

短期間に胃黄色腫が消失した小児の一例

内科 飯塚高浩
 森下鉄夫
 森谷晋子
 橋詰新壽
 赤座裕士
 塩崎孝之
 渡辺俊夫
 今福博通
 杉山博策
 杉浦浩
 志方えりさ
 岡部多加志
 小児科 橋本倫太郎
 池田稲穂

Key word: 胃黄色腫、小児例

表1 検査成績

はじめに

胃黄色腫は加齢に伴って増加する傾向にあるが、個々の黄色腫の経過について検討した報告は少ない。経過中縮小消失を確認した症例は稀であり、短期間に消失し得た小児の一例を経験したので報告する。

症 例

患 者: 13歳、男性。

既往歴: 11歳時、虫垂切除術を施行。

家族歴: 父親が45歳でくも膜下出血で死亡。

現病歴: 昭和63年4月頃から空腹時に心窩部痛が時々出現していた。7月6日から腹痛、嘔気が増強し当院救急外来を受診。内服薬を処方されたが軽減せず翌日入院した。

入院所見: 身長161cm、体重43kg、血圧110/60mmHg、脈拍72/分整、体温36.8度、意識清明。咽頭発赤、リンパ節腫大なし。胸部は異常所見なし。腹部は心窩部に圧痛を認めたが、その他身体所見に異常なし。

入院時検査成績(表1): 尿・便異常なし。末梢血異常なし。血液化学では、 β リポ蛋白は、609mg/dl、Cholesterol 219mg/dlと軽度上昇していた。

検査・検便: 異常なし	Fe	157	μ g/dl
末梢血:	TIBC	97	μ g/dl
赤血球	5,28X10 ⁶		μ l
Hb	14.0		g/dl
Hct	46.2		%
血小板	38,8X10 ³		μ l
白血球	4,000		μ l
白血球分類			
St	5	%	
Seg	29	%	
Eo	8	%	
Ba	1	%	
Ly	51	%	
Mo	6	%	
血液化学: T.P	6.8	g/dl	
A.G	2.24		
Alb	66.0	%	
α_1 -gl	2.9	%	
α_2 -gl	8.7	%	
β -gl	8.6	%	
γ -gl	13.6	%	
T.B	1.3	mg/dl	
G.O.T	16	IU/L	
G.P.T	7	IU/L	
L.D.H	331	IU/L	
A.L.P	842	IU/L	
L.A.P	77	IU/L	
γ -G.T.P	12	IU/L	
B.U.N	13.5	mg/dl	
Cr	0.9	mg/dl	
Na	137	mEq/L	
K	4.5	mEq/L	
Cl	99.5	mEq/L	
C.P.K	70	mg/dl	
血清脂質: T-Cho	219	mg/dl	
E-Cho	160	mg/dl	
T.G	49	mg/dl	
P.L	197	mg/dl	
HDL-Cho	52	mg/dl	
NEFA	0.59	mEq/L	
β - μ g蛋白	609	mg/dl	
L.D.L	462	mg/dl	
V.L.D.L	13	mg/dl	
HBA _{1c}	4.6	% (3.5-5.5)	
免疫? α μ μ : I g G	1460	mg/dl	
I g A	185	mg/dl	
I g M	79	mg/dl	
Gastrin: 54	pg/ml (200)		
甲状腺機能: T 3	0.9	ng/ml	
T 4	6.8	μ g/dl	
T S H	1.6	μ U/ml	
血清反応: CRP(-), STS(-)			
心電図: 異常なし。			
胸部X線写真: 異常なし。			
腹部超音波: 異常なし。			

上部消化管内視鏡所見〔7月11日〕(図1)：食道は異常所見なし。胃体部には大弯を中心に線状発赤が数条走り、表層性胃炎を認めた。胃前庭中部後壁には、径7mmの黄白色調偏平隆起の黄色腫を一個

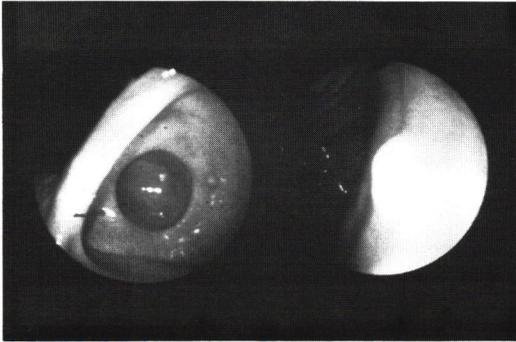


図1

認めた。軽度の萎縮性胃炎は認めたが、腸上皮化生は認めなかった。

生検病理組織所見(図2)：胃粘膜固有層に Foam Cell が軽度増生している。

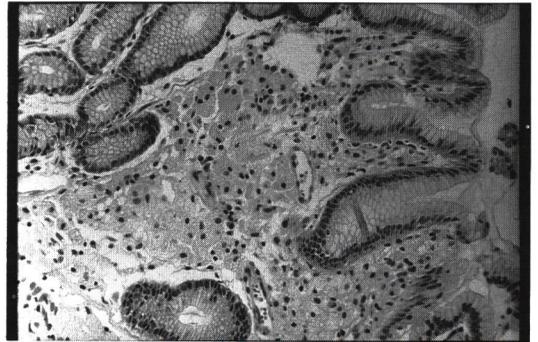


図2

入院後経過(図3)：7月11日に施行した内視鏡で表層性胃炎と胃黄色腫を認め、cimetidine, Kolantylにて治療した。腹痛は7月27日頃から消失して7月31日に退院した。

8月25日頭痛、嘔吐、吐血が出現。頭部CT上脳室内出血を認めた。脳血管撮影上、右後大脳動脈を Feeding artery とする AVM を認め、くも膜下出血にて再入院した。

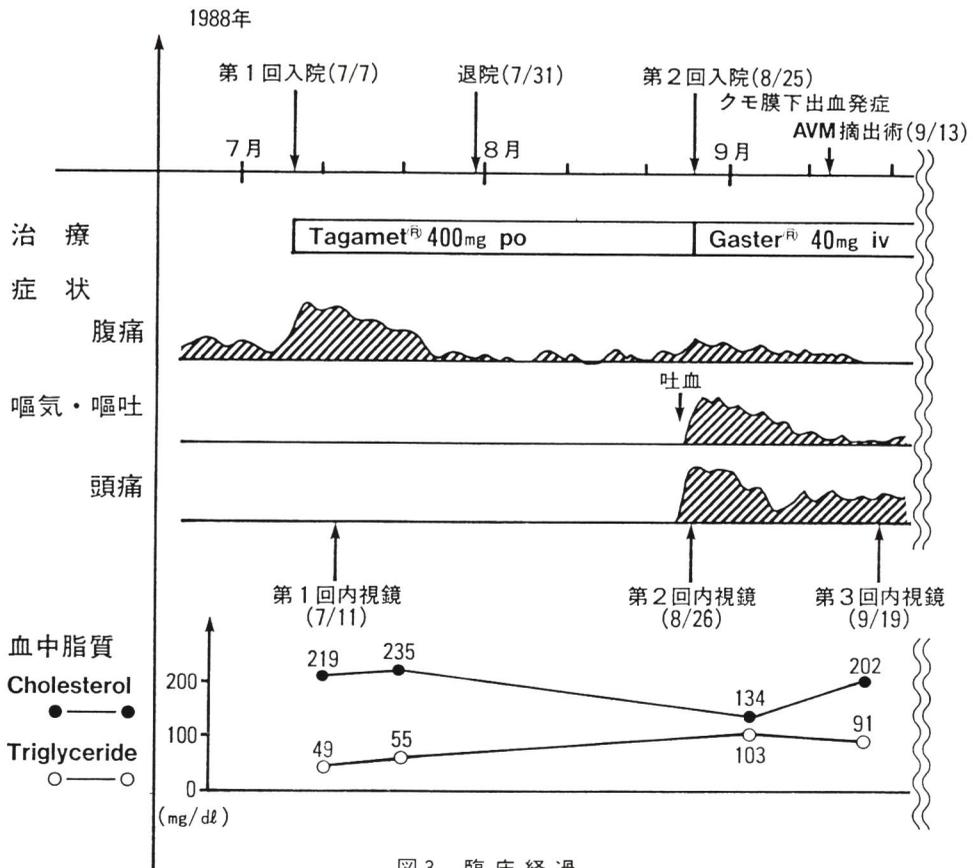


図3 臨床経過

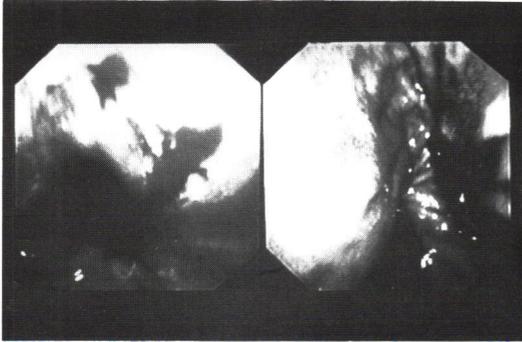


図 4-1

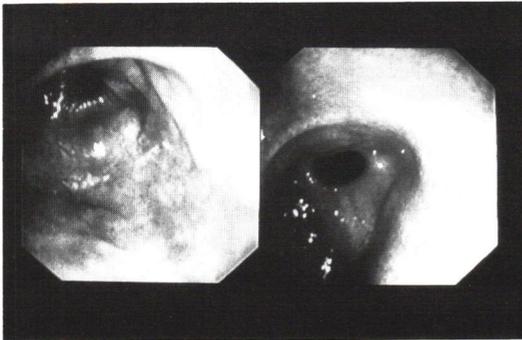


図 4-2

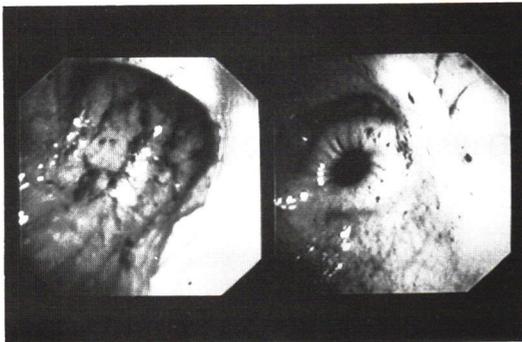


図 5

8月26日内視鏡所見(図4)では、ECJ付近では、新鮮血を伴った裂創が二条みられた。胃では、胃穹窿部から体上部は発赤が著明。前回7月11日認められた胃黄色腫は認められなかった。その後更に、9月19日に内視鏡(図5)を再検した。胃穹窿部から前庭部にかけて発赤は著明、前庭部には凝血塊が付着しており出血性びらん性胃炎を認めた。しかし胃黄色腫は確認できなかった。

また高脂血症について、第2回入院時には、Cholesterolは134 mg/dl、TGは103 mg/dlと正

常化していたが、その後再びCholesterolは200 mg/dl前後となった。

考 按

胃黄色腫は、胃粘膜固有層の組織球内に脂質が蓄積することによって生じた胃粘膜の小黄色斑である。胃黄色腫は加齢に伴って増加する傾向にあるが^{1,2)}その発症機転、及び個々の自然経過については不明な点が多い。

胃黄色腫の発症機転については、局所の脂質代謝異常^{3,4)}胆汁酸逆流^{5,6,12)}萎縮性胃炎^{1,2,7)}や腸上皮化生⁸⁾等との関係が指摘されているが、高Cholesterol血症や皮膚黄色腫とは関連がないといわれている^{1,5,6)}

本症例では、7月の入院時には年齢的には高Cholesterol血症が存在し、9月の胃黄色腫が消失した時点では正常化していた。このことから高脂血症が胃黄色腫の発症に関与した可能性はあるが、従来より高脂血症と胃黄色腫の発症との間には関連がないといわれている。一方その因果関係について肯定的報告例¹⁰⁾もある。Coatesらは、著明な高Cholesterol血症を伴い、Cholesterolが正常化するとともに胃黄色腫が消失した2例を報告した。しかし、各々血清Cholesterolは2796 mg/dl、1610 mg/dlと比較にならない程著しい高値を呈しており、本症例では高Cholesterol血症はむしろ偶発したにすぎないと考えの方が妥当であろう。

また、発症母地として注目されている萎縮性胃炎は軽度認めたが、腸上皮化生もみられず、胃粘膜障害としては、主体はむしろ表層性胃炎であった。胃黄色腫が消失した時点でも表層性胃炎は高度な所見を呈していたことから、これにすべての発症要因を求めるのは困難である。

胃黄色腫の自然経過について、Domellofら⁹⁾は、1、2年では数、大きさ、分布において、変わりなかったとするものの、胃切除は、急速に黄色腫の発生率は年齢とともに上昇すると報告している。

一方、経過中胃黄色腫の縮小あるいは消失を確認した症例は8例報告されている。Mastら⁹⁾は、胃黄色腫を認めた4例について数ヵ月後に再検し、消失例2例(各々2ヵ月後と6ヵ月後に再検)と縮小例1例(6ヵ月後に再検)を報告した。Coatesら¹⁰⁾は、著明な高Cholesterol血症を伴い、Cholesterolが正常化するとともに胃黄色腫が消失した2例(各々8年後と5ヵ月後に再検)を報告した。また大野ら¹¹⁾

は、probucol (ロレルコ[®]) 使用例で15例中、消失例3例(3カ月後再検)を確認している。個々の黄色腫が縮小・消失する発生頻度は、これら報告例の母数をみても決して低いものではないと思われる。しかし、その縮小・消失機転については全く不明である。

組織学的には、胃粘膜固有層に存在する脂質を貧食した Foam cell の集簇が主体であり、また電顕像でも、Lipid-laden-histiocyte が主体であるが、上皮細胞を除く殆どの細胞；血管平滑筋細胞、粘膜筋板由来平滑筋細胞、Pericyte、Plasma cell などにも脂質の沈着が認められている。これらのことから、竹林⁴⁾は、全てが単なる貧食作用によるのではなく、全身的な脂質代謝とは無関係な、胃粘膜の局所レベルの脂質代謝経路異常による脂質蓄積性病変であると報告している。

この蓄積性病変が、胃粘膜の剝脱性変化により消失したのではないとするならば、本症例のように短期間に消失し得た症例があることから、胃黄色腫とは、永続的な蓄積性病変であるというよりむしろ可逆的な病的状態であり、局所の脂質代謝の変化により十分消退し得るものと考えられる。今後さらに詳細な検討を加えたい。

おわりに

約6カ月で消失した胃黄色腫の小児の一例を経験し、若干の文献的考察を加え報告した。

御協力いただいた病理検査部大塚証一氏に深謝します。

文 献

- 1) 倉禎二, 他: 内視鏡診断の立場からみた胃黄色腫. 臨床研究 28: 102—105, 1986.
- 2) 渡辺廉, 井上修一, 内視鏡検査からみた胃キサントーム. 秋田県医師会雑誌, 39(1): 5—7, 1987
- 3) Takebayasi S.,: FINE STRUCTURE OF XANTHELASMA OF THE STOMACH. Acta Path. Jap., 20: 356—363, 1970.
- 4) 竹林茂夫: 胃粘膜及びその病変の電顕像. 福大医紀, 10(2): 143—44, 1983,
- 5) Terruzzi V. et al: Gastric Lipid Islands in the Gastric Stump and in Non-Operated Stomach. Endoscopy, 12: 58—62, 1980.
- 6) Demellof L. et al: LIPID ISLANDS IN THE GASTRIC MUCOSA AFTER RESECTION FOR BENIGN ULCER DISEASE. Gastroenterology, 72: 14—18, 1977.
- 7) 左高真理雄, 他: 胃 Xanthoma の背景粘膜に関する検討 (第1報). Gastroenterological Endoscopy, 24: 739—743, 1982.
- 8) Heilmann K.: Lipid Islands in Gastric Mucosa. Beitr. Path. Bd. 149: 411—419, 1973.
- 9) Mast A. et al: Gastric Xanthoma. A.J. Gastroenterology, 65: 311—317, 1976.
- 10) Coates A.G. et al: Gastric Xanthomatosis and Cholestasis. A Causal Relationship. Dig. Dis. Sci., 31: 925—928, 1986.
- 11) 大野敦他: 胃キサントームと血清脂質に対する Probucol (ロレルコ) の効果. 薬理と治療, 15: 325—331, 1987.
- 12) Kunze K.C., et al: Gastric xanthoma. Gastrointestinal endoscopy, 33: 114—115, 1987.