

SLE に合併した萎縮膀胱の 1 例

大阪厚生年金病院泌尿器科

片岡 喜代徳・藤岡 秀樹

北村 憲也・柏井 浩三

大阪厚生年金病院内科

吉岡 博昭・藤田 俊作

CONTRACTED BLADDER IN A PATIENT WITH SYSTEMIC
LUPUS ERYTHEMATOSUS: REPORT OF A CASE

Kiyonori KATAOKA, Hideki FUJIOKA,

Kenya KITAMURA and Kozo KASHIWAI

From the Department of Urology, Osaka Welfare Pension Hospital

Hiroaki YOSHIOKA and Shunsaku FUJITA

From the Department of Medicine, Osaka Welfare Pension Hospital

A case of contracted bladder in a patient with systemic lupus erythematosus (SLE) was reported.

The patient was a 37-year-old woman who had been diagnosed as SLE in 1970 and had been treated for that disease for two years. She had complained of diarrhea and abdominal pain since June in 1977 and was suspected of relapse of SLE. On August, she complained of micturition pain and pollakisuria besides and visited our clinic on September 9, 1977. Drip infusion pyelography demonstrated contracted bladder and bilateral hydronephrosis. Cystoscopy showed edematous mass at the trigone of the bladder. Analgesics, antispasmodics, antidiarrheal drugs and antibiotics were given to her. But the symptoms were not alleviated. With steroid all the symptoms disappeared immediately. Furthermore, contracted bladder and bilateral hydronephrosis was alleviated and edematous mass of the bladder was reduced. In this way, the pathological changes of the bladder progressed in accordance with the clinical course of SLE.

The ileocecal cystoplasty was performed for the contracted bladder on August 23, 1978. She is living well at present.

緒 言

全身性エリテマトーシス, SLE は膠原病の代表的疾患であり, その臨床症状はきわめて多彩である. 泌尿器臓器としては, 腎が SLE に侵されることは周知のごとくであるが, 膀胱病変についてはその報告はほとんどない. われわれは SLE の患者で, 頻尿, 排尿痛を訴え, DIP にて萎縮膀胱, 両側水腎尿管症, 膀胱鏡にて膀胱三角部に浮腫状の隆起病変を認め, これらの症状所見が SLE の症状にはほぼ一致して経過した

1 症例を経験したので報告し, SLE と膀胱病変について若干の文献的考察を加えた.

症 例

患者: 37歳, 女性

初診: 1977年9月9日

主訴: 頻尿, 排尿痛

家族歴: 特記すべきことなし.

既往歴: 1970年3月ごろ, 顔面に蝶型紅斑, 多発性関節痛が出現し, 某病院に入院. 皮膚生検を含む精査

の結果 SLE と診断される。以後、内服薬の服用を約 2 年間続けたが、症状がなくなったため通院しなくなる。1972 年肺結核にて約 10 カ月間入院加療を受ける。

現病歴：1976 年 6 月より、再び顔面に蝶型紅斑、多発性関節痛、全身倦怠感が出現し、某病院を受診するも精査の結果異常なしと言われる。その後も上記症状が持続していたが、1977 年 6 月より下痢、腹痛が出現し、SLE の再燃が疑われ 7 月 28 日 当院皮膚科に入院する。8 月 11 日より、さらに頻尿、排尿痛が出現したため当科を受診する。

現症：体格中等度、栄養やや不良、貧血、黄疸認めず。顔面に一部色素沈着を伴う蝶型の皮疹を認める。胸部、打聴診上異常を認めず。腹部、肝脾、両腎触知せず。右側腹部に軽度圧痛を認める。

検査成績：尿所見：外観黄色透明、pH 7、蛋白(+)、糖(-)、赤血球 4~5/視野、白血球 6~8/視野、尿細菌培養陰性、尿結核菌培養陰性、尿細胞診陰性。検血：赤血球 $402 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、Ht 35.2%、Hb 12.2 g/dl、白血球 $3100/\text{mm}^3$ 、血小板 $25.6 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、血沈：1 時間値 68 mm、2 時間値 110 mm。血液化学：Na 145 mEq/L、K 4.5 mEq/L、Cl 107 mEq/L、 Ca^{++} 9.4 mg/dl、BUN 19 mg/dl、creatinine 0.7 mg/dl、肝機能：GOT 30 mU/ml、GPT 15 mU/ml、Al-P、68 mU/ml、total bilirubin 0.4 mg/dl、蛋白分画：T.P. 7.6 mg/dl A/G 0.85、albumin 46.2%、globulin 53.8%、 α_1 -Gl. 4.2%、 α_2 -Gl. 12.9%、 β -Gl. 8.4%、 γ -Gl. 27.5%、血清学検査：ASLO 160 Tcdd 単位、CRP (+)、RA (-)、LE 細胞現象陽性、抗 DNA 抗体 640 倍、抗核抗体 320 倍、血清補体価 20.8 CH 50 μ /ml。

レ線所見：胸部レ線。右肺尖野に索状網状陰影、右肺中野に境界明瞭な石灰化陰影を認める。断層撮影により、これらは非活動型の肺結核による陰影と診断された。胃腸透視、注腸透視：胃十二指腸には著変を認めなかったが、空腸回腸ともに蠕動運動の減少を認め、空腸の粘膜の谷は小棘状を示し、回腸は過充満、無構造に近く壁弾力性の低下を認めた。また上行結腸には内腔に向って多数の腫瘤状のものが突出し、いわゆる thumbprinting 様の陰影欠損を認めた (Fig. 1)。これらの所見はいずれも粘膜下浮腫によるものと思われる。SLE の血管炎による腸の変化と考えられた¹⁻³⁾。DIP：両側水腎水尿管症と萎縮膀胱を認めた (Fig. 2)。VCG：膀胱尿管逆流症は認めなかった。膀胱鏡所見：膀胱容量は 50 cc。硬膜下麻酔下では 180 cc であった。膀胱三角部を中心に浮腫状の隆起病変を認めた。ほかの部分には潰瘍などの異常所見は認めなかった。

入院後経過：腹痛、下痢に対して、種々の鎮痙剤、止

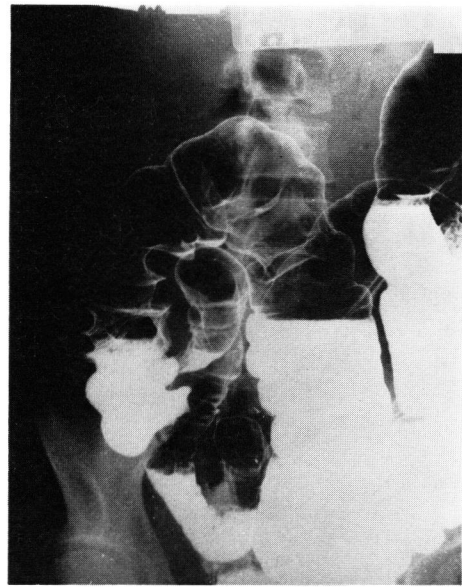


Fig. 1. Barium enema shows thumbprinting of the ascending colon.

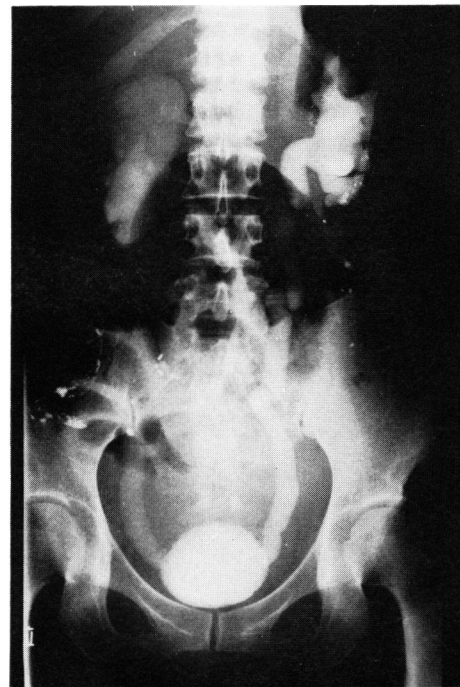


Fig. 2. DIP on September, 1977 shows contracted bladder and bilateral hydronephrosis.

瀉剤、頻尿、排尿痛に対して抗生物質、消炎鎮痛剤を投与したが症状は軽減せず、ステロイド剤の投与により上記症状は初めておさまった。同時に抗核抗体も下り始め、LE 細胞現象も一時陰性となった (Fig. 3)。この

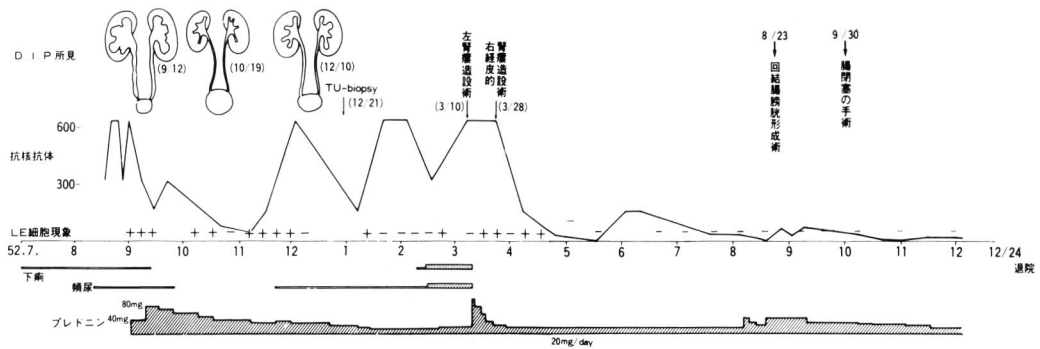


Fig. 3. Clinical course.



Fig. 4. DIP on October 19, 1977.

時期の DIP にて萎縮膀胱、水腎水尿管症は軽減し (Fig. 4)、膀胱鏡にて膀胱三角部の隆起病変の縮小を見た。11月後半より再び頻尿排尿痛が出現するとともに抗核抗体の上昇と LE 細胞現象の陽性化を認めた。また、この時期の DIP にて萎縮膀胱、水腎水尿管症の悪化を認め (Fig. 5)、膀胱鏡にて膀胱三角部の隆起病変の増大を見た。12月21日、膀胱三角部隆起病変の経尿道的生検を施行した。組織学的には粘膜下層に高度の浮腫を伴い小円形細胞浸潤を認める非特異的慢性炎症像であった (Fig. 6)。1978年2月中旬より再び下痢が出現し、頻尿も1日40回以上となり全身状態も衰弱化傾向を示した。3月7日より尿量の減少、BUN, creatinine の上昇を認め、両側尿管膀胱移行部狭窄による腎後性無尿となった。3月10日左腎瘻造設術を施行するとともに、ステロイドホルモン剤を増量した。術後、下痢もおさまり全身状態も回復した。3月28日、さらに経皮的に右腎瘻を造設した。その後下痢も

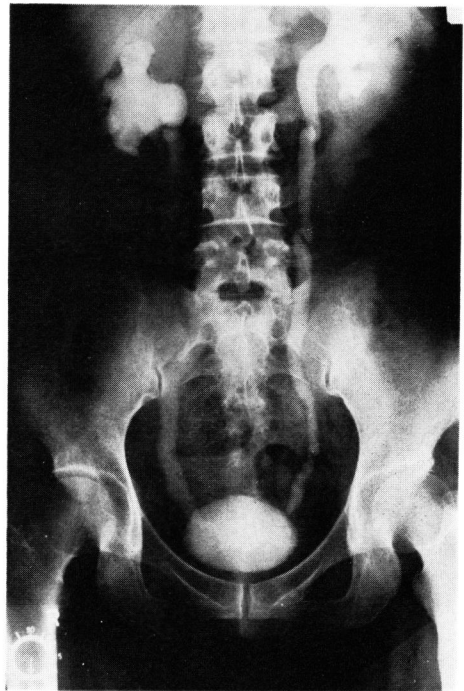


Fig. 5. DIP on December 10, 1977.

なく全身状態良好で、検査所見にても抗核抗体は下降し、LE 細胞現象も陰性のまま経過した。5月中旬より自尿をみるようになり、6月13日の DIP では両側の尿管膀胱移行部の閉塞はとれ、狭窄は認めながらも造影剤の通過を認めた。膀胱鏡では、三角部の隆起病変は完全に消えていた。両側の腎瘻をとめて経過をみたが、膀胱容量約 100 cc で頻尿を訴え、また DIP にて尿管膀胱移行部狭窄は改善傾向を示さず水腎症が持続するため、狭窄部尿管の切除と膀胱容量の拡大を目的として、1978年8月23日、回腸結腸膀胱形成術 (Gil-Vernet) を施行した。

手術所見：膀胱壁の肥厚は軽度で、粘膜は全体に萎縮様であった。三角部の隆起病変は認めなかった。ま

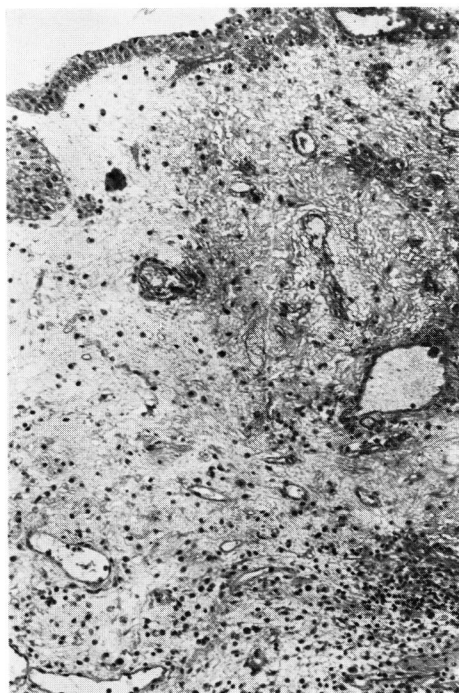


Fig. 6. Histology of the bladder on December 21, 1977. The submucosa shows marked edema and infiltration of small round cells (H & E. $\times 100$).

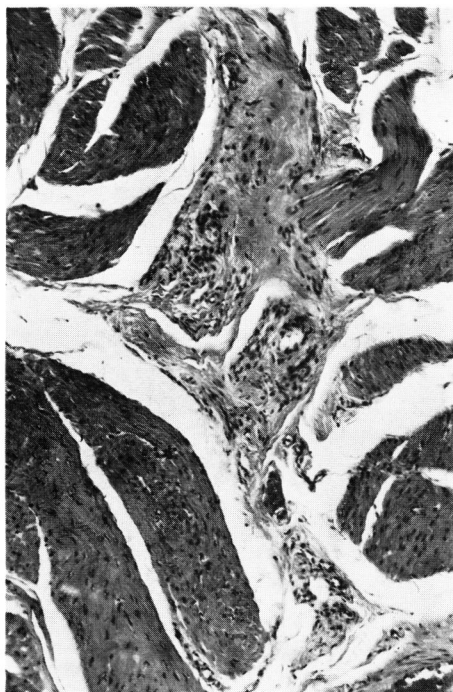


Fig. 8. Histology of the bladder on August 23, 1978. In the muscular layer, there is an abundance of fibrous tissue and the arterioles have thick walls and narrow lumens (H & E. $\times 100$).

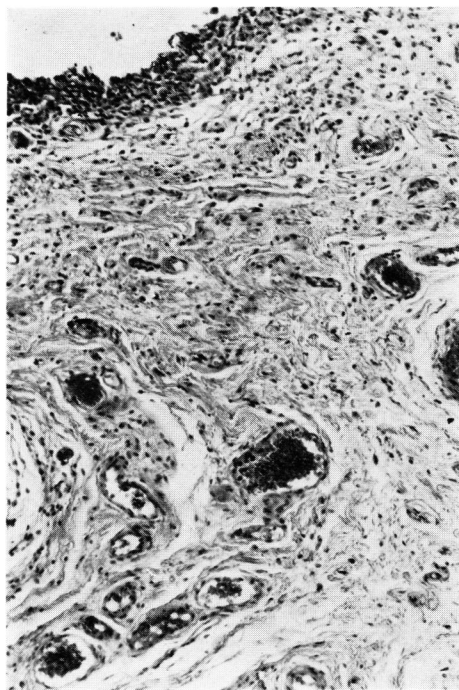


Fig. 7. Histology of the bladder on August 23, 1978. The submucosa shows edema and dilated capillaries (H & E. $\times 100$).



Fig. 9. Postoperative DIP.

た空腸回腸には著変を認めなかったが、上行結腸には多量の gas があり、壁弾力性の低下を示した。同部の結腸管膜に軽い癒着も認めた。膀胱、回腸、結腸の一部を生検した。

病理所見：膀胱の粘膜下層に浮腫、毛細血管の拡張、小円形細胞浸潤を認める (Fig. 7)。筋層部では動脈の内皮の増生を伴う血管壁の肥厚とその周囲の線維化、また筋層間の結合組織の増加を認める (Fig. 8)。回腸では漿膜の血管壁に小円形細胞の浸潤と内腔の狭小化が見られ、血管に炎症のあることが認められた。結腸には血管炎の所見は認められなかった。

術後経過：術後37日目に腸閉塞になり癒着剝離術を施行したが、その後の経過は順調であった。膀胱容量は 300 cc と増大し、DIP にて水腎水尿管症は軽減した (Fig. 9)。術後123日目に退院し、現在 SLE のためプレドニン 15 mg で内服治療を続けているが、頻尿、尿路感染症、また腹部症状もなく全身状態良好にて生活をしている。

考 察

SLE は全身の結合組織、特に血管結合組織に病変をきたし、臨床的には非常に多彩な症状を示す全身性炎症疾患とされている。SLE に侵される臓器としては、皮膚、関節、腎、胃腸のほか、心臓、肺などもあげられる。しかし、膀胱病変についてはその報告はほとんどなく、近年 Karpati⁴⁾ が SLE に合併した間質性膀胱炎の1例を報告している。Karpati はその間質性膀胱炎は SLE の部分症状であり、また間質性膀胱炎は膀胱の自己免疫疾患であるとしている。間質性膀胱炎は今なお原因不明の膀胱炎で、Fister⁵⁾ は本症が lupus erythematosus に似ているとし、また Shipton⁶⁾ は自己免疫疾患に合併した間質性膀胱炎4例を報告し、間質性膀胱炎は膠原病の性格を持つと指摘している。さらに Silk⁷⁾ は間質性膀胱炎 103 例中 7 例に甲状腺炎、12 例にリウマチ様関節炎を認め、間質性膀胱炎の患者には自己免疫疾患との合併が多いことを指摘している。本症例は症状、尿所見、病理所見、また種々の治療に抵抗したことよりみて、間質性膀胱炎のカテゴリーに入ると思われるが、本症例では症状が現われてから非常に短期間のうちに萎縮膀胱になっていること、膀胱鏡所見が典型的なものと異なることより、本症例

が間質性膀胱炎と言えるかどうか議論の余地がある。

SLE の病変は全身の血管、特に細動脈、小動脈を中心とした結合組織の広範な病変であり、血管病変がその中心である⁷⁾ と言われている。本症例に見られた thumb printing 像などの腸病変も SLE の血管炎によるものとされており、本症例の回腸生検にても血管炎が認められている。SLE が全身病であることより、膀胱血管に血管炎が起きても不思議ではなく、本症例の膀胱生検にても血管内皮の増生と血管周囲の線維化が認められており、これは以前血管炎のあったことを物語っている。膀胱病変の経過が SLE の経過と一致していること、また型態的によく似た腸の粘膜下浮腫を同時に認めれば SLE の血管炎によるとされていることより、本症例で膀胱に粘膜下浮腫を生じ萎縮膀胱に至らしめたのは SLE によると考えるのが最も自然と思われる。いずれにしても、本症例の萎縮膀胱は他に何ら原因疾患を見出しえないこと、また膀胱萎縮の経過から、この膀胱病変は SLE に関係したものと考える。

結 語

SLE の患者で、頻尿、排尿痛を訴え、DIP にて萎縮膀胱、両側水腎水尿管症、膀胱鏡にて膀胱三角部に浮腫状の隆起病変を認め、これらの症状所見が SLE の症状にはほぼ一致して経過した症例を経験したので報告し、若干の文献的考察を加えた。

この論文の要旨は、第84回日本泌尿器科学会関西地方会で発表した。

文 献

- 1) 勝部吉雄・ほか：胃と腸，7：1025，1972。
- 2) 田中 満・ほか：臨放，18：637，1973。
- 3) 柏崎禎夫・ほか：最新医学，31：1975，1976。
- 4) Von F. Karpati: Zschr. Urol. Bd., 68: 633, 1975。
- 5) Fister, G. M.: J. Urol., 40: 37, 1938。
- 6) Shipton, E. A.: Brit. J. Urol., 47: 443, 1965。
- 7) Silk, M. R.: J. Urol., 103: 307, 1970。
- 8) 柴田整一：最新医学，31：30，1976。

(1979年9月11日受付)