

## 小腸・大腸に及ぶ広範な病変を呈した Crohn 病の 1 例

国立療養所宮崎東病院外科

島山俊夫 藤岡俊昭

同 小児科

佐藤 侂子

宮崎医科大学第 1 外科

香月 武人

同 第 1 病理

住吉 昭信

### A CASE OF CROHN'S DISEASE INVOLVING EXTENSIVELY BOTH SMALL AND LARGE INTESTINE

**Toshio SHIMAYAMA and Toshiaki FUJIOKA**

Division of Surgery, Miyazaki-Higashi National Hospital

**Kitsuko SATO**

Division of Pediatrics, Miyazaki-Higashi National Hospital

**Taketo KATSUKI**

First Department of Surgery, Miyazaki Medical College

**Akinobu SUMIYOSHI**

First Department of Pathology, Miyazaki Medical College

索引用語 : Crohn 病, 広範腸切除

Crohn 病は原因不明の慢性進行性炎症疾患で、しばしば内科的治療に抵抗し、また外科手術後も再発率がきわめて高く、治療のきわめて困難な難治性疾患である。

今回われわれは内科的治療に抵抗し、貧血の増悪、病変の進行する小腸・大腸型 Crohn 病に対して、小腸広範切除および結腸全摘術を施行して順調に軽快した症例を経験したので報告する。

#### 症 例

患者 : 15歳, 女子, 学生,

主訴 : 腹痛, 下痢, 発熱,

家族歴 : 特記すべきことなし,

既往歴 : 特記すべきことなし,

現病歴 : 昭和54年7月頃より腹痛が出現。同年11月学校検診にて貧血を指摘され、またこの頃より下痢も出現した。昭和55年1月精査のため国立都城病院入院。Crohn 病を疑われ salicylazosulfapyridine,

predonine の投与を受ける。同年3月肛門周囲膿瘍切開術。同年5月腹痛, 下血のため再入院。6月末退院するも、時々腹痛と38℃台の発熱がみられ就学不能となり、昭和56年1月国立療養所宮崎東病院小児科入院。同年3月腹痛, 下痢, 発熱, 貧血の増悪あり外科に転科となった。

入院時現症 : 身長155.5cm, 体重34.5Kg. 皮膚は乾燥して蒼白。結膜に貧血を認めるが黄疸なし。頸部リンパ節腫脹なく、胸部に異常を認めず。腹部は平坦で、上腹部および左側腹部に圧痛を認めるが、筋性防御なし。腫瘤は触知せず。肝脾触知せず。肛門周囲4時との部位に手術痕を認める。また3, 7, 11時の部位を中心に全周性外痔核を認めた。四肢に異常なく、神経学的に異常を認めず。

入院時検査成績 : 強度の貧血と低蛋白血症, 低アルブミン血症, 低カルシウム血症を認める。また血沈が亢進し, CRP は強陽性であった (表 1)。

表1 入院時検査成績

Laboratory data on admission

RBC	225x10 <sup>4</sup>	GOT	20
Hb	4.0g/dl	GPT	21
Ht	14.0%	Al-phos	3.7
WBC	3,300	LDH	220
St	4%	cholesterol	96
Se	65	total bilirubin	0.3
L	24		
Mo	6	vitamin B <sub>12</sub>	560pg/ml
E	1	folic acid	6.2ng/ml
		serum iron	6ug/dl
T.P	5.0	total iron binding capacity	390ug/dl
Alb.	3.3	unsaturated iron binding capacity	390ug/dl
A/G	1.9		
Na	140	transferrin	384ug/dl
K	4.0	occult blood	(-)
Ca	3.7		
Cl	107		

X線所見：小腸二重造影検査で上部小腸はよく伸展し、正常粘膜像を示すが、下部小腸は全体的に伸展し、正常粘膜像を示すが、下部小腸は全体的に伸展不良で、大小のバリウム斑がみられ、粘膜像の詳細な判読は不能であった（図1）。

注腸造影検査では、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸口側部が伸展不良で、haustraは消失して管腔はせまく、辺縁は不規則な凹凸不整を示し、粘膜像は粗大結節状で長い不整形潰瘍を認めた。直腸には異常を認めなかった（図2 a, b）。

手術所見：臍上5 cmより恥骨結節直上部に至る正中切開で開腹。上行結腸、下行結腸、S状結腸口側部の外側は壁側腹膜と炎症性に癒着し、盲腸、直腸以外の大腸は腫瘤状で、連続して硬く触知された。回腸末端部より小腸を口側に触診すると、腸間膜付着側の内腔に skip した小腫瘤を触知し、また漿膜面には炎症変化

図1 小腸二重造影検査

下部小腸は伸展不良で、大小のバリウム斑を認める。

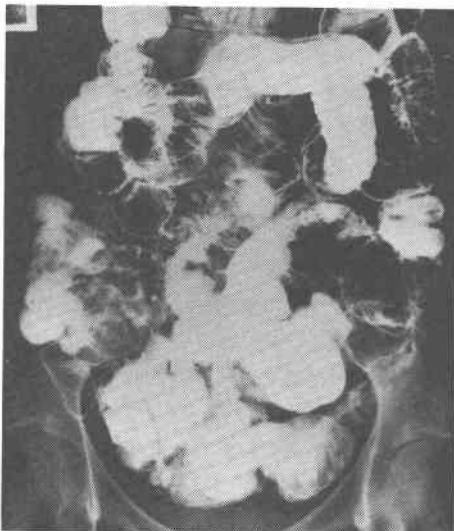
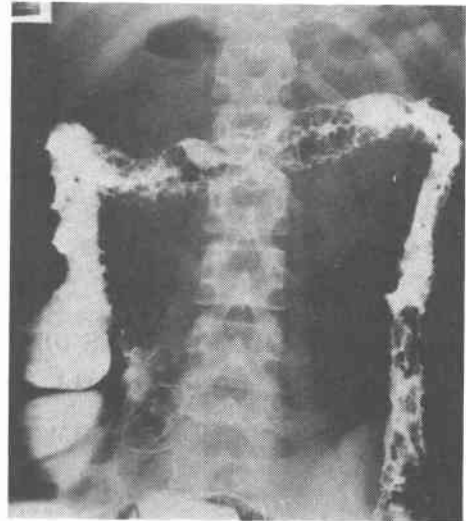


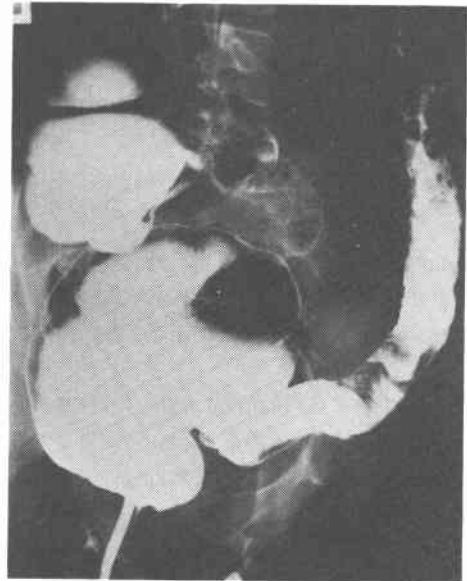
図2 大腸X線検査

上行結腸からS状結腸口側部が伸展不良で辺縁が不規則で不整形の潰瘍を認める。

a



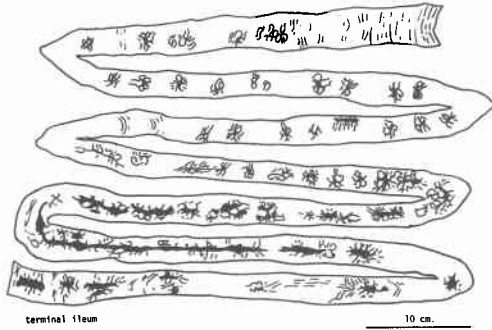
b



が強く、血管が怒張し、腸間膜リンパ節も腫脹していた。ほぼ正常と判定される空腸は Treitz 靱帯より約 1.5m で、ここを口側切除線とした、結腸は結腸壁在リンパ節、および旁結腸リンパ節も含めて一塊として切除し、空腸と直腸 S 状部を側端に吻合した。

病理所見：切除した小腸は約 3 m で、回腸末端部に

図3 a 切除小腸粘膜面のシエーマ



b. 切除小腸粘膜面の一部敷石状外観と縦走潰瘍を認める.

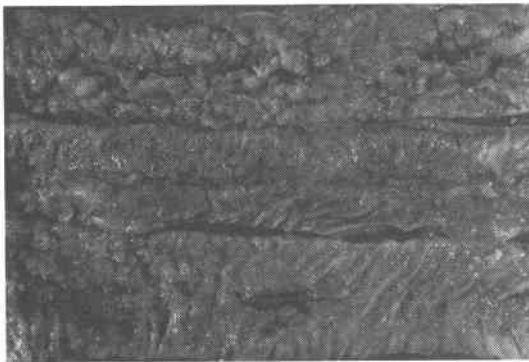
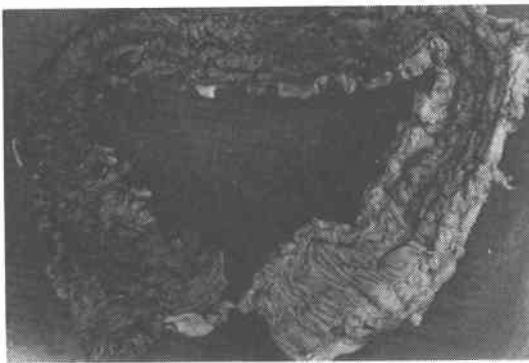


図4 切除大腸の粘膜像

敷石状外観と縦走潰瘍が認められる。結腸壁は著明に肥厚している。



比較的大きな不整形の潰瘍を認め、縦走潰瘍、不整形の小潰瘍が存在し、一部、cobble-stone appearanceを呈した。口側小腸へ行くに従い病変はまばらとなり、少潰瘍、炎症性ポリープが散在していた(図3 a, b)。

結腸には連続した地図状の縦走潰瘍が存在し、残存する粘膜はcobble-stone appearanceを呈した(図

図5 切除標本の組織像

ラングハンス型巨細胞を含む肉芽腫が認められる。

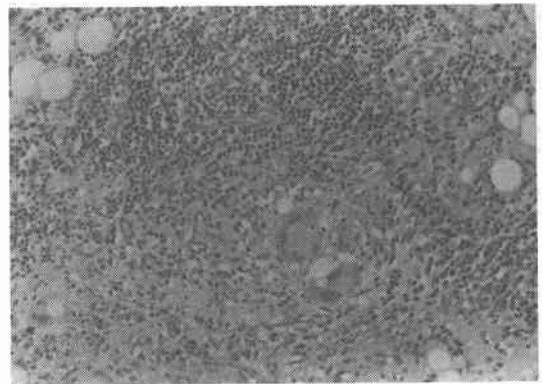
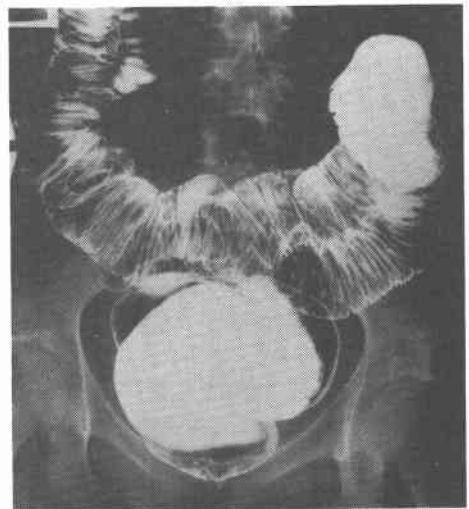


図6 術後注腸造影検査

直腸および残存小腸の粘膜面に異常を認めない。



4)。また壁は著明に肥厚していた。

組織学的には、潰瘍を有する全層性の炎症で、多核巨細胞を有する類上皮細胞よりなる肉芽腫が認められた(図5)。

術後経過：下痢の回数は術後3～5日で20回/日と最も多かったが、漸次減少した。術後2週目の小腸造影では、残存小腸の粘膜像に異常はなかったが、バリウムは飲用後5分で直腸に達した。注腸造影でも直腸、吻合部小腸に異常なく、正常の粘膜像を呈した(図6)。術後12カ月を経た現在、術前にみられた貧血、低蛋白血症等はなく、体重は5 Kg増加している。

### 考 察

Crohn病は原因不明の疾患で、いわゆる難病に指定

され、治療としては、まず salicylazosulfapyridine や steroid 剤を中心とした内科的治療を行うことが原則とされ、最近では中心静脈栄養や成分栄養が合併症のない Crohn 病に有効であると言われている<sup>1)</sup>。しかし、長期間にわたる観察例の報告では手術の適応となる例が高率で、20~30年の経過中に60~90%が手術を受けている<sup>2)</sup>。本邦では、厚生省特定疾患クローン病調査研究班で集計した Crohn 病確診例256例中219例(86%)が手術を受けている<sup>3)</sup>。手術としては by-pass 手術あるいは病変部腸管の切除術が行なわれている。近年、中心静脈栄養法や成分栄養法が発達し、術前の低栄養や、広範な腸切除施行による short bowel syndrome に対しても管理が安全かつ容易となり、術後の合併症や死亡率が著しく低下し、poor risk 症例に対しても病変部腸管の一次的切除術を行う傾向にある。しかし、病変部腸管切除術後の再発率は高く、笹川ら(1978)の本邦集計では27%<sup>3)</sup>、山形ら(1979)の集計では45%<sup>4)</sup>、Goligher ら(1979)の報告では43%となっている<sup>5)</sup>。また術後再発に対する再手術例も42~65%と高率である<sup>6)~8)</sup>が、内科的治療で寛解の得られない症例に対しては、病変が進行して複雑な合併症を来す以前に外科的治療を行う方が臨床的に寛解を得られる可能性が高く、後療法も容易となる。本症例では、肉眼的に直腸に病変を認めず、また若年者であることから、直腸を温存する術式をとった。Lefton ら(1975)は、若年者で直腸に病変の及んでいない結腸 Crohn 病の初回手術としては、肛門機能を温存する結腸垂全摘除、回腸直腸吻合が安全で有効な術式であるとし、さらに年齢の若い時期に手術を受けた方が予後が良好であると報告している<sup>9)</sup>。本症例ではさらに、小腸に skip lesion が散在し、回腸末端より3mの小腸広範切除を余儀なくされ、残存小腸は Treitz 靱帯より約1.5mを残すのみとなった。しかし、術後は経口の高カロリー栄養法による栄養管理が可能で、下痢の回数も術後2週目に6~7回/日となり、1ヵ月後には4~5回/日の軟便で、日常生活に支障を来さないまでに改善された。残存腸管の代償機能が早かったのは、術前より切除部腸管があまり機能していなかったためと推察される。

再発が口側小腸に多いことから十分な範囲の正常腸管の切除が必要とされており、術中内視鏡検査で病変のとり残しがないよう確認の上、正常腸管の切除範囲を口側、肛門側とも10cm以上とすること、また悪性腫瘍の根治術に準じた所属リンパ節の郭清が望ましいとされている<sup>6)</sup>。

### むすび

小腸、大腸に広範囲に病変を有する15歳、女子の Crohn 病患者に、小腸広範切除、結腸垂全摘除術を施行して軽快せしめた症例を経験したので、その経過を報告した。

本稿を終るに臨み、御紹介いただいた国立都城病院外科 医長・奥村恭久博士に深謝する。

### 文 献

- 1) 八尾恒良, 藤田晃一, 瀧上忠彦: クロウン病の診断と治療. 日医新報 2950: 3-11, 1980
- 2) Mekhjian, H.S., Switz, D.M., Watts, D., et al.: National cooperative Crohn's disease study; Factors determining recurrence of Crohn's disease after surgery. Gastroenterology 77: 907-913, 1979
- 3) 笹川 力, 木村 明: 疫学分科会報告—クローン病患者の精密調査成績. 厚生省特定疾患クローン病調査研究班昭和52年度業績集, 1978, p6-11
- 4) Yamagata, S.: Crohn's disease in Japan. Gastroenterol Jpn 14: 366-373, 1979
- 5) Goligher, J.C.: The outcome of excisional operation for primary and recurrent Crohn's disease of the large intestine. Surg Gyn Obst 148: 1-8, 1979
- 6) 亀山仁一, 佐々木巖, 今村幹雄ほか: クロウン病の外科治療, とくに術後再発からみた手術々式の検討. 日消外会誌 14: 584-587, 1981
- 7) Alexander-Williams, J., Fielding, J.F. and Cooke W.T.: A comparison of results of excision and bypass for ileal Crohn's disease. Gut 13: 973-975, 1972
- 8) Homan, W.P. and Dineen, P.: Comparison of the results of resection, bypass, and bypass with exclusion for ileocecal Crohn's disease. Ann Surg 187: 530-535, 1978
- 9) Lefton, H.B., Farmer, R.G., and Fazio, V.: Ileorectal anastomosis for Crohn's disease of the colon. Gastroenterology 69: 612-617, 1975