●〈症例〉

当院で経験した diverticular colitisの1例

木村典夫^{1)*} 志田勝義¹⁾ 前村 誠²⁾

¹⁾セコメディック病院／消化器内科, ²⁾同／外科

*Corresponding author: kimura@secomedic.gr.jp

〔Key Words〕 憩室, 炎症性腸疾患

はじめに

大腸憩室に伴う炎症性疾患のほとんどが憩室炎であるが、稀に炎症性腸疾患に類似した所見を呈することがある。欧米では、このような大腸の炎症性疾患をdiverticular colitisと呼び数多く報告があるが、本邦での報告は極めて少ない。

今回S状結腸に多発する憩室を認め、狭窄を伴う炎症性腸疾患様所見がS状結腸に局限してみられた症例を経験したので報告する。

症 例

患者：70代、男性。

主訴：下痢、血便。

既往歴：脳梗塞、高血圧、Parkinson病。

現病歴：1週間以上続く下痢・血便が増悪のため、当院を受診した。

初診時理学所見：身長165cm、体重65kg、体温36.2℃、血圧150/80mmHg、脈拍72回/分・不整、心肺打聴診上異常なし、腹部は軟・膨満しているが、圧痛は認めず腸管蠕動音良好、直腸診にて鮮血を認めたが腫瘍触知せず。

初診時検査所見：白血球7,000/ μ l、Hb 11g/dl、CRP 3.7mg/dlで、精査加療目的に入院した。入院時腹部CT検査でS状結腸壁腫脹、憩室多発し、憩室炎を疑った(Fig. 1)。下部内視鏡検査にて直腸粘膜は血管透視できたが、S状結腸はびらん・浮腫を認め、全周性狭窄によりスコープの通過は不可能だった(Color 1)。病理組織検査にて、好中球優位の高度炎症細胞浸潤を背景に活発な上皮再生および間質の肉芽反応が認められ、陰窩炎、陰窩膿瘍を認めた(Fig. 2)。直腸粘膜の内視鏡および病理組織学的所見には異常なく、線維筋症も認めなかった。便培養検査は陰性であった。直腸に異常なく全周狭窄を認めることから潰瘍性大腸炎は考えにくく、diverticular colitisを疑った。他の炎症性腸疾患に準じてプレドニゾロン30mg、メサラジン3.6g、メサラジン注腸1gにより治療した。治療開始

Fig. 1 Abdominal computed tomography showing swellings in sigmoid colon.

17日後に狭窄は改善し、スコープの通過が可能となった(Color 2)。さらに2カ月後にはS状結腸粘膜はほぼ改善、ステロイドは漸減し中止とし、メサラジン注腸も中止した。6カ月後よりメサラジン2.4gに減量、12カ月後より血便はないものの下痢・腹満が再度出現した。腹部CT検査でS状結腸の腫脹を認め、再燃したと判断した。メサラジン3.6gに増量し臨床症状が安定し、現在も経過観察中である。

考 察

Diverticular colitisは、憩室を伴う腸管粘膜にみられる慢性炎症全般とされている¹⁾。定義上は直腸に病変がないことで潰瘍性大腸炎と鑑別できるが、潰瘍性大腸炎では初期に非典型例もみられるため、両者の鑑別は難しい。病理組織学的所見では粘膜固有のうっ血を伴う非特異的炎症所見で、杯細胞減少や陰窩膿瘍などの潰瘍性大腸炎に類似した所見がみられると報告されている²⁾。また高度の炎症で腸管狭窄や数石状所見を伴う症例では、全層性の炎症や肉芽腫などCrohn病に類似した所見もみられることがあると報告されている³⁾。自験例はスコープが通過できないほどの狭窄を呈した高度の炎症であったが、病理組織検査では潰瘍性大腸炎に類似した所見であった。Diverticular colitisは潰瘍性大腸炎やCrohn病と鑑別を要するが、後に潰瘍性大腸炎やCrohn病に移行した例も報告されている^{3,4)}。また、自験例では、治療開始前にS状結腸狭窄のため、口側の粘膜を確認していないが、CT検査による所見では炎症はないと思われ、直腸にも炎症がないことから、diverticular colitisと診断した⁵⁾。本症の成因の詳細は不明とされているが、腸内細菌叢の変化、粘膜透過性亢進、微小循環障害、一酸化炭素(NO)やフリーラジカルの過剰産生などが想定されている¹⁾。治療開始後、狭窄が改善したため上行結腸まで観察したが、異常は認めなかった。しかしながら、

Fig. 2 Histological image of biopsy specimen showing areas of inflammatory cell infiltration, crypt abscesses and granuloma formation in the sigmoid colon (HE staining, $\times 100$).

緩解より数カ月後にメサラジンの減量による再燃を認めた。内視鏡検査は行っていないが、CT検査上はS状結腸のみの炎症再燃と思われ、潰瘍性大腸炎やCrohn病への移行はみられなかった。治療は一般的には炎症性腸疾患と同様にメサラジンによく反応するが、ステロイド、免疫抑制剤を必要とする症例も報告されており⁴⁾、炎症性腸疾患に準じた治療が必要であり、緩解・再燃を繰り返すため同様の管理が必要である。

おわりに

Diverticular colitisという、本邦では稀な炎症性腸疾患を経験した。憩室に近接しないこともあり、憩室炎の合併有無も関係しない、この疾患が本当に憩室の随伴病変なのか、潰瘍性大腸炎やCrohn病との関係はいまだ不明であるが、このような疾患概念で症例の検討を重ねていくことが必要であると思われる。

文 献

- 1) Ludeman L, Shepherd NA :What is diverticular colitis?. Pathology, 34 : 568—572, 2002.
- 2) Gore S, Shepherd NA, Wikinson SP : Endoscopic crescentic fold disease of the sigmoid colon : the clinical and histopathological spectrum of a distinctive endoscopic appearance. Int J Colorectal Dis, 7 : 76—81, 1992.
- 3) Goldstein NS, Leon-Armin, Mani A : Crohn's colitis-like change in sigmoid diverticulitis specimens is usually an idiosyncratic inflammatory response to the diverticulosis rather than Crohn's colitis. Am J surg Pathol, 24 : 668—675, 2000.
- 4) Yamane T, Uchiyama K, Ishii T et al : Refractory diverticular colitis with progressive ulcerative colitis-like change extending to the rectum. Dig Endosc, 21 : 188—191, 2009.
- 5) 清水誠治 : 憩室性大腸炎。胃と腸, 47 : 1596—1598, 2012.
(カラーは16頁に掲載)

A case of diverticular colitis treated at our hospital

Norio Kimura¹⁾* Katsuyoshi Shida¹⁾
Makoto Maemura²⁾

A 70-year-old male visited our hospital complaining of diarrhea and hematochezia.

Abdominal CT demonstrated multiple sigmoid colonic diverticula and inflammatory changes suggestive of diverticulitis. Colonoscopy revealed diverticula scattered in the sigmoid colon with localized mucosal edema and erosion. A colonoscope could not be passed through the sigmoid colon due to the presence of a stricture. Histological analysis of biopsy specimens showed areas of inflammatory cell infiltration, crypt abscesses and granuloma formation in the sigmoid colon, and normal rectal mucosa. We diagnosed the patient with diverticular colitis, and administered steroids and 5-aminosalicylic acid. Two months later, the inflammation and stricture were shown endoscopically to have improved.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Surgery, Secomedic Hospital

*Corresponding author : kimura@secomedic.gr.jp