

(II) 個別研究

川崎病の脾—病理学的側面—

安藤充利¹⁾, 渋谷和俊¹⁾, 高橋啓¹⁾, 跡部俊彦¹⁾, 直江史郎¹⁾, 増田弘毅²⁾,
田中昇³⁾

1) 東邦大・大橋・病理

2) 秋田大・医・第2病理

3) 千葉県がんセンター研究所

<緒言>

川崎病の病理組織学的検索は心、特に冠状動脈を中心に行なわれてきた。しかしながら他臓器に関する報告は少い。¹⁾²⁾今回、我々は脾臓の病変について検索し、若干の知見を得たので報告する。

<方法及び材料>

症例は自験例ならびに全国諸機関の御好意により収集し得た川崎病剖検例の脾臓45例を用いた(表1)。標本は剖検時10%ホルマリン水に固定し、型の如く組織標本とした。

<結果>

川崎病における脾の動脈病変は第10病日からみられ、28病日前後を極期とする。病理組織学的には中膜外側の水腫性粗開性変化に加え小円形細胞、大单核細胞の浸潤、その部の細胞線維性内膜肥厚、外膜の小円形細胞を主とする細胞浸潤をみ、いわゆる全層性増殖性動脈炎の像を呈している(図1)。その後、病日が経るにつれ、炎症細胞浸潤は鎮静化し、内膜の線維性肥厚を主とする。動脈病変は45例中14例(31%)にみられ、すべて脾実質外の筋型動脈であり、その変化は他の筋型動脈とほぼ同様であった。また全例を通じて明らかな動脈瘤形成は認められなかった。

脾の静脈病変は2例認められた。1例は小葉間の比較的太い静脈壁の一部に多核巨細胞を含む肉芽腫性静脈炎とも言うべき像がみられた。さらにこの症例では内腔を閉塞する様な増殖性動脈炎も伴っていた。

脾の臓器病変として特徴的なことは、脾管周囲性にリンパ球を主とする炎症細胞浸潤をみ、ときに脾炎とも言える像を呈することである。そこで病日と脾管周囲細胞浸潤の程度を血管病変が存在する例としない例にわけて比較検討した(表2)。好中球浸潤は第6病日から第36病日までみられ、その程度はごく軽度から中等度である。比較的早期の症例に好中球浸潤が強い傾向にあった。またリンパ球浸潤も第6病日からみられ、第9病日から第20病日までは浸潤程度が中等度から著明でありこの時期が極期と考えられる。それ以後は全体的に鎮静化の傾向をとっている。また血管病変が存在する症例のうち、軽度以上の細胞浸潤を伴うものは5例であり、血管病変と炎症細胞浸潤の程度は相関性が乏しい様に思われた。

一方、脾臓における細胞浸潤形態を小葉内型、小葉間型、混合型に、細胞浸潤発現部位を脾管周囲型、血管周囲型、混合型に分類し検討を加えた。細胞浸潤形態では小葉間型が最も頻度が高く、頭部12例(86%)、体尾部で22例(76%)認められた。また細胞浸潤発現部位ではほとんどが脾管周囲型で頭部では15例(100%)、体尾部では25例(86%)であった。

また、十二指腸の炎症細胞浸潤と脾頭部脾管周囲細胞浸潤との相関をみると、十二指腸の炎症細胞浸潤が強い症例ほど脾頭部脾管周囲細胞浸潤も著しい傾向にあった(表3)。

<要 約>

今回の我々の検索では脾管周囲性にリンパ球を主とする慢性炎症細胞浸潤がみられた。この原因として①川崎病による脾管障害、②血管炎の波及、③十二指腸及び肝・胆道系からの影響などが考えられる。川崎病の脾における炎症細胞浸潤はほとんどが脾管周囲型であり、病日と炎症細胞浸潤の程度とは相関がみられた。それに比して血管病変と脾管周囲炎症細胞浸潤とは関連が薄く、また血管病変が脾実質に波及した所見はみられなかった。一方、十二指腸と脾頭部の炎症細胞浸潤の程度には相関がみられたものの、脾頭部に比して体尾部の炎症細胞浸潤が強い症例が多く、脾頭部の炎症細胞浸潤がただちに十二指腸炎からの波及であるとはいひ難い。以上のことから判断して、脾実質における炎症細胞浸潤は本症の臓器障害の一つと考えられる。またその極期は血管病変の極期とほぼ同時期であり、この時期に川崎病の原因物質が血管及び脾管に何らかの変化を起こさせていると考えてほぼ良いといえよう。今後、この様な脾管周囲炎症細胞浸潤が、川崎病患児の腹痛などの様な関連にあるのか臨床病理学的検索が必要と思われた。

<文 献>

- 1) Amano, S., et al. : General pathology of KAWASAKI disease -On the morphological alterations corresponding to the clinical manifestations. Acta Pathol. Jpn., 30(5) : 681~694, 1980
- 2) 安藤充利他：川崎病の脾・脾における組織学的検討、日病会誌、74：443~444, 1985

図1. 川崎病における肺周囲動脈病変：
中膜の水腫、炎症細胞浸潤及びその部に対応する内膜の細胞線
維性肥厚、外膜炎症細胞浸潤をみる
(症例13 H・E × 40)

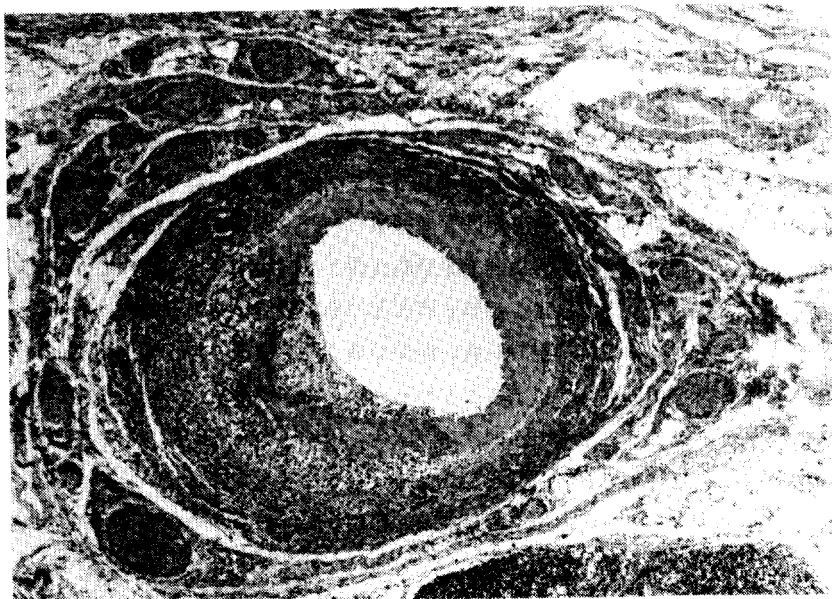


表1 川崎病の脾血管病変

症例	年齢	病日	性別	脾血管病変			
				脾実質内	脾頭部	脾実質外	脾体尾部
				実質内	実質外	実質内	実質外
1	5y 2m	6d	M	/	/	-	-
2	10m	9d	M	/	/	-	-
3	3y	10d	M	-	-	-	-
4		10d		-	-	/	/
5	4y	10d	M	-	-	-	Aa
6	9m	13d	F	/	/	-	-
7	1y 6m	17d	M	-	-	-	-
8	1y 5m	17d	M	/	/	-	-
9	5y 6m	17d	M	/	/	-	-
10	7m	20d	F	-	-	-	-
11	4m	20d	M	/	/	-	Ai
12	5m	21d	F	/	/	-	-
13	8m	23d	F	/	/	/	/
14	4m	24d	M	/	/	-	Aa
15	7m	27d	F	/	/	-	P
16	4m	28d	M	-	Aa	-	Aa
17	1y 7m	29d	F	-	-	-	-
18	3m	30d	F	/	/	-	Ai
19	9m	30d	M	/	/	-	-
20	3m	30d	F	-	-	-	Ai
21	2m	32d	M	/	/	-	-
22	1y	36d	M	/	/	-	-
23	1y	36d	M	/	/	-	-
24	2m	39d	F	/	/	/	/
25	9m	48d	F	-	-	-	-
26	11m	48d	F	/	/	-	-
27	5m	50d	F	/	/	-	Ai
28	6m	52d	F	-	-	-	-
29	1y 6m	57d	M	/	/	/	/
30	4y 6m	60d	M	/	/	-	-
31	9m	66d	M	/	/	-	-
32	2y 6m	87d	M	-	-	-	-
33	2y	3m	F	/	/	-	-
34	8m	3m	F	-	Ai	/	/
35	2y	3m	F	/	/	-	-
36	7m	3m	F	-	-	-	-
37	8m	5m	F	-	-	-	-
38	2y	6m	F	/	/	/	/
39	5y	1y 8m	M	-	-	-	-
40	2y 11m	2y	M	/	/	-	-
41	4y 11m	2y 3m	M	-	Ai	/	/
42	11y	3y 8m	M	/	/	-	Ai
43	4y	3y 9m	M	-	-	-	/
44	9y	8y	M	/	/	-	-
45	12y	11y 8m	M	/	/	-	/
46	6m		M	/	/	/	/
47	11y		M	/	/	/	/
48				/	/	/	Ai
49				/	/	/	/
50				/	/	/	/
51				/	/	/	/
52				/	/	-	Ai
53				/	/	-	-
54				-	-	-	-
55				/	/	-	-
56				/	/	/	/
57				/	/	/	/
58				/	/	-	-

A : arteritis

a : active

i : inactive

P : phlebitis

g : granulomatous.

/ : 脾検索不能例

表 2 肺管周囲細胞浸潤の程度と病日との相関

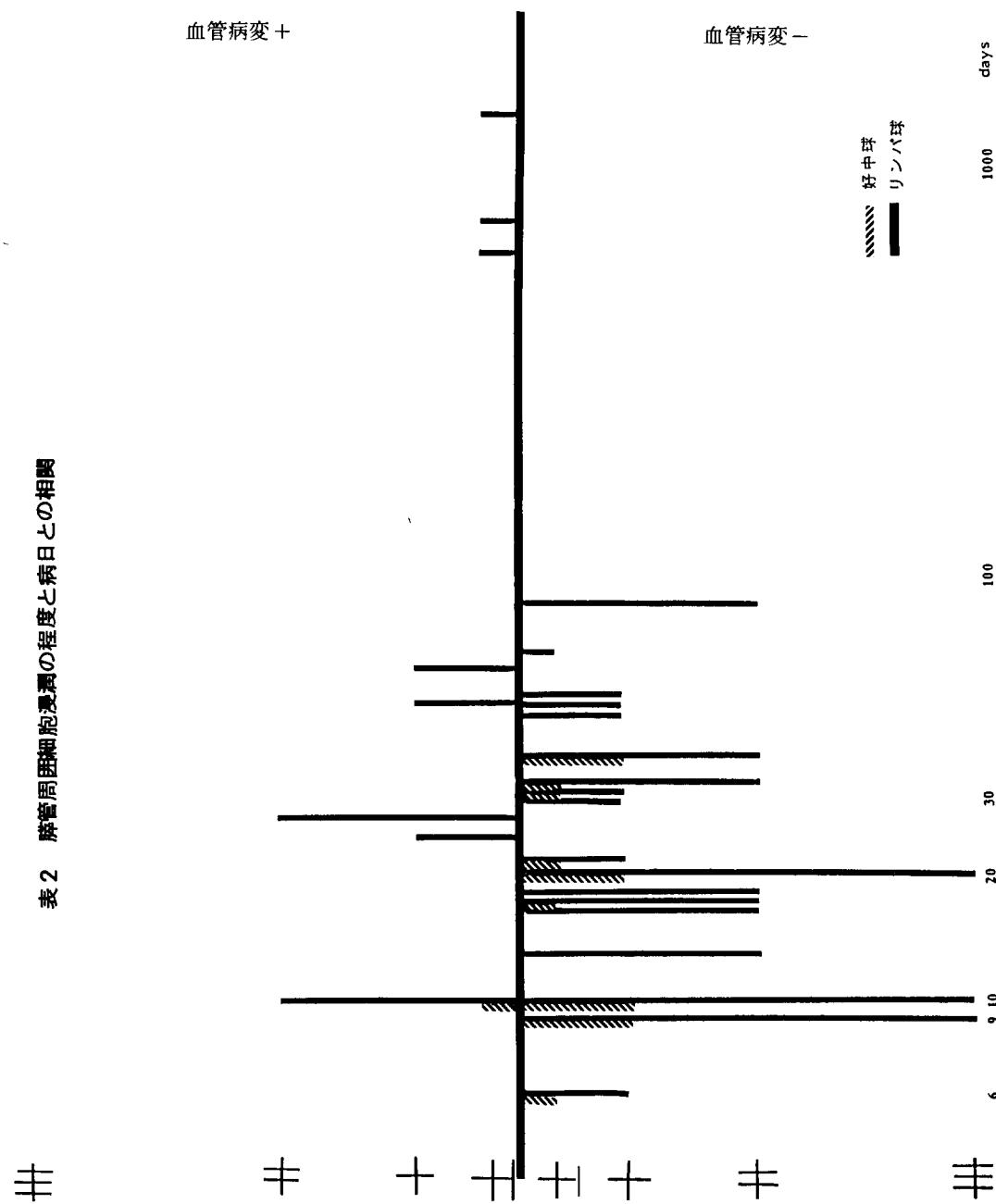
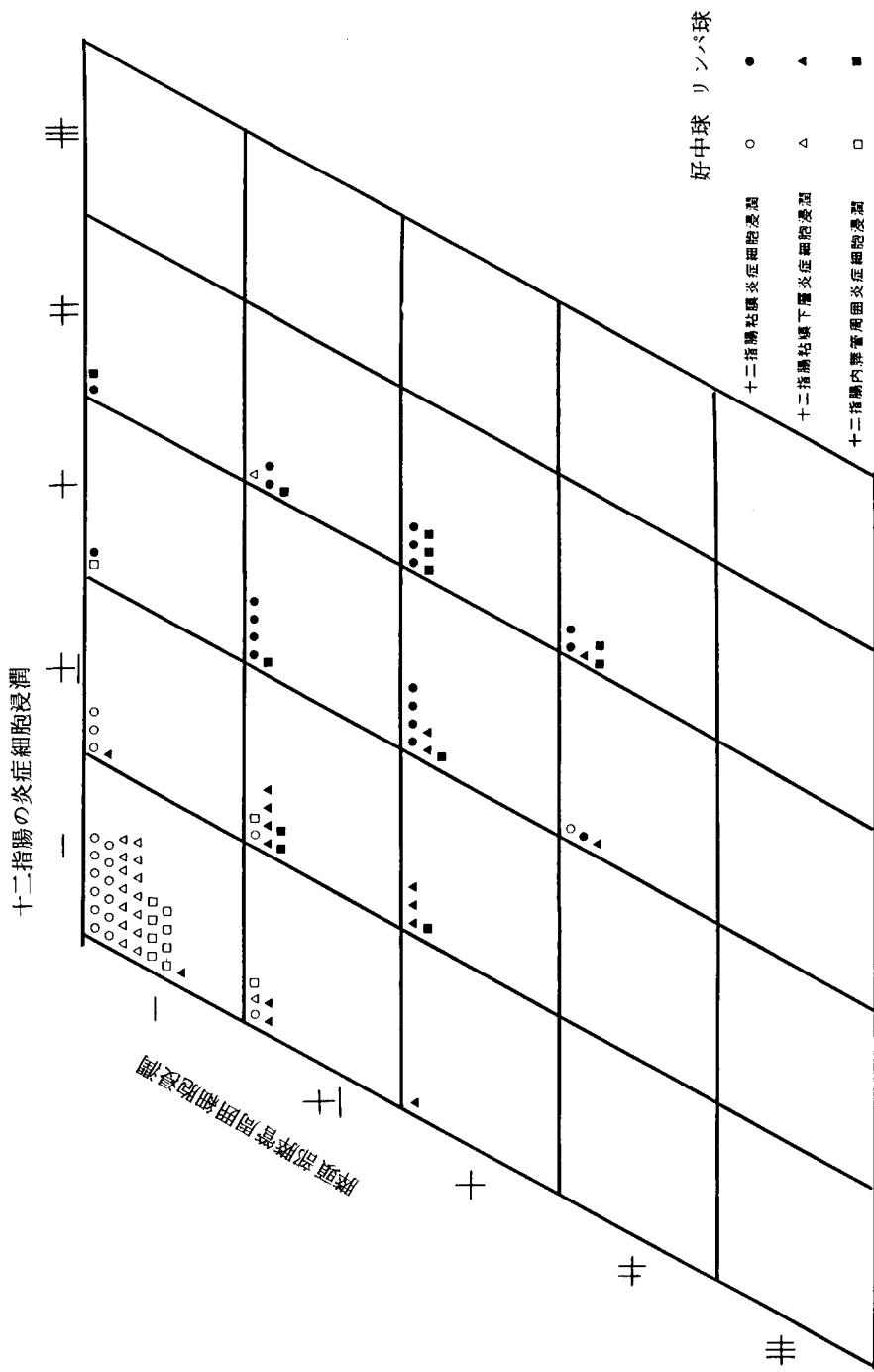


表3 十二指腸の炎症細胞浸潤と脾頭部脾管周囲細胞浸潤との相関



検索用テキスト OCR(光学的文書認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

要約

今回の我々の検索では脾管周囲性にリンパ球を主とする慢性炎症細胞浸潤がみられた。この原因として 川崎病による脾管障害、 血管炎の波及、 十二指腸及び肝・胆道系からの影響などが考えられる。川崎病の脾における炎症細胞浸潤はほとんどが脾管周囲型であり、 病日と炎症細胞浸潤の程度とは相関がみられた。それに比して血管病変と脾管周囲炎症細胞浸潤とは関連が薄く、 また血管病変が脾実質に波及した所見はみられなかった。一方、 十二指腸と脾頭部の炎症細胞浸潤の程度には相関がみられたものの、 脾頭部に比して体尾部の炎症細胞浸潤が強い症例が多く、 脾頭部の炎症細胞浸潤がただちに十二指腸炎からの波及であるとはい難い。以上のことから判断して、 脾実質における炎症細胞浸潤は本症の臓器障害の一つと考えられる。またその極期は血管病変の極期とほぼ同時期であり、 この時期に川崎病の原因物質が血管及び脾管に何らかの変化を起こさせていると考えてほぼ良いといえよう。今後、 この様な脾管周囲炎症細胞浸潤が、 川崎病患児の腹痛との様な関連にあるのか臨床病理学的検索が必要と思われた。