

十二指腸に病変を呈した腸型 Behçet 病の 1 例

大阪市立大学第 1 外科

矢田 克嗣 池原 照幸 田中 肇

佐竹 克介 梅山 馨

同 第 1 内科

藤沢美井子 井上 隆智

A CASE REPORT OF DUODENAL LESION DUE TO INTESTINAL BEHÇET'S SYNDROME

**Katsushi YADA, Teruyuki IKEHARA, Hajime TANAKA,
Katsusuke SATAKE and Kaoru UMEYAMA**

The First Department of Surgery, Osaka City University Medical School

Miiko FUJISAWA and Takatomo INOUE

The First Department of Medicine, Osaka City University Medical School

索引用語：腸型 Behçet 病，十二指腸潰瘍

はじめに

Behçet 病に消化管病変の合併することはすでに知られているが、その頻度は比較的低いとされている¹⁾、今回われわれは腸型 Behçet 病によると思われる十二指腸病変の 1 例を経験したので若干の考察を加え報告する。

症 例

患者：20歳，男性。

主訴：心窩部痛。

既往歴：子供のころより虫に刺された後、化膿しやすかった。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和53年ごろより顔面に時々丘疹が出現し、昭和56年には約1週間、某大学病院皮膚科に入院し、顔面毛嚢炎と診断された。昭和58年4月左下腹部痛が出現し、さらに同年12月には左股関節痛を訴えた。

昭和59年3月ごろより心窩部痛、背部痛が出現し、以後心窩部痛は増強し、5月に胃内視鏡検査を受け十二指腸潰瘍を指摘された。また大学の検診にて不整脈を指摘され、同月末には頬粘膜、舌、歯肉など口腔内にアフタ性潰瘍が多数出現し、経口摂取困難のため約1週間某医にて入院加療を受けた。6月になって、再

び腹痛および背部痛がおこり本院第1内科入院となった。同時期に陰部潰瘍が出現し、また針反応も陽性であった。眼症状は認められなかった。

以上口腔内アフタ性潰瘍、顔面毛嚢炎、陰部潰瘍、針反応陽性(図1)などの所見より、不全型 Behçet 病と診断された。入院後内科にてサラゾピリン、コルヒチンなどの治療にて症状は改善したため、一時退院したが、昭和60年1月ごろより食後の上腹部不快感、発熱、体重減少があり再入院となった。入院後上部消化管造影、胃内視鏡検査の結果、胃幽門輪狭窄を伴った十二指腸潰瘍と診断され、経口摂取困難のため中心静脈栄養を施行し、経過観察するも症状は改善せず、手術目的にて当科へ転科となった。

入院時血液検査：表1に示すごとく貧血黄疸なく肝機能、腎機能および免疫系の検査にも異常は認めなかった。なお血中ガストリン値も25.0pg/ml以下と正常であった。

上部消化管造影：著明な胃幽門輪狭窄が認められた(図2)。

胃内視鏡検査：前庭部領域に著明な変形をみとめ、pin hole 状の幽門輪を認めるが、胃炎像は認めなかった(図3)。

胃液検査では過酸であったが、BAO、MAOは正常値であった。

注腸造影：直腸から回盲部まで造影され、潰瘍、腫

<1987年10月14日受理> 別刷請求先：矢田 克嗣
〒545 大阪市阿倍野区旭町1-5-7 大阪市立大学医学部第1外科

図1 左上・口腔内アフタ性潰瘍, 左下・顔面毛嚢炎, 右上・陰部潰瘍, 右下・針反応陽性

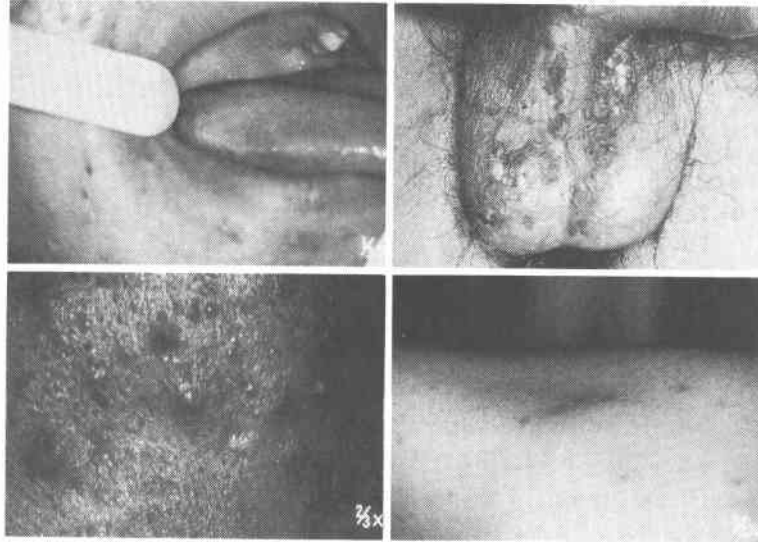


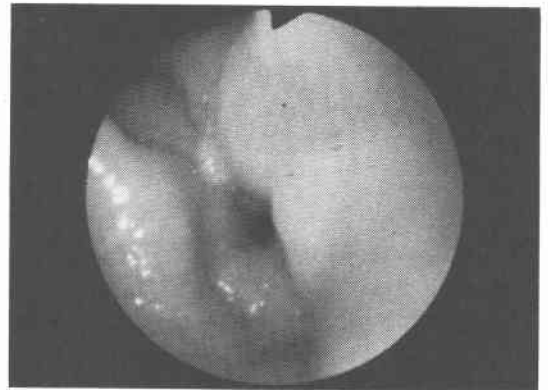
図2 胃十二指腸造影影像



表1 入院時血液検査

WBC	5500 /mm ³	RA-test	(-)	GOT	22 KU
RBC	430×10 ³ /mm ³	Thyroid-test	<100	GPT	28 KU
Hb	12.8 g/dl	Microsome test	<100	ChE	0.49 JpH
Ht	38.9 %	Coombs test	(-)	Alp	5.3 KAU
血小板数	21.1×10 ³ /mm ³	抗核抗体DNA test	<40	γ-GTP	10 mu/ml
出血時間	1.30分	LE test	(-)	LAP	12 mu/ml
凝固時間	8.30分	血清補体価	41.0	LDH	248 w.u
血餅溶解能	26.1 %	Toxo plasma test	< 8	CPK	19 mu
血小板粘着能	84.3 %	Paul-Bunnet反応	<40	BUN	9 mg/dl
血小板凝集能	86.8 %	T.P	6.1 g/dl	Creatinine	1.0 mg/dl
ASK	160	Alb.	3.4 g/dl	IgE	81.3 U/ml
ASO	120	TTT	0.6 u	renin	2.83 μg/ml
CRP	(-)	ZTT	7.8 u	AFP	<5.0 μg/ml
Waeler-Rose	<40	T. bil.	0.3 mg/dl	CEA	0.2 ng/ml
RAHA法				gastrin	<25.0 pg/ml

図3 胃内視鏡検査



瘍性病変などの異常所見は認めなかった。

以上の成績から、腸型 Behçet 病による十二指腸病変の診断のもと 5月28日手術を施行した。

手術所見：腹水なく肝、脾はいずれも肉眼的に正常であった。十二指腸は漿膜面にまで炎症性癒痕変化が認められ、幽門輪の著明な肥厚も観察されたが、胃には特記すべき所見は認められなかった。以上の所見よ

り、十二指腸病変を含めた広範囲胃切除術を行った。切除標本の肉眼像では、十二指腸球部に3個の下痂

図4 切除胃十二指腸標本の肉眼所見

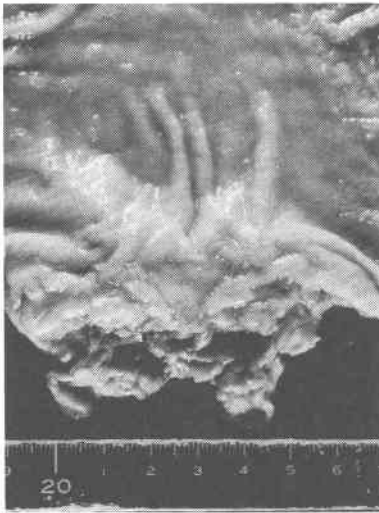
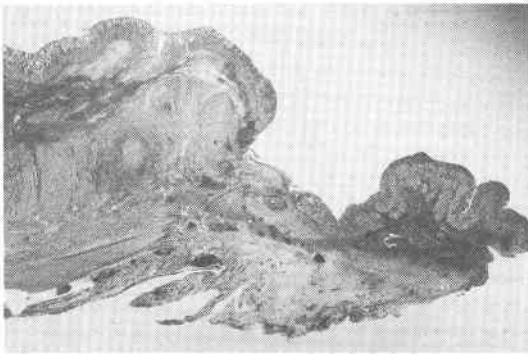


図5 同ルーペ像



れ傾向の強い潰瘍が認められた(図4)。

またその潰瘍部のルーペ像では、一部筋層にまで破壊のおよんだU1-3の潰瘍で、周囲に炎症性反応が著明で、円形細胞の浸潤が認められた(図5)。

術後経過良好にて6月28日退院した。

考 察

Behçet病は表2に示す通り、口腔粘膜アフタ性潰瘍、皮膚症状、陰部潰瘍、眼症状を主症状とする難病のひとつであり、なかでも腸型Behçet病は緊急手術を要することが少なからず報告され、その死亡率も高いことが知られている。また本邦では上記の主病状のすべてがそろったものを完全型、ひとつでも欠けるものを不全型Behçet病と定義され、完全型よりも不全型に腸型Behçet病の発現頻度が高いと報告されている²⁾³⁾。自験例では、皮膚症状(毛嚢炎)で発症し、心

表2 Behçet病診断の手引き

- I. 主 症 状
 - 1. 口腔粘膜アフタ性潰瘍
 - 2. 皮膚症状
 - 結節性紅斑
 - 皮下血栓性静脈炎
 - 毛嚢炎様皮疹・痤瘡様皮疹
 - 皮膚の被刺激性充満(針反応)
 - 3. 陰部潰瘍
 - 4. 眼症状
 - 虹彩毛様体炎(再発性前房蓄膿症一)
 - 網膜脈絡膜炎
 - II. 副 症 状
 - 5. 関節炎症状
 - 6. 消化器症状
 - 7. 副睾丸炎
 - 8. 神経系症状
 - 9. 血管系症状
- 病型診断の基準
- 1. 完全型:
 - 臨床経過中に4主症状が同時または時期を異にして出現したもの
 - 2. 不全型:
 - a. 臨床経過中に3主症状が同時または時期を異にして出現したもの
 - b. 眼症状のうち再発性前房蓄膿症虹彩炎あるいは定型的な網膜脈絡膜炎があり他の1主症状を伴うもの
 - 3. 疑わしい型:
 - 臨床経過中に2主症状が同時にまたは時期を異にして出現したもの
 - 4. 可能性のある型:
 - 臨床経過中に1主症状のみ出現したもの

窩部痛を主訴とし、さらに口腔内アフタ性潰瘍、陰部潰瘍、関節炎症状があいついで出現、精査の結果Behçet病と診断された。経過中の十二指腸潰瘍病変は、上部消化管造影および胃内視鏡検査の結果、胃幽門輪狭窄、十二指腸球部の変形をともなる所見が観察され、これはBehçet病による十二指腸病変に伴う幽門狭窄と考えた。

腸型Behçet病の臨床症状は、諸家の報告にみられるよう、腹痛が圧倒的に多く、その他腹部腫瘍、腹部膨満感、発熱などが主なものである。

罹患部位は食道から直腸までの消化管のいずれの部位にも発生しうるが³⁾、特に回盲部に多発し、回腸末端から盲腸までを含む症例が約80%を占めるといわれ⁵⁾、この部が好発部位といえる。自験例のごとき十二指腸病変の報告は、児玉の集計¹⁾では2例(3.5%)、白鳥らの集計³⁾では1例(1.5%)あるのみで非常にまれである。その詳細については記載されていないので明らかでないが、われわれの調べたところでは、本邦には詳しい報告例に見あらず、わずかにArmin⁶⁾の米国での1報告例があるにすぎない。そのなかで十二指腸潰瘍がBehçet病によるものかどうか判定は困難であると述べている。

本症の腸にみられる潰瘍の病理組織学的特徴としては、潰瘍は下堀れ傾向をもち、辺縁は鋭く、筋層におよぶ深い潰瘍で穿孔しやすいことがあげられている。しかし上皮の再生傾向は著しく、潰瘍底には小円形細胞の浸潤が著明にみられる非特異性慢性潰瘍であると

いわれる⁵⁾⁹⁾。一方 Behçet 病によらない潰瘍も同様の形態を示すことがあり、特に胃病変の場合はその区別が難しいといわれており⁴⁾その鑑別は困難である。渡辺ら¹⁰⁾は、腸型 Behçet 病といわゆる simple ulcer の組織学的診断は、形態的には差異がなく、切除標本からは腸型 Behçet 病の診断は現時点で不可能であると述べている。自験例では、十二指腸粘膜は浮腫状で三個所下堀れ傾向の強い、一部筋層にまでおよぶ深い潰瘍で、その辺縁は鋭く、潰瘍底には円形細胞浸潤が著しく、非特異性慢性炎症であり、炎症は漿膜面にまでおよんでおり、腸型 Behçet 病の組織像と一致した。さらに Behçet 病による十二指腸潰瘍と種々の薬剤などに起因する潰瘍との鑑別が問題となるが、術前の胃液検査では過酸を示したが、BAO, MAO は正常値であったことや、十二指腸潰瘍と診断されるまでに、このような薬剤は投与されていないことから、Behçet 病による十二指腸病変と診断しても問題はないように思われた。

本症の外科的治療であるが、馬場の腸型 Behçet 病 127例の手術症例集計⁴⁾では50例が穿孔により緊急手術として行われており、腸閉塞などの緊急手術例も含めると53.8%と非常に高率であり、手術死亡率も約7%と高いことを考えると³⁾⁸⁾、中野のごとく⁷⁾腸型 Behçet 病による潰瘍がある場合、積極的に手術すべきであるという意見も納得できる。もうひとつは初回の手術術式の選択であるが、再発防止のためには病巣を含めた十分な切除が必要である。発現頻度の高い回盲部病変では、回腸を十分含めた右半結腸切除術が適当とされるが⁸⁾、自験例のごとく十二指腸病変の場合には、周囲臓器を含めた広範囲の切除は困難である。い

まだ確定した術式はなく、今後検討されなければならない。自験例は術後の経過は良好であるが、今後十分な経過観察を行い、術式の検討も考えてゆく必要があると思われた。

まとめ

腸型 Behçet 病によると思われた十二指腸病変のまれな症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 児玉 宏: Intestinal Behçet. 外科治療 37: 51—58, 1977
- 2) 笠原 洋, 山田幸和, 田中 茂ほか: 腸型ベーチェット病の再発例. Arch Jpn Chir 50: 377—381, 1981
- 3) 白鳥常男, 稲次直樹: 本邦における腸型 Behçet 病手術症例66例の文献的考察. 外科治療 38: 129—139, 1978
- 4) 馬場正三: 腸型 Behçet 病の臨床. 胃と腸 14: 885—892, 1979
- 5) 馬場正三: Behçet 病. 臨医 9: 114—115, 1983
- 6) Good AE, Mutchnick MG, Weatherbee L: Duodenal ulcer, hepatic abscesses and fatal hemobilia with Behçet's syndrome. A J Gastroenterol 77: 905—908, 1982
- 7) 中野新一: 腸型ベーチェットの外科的意義. 福島医誌 27: 87—117, 1977
- 8) 馬場正三, 神谷 隆: ベーチェット病. 臨外 34: 863—867, 1979
- 9) 藤沢和明, 上野裕己: Intestinal Behçet 病と思われる4症例. 日消病会誌 77: 1805—1809, 1980
- 10) 渡辺 勇, 岡田 基, 桑原紀之ほか: 腸管型 Behçet 病といわゆる simple ulcer. 病理と臨 2: 233—244, 1984