

# “腹膜炎”

内科 足立 靖  
 病理 石井 良文

## 〈臨床〉

消化管穿孔をきたした関節リウマチの症例を経験した。

症例は86歳男性(図1、2)。関節リウマチ(RA)のため、能登医院に通院していた。H19/6にアザルフィジンによる薬剤性腎障害および間質性肺臓炎を併発し当院に第2回目の入院となった。H19/8に咳、息切れ、関節痛あり、第3回目の入院となった。その後、外来通院していたが、10/5より発熱、倦怠感あり、第4回目の入院となった。

間質性肺炎に対し、ステロイドパルススを行

ない、プレドニンを減量中であった。第135病日に消化管穿孔していることが分かり(図3)、手術を望まなかったため、持続的に腹水をドレナージすることとした。安定しつつあったため、第150病日にガストログラフィンによる消化管造影検査を行なった(図4)。30分後に腹腔内に二ボーを伴った漏出を認め、90分後に腎盂が造影された。S字状もしくは直腸の穿孔、膀胱への穿通が疑われた(図5)。外科の入院予約となったが、残念ながら永眠された(図6)。

消化管穿孔病変を伴った膠原病・リウマチ疾患の6例目であった。なぜ、リウマチに消化管穿孔を来すのか?原因検索が必要と思われた。さらに、ガストログラフィンがなぜ腎盂まで到達したのか?疑問であった。ご家族の同意を得られ、病理解剖を行なった。

Case	
症例	86歳、女性
主訴	発熱、倦怠感
既往歴	腎機能障害、間質性肺臓炎、過換気症候群
家族歴	特記すべきことなし
現病歴	関節リウマチ(RA)のため、能登医院に通院していた。H19/6にアザルフィジンによる薬剤性腎障害および間質性肺臓炎を併発し当院に第2回目の入院となった。H19/8に咳、息切れ、関節痛あり、第3回目の入院となった。その後、外来通院していたが、10/5より発熱、倦怠感あり、第4回目の入院となった。
現症	肺雑音は聴取しなかった。 関節の変形は少なかった。

図1

Laboratory data of case 2		
<b>Hematology</b>	<b>Serum chemistry</b>	<b>ANA</b>
RBC 247 x 10 <sup>4</sup> /ml	T.P. 5.4 g/dl	homogeneous & speckled
Hb 11.5 g/dl	Alb 43.6 %	RA test 515 IU/ml
Wbc 8,200 /ml	α-1-Glob 5.4 %	RAFA 2660
Plt 44.0 x 10 <sup>4</sup> /ml	α-2-Glob 18.7 %	CCP ab >100 (-)
	β-Glob 13.3 %	anti-70 (-)
	γ-Glob 18.0 %	Jo-1 Ab (-)
<b>Serology</b>	<b>Urea nitrogen</b>	
CRP 10.63 mg/dl	BUN 13.8 mg/dl	
C3 115 mg/dl	Cr 0.8 mg/dl	
C4 15 mg/dl	AST 22 IU/l	IgG 548 mg/dl
CH50 21.5 U/ml	ALT 13 IU/l	IgA 250 mg/dl
	LDH 307 U/l	IgM 256 mg/dl
	ALP 225 U/l	CH50 37.5 U/dl
<b>Urinalyse</b>	<b>γ-GTP</b>	
sugar (-)	52 U/l	
prot (-)	T.Bil 0.4 mg/dl	DNA ab 1 (-)
	Amylase 28 IU/l	MMF3 183.5
<b>Feces</b>	Lipase 66 U/l	SAA 467.0
occult blood (-)		

図2

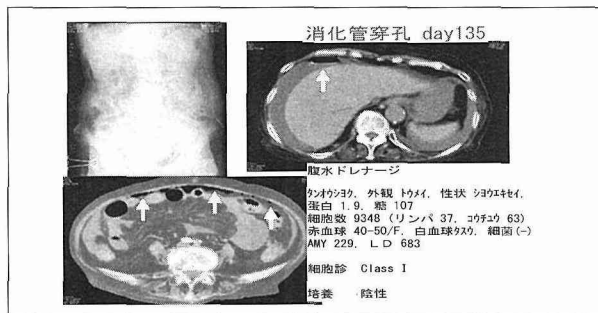


図3

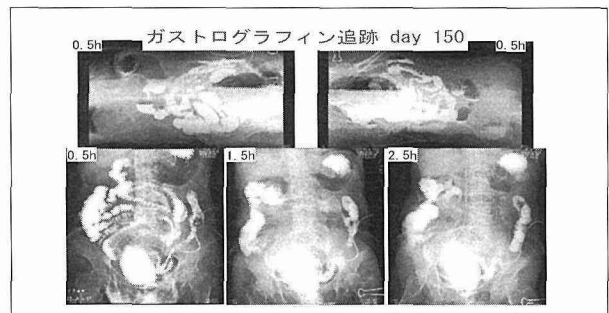


図4

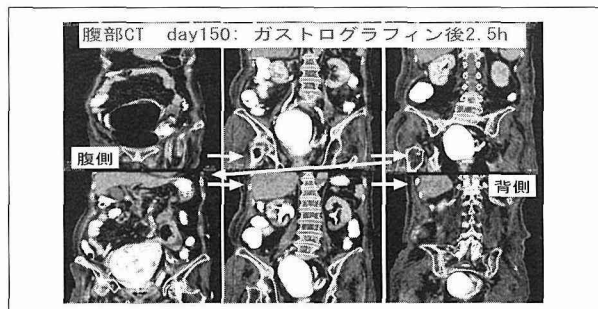


図5

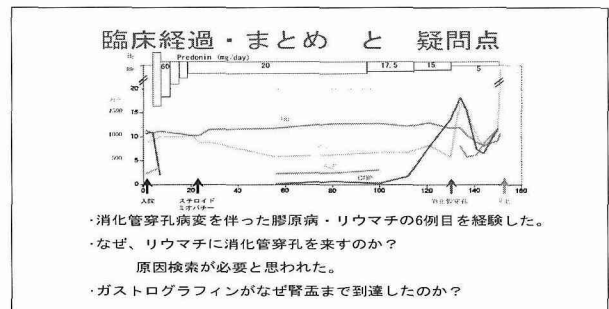


図6

## 〈病 理〉

病理診断

憩室症とS状結腸憩室穿孔

骨盤膿瘍と汎腹膜炎 (fecal panperitonitis)

低蛋白と全身浮腫

尿細管水腫変性 (osmotic nephrosis)

肺動脈血栓と肺水腫

肝小葉中心の出血性壊死

感染脾 (185g)

骨髓過形成

形質細胞増殖 (骨髓、脾、肝)

腹腔ドレナージ

## 備 考

1 S状結腸憩室穿孔による汎腹膜炎が死因である。穿孔の誘因は長期の消炎剤使用であろう。破裂に先行して骨盤膿瘍も形成され、瘻孔形成の誘因となったと思われる。

2 肝の小葉中心性壊死は糞便性腹膜炎によるエンドトキシンによるものだろう。

3 肺水腫があり、骨髓・脂肪を混える血栓塞栓症も見られた。

4 尿細管水腫変性 (vacuolar/osmotic nephrosis) は腸疾患に合併することが多く、低K血症やショックによる腎虚血や高張性輸液が誘因と言われる (左図)。

5 リウマチ疾患によると思われる形質細胞増殖が骨髓や脾臓に認められた。

