

多発性胃ポリープと副甲状腺腺腫：2症例の報告

Multiple Gastric Polyps and Parathyroid Adenomas: Report of Two Cases: K. C. Bodily, A. Mowlem, J. E. Hoffman (*Amer. J. Surgery* 122: 118~120, 1976)

胃の多発性ポリープはまれな疾患で、これと内分泌異常の合併は更にまれである。多発性胃ポリープと副甲状腺腺腫合併例2例を報告する。

第1例は、55歳の女性。2年間の上腹部愁訴あり、胃X線検査で、多発性胃ポリープを診断さる。以前より高血清カルシウム値を示していたが、術後も続いているので2年後再入院。精査により原発性副甲状腺機能亢進症の診断がなされ、右副甲状腺に2.5×1.5 cmの腺腫が発見され切除された。術後血清カルシウム値は下降した。

第2例も同様に多発性胃ポリープと右副甲状腺腺腫の両者がみつかり両者とも手術された。

胃に4コ以上のポリープを有する例は、剖検例中の0.09%である。胃ポリープと内分泌腺の腺腫の合併はまれである。ある文献によると、MEA（多発性内分泌腺腫）の74例中4例に胃のポリポージスを報告している。MEAの患者の57%が消化性潰瘍をもつ。反対に、消化性潰瘍は、副甲状腺機能亢進症の患者の9~30%におけると報告されている。また、MEAの87%に副甲状腺機能亢進があるといわれる。胃酸分泌には血中のカルシウムが関与し、副甲状腺機能亢進症では、血清カルシウムの上昇が、胃酸分泌を刺激し、消化性潰瘍の頻度を高くしている。この報告における胃ポリープの患者では、胃液無酸なのでこれは当ては

まらない。MEAの患者の81%に、脾臓の腺腫が認められた。報告された3分の2は、非β細胞系のもので過酸と消化性潰瘍を合併していた。他はβ細胞由来であって、低血糖を伴っていた。

多発性胃ポリープの患者の約90%は無酸症である。Ballardらの報告した胃のポリープとMEAの合併例4例では、1例も過酸症を示さず、低血糖が1人に認められた。著者らの報告の2例では、過酸も低血糖もなく、定型的なMEA症候群の症状を示さなかったが、胃のポリポージスは、報告にある以上にMEA症候群を合併しているのではなかろうか。胃ポリープの患者を精査する場合、内分泌系とMEA症候群の存在に留意すべきである。

溶血性尿毒症症候群における潰瘍性大腸炎類似の急性大腸炎

Acute Colitis Resembling Ulcerative Colitis in the Hemolytic-Uremic Syndrome: G. E. Cramer, G. E. Burdick (*Amer. J. Digest. Dis.* 21: 74~76, 1976)

潰瘍性大腸炎は、種々類似しているものがあり、その確診には急性大腸疾患の他の原因を除外しなければならない。

最近10歳の少年で、潰瘍性大腸炎に似た直腸鏡およびX線所見を呈し、精査したところ溶血性尿毒症症候群だった例を経験した。子供では大腸の急性潰瘍性病変の鑑別診断に、溶血性尿毒症症候群を含めるべきである。

この患者は、4日間にわたる臍周囲の腹痛と、間歇的な嘔吐、下痢があり、入院2日前に便中に血液の混入を認めた。直腸鏡検査では、直腸

粘膜の著明な浮腫、発赤、脆弱性を認めた。大腸X線検査では、大腸全体に小さな腫瘍を認めた。他の検査所見は、白血球数20,800、尿素窒素30 mg/dl、尿蛋白(++)など、安静臥床、輸液で治療、後にステロイドとアンピシリンを投与した。排便回数は減ったが、48時間以上にヘマトクリットが22%に下降、溶血性一尿毒症症候群と診断した。尿素窒素は84 mg/dlまで上昇、尿蛋白(++)、沈渣で一視野に赤血球4~6コ、赤血球円柱を認めた。ステロイド投与、漸減法で、次の週には諸検査所見は正常に戻った。退院2カ月後の直腸鏡検査も正常となった。

この症候群は、1955年にはじめて記載された。理由は分らないが、DIC(び慢性の血管内凝固)がおり、毛細血管による溶血性貧血、血小板減少症、腎不全がおこる。神経学的な障害がおりやすく、軽い神経障害から脳卒中あるいは昏睡に及ぶ。消化器症状では、普通前駆期にみられ、種々の程度の胃腸炎といわれている。下痢は、軽度から中等度まで、便に血液を混ぜず。Bermanは最初の臨床症状と直腸鏡所見で急性潰瘍性大腸炎と診断された5例の溶血性一尿毒症症候群を報告した。剖検によれば、結腸全体に出血性の粘膜潰瘍がみられるという。治療は、対症的で腎障害の程度に依存する。

このように急性潰瘍性大腸炎をみた時は、とくに12歳以下の子供の時溶血性一尿毒症症候群を念頭におくべきである。診断は、末梢血検査で毛細血管症性の溶血性貧血、血小板減少と尿素窒素の上昇が手掛りとなり早期治療を行なえば予後はよい。大腸の障害も長期にわたらない。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美 抄)