

## 回盲部 Crohn 病の切除後にみとめられた 十二指腸 Crohn 病の 1 例

三重大学医学部第 2 外科

加藤 俊夫 松本 好市 福田 宏司  
川村 慶三 山本 純二 入山 圭二  
鈴木 宏志

### CROHN'S DISEASE INVOLVING THE DUODENUM: A CASE REPORT

Toshio KATO, Koichi MATSUMOTO, Hiroshi FUKUTA, Keizo KAWAMURA,  
Junji YAMAMOTO, Keiji IRIYAMA and Hiroshi SUZUKI

The Second Department of Surgery, Mie University School of Medicine

索引用語: Crohn 病, 十二指腸 Crohn 病

#### はじめに

いわゆる Crohn 病の好発部位は回腸末端であるが、病変は消化管のどの部位にも生じ得ることが近年明らかになり<sup>1)2)</sup>、胃や十二指腸を侵した Crohn 病の報告が欧米では少なくない<sup>3)~8)</sup>。しかし本邦では十二指腸に病変を認めた Crohn 病ははまだ 2 例の報告をみるのみである<sup>9)10)</sup>。われわれは最近、回盲部の Crohn 病に対して右半結腸切除を行ったが、術後 1 年足らずで十二指腸を含む小腸に広範な Crohn 病の再発をみた 1 例を経験したので報告する。

#### 症 例

患者: 16 歳, 女性

主訴: 上腹部膨満感, 嘔吐

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 昭和 53 年 6 月に難治性痔瘻, 右下腹部痛を主訴として当科へ入院し, 注腸透視, 内視鏡所見等から回盲部 Crohn 病が疑われ, 保存的療法で経過をみていたが, 回腸末端の狭窄性病変による通過障害が次第に増強したため, 9 月に回腸瘻造設術を行い, 全身状態の改善を待って 10 月に回腸末端を約 60cm 含む右半結腸切除, 回腸結腸吻合術を施行した。その際, 術中内視鏡で残存小腸に病変のない事を十分に確認している。切除標本(図 1)では回盲部に強い炎症性肥厚と回腸盲腸間の瘻孔形成を認め, 回腸末端には著明な縦走潰瘍をみた。組織像(図 2)では腸管全層にわたる炎症像とラ氏型巨細胞を含む類上皮細胞性肉芽腫がみ

られ, 肉眼所見とあわせて Crohn 病の確定診断を得た。術後経過は順調で 12 月に退院し通常の生活を営んでいたが, 昭和 54 年 9 月頃より上腹部膨満感, 嘔吐などの症状が発現したため再入院となった。

再入院時所見: 体格中等度, 栄養状態普通, 皮膚,

図 1 初回手術時切除標本; 回盲部の強い炎症像と回腸末端の著明な縦走潰瘍(矢印)をみる。

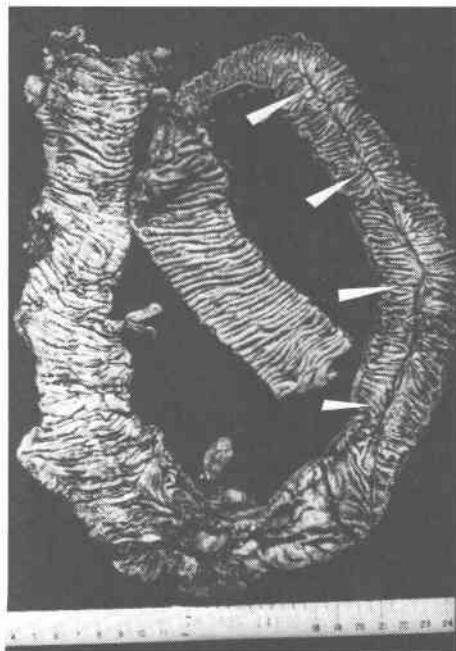
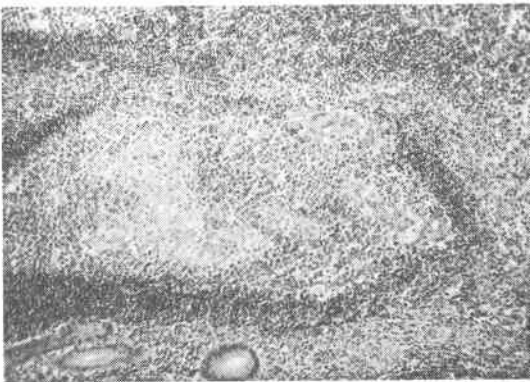


表1 入院時一般検査所見

RBC	437 × 10 <sup>4</sup> /cmm	Fe	55 mg/dl
WBC	5500/cmm	ZST	8.9 u
Hb	10.5g/dl	TIBC	360 μg/dl
Hct	32.3%	Bil.-T	0.2mg/dl
MCV	73 μ <sup>3</sup>	Bil.-T	0.1mg/dl
MVH	24.4 μμg	GPT	21 u
MCHC	32.6%	GOT	31 u
Thrombocytes	32.3 × 10 <sup>3</sup> /cmm	LDH	302 u
T. P.	6.6 g/dl	Al.-P.	122 u
A/G	0.88	Ch-E.	0.60 Δ pH
Alb.	55.5%	CPK	14
α <sub>1</sub>	3.7	CHO-T	93 mg/dl
α <sub>2</sub>	10.2	Cho-E	71 mg/dl
β	8.0	Phos.	123 mg/dl
γ	22.2	TG	149 mg/dl
検尿	異常なし	BUN	4 mg/dl
血沈	23/56 mm	Creatinine	0.7 mg/dl
ツ反	陰性	Amylase	221 u
便細菌培養		Na	139mEq/l
Tbc	(-)	K	4.7 mEq/l
赤痢	(-)	Cl	104 mEq/l
TTT	3.6 u	Serum-Zn	31 μg/dl

図2 初回手術時切除標本組織像；ラ氏型巨細胞を含む類上皮細胞性肉芽腫がみられる。

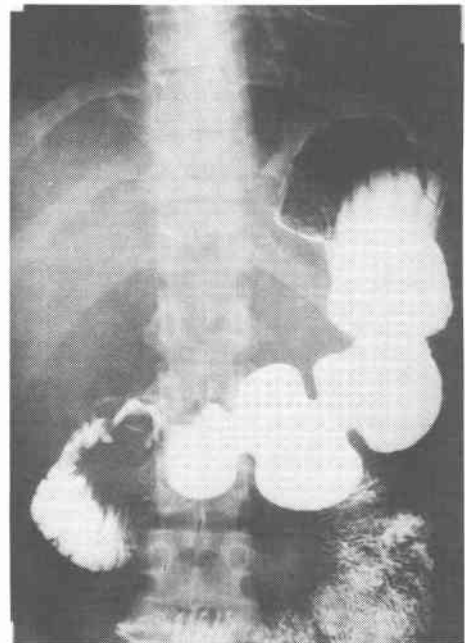


舌は軽度乾燥し眼瞼結膜は貧血様である。胸部打聴診で異常なく、腹部は平坦で肝、脾等は触れないが胃部に splashing sound を聞いた。また、腸雑音は亢進していた。

再入院時一般検査所見：表1に示す様に、小球性低色素性貧血、血清脂質の低下、血清亜鉛値の低下などの吸収障害を思わせる所見を認めた。またアルカリフォスファターゼの軽度上昇をみた。

上部消化管透視所見：十二指腸球部から下行脚にかけて著明な管状狭窄と同部の壁不整を認め、胃蠕動の亢進をみた(図3)。

図3 上部消化管透視像；十二指腸球部から下行脚にかけての管状狭窄像、壁不整及び胃蠕動の亢進をみる。



胃、十二指腸内視鏡所見：胃では幽門部に結節状の小隆起と浅い線状潰瘍を認め(図4)、十二指腸球部には cobble stone appearance を思わせる結節状の粘膜

図4 内視鏡像；幽門部の結節状隆起（※印）と浅い線状潰瘍（矢印）をみる。

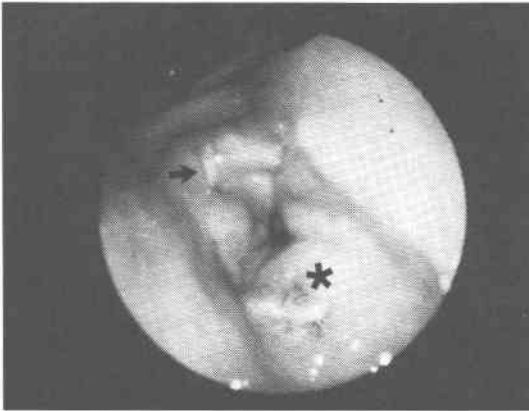
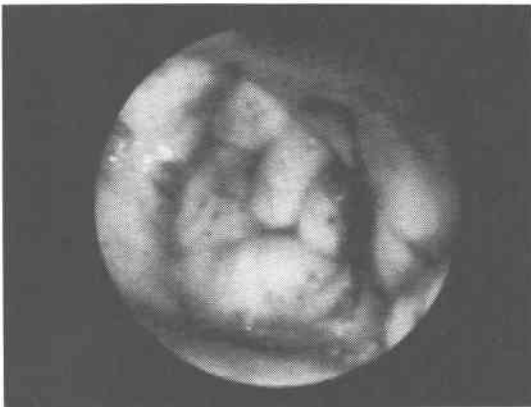


図5 内視鏡像；十二指腸球部には cobble stone appearance を思わせる結節状の粘膜像をみる。



像を認めたが(図5)、さらに深部は狭窄のため観察できなかった。

生検組織像：幽門部および十二指腸球部の病変部から2度の内視鏡検査で合計13コの生検を行ったが、そのうち2コで粘膜固有層および粘膜下に非特異的炎症像を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認めた(図6)。

注腸透視所見：前回手術部位の回腸結腸吻合部に一致して管状の狭窄を認め、それより口側の小腸にも cobble stone 様の病変が散在していた(図7)。

以上の検査所見、臨床経過等から十二指腸を含む小腸 Crohn 病の再発の診断の下に、絶食、高カロリー輸液、ステロイド、サラゾピソン投与などによる保存的療法を行ったが、十二指腸の狭窄症状が強くなったため、昭和55年1月に手術を行った。

手術所見：上腹部正中切開で腹腔内に入り前回手術

図6 十二指腸生検組織像；粘膜固有層に類上皮細胞性肉芽腫をみる。

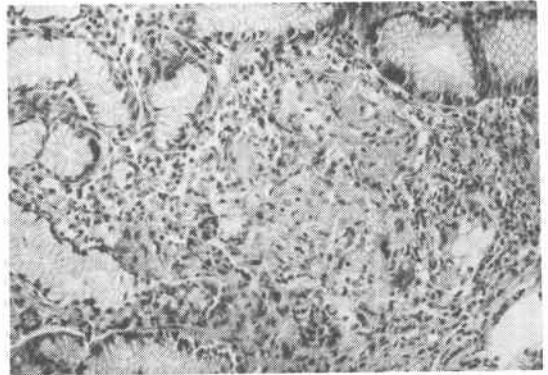


図7 再入院時注腸透視像；回腸結腸吻合部の管状狭窄とそれより口側の小腸に skip lesion (矢印) をみる。



時の癒着を剝離して十二指腸を検するに、球部から下行脚にかける著明な壁肥厚、内腔狭窄を認めた。瘻孔形成なく、脾に異常は認めなかった。十二指腸狭窄部を by-pass する目的で結腸前胃空腸吻合および Braun 吻合を行い、さらに吻合部潰瘍の予防の為迷走神経切断術を施行した。前回手術時の回腸結腸吻合部には約5cmにわたって壁肥厚を伴う管状狭窄がみられたが、経肛門的に施行した術中内視鏡で GIF P<sub>2</sub>が通過可能であり、現在通過障害の症状もないことからあえて

手術は行わなかった。

術後経過は順調で、術後1年8ヵ月現在体重も増加し社会復帰を果している。

### 考 察

十二指腸 Crohn 病の頻度は報告者によって差はあるが Crohn 病全体の1~5%とされており、Nugent<sup>3)</sup>らの集計では1977年までに165例の報告がみられている。本邦では2例の報告<sup>9)10)</sup>をみるのみでありわれわれの症例は本邦報告例の第3例目となる。

従来の報告例で、Crohn's disease of the duodenum あるいは十二指腸 Crohn 病等と表現される症例でも十二指腸が単独で侵される例はむしろまれであり<sup>7)</sup>、ほとんどの症例が他腸管の、主として回腸末端の病変を合併している。また、幽門を越えて胃に病変が進展している例<sup>4)5)</sup>も少くない。したがって、いわゆる十二指腸 Crohn 病の症状も同部の狭窄による上腹部膨満感、嘔気、嘔吐、上腹部痛などから、下痢、体重減少、吸収障害症状など、他部の病変の反映とみられる症状まで様々である<sup>8)-9)</sup>。又、出血<sup>11)</sup>、発熱などの報告もみられる。さらに Legge<sup>12)</sup>らは10例の十二指腸 Crohn 病中3例に膵炎の合併をみており、経過中強い上腹部痛をくり返す例ではとくに膵炎に対する注意が肝要なことを強調している。

十二指腸 Crohn 病の診断は一般の Crohn 病と同様、臨床所見に加えてX線像、内視鏡像、生検組織像等が重要となる。X線像ではその初期には、浅い多発潰瘍、cobble stone appearance、粘膜ひだの蛇行などがみられ、病変が進むと自験例のごとく管状狭窄あるいは string sign、pseudodiverticulosis などの所見がみられるとされている<sup>4)5)7)10)</sup>。また、病変が胃へ進展して胃前庭部から十二指腸球部まで著明な狭窄を生じた pseudo Billroth-I と呼ばれる症例も報告されている<sup>3)</sup>。内視鏡像では結節状の粘膜変化、cobble stone 様所見、多発性アフタ様潰瘍、粘膜ひだ肥厚、狭窄像等病期により様々な所見があげられている<sup>17)</sup>。生検組織像で確定診断が得られる確率は一般に少いとされているが、自験例では2回の内視鏡検査で合計13コの生検組織を採取し、そのうち2コに肉芽腫性病変を得ている。Hermos<sup>14)</sup>らも頻回の生検で確定診断を得た例を報告しており、積極的な生検の採取が診断上重要と思われる。

さらに十二指腸 Crohn 病を疑った場合には、他腸管とくに回盲部の検索が必要であり、Durrance<sup>15)</sup>は他腸管の skip lesion や回盲部病変を伴っていれば十二指腸 Crohn 病の診断が確実になると述べており、Wise<sup>9)</sup>ら他小腸の病変で Crohn 病の組織学的診断がつけば

十二指腸 Crohn 病の診断上大きな助けとなる点を述べている。

十二指腸 Crohn 病と鑑別すべき疾患としては消化性潰瘍、結核<sup>10)</sup>、サルコイドーシス、リンパ腺腫、癌、梅毒などがあげられるが、臨床経過、X線像、内視鏡像、生検組織像などの所見を合わせて総合的に判断すれば鑑別に大きな困難はないと思われる。

本症の治療は原則的には保存的療法が行われるが、自験例のごとく強い狭窄症状が現れた時には手術の適応となる。術式としては胃空腸吻合<sup>4)</sup>、胃切除および胃空腸吻合 (Billroth II)<sup>5)</sup>あるいは十二指腸空腸吻合<sup>6)9)</sup>などの報告がある。いずれも病変部の by-pass を図るものであるが、胃空腸吻合が最も多く行われており好結果が報告されている。これに迷走神経切断術を付加すべきか否か諸家の意見は一致しないが<sup>5)</sup>、われわれは吻合部潰瘍予防の見地から胃空腸吻合に迷切を加えて良好な結果を得ている。

自験例の経過をふり返ると、初回手術時に他に病変のないことを術中内視鏡で確認し、回盲部の病変を十分に切除したにもかかわらず術後1年足らずで小腸に広範な再発をみ、さらに十二指腸にまで病変が及んでいたことや、2回目の手術時には小腸再発部には手をつけず症状のあった十二指腸病変に対する by-pass 手術のみで満足すべき結果を得ていることなど、これらの臨床および治療経過は Crohn 病の外科治療を考える上で示唆に富んだものがある。すなわち、小腸再発はあるいはごく微細な病変の見落しがあった可能性も否定できないが、それにしても Crohn 病が十二指腸の様に離れた部位にまで skip する性質のものであるならば、従来行われている様な、病変部をすべて含めた小腸大量切除や、癌に準じたリンパ節郭清が果して Crohn 病の根治につながるものかどうか、改めて考えさせられるところである。

### 結 語

本邦では3例目になる十二指腸 Crohn 病の1例について報告し若干の文献的考察を加えた。本例では今後なお長期の follow up が必要と考えられている。

(なお、本論文の要旨は第196回東海外科学会で発表された。)

### 文 献

- 1) Bagby, R.J., Rogers, J.V. Jr. and Hobbes, C.: Crohn's disease of the esophagus, stomach and duodenum. *South Med J* 65: 515-523, 1972
- 2) Fedotin, M.S., Grimmett, G.M. and Shelburne, J.: Crohn's disease of the mouth. *Am J Dig Dis* 19: 385-388, 1974
- 3) Nugent, F.W., Richmond, M. and Park, S.K.: Crohn's disease of the duodenum. *Gut* 18:

- 115—120, 1977
- 4) Fielding, J.F., Toye, D.K.M., Beton, D.C., et al.: Crohn's disease of the stomach and duodenum. *Gut* 11 : 1001—1006, 1970
  - 5) Wise, L., Kyriakos, M., McCown, A., et al.: Crohn's disease of the duodenum. *Am J Surg* 121 : 184—194, 1971
  - 6) Jones, G.W., Dooly, M.R. and Schoentfeld, L. J.: Regional enteritis with involvement of the duodenum. *Gastroenterol* 51 : 1018—1022, 1966
  - 7) Robert, S.M. and Hamilton, W.W.: Regional enteritis of the duodenum. *Radiol* 86 : 881—885, 1966
  - 8) Ansari, A., Anderson, Q., Hoppes, E., et al.: Gastroduodenal involvement, with pain, vomiting and weight loss. *JAMA* 235 : 2013—2014, 1976
  - 9) 添野武彦, 東海林茂樹, 小玉雅志他: 十二指腸 Crohn 病の 1 治験例. *外科診療* 22 : 717—718, 1980
  - 10) 齊藤 健, 高橋 敦, 喜納 勇他: クローン病の病理組織学的診断. *胃と腸* 10 : 1053—1060, 1975
  - 11) Paget, E.T., Peniston, W.O. and Mathewson, C.: Massive upper gastrointestinal hemorrhage. A manifestation of regional enteritis of the duodenum. *Arch Surg* 104 : 397—400, 1972
  - 12) Legge, D.A., Hoffman, H.N. and Carlson, H.C.: Pancreatitis as a complication of regional enteritis of the duodenum. *Gastroenterol* 61 : 834—837, 1971
  - 13) Schuffler, M.D. and Chaffee, R.G.: Small intestinal biopsy in a patient with Crohn's disease of the duodenum. *Gastroenterol* 76 : 1009—1014, 1979
  - 14) Hermos, J.A., Cooper, H.L., Kramer, P., et al.: Histological diagnosis by peroral biopsy of Crohn's disease of the proximal intestine. *Gastroenterol* 51 : 1018—1022, 1970
  - 15) Durrans, F.Y.: Regional enteritis of the duodenum. *Am J Roentgenol* 88 : 658—661, 1962
  - 16) Legge, D.A., Carlson, H.C. and Judd, E.S.: Roentgenologic features of regional enteritis of the upper GI tract. *Am J Roentgenol* 110 : 355—360, 1970
  - 17) Danzi, J.T., Farmer, R.G., Sullivan, B.H., et al.: Endoscopic features of gastroduodenal Crohn's disease. *Gastroenterol* 70 : 9—13, 1976
  - 18) 末田泰二郎, 三好信和, 土方 正他: クローン病との鑑別が困難であった小腸結核の 1 例. *外科診療* 23 : 621—624, 1981