●〈症例〉

急激に狭窄をきたし 結腸全摘術を施行した 潰瘍性大腸炎の1例

森越栄太 佐藤薫隆 為我井芳郎

佼成病院外科

(Key Words) 潰瘍性大腸炎, 大腸狭窄

はじめに

潰瘍性大腸炎(UC)で急激に狭窄をきたす例はまれと思われる。今回われわれは、初回発作後4カ月で横行・下行結腸に狭窄をきたし、結腸全摘術を施行した1例を経験したので報告する。

症例：39歳女性，会社員。

主訴：腹痛，血性下痢。

家族歴：父が69歳時に直腸癌で死亡。

既往歴：8歳，赤痢。37歳，内痔核。

現病歴：1991年12月，腹痛と血性の下痢があり，翌年1月に近医を受診。注腸検査では異常なく投薬を受けた。しかし，発熱，腹痛，下血が続き貧血も進行したため，2月精査目的で当科入院となった。

入院時現症：全身のいそう，眼瞼結膜に貧血，下腿に浮腫あり。内痔核あり。

入院時検査所見：便の細菌培養で有意の病原菌は検出されず。ヘモグロビン6.2g/dlと貧血あり。血清蛋

Fig. 1 Clinical course.

白3.0g/dl，アルブミン1.0g/dl，コリンエステラーゼ93IU/lと低栄養状態も認められた。

大腸内視鏡所見(Color 1A)：直腸から横行結腸まで連続性に発赤，びらん，潰瘍，偽ポリープを認めた。生検所見では粘膜に著明な再生像がみられ，粘膜固有層の慢性炎症細胞の浸潤を認めた。

入院後経過(Fig. 1)：13病日に施行した注腸検査では，S状結腸から横行結腸まで壁の硬化，不整，ハウストラの消失を認めた。多発性のびらん，ポリープも認めた。UCの診断で，プレドニンの静注，注腸を行い，下血は改善したが，第50病日の内視鏡検査にて，直腸からS状結腸にかけて活動性の潰瘍性病変と下行結腸の狭窄(Color 1B)，57病日の注腸検査にて，下行結腸から横行結腸にかけて管腔の著明な狭小化を認めた(Fig. 2)。上行結腸に縦走潰瘍も認め，急激な

狭窄の進行からクローン病の可能性も考慮し，保存的治療は限界と考え，96病日結腸全摘術，回腸J-pouch 直腸吻合術を施行した。術

Fig. 2 Double contrast radiograph showing a marked stenosis in the transverse colon. Arrow shows linear longitudinal ulcer.

Fig. 3 Schema of Fig. 4.

Fig. 4 Fresh resected specimen of the entire colon.

Fig. 5 Histological finding shows lymphocytes infiltration and crypt abscess in the mucosa.

後経過は順調で、151病日に退院した。

切除標本肉眼所見(Fig. 3, 4): 切除標本の口側寄りの粘膜に大腸の半月ひだを認める以外ひだは消失し、粘膜の発赤、萎縮、びらん、pseudopolyp が全大腸に連続性に存在し、全大腸型の UC と考えられた。上行結腸に縦走潰瘍の痕跡を認めたが、回腸末端炎や数石状所見はなかった。炎症所見はとくに下行・横行結腸に強く、壁の肥厚、管腔の狭小化を認めた。

病理組織学的所見(Fig. 5): 粘膜は萎縮し、粘膜内に慢性炎症細胞、特にリンパ球の浸潤を認めた。粘膜筋板の肥厚、粘膜下層の線維化、crypt abscess, Paneth 細胞がみられ、UC と考えられた。狭窄部は U1 II~III の全周性の潰瘍痕跡で、筋層が軽度肥厚し、粘膜下層内に fibromuscular tissue の増生が著明であった(Color 2)。

考 察

本例は上行結腸に縦走潰瘍を認め、部位によって病変に強弱があり、直腸病変が比較的軽かったことなどからクローン病を疑ったが、術後の病理組織学的検索では、炎症の主体は粘膜内で、慢性炎症細胞、特にリ

ンパ球の浸潤を認め、granuloma, fissuring ulcer などのクローン病の所見はなかったため、UC と診断された。

UC の狭窄の原因は粘膜下層の線維化、粘膜筋板の肥厚といわれている¹⁾。粘膜下層の線維化はびまん性にみられたが、とくに横行・下行結腸に狭窄をきたした原因としては、粘膜下層とわずかではあるが筋層の全周性の線維化が、腸管壁の収縮を起こし、管腔の狭小化に至ったと考えられた。UC の狭窄の原因として、経過中に虚血性腸炎の合併をあげる報告もある²⁾。本例も UC としては炎症の深達度が深い(一部 U1 III)が、臨床的、病理組織学的には虚血性腸炎の合併は考えにくかった。

文 献

- 1) Sleisenger MH, Fordtran JS: Complication of ulcerative colitis. Gastrointestinal disease, p1636, WB Saunders, Philadelphia, 1978.
- 2) 碓井芳樹, 松川正明, 山田 聡, 他: 潰瘍性大腸炎の経過中に虚血性大腸炎が併発した 2 例. 臨放, 31: 1561~1564, 1986.

A Case of Ulcerative Colitis Where Transverse and Descending Colons Had Rapidly Stenosed and Total Extirpation of Colon Was Performed

Eita Morikoshi Nobutaka Satou
Yoshirou Tamegai

We encountered a case of pancolonic type of ulcerative colitis (UC) where the initial onset resulted in an abrupt stenosis affecting both the transverse colon and descending colon. The subject was a 39-year-old female. She was seen by a doctor in her neighborhood with a chief complaint of melena. Since she had a high grade of anemia along with systemic symptoms including fever, she was referred to our department.

Initial colonoscopy revealed erosion, ulcer and pseudopolyp uninterruptedly affecting the region from the rectum to the transverse colon, leading to a diagnosis of UC and conservative treatment. Steroid therapy relieved the melena. But an endoscopy revealed an active ulcerative lesion and stenosis in the descending colon and barium enema a marked stricture in the transverse colon and linear longitudinal ulcer in the ascending colon. Taking into account the possibility of Crohn's disease, total colectomy and J-pouch ileoproctostomy were performed on the 96th hospital day.

Pathohistologically, the large intestine was virtually occupied by U1 II~III ulcer scarring and the mucosa had an infiltration of chronically inflammatory cells predominated by the lymphocytes and crypt abscess, which led to a diagnosis of UC. The stenosed part was circumferential U1 II, and marked fibrosis of the submucosal layer supposedly resulted in thickening and shortening of the wall.

Dept of Surgery, Kousei Hospital.

<カラーは 21p に掲載>