

胃切除後に生じた非アルコール性ペラグラの1例

永石 彰子¹⁾ 田邊 洋²⁾ 上野 正克¹⁾ 松井 大¹⁾ 松井 真¹⁾

要旨：症例は67歳の男性で、飲酒歴・偏食はない。2004年9月、早期胃癌に対し、術後の栄養管理にすぐれるとされる噴門側胃切除術・空腸嚢間置再建術を受けた。2006年3月より下痢、露出部の皮疹が出現し、また、約2カ月の経過で、歩行障害・意識障害・ミオクロームス・幻覚が出現した。皮疹・下痢・精神神経症状の三徴よりペラグラと診断し、ニコチン酸アミドと混合ビタミン薬の投与で軽快した。消化管手術後に神経症状を呈する症例では術式を問わず栄養障害を念頭におく必要がある。

(臨床神経, 48:202-204, 2008)

Key words: ペラグラ, 胃切除, 空腸嚢, ビタミン欠乏症, 非アルコール性

はじめに

栄養事情が改善された現代では、ペラグラはアルコール多飲者での報告が見られる程度である。われわれは胃切除後1年6カ月で発症した非アルコール性ペラグラの一例を経験したので報告する。

症 例

患者：67歳，男性。

主訴：歩行障害，意識障害。

既往歴：2004年9月(65歳時)，早期胃癌に対し噴門側胃切除・空腸嚢間置再建術施行。術後も偏食なく術前同様の食事を摂っていた。

生活歴：飲酒なし。H2ブロッカー・胃粘膜保護剤・酵素阻害薬・ビタミンB₁₂製剤内服中。

現病歴：2006年3月より歩行時に足をひきずるようになった。同時期に下痢と皮疹が出現し、近医で外用抗真菌薬を処方されたが皮疹は増悪した。4月より発語が減少、四肢にびくつきが出現した。5月より歩行不能、疎通不良となり、「白いものが飛んでいる」「近所が火事だ」などの発言が聞かれた。5月中旬に入院した。

身体所見：体温37.4℃。両側的手指・手背・前腕伸側の露出部に、びらん・痂皮をともなう赤銅色の紅斑をみとめ、一部は潰瘍化していた(Fig.1)。神経学的所見では、Japan Coma Scaleは3から10で動揺し、従命は不十分であった。何も無い壁をみて指さす動作あり、幻視がうたがわれた。構音障害があり、明らかな異常眼球運動や顔面の麻痺はない。頸部・四肢に固縮があり、上肢に強い四肢のミオクロームスをみとめた。



Fig. 1 Typical dermatitis of pellagra with ulcers and crusts.

自発的に四肢を動かし、左右差のある運動麻痺はないと判断した。小脳性や感覚性失調の評価は不能であった。四肢腱反射は亢進、口とがらし反射、両側把握反射は陽性だが、その他の病的反射は陰性であった。

検査所見(Fig.2)：入院時採血で、低栄養状態を示唆する正球性貧血と低蛋白血症があり、ナイアシン3.9μg、トリプトファン27.5nmol/ml、亜鉛40μg/dlと低下していた。頭部MRIのT₁・T₂・拡散強調画像に異常なく、脳血流シンチグラフィ(SPECT)で左前頭葉から側頭葉にかけて血流低下をみとめた。脳波ではびまん性徐波の混入がみられた。運動神経伝導検査では、両側の後脛骨神経と腓骨神経で混合型障害をみとめた。

入院後経過(Fig.2)：特徴的な皮疹・下痢・精神神経症状よりペラグラと診断し、5月下旬よりニコチン酸アミド100

¹⁾金沢医科大学脳脊髄神経治療学(神経内科)[〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地]

²⁾同 環境皮膚科学(皮膚科)

(受付日：2007年4月13日)

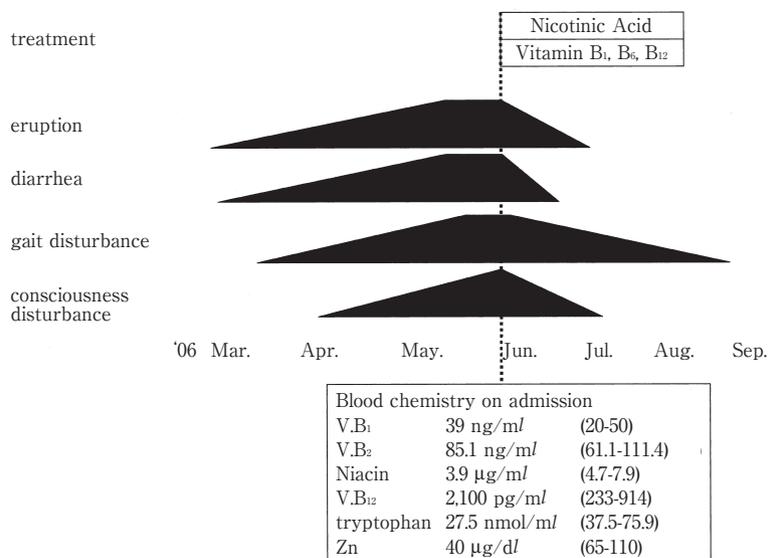


Fig. 2 Clinical course and laboratory findings for the present patients. The numbers in parentheses show the normal range.

mg と混合ビタミン薬を経静脈的に投与した。治療開始当日より指示従命が可能となり、5月末までに意識障害、幻覚が改善し、下痢も消失した。意識障害の改善後に、保続の存在が明らかとなったが、把握反射、ミオクローヌスとともに徐々に軽快し、6月下旬には消失した。皮疹も同様に消失した。6月下旬、補充療法を経口投与に切りかえたが、上記の症状増悪はなかった。同時期のSPECTでは所見は不変であった。5月下旬よりリハビリテーションを開始し、介助下で数メートルの歩行が可能となった状態で7月中旬に近医へ転院した。同年10月の外来受診時には独歩可能であった。

考 察

本症例は、噴門側胃切除・空腸囊間置再建術後1年6カ月で発症したペラグラの一例である。飲酒歴や偏食はなく、トリプトファンやナイアシンの吸収・代謝に影響をあたえる薬剤の使用もないため、消化管手術による吸収障害をうたがった。

Stratigosら¹⁾は、ペラグラの原因として、摂取不足・吸収障害(消化管術後をふくむ)・アルコール多飲・トリプトファン代謝異常・薬剤性をあげている。近年、本邦のナイアシン欠乏の多くはアルコール多飲による²⁾。1985~1995年に報告されたペラグラ47症例のうちアルコール多飲によるものは32例であった³⁾。1995年以降では会議録をふくめ53例の報告があり、アルコール多飲は36例であった。また、消化管手術歴が16例にあり、上部消化管・小腸が13例、大腸・直腸3例であった。ナイアシンの吸収に直接関係しないと考えられる大腸・直腸術後の3例は、全例食事性欠乏が原因と考察されていた。上部消化管・小腸術後の13例中10例にアルコール性要因の重複があり、手術が唯一の原因と考えられるのは、胃垂全摘術・小腸切除術後の1例のみであり、その症例は術後10

数年で発症した⁴⁾。上部消化管・小腸術後で食事性との重複2例(脾頭十二指腸切除術後、3回の腸閉塞手術後)はいずれも術後14年で発症しており、術後10年以上問題なく生活した後に食事性の要因が加わりペラグラを発症した⁵⁾⁶⁾。消化管手術以外に要因がないばあいは、ナイアシン欠乏は比較的緩徐に生じる可能性がある。本症例では術後1年6カ月でペラグラを発症したが、後述するようにナイアシンが主に吸収される上部小腸をもちいた再建法がおこなわれたために、比較的早期にナイアシン欠乏を生じたものと考えられた。一方、上部消化管・小腸手術とアルコール多飲との重複例では、術後1年未満のペラグラ発症が報告されており⁷⁾⁸⁾、消化管術後にアルコール多飲の要因が重なること、早期にナイアシン欠乏をきたすおそれがあることを示唆している。

本症例で施行された噴門側胃切除術・空腸囊間置再建術は、食物の貯留能が高く、1回の食事摂取量が保たれ、術後の栄養管理にすぐれているとされている⁹⁾。ナイアシンは主として口腔粘膜や小腸上部から吸収される。その主な吸収の場である空腸を再建術にもちいた結果、空腸における食物の生理的な通過が損なわれ、ナイアシン吸収に不利となった可能性がある。今後も術式の工夫により、消化管術後の生活の質や栄養状態の向上が期待されるが、食物の生理的な通過・吸収を完全に再現することは不可能である。消化管手術は、術式を問わず栄養障害の原因となりうることを念頭におくべきである。

本症例では、SPECTで左前頭葉から側頭葉にかけて血流低下をみとめた。ペラグラ脳症に関連した血流低下と思われたが、栄養障害である本症で片側性に脳血流低下をきたした機序は不明である。非アルコール性ペラグラのSPECT所見の報告はなく、今後の症例の蓄積が必要である。

ペラグラでは皮膚炎、下痢、痴呆の三徴がそろえるのは約半数

で、血中ナイアシン値が低値とならない症例も多い¹⁰⁾。したがって病歴や臨床症状から本症がうたがわれる症例には、積極的に補充療法を試みるべきである。他のビタミン群欠乏を合併することが多く、総合的なビタミン補給と栄養管理が必要である。

文 献

- 1) Stratigos JD, Katsambas A: Pellagra: a still existing disease. *Br J Dermatol* 1977; 96: 99—106
- 2) 牧田圭弘, 相澤仁志: ペラグラ脳症. *神経内科* 2005; 62: 439—444
- 3) 梶 麻子, 中村光男, 渡邊 拓ら: 症例中心のビタミン欠乏症(1)ペラグラ—10年間の追跡. *臨床栄養* 1998; 92: 797—800
- 4) 石原広之, 土橋大輔, 陳 慶祥ら: 胃・腸切除術後, 吸収不良症候群によりペラグラを呈した51歳男性例(会). *臨床神経* 2000; 40: 300
- 5) 河村園美, 森田敬一: 拒食症患者に発症したペラグラの1例. *皮膚臨床* 1997; 39: 483—486
- 6) 前田浩晶, 加藤恭郎, 松末 智: 腓頭十二指腸切除後長期経過中にペラグラ様皮疹を呈し, ニコチン酸投与にて軽快した一例. *静脈経腸栄養* 2002; 17: 85—89
- 7) 渡部義弘, 岩田 充, 大塚藤男ら: 胃全摘術後に発症したペラグラの1例. *皮膚臨床* 1995; 37: 652—653
- 8) 生駒晃彦, 森田和政, 高垣謙二ら: ペラグラの1例. *皮膚臨床* 2001; 43: 527—529
- 9) 藪崎 裕, 梨本 篤, 田中乙雄ら: U領域早期胃癌に対する噴門側胃切除術, 空腸嚢置再建法の臨床的検討. *日消外会誌* 2001; 34: 1568—1576
- 10) 石川良樹: ナイアシン欠乏症. 別冊日本臨床 領域別症候群シリーズ No.29 神経症候群, 日本臨床社, 大阪, 2000, pp 91—93

Abstract

A case of non-alcoholic pellagra following gastrectomy

Akiko Nagaishi, M.D.¹⁾, Hiroshi Tanabe, M.D.²⁾, Masakatsu Ueno, M.D.¹⁾,
Masaru Matsui, M.D.¹⁾ and Makoto Matsui, M.D.¹⁾

¹⁾Department of Neurology, Kanazawa Medical University

²⁾Department of Dermatology, Kanazawa Medical University

A 67-year-old man was admitted to our hospital in May 2006 because of gait disturbance, delirium and myoclonus along with dermatitis and diarrhea. Those symptoms became worse in 3 months. He had undergone a gastrectomy, including a fundectomy and jejunal pouch interposition, for early gastric cancer at the age of 65 years. He had no habit of drinking alcohol or unbalanced diet. The triad of typical dermatitis, delirium, and diarrhea led to a diagnosis of pellagra, and all the symptoms disappeared after intravenous administration of nicotinate and vitamins.

With a gastrectomy, fundectomy performed with jejunal pouch interposition has been regarded as a superior method for postoperative nutrition, but may cause vitamin deficiency. Thus, vitamin deficiency must be considered as a potential cause in neurologic patients who underwent surgical treatment for disorders of digestive tract, regardless of the procedure utilized.

(*Clin Neurol*, 48: 202—204, 2008)

Key words: pellagra, gastrectomy, jejunal pouch, hypovitaminosis, non-alcoholic