●〈症例〉

自然寛解後に再燃した collagenous colitisの1例

財部紗基子* 岸川 浩 荒畑恭子 伊藤麻子
木村佳代子 貝田将郷 西田次郎

東京歯科大学市川総合病院／消化器内科

*Corresponding author: stakarabe@tdc.ac.jp

〔Key Words〕 collagenous colitis, ステロイド

症 例

患者：70歳代，男性。

主訴：下痢。

既往歴・家族歴：特記事項なし。

現病歴：胸焼けのため近医にて処方されたランソプラゾールを約2週間内服し中止1カ月後から軟便，2カ月後から1日3行の水様便を認め整腸剤（酪酸菌），大建中湯が無効であったため当科へ紹介となった。下部消化管内視鏡検査では横行結腸，下行結腸を中心に血管透視の乏しい浮腫状粘膜を認め（Color 1-a），生検で粘膜表層上皮直下にcollagen bandの形成（Color 1-b矢頭）と炎症性細胞浸潤（Color 1-b矢印）を認めたことから，collagenous colitisと診断した。

その後，症状は軽快したが，約4カ月後に1日10行程度の水様下痢が再燃し，当科を受診。整腸剤，フェロベリン，ラモセトロン，アミノサリチル酸製剤を投与するも無効であった。体重が7kg減少し貧血も進行，蛋白漏出による低アルブミン血症も疑われたため精査目的に入院となった。

入院時血液検査所見：WBC 3,800/ μ l, RBC 337×10⁴/ μ l, Hb 8.0g/dl, Ht 26.0%, Plt 50.9×10⁴/ μ l, TP 5.3g/dl, Alb 2.8g/dl, Na 138mEq/l, K 3.5mEq/l, Cl 108mEq/l, CRP 0.34mg/dl, TSH 0.872 μ IU/ml, FT3 3.02pg/ml, FT 4 0.96ng/dl, IgG 1,258mg/dl, IgM 41mg/dl, IgA 316mg/dl, 抗核抗体<40, C-ANCA<1.0U/ml, P-ANCA<1.0U/ml, CEA 1.3ng/ml, CA 19-9 6.3U/ml, アミロイドA8.1 μ g/ml. 便培養陰性。便虫卵集卵法陰性。

腹部造影CT検査：異常所見なし。

下部消化管内視鏡検査所見：横行結腸から下行結腸に初回内視鏡時と同様の粘膜の混濁と血管透視の低下を認めた（Color 2-a）。組織学的には初回ほど著明ではないが，粘膜表層上皮直下のcollagen bandを認め（Color 2-b矢頭），粘膜固有層には炎症細胞の浸潤を認めた（Color 2-b）。他の病態による下痢が否定的で

プロトンポンプ阻害薬の関与も否定はできないが，むしろ特発性のcollagenous colitisの再燃と診断した。

治療と経過：プレドニゾロン30mg/日の経口投与を開始したところ症状は著明に改善しプレドニゾロンを漸減し中止した。寛解後の内視鏡では粘膜は正常化し，組織学的にもごく軽度の炎症性細胞浸潤を残すのみであった。その後も症状の再燃なく臨床検査値も正常化した。

考 察

Collagenous colitisは1976年にLindströmによって提唱された疾患概念で，慢性の水様性下痢を主徴とし，組織学的に大腸粘膜上皮直下に10 μ m以上の肥厚したcollagen bandを認めることが特徴的である。

コラーゲン代謝異常，細菌，薬剤などが原因となる¹⁾ことが報告されており，本邦では，53～83%でランソプラゾールが原因である²⁾。保存的な経過観察，起因薬剤の中止で軽快することが多いが²⁾，改善しない場合はロペラミドやコレステラミンの投与，アミノサリチル酸製剤，さらに無効であれば経口ステロイド剤や免疫抑制剤の投与を考慮するとされている²⁾。ステロイド治療に踏み切る基準はないが比較的高齢で低栄養を伴うような場合には，全身状態の増悪を来す前に投与を開始することが望ましいと考えられる。自験例は一度寛解したにもかかわらず再燃し，初回よりも重篤な症状となりステロイド治療を必要としたことが特徴的である。今後，無治療で寛解した後で再燃するという類似した経過を呈する症例を集積し適切な診断，治療がいかなるものかを検討すべきと考える。

Collagenous colitisでは，下部消化管内視鏡検査において“mucosal tears”と称される潰瘍辺縁の発赤が乏しい特徴的な縦走潰瘍を認める^{1,2)}ことがあり，本邦では半数弱にみられる。しかしその他の症例では，正常あるいはごく軽微な所見にとどまる。また本邦でのcollagenous colitisの内視鏡像の特徴として，縦走潰瘍を含めた陽性所見が左側結腸に多いとされており，本症例でも左側結腸に粘膜の浮腫を認めていた。本邦においてはcollagenous colitisを疑う場合，軽微な内視鏡所見を，特に左側結腸において注意深くとらえることで，より診断率が高まる可能性が考えられる。また自験例において症状再燃時の生検所見にて炎症性細胞浸潤がむしろ初回より軽度であったことも興味深い。

自然寛解後に重度の再燃をきたしステロイド治療が必要であった特徴的な経過を呈した1例を経験した。collagenous colitisの症例では自然寛解後の再燃という同様の非典型的な経過を呈する可能性も念頭におき診断・治療にあたるべきであり，示唆に富む症例と考えられたため報告した。

文 献

- 1) 河村卓二, 安田健治朗, 望月直美, 他: 縦走潰瘍を認めた collagenous colitis の 3 例. Gastroenterol Endosc, 52:1261-1266, 2010
- 2) 梅野淳嗣, 松本主之, 中村昌太郎, 他: Collagenous colitis の 診断と治療. Gastroenterol Endosc, 52: 1233-1242, 2010
(カラーは p. 12 に掲載)

A rare case of relapsed collagenous colitis after spontaneous remission

Sakiko Takarabe*   Hiroshi Kishikawa
 Kayoko Kimura   Asako Ito
 Kyoko Arahata   Shogo Kaida
 Jiro Nishida

A man aged in his 70s presented with diarrhea for two months. Colonoscopy revealed mucosal edema in the left colon. A biopsy specimen revealed inflammatory cell infiltration and a typical collagen band. Collagenous colitis was diagnosed and the symptoms spontaneously resolved. However, the diarrhea relapsed two months later and several medications including 5-aminosalicylic acid had no effect. He was admitted for further evaluation and treatment. Exacerbation of collagenous colitis was suspected, and 30 mg of oral prednisolone significantly improved the diarrhea thereafter. We described rare case of collagenous colitis with characteristic deterioration after the spontaneous remission. Clinicians should correctly diagnose collagenous colitis even when spontaneous remission is evident.

Department of Gastroenterology, Tokyo Dental College, Ichikawa General Hospital

*Corresponding author : stakarabe@tdc.ac.jp