

山本加奈子¹⁾ 尾崎 敬治¹⁾ 別宮 浩文¹⁾ 石橋 直子¹⁾
原 朋子¹⁾ 後藤 哲也¹⁾ 坂本 幸裕²⁾

1) 徳島赤十字病院 総合診療科

2) 南徳島クリニック

要 旨

症例はアスピリン喘息治療中の30歳代、女性。来院2カ月前から上腹部痛を繰り返し、プロトンポンプ阻害薬を内服中であった。症状の増悪のため、当院救急外来を紹介受診した。腹部に自発痛を認めるが、圧痛点は不明瞭であった。WBC 14,950/ μL 、好酸球19.1%（絶対数2,850/ μL ）と著増を認め、CTでは、腹水貯留やび慢性の小腸壁肥厚が認められた。精査加療目的に入院した。内視鏡検査では、十二指腸球部から下行脚にかけて粘膜は浮腫状で点状発赤、管腔の狭小化を認め、回腸末端では粘膜の発赤、軽度のびらんが見られた。ダグラス窩穿刺では、腹水中に多数の好酸球を認め、好酸球性胃腸炎と診断した。prednisolone内服にて治療を開始し、腹痛は改善した。prednisolone漸減中に腹部症状の再燃を認め、一時的に増量した後、注意深く漸減した。アスピリン喘息患者に好酸球増多を伴う消化器症状が見られた場合には本症を疑い、積極的に内視鏡検査、組織検査を行うことが重要である。

キーワード：アスピリン喘息、好酸球性胃腸炎、腹痛再燃

はじめに

アスピリン喘息は、シクロオキシゲナーゼ (COX) 阻害薬、とくにCOX-1阻害作用をもつアスピリンなどのNSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）に対し、鼻閉・鼻汁、喘息発作をきたす非アレルギー性の過敏症である¹⁾。好酸球性副鼻腔炎を高率に合併するが、近年、好酸球性中耳炎、好酸球性胃腸炎などの気道外病変を合併しやすいことが注目されている^{2),3)}。我々はアスピリン喘息の治療中に強い上腹部痛で発症し、腹水貯留を伴った好酸球性胃腸炎の1例を経験したので報告する。

症 例

患 者：30歳代 女性

主 訴：上腹部痛

現病歴：1年前より鼻汁、喘息症状を発症し、近医を受診した。アスピリン喘息と診断され、モンテルカスト内服、ブデソニド・ホルモテロール吸入により治療中であった。来院2カ月前より上腹部痛を繰り返し、

前医にて処方されたプロトンポンプ阻害薬も一時的に効果はあったものの、症状は持続していた。来院2日前より腹部症状の増悪を認め、当院救急外来を紹介受診した。

既往歴：20歳 交通外傷による全身打撲症

服薬歴：アレルギー歴：食物 香辛料、トマトなど
薬物 ピリン系

身体所見：身長162cm、体重80kg、BMI 30.5kg/m²と肥満を認めた。

BP：150/104mmHg、HR：125/分、BT：37.0℃、SpO₂：98%（room air）であった。

腹部はfattyで軟。腹部には自発痛を認めるが、肥満のため圧痛部位ははっきりしなかった。

検査所見：入院時検査所見を表1に示す。尿検査に異常はなく、血液検査では白血球14,950/ μL 、好酸球19.1%（絶対数2,850/ μL ）と著しい増加を認めた。

生化学検査では著変見られず、IgEは127IU/L、PR3-ANCA、MPO-ANCAは陰性、抗核抗体は1：40、ダニ・スギ・ハウスダストなどのアレルギー特異IgEが陽性であった。アニサキスIgGは陰性であった（表1）。

画像検査：来院当日に施行した腹骨盤部単純CT検査

表1 入院時検査所見

<u>Peripheral blood</u>		<u>Blood chemistry</u>		<u>Serological tests</u>	
Hb	13.3 g/dL	T-Bil	0.5 U/L	CRP	0.98 mg/dL
RBC	546×10 ⁴ /μL	AST	11 U/L	抗核抗体	40 倍
Ht	42.1 %	ALT	8 U/L	均質型	40 倍
WBC	14,950 /μL	LDH	248 U/L	斑紋型	40 倍
Neut	61.9 %	ALP	229 mg/dL	PR3-ANCA	<1.0
Eosino	19.1 %	CK	24 U/L	MPO-ANCA	<1.0
Baso	0.1 %	Amy	40 U/L	IgE	127 IU/L
Mono	3.0 %	BUN	10 mg/dL	MAST33	ダニ, スギ, ハウスダスト, 小麦, 大豆
Lymph	15.9 %	Cre	0.55 mg/dL	アニサキス IgG	1.01(-)
Plt	33.1×10 ⁴ /μL	Na	138 mEq/L		
MCV	77.1 fL	K	4.0 mEq/L		
MCH	24.4 pg	Cl	102 mEq/L		
MCHC	31.6 %				

(図1)では、肝周囲、ダグラス窩に腹水貯留とび慢性の小腸壁の肥厚が認められた。また、左卵巢皮様嚢腫も認められたが、下腹部に圧痛なく、卵巢茎捻転は否定的と考えた。

臨床経過：精査加療目的に入院した。入院3日目と6日目に上部消化管および大腸内視鏡検査をそれぞれ施行した(図2)。上部内視鏡検査では、胃は慢性胃炎の所見であったが、十二指腸は球部から下行脚にかけて全体に粘膜浮腫状で点状の発赤があり、管腔が狭小化した印象であった。大腸内視鏡検査では、回腸末端で粘膜の発赤、軽度のびらんが見られた。十二指腸球部、回腸末端部より生検を施行した。生検部位の病理組織像(図3)では、十二指腸粘膜固有層に強拡大で1視野に20個以上の好酸球の浸潤を認めた。回腸末端でも同様に粘膜固有層への好酸球の浸潤が見られた。入院3日目に行ったダグラス窩穿刺では、腹水の性状は黄色、漿液性で腹水中に多数の好酸球が認められた。

厚生労働省研究班による診断指針(案)⁴⁾にもてらし、好酸球性胃腸炎と診断し、プレドニゾン内服にて治療を開始した。図4に臨床経過を示す。プレドニゾン40mgを3日間で内服したが、腹痛の改善が見られず、60mgに増量したところ、腹痛の緩やかな改善が見られた。17日目に腹部CTで再評価を行ったところ、消化管の浮腫の改善や腹水の消失が認められた。その後、胸膜炎を併発したため、プレドニゾンを早



図1 腹骨盤部CTでは肝表面ならびにダグラス窩に腹水を認める。また、左卵巢皮様嚢腫も見られる

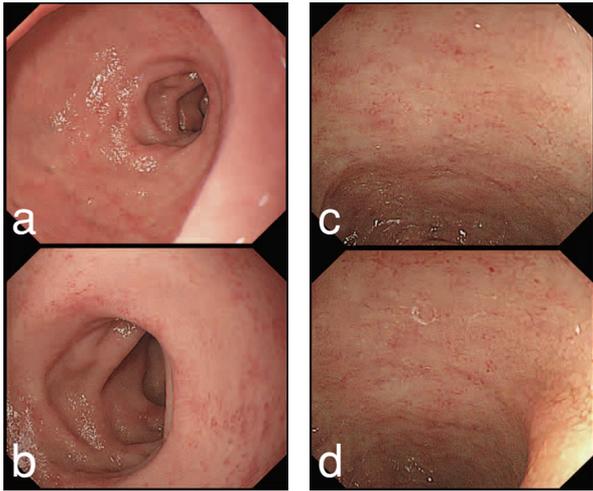


図2 消化管および大腸内視鏡検査

a, b: 十二指腸. 球部から下行脚にかけて全体に粘膜浮腫状であり, 点状の発赤を認めた. 管腔は狭小化した印象あり
 c, d: 回腸末端. 粘膜の発赤, 軽度びらんが認められた

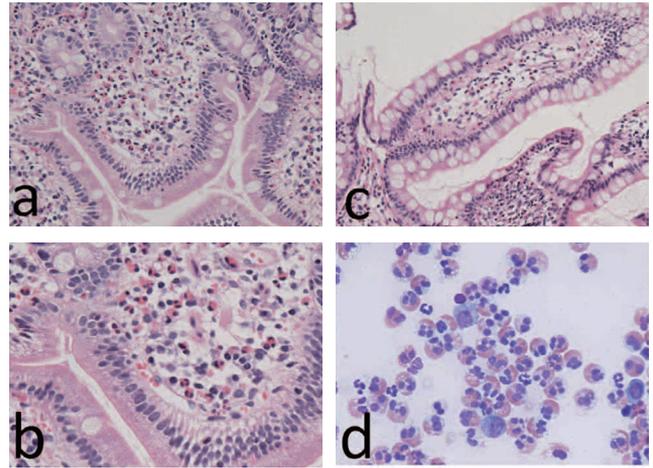


図3 病理組織像

a: 十二指腸生検部位病理組織像
 b: aの強拡大像. 十二指腸粘膜固有層において1視野に20個以上の好酸球浸潤が認められる
 c: 回腸生検部位病理組織像. 粘膜固有層に好酸球浸潤が見られる
 d: 腹水細胞診では大部分が好酸球であった

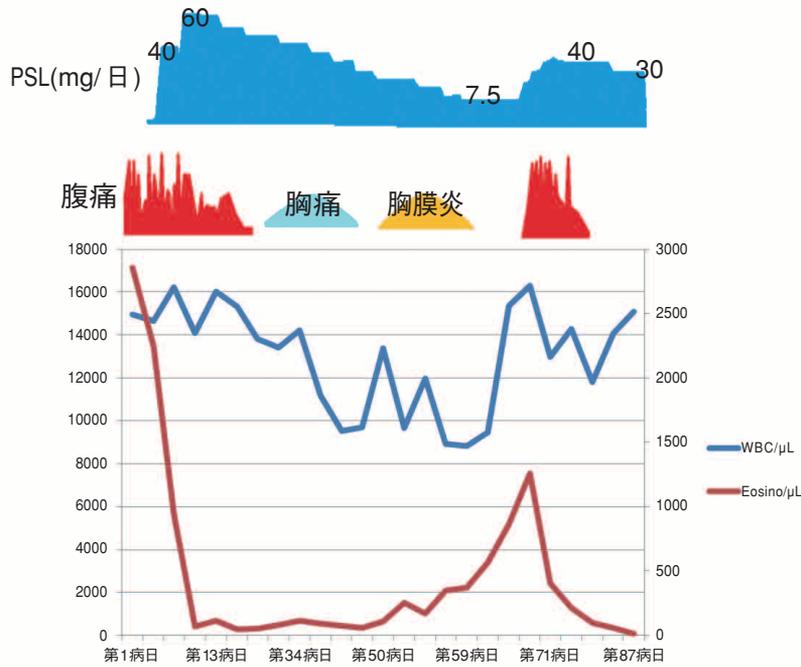


図4 臨床経過

めに7.5mgまで減量したところ, 初診時と同様の強い腹部症状の再燃ならびに血液検査でも白血球数, 好酸球数の再上昇が認められた. プレドニゾロンを40mg

まで再度増量すると, 腹部症状は消失したため, 以後は注意深く漸減を行った. また, 急性増悪時の腹痛にはエピネフリン0.3mg筋注が著効した.

考 察

アスピリン喘息の治療中に発症した好酸球性胃腸炎の1例を経験した。近年、吸入ステロイド薬によりアスピリン喘息患者において喘息症状が安定化することが多くなる一方で、気道外症状を有する例が増加しているとの報告もある¹⁾。豊嶋らによると、アスピリン喘息患者の気道外病変に関しては、好酸球性胃腸炎が35.5%と最も多く、次いで中耳炎3.5%、肺炎3.2%、異型狭心症3.2%であった²⁾。また、谷口らによると、アスピリン喘息に合併する好酸球性胃腸炎の病変に関しては、通常よく見られる胃よりも十二指腸と小腸に多いと報告されており³⁾、本例の所見とも合致する。

治療に際しては、これらの好酸球性気道外合併症は全身性ステロイド投与により改善するが、再燃を来しやすいため注意する必要がある。また、アスピリン喘息患者に対しては、コハク酸エステル型ステロイドの急速静注は禁忌であるため、内服投与を第一選択とするよう注意を要する。本症に見られた腹痛に関しては、鎮痙剤や制酸剤は無効であり、NSAIDs誘発時の気道症状などと同様に少量のエピネフリン投与が奏功するといわれている¹⁾。本例でも腹痛再燃時に投与し

たところ著効を認めた。腹痛への緊急的対応として有効であるが、診断的にも有用と思われた。

結 語

アスピリン喘息患者に好酸球増多を伴った消化器症状が見られた場合には本症を疑い、積極的に内視鏡検査、組織学的検査を行うことが重要と思われた。また、アスピリン喘息患者に対するステロイド投与は、原則的に内服投与するよう注意が必要である。

文 献

- 1) 谷口正実：アスピリン喘息(NSAIDs過敏喘息)。日内会誌 2013；102：1426-32
- 2) 豊嶋幹生，千田金吾：NSAIDs過敏喘息の気道外病変。アレルギー免疫 2006；14：56-61
- 3) 谷口正実，東憲孝，小野恵美子，他：NSAIDs不耐症の病態，診断，治療。呼吸 2012；31：209-18
- 4) 木下芳一，大嶋直樹，石村典久，他：好酸球性消化管疾患の診断基準。胃と腸 2013；48：1853-1858

A case of eosinophilic gastroenteritis developed while under treatment for aspirin-intolerant asthma (AIA)

Kanako YAMAMOTO¹⁾, Keiji OZAKI¹⁾, Hirofumi BEKKU¹⁾, Naoko ISHIBASHI¹⁾,
Tomoko HARA¹⁾, Tetsuya GOTO¹⁾, Yukihiro SAKAMOTO²⁾

- 1) Division of General Internal Medicine, Tokushima Red Cross Hospital
2) Mimami Tokushima Clinic

We report the case of a 30-year-old woman with aspirin-intolerant asthma (AIA) under treatment at a family clinic, who experienced recurrent epigastric pain over 2 months. She received medication including oral proton-pump inhibitor from the hospital, but the effect was temporary, and she was referred to our emergency department. She had spontaneous abdominal pain; however, due to obesity, tenderness was unclear. Laboratory findings indicated leukocytosis with eosinophilia (white blood cells 14,950/ μ L, eosinophils 19.1% [2,850/ μ L]). Abdominal CT revealed collection of ascites on the liver surface and Douglas pouch and thickening of the small intestinal wall. She was hospitalized for further examination and treatment. Gastrointestinal endoscopy and colonoscopy findings showed narrowing of the lumen due to mucosal edema from the duodenal bulb to the loop and erosive changes in the terminal ileum. Eosinophilic gastroenteritis was diagnosed following histological findings of eosinophil infiltration on mucosal biopsy and prominent eosinophilic infiltration of the ascites. Administration of oral prednisolone was started at 40 mg per day, increased to 60 mg per day until gastrointestinal symptoms improved, and then decreased gradually. When gastrointestinal symptoms with eosinophilia are seen in a patient with AIA, examination including endoscopic and histopathological findings should be considered.

Key words: aspirin-intolerant asthma, eosinophilic gastroenteritis, exacerbation of abdominal pain

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 20:69–73, 2015
