

非典型的な臨床症状を呈した 高齢者の特発性十二指腸潰瘍

おお た りゅう いち いた くら だい すけ えん どう のぶ ゆき
太 田 龍 一¹⁾⁴⁾ 板 倉 大 輔²⁾ 遠 藤 信 幸²⁾
たつ むら たい じ はっ とり しゅう ぞう
辰 村 泰 治³⁾ 服 部 修 三⁴⁾

キーワード：十二指腸潰瘍，特発性潰瘍，H.pylori，心理的ストレス

要 旨

十二指腸潰瘍患者の多くが心窩部痛や胸焼けを主訴に受診することが多く，ヘリコバクターピロリ菌（H.pylori）感染やNSAIDsなどの使用歴があることが多い。今回，89歳男性の食欲不振のみを主訴にした十二指腸潰瘍の1例を経験した。患者はNSAIDsの使用歴はなく，H.pyloriは除菌済みであった。特発性十二指腸潰瘍と診断しプロトンポンプ阻害薬の点滴加療により軽快した。高齢者の食欲低下の原因としてはっきりとした誘因がない場合でも十二指腸潰瘍を鑑別に入れる必要があると考えられる。

はじめに

十二指腸潰瘍の一般的な症状として心窩部痛，胸焼け，悪心，嘔吐が知られており，80%にこれらの症状がみられる。当疾患を疑った際，二大病因である *Helicobacter pylori* と NSAIDs を念頭におき診療に当たる必要がある。またこれら以外の病因として，サイトメガロウイルスなどの感染症，ビスホスフォネートやクロピドグレルなどの薬剤性，酸分泌過剰状態を引き起こすホルモンやメディエーター，胃幽門部切除などの術後，心理

的要因などが知られている¹⁾。

今回，食欲不振と全身倦怠感のみを症状とする高齢者の十二指腸潰瘍の1例を経験した。当初は症状から副腎不全を疑い，ステロイド投与による治療を行っていたが，血便が見られたため内視鏡検査を行い，十二指腸潰瘍の診断，治療へと至った。食欲低下と全身倦怠感のみの症状から十二指腸潰瘍を鑑別診断にあげることは多くない。本症例を検討することを通して，一般的な症状を呈さない十二指腸潰瘍の診断について考察した。

症 例

89歳 男性

主訴：全身倦怠感，食欲不振

既往歴：ステロイド糖尿病，前立腺癌，高血圧症，

Ryuichi OHTA et al.

1) 雲南市立病院地域ケア科 2) 島根大学医学部医学科

3) 辰村医院 4) 雲南市立病院内科

連絡先：〒699-1221 雲南市大東町飯田96-1

雲南市立病院地域ケア科

不整脈, 脳梗塞, 狭心症

現病歴:

2009年当院泌尿器科で clinical stage T1cN0M0 の前立腺癌と診断され, 2016年9月30日よりアビラテロン 1,000 mg/日による治療が開始された。アビラテロンの副作用の予防のためプレドニゾン 10 mg/日も同時に開始された。10月頃に随時血糖が 250 mg/dl まで上昇を認めたため, 当院内科紹介となり, DPP-4 阻害剤での血糖コントロールを開始した。2017年1月16日に効果不十分のためアビラテロンが投薬中止となった。プレドニゾンを1月16日から5 mg/日, 2月13日からプレドニゾン 2.5 mg/日に漸減され, 3月16日, プレドニゾン 2.5 mg/日が中止された。その後徐々に全身倦怠感, 食欲不振ならびに嘔吐・下痢が出現した。嘔吐は同居する妻にもみられた。近医で胃腸炎の診断で点滴加療を行っていたが症状改善なく, 平成29年4月5日, 当院内科紹介受診となった。来院時嘔気, 嘔吐, 腹痛などは認められなかった。来院時バイタルサインは血圧 107/73 mmHg, 心拍数 78回/分, 呼吸数 14回/分, 体温 36.4度, SpO2 98% (室内気) で, 身体所見上眼瞼結膜の蒼白なく, 腹部に圧痛などの所見はなかった。採血は表1となっていた。内服歴より副腎不全が疑われ即日入院となった。4月6日 ACTH 負荷試験を行い, コルチゾールの値は 16.6 μ g/dl (投与前), 27.1 μ g/dl (30分), 29.8 μ g/dl (60分) で陰性であった。尿素呼気試験 0.7‰, 入院後全身倦怠感が持続していた。4月10日の早朝, 黒色便を認めたため, 同日上部消化管内視鏡を施行し, 多発十二指腸潰瘍を認めた (図1)。同日の採血は表1となっていた。エソメプラゾール 20 mg による点滴治療を開始し, その後症状は速やかに軽快した。

表1. 入院時検査所見

血算		生化学	
白血球数	11.8 $\times 10^3$ /ul	TP	6.6 g/dl
赤血球数	5.13 $\times 10^6$ /ul	ALB	3.8 g/dl
血色素量	15 g/dl	総ビリルビン	1.7 mg/dl
ヘマトクリット	46.6 %	AST	28 IU/l
MCV	90.7 fl	ALT	14 IU/l
MCH	29.3 pg	LDH	234 IU/l
MCHC	32.3 g/dl	BUN	39.4 mg/dl
RDW	13.1 %	クレアチニン	1.72 mg/dl
血小板数	25.3 $\times 10^4$ /ul	Na	139 mEq/l
血沈 (1時間値)	10 mm	K	3.3 mEq/l
		Cl	93 mEq/l
		eGFR	29.5 ml/min/1.73m ²
		血糖	130 mg/dl
		HbA1c	6.6 %
		PSA	164.1 ng/ml

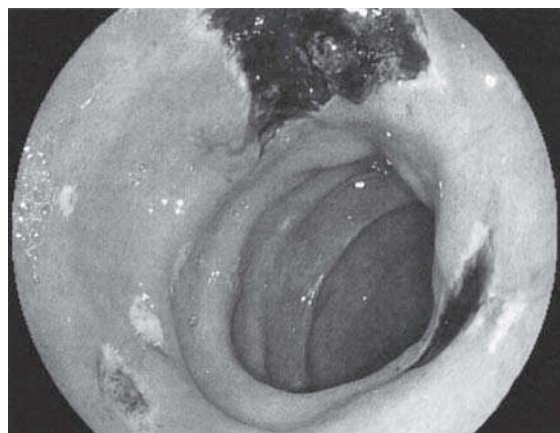


図1. 十二指腸球部にみられた多発する十二指腸潰瘍

考 察

十二指腸潰瘍の好発年齢は30代から40代で高齢者では減少傾向にある。上部消化管内視鏡を用いて十二指腸潰瘍と診断された症例の80%は上腹部痛を有するという報告があり²⁾, 上部消化管出血を示唆する所見として, 上部消化管出血の既往,

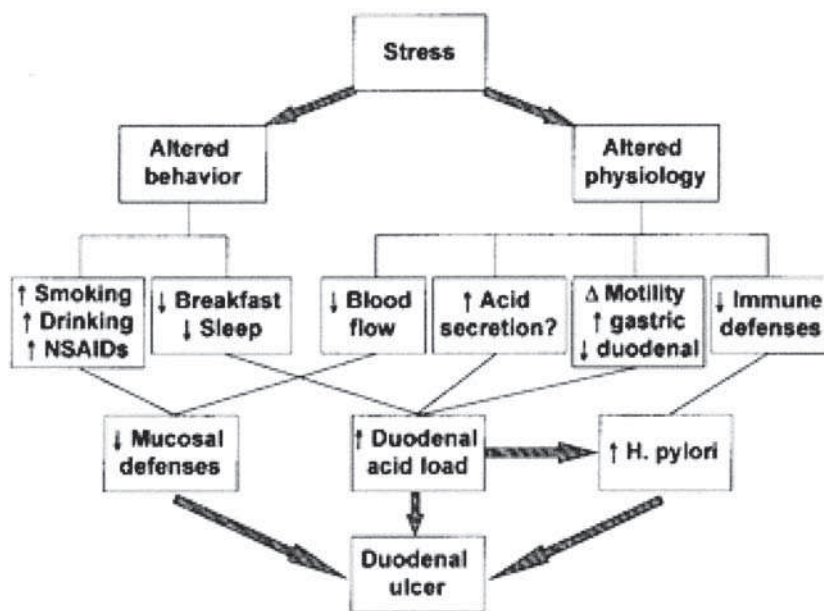


図2. 心理的ストレスと十二指腸潰瘍の関係性をカスケードで示している (文献7より引用)

黒色便の病歴や身体所見，BUN/Cr 比などが診断に寄与する³⁾。本症例では典型的な上腹部痛はなく全身倦怠感と食欲低下のみであった。消化性潰瘍患者の中で上腹部痛を伴わなかった患者数は50歳以下では67例中5人(8%)で60歳以上では132例中38人(35%)と有意に上昇したという報告もありその内，食欲不振を伴う症例は132例中7例のみであった⁴⁾。非 H.pylori 及び非 NSAIDs による消化性潰瘍形成は特発性潰瘍と定義されている。過去の報告によると，十二指腸潰瘍152例で検討し，H.pylori 陰性並びに NSAIDs 陰性患者は1例のみであり，十二指腸潰瘍全体のうち特発性潰瘍の割合は0.7%であった⁵⁾。本症例も H.pylori 除菌後であり，有害事象を疑う NSAIDs の内服歴などもなく，特発性潰瘍であった可能性がある。

特発性潰瘍のリスクファクターとしては，高齢，心理的なストレスなどがあげられる。高齢者では消化管粘膜内プロスタグランジンが低値であるこ

とから防御機能が脆弱化している場合，潰瘍を来たしやすい⁶⁾。心理的ストレスに関して，Suzanらによって心理的ストレスと十二指腸潰瘍の関係性が示唆されている(図2)。心理的ストレスは消化管の血流の低下，胃酸分泌の増加，胃の壁運動の亢進と十二指腸の壁運動の低下，免疫機能の低下をきたす⁷⁾。本症例は腸炎を併発しており，食事や睡眠も十分に取れていなかった。このような要因が本症例の潰瘍形成に対して，心理的ストレスとして複合的に作用したと考えられる。また，本症例はステロイド内服歴があった。ステロイドの服用により消化管の炎症や潰瘍の形成，出血のリスクが増加することが知られており，ステロイドによるこれらの有害事象の相対危険度は1.1~1.5となることが示されている^{8,9)}。本症例では発症直前までステロイドを服用していたことより，潰瘍形成に対しリスク増加の一因となりうると考えられた。

結 語

H.pylori や NSAIDs などの主要な消化性潰瘍のリスク因子をもたず、典型的な臨床症状をきたさない症例であっても、高齢で心理的ストレスや

ステロイド内服歴など、なんらかの消化性潰瘍を惹起しやすい因子をもつ場合、十二指腸潰瘍の可能性も考慮する必要がある。

COI：開示すべき COI はありません。

参 考 文 献

- 1) Malfertheiner P, Chan FKL, McColl KEL. Peptic ulcer disease. *Lancet* 2009; 374: 1449-1461.
- 2) Barkun A, Leontiadis G, Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am J Med.* 2010; 123(4): 358.
- 3) Srygley FD, Gerardo CJ et al. Dose this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA.* 2012; 307: 1072-9.
- 4) Clinch D, Banerjee AK, et al. Absence of abdominal pain in elderly patients with peptic ulcer. *Age and Aging* 1984; 13: 120-123.
- 5) Nishikawa K, Sugiyama T, Kato M, et al. Non-Helicobacter pylori and non-NSAIDs peptic ulcer disease in the Japanese population. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000; 12: 635-640.
- 6) Ootani H, Iwakiri R, Shimoda R, et al. Role of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drug use in bleeding peptic ulcers in Japan. *J Gastroenterol.* 2006; 41: 41-46.
- 7) Levenstein S. The Very Model of a Modern Etiology: A Biopsychosocial View of Peptic Ulcer. *Psychosomatic Medication.* 2000; 62: 176-185.
- 8) Messer J, Reitman D, Sacks HS, Smith H Jr, Chalmers TC. Association of adrenocorticosteroid therapy and peptic-ulcer disease. *N Engl J Med.* 1983; 309: 21-24.
- 9) Piper JM, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med.* 1991; 114: 735-740.