●〈症例〉

全結腸型 キャンピロバクター腸炎の2例

藤井達也 箱崎幸也 加藤雅士 萱嶋信介
岩田雅史 山口研成 三谷圭二 大庭健一

自衛隊中央病院内科

〔Key Word〕キャンピロバクター腸炎

はじめに

キャンピロバクターは1977年以降、感染性腸炎の原因となりうる最も重要な細菌の1つとして広く認識されるようになった。今回われわれは、当初便培養陰性であり、潰瘍性大腸炎との鑑別に苦慮した、Campylobacter jejuni (以下 C jejuni) 起因と考えられる全結腸型腸炎の2症例を経験したので報告する。

症例1：20歳，男性。

主訴：血便，腹痛。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成7年4月2日下痢，腹痛および発熱出現。医務室および近医を受診し，ホスホマイシン750mg/日などの処方を受けたが，同夜より血便出現。3日，当院受診し入院となる。

入院時現症：血圧138/82mmHg，体温37.7℃，脈拍84/分整。咽頭軽度発赤あり。胸部に異常なし。腹部は平坦で軟，臍周囲に軽い圧痛を認めた。

入院時検査成績：WBC 8,300/mm³，Hb 15.0mg/dl，Plt 12.9万/mm³，ESR 11mm，CRP 11.0mg/

dl。

便検査：一般細菌培養陰性，赤痢アメーバなど原虫認めず。寄生虫および虫卵認めず。

大腸内視鏡所見：第4病日に実施した1回目の内視鏡像は，盲腸から直腸まで連続して発赤，浮腫，出血性びらんを認め，一部には白苔を有し，血管透見も不良であった。正常と思われる粘膜の介在はなかった (Color 1)。

病理組織学的所見 (Fig. 1)：びらん部より生検した粘膜の病理所見でも，各結腸で強い炎症細胞浸潤と陰窩膿瘍を認めた。

経過：以上の所見から潰瘍性大腸炎を疑い prednisolone 30mg/日，salazosulfapyridine 3g/日の投与を開始した。その後，大腸生検組織部の培養および第10病日に再検した便培養にて，C jejuni が検出されたため，投薬を中止した。

入院後の経過は良好で，第12病日の内視鏡像ではびらんを残すのみとなり，第26病日にはすべて瘢痕化していたため退院となった。退院後も経過は良好である。

症例2：21歳 男性。

主訴：下痢，血便。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成7年4月10日下痢，血便出現。12日医務室受診，整腸剤など投与されたが改善せず。14日当院受診し入院となった。

入院時現症：血圧113/79mmHg，体温36.8℃，脈拍48/分整，胸部異常なし。腹部は平坦で軟，臍下部に軽い自発痛あったが，圧痛はなし。

入院時検査成績：WBC 5600/mm³，Hb 15.6g/dl，Plt 24.8 万/mm³，ESR 10mm，CRP 3.3mg/dl。

便検査：一般細菌培養陰性。赤痢アメーバなど原虫認めず。寄生虫および虫卵認めず。

大腸内視鏡所見：第5病日に実施した1回目の内視

Fig. 1 Microphotograph of the biopsy specimen of transverse colon in Case 1, initially showing a marked inflammatory infiltrate with crypt abscess formation.

Fig. 2 Biopsy specimen of the transverse colon in Case 2, showing inflammatory infiltrate and crypt micro-abscess.

鏡像では、ほぼ全結腸にわたり連続して強い浮腫と出血性びらん・浅い潰瘍を多数認め、粘膜は細顆粒状を呈し、易出血性であった(Color 2)。

病理組織学的所見(Fig. 2)：結腸粘膜組織では、びらんと陰窩膿瘍を認めた。

経過：第9病日の便および第11病日の大腸粘膜生検組織の培養にて、*C. jejuni*が検出された。禁食、輸液のみで経過良好であり、退院後に施行した3回目の大腸内視鏡検査(第43病日)で、ほぼ正常にまで改善を認めた。

考 察

キャンピロバクター腸炎は、その糞便からの検出にSkirrowの選択培地が頻繁に使用されるようになった1979年から¹⁾しばしば報告がなされてきた。Lambertら²⁾やCooperら³⁾は内視鏡的および臨床的に潰瘍性大腸炎と類似し鑑別に苦慮した症例を、またVyas⁴⁾やLarvol⁵⁾らはキャンピロバクター腸炎に合併した中毒性巨大結腸の症例をそれぞれ報告している。本邦でも、1981年に喜田・田島ら⁶⁾がキャンピロバクターによる大腸病変を初めて報告した。さらに近年、松本ら⁷⁾は細菌感染性腸炎における大腸生検組織培養の有用性を説いている。本2症例も、当初便培養陰性で、内視鏡的にも臨床的にも潰瘍性大腸炎との鑑別に苦慮し、その後の便あるいは大腸粘膜生検組織の培養で*C. jejuni*が検出された。

Skirrowの培地は、キャンピロバクターの培養においてその選択性の点で若干の問題を残し、とりわけ緑膿菌の影響を受けやすいとされる。そのために初期の便では分離されないこともあり、本症例でもその可能性が示唆された。潰瘍性大腸炎との鑑別が困難な症例では、頻回の培養が必要である。

文 献

- 1) 工藤泰雄：炎症性腸疾患—細菌性腸炎の診断と治療—。臨床消化器内科，4：2127～2134，1989
- 2) Lambert ME, Schofield PF, Ironside AG, et al: Campylobacter colitis. Brit Med J, 1: 857～859, 1979
- 3) Cooper R, Murphy S, Midlick D: Campylobacter jejuni enteritis mistaken for ulcerative colitis. J Fam Pract, 34: 357～362, 1992
- 4) Vyas SK, Law NN, Hill S, et al: Toxic megacolon with late perforation in Campylobacter colitis—a cautionary tale. Postgrad Med J, 69: 322～344, 1993
- 5) Larvol L, Zeitoun E, Barge J, et al: Toxic megacolon with colonic perforation complicating Campylobacter jejuni ileo-colitis. Gastroenterol Clin Biol, 18: 281～284, 1994
- 6) 喜田 剛, 田島 強: Campylobacter 腸炎における大腸病変の内視鏡像—3症例の報告と文献的検討—. Gastroenterol Endosc, 23: 1289～1293, 1981
- 7) Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, et al: Culture of colonoscopically obtained biopsy specimens in acute infectious colitis. Gastrointest Endosc, 40: 184～187, 1994

Two Cases of Campylobacter Colitis Involving the Entire Colon

Tatsuya Fujii Yukiya Hakozaiki
Masashi Kato Shinsuke Kayashima
Masashi Iwata Kensei Yamaguchi
Keiji Mitani Ken-ichi Ohba

We encountered 2 cases of campylobacter colitis involving the entire colon and rectum (Campylobacter colitis of total type), endoscopically mimicking ulcerative colitis. Initial stool cultures in both cases could not reveal Campylobacter.

In the first case, the patient, a 20-year-old man, was admitted to our hospital for evaluation of bloody diarrhea and abdominal pain. Laboratory examination demonstrated mild leukocytosis and increasing serum level of CRP. Colonoscopy revealed diffuse hemorrhagic erosion in the entire colon, and the biopsy specimen showed typical crypt abscess formation.

In another case, the patient, who was a 21-year-old man, was admitted to our hospital because of bloody diarrhea. Laboratory examination disclosed only increasing serum levels of CRP. Initial colonoscopy demonstrated multiple shallow ulcers and edematous changes in the entire colon and rectum, and the biopsy specimens showed cryptic micro-abscess formation.

These clinicopathologic findings closely mimicked ulcerative colitis. However, the bacterial culture in stool and/or biopsy specimen of both cases showed distinct growth of Campylobacter jejuni, although these results was delayed 6～7 days after the patients' admissions. The clinical course of both cases thereafter were self-limited, and supported diagnosis of Campylobacter colitis rather than ulcerative colitis. Our experience in these cases leads us to believe that frequent examination particularly including bacterial cultures is important for differentiation.

Dept of Internal Medicine, Japan Self Defense Force Central Hospital.

<カラーは19pに掲載>