

下部消化管疾患 3

炎症性腸疾患 (IBD)

長沼 誠¹⁾ 高山哲朗¹⁾
金井隆典²⁾ 日比紀文³⁾

1) 慶應義塾大学医学部 消化器内科

2) 慶應義塾大学医学部 消化器内科 准教授

3) 慶應義塾大学医学部 消化器内科 教授

Point 1 腸炎を診断する際にアナムネをきちんと取ることができる。

Point 2 ステロイドはアメーバ腸炎の増悪因子になりうることを理解する。

Point 3 アメーバ腸炎を疑った場合に適切な検査を実施できる。

はじめに

潰瘍性大腸炎、クローン病は原因不明の炎症性腸疾患 (IBD) であるが、近年、診断・治療の進歩に伴い緩解導入が可能となる症例が多くなってきている。しかし感染性腸炎、虚血性腸炎、薬剤性腸炎など鑑別を要する場合もあり、ときに診断困難な症例も存在する。とくに感染性腸炎については診断を誤ると治療内容が反対になる場合もあり、生命にかかわることもあるので注意が必要である。今回当初クローン病と診断されたステロイド抵抗性腸炎の1例を経験したので提示する。

症例

【主訴】 腹痛，下痢，発熱

【既往歴】 特記すべきことなし

【家族歴】 特記すべきことなし

【生活歴】 喫煙なし，飲酒機会飲酒のみ，年に数回仕事のため海外渡航あり

【現病歴】 元来健康であった。2年ほど前に下痢が続き，次第に腹痛が生じたため，前医を紹介受診した。腹部全体に圧痛および反跳痛があり，CRPの軽度上昇が認められた。整腸剤などで加療されていたが改善がなく，下部消化管内視鏡を施行された。上行結腸から横行結腸を中心として大腸全体にびらんが認められ，とくに上行結腸には縦列するアフタが認められたため（図1），クローン病の診断基準は満たさないもののクローン病を疑い，ステロイド（プレドニゾン 30mg/日）が開始された。腹痛はやや軽快し，1日5～6行の下痢も減少したが症状は完全によくならなかった。しかし日常生活に困らなかったため，以後通院は不定期となりステロイドは服用しなくなっていた。このたび下痢，腹痛，40℃の発熱があり，当院での加療を希望し当科を受診した。

【入院時検査所見】 血液データ上（表1）CRP高値，白血球軽度高値，貧血，低栄養が認められ，腹部全体に圧痛が認められたが筋性防御や反跳痛はなかった。クローン病の精査（内視鏡，小腸造影）を計画し，それまで安静禁食で経過観察する予定であったが，入院翌日より腹痛，下痢，発熱に加え血便も認められた。

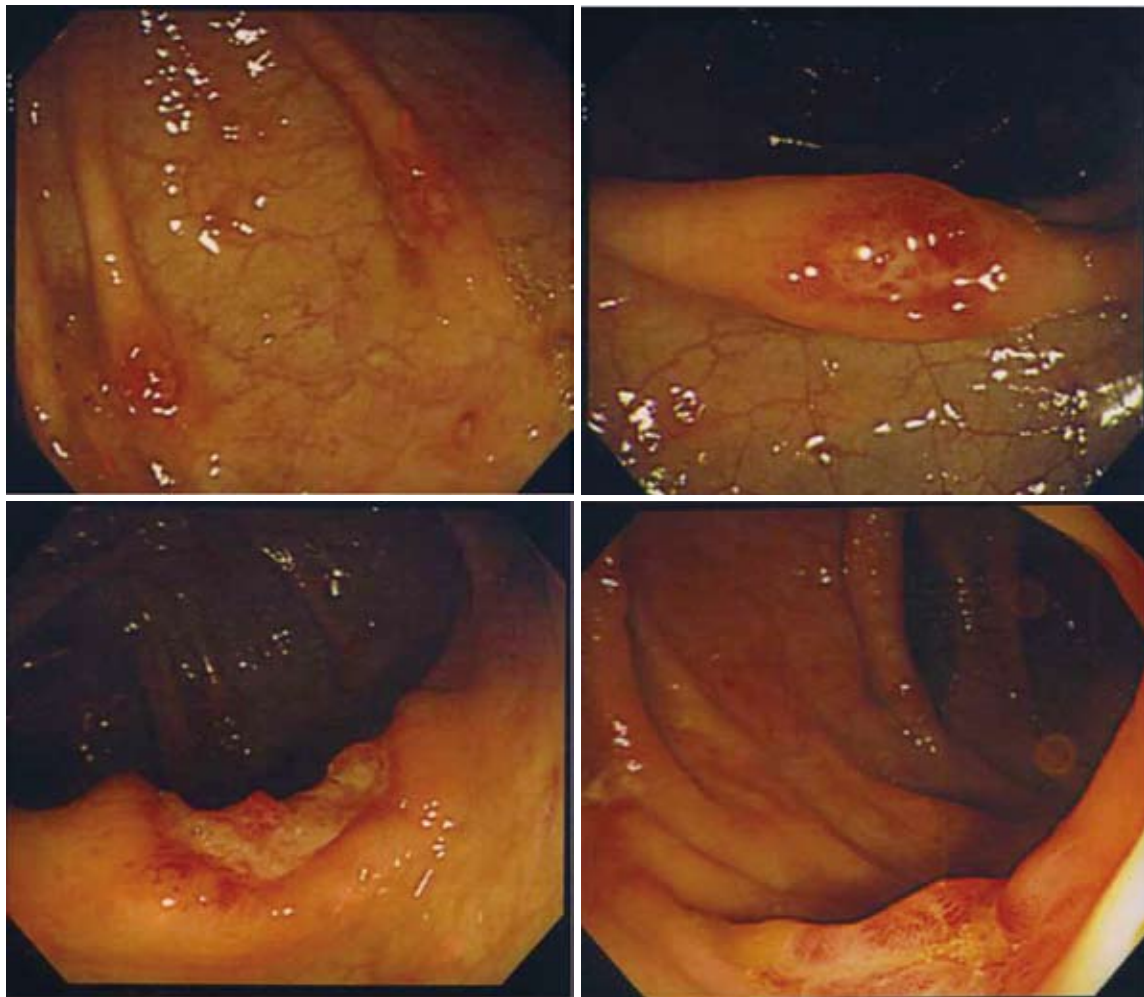


図1 上行結腸には縦列するアフタ

表1 入院時の血液データ

末梢血			
WBC	8800 / μ l	Cr	0.8 mg/dl
Band	2 %	LDH	123 IU/l
Seg	75 %	AST	13 IU/l
Lymph	18 %	ALT	11 IU/l
Mono	5 %	Amy	126 IU/l
Hb	10.2 g/dl	CPK	60 IU/l
Plt	32.8×10^4 / μ l	CRP	3.66 mg/dl
臨化		血清	
TP	6.4 g/dl	TPHA	(-)
Alb	3.2 g/dl	TP-AB	(-)
TB	0.3 mg/dl	HBs-Ag	(-)
UN	8.8 mg/dl	HCV-Ab	(-)

診断と鑑別疾患

入院時の情報として過去に他院でクローン病が疑われていたということではあるが、この時点では他院の内視鏡の所見は入手できていない。腹痛、下痢、血便、発熱を認めるものとして鑑別疾患を挙げると、他院で疑われていた大腸型クローン病以外に、潰瘍性大腸炎、感染性腸炎（細菌性腸炎、ウイルス、その他）、薬剤性腸炎、虚血性腸炎などが考えられる。過去の状況を考えるとクローン病や潰瘍性大腸炎などの慢性疾患を考えがちになるが、慢性疾患に急性腸炎を合併することもあるので、きちんと除外する必要がある。

まずなるべく多くの情報を病歴から得ることが重要である。本疾患の場合、虚血性腸炎は考えにくい。これは通常突然の腹痛と血便が前面にでることが多く、便秘の既往があり排便困難な場合に合併することが多いからで、本例とは異なる。