内視鏡的止血術を要した Campylobacter 腸炎の一例

松原 大*, 佐藤 知己, 中村 仁紀
庄司 達弘, 西元 史哉

菊名記念病院 消化器内科

*Corresponding author: daimatsubara1025@gmail.com

〔Key Words〕 Campylobacter 腸炎, 止血

症 例

患者：27 歳，男性

主訴：血便・下腹部痛

既往歴：特記事項なし

現病歴：セブ島旅行から帰国 17 日後に発熱・下痢・嘔吐出現し，当院受診した。感染性腸炎の診断にて投薬を受け解熱するも，症状改善せず発症から 11 日後に血便が出現し，入院となった。

入院時現症：身長 168.0 cm，体重 62.0 kg，BMI 22.0，体温 37.1℃，脈拍 92 回/分，血圧 128/61 mmHg，SpO2 98%（室内気）。腹部平坦・軟，下腹部正中に圧痛を認めた。

血液検査所見：RBC $325 \times 10^4/\mu\text{l}$ ，Hb9.8 g/dl，HCT 29.2%と貧血を認め，CRP10.57/ μl ，WBC9700/ μl と炎症反応の上昇を認めた。

腹部単純 CT 所見：明らかな大腸壁の肥厚など特記すべき所見は認めなかった。

入院後経過：初診時の採血では Hb16.3 g/dl であったが，血便出現後には Hb9.8 g/dl と貧血の進行を認めた。血便も持続しており Hb7.5 g/dl と貧血の進行あり，下部消化管内視鏡検査施行した。結腸に血液の貯留を認めた（Fig. 1）。回盲弁全体に凝血塊の付着を伴う潰瘍を認め（Fig. 2），潰瘍底から湧出性出血あり出血源と判断し，Argon plasma coagulation（APC）にて止血術を施行した（Fig. 3）。回腸末端には血液の付着なく異常は認めなかった。便培養から *Campylobacter jejuni* が検出され，*Campylobacter* 腸炎による出血と診断した。3 日間ホスホマイシンカルシウム経口投与とした。内視鏡止血術後は下痢・血便なく経過し，血液検査では炎症反応の陰性化，Hb7.9 g/dl と貧血の改善傾向を認め，第 6 病日に退院となった。

考 察

Campylobacter 腸炎の内視鏡所見は，出血，発赤斑，びらん，小潰瘍，浮腫，アフタ様病変などが直腸から連

Fig. 1 There was bloody stool in the whole colon.

Fig. 2 An ulcer with a clot was found in the ileocecal valve.

Fig. 3 a) Exudative hemorrhage was observed in the ulcer. b) Hemostasis was performed by APC.

続性，びまん性に見られるとされているが，なかでも本疾患に最も特徴的とされる内視鏡所見は，回盲弁上の境界明瞭な浅い潰瘍であり，4 割程度に見られると報告されている¹⁾。本症例でも特徴的な回盲弁上の潰瘍を認め，内視鏡所見，便培養から *Campylobacter* 腸炎と診断した。*Campylobacter* 腸炎の血便の頻度は 23% に見られるとする報告があり，しばしば認める症状であるが内視鏡的止血術を要する *Campylobacter* 腸炎は報告例が非常に少ない¹⁾²⁾。本症例では貧血も認めてお

り、内視鏡上湧出性の出血も認め APC による止血術を施行した。以後状態の安定化につながり、処置は妥当であったと考える。一般的に *Campylobacter* 腸炎は鶏肉関連食品摂取による感染が圧倒的に多いとされており、潜伏期は 2~10 日と比較的長く、患者が食中毒と気づかないことも多いとされる。本症例では、海外渡航時も含め鶏肉の摂取の有無は不明であり感染源の詳細は不明であった。しかしほかの大腸病変は通常 2 週間以内に消失するのに対し、回盲弁上の潰瘍は治癒に 1 ヶ月を要するとされている¹⁾。下部消化管内視鏡検査を施行したのは発症から約 2 週間後であり、検査時期としては適切であり、特徴的な回盲弁上の潰瘍を発見し、治療も遂行しえたことから内視鏡検査は診断、治療に有用であった。保存的治療としては多くは輸液や整腸剤などの対症療法のみで、症状が強い場合や重症化が懸念される場合は抗菌薬の投与を検討する¹⁾。本症例では貧血の進行を伴う潰瘍出血をきたしており、ホスホマイシンカルシウムを投与し、その後貧血や下痢症状の改善を認め一定の効果があったと考える。また一般的に感染性腸炎においては緊急内視鏡検査が必要となる症例は少ないが、本症例のように貧血を伴う血便を認めた場合は内視鏡検査を躊躇すべきでないと考える。

文 献

- 1) 福定繁紀, 西江裕忠, 水島隆史, 他: 露出血管を伴った回盲

部潰瘍から出血を繰り返したカンピロバクター腸炎の一例. *Gastroenterological Endoscopy* **57**: 2463-2468, 2015

- 2) 小松原有華, 西迫 尚, 廣瀬雅宣, 他: カンピロバクター腸炎 365 例の臨床的検討. *日本病院総合診療医学会雑誌* **13**: 8-13, 2017

A case of endoscopic hemostasis for *Campylobacter* colitis

Dai Matsubara*, Tomoki Sato
Masanori Nakamura, Tatsuhiko Shoji
Fumiya Nishimoto

A 27 year-old male was admitted to our hospital because of having bloody stool and diarrhea. Serum hemoglobin level was 7.9 g/dl. Because of bloody stool as anemia progressed, so he underwent colonoscopy. Endoscopy showed of ulcer in the ileocecal valve, it had bleeding point. Endoscopic hemostasis was performed for the vessel using Argon Plasma Coagulation (APC). After endoscopic procedure, he had no bloody stool and anemia was improved. Hemoglobin level recovered to 10 g/dl. *Campylobacter jejuni* was detected by the cultivation for the stool. So we used for the patient the antibiotic to Fosfomycin Calcium Hydrate for a couple of the days. On the basis of literature, endoscopic procedure is not necessary for campylobacter colitis. However, when bloody stools continues and values of hemoglobin decrease, colonoscopy may be recommended as therapeutic option for enterocolitis.

Kikuna Memorial Hospital division of Gastroenterology

*Corresponding author : daimatsubara1025@gmail.com