

好酸球性胃腸炎

埼玉医科大学病院総合診療内科教授

宮川 義隆

(聞き手 池田志孝)

好酸球性胃腸炎についてご教示ください。

21歳男性、気管支喘息の既往があるが、現在症状なし。1カ月ほど前から食事の後15分くらいして決まって臍周囲の持続性の鈍痛（1～2時間）が続くようになり受診。一時下痢もあったが、現在はなし。白血球 $12,300/\mu\text{L}$ 、好酸球43%、IgE 444のため好酸球性胃腸炎を疑い、上部内視鏡検査を実施。急性胃腸炎所見で生検では好酸球性胃腸炎の基準は満たさず、PPIを投与して腹痛は改善、大腸検査は未実施。好酸球増加による他臓器の病変はないと思われませんが、今後無症状であった場合、この好酸球増加を放置してよいのでしょうか。ご教示ください。

<長野県開業医>

池田 宮川先生、好酸球性胃腸炎の質問が来ています。難病指定もされている疾患なのでしょうか。

宮川 2015年に国の難病に指定されました。好酸球性食道炎と好酸球性胃腸炎の2つを合わせて好酸球性消化管疾患という病名があります。

池田 好酸球性消化管疾患はどのような概念なのでしょうか。

宮川 基本的には食事、もしくはかびなどのアレルギーが原因で消化管に炎症が起きて、好酸球が臓器に浸潤し、

食べるとおなかが痛くなって、吐いたり下痢をするような病気です。

池田 何か食べたり、あるいはかびが生えたものを食べたりして、それで起こるのはわかるのですが、すぐに発症するのでしょうか。あるいは、2～3日たってからでしょうか。

宮川 個人差があるようで、今回の相談の患者さんのように、食べてから比較的短い時間で起きる場合と、ゆっくり起きることもあるようです。

池田 食べてすぐ起こるなら原因が

わかりやすいと思うのですが、1～2日たってしまうと、本当に食べ物の影響なのかと思う方もいると思うのですが。

宮川 それで診断がなかなか難しいとされているようです。

池田 逆にいうと、診断がついていない患者さんがすごくたくさんいるのでしょうか。

宮川 その可能性があるといます。実際、国内の患者数も全く未知数で、海外の統計によると、人口1万人当たり5人ぐらいといわれているのですが、日本の疫学調査は始まったばかりで、患者数は不明です。

池田 厚生労働省の班会議でもまだデータを集めている状態でしょうか。

宮川 2015年に難病指定されたばかりなので、正確な患者数は公表されていません。

池田 好酸球という言葉から、背景にはアレルギーがあるような方が多いのでしょうか。どのような方にこの病気は多いのでしょうか。

宮川 約半数の方はアトピー性皮膚炎、喘息といったアレルギーを合併していることが知られています。

池田 その一型なのですね。食べて全身にじんましん様のものが出て、それから下痢したりすると、よくわかるのですが、皮膚の紅斑などはないのでしょうか。

宮川 皮疹はありません。

池田 では、よけいわかりませんね。

宮川 採血と胃カメラなしでは診断が難しいので、多くの患者さんは逆流性食道炎と誤診されていたり、あとは機能的胃腸障害、昔でいうところの自律神経失調症による腹痛、心身症と診断されている可能性が高いと思います。

ブスコパンが効かないので、胃カメラで調べると好酸球が浸潤していることはありうると思います。

池田 ちょっと厄介ですね。この発症機序といいますか、原因はわかっているのでしょうか。

宮川 ほとんどの場合がおそらく口から入る食物アレルギーだと考えられています。具体的に言いますと、日本人のアレルギーの原因のトップ3は卵、牛乳、小麦。それ以外はカニとかエビ、ナッツ、そば等が原因と考えられています。

池田 食物アレルギーでポピュラーなものですね。でも、皮膚には何もなくて消化管に出てくるのは非常にユニークな感じがします。

食物アレルギーというと、家族性発生もけっこうありますが、親子で同じような症状が見られる方はいるのでしょうか。

宮川 この疾患には、明確な遺伝もありませんし、家族内の発症傾向についても現時点では不明とされています。

池田 そういった方がいることを頭に入れておかないと、全く家族歴もな

いし、症状も千差万別で、わからないのですね。

宮川 先ほど申し上げたように、内科医も神経症や逆流性食道炎と誤診する可能性はあると思います。

池田 診断のポイントになりますが、確定診断はどのように行われるのでしょうか。

宮川 まず問診でアレルギー性の合併症、喘息、アトピー性皮膚炎がないかどうかを確認することと、半数以上の方が採血をするとアレルギーのもとの好酸球が増えているので、おそらくそこで気がつくと思うのです。確定診断については、今回の症例のように、胃カメラで組織を取りますが、1カ所だけだと外れてしまうことが多いので、少なくとも5カ所以上の組織をつまんで好酸球がいるところを探すことがポイントになります。

池田 好酸球性消化管疾患という大きな概念になると、今度は胃だけではなくて、十二指腸なども取るのでしょうか。

宮川 欧米では、好酸球性食道炎が多いのですが、日本人では食道ではなくて、胃、小腸、大腸に病変が多いのです。今回の患者さんも、胃カメラで異常がなくても、もし今後、下痢とか腹痛が続くようであれば、小腸か大腸のカメラによって病理診断で好酸球浸潤の有無を確認することをおすすめしたいと思います。

池田 アジア人の場合はもう少し下部のほうに近づいていかなければいけないのですね。

宮川 はい。

池田 取り方も難しいような感じがしますが、病理ではどのようなものが取れるのでしょうか。

宮川 胃袋、小腸、大腸、すべて一緒ですが、カメラで小さな組織を取ってきて、顕微鏡でのぞきます。1視野当たり、高倍率で好酸球が20個以上あった場合、陽性と判定します。

池田 やはり好酸球が診断の根拠になるのですね。20個以上。

宮川 そうですね。

池田 それが1カ所でも取れば診断がつくのですね。次に患者さんが気にされるのは、一体何がアレルギーの原因か。例えば、先ほどの小麦や卵など、通常のIgEラスタなどで調べるのでしょうか。

宮川 もし私も開業していれば当然IgEラスタを真っ先に出すと思うのですが、総説を調べたところ、厄介なのはIgEラスタを出しても見つかることはまれで、診断が難しいとされています。

池田 ではIgEラスタも役に立たない。あと、よくプリックテストなどありますが、それも行われるのでしょうか。

宮川 プリックテストでは陽性になるといわれています。全例ではないの

ですが、皮膚科の医師にお願いして検査をする価値はあると思います。

池田 ある程度対象の食べ物が見つかったときによく、食べるのをやめて様子を見て、あとでチャレンジテストをすることなどありますが、いかがでしょうか。

宮川 例えば、カニを食べて必ずおなかが痛くなるようであれば、本来であればカニを食べないようにというのが一番いいと思うのですが、原因確定のために、入院のうえ、チャレンジテストをすることは、一部の限られた施設で行われているようです。

池田 一般的にはちょっとやめてみようというかたちですね。

宮川 君子危うきに近寄らずという言葉がありますように、避けていただくのがいいと思います。

池田 それでわかればいいのですが、わからない場合、何を食べても起こってしまうような場合はどのように治療されるのでしょうか。

宮川 一番いい方法が、10~20mgの少量のプレドニンを2週間ほど続けていただくと、おなかの炎症が抑えられて、腹痛、下痢等が消えることが知られています。

池田 例えば20mgにして始めますね。2週間ぐらいして「いい」というときは、すっぱりとやめてしまうのでしょうか。それとも、少しずつ減量していくのでしょうか。

宮川 ステロイドの減量と中止のスピードは確立していないので、患者さんの症状を見ながら漸減、中止します。長期間使うと副作用が出ますので、私であればおそらく1カ月ぐらいで減らしていくと思います。

池田 特にアレルギーのものがわからない場合は、やめるとまた少し出てしまったりすることがありますね。そのときはほかの例えば抗ヒスタミン薬を併用するなどといったことはあるのでしょうか。

宮川 抗ヒスタミン薬も有効とされているので、併用は適切だと思います。

池田 なるべくステロイドは長く使いたくないですね。

宮川 はい。

池田 その場合は、ステロイドを漸減し、抗ヒスタミン薬を残しておくというパターンになるのでしょうか。

宮川 はい。ただ、これも難病に指定されたばかりで、治療法が確立していません。患者さんの症状を見ながら、いわゆる医師のさじ加減でやっているのが現状だと思います。

池田 よく一般の食物アレルギーで経口減感作療法というのがありますが。その辺も確立されていないのでしょうか。

宮川 全く確立されていないです。

池田 ということは、現時点では疑われたものはやめて様子を見るだけ。そして、よくわからない場合はステロ

イドを出して、一定期間で減量して抗ヒスタミン薬を置き換えていく。そのようなかたちなのでしょう。

宮川 おそらくそれが標準的というか、無難な方法だと思います。

池田 なかなか難しいですね。患者さんはどのような食べ物が原因かあまりわからないと、日常での食べ物も含めて「どうしたらいいのか」という質問があると思います。どのように指導されるのでしょうか。

宮川 今回の患者さんの場合には幸い腹痛も改善して、下痢もないようなので、好酸球が多いといえども、経過観察ができると思います。ただ、今後症状が出た場合にどうするかは、治療を短期間行って経過を見るしか方法はないと思います。

池田 どうしていいかもあまり見通せていないような感じがするのですが、この病気があることによって何かほかの臓器や、関係している臓器の病変があるとか、そういうものはあるのです

でしょうか。

宮川 好酸球性消化管疾患は原則として消化器の疾患ですので、ほかの臓器には出ないのですが、別な病気、例えば膠原病を合併している場合は、当然ながらほかの臓器に症状が出てくることがあると思います。

池田 質問で「好酸球増加による他臓器の病変はないと思われますが」というのはそのことを言われているのですね。

宮川 そうですね。好酸球性肺炎とか膠原病などが現時点ではないということをおっしゃっているのだと思います。

池田 逆に言いますと、この場合、好酸球が上がっているので、この病気だと確定する前に、ほかの病気も一応疑っておくことが必要なのですね。

宮川 全身を見て鑑別診断を進めていただくのが肝要だと思います。

池田 どうもありがとうございます。