潰瘍性大腸炎術後の回腸囊炎に 上部消化管病変を合併した一例

岡野 莊^{1)*}, 石沢 千尋²⁾, 酒匂美奈子¹⁾
吉村 直樹¹⁾, 阿部 佳子³⁾, 高添 正和¹⁾

要旨: 症例は34歳女性, 27歳時に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎を発症した. 内科的治療抵抗例として29歳時に全大腸摘出術および回腸囊肛門管吻合術を施行された.

術後5年目である, 34歳時に上腹部痛および嘔気にて入院となり, 上部および下部消化管内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎の上部消化管病変および回腸囊炎を認めた. メサラジン(ペンタサ[®])の粉碎投与およびメトロニダゾールの投与にて病状は改善し, 退院となった.

潰瘍性大腸炎の術後に上腹部症状が出現した場合は潰瘍性大腸炎の上部消化管病変の存在も考慮する必要がある, 示唆に富む一例であったため報告する.

〔Key Words〕潰瘍性大腸炎, 上部消化管病変

緒 言

潰瘍性大腸炎(以下UC)は原則, 大腸に病変を認める疾患であるが, 稀に胃・十二指腸・小腸領域にもUC様の病変が出現するという報告もある¹⁾²⁾.

今回, 胃・十二指腸領域にUC様の病変を合併した術後UCの一例を経験したので報告する.

症 例

症例: 34歳女性

主訴: 嘔気・上腹部痛

既往歴: 特記すべきことなし

生活歴: 機会飲酒 喫煙歴なし

現病歴: 2009年(27歳時)に血便・下痢が増悪し, 近医を受診. 下部消化管内視鏡検査(以下CS)にて全大腸炎型のUCの診断となった. 同年当院紹介となり, タクロリムスと血球成分除去療法にて寛解導入できたが, 1年後に再燃した. シクロスボリン持続静注療法, インフリキシマブ療法にて寛解導入できたが, 以後も再燃を繰り返し, 2011年(29歳時)に内科治療抵抗性であったため, 2期分割にて大腸全摘術+回腸囊肛門管吻合術を施

行した. 手術標本の組織学的所見は粘膜下層にUL-IIの浅い潰瘍性病変を全大腸に認めるも, 肉芽腫形成はなく潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であった.

術後3年間は整腸剤のみで経過良好であったが, 2015年, 術後4年目(33歳時)に排便回数が増加し, CSにて回腸囊炎の診断となった. ステロイド注腸にて回腸囊炎は改善したが, 2016年, 術後5年目(34歳時)に嘔気・上腹部痛が出現, 排便回数の増悪を認めたため, 精査加療目的で入院となった.

入院時現症: 体温37.2℃, 脈拍82/分・整, 血圧102/72 mmHg, 眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄疸なし, 腹部は平坦で上腹部圧痛認めるも筋性防御なし, 正中に人工肛門閉鎖後の瘢痕を認める.

排便回数10行/日 水様便~軟便 血便なし.

臨床検査成績(Table 1): 白血球, 血沈およびCRPの上昇と高度の脱水症によるHbの高値を認めた.

便培養: 有意な病原菌の検出はなし

経過: 入院後, 絶食・補液・ファモチジン40 mg/日・ドンペリドン30 mg/日を開始した. 第3病日にCS(Fig. 1)施行, 回腸囊炎の再燃を認め, メトロニダゾール500 mg/日, 整腸薬, メサラジン坐剤を追加した. しかし, 嘔気が持続するため, 第5病日に上部消化管内視鏡検査(以下EGD)

¹⁾JCHO東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科.

²⁾JCHO東京山手メディカルセンター 内科.

³⁾JCHO東京山手メディカルセンター 病理診断科

*Corresponding author: okano-soh@yamate.jcho.go.jp

Table 1 Laboratory data on admission

Hematology					
WBC	13.9	$10^3/\mu\text{l}$	Amy	59	IU/l
RBC	667	$10^4/\mu\text{l}$	BUN	10	mg/dL
Hgb	18	g/dl	Cre	0.7	mg/dL
Ht	51.6	%	UA	5.9	mg/dL
Plt	68.7	$10^4/\mu\text{l}$	Na	130	mEq/l
Biochemistry					
TP	8.3	g/dl	K	3.8	mEq/l
Alb	3.6	g/dl	Cl	96	mEq/l
T-Bil	0.5	mg/dL	CRP	7.1	mg/dL
AST	23	IU/l	ESR(1h)	29	mm
ALT	10	IU/l			
LDH	531	IU/l			
ChE	271	IU/l			
ALP	525	IU/l			
γ -GTP	68	IU/l

Fig. 1 Erosions and redness were diffusely detected in J-pouch

(**Fig. 2**) を施行したところ胃および十二指腸に UC 様の病変を認めた。病理所見 (**Fig. 3**) では、粘膜固有層深層にリンパ球および形質細胞からなる炎症細胞の浸潤を認めた。また、迅速ウレアーゼテストおよび *H.pylori* 抗体は陰性であった。H2blocker 投与下で *H.pylori* 陰性であり、かつ UC 様の内視鏡所見を新たに認めたため、UC の上部消化管病変と診断し、メサラジンの粉砕投与を開始した。第 8 病日に小腸病変の有無の精査のため小腸造影施行したが、潰瘍病変は認めなかった。第 9 病日には嘔気・腹痛症状は改善し、食事摂取も可能となり、排便回数も 6 行/日程度まで改善したため、第 11 病日に退院となった。その後、メサラジンの粉砕投与と坐剤、整腸薬にて再燃なく寛解維持している。

考 察

今回、術後 5 年目に回腸囊炎に UC の胃十二指腸病変を合併した症例を経験した。

UC の胃十二指腸病変の報告は、4.7%³⁾から

Fig. 2 Stomach and a duodenum showed redness and erosion similar to ulcerative colitis **Fig. 3** Lympho-plasmacytic infiltration observed in the deep part of lamina propria

7.6%⁴⁾と幅があるが、その多くは全大腸炎型または、大腸全摘後の報告である。本症例も全大腸炎型 UC の大腸全摘後であった。

上部消化管病変の出現までの期間は報告により差があるが、久部ら³⁾は 322 例中 15 例の検討で平均罹病期間が 4.7 年であり、術後平均 5.8 年目と報告している。本症例では発症後 7 年目、術後 4 年目に診断されている。しかし、UC の上部消化管病変の診断まで EGD は施行されておらず、実際の発症時期は不明であり、診断時より以前に臨床症状を伴わない軽微な病変が存在していた可能性も否定できない。

渡辺ら⁵⁾は UC の上部消化管病変は病理学的には陰窩底部の形質細胞浸潤、陰窩底部と粘膜筋板との乖離、陰窩密度の減少は特異性が高いと報告している。また、制酸薬が無効であり、メサラジンやステロイドなどが有効であるという報告が多い。これらは UC と同様に自己免疫疾患としての

要素が病変形成に関与していることを示唆している。そのため、一定の診断基準はないが、渡辺ら⁵⁾が報告している上記の病理所見や制酸薬が無効であり、メサラジンやステロイドが効果を示すことはUCの上部消化管病変を診断する上で有用であると考えられる。本症例も粘膜固有層深層に形質細胞浸潤を認めており、H2blockerは効果なく、メサラジンの粉碎投与が著効している。

UCの上部消化管病変の報告は最近増えており、今後明確な診断基準および治療方法の確立が必要である。

回腸囊炎は報告により差があるが、術後10年で50%程度出現する⁶⁾。また、回腸囊炎のリスクファクターとしては全大腸炎型、腸管外合併症、非喫煙者、p-ANCA陽性、NSAIDsの使用などが報告されている。回腸囊炎は抗菌薬のみで一過性に改善するものが多いが、一部は難治化し、免疫調節薬の投与が有効な症例がある。これは、回腸囊炎がUC同様の自己免疫的な要素にて発症することを示唆している。UCの上部消化管病変との関連

性について今後精査が望まれる。

III 結 語

上腹部痛や嘔気を有する術後UC症例では、UCの上部消化管病変も念頭において精査する必要がある。

文 献

- 1) Terashima S, Hoshino Y, Kanazaki N, et al : Ulcerative duodenitis accompanying ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* **32**(2) : 172-175, 2001
- 2) Rubenstein J, Sherif A, Appelman H, et al : Ulcerative colitis associated enteritis: is ulcerative colitis always confined to the colon? *J Clin Gastroenterol* **38**(1) : 46-51, 2004
- 3) 久部高司, 松井敏幸, 宮岡正喜, 他 : 潰瘍性大腸炎に関連した胃十二指腸病変の診断と臨床経過 : 回腸囊炎との関連性. *日本消化器内視鏡学会雑誌* **54** : 2269-2277, 2012
- 4) Hori K, Ieuchi H, Nakano H, et al : Gastroduodenitis associated with ulcerative colitis. *J Gastroenterol* **43** : 193-201, 2008
- 5) 渡辺和彦 : 潰瘍性大腸炎に伴伴する十二指腸病変の病理学的特徴の検討. *123*(5) : 232-241, 200
- 6) Oresland T, Bemelman WA, et al : European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis. *J Crohns and Colitis* **9** : 4-15, 2015

A case of pouchitis and gastroduodenal lesion associated with UC after proctocolectomy

Soh Okano^{1)*}, Chihiro Ishizawa²⁾, Minako Sako¹⁾
Naoki Yoshimura¹⁾, Keiko Abe³⁾, Masakazu Takazoe¹⁾

The case is of a 34-year-old female, who developed pan-ulcerative colitis at the age of 27 years. At the age of 29 years, because the patient was resistant to medical therapy, a total colectomy and ileal pouch-anal canal anastomosis were performed.

At the age of 34 years, five years post-surgery, the patient was admitted to the hospital for upper abdominal pain and nausea. On performing upper and lower gastrointestinal endoscopy, upper gastrointestinal tract lesions of UC and pouchitis were detected. Upon administration of crushed 5ASA and metronidazole, the symptoms improved and the patient was

discharged.

The reported case is a highly suggestive case indicating that upon post-UC surgery upper abdominal symptoms, the possibility of upper gastrointestinal lesions should be considered.

¹⁾Department of Internal Medicine Division of IBD, Japan Community Health care Organization Tokyo Yamate Medical Center, ²⁾Department of Internal Medicine, Japan Community Health care Organization Tokyo Yamate Medical Center, ³⁾Department of Pathology, Japan Community Health care Organization Tokyo Yamate Medical Center

*Corresponding author: okano-soh@yamate.jcho.go.jp