

## 症例報告

### 直腸潰瘍と骨盤腔膿瘍を合併した SLE の 1 例

奈良県立医科大学第 1 内科学教室

京田 有輔, 岩野 正之, 鮫島 謙一,  
山口 惣一, 川野 貴弘

奈良県立医科大学総合医療・病態検査学教室

藤本 隆

### A CASE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH RECTAL ULCER AND PELVIC ABSCESS

YUSUKE KYODA, MASAYUKI IWANO

KENICHI SAMEJIMA, SOUICHI YAMAGUCHI and TAKAHIRO KAWANO

*First Department of Internal Medicine, Nara Medical University*

TAKASHI FUJIMOTO

*General Medicine and Clinical Investigation, Nara Medical University*

**Abstract:** We report a 51-year-old female patient diagnosed with systemic lupus erythematosus (SLE) with rectal ulcer and pelvic abscess. She was admitted to our hospital because of high-grade fever. She had been diagnosed with SLE in May, 1985, and took 5 mg/day of prednisolone continuously. As SLE disease activity index (SLEDAI) on admission was only 7 points, the activity of SLE was not considered to be developed. A computed tomographic scan of the pelvis, a barium enema and a colonoscopy showed rectal ulcer and pelvic abscess. A colostomy was performed on the 35th hospital day. Ablution of abscess and intravenous drip of antibiotic were started on the 36th hospital day. On the 150th hospital day, high-grade fever disappeared. On the 210th hospital day, enteroproctia was closed. The cause of the rectal ulcer seemed to be the overuse of NSAID rather than SLE itself.

**Key words:** SLE, rectal ulcer, pelvic abscess

#### はじめに

SLE に合併する腸病変は、主として虚血を伴った腸管小動脈の血管炎に起因すると考えられており、虚血性腸炎型、蛋白漏出性腸症型、および大腸多発潰瘍型に分類される<sup>1, 2)</sup>。この中で発症頻度が最も高いのは、虚血

性腸炎型であり、腹痛や下血などの腹部症状を呈する頻度が最も高いのは、大腸多発潰瘍型であると報告されている<sup>3)</sup>。大腸多発潰瘍型の原因には、副腎皮質ステロイド薬の長期大量投与、腸管小動脈の血管炎と血栓性閉塞が挙げられている<sup>4)</sup>。今回著者らは、直腸潰瘍と骨盤腔膿瘍を合併した SLE 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：51歳，女性。

主 訴：発熱。

既往歴：特記事項はない。

家族歴：特記事項はない。

現病歴：昭和60年1月頃から両側の肘・膝関節痛が出現したので受診した近医で，SLEが疑われて当科に紹介された。同年5月20日に当科に入院し，関節痛，蛋白尿，白血球減少，およびLE細胞の陽性からSLEと診断された。腎生検所見は，WHO IVb型のループス腎炎を呈していた。プレドニン40mg/日の投与が開始され，5mg/日まで漸減された。以後，SLEの活動性は安定しており，臨床経過は良好であった。しかし，軽度の両側の膝関節痛が持続するため，医師の許可を得ずに非ステロイド系抗炎症薬(NSAID)であるジクロフェナクナトリウム(50mg)の坐薬を常用していた。平成9年11月頃から発熱が出現したので受診した近医で抗生物質とNSAIDの坐薬が投与されたが，症状が改善しないので平成10年1月13日にSLEの再燃が疑われて当科に再入院した。

入院時身体所見：身長155cm。体重45kg。血圧122/70mmHg。脈拍88回/分，整。結膜に貧血と黄染はない。心音は純で，心雑音を聴取しない。呼吸音は正常肺胞音で，副雑音を聴取しない。腹部は平坦，軟で，肝・脾・腎を触知しない。表在リンパ節を触知しない。下腿浮腫はない。神経学的に異常を認めない。

入院時検査成績：検尿には異常がなかった。血液学検査で小球性低色素性貧血が認められた。赤沈は，124mm/1時間であり，著明に促進していた。血液生化学検

査では，CRPが4.4mg/dlに増加しており，血清鉄は17 $\mu$ g/dlに低下していた。免疫血清学検査では，抗核抗体(diffuse型160倍)，抗DNA抗体(14.6IU/mg)，および抗SS-A抗体(30.9U/ml)が陽性であった(Table 1)。

入院後経過：入院時から発熱が認められた。第10病日に実施された腎生検所見ではWHO Ib型のループス腎炎を呈しており，腎炎の活動性はないと判断された。SLE disease activity index (SLEDAI)が7点であり，SLEの疾患活動性も増悪していなかった。入院時より頻尿と便潜血の陽性が持続していた。第18病日に施行した大腸内視鏡で，直腸に深い不整形の潰瘍と直腸上部からS状結腸にかけて浅い地図状の潰瘍が多数認められた。さらに，潰瘍の後腹膜腔への穿通も認められた(Fig. 1)。また，腹部造影CT所見で，同部位に膿瘍形成が認められた(Fig. 2)。潰瘍辺縁の生検所見では腺管の変性と粘膜下層の浮腫が認められたが，血管炎の所見は確認されなかった。第35病日に人工肛門を造設して後腹膜膿瘍を洗浄してから，抗生物質(イミペネム1g/日)の投与を開始した。第150病日頃には解熱し，CRPも陰性化した。第210病日に膿瘍の縮小と穿通部の閉鎖が確認され，第224病日に退院した(Fig. 3)。入院中，抗DNA抗体価と補体価は変化せず，SLEの活動性は鎮静化していた。

## 考 察

Duboisら<sup>2)</sup>は，SLE患者520例中277例に消化器症状が認められたと報告している。また，Zizicら<sup>3)</sup>は，消化器症状が認められたSLE患者15例の死因を検討して，4例に大腸穿孔が認められたことから，死因の中で大腸穿孔の占める割合が高いと報告している。SLEに合併す

Table 1. Laboratory data on admission

	Urinalysis		Biochemistry		Serology		
Protein	(-)	TP	6.7	g/dl	CRP	4.4	mg/dl
Sugar	(-)	Alb	3.2	g/dl	IgG	1640	mg/dl
Occult blood	(-)	GOT	12	IU/l	IgM	26.1	mg/dl
	Hematology	GPT	6	IU/l	IgA	169	mg/dl
RBC	254 $\times$ 10/ $\mu$ l	LDH	249	IU/l	ANA	160	times
Hb	9.1 g/dl	TC	184	mg/dl	(diffuse type)		
Ht	27.8%	TG	113	mg/dl	anti-DNA AB		
WBC	4,400/ $\mu$ l	BUN	12	mg/dl		14.6	IU/mg
Plt	21.4 $\times$ 10/ $\mu$ l	Scr	0.5	mg/dl	anti-ss-A AB		
	ESR	Na	134	mEq/l		30.9	U/ml
	124 mm/1h	K	4.2	mEq/l	C3	86.5	mg/dl
		Fe	17	$\mu$ g/dl	C4	6.0	mg/dl
		TIBC	225	$\mu$ g/dl	CH50	40	U/dl

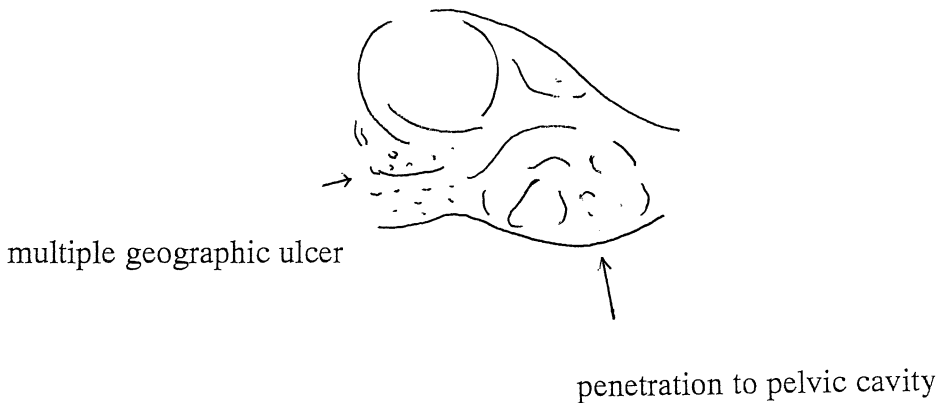
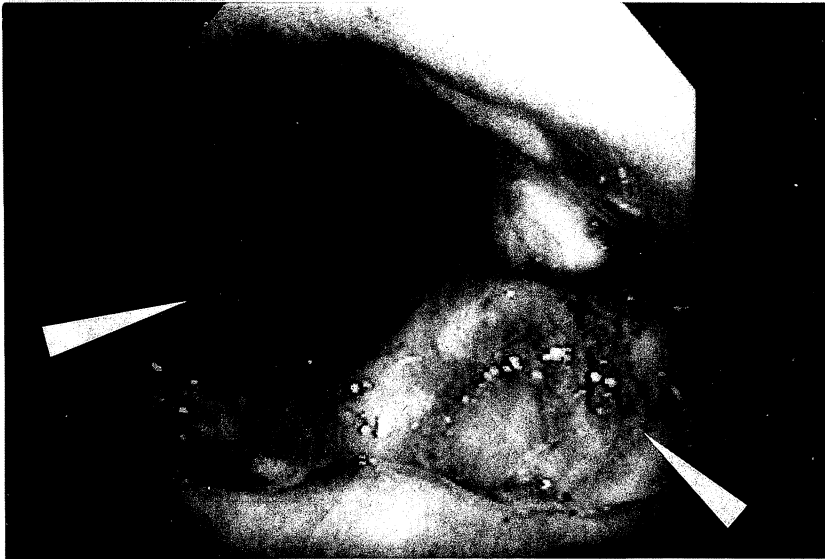


Fig. 1. The colonoscopy shows profound ulcer on the rectum, geographic ulcer on the sigmoid colon, and penetration to pelvic cavity.

る大腸病変は、虚血性腸炎型、蛋白漏出性腸症型、および大腸多発潰瘍型に分類され、発症頻度が最も高いのは、虚血性腸炎型であるとされている<sup>1,2,3)</sup>。大腸病変の成因としては、腸管の小血管壁への免疫複合体の沈着による血管炎の関与が示唆されている<sup>6,7,8,9)</sup>。さらに、副腎皮質ステロイドやNSAIDの長期投与例が多いことから、薬物の関与を示唆する報告も多い<sup>4,10,11,12)</sup>。また、薬物による大腸病変の成因は、大半が抗菌薬服用によるものであるが、NSAIDや抗癌薬によるものも報告されてい

る<sup>13,14)</sup>。NSAIDによる大腸病変の発症機序として、腸粘膜への直接障害とプロスタグランジン合成阻害による腸粘膜の血流障害が考えられている。

本例のSLEDAIは7点であり、SLEの活動性は増悪していなかった。また潰瘍辺縁の生検所見でも腺管の変性と粘膜下層の浮腫が認められるにすぎず、血管炎の所見を欠いていた。したがって、本例の大腸病変は、SLEの活動性の悪化やSLEに起因する血管炎によるものとは考えられない。また、患者はプレドニンの長期服用歴

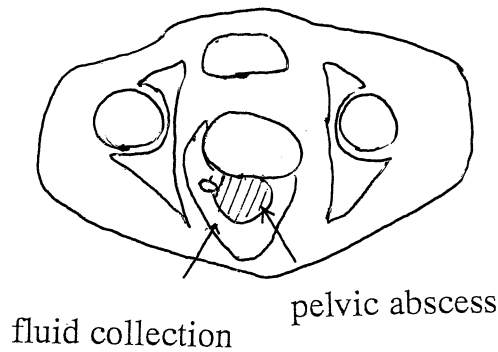
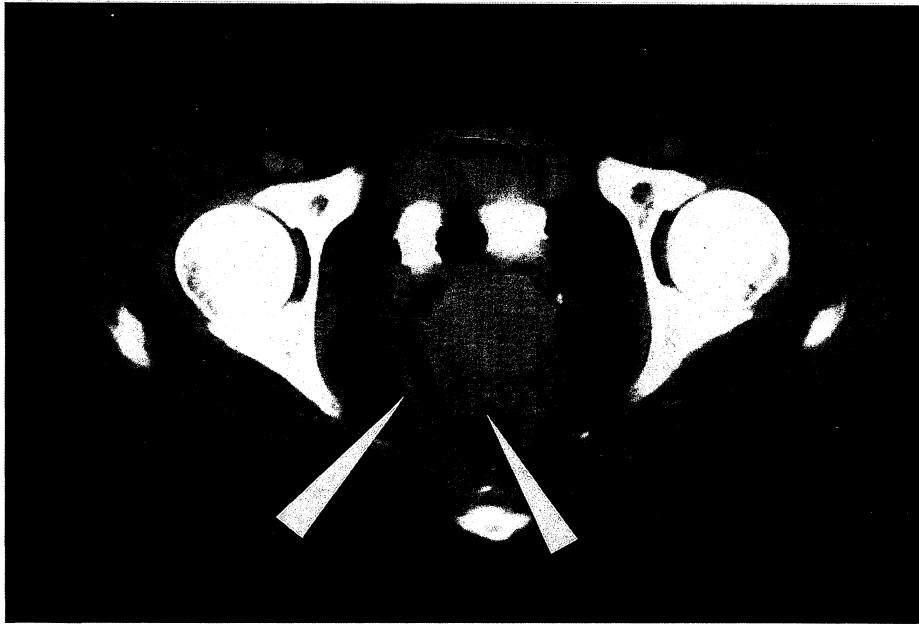


Fig. 2. The computed tomographic scan of the pelvis shows fluid collection. It is suspected to be pelvic abscess in Douglas pouch.

を有するが、最近の7年間は5mg/日で維持されていた。つまり、大腸病変にプレドニンが直接誘因になった可能性は低い。一方、本例は、患者が10年以上もNSAIDの坐薬を常用していることから、NSAIDによる腸粘膜への直接障害が直腸潰瘍を惹起した可能性を第一義と考える。

ま と め

直腸潰瘍と骨盤腔膿瘍を合併したSLEの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は、第10回日本リウマチ学会総会(1999年6月、札幌)で発表した。

文 献

- 1) 五十嵐正弘, 勝又伴栄, 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した1例. 胃と腸 26: 1285-1290, 1991.
- 2) 飯田三雄, 末兼浩史, 望月祐一, 八尾隆史, 壬生隆

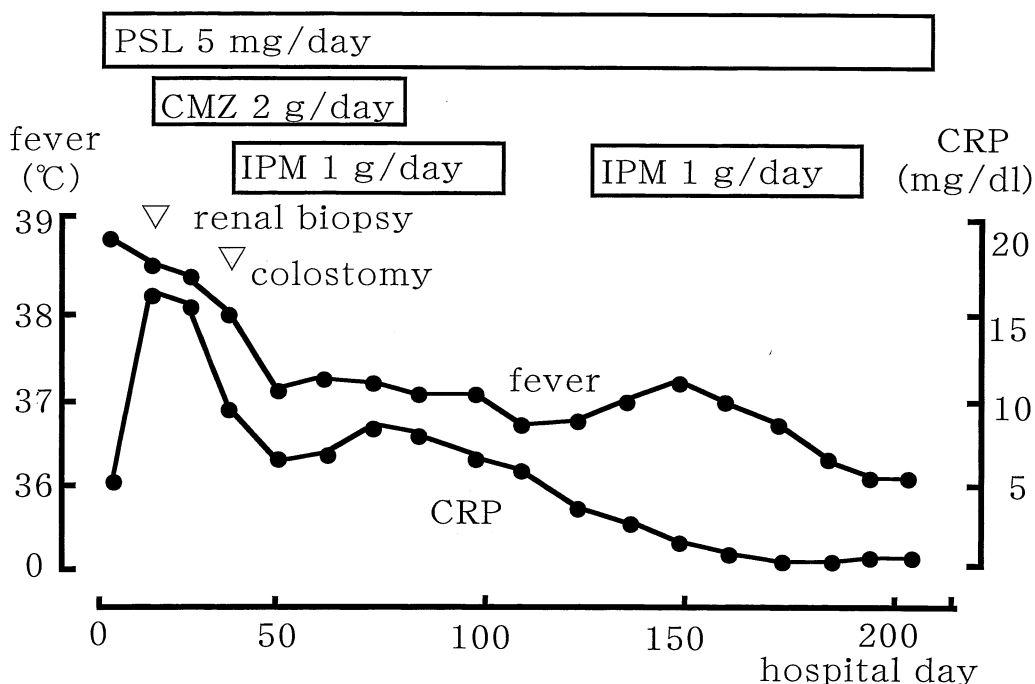


Fig. 3. Clinical course. Fig. 3. Clinical course.

- 一, 田中啓二, 八尾恒良, 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.
- 3) 平山洋二: 全身性エリテマトーデスにおける消化器病変. Gastroenterol. Endosc. 24: 405-421, 1982.
- 4) Kemper, J. W., Baggenstoss, A. H. and Slocumb, C. H.: The relationship of therapy with cortisone to the incidence of vascular lesions in rheumatoid arthritis. Ann. Intern. Med. 46: 831-851, 1957.
- 5) Dubois, E. L. and Tuffanelli, D. L.: Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus-Computer analysis of 520 cases. JAMA 190: 104-111, 1964.
- 6) Zizic, T. M., Shulman, L. E. and Stevens, M. B.: Colonic perforations in systemic lupus erythematosus. Medicine 54: 411-426, 1975.
- 7) 五関謹秀, 望月孝規, 中根 弘: Systemic lupus erythematosus の経過中において急性の ischemic colitis を起こした1例. 胃と腸 14: 637, 1979.
- 8) 八木田旭邦, 佐藤秀昭, 湯浅祐二: SLE に合併した大腸多発潰瘍の1例. 胃と腸 16: 889-897, 1981.
- 9) 渡辺一雄, 安田千尋, 大庭 敬: 虚血性大腸炎および下肢血栓性静脈炎を伴ったSLEの1例. 臨床免疫 16: 957-961, 1984.
- 10) Bulkley, B. H. and Roberts, W. C.: The heart in systemic lupus erythematosus and the changes induced in it by corticosteroid therapy. A study of 36 necropsy patients. Am. J. Med. 58: 234, 1975.
- 11) 浜本哲郎, 西向荣治, 前田直人: SLE 経過中, ステロイド大量投与ならびに cyclophosphamide 投与後に生じた全周性狭窄を伴う小腸潰瘍の1例. Gastroenterol. Endosc. 32: 1709-1714, 1990.
- 12) ReMine SG, McIraih DC.: Bowel perforation in steroid-treated patients. Am. Surg. 192: 581-586, 1990.
- 13) 荒井泰道: 薬剤性急性出血性腸炎に関する検討. Prog. Dig. Endosc. 28: 172-175, 1986.
- 14) 林 繁和: 薬剤性出血性大腸炎の臨床的検討. 日本消化器病学会誌 85: 1233-1239, 1988.