●〈症例〉

術中内視鏡が診断に有用であった
非特異性多発性小腸潰瘍の1例

落合 康利¹⁾ 後藤庸子 小松英嗣 渡邊慶太
 長久保秀一 古宮憲一 金子 博 箭頭正徳
 鈴木 雅之 小田義英 田中 伸 鈴木絃一
 大石 崇²⁾ 窪地 淳 廣瀬茂道³⁾

¹⁾独立行政法人国立病院機構東京医療センター／消化器科, ²⁾同／外科, ³⁾同／病理

〔Key Words〕非特異性多発性小腸潰瘍, 術中内視鏡

はじめに

非特異性多発性小腸潰瘍は1966年に岡部らにより報告¹⁾された原因不明の稀な小腸の潰瘍性疾患である。今回我々は、長期経過観察後開腹手術及び術中小腸内視鏡にて小腸に多発する潰瘍性病変を観察し得た症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：57歳，女性。

主訴：全身浮腫。

現病歴：29歳頃より貧血を指摘され，34歳時に他院にて非特異性多発性小腸潰瘍と診断され回盲部切除術を施行された。その際，大腸の病変は指摘されなかったが，その後転医先での注腸所見上大腸病変指摘されクローン病の疑いのもとに，46歳時よりサラゾスルファピリジン内服開始。56歳時に当院紹介受診し，持続する便潜血と進行性の貧血，低蛋白血症を認められ，全身浮腫も出現したため，平成15年3月入院した。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし。

入院時現症：身長151cm，体重41kg，体温36.9℃，

血圧124/72mmHg，脈拍数88/分・整，眼瞼浮腫あり，眼瞼結膜貧血あり，胸腹部に異常所見なし，四肢に浮腫あり。

臨床検査成績：血色素6.4g/dl，総蛋白3.6g/dl，アルブミン1.6g/dlと著明な貧血と低蛋白血症がみられた。CRPは0.6mg/dlと軽度上昇を認めた。便潜血は免疫法，化学法とも陽性で， $\alpha 1$ -antitrypsinのクリアランスは169ml/dayと高値を認めた(Table 1)。注腸造影及び大腸内視鏡検査では，横行結腸の吻合部やや肛門側に輪状潰瘍を伴った狭窄があり，偽憩室様の変形を伴っていた(Fig. 1)。横行結腸からS状結腸まで縦走潰瘍，輪状潰瘍など多彩な病変がみられた(Color 1)。上部消化管内視鏡，出血シンチでは出血源を同定出来ず，小腸造影では小腸病変の描出は出来なかった。

入院後経過：消化管の検索にて明らかな出血源は同定出来ず，進行する貧血に対して輸血療法を繰り返した。小腸病変の存在も念頭に置き，横行結腸の潰瘍を含めた狭窄部位の切除と，その口側小腸の病変検索目的にて，平成15年5月2日に開腹手術を施行した。術中に吻合部口側を切開し，内視鏡を挿入して空腸上部まで観察したところ，小腸全体にわたり出血を伴うびらん，ないし浅い潰瘍が散在していた(Color 2)。病変が広範囲に及ぶため，狭窄部を含めた吻合部の切除のみ行った。切除標本の病理所見では小腸，結腸に多発するUI-Iの潰瘍形成を認め，潰瘍部の腺管は剥脱変性を示したが，非潰瘍部では構造，数ともに保たれていた。また，明らかな肉芽腫の形成は認めなかった。術後は禁食，中心静脈栄養で一時的に貧血，低蛋白血症の進行は止まったが，経口摂取を開始後再び増悪がみられ，退院後も外来にて定期的に輸血療法を施行している。

考 察

非特異性多発性小腸潰瘍は，主として若年者に発症し，空，回腸に多発する浅い潰瘍からの長期間にわた

Table 1 Laboratory Data on Admission.

＜血算＞		＜生化学＞		＜尿検査＞	
WBC	6300/ μ l	AST	18 U / l	蛋白	(-)
RBC	234 万/ μ l	ALT	20 U / l	潜血	(-)
Hb	6.4 g/dl	T-Cho	114 mg/dl	蓄尿蛋白定量	0.02g/day
Hct	22.9%	TP	3.6 g/dl	＜便検査＞	
PLT	42.8 万/ μ l	ALB	1.6 g/dl	ヒトHb	(+)
Reti	78.4‰	BUN	9.7 mg/dl	O-トリジン	(3+)
		Cre	0.45 mg/dl	グアヤック	(3+)
		CRP	0.6 mg/dl	$\alpha 1$ -antitrypsin Cl	
					169ml/day

Fig. 1 Barium enema study showing anastomotic stenosis and pseudodiverticula in the transverse colon.

る潜、顕出血と続発性貧血を特徴とする原因不明の疾患である¹⁾。本症の診断には小腸病変の確認が必須であるが、小腸造影にて小腸の浅い潰瘍性病変を描出することは困難な症例が多い。笠原ら²⁾は、本症92例の文献的考察を行ない、症状発現から手術に至るまで平均病期期間が8.9年と報告しているが、これは単に内科的治療が術前に長期継続されたというよりは、診断の困難さを示しているものと思われる。過去の報告でも自験例のように手術所見や術中内視鏡で診断された症例が多くみられ、術前検査にて小腸病変を同定できなくても、本症を念頭においた場合は術中小腸内視鏡を試みるべきであると思われた。自験例では大腸にも輪状潰瘍、縦走潰瘍など多彩な病変がみられたが、敷石像や深い潰瘍はなく、典型的なクローン病の所見とは異なっていた。本症は1966年に岡部ら¹⁾により初めて報告されたが、その後1989年に同じグループから、平均18年間の長期観察した9例が報告され³⁾、そのうち3例に小腸大腸吻合部より肛門側に潰瘍性病変がみられたと報告した。自験例でも23年前に非特異性多発性小腸潰瘍の診断で腸切除を受けており、術後に大腸病変が生じたと考えられた。自験例で見られた大腸病変は輪状狭窄や縦走瘢痕など多彩で、松井らの報告した大腸病変³⁾に酷似していた。本疾患での腸切除後の大腸病変の発生は、小腸病変と同一機序によるものか、あるいは長期持続する下痢、出血、低蛋白血症、腸内細

菌の変化など、術後の二次的な病変なのかは不明である。本症の長期経過観察例の報告は未だ少なく、貴重な症例と考えられた。

文 献

- 1) 岡部治弥, 崎村正弘, 岡村昌弘: 非特異性多発性小腸潰瘍の3例. 日内会誌 55: 215, 1966.
- 2) 笠原 洋, 田中 茂, 山田幸和, 他: 非特異性多発性小腸潰瘍. 近大医誌, 5: 271—282, 1980.
- 3) 松井敏幸, 飯田三雄, 桑野恭行, 他: 非特異性多発性小腸潰瘍症の長期経過. 胃と腸, 24: 1157—1169, 1989.

A case of nonspecific multiple ulcers of the small intestine diagnosed with the aid of intraoperative endoscopy

Yasutoshi Ochiai ¹⁾	Yoko Goto
Hidetugu Komatsu	Keita Watanabe
Shuichi Nagakubo	Kenichi Komiya
Hiroshi Kaneko	Masanori Yato
Masayuki Suzuki	Yoshihide Oda
Shin Tanaka	Kouichi Suzuki
Takashi Ohishi ²⁾	Kiyoshi Kubochi
Shigemichi Hirose ³⁾	

Nonspecific multiple ulcers of the small intestine (NMUS) is a clinical entity proposed in Japan with characteristic clinical features different from other inflammatory bowel disease such as Crohn's disease. A 57-year-old woman was admitted to our hospital because of refractory anemia and hypoproteinemia. She previously underwent ileocecal resection due to NMUS when she was 34 years old, but the detailed findings were not available. Then she was found to have multiple colonic ulcers and had been treated with salazosulfapyridine under the diagnosis of Crohn's disease. Laboratory data on admission showed severe anemia, hypoproteinemia. She didn't have the history of hematemesis nor melena, but fecal occult blood tests were always positive and the anemia was progressive requiring multiple blood transfusions. Colonoscopy revealed multiple colonic ulcerations and anastomotic stenosis, not inconsistent with Crohn's disease. Conventional investigations including gastroduodenoscopy and fluoroscopic small bowel examination failed to detect ulcer lesions in the small intestine. Our tentative diagnosis was Crohn's disease, but the possibility of NMUS could not be ruled out because of her past medical history. Then laparotomy was performed and an intraoperative enteroscopy revealed multiple shallow ulcers with bleeding along the whole small intestine. She was diagnosed as NMUS according to the endoscopic features characteristic of NMUS.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Surgery and ³⁾Pathology, National Tokyo Medical Center.

(カラーは6頁に掲載)