

## 直腸限局型 Crohn 病の 1 治験例

広島大学第 1 外科

藤本三喜夫 山田 洋 竹末 芳生  
児玉 節 横山 隆

### A CASE OF CROHN'S DISEASE LOCALIZED IN THE RECTUM

Mikio FUJIMOTO, Hiroshi YAMADA, Yoshio TAKESUE,  
Takashi KODAMA and Takashi YOKOYAMA

The 1st Department of Surgery, Hiroshima University School of Medicine

索引用語：直腸限局型 Crohn 病, 直腸切断術

#### はじめに

Crohn 病は消化管のあらゆる部位に発生するとされているが<sup>1)</sup>, その多くの症例は, 回腸・結腸・および両者の混合型であり, 直腸に限局した Crohn 病は, 比較的まれな疾患とされている<sup>2)</sup>.

最近われわれは, 高度の直腸狭窄をきたし来院した直腸 Crohn 病の 1 例を経験したので, 若干の文献の考察を加え報告する.

#### 症 例

患者：32歳, 男性.

主訴：便柱の狭小化.

家族歴・既往歴：特記事項無し.

現病歴：生来健康であった. 昭和60年9月頃より便柱の狭小化に気づき便秘傾向となり, 排便時に下血も出現するようになった. 徐々に便秘傾向が強度となり腹部膨満感が出現したため, 11月19日近医を受診し, 内痔核および直腸の狭窄を指摘され, 昭和60年12月2日精査・加療目的にて当科へ紹介入院となった.

入院時現症：身長170cm, 体重60kg. 栄養状態良好. 血圧120/60mmHg. 脈拍66/分・整. 皮膚異常なし. 眼瞼に貧血なし. 腹部は全体的にやや膨満し, 腸蠕動もやや亢進していたが, 自発痛・圧痛およびその他の異常は認めなかった. 肛門周囲の皮膚に異常なし. 直腸指診にて5時・7時・11時の方向に内痔核を認め, 肛門輪より約4cmの部位より全周性の狭窄を認め, 以後は内腔の狭小化が著しく疼痛も強度であったため検索しえなかった.

表 1 入院時検査成績

BSR	17 mm (1 hr)	T.bil	0.4 mg/dl
	36 mm (2 hr)	GOT	12 U/l
WBC	7700/mm <sup>3</sup>	GPT	9 U/l
Seg	76%	LDH	302 U/l
Eo	1 %	ChE	215 U/l
Bd	2 %	ALP	94 U/l
Mo	0 %	LAP	33 U/l
Ly	20%	r -GTP	24 U/l
RBC	471 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	T-Chol	121 mg/dl
Hb	13.7 g/dl	AMY	100 U
Hct	40.3%	BUN	11 mg/dl
PLT	243 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	クレアチニン	1.1 mg/dl
Urine	normal	CEA (ビーズ法)	
CRP	1.4 mg/dl		1.0 ng/ml
T.P	6.7 g/dl	胸部X線写真	異常無し
Alb	64.2%	腹部単純写真	異常無し
α <sub>1</sub> -gl	3.5 %	心電図	正常範囲
α <sub>2</sub> -gl	14.1%		
β -gl	8.2 %		
γ -gl	10.0%		

入院時検査成績：血沈の軽度の亢進, creactive protein (CRP) の上昇, α<sub>2</sub>-グロブリンの上昇以外, carcinoembryonic antigen (CEA) 値も正常範囲内にあり, 特に異常を認めなかった (表 1).

注腸造影所見：注腸造影では, 肛門輪より約4cmの部位より約10cmにわたり不整形の狭窄像を認め, 小さな隆起が集積したように見える部位もあり, 一部瘻孔も造影された. S 状結腸・下行結腸・横行結腸には異常所見を認めなかった (写真 1).

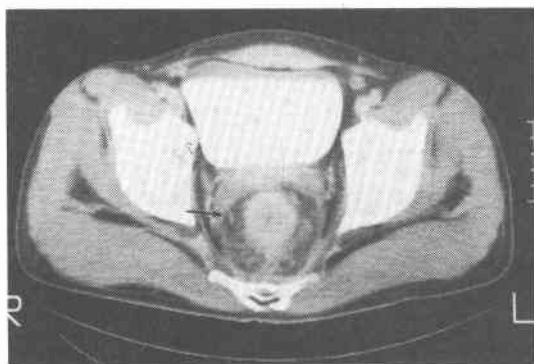
腹部 computed tomography (CT) 所見：直腸壁はあきらかに肥厚しており, 周囲の脂肪織に毛ばだち像を示し, 瘻孔の存在を認めた (写真 2).

<1988年4月13日受理>別刷請求先：藤本三喜夫  
〒734 広島市南区霞 1-2-3 広島大学医学部第  
1外科

写真1 注腸造影所見。肛門輪より約4cmの部位より約10cmにわたり不整形の狭窄像を認め、一部瘻孔も造影された(↑)。



写真2 腹部CT検査。直腸壁はあきらかに肥厚し、周囲の脂肪織に毛ばだち像を示し(↑)、瘻孔の存在を認めた。



入院後ただちに直腸鏡検査を行ったが、肛門輪より約4cmの部位に平皿状の隆起を認め、狭窄が強度であったため、それ以上の精査はできなかった。このとき施行した生検結果は慢性炎症像のみであり、悪性所見は認められなかった。

以上の検査の結果より、直腸腫瘍あるいは組織学的検査にて悪性所見を認めないことより頻度的には少ないものの直腸 Crohn 病の2つの疾患を念頭におき、まず直腸の狭窄症状に対し、昭和60年12月20日 S 状結腸に二連銃式人工肛門の造設を行った。術中に経肛門的あるいは経腹的直腸切開による生検をくり返し行った

写真3 大腸内視鏡所見、cobble stone 様隆起の多発による狭窄像が著明であった。

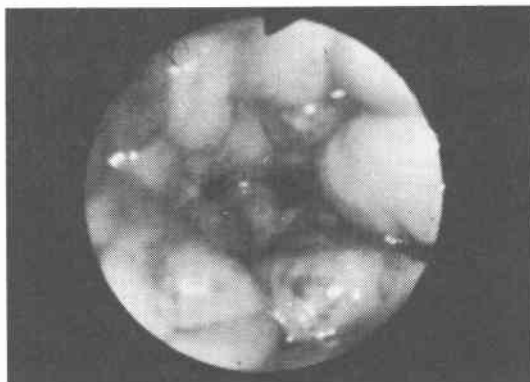


写真4 切除標本。大小不整の潰瘍形成および筋層を貫く瘻孔形成も多数認められた。写真では瘻孔の1つにゾンデが挿入されている。

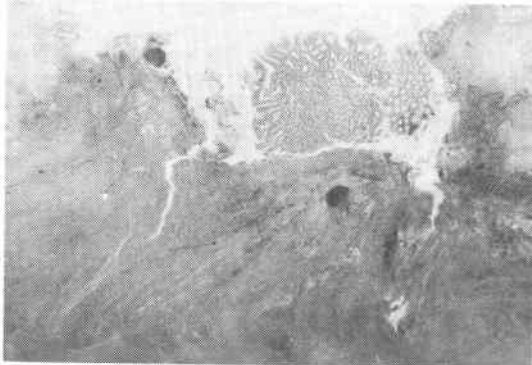


が、慢性炎症の所見を得るのみであった。そこで、直腸 Crohn 病と診断し、胃腸透視・胃内視鏡・小腸造影などの諸検査を行ったが、他の消化管に異常所見を認めず、直腸に病変の限局した直腸型 Crohn 病と診断した。このため、プレドニン・サラゾピリン投与により保存的治療を開始した。

大腸内視鏡所見：保存的治療開始後2ヵ月目の大腸ファイバー検査では、肛門輪より4cm~11cmの部位にかけて、数石状隆起の多発による狭窄を認めたが、それ以降のS状結腸から回盲部にかけて異常所見は認めなかった(写真3)。

しばらく保存的療法を続けるも病変が軽快せず、2度にわたる大出血・排膿・疼痛などの自覚症状が持続

写真5 病理組織像。多数の潰瘍性病変を認め、肉芽腫性病変を伴った全層性の炎症像を示していた。



するため、昭和61年5月7日、排尿機能・性機能を損傷することのないよう慎重に腹仙骨会陰式経路にて、直腸切断術を行った。切除標本では、大小不整の潰瘍形成・直腸壁の高度の肥厚と管腔の狭小化を認め、筋層を貫く瘻孔形成も多数認められた(写真4)。病理組織検査では、多数の潰瘍性病変を認め、肉芽腫性病変を伴った全層性の炎症像を示していた(写真5)。

術後経過は良好で、排尿および性機能に障害なく、現在外来経過観察中であるが、再発の兆候を認めていない。

### 考 察

Crohn は、1932年 Crohn ら<sup>9)</sup>が回腸末端を侵す亜急性・慢性の壊死性癩痕性炎症を特徴とする炎症性病変を regional ileitis として発表したのが最初であり、これまで欧米での報告が多く、わが国においては比較的まれな疾患であるといわれてきた。しかし、1970年代に入り、わが国においても本症に対する関心と実態把握の気運が高まり、症例の報告も徐々に増加する傾向にある。

Crohn は原因として感染説<sup>4)</sup>や免疫異常説<sup>5)</sup>などの検討がなされているが、依然として原因不明であり、主として若い成人に発症し、消化管壁を全層にわたって侵し、潰瘍・線維化・リンパ球浸潤を伴う慢性非特異性肉芽腫性炎症であるといわれている。診断基準として、本邦においても1976年日本消化器病学会 Crohn 病検討委員会<sup>6)</sup>において、①非連続性または区域性病変、②敷石様所見または縦走潰瘍、③全層性炎症性病変、④サルコイド様非乾酪性肉芽腫、⑤裂溝または瘻孔、⑥肛門部病変(難治性潰瘍、非定型的痔瘻または裂肛)の6項目があげられている。本症例の場合は、

術前は直腸癌との鑑別診断に苦慮したが、直腸 X 線像・内視鏡所見および術後の病理組織検査より、①区域性病変、②敷石様所見、③全層性炎症性病変、⑤瘻孔の4項目(確診)を満足する直腸型 Crohn 病である。Crohn 病は、胃から肛門部にかけて、消化管のどの部位にも発生しうるとされているが、本症例のように直腸のみに病変の限局した症例はきわめてまれであり、われわれの集計しえた範囲では、本症例を含めても本邦では7例の報告しかなされていない<sup>27)</sup>。

Crohn 病の治療は、本来が良性疾患であること、若年者に多いこと、術後再発もかなりの頻度で起こりうること<sup>8)</sup>などより、狭窄・穿孔・瘻孔などの手術適応<sup>9)</sup>を除いては、ステロイド・サラゾピリンなどの各種薬剤<sup>10)</sup>、および Intva Venous Hyperalimentation (IVH)・Elemental Diet (ED) 療法などによる栄養管理<sup>11)</sup>による保存的療法がまず第一と考えられている。本症例では、直腸の狭窄症状が強度であったことより、まず S 状結腸に二連銃式人工肛門を造設し、この際術中生検をくり返し行い、病理組織学的検査結果より、直腸型 Crohn 病と判断した。このため、人工肛門造設後、各種保存的治療を試みるも、病変は変化せず、出血・排膿などの自覚症状がまったく軽快せず、また結腸限局型 Crohn 病では再発の頻度が比較的低いことより、手術適応との判断を下した。手術療法の問題点としては、病変部から十分距離をおいて広範囲に切除すべきか、病変部近くで切離して小範囲に切除すべきか、両者の意見があるが、現在では術後の機能温存に重点を置いた小範囲切除説の方が多くの賛同をえているようである。本症例においても、本症が良性疾患である点、若年者であり術後の quality of life を十分考慮する必要がある点を念頭におき、炎症が高度であり術中操作は困難をきわめたものの、排尿機能・性機能を損傷することのないよう、慎重に、腹仙骨会陰式経路にて直腸切断術を施行した。

術後、排尿機能・性機能もよく温存され、再発の兆候もなく順調な経過をたどっているが、常に再発の可能性を念頭におき、慎重に経過観察を続けてゆく必要があるものと考えられる。

### 結 語

発生部位的にきわめて頻度の低い直腸限局型 Crohn 病の1例を経験したので、主として治療法について若干の考察を加え報告した。

なお本論文の要旨は第61回中国四国外科学会総会にて発表した。

## 文 献

- 1) 吉田 豊, 相沢 中: クロウン病. 日本大腸肛門病会誌 36: 465-471, 1983
- 2) 坂本清人, 田中靖郎, 豊島里志: 直腸クロウン病の1例. 胃と腸 18: 1297-1302, 1983
- 3) Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD: Regional ileitis. A pathologic and clinical entity. JAMA 99: 1323-1328, 1932
- 4) Burham WR, Lennard-Jones JE, Stanford JL et al: Myobacteria as a possible cause of inflammatory bowel disease. Lancet II: 693-696, 1978
- 5) Hodgson HJF, Potter BJ, Jewell DP: Immune complex in ulcerative colitis and Crohn's disease. Clin Exp Immunol 29: 187-196, 1977
- 6) 日本消化器病学会クロウン病検討委員会編: クロウン病診断基準(案). 日消病会誌 73: 1467-1478, 1976
- 7) 森谷 洋, 百田行雄, 町田純一郎ほか: 直腸クロウン病の1例. 函館医誌 9: 118-122, 1985
- 8) Stone W, Veidenheimer MC: The dilemma of Crohn's disease, long term follow up of Crohn's disease of the small bowel. Dis Colon Rectum 20: 372-376, 1977
- 9) Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB: Indications for surgery in Crohn's disease. Gastroenterology 71: 245-250, 1976
- 10) 樋渡信夫: クロウン病の治療—臨床経過と病態からみた薬物療法—. 臨成人病 15: 713-719, 1985
- 11) 松枝 啓, 梅田典嗣: クロウン病の治療—成分栄養法と完全静脈栄養法—. 臨成人病 15: 721-727, 1985
- 12) Wolf BG, Beart RW, Frydenberg HB et al: The importance of disease-free margins in resections for Crohn's disease. Dis Colon Rectum 26: 239-243, 1983
- 13) Alexander-Williams J: Surgical management in inflammatory bowel disease. Edited by Rachmileitz DR. Developments in Gastroenterology. Vol. 3. Hague Martimes Nijhoff Publishers, Birmingham, 1982, p269-281