                | 34 mm                        | Glu.          | (-)       |
| RBC         | 4.53 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> | AST           | 12 U/L     | CH50                    | 53.2                         | Ket.          | (+/-)     |
| Hb          | 14.5 g/dl                               | ALT           | 12 U/L     | IgG                     | 989 mg/dl                    | OB.           | (1+)      |
| Ht          | 40.9 %                                  | LDH           | 139 U/L    | IgA                     | 330 mg/dl                    | Uro           | (+/-)     |
| Plt         | 29.5 x 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> | ALP           | 178 U/L    | IgE                     | 9.7 mg/dl                    | Bil.          | (-)       |
| Electron    |   | $\gamma$ -GPT | 16 U/L     | PA-IgG                  | 101 ng/10 <sup>7</sup> cells | WBC           | (-)       |
| Na          | 140 mEq/L                               | BUN           | 8.3 mg/dl  | ANA                     | X160                         |               |           |
| K           | 3.9 mEq/L                               | Cre           | 0.44 mg/dl | PR3-ANCA                | (-)                          | Stool Culture | No Growth |
| Cl          | 104 mEq/L                               | AMY           | 70 U/L     | MPO-ANCA                | (-)                          |               |           |
| Ca          | 9 mEq/L                                 | CK            | 50 U/L     | 抗GBM抗体                  | (-)                          |               |           |
| Blood Sugar |   | CRP           | 0.43 mg/dl | 抗血小板抗体                  | (-)                          |               |           |
| BS          | 107 mg/dl                               |               |            | 血小板第IV抗体                | (-)                          |               |           |
|             |   |               |            | 抗カルシオニン抗体               | (-)                          |               |           |

®



Fig.1c. 腹部造影 CT 検査所見。上行結腸の壁肥厚を認めた。

®

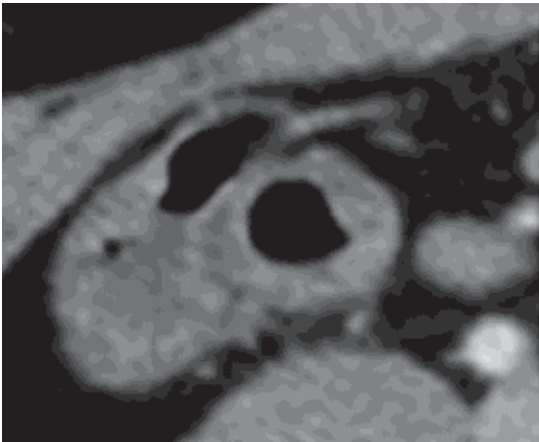


Fig.1d. 腹部造影 CT 検査所見。Fig.1c の丸の部位を拡大。

った。上部内視鏡検査では十二指腸の水平脚に局限した発赤、びらんを伴った粘膜の浮腫状変化を認めた (Fig.2a, 2b)。同部位より生検を行ったが、好中球浸潤による炎症所見を認めるのみであった (Fig.3)。下部内視鏡検査ではバウヒン弁の肛門側に 2/3 周性の白苔、発赤を伴った粘膜の浮腫状変化を認めた (Fig.4a, 4b)。同部位より生検を行ったが、好中球浸潤による炎症所見を認めるのみであった。この時点では鑑別疾患として炎症性腸疾患、感染性腸炎、薬剤性腸炎、虚血性腸炎、ループス腸炎などを疑ったが、確定診断に至らなかった。絶食、補液および鎮痛剤投与にて経過観察したが、腹痛は改善しなかった。

入院 14 日目に下肢に触知可能な紫斑が出現したため (Fig5a, 5b)、Henoch-Schönlein 紫斑病を疑い、他院皮膚科にて皮膚生検を行った。真皮乳頭層から浅層の血管周囲に好中球を主体とした炎症細胞の浸潤を認め、強拡大では真皮乳頭層の血管内皮の腫大、赤血球の

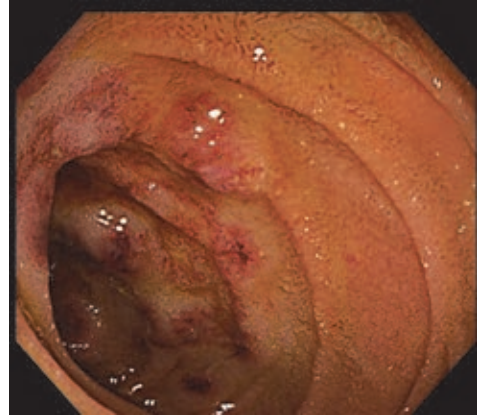


Fig.2a. 上部内視鏡検査所見。十二指腸水平脚に局限した炎症性変化を認めた。表面は浮腫状で、びらん形成が散在しており、粘膜も全体的に発赤調であった。



Fig.2b. 上部内視鏡検査所見。十二指腸水平脚に局限した炎症性変化を認めた。表面は浮腫状で、びらん形成が散在しており、粘膜も全体的に発赤調であった。

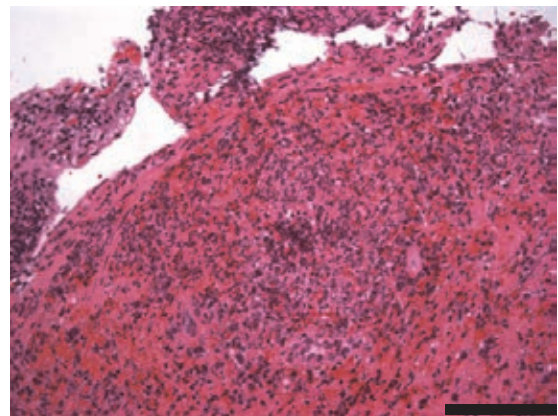


Fig.3. 十二指腸粘膜生検所見 (HE 染色)。好中球浸潤による炎症性変化を認めた。(scale bar;100µm)



Fig.4a. 下部内視鏡検査所見。バウヒン弁の肛門側に白苔を伴った2/3周性の炎症性粘膜を認めた。



Fig.5b. 皮膚所見。拡大図。



Fig.4b. 下部内視鏡検査所見。バウヒン弁の肛門側に白苔を伴った2/3周性の炎症性粘膜を認めた

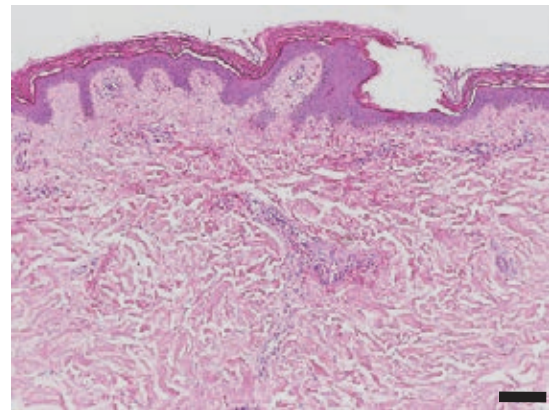


Fig.6a. 皮膚生検所見 (HE 染色)。真皮乳頭層から浅層の血管周囲に好中球を主体とする炎症細胞の浸潤を認める。(scale bar;100 $\mu$ m)



Fig.5a. 皮膚所見。両下肢に触知可能な紫斑が認められた。

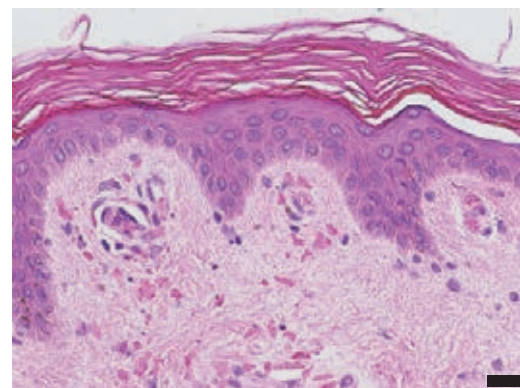


Fig.6b. 皮膚生検所見 (HE 染色)。真皮乳頭層の血管内皮の腫大がある。好中球の浸潤ははっきりしないが、周囲に核塵があり、赤血球の血管外漏出を認める。白血球破碎性血管炎に矛盾しない所見と考えた。(scale bar;20 $\mu$ m)

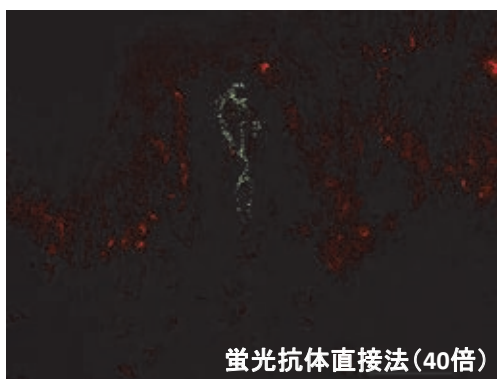


Fig.6c. 皮膚生検所見、蛍光抗体直接法（40倍）。真皮乳頭層の血管壁にI g Aが顆粒状に沈着している。（C3もわずかに沈着。I g G、I g Mは陰性だった。破線は表皮真皮境界を表す。）

血管外露出を認めた。蛍光抗体法にても血管壁にIgAの顆粒状の沈着を認めHenoch-Schönlein紫斑病に矛盾しない結果となった(Fig6a, 6b, 6c.)。

入院後14日から21日目までメチルプレドニゾロン(mPSL)125mg/dayによるパルス療法を実施し、すみやかに腹痛の改善を認めた。入院22日目よりプレドニゾロン(PSL)の内服に切り替え、徐々に減量を行い、30mg/dayで腹痛の再燃を認めず、38日目に退院となった。退院後、外来にて徐々にPSLの減量を行い、9か月後にはPSL内服を中止した。3ヶ月後の腹部CT検査では発症時の壁肥厚に改善を認め、10ヶ月後の上部内視鏡検査でも生検部位の癒痕による発赤以外には異常所見は認めらなかった。

## 考 察

Henoch-Schönlein紫斑病はIgA免疫複合体を中心としたアレルギー性血管炎であり、全身の細血管炎に基づいて皮膚、消化管、腎臓、関節などに全身症状をきたす疾患である<sup>1)</sup>。小児に好発する疾患であり、成人発症例は全体の5%と報告されている<sup>2)</sup>。なかでも、自経例のように腹部症状が皮膚症状に先行するのは全体の10~20%と報告されている<sup>1)</sup>。

アメリカリウマチ学会によるHenoch-Schönlein紫斑

病の診断基準は、1) 触知可能な紫斑、2) 発症年齢20歳以下、3) 腹部アングーナ、4) 生検による血管壁への顆粒球浸潤の4項目のうち2項目を満たすものを、Henoch-Schönlein紫斑病と診断するとされており、皮膚症状を認めない状態で診断は困難であり、腹部症状が先行した場合に他の急性腹症との鑑別が必要となる。

Henoch-schönlein紫斑病に伴う腹痛は血管炎を主体とした限局的な腸管虚血による炎症と考えられる<sup>3)</sup>。典型的な腹部CT検査所見は消化管の不均一な壁肥厚を認め、内視鏡検査所見で連続しない発赤、浮腫、びらんの炎症性粘膜であり<sup>4)</sup>、本症例でも同様の所見を呈していた。皮膚症状のない非典型的な症例においては、消化管に散発する炎症所見が血管炎などの全身疾患を想起する因子として重要である。血管炎関連の腹痛として、ループス腸炎やHenoch-Schönlein紫斑病が多く、SLEを否定することが診断の一助となる可能性がある。紫斑が認められない場合においても、腹痛発作の鑑別疾患の一つにHenoch-Schönlein紫斑病を考慮することが必要であり、全身精査が必要である。

本論文の要旨は、第275回日本内科学会北海道地方会(2015年12月5日、札幌)にて発表した。

## 引用文献

- 1) 相馬 寧, 杉浦 信之, 服部 祐爾, 他: 内視鏡所見を経時的に観察しえたHenoch-Schönlein紫斑病の1成人例. 日本消化器内視鏡学会雑誌 2011; 53:1241-1250
- 2) 清水 謙司, 中西 章人, 林 隆志, 他: 腹部症状を主訴に発症したHenoch-Schönlein紫斑病の1開腹例. 日本消化器外科学会雑誌 2004;37:247-251
- 3) 長見 晴彦. 腹痛, 感染痛症状を伴った血管性紫斑病の4例. 島根医学 2007;27:84-87
- 4) 岩室 雅也, 大家 昌源, 吉岡 正雄, 他: Schönlein-Henoch紫斑病による腹痛症を呈し、内視鏡所見を観察しえた成人男性の2例. 岡山医学会雑誌 2005;117:127-133