

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

Intestine (2010.07) 14巻4号:405～410.

【小腸・大腸内視鏡 こんな時どうする 診断編】  
大腸炎症性病変の診断  
診断困難な大腸慢性炎症性疾患に対する対応  
—大腸内視鏡検査上の鑑別点—

嘉島 伸, 藤谷幹浩, 上野伸展, 板橋健太郎, 石川千里, 伊藤貴博, 盛一健太郎, 岡本耕太郎, 高後 裕

## II.大腸炎症性病変の診断

### (3)診断困難な大腸慢性炎症性疾患に対する対応

—大腸内視鏡検査上の鑑別点—

旭川医科大学消化器・血液腫瘍制御内科学分野

嘉島 伸, 藤谷 幹浩, 上野 伸展, 板橋 健太郎, 石川 千里, 伊藤 貴博, 盛一 健太郎, 岡本 耕太郎, 高後 裕

はじめに

大腸慢性炎症性疾患には、炎症性腸疾患と総称される潰瘍性大腸炎(*ulcerative colitis ; UC*)と Crohn 病(*Crohn's disease ; CD*)のほかに、腸管 Behcet 病, 膠原病の腸管病変, 放射線性腸炎, 薬剤性大腸炎, Schönlein-Henoch 紫斑病, 腸結核やアメーバ性大腸炎などがあり, その内視鏡所見は多彩である. また, 疾患の病勢や治療の影響により, さらに複雑な所見を呈することがあり, その診断は容易ではない. 一方, 急性の感染性腸炎や虚血性腸炎, 腸管膜動脈血栓症, 腸管リンパ腫などの血液疾患や治療による GVHD, 腸管アミロイドーシスなどでも, 病期によっては慢性炎症と類似の内視鏡所見を呈する 경우가少なくない. 特に炎症性腸疾患と感染性腸炎では治療法が全く異なるため, 診断の遅れがその後の経過に大きく影響する. そこで本稿では, 各種大腸慢性炎症性疾患の特徴的な内視鏡所見について解説し, 他の炎症性疾患との相違や鑑別のポイントについて述べる.

#### 1. 炎症性腸疾患(*inflammatory bowel disease ; IBD*)

潰瘍性大腸炎(*ulcerative colitis ; UC*)と Crohn 病(*Crohn's disease ; CD*)は炎症性腸疾患(*inflammatory bowel disease ; IBD*)と総称される. UCでは, 粘膜がびまん性に侵されるため, 内視鏡所見は粘膜面が粗ざうであり, 血管透見像は消失し, 易出血性である. 膿性の分泌物が付着し, 多発性びらん・潰瘍あるいは偽ポリポーシスを認める. 生検組織では, 粘膜固有層へのびまん性炎症細胞浸潤, 杯細胞の減少または消失, びらん, 陰窩膿瘍や腺管の配列異常などが認められる<sup>1)</sup>. しかし, これらは他の腸炎でも認めうる所見であり, UC に特異的ではない.

CDでは, 主要所見の縦走潰瘍もしくは敷石像を有する場合や, 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と副所見(縦列する不整形潰瘍またはアフタ, 上部消化管と下部消化管の両者に認められる不整形潰瘍・アフタのいずれか)を認めれば確定診断できる<sup>2)</sup>.

また近年, IBD の治療として, *steroid* 療法のみでなく, *cyclosporin* などの免疫調節剤や抗 *TNF- $\alpha$*  抗体療法が行われており, サイトメガロウイルス(*cytomegalovirus; CMV*)の回帰感染をきたす症例が増加している. 全結腸に発赤, 浮腫, 多発びらんや, 深掘れ潰瘍, 地図状潰瘍など多彩な潰瘍性病変を呈する(Fig 1). ウィルスの証明には細胞内の封入体の証明, モノクローナル抗体を用いた免疫染色, PCR 法などがあり, 潰瘍底から組織採取することが重要である.

## 2. 腸管 Behcet 病(単純性潰瘍を含む)

腸管Behcet病と単純性潰瘍は、ともに回盲部に円形・地図状の大きく非常に深い下掘れ潰瘍を呈する疾患である (Fig 2)。Behcet病の症状(再発性口腔内アフタ、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍など)を伴わないものが、一般に単純性潰瘍と呼ばれる。回盲部に好発するが、他の大腸、直腸を含む全消化管にもアフタ、びらん、小潰瘍を形成することがある<sup>3)</sup>。

## 3. 腸結核

戦後激減したが、近年再興感染症として本邦で増加傾向である。肺結核に続発しない孤在性腸結核例が約半数と増加している<sup>4)</sup>。内視鏡所見では、アフタ、びらん、円形・輪状・帯状の多彩な潰瘍、腸管変形、萎縮癆痕帯、炎症性ポリープが認められる。特に萎縮癆痕帯を併存した輪状・帯状潰瘍や輪状狭窄が特徴的である。回盲部を中心に小腸から直腸にかけて区域性に病変を認め、回盲弁の開大・変形、盲腸・上行結腸の短縮・変形を伴う。回腸病変はCDでは腸管膜付着側に認めるのに対し、本症は腸管膜付着部対側が中心である。また活動期と癆痕期の病変が混在している場合、本症である可能性を念頭に置く。生検組織では、粘膜下層に認める乾酪性肉芽腫が特徴とされるが、実際には乾酪、非乾酪の区別が困難な症例もある<sup>5)</sup>。診断は、便や組織培養検査で菌が同定され確定されるが、糞便の培養検査では陽性率は 10%と非常に低い。そのため本症では確診にいたらず治療的診断がなされる症例が 30%と少なくないとする報告もある。診断精度を上げるため、生検組織からの結核菌培養およびPCR(polymerase chain reaction)を行う。検体は菌量が多いと推定される潰瘍底付近から採取し、洗浄液の吸引検体も併せて提出するなどの工夫が必要である<sup>6)7)</sup>。

## 4. アメーバ性大腸炎

海外渡航による輸入感染症や、性行為感染症(sexually transmitted disease : STD)として国内で増加傾向である。症状は、粘血便、体重減少、微熱などであり、慢性に再燃と寛解を繰り返し、IBDと同様の経過をとる症例が多い。腸管病変は直腸からS状結腸(94%)と盲腸(67%)に好発する。内視鏡上、黄白色調で周辺隆起の目立つ大小不同の多発タコイボびらん、潰瘍が形態的特徴である。易出血性であり、びらんや潰瘍の境界は不明瞭で白苔の滲み出しを認め、白苔は“汚い”印象で強固に付着している。潰瘍周囲の介在粘膜は正常であることが多い。生検組織では、標本の直接検鏡や固定後の標本で、原虫の嚢子や栄養型を証明する。生検検体は必ず潰瘍底から採取する<sup>6)7)8)9)</sup>。

## 5. 急性感染性腸炎

### 1) カンピロバクター腸炎

病変は全大腸に発赤・浮腫・びらんを認め、UCとの鑑別が問題となる場合がある。大腸の発赤はびまん性であるが連続性はなく、健常粘膜が介在している。回盲弁上の浅い境界明瞭な潰瘍が診断に最も有用な所見である<sup>6)7)8)10)</sup>。

## 2) サルモネラ腸炎

病変は結腸全体に認めるが終末回腸から上行結腸に顕著で、直腸が健常に保たれる場合が多いとされる。発赤・浮腫・出血が斑状、びまん性に認められ、アフタ・びらん・潰瘍を呈することもある。病変は広範で多彩かつ強い所見が特徴である<sup>6)7)</sup>。

## 3)病原性大腸菌腸炎

O157に代表される腸管出血性大腸菌腸炎では、発赤・浮腫が高度で、出血を伴う広範なびらん・潰瘍を認める。Vero毒素の産生により、微小循環障害から虚血性変化を呈するため、縦走潰瘍を形成することもある<sup>11)</sup>。病変は盲腸から上行結腸にかけて多く、直腸・終末回腸は少ないとされており、UCとの鑑別点である。

## 4)エルシニア腸炎

感染後 3~7 日の潜伏期間を経て急性腸炎症状で発症する。特に終末回腸において、腸管膜付着対側のPeyer板を中心にアフタ様・タコイボ様のびらん、浅い多発潰瘍を形成し、回盲部周囲のリンパ節腫脹を認める<sup>12)</sup>。病理組織では時に肉芽腫を認め、CDと鑑別を要するが、軽症例では数日で自然消退する臨床経過から鑑別が可能である。

## 6. Schölein-Henoch 紫斑病(Schölein-Henoch purpura ; 以下, SHP)

SHP は全身性血管障害(毛細血管~細動脈の血管炎)に起因し、皮膚の白血球破壊性血管炎を伴う紫斑を特徴とする。小児に好発し、紫斑に加え、腹部症状、関節症状、腎障害などの多彩な臨床兆候を呈する。SHPの腹部症状は激痛であることが多く、急性腹症として受診することもある。紫斑に先行して腹部症状がみられることもあり、診断に苦慮することもある。消化管病変は小腸、大腸全体に認められ、特に十二指腸第 2 部を中心に発赤、びらん、浮腫状粘膜、不整形潰瘍、暗赤色調の紫斑様病変(粘膜内出血)が特徴的である(Fig3-a,b,c)<sup>13)</sup>。CDとの鑑別点としては、本症のびらん、潰瘍は縦走傾向がなく、皺壁の中断がみられない点である。

## 7. 虚血性腸炎

内視鏡上、S 状結腸~下行結腸に多くみられ、浮腫状粘膜、縦走性の発赤・びらん・潰瘍を認める。潰瘍は結腸紐に沿ってみられることが多い。UC との鑑別点は、本症は発症が急激であり、直腸に発生することが極めて少ない点である。

## 8. 薬剤性腸炎

### 1) 抗生物質起因性腸炎

合成ペニシリン系などの抗生剤の内服により発症する。病変は上行結腸~横行結腸に好発する。内視鏡上、びまん性の浮腫状粘膜、アフタ様びらん、出血を伴う発赤を認める<sup>14)</sup>。UCとの鑑別点は、本症の病変は横行結腸が主体となる点である。

### 2) NSAIDs 腸炎

NSAIDs使用により、小腸(特に中部～遠位側回腸)、大腸(特に右側)に発症する。単発もしくは多発性の限局性潰瘍を形成する症例と、境界明瞭な潰瘍を形成せず全大腸や終末回腸に発赤、アフタ様病変を認める症例が存在する。本邦では終末回腸に多発するアフタ様病変や小潰瘍との報告が多いが、病変は大小の多発潰瘍(円形や星芒状潰瘍、輪状傾向のある不整形潰瘍など)、膜様狭窄、腸管穿孔など多彩である<sup>15)</sup>。CDとの鑑別点は、本症では縦走潰瘍や敷石様所見を認めず、比較的軽微な粘膜浮腫、発赤であるのが鑑別点である。

## 9. 放射線照射性腸炎

子宮癌、卵巣癌、前立腺癌などの悪性腫瘍に対する放射線照射により発症する。放射線照射野となる直腸、S状結腸、回腸に見られることが多い。大腸内視鏡検査では発赤、潰瘍形成、毛細血管拡張、浮腫、瘻孔形成がみられる。

おわりに

IBDと鑑別が必要な各種疾患について概説した。内視鏡検査は診断に最も有用であるが、患者の状態をよく見極めたうえで、検査の適応を判断することが必要である。検査の際には、粘液、膿苔、出血などの所見を自然な状態で観察した後、病変と周囲粘膜を十分に洗浄し、色素内視鏡(インジゴカルミン散布)を併用しながら潰瘍や介在粘膜を詳細に観察することが大事である。そのうえで的確な部位から検体を採取し、病理検査を施行し、さらに感染性腸炎との鑑別のため、必ず腸液培養検査も施行することが重要である。診断がつかない場合、盲目的な治療はせず、経過観察を行うことも臨床的に重要である。

## 文献

1. 棟方 昭博, 下山 孝: 潰瘍性大腸炎診断基準改定案. 厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班, 平成9年度研究報告書, 123-125, 1998
2. 八尾 恒良: Crohn病診断基準(案). 厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班, 平成6年度業績集, 63-66, 1995
3. 高木 靖寛, 八尾 恒良, 松井 敏幸, 他: 単純性潰瘍および腸型 Behcet 病の X 線, 内視鏡所見の検討. 両者の病変分布, 多発病変について. 胃と腸 2003 ; 38 : 229-242
4. 八尾 恒良, 櫻井 俊弘, 山本 淳也, 他: 最近の腸結核. 10年間の本邦報告例の解析. 胃と腸 1995 ; 30 : 485-490
5. 蓮池 紫乃, 岩下 明德, 八尾 恒良, 他: Crohn病診断基準の問題点. 病理の立場から生検における非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を中心に. 胃と腸 2001 ; 36 : 175-182
6. 平田 一郎, 村野 実之, 井上 拓也: 潰瘍性大腸炎, Crohn病との鑑別を要する調の炎症性疾患. 鑑別の進め方. 胃と腸 2006 ; 41 : 869-883
7. 平田 一郎: 炎症性腸疾患(CD・UC)との鑑別を要する腸管感染症. 胃と腸 2002 ; 37 :

321-330

8. 国崎 玲子, 木村 英明, 野沢 昭典, 他 : 炎症性腸疾患と鑑別を要する感染性腸炎.  
胃と腸 2008 ; 43 : 1581-1589
9. 北野 厚生, 松本 誉之, 押谷 伸英, 他 : アメーバ赤痢. 胃と腸 1997 ; 32 : 481-487
10. 林 繁和, 江崎 正則, 山田 昌弘, 他 : *Campylobacter* 腸炎の大腸内視鏡像の検討.  
*Gastroenterological endoscopy* 1987 ; 29 : 912-919
11. Griffin PM, Olmstead LC, Petras RE : *Escherichia coli* O157 : H7-associated colitis.  
a clinical and histological study of 11 cases. *Gastroenterology* 1990 ; 99 : 142-149
12. 飯塚 文瑛 : 細菌感染症. エルシニア腸炎. 胃と腸 2002 ; 37 : 342-346
13. 大川 清孝, 青松 和揆, 大平 美月, 他 : 膠原病, 免疫・アレルギー性疾患.  
Schölein-Henoch 紫斑病. 胃と腸 2003 ; 38 : 559-565
14. 松井 敏幸, 永江 隆, 真武 弘明, 他 : 感染性大腸炎の鑑別診断. 感染性大腸炎間の鑑別と薬剤性腸炎との鑑別. 胃と腸 2002 ; 37 : 311-320
15. 松本 主之, 飯田 三雄, 蔵原 晃一, 他 : NSAIDs 起因性下部消化管病変の臨床像.  
腸炎型と潰瘍型の対比