

〔 BQ72 資料〕 疾患各論

1) 過敏性腸症候群

過敏性腸症候群は、疝痛というよりは、慢性的な腹痛をきたすことが多く、病歴として排便に関連して症状が変化することが診断として重要である。また、除外診断が基本であり、他疾患を十分除外しておく必要がある。Rome IV基準を示す(CPG)¹⁾。

表 過敏性腸症候群の診断基準(Rome IV)

過去3か月で1週間に少なくとも1日以上腹痛が繰り返し起こり、下記の2項目以上の特徴がある*。

- (1) 症状が排便に関連する
- (2) 排便頻度の変化を伴う
- (3) 便性状(外観)の変化を伴う

*6か月以上前から症状があり、最近3か月は上記基準を満たしている。

Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al : Bowel Disorders. Gastroenterology 2016 Feb 18 : S0016-5085(16)00222-5. PMID : 27144627

2) 中枢介在性腹痛症候群(centrally mediated abdominal pain syndrome ; CAPS)

中枢介在性腹痛症候群は、以前は functional abdominal pain syndrome(FAPS)とされていた概念で、2016年に Rome IV基準が改定され、中枢介在性消化管痛障害(centrally mediated disorders of gastrointestinal pain)に分類されるようになった。以下に Rome IV基準(CPG)²⁾を示すが、この病態自体は、腹痛の原因が腹部ではなく中枢神経にあるとするものであり、脳腸相関を重視したアプローチが重要となる。本疾患は疝痛を繰り返すというよりは比較的持続的な症状をきたすことが多い。

表 中枢介在性腹痛症候群(CAPS)の診断基準

中枢介在性腹痛症候群では、以下のすべての項目が当てはまること

- 1) 持続性あるいはほぼ持続性の腹痛
- 2) 痛みと生理的現象(摂食、排便、月経)との関連はないか、あったとしてもまれである
- 3) 日常生活に何らかの障害がある
- 4) 痛みは嘘(詐病)ではない
- 5) 痛みを説明するような他の機能性消化管障害の診断基準に当てはまらない

6か月以上前から症状があり、最近3か月は上記基準を満たしている。

Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al : Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain. Gastroenterology 2016 Feb 19 : S0016-5085(16)00225-0. PMID : 27144628

3) 腹部アンギーナ

腹部アンギーナとは、動脈硬化性病変により腸管に虚血をきたす疾患で、食後に急性の腹痛を繰り返す疾患である(EO)³⁾。冠動脈閉塞による狭心痛や、下肢動脈閉塞の間欠性跛行と同様の病態であり、典型例では、食物が腸管を通過する食後20~60分後に、鈍く痙攣するような上腹部痛症状が出現し、約2時間程度で治まるとされている。腹痛部位は閉塞血管によって異なり、症状が強く激しいが、身体診察上の腹部所見はそれほど強くないのが特徴である。食事との関連と動脈硬化性疾患のリスクが診断の鍵であり、患者は食事を食べることに恐怖を感じるようになるといわれている。

4) 好酸球性胃腸炎

好酸球性胃腸疾患(eosinophilic gastrointestinal disease ; EGID)には、好酸球性食道炎、好酸球性胃炎、好酸球性胃腸炎、好酸球性大腸炎と幅広い病態が包括されている(CPG)^{4,5)}。

症状は、好酸球の浸潤層によって異なり、粘膜病変が主体であれば、腹痛や悪心・嘔吐、下痢症状が主体だが、筋層や漿膜に及ぶと、消化管閉塞や腹水貯留をきたすこともある。好酸球性胃腸疾患では、喘息などのアレルギー疾患を合併する頻度が50～60%程度と高いことがわかっている(CS)⁶⁾ (OS)⁷⁾。血液検査では好酸球増多がないこともあり、画像でも特異的な異常所見がないことから、疑ったら生検検査が診断の決め手になることがある。診断基準について下記に示す(EO)⁸⁾。

表 好酸球性胃腸炎の診断基準(2015年)

必須項目

1. 症状(腹痛、下痢、嘔吐等)を有する
2. 胃、小腸、大腸の生検で粘膜内に好酸球主体の炎症細胞浸潤が存在している(20/HPF以上の好酸球浸潤。生検は数が所以上で行い、また他の炎症性腸疾患、寄生虫疾患、全身性疾患を除外することを要する。終末回腸、右側結腸では健常者でも20/HPF以上の好酸球浸潤を診ることがあるため注意する)
3. あるいは腹水が存在し腹水中に多数の好酸球が存在

参考項目

1. 喘息などのアレルギー疾患の病歴を有する
2. 末梢血中に好酸球増多を認める
3. CTスキャンで胃、腸管壁の肥厚を認める
4. 内視鏡検査で胃、小腸、大腸に浮腫、発赤、びらんを認める
5. グルココルチコイドが有効である

木下芳一：好酸球性食道炎/好酸球性胃腸炎の疾患概念確立と治療指針作成のための臨床研究，平成22-23年度総合研究報告書(厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業)，2012

5) ACNES(abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome, 腹壁前皮神経絞扼症候群)

腹皮神経(腹壁の前皮神経)が腹直筋外側縁で圧迫されることで、主に片側の腹壁痛が出現する疾患である。特異的な検査異常を認めず、症状も非特異的であることから診断確定に至らず、病悩期間が年単位と長いことも特徴の一つである。

臨床的には、腹痛範囲が狭く、直径2cm未満程度であるため、疼痛部位を1本の指で指すことができるのが特徴で腹直筋外側縁に沿って指で圧迫していくように診察する。右下腹部が多いという報告(OS)⁹⁾があるが、左右どちらにも起こり、時には両側に起こることもある。疼痛の性状は、鋭い痛み、鈍い痛み、焼けるような痛みなど幅広い症状を呈する。腹壁痛であるため、腹壁を緊張させるような、立つ・歩く・笑う・咳をする・くしゃみをするなどの姿勢変化で生じることがあり、腹腔内の疼痛との鑑別にCarnett徴候が有用である(CS)¹⁰⁾。また、痛みを伴わない周囲の皮膚の触覚刺激に対する過敏性亢進が75%でみられると報告(OS)¹¹⁾されている。皮膚をつまむことで疼痛が誘発されるpinch testも診断に用いられることがある(EO)¹²⁾。類似概念として、LACNES(lateral cutaneous nerve entrapment syndrome)やPOCNES(posterior cutaneous nerve entrapment syndrome)も報告され(EO)¹³⁾、側腹部痛や背部痛でも皮神経絞扼を考慮する必要がある。疼痛部位に対し、局所麻酔薬0.5～1.0mLを皮下組織に注射することで症状が改善することで診断的治療につながるとされ、トリガーポイント注射で81%の患者で症状が軽減すると報告(OS)¹¹⁾されている。

6) 腹性てんかん(abdominal epilepsy)

小児期に多くみられる疾患で、自律神経発作の一種と考えられている。頻度は非常にまれで、病態生理などはわかっていないことも多いが、器質的異常の見つからない腹痛、嘔吐で、意識障害などの神経症状を伴うものでは、腹性てんかん発作を考える。典型例では、臍周囲や上腹部に激しく鋭い痙痛が生じ、持続時間は数分以内が多いが、長時間持続することもある。随伴する神経症状には、全身倦怠感や疲労感、軽度の意識障害様相が指摘されている。確立された診断基準はないが、

1. 他に説明のつかない発作性の胃腸障害(腹痛, 悪心・嘔吐, 腹部膨満感, 下痢等)
2. 中枢神経症状(混乱, 疲労感, 頭痛, めまい, 失神等)
3. てんかんに合致する脳波異常所見
4. 抗てんかん薬による症状の改善

を診断基準とした報告(CS)¹⁴⁾がある。疑い例では脳波検査を行う必要がある。また、時に脳腫瘍が隠れている場合もあり、頭蓋内精査が必要になることもある。

7) 腹部片頭痛(abdominal migraine)

腹部片頭痛は、主として小児に認められ、中等度から重度の腹部正中の痛みを繰り返す原因不明の疾患とされている。腹痛に伴い、血管運動症状や悪心、嘔吐を伴い、2~72時間持続し、発作間欠的には症状を伴わないことが特徴である。また、片頭痛の名称があるにもかかわらず、発作中に腹痛を起こさないのも特徴のひとつである。国際頭痛分類第3版(ICHHD-3)日本語版による診断基準(CPG)¹⁵⁾を示す。以前は小児周期性症候群と分類されていたが、成人に起こる場合もあり、2018年に診断基準が改訂された。

年少児では、頭痛の存在がしばしば見落とされるが、注意深く病歴を確認し、頭痛があるようなら「前兆のない片頭痛」と考える必要がある。少数の患者では、血管運動現象のひとつとして、顔面紅潮が出現することがある。

表 国際頭痛分類第3版(ICHHD-3)腹部片頭痛の診断基準

-
- A. 腹痛発作が5回以上あり、B~Dを満たす
 - B. 痛みは以下の3つの特徴の少なくとも2項目を満たす
 - ①正中部、臍周囲もしくは局在性に乏しい
 - ②鈍痛もしくは漠然とした腹痛(just sore)
 - ③中等度~重度の痛み
 - C. 発作中、以下の4つの随伴症状・徴候のうち少なくとも2項目を満たす
 - ①食欲不振
 - ②悪心
 - ③嘔吐
 - ④顔面蒼白
 - D. 発作は、未治療もしくは治療が無効の場合、2~72時間持続する
 - E. 発作間欠期には完全に無症状
 - F. その他の疾患によらない*
- *特に、病歴および身体所見が胃腸疾患または腎疾患の徴候を示さない。またはそれらの疾患を適切な検査により否定できる。

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会(訳)：国際頭痛分類第3版、医学書院、2018(https://www.jhsnet.net/kokusai_2019/all.pdf)

8) 鎌状赤血球症

鎌状赤血球(異常ヘモグロビン症)では、鎌状の赤血球が細い血管を通過して、胸部や腹部、関節への血流を遮断することで、痙痛発作が生じる。遺伝性疾患であり、アフリカ人もしくはアフリカ系アメリカ人にみられる疾患だったが、人口移動によって世界的に増加し、本邦でもアフリカ系日本人男性の報告例(CS)¹⁶⁾があり、

人種的な背景から疾患予想をすることは重要である。

疼痛エピソードは重篤で、寒さや湿度、脱水、ストレス、アルコール、月経などの特定の誘因によって発作が誘発される。また、急性疼痛に関連して重篤な合併症を起こすこともあるが、急性疼痛に対する治療は自宅で患者自身や家族が行っていることが多く(OS)¹⁷⁾、対症療法が優先されるが故に、合併症の診断が遅れたりする可能性があり、疼痛発作と血管閉塞合併症を適切に鑑別する必要があることが指摘されている(EO)¹⁸⁾。

9) 急性副腎不全・副腎クリーゼ

副腎不全は何らかの原因で副腎機能が喪失した結果、多彩な全身症状をきたす内分泌疾患である。急性副腎不全は副腎クリーゼとも呼ばれ、腹痛、悪心・嘔吐、食欲低下などの消化器症状に加えて、ショック、脱力感、無気力、発熱、混乱や昏睡などの意識障害をきたす。また、副腎由来か下垂体由来かによって原発性副腎不全と二次性副腎不全に分類される。

副腎不全によって消化器症状が生じる原因は明らかではないが、心窩部痛は原発性副腎不全に多いことが知られている。日本の全国調査(OS)¹⁹⁾によると原発性副腎不全(Addison病)患者における腹痛の頻度は、12～20%だった。その他の消化器症状では食欲低下が58～65%、悪心・嘔吐が34～46%だった。また、複数研究のシステマティックレビュー(SR)²⁰⁾において、食欲低下や体重減少は100%、全身倦怠感や筋力低下も100%、心窩部痛・悪心・嘔吐などの消化器症状頻度は、92%程度と報告されている。

副腎クリーゼを疑う病歴として、ステロイド薬の長期使用や中断歴がある。長期間ステロイド薬を内服している患者で突然服用を中止した後に、消化器症状やショックをきたした患者では鑑別診断に想起する必要がある。一方で、副腎クリーゼが初発症状となる副腎不全症例もしばしば報告される。副腎不全は診断が遅れることが非常に多いと報告(CS)²¹⁾されており、副腎不全のリスクがある患者や原因が特定できていない腹痛やショック患者では、鑑別診断に挙げて検討する必要がある。

10) 血管性浮腫

血管性浮腫は突発的に起こる皮下組織・真皮組織に発生する浮腫で、薬剤性やアレルギー性、物理的な刺激、遺伝性血管性浮腫(HAE)などの複数の原因によって生じるが、原因不明の特発性のこともある。血管性浮腫の病型と病態を示す(表)。血管性浮腫は皮膚、眼瞼、口唇、喉頭のほか、胃、十二指腸、空腸、回腸にも生じ、消化管に生じた場合には、嘔吐、腹痛などの消化器症状が出現する(CPG)²²⁾。

腹痛症状に伴って蕁麻疹や顔面・口唇浮腫を伴う場合には、血管性浮腫の可能性を考慮する。ACE阻害薬(ACE-i)を含めた薬剤服用歴も重要である。また、遺伝性血管性浮腫(HAE)の場合には、家族歴も重要であり、同一家系内に血管性浮腫を有する患者がいるかを確認し、疑われる場合にはC1-インヒビター活性の測定

表 血管性浮腫の病型と病態

血管性浮腫の病型	病態	蕁麻疹の合併
1. 特発性の血管性浮腫	マスト細胞/ヒスタミンに起因 ・特発性 ・アレルギー性	あり得る
2. 刺激誘発性の血管性浮腫	・NSAIDs 不耐症 ・物理的刺激(物理的蕁麻疹に伴う) ・発汗刺激	あり得る
3. ブラジキニン起因性の血管性浮腫	ACE-i 内服によるブラジキニンの代謝阻害、骨髄増殖性疾患による C1-INH の消耗、抗 C1-INH 自己抗体など	なし
4. 遺伝性血管性浮腫	・ C1-INH 遺伝子の変異/欠損 ・ その他の遺伝子異常	なし

を考慮する。

□ 引用文献 □

- 1) Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al : Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016 Feb 18 ; S0016-5085(16)00222-5. PMID : 27144627(CPG)
- 2) Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al : Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain. *Gastroenterology* 2016 Feb 19 ; S0016-5085(16)00225-0. PMID : 27144628(CPG)
- 3) Mahajan K, Osueni A, Haseeb M : Abdominal Angina(Internet). StatPearls Publishing(Updated 2023 May 16) (EO)
- 4) Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al : Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis : Proceedings of the AGREE Conference. *Gastroenterology* 2018 ; 155 : 1022-1033.e10. PMID : 30009819(CPG)
- 5) 厚生労働省好酸球性消化管疾患研究班(編) : 幼児・成人好酸球性消化管疾患診療ガイドライン, 2020(https://www.ncchd.go.jp/hospital/sickness/children/allergy/EGIDs_guideline.pdf) (CPG)
- 6) Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, et al : Eosinophilic gastroenteritis : a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut* 1990 ; 31 : 54-58. PMID : 2318432(CS)
- 7) Pesek RD, Reed CC, Muir AB, et al : Increasing Rates of Diagnosis, Substantial Co-Occurrence, and Variable Treatment Patterns of Eosinophilic Gastritis, Gastroenteritis, and Colitis Based on 10-Year Data Across a Multicenter Consortium. *Am J Gastroenterol* 2019 ; 114 : 984-994. PMID : 31008735(OS)
- 8) 木下芳一 : 好酸球性食道炎/好酸球性胃腸炎の疾患概念確立と治療指針作成のための臨床研究, 平成 22-23 年度総合研究報告書(厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業), 2012(EO)
- 9) van Assen T, Brouns JA, Scheltinga MR, et al : Incidence of abdominal pain due to the anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in an emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015 ; 23 : 19. PMID : 25887961(OS)
- 10) Takada T, Ikusaka M, Ohira Y, et al : Diagnostic usefulness of Carnett's test in psychogenic abdominal pain. *Intern Med* 2011 ; 50 : 213-217. PMID : 21297322(CS)
- 11) Boelens OB, Scheltinga MR, Houterman S, et al : Randomized clinical trial of trigger point infiltration with lidocaine to diagnose anterior cutaneous nerve entrapment syndrome. *Br J Surg* 2013 ; 100 : 217-221. PMID : 23180371(OS)
- 12) Chrona E, Kostopanagiotou G, Damigos D, et al : Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome : management challenges. *J Pain Res* 2017 ; 10 : 145-156. PMID : 28144159(EO)
- 13) Otsuka Y, Ishizuka K, Harada Y, et al : Three Subtypes of Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome : A Narrative Review. *Intern Med* 2024 ; 63 : 2231-2239. PMID : 38220195(EO)
- 14) Zinkin NT, Peppercorn MA : Abdominal epilepsy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005 ; 19 : 263-274. PMID : 15833692(CS)
- 15) 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会(訳) : 国際頭痛分類第 3 版, 医学書院, 2018(https://www.jhsnet.net/kokusai_2019/all.pdf) (CPG)
- 16) Kato Y, Kominami T : A Case of Sickle Cell Retinopathy With Retinal Artery Occlusion in African-Japanese Patients. *Cureus* 2024 ; 16(5) : e60653. PMID : 38899256(CS)
- 17) Smith WR, Penberthy LT, Bovbjerg VE, et al : Daily assessment of pain in adults with sickle cell disease. *Ann Intern Med* 2008 ; 148 : 94-101. PMID : 18195334(OS)
- 18) Lovett PB, Sule HP, Lopez BL : Sickle Cell Disease in the Emergency Department. *Hematol Oncol Clin North Am* 2017 ; 31 : 1061-1079. PMID : 29078924(EO)
- 19) Nomura K, Demura H, Saruta T : Addison's disease in Japan : characteristics and changes revealed in a nationwide survey. *Intern Med* 1994 ; 33 : 602-606. PMID : 7827375(OS)
- 20) Charmandari E, Nicolaidis NC, Chrousos GP : Adrenal insufficiency. *Lancet* 2014 ; 383 : 2152-2167. PMID : 24503135(SR)
- 21) Bleicken B, Hahner S, Ventz M, et al : Delayed diagnosis of adrenal insufficiency is common : a cross-sectional study in 216 patients. *Am J Med Sci* 2010 ; 339 : 525-531. PMID : 20400889(CS)
- 22) 日本皮膚科学会蕁麻疹診療ガイドライン改定委員会 : 蕁麻疹診療ガイドライン 2018. *日皮会誌* 2018 ; 128 : 2503-2624(CPG)