6年病変悪化がない上部消化管に 局限した Crohn 病が疑われる一例

高橋有佳里¹⁾, 松田 玲圭^{2)*}, 山本 敦史¹⁾
土谷 一泉¹⁾, 大熊 幹二¹⁾, 高橋 大介³⁾

¹⁾ 藤沢湘南台病院 消化器内科, ²⁾ 藤沢湘南台病院 炎症性腸疾患センター, ³⁾ 藤沢湘南台病院 健康管理部

*Corresponding author: r_mathuda@fj-shounandai.or.jp

〔Key Words〕 Crohn 病, 上部消化管病変

症例：32 歳 女性

主訴：心窩部痛

既往歴：なし

家族歴：父が胃がん

嗜好歴：飲酒なし 喫煙なし

現病歴：X0 年心窩部痛で当科を受診した。上部消化管内視鏡検査 (EGD) では十二指腸にびらんを認めた。プロトンポンプ阻害薬 (PPI), モサプリド, 六君子湯, メトクロプラミドの内服で治療を開始したが効果なく, スリピリドで症状が改善したため機能的胃腸症 (FD) の症状と考えた。X1 年の EGD では噴門部に竹の節様外観がわずかにみられ胃前庭部に周在性びらん, 十二指腸下行脚にはアフタと縦列する notch 様陥凹がみられた。萎縮性胃炎はなくピロリ菌迅速ウレアーゼテストは陰性であった。下部消化管内視鏡 (CS) では回腸末端に単発のびらんを認めたのみであった。胃, 十二指腸, 回腸末端のびらんから生検と粘膜培養を施行したが肉芽腫や抗酸菌は検出されなかった。

以上の結果より Crohn 病 (CD) の診断基準は満たさず疑診例に分類されるものの¹⁾, 典型的な上部消化管病変より胃十二指腸に局限した CD の可能性があると考えた。

初診時現症：身長 162 cm 体重 48 kg (1 年で 5 kg 減)。

身体診察：心窩部に圧痛あり, 胸部・四肢に異常所見なし。

血液検査所見：WBC, CRP, ESR は正常でインターフェロン γ 遊離試験 (T スポット[®] TB) は陰性だった。

経過：治療としてメサラジン 1 g (粉砕), メサラジン 2 g, エレンタール 600 kcal/日の内服を開始したが, 心窩部の圧痛などの FD 症状に著変はなかった。CD の診断基準を満たしていないこと, また本人の治療強化の希望もない為 PPI, メサラジン, エレンタール内服を継続している。経過中にアスピリンや非ステロイド

Fig. 1 Esophagogastroduodenoscopic (EGD) views in X1 shows multiple erosions (arrows) in the antrum.

Fig. 2 Esophagogastroduodenoscopy (EGD) performed six years later shows multiple erosions (arrows) in the antrum. There were almost no changes over six years.

Fig. 3 EGD views in X1 shows notch-like depressions (arrow) in the second portion of the duodenum.

抗炎症薬 (NSAID) の内服歴はなく初診時から X7 年までの胃十二指腸病変に著変を認めなかった (**Fig. 1-4**). X1 年にみられた回腸末端の単発のびらんはその後消失している。X3 年の小腸カプセル内視鏡では小腸に

Fig. 4 EGD performed six years later shows notch-like depressions (arrows) in the second portion of the duodenum. There were almost no changes over six years.

病変を認めなかった。X6 年まで大腸、肛門に CD 所見の新たな出現も認めていない。

考察：CD の胃十二指腸病変は単独で発症することはまれで、他の消化管病変に併存することがほとんどである。医学中央雑誌で検索した結果 2000 年以降、胃十二指腸に局限した CD の報告は 8 例であったが本症例のように長期経過を観察している報告はない²⁾。

CD の上部消化管病変は竹の節様外観、前庭部びらん、不整形潰瘍、十二指腸病変には縦走潰瘍、多発アフタ、notch 様陥凹などがある¹⁾³⁾。特に十二指腸の notch 様陥凹は感度 11% であるが、特異度は 99% に達するといわれている³⁾。複数回にわたる生検で今のところ肉芽腫は検出されていないが、上部消化管に局限した Crohn 病では手術検体以外で病理的に診断される例は少ないといわれている²⁾。本症例のように特異度の高い胃十二指腸病変のみを有する症例は、CD の診断基準に照らすと疑診例に分類される。しかし経過や内視鏡所見から、NSAID による胃十二指腸粘膜障害や結核などの感染症、その他の IBD は否定的であった。CD の胃十二指腸病変の多くは無症状で経過するが、幽門輪や十二指腸に狭窄をきたすことがある³⁾。治療は PPI が症状緩和に効果があると言われておりその他メサラジン、ステロイド、チオプリンの有効性が報告されているが、近年抗 TNF α 抗体投与により著効した報告例が

ある²⁾⁴⁾。結語：FD 症状を契機に診断され 6 年以上胃十二指腸に局限し病状の進展のみられなかったクローン病と思われる一例を経験した。

文 献

- 1) 潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班) 平成 30 年度分担研究報告書平成 30 年度改訂版
- 2) 早川めぐみ, 田中順子, 中島 潤, 他：内視鏡的に全消化管を検索し胃十二指腸に局限すると診断したクローン病の 1 例. *Gastroenterological Endoscopy* **60**: 991-995, 2018
- 3) 坂谷 慧, 藤本幹浩, 嘉島 伸, 他：クローン病に特異的な上部消化管病変の解析. *日本消化器病学会雑誌* **110**(臨時増刊号): A281, 2013
- 4) 杉本 健, 丸山保彦：炎症性腸疾患の上部消化管病変. *日本臨床* **76**(増刊号 3): 256-260, 2018

SUSPICION OF CROHN'S DISEASE LOCALIZED IN THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT WITH NO PROGRESSION FOR SIX YEARS

Akari Takahashi¹⁾, Reikei Matsuda^{2)*}
Atsushi Yamamoto¹⁾, Izumi Tsuchiya¹⁾
Kanji Ohkuma¹⁾, Daisuke Takahashi³⁾

A 32-year-old female with epigastric pain visited our clinic. Esophagogastroduodenoscopy revealed multiple antral erosions and notch-like depressions in the second portion of the duodenum that were typical of Crohn's disease. Colonoscopy revealed no lesions in the small intestine, colon, and anus. Sulpiride was prescribed and her symptom resolved, indicating functional dyspepsia. We diagnosed Crohn's disease localized only in the upper gastrointestinal tract. No granuloma was detected on biopsy examination. We prescribed an elemental diet, mesalazine, and milled mesalazine. Esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy were performed annually for six years. The erosions and depressions did not change, and no new lesions appeared in other parts of the gastrointestinal tract. There has been no domestic report of long-term, quiescent Crohn's disease. Although this case does not fulfill the diagnostic criteria, we report this rare case of Crohn's disease.

¹⁾Department of Gastroenterology, Fujisawa Shounandai Hospital, ²⁾Department of Inflammatory Bowel Disease Center, Fujisawa Shounandai Hospital, ³⁾Department of Health Care, Fujisawa Shounandai Hospital

*Corresponding author: r_mathuda@fj-shounandai.or.jp