

いる³⁾。以上のことから、小腸の広範囲に及ぶ炎症性疾患の鑑別には小腸X線検査が極めて重要と考えられる。

現時点で施行可能な小腸内視鏡検査法として、バルーン内視鏡とカプセル内視鏡検査がある。カプセル内視鏡検査は全小腸の粘膜病変を非侵襲的に観察できる利点を有するが、滞留に注意する必要がある。ただし、パテンシーカプセルを用いると小腸の閉塞性の確認や滞留の予測が可能である。したがって、狭窄が疑われる症例ではパテンシーカプセルによる前評価が必須である⁴⁾。

一方、バルーン内視鏡検査は経口、経肛門の2つの挿入ルートから小腸にアプローチすることが可能である。逆に言えば、症例によって適切なルートを選択することが重要である。この場合、臨床症状に加えて、小腸X線検査やカプセル内視鏡検査の所見からルートを選択することとなる。バルーン内視鏡検査を用いると、生検組織採取が可能であり、病理診断や細菌学的検査などによる情報を得ることができる。さらに、狭窄に対するバルーン拡張も可能であり^{5,6)}、小腸炎症性疾患の診断・治療には欠かすことのできない検査法といえる。なお、最近バルーン内視鏡とは挿入のコンセプトが異なる小腸内視鏡検査法として、スパイラル内視鏡が承認された。その臨床的位置付けは今後の課題といえる。

小腸の炎症性疾患

前述のガイドラインに挙げられた小腸の炎症性疾患を表1にまとめた¹⁾。これらの疾患以外にも急性感染性疾患や虚血性疾患が発生するが、これらは急性の経過を示すことから、広義の炎症性小腸疾患とは別個に取り扱われることが多い。

以下に代表的な疾患の特徴と診断について概説する。

クローン病

狭義の炎症性腸疾患の代表的疾患であり、主として小腸と大腸を罹患部位とする。若年で発症する原因不明の慢性炎症性疾患であり、日本では患者数が増加の一途を示している。本疾患は全層性の慢性肉芽腫性炎症を特徴とし、経過とともに狭窄・瘻孔・穿孔などの腸管合併症のため、高率に腸管切除に至る。クローン病にお

表1 小腸内視鏡検査の意義が確認されている炎症性疾患

・クローン病
・腸管ベーチェット病
・潰瘍性大腸炎
・非特異性多発性小腸潰瘍症
・好酸球性消化管疾患
・薬剤性小腸炎
・腸結核
・虚血性小腸炎
・放射線性小腸炎

る小腸の主病変の特徴は、腸間膜付着側の縦走潰瘍と敷石状外観であり、これらは本症の診断基準になっている。X線検査では、縦走潰瘍が偏側性変形、偽憩室様所見、多発性の管腔狭小化として描出される(図1A)。バルーン内視鏡検査では、縦走潰瘍や敷石像が観察される(図1B)。また、これらの主病変とともに、アフタ様の小病変や不整形潰瘍も認められる。

腸管ベーチェット病

ベーチェット病は、再燃性の口腔内アフタ、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍を主症状とし、症状の再燃再発を繰り返す原因不明の炎症性疾患である。本症患者の一部では、回盲部を好発部位とする潰瘍が発生し、難治性に経過する。これらの消化管病変が臨床像の中心となる場合、腸管ベーチェット病と呼ばれる⁷⁾。本症の定型病変は、回盲部の円形ないし卵円形の深い下掘れ潰瘍であり、小腸造影検査では明瞭なバリウム斑として描出される(図2A)。また、内視鏡検査では辺縁が明瞭な打ち抜き潰瘍として観察される(図2B,C)。ただし、本症における潰瘍は消化管のいずれの部位にも発生する可能性があり、一部の症例ではクローン病や潰瘍性大腸炎との鑑別が困難な場合がある。また、定型病変は認められるもののベーチェット病の診断基準を満たさない症例も存在し、単純性潰瘍と呼ばれている。ただし、単純性潰瘍と腸管ベーチェット病との異同に関してはいまだ一定のコンセンサスは得られていない⁸⁾。

非特異性多発性小腸潰瘍症

慢性の鉄欠乏性貧血と低蛋白血症を主徴とする、原因不明の小腸潰瘍症である。終末回腸以外の回腸に、輪走



図1 クローン病

小腸造影検査では回腸に偏側性変形、偽憩室様所見、多発する狭窄を認める。小腸内視鏡検査では縦走潰瘍を認める。



図2 腸管ベーチェット病

小腸造影検査では回盲部に明瞭なバリウム斑を2箇所認める(A:黄色矢印)。内視鏡検査では辺縁明瞭な打ち抜き潰瘍を認める。

ないし斜走する浅い帯状の潰瘍が枝分かれ、あるいは融合しながら多発する。2015年には、本症が常染色体劣性の遺伝形式を示す疾患でありプロスタグランジン輸送体を規定するSLCO2A1が原因遺伝子であることが明らかとなっている⁹⁾。このため、疾患自体もchronic enteropathy associated with SLCO2A1 gene (CEAS)と呼称されるようになった。CEASは浅い潰瘍を特徴とするため、X線検査で潰瘍自体を描出することは困難で

あるが、偏側性ないし両側性の独特な腸管変形所見がみられる。これに対し、内視鏡検査では管腔狭窄を伴いながら枝分かれする浅い潰瘍が観察される(図3)。しかしながら、クローン病との鑑別に難渋することが少なくない。生検組織中のSLCO2A1蛋白発現や尿中プロスタグランジンなどが補助診断となるが^{10,11)}、最終的には遺伝子診断が必須である。