

目次

潰瘍性大腸炎	6
クローン病	8

A. 主に潰瘍性大腸炎との鑑別を要する疾患

1. カンピロバクター腸炎	12
2. サルモネラ腸炎	14
3. 放射線照射性腸炎	16
4. アミロイドーシス	18
5. 抗菌薬起因性急性出血性大腸炎	20
6. 好酸球性胃腸炎	22
7. diverticular colitis (憩室性大腸炎)	24

B. 主にクローン病との鑑別を要する疾患

1. 腸結核	28
2. エルシニア腸炎	30
3. 腸間膜脂肪織炎	32
4. NSAIDs起因性腸炎	34

C. 潰瘍性大腸炎とクローン病との鑑別を要する疾患

1. アメーバ性大腸炎	38
2. サイトメガロウイルス(CMV)腸炎	40
3. 腸型ベーチェット病	42
4. 虚血性大腸炎	44
5. リンパ濾胞過形成	46
6. collagenous colitis	48

はじめに

今日では、正確な診断がつけばガイドラインなどで標準的治療は示されており、診断の重要性はあらゆる疾患で共通している。とくに、炎症性腸疾患において診断が重要なのは、正反対の治療(抗生物質と副腎皮質ホルモン)を行う疾患が含まれているからである。また、潰瘍性大腸炎やクローン病と誤診されると、難病に指定されているため心理的、社会的にも多大な影響を患者さんにおよぼすからである。

日常診療では他の炎症性腸疾患と潰瘍性大腸炎またはクローン病との鑑別を要する症例に遭遇することが多いことから、一般的な診断アプローチとしては、内視鏡検査で得られた病変の形態、分布、色調や病理組織学的検討、病歴を含めた症例背景などを総合的に判断し、他の疾患を除外しながら診断を進めている。従来、病変の全体像、壁全層性変化を把握する意味で注腸X線が実施されてきたが、最近では大腸内視鏡検査を優先するケースが増えていることから、本アトラスでは内視鏡像を中心に、潰瘍性大腸炎、クローン病と判断を誤りやすい他の炎症性腸疾患との鑑別を意図して、**各疾患の特徴と診断・鑑別のポイント、どこで間違いやすいかの診断の勘所**を網羅するなど留意点を示した。また、各々の炎症性腸疾患が主に潰瘍性大腸炎とクローン病のどちらに間違いやすいかも考慮し分類した。

本アトラスは、炎症性腸疾患を診療されている一般臨床医や今後、IBDの診療をされる若手医師にとって参考となるように作成したものである。但し、患者個々の病態は多様であり、臨床経験豊富な医師も鑑別困難例(indeterminate colitis)として扱わざるを得ない症例や術後に診断が変更となる症例を経験することもある。本アトラスが正確な診断に寄与できれば幸いであるが、診断に悩まれたときは、決して独自で判断せずに専門医に相談したり、専門書を参照されるなど多くの意見を聞かれることをお奨めしたい。

最後に、このような機会を与えて頂いた渡辺班長に感謝します。

大川 清孝 大阪市立総合医療センター消化器内科
清水 誠治 大阪鉄道病院消化器内科

潰瘍性大腸炎(UC)

■ 疾患の特徴

潰瘍性大腸炎（以下 UC）は若年者に好発する原因不明の炎症性腸疾患である。大腸の粘膜に多発性のびらん・潰瘍を形成し、持続性または反復性の粘血・血便をきたす。その経過中に再燃と寛解を繰り返すことが多い。本邦における患者数は年々増加傾向にあり、2008年度の患者数は112,095人に達する。

■ 診断基準

UCの診断基準は、現在2002年に改訂された診断基準が使用されている。

表1 潰瘍性大腸炎の診断基準¹⁾

<p>1)臨床症状：持続性または反復性の粘血・血便、あるいはその既往がある。</p> <p>2)①内視鏡検査：i)粘膜はびまん性に侵され、血管透見像は消失し、粗造または細顆粒状を呈する。さらに、もろく易出血性(接触出血)を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、ii)多発性のびらん、iii)偽ポリポーシスを認める。</p> <p>②注腸X線検査：i)粗造または細顆粒状の粘膜表面のびまん性変化、ii)多発性のびらん、潰瘍、iii)偽ポリポーシスを認める。その他、ハウストラの消失(鉛管像)や腸管の狭小・短縮が認められる。</p> <p>3)生検組織学的検査：活動期では粘膜全層性にびまん性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が認められる。緩解期では腺の配列異常(蛇行・分歧)、萎縮が残存する。上記変化は通常、直腸から連続性に口側にみられる。</p>
<p>1)のほか、2)のうち1項目、および3)を満たし、下記の疾患が除外できれば、確診となる。2)3)の検査が不十分、あるいは施行できなくとも、切除手術または剖検により、肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認める場合は、下記の疾患が除外できれば、確診とする。</p> <p>※除外すべき疾患は、細菌性赤痢、アメーバ赤痢、サルモネラ腸炎、カンピロバクター腸炎、大腸結核などの感染性腸炎が主体で、その他にCD、放射線照射性大腸炎、薬剤性腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸型Behcetなどがある。</p>

■ 診断のポイント

UCと類似した内視鏡像を示す疾患は多くあり、特に感染性腸炎との鑑別が重要である(表2)²⁾。内視鏡的な大きな違いは、UCの病変がびまん性であるのに対し、感染性腸炎では病変が非連続である点である。細菌性腸炎との鑑別では必ず便培養を行うこと、アメーバ性大腸炎との鑑別では内視鏡像でアメーバ性大腸炎の可能性を考えると、診断は生検のみに頼らずに血清アメーバ抗体などを併用することが重要である。

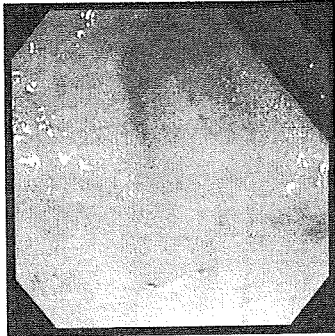
表2 潰瘍性大腸炎と間違いやすい炎症性腸疾患

	疾患名	好発部位	内視鏡的特徴	診断
間違いやすい疾患	カンピロバクター腸炎	直腸～S状結腸に強い、全大腸	粘膜性出血、浮腫、びらん、回盲弁上の大きい潰瘍	便培養、鶏肉の摂取
	サルモネラ腸炎	直腸病変を欠く、終末回腸、S状結腸～上行結腸	浮腫、粘膜内出血、びらん～深い潰瘍	便培養、鶏卵の摂取
	細菌性赤痢	直腸～S状結腸に強い、全大腸	びらん、潰瘍	便培養
	アメーバ性大腸炎	直腸、盲腸	タコイボ様所見、周囲に紅暈を有する潰瘍	白苔鏡検、生検、血清抗体、糞便検査
	サイトメガロウイルス腸炎	全大腸、終末回腸	打ち抜き潰瘍、不整形潰瘍、輪状傾向潰瘍、縦走潰瘍、帯状潰瘍	生検で封入体、antigenemia
時に間違っ疾患	偽膜性腸炎	直腸、全大腸	黄白色の半球状隆起	毒素、便嫌気培養
	抗菌薬起因性急性出血性大腸炎	直腸正常 S状結腸～上行結腸	鮮紅色粘膜、びらん潰瘍は少ない	抗生物質服用歴 便培養で <i>Klebsiella oxytoca</i>
	クローン病	小腸、右半結腸	縦走潰瘍、アフタ、敷石像	生検で肉芽腫
	リンパ濾胞過形成	直腸、終末回腸、全大腸	小隆起の多発	生検でリンパ濾胞
	放射線照射性腸炎	直腸	血管拡張、易出血性、不整形潰瘍、瘻孔	放射線照射の既往

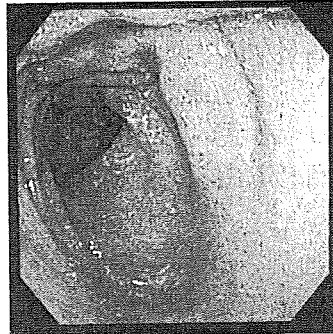
1) 榎方昭博：潰瘍性大腸炎治療指針改定案、厚生労働省特定疾患難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班(班長下山孝)平成13年度研究報告書、35-36、2002

2) 大川清孝：潰瘍性大腸炎、清水誠治、他(編)：腸疾患診療—プロセスとノウハウ、pp267-296、医学書院、2007より改変

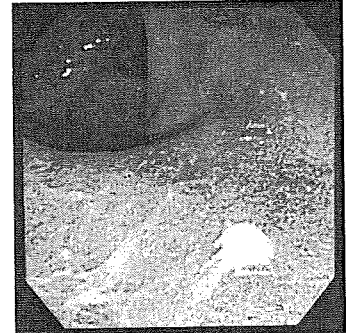
潰瘍性大腸炎の画像所見



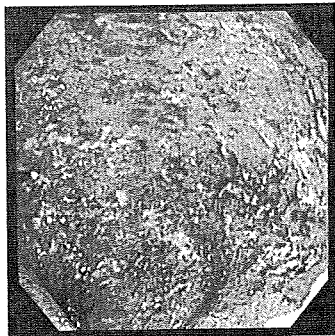
浮腫



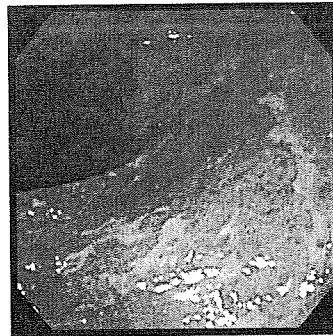
小黄色斑



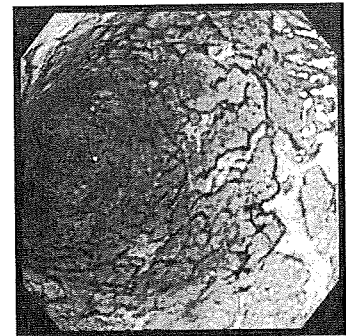
膿性粘液



易出血性



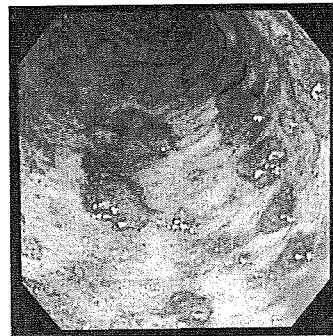
多発性潰瘍



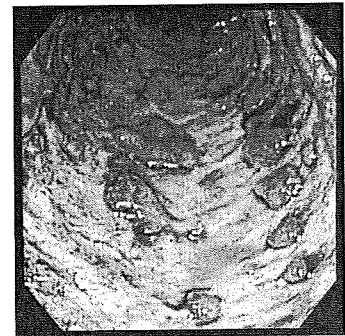
多発性潰瘍



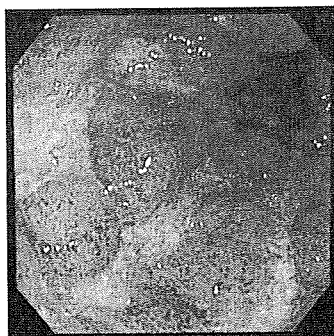
下掘れ潰瘍



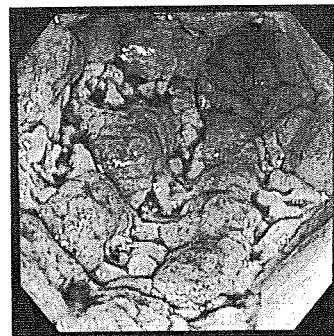
粘膜脱落



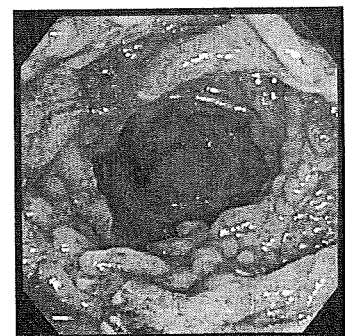
粘膜脱落



縦走潰瘍



縦走潰瘍



炎症性ポリープ

クローン病(CD)

■ 疾患の特徴

クローン病(以下CD)はUCと同様、若年者に好発する原因不明の炎症性腸疾患である。腹痛、下痢、発熱、体重減少を主徴とする。腸管病変は口腔から肛門部までいずれの部位にも生じるが、小腸・大腸に好発する。早期にはアフタ様病変、典型像としては縦走潰瘍や敷石像を呈する。合併症として腸管狭窄、内瘻、外瘻、膿瘍などがみられる。本邦における患者数は年々増加傾向にあり、2008年度の患者数は30,563人に達する。

■ 診断基準

CDの診断基準は、現在1995年に改訂された診断基準が使用されている。

表1 クローン病の診断基準

I 主要所見
A. 縦走潰瘍
B. 敷石像
C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫
II 副所見
a. 縦列する不整形潰瘍またはアフタ
b. 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

- 確定例：1. 主要所見のAまたはBを有するもの
2. 主要所見のCと副所見のいずれか1つを有するもの

- 疑診例：1. 副所見のいずれかを有するもの
2. 主要所見のCのみを有するもの
3. 主要所見AまたはBを有するが虚血性大腸炎、UCと鑑別ができないもの

■ 診断のポイント

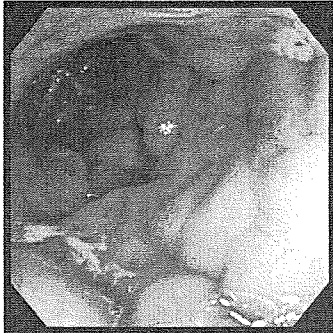
CDと鑑別を要する疾患として腸結核、アメーバ性大腸炎、エルシニア腸炎などの感染性腸炎がある。CDを感染性腸炎と誤診した場合、治療に用いる抗TNF α 抗体、副腎皮質ホルモン、免疫調節薬などは感染症を増悪させる可能性がある。また、その逆の場合は重大な帰結をもたらすことになるため鑑別が重要である。

CDと感染性腸炎の鑑別が問題となる理由としては、下記のような点が上げられる。

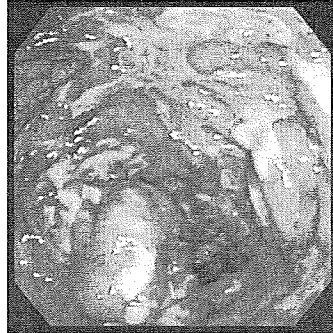
- ① 腸結核、アメーバ性大腸炎のような慢性感染症では、症状・経過がCDと類似すること。
- ② エルシニア腸炎、腸チフス、パラチフスのような急性感染症では、好発部位が回盲部から回腸終末部でCDと類似すること。
- ③ CDとしては非定型的なアフタや方向性不明の多発性潰瘍がみられる場合は、感染性腸炎と病変形態が類似すること

従って、腸管感染症を疑っていても病原体が証明できない場合は、安易にCDと診断しないように注意することが必要である。

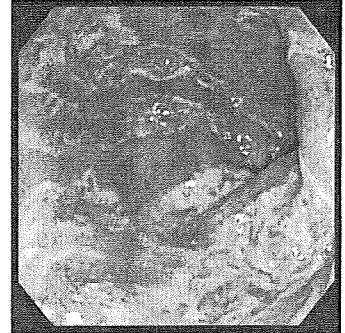
クローン病の画像所見



敷石像



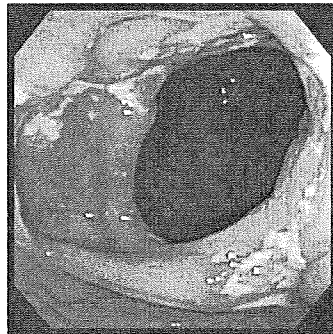
多発性不整形潰瘍



多発性縦走潰瘍



縦走潰瘍



輪状潰瘍



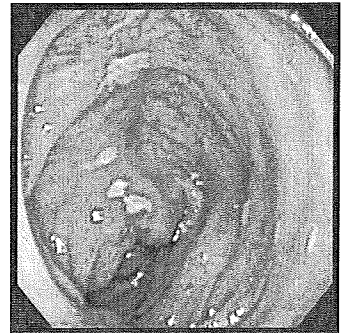
不整形潰瘍



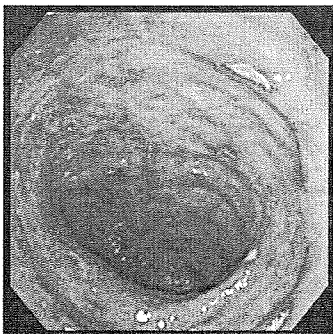
類円形潰瘍



類円形潰瘍



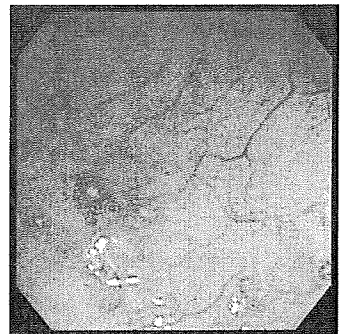
縦列する小びらん



多発性アフタと浮腫状粘膜



アフタ



アフタ



主に潰瘍性大腸炎との
鑑別を要する疾患

1 カンピロバクター腸炎

疾患の特徴

- ・グラム陰性桿菌である*Campylobacter*属菌による腸管感染症であり、*C.jejuni*と*C.coli*が原因菌で、前者が95%を占める。
- ・前者はニワトリ、野鳥、ウシ、ヒツジなど、後者はブタでの保有率が高く、特に鶏肉を介した感染が多い。
- ・発熱(38℃台)と水様下痢が主症状であるが、血便を半数近くで伴う。腹痛、嘔気、嘔吐などもみられる。
- ・潜伏期間は2~11日、平均5日と比較的長く、患者が食中毒と気付かないことも多い。
- ・ニューキノロン系薬剤や、ホスホマイシンに対する耐性が増加しており、治療はマクロライド系薬剤が第一選択である。

診断のポイント

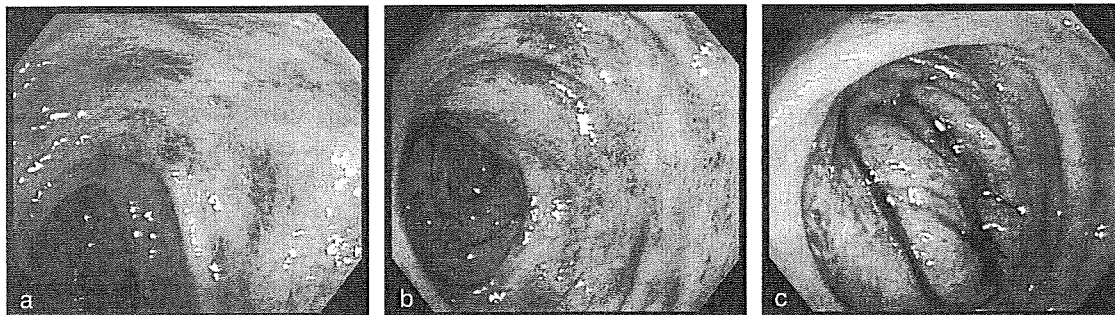
- ・潜伏期が長いいため、患者が気付いていないことが多く、「10日以内に生の鶏肉を食べたか」「焼き鳥屋に行ったか」など具体的に聞く必要がある。
- ・確定診断は便あるいは生検培養による(Skirrowの培地)。
- ・発熱はあっても一過性で、通常1~2日で解熱する。
- ・罹患部位は直腸から深部大腸まで及び、特にS状結腸、直腸で炎症が強い。病変は他の感染性腸炎と同様に非連続性である。
- ・約半数に回盲弁上に大きい潰瘍がみられ、約1ヶ月存在すると言われている。
- ・主な内視鏡所見は浮腫と粘膜内出血であり、大腸に潰瘍を呈することは少ない。

鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

- ・UCとの鑑別が最も問題であり、症状ではUCと異なり血便より下痢が優位である。
- ・内視鏡所見は軽症のUCと似ているが、浮腫、粘膜内出血が主体であり、慣れれば間違えることは少ない。しかし白苔を伴うびらんがあり、ほぼびまん性に病変が存在する場合はUCとの鑑別は困難である。UCと診断した場合でも必ず便培養を習慣付けることが重要である。
- ・回盲弁上潰瘍があればUCとの鑑別は可能であるが、サルモネラ腸炎、CD、腸型ペーチェット病、NSAIDs起因性腸炎、サイトメガロウイルス(CMV)腸炎との鑑別が必要である。
- ・稀に縦走潰瘍を呈する場合があります、CDとの鑑別が必要である。

症例1 23歳 男性 発熱、下痢



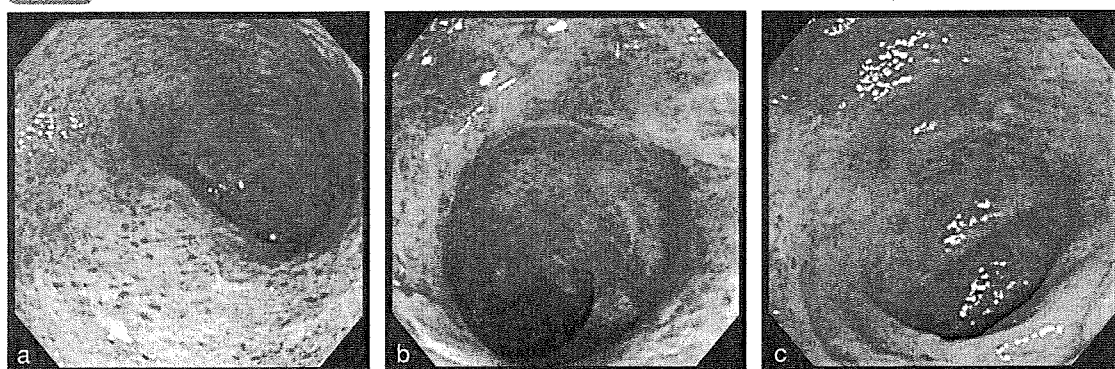
全大腸に粘膜内出血による発赤斑が散在し、周囲粘膜は血管透見がみられる(a,b)。回盲弁上には浅く大きな潰瘍がみられる(c)。

症例2 32歳 男性 下痢、血便



直腸には浮腫と粘膜内出血がみられる(a)。S状結腸(b)～上行結腸にも同様の変化がみられる。回盲弁上には浅い潰瘍がみられる(c)。

症例3 58歳 女性 腹痛、血性下痢



直腸(a)～下行結腸(b)には発赤、びらんが全周性にみられUCに類似しているが、横行結腸(c)から深部では健常粘膜が介在し、回盲弁上には境界明瞭な潰瘍が観察される。便培養で*Campylobacter jejuni*が検出された。

2 サルモネラ腸炎

疾患の特徴

- ・ 組織侵入性の細菌であり、血清型として以前はS.Typhimuriumが多かったが、最近ではS.Enteritidisが増加しており、感染源としてニワトリ、ブタ、ウシなどの肉、乳製品、卵などが代表的である。
- ・ 夏季に好発し、潜伏期間は8～48時間である。
- ・ 発熱、腹痛、下痢、悪心・嘔吐、血便、頭痛などの症状をきたし、他の感染性腸炎に比べて症状が強い。
- ・ 通常、1～2週間で自然軽快するが、遷延例もあり、10～20%で排菌が数ヶ月に及ぶ。
- ・ 乳幼児、高齢者、HIV感染者では菌血症をきたし、死亡することがある。

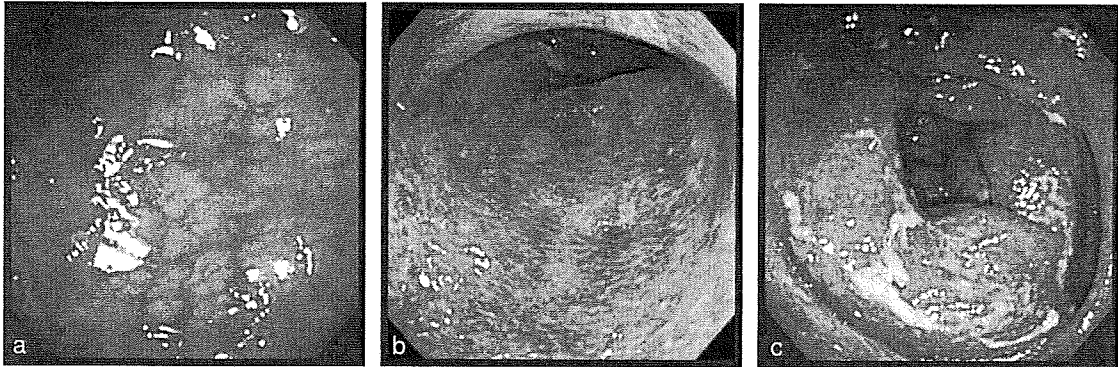
診断のポイント

- ・ 便培養や内視鏡下に採取した腸液の培養で診断される。
- ・ 好発部位は回盲部であるが、十二指腸から大腸までの病変が記載されている。
- ・ とくに、S. Enteritidisでは回盲部病変の頻度が高い。
- ・ 内視鏡所見としては、浮腫性変化が顕著である他、粘膜内出血による発赤、びらん、粘膜粗澁がみられ、通常非連続性に分布する。中等症以上では、浅い不整形潰瘍や縦走傾向の潰瘍がみられる。
- ・ 直腸に病変がみられることは少ない(rectal sparing)。

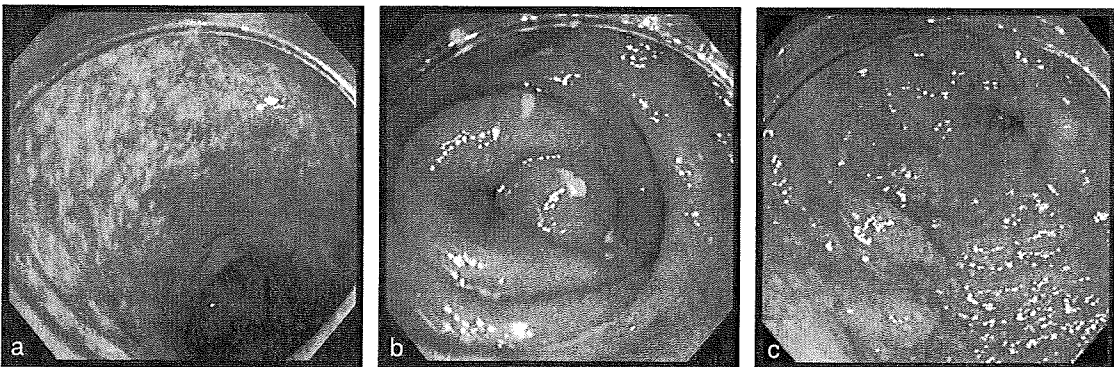
鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

- ・ 潜伏期が短く、血便をきたすことは少ない。
- ・ 小腸にも病変をきたし、通過障害による腹痛や嘔吐を伴うことが多いため、内視鏡検査が実施されることは少なく、便培養で診断されることが殆どである。
- ・ 縦走傾向の潰瘍がみられても短く、周辺には浮腫が著明であることからCDとの鑑別は容易である。
- ・ 虚血性大腸炎は左側結腸に病変が限局するのに対して、サルモネラ腸炎では右側優位で、病変が非連続的に分布する。
- ・ 全周性に発赤がみられる場合は粘膜内出血によるもので、無名溝を認識できることが多い。

症例1 20歳 男性 発熱、腹痛、下痢

下部直腸には炎症所見を認めない(a)。S状結腸では粘膜内出血によると考えらえる発赤が顕著であるが無名溝は観察される(b)。盲腸から上行結腸にかけて浮腫が強く、粘液付着がみられるが発赤、びらんは目立たない(c)。

症例2 26歳 女性 発熱、腹痛、下痢

S状結腸では粘膜内出血による発赤が強く、白斑(リンパ濾胞)が多発している(a)。盲腸から上行結腸では浮腫によるひだの腫大、粘液付着がみられるが発赤・びらんは軽度である(b)。回腸終末部ではPeyer板と孤立リンパ小節の腫大がみられる(c)。

症例3 58歳 女性 腹痛、下痢

S状結腸では不整形潰瘍が多発している(a)。下行結腸から横行結腸にかけて結腸紐上に短い縦走傾向の潰瘍がみられる(b,c)。潰瘍周囲には紅暈がみられ、治癒過程の病変と考えられる(発症後10日目)。

3 放射線照射性腸炎

疾患の特徴

- ・放射線照射に続発する腸管障害は早期障害と晩期障害に分けられる。
- ・早期障害は照射直後にみられる粘膜傷害であり、下痢、軟便、下腹部痛、粘血便などがみられるが、照射中止により改善する。
- ・临床上問題となる晩期障害は動脈内膜炎、血栓による循環障害とされており、通常、照射後6ヶ月以上経過して発生するが、10年以上を経過して発症することもある。
- ・血便、狭窄による腹痛や便通異常、腸閉塞、腸管穿孔、瘻孔形成など様々な症状をきたし難治性である。
- ・直腸に好発するが、照射野に含まれば大腸の他部位や小腸にも発生する。
- ・以前は子宮頸部癌放射線に対する療法後の女性が大半を占めていたが、最近では前腺癌に対する放射線療法後の症例が増加している。

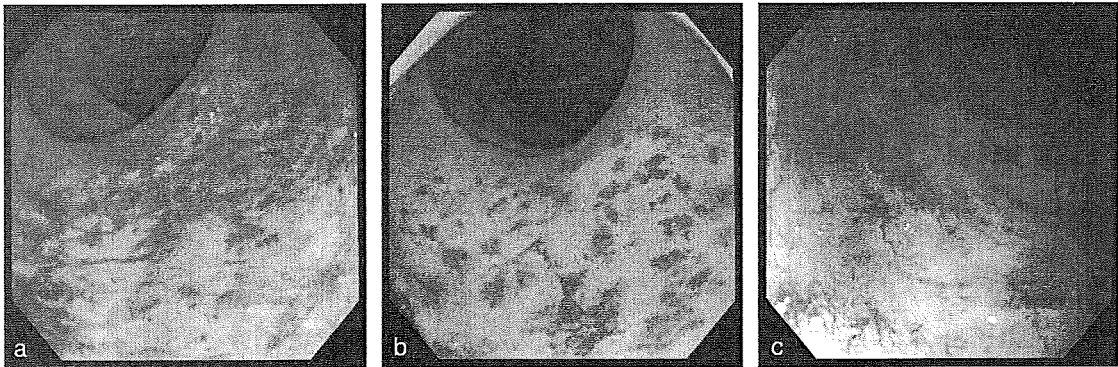
診断のポイント

- ・晩期障害の内視鏡所見としては、発赤、毛細血管拡張、易出血性、潰瘍、狭窄、瘻孔など様々な程度の病変がみられる。炎症が消褪した時期でも血管透見の消失、白色調粘膜、狭窄などがみられる。
- ・古典的なSherman分類では重症度別に、限局性発赤と毛細血管拡張がみられ、粘膜は脆弱で出血しやすいが潰瘍や狭窄はない(grade 1a)、びまん性発赤があり直腸周囲炎を伴う(grade 1b)、直腸前壁に多く発生する潰瘍で灰白色の痂皮を伴う(grade 2)、狭窄があり、種々の程度の直腸炎と潰瘍を伴う(grade 3)、直腸炎や潰瘍に直腸腔瘻または腸管穿孔がみられる(grade 4)に分類されているが、全く無症状で白色調粘膜、狭小化がみられたり、毛細血管拡張があっても粘膜が脆弱でない場合もまれでない。

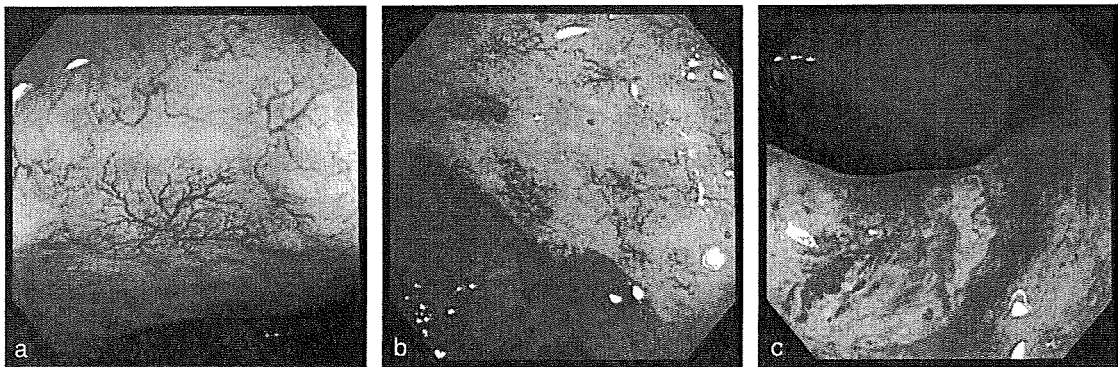
鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

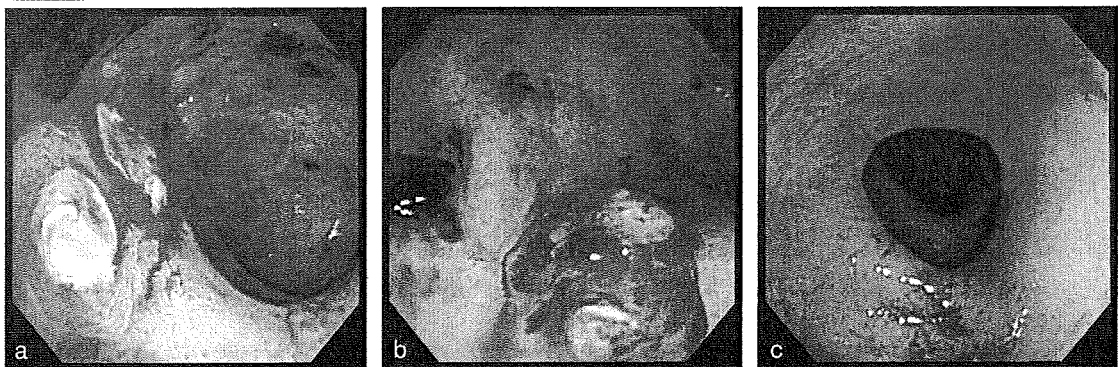
- ・放射線治療の病歴が決定的であり、高齢者に好発することが鑑別上最も重要である。
- ・毛細血管拡張からの出血がある場合には、血液が粘膜に付着し、UCとの鑑別が困難な場合がある。このような場合に水による洗浄を行っても、さらに出血が助長されるので、後日再検することが望ましい。

症例1 77歳 女性 血便

5年前に子宮頸癌のために放射線治療を受けていた。内視鏡で下部直腸に多発する毛細血管拡張を認める(a,b,c)。

症例2 82歳 男性 血便

2年前に前立腺癌に対して放射線治療を受けていた。下部直腸に毛細血管拡張がみられ一部にはくも状血管腫様の所見がみられる(a)。スコープの接触により容易に出血をきたす(b,c)。

症例3 72歳 男性 血便

3年前に前立腺癌に対して放射線治療を受けていた。下部直腸に出血性びらんが多発している(a,b)。口側の直腸は軽度伸展不良で血管透見が消失している(c)。

4 アミロイドーシス

疾患の特徴

- ・線維性蛋白であるアミロイド物質が細胞外に沈着することにより引き起こされる疾患である。
- ・従来は原発性、続発性、家族性などと分類されてきたが、最近では沈着物質の種類によって分類されている。
- ・消化管アミロイドーシスとしては、免疫グロブリンL鎖沈着によるAL型、アミロイドA蛋白沈着によるAA型、透析患者にみられる $A\beta 2M$ 型、transthyretin沈着によるATTR型の4種類があり、AL型とAA型が殆どである。
- ・従来原発性と呼ばれていたものの多くや多発性骨髄腫に伴うものはAL型であり、慢性炎症性疾患に続発するものの多くはAA型である。

診断のポイント

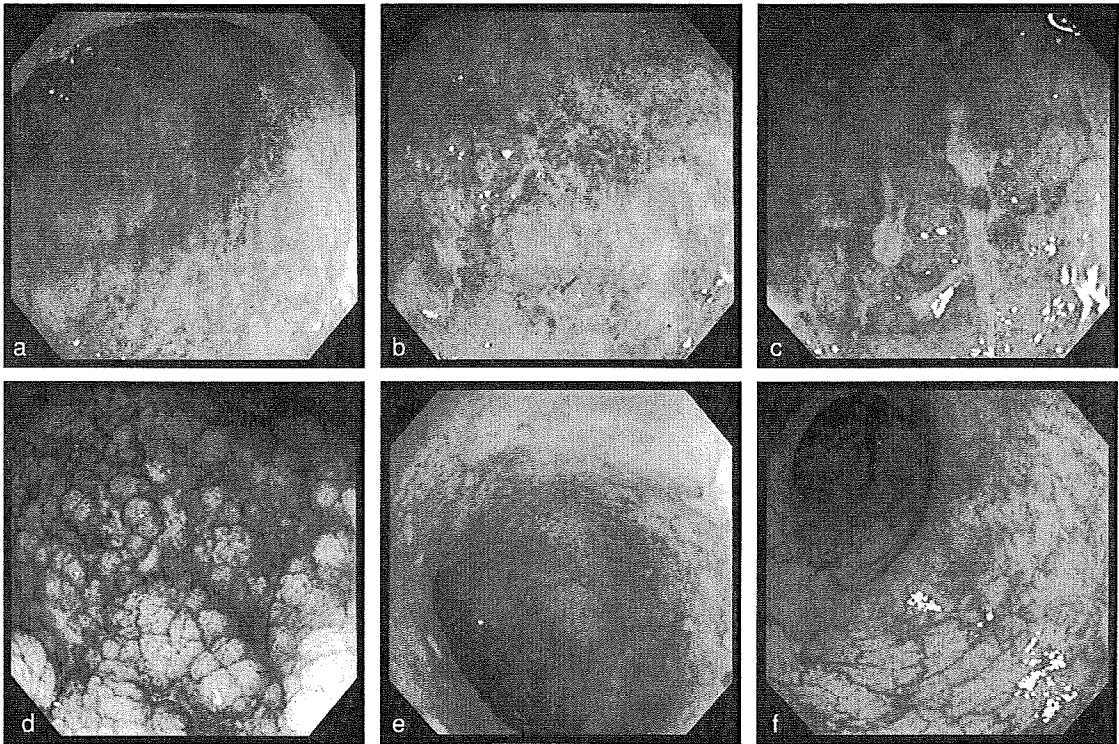
- ・AL型ではアミロイド蛋白が粘膜筋板、粘膜下層、固有筋層に塊状に沈着する傾向があり、内視鏡所見は多発する白色調の粘膜下腫瘍様隆起や皺襞の肥厚である。
- ・AA型ではアミロイド蛋白が粘膜固有層や粘膜下層の血管壁に沈着するため、粘膜の粗糙や微細顆粒状変化、びらん、出血、小潰瘍、易出血性などがみられる。
- ・アミロイドの沈着は十二指腸、小腸に高頻度に見られるため、十二指腸からの生検で診断されることが多い。

鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

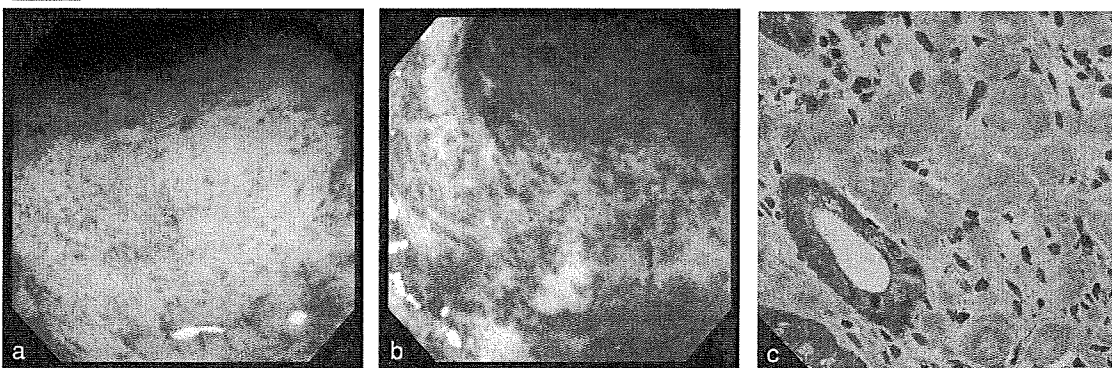
- ・AA型で大腸に連続性びまん性に粘膜の粗糙や微細顆粒状変化、びらんが見られる場合にはUCとの鑑別が問題となる。基礎疾患(慢性関節リウマチ、悪性腫瘍など)が存在すればアミロイドーシスを疑う契機となるが、UCで見られるいわゆる小黄色斑や膿性粘液の付着はアミロイドーシスではみられず、鑑別はそれ程難しくはない。十二指腸や小腸に病変が見られる場合にはランブル鞭毛虫症、糞線虫症などの原虫感染、immunoproliferative small intestinal disease (IPSD)などが挙げられる。
- ・AL型で多発性の粘膜下腫瘍様病変が見られる所見は本症に特徴的であり、他の疾患との鑑別に迷うことは少ない。

症例1 59歳 女性 腹痛、下痢



慢性関節リウマチが基礎疾患にある。直腸(a~d)からS状結腸(e)にかけて血管透見消失、不整形の小びらんが多発している。色素撒布を行うと粘膜は細顆粒状である(d)。下行結腸以深では血管透見が保たれている(f)。

症例2 72歳 男性 下痢



関節リウマチが基礎疾患にある。直腸から連続性に浮腫状で発赤がみられ、易出血性がみられる(a,b)。生検で粘膜固有層にアミロイド蛋白の沈着がみられる。

5

抗菌薬起因性急性出血性大腸炎

疾患の特徴

- ・ 抗菌薬投与後に腹痛、血性下痢を起こし、特徴的な内視鏡像を示すものを抗生物質起因性急性出血性大腸炎という。
- ・ 本症は内視鏡像、臨床症状より総合的に診断する。
- ・ アレルギー説や菌交代説があり原因不明とされているが、最近菌交代による *Klebsiella oxytoca* が原因の一部であることが証明された。
- ・ 合成ペニシリン服用後に発症することが多いが、最近ペニシリン系薬剤の使用は減り、ニューキノロン系薬剤の使用が多くなったため減少している。
- ・ *Helicobacter pylori*除菌療法で0.6%に本症が発生する。
- ・ 基礎疾患のない若年者や女性に比較的多い。
- ・ 予後は良好で薬中止後数日～1週間で軽快する。

診断のポイント

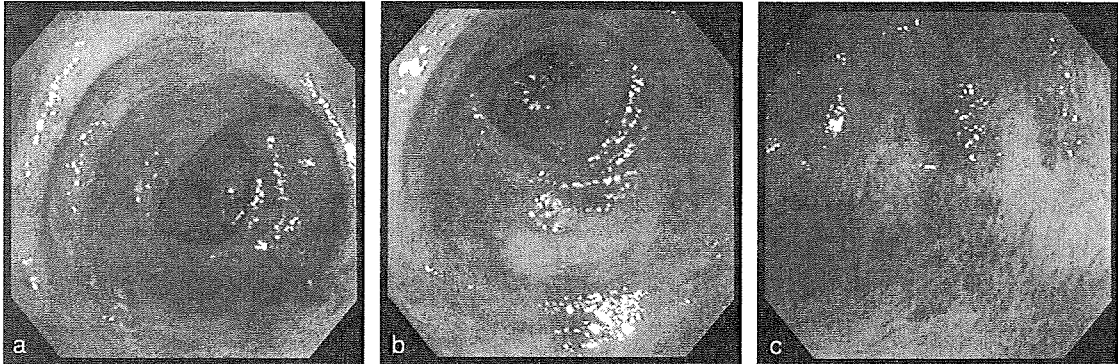
- ・ 抗菌薬服用歴の聴取がポイントである。服用後発症までの期間は2～7日である。
- ・ 突然の腹痛、下痢で発症し、やや遅れてトマトジュース様の血性下痢となる。鮮紅色の出血で多量に出る印象があるが、輸血するほどの出血は稀である。
- ・ 診断には既知の感染性腸炎の除外が必要である。
- ・ *Klebsiella oxytoca*の検出率は30～60%程度である。
- ・ 合成ペニシリン服用後に発症することが多いが、最近ペニシリン系薬剤の使用は減り、ニューキノロン系薬剤の使用が多くなったため減少している。
- ・ 横行結腸を中心とした深部大腸に区域性に分布し、盲腸や直腸の病変は稀である。
- ・ 内視鏡像は鮮やかな発赤、びらん、浮腫が特徴であり、潰瘍がみられることは少ない。発赤の本態は粘膜内出血である。
- ・ 病変の中心部ほど炎症が強い。中心部は全周性でも辺縁部では縦走や斑状の病変がみられる。

鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

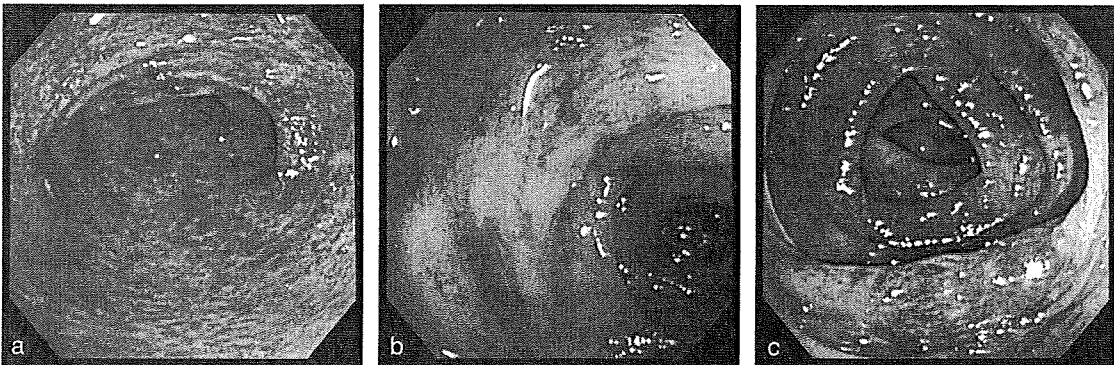
- ・ 発症は急激であり、最も鑑別を要するのは虚血性大腸炎と感染性腸炎である。便培養は必須である。
- ・ 稀にUCとよく似た内視鏡像を呈するが、膿性分泌物がみられない、中心部は全周性病変であるが周囲は縦走また斑状病変である、下部直腸に病変を認めない、などの点で鑑別可能である。

症例1 67歳 女性 血性下痢



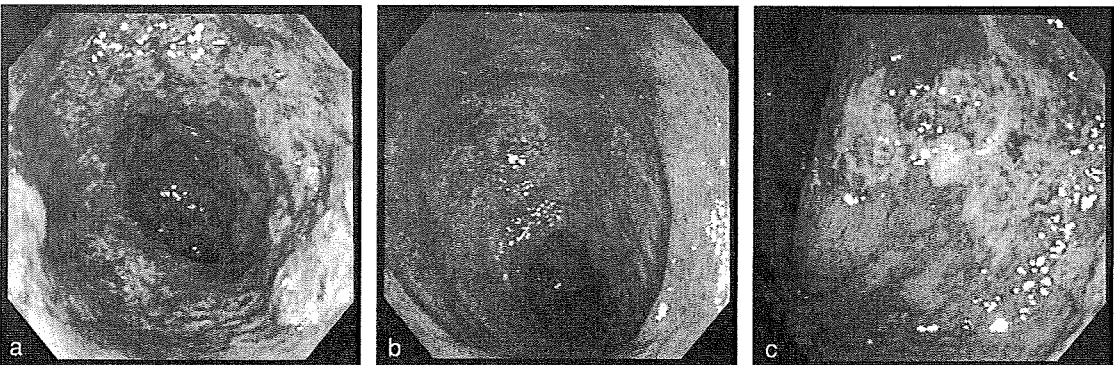
下行結腸～盲腸に病変がみられ、中心部は全周性に鮮やかな発赤がみられる(a)。肛門側には縦走発赤がみられる(b,c)。

症例2 48歳 男性 血性下痢



横行結腸左側(a)～下行結腸には全周性の発赤を認める。S状結腸(b)と上行結腸(c)～横行結腸右側は斑状の発赤を認める。直腸は正常であり、UCとの鑑別は容易である。

症例3 42歳 男性 血性下痢



横行～下行結腸は全周性で白苔を伴う潰瘍がみられる(a)。S状結腸近位部では非連続性の発赤(b)が、上行結腸では縦走の潰瘍がみられる(c)。

6

好酸球性胃腸炎

疾患の特徴

- ・ 何らかのアレルギーが原因で、消化管への好酸球浸潤により様々な症状を呈する疾患である。
- ・ 原因物質が特定された例は少なく、食事抗原、ローヤルゼリー、ゴマ、ビール酵母、薬剤などとの関連が報告されている。
- ・ 全消化管に病変は発生しうる。食道13%、胃45%、小腸58%、大腸31%と胃と小腸に多い。
- ・ Tallyの診断基準は①消化器症状の存在、②消化管の1ヵ所以上に生検で好酸球の浸潤が証明されるか、または末梢血好酸球増多と特徴的なX線所見がみられる、③寄生虫など好酸球増多を示す他疾患の除外、の3項目を満たすことである。
- ・ 消化管壁の好酸球浸潤の部位により粘膜優位型、筋層優位型、漿膜優位型に分けられる。
- ・ 治療は抗アレルギー剤、副腎皮質ホルモンである。

診断のポイント

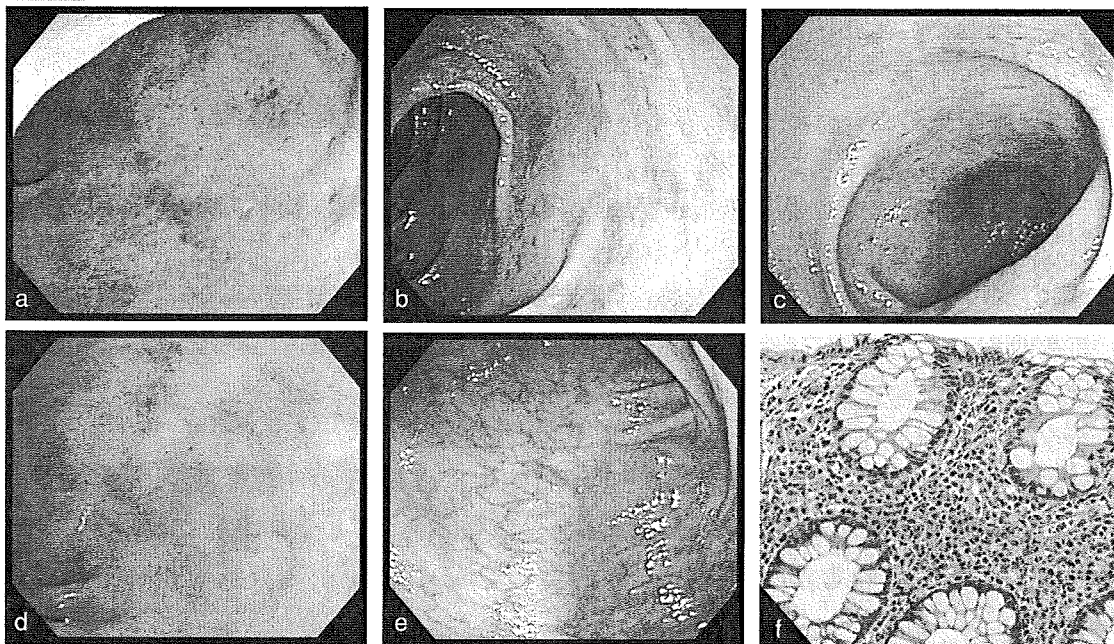
- ・ 本症は末梢血好酸球増多を特徴とするが、増多を認めない症例も2割ある。IgE増多は2/3に認め、CRPは正常のことが多い。
- ・ 臨床症状は好酸球の浸潤部位によって異なり、粘膜優位型は腹痛、下痢、体重減少、筋層優位型は狭窄による腹痛、嘔吐、腹部膨満感、漿膜優位型は腹痛、下痢、腹水貯留が認められる。
- ・ 小腸病変は腹部CTで腸管壁の肥厚や腹水などの所見を認めることが多い。
- ・ 大腸内視鏡像は粘膜のびまん性顆粒状粘膜、発赤、浮腫が主で潰瘍形成は少ない。易出血性もみられることがある。
- ・ 生検で好酸球を主体とした炎症細胞浸潤がみられる。

鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

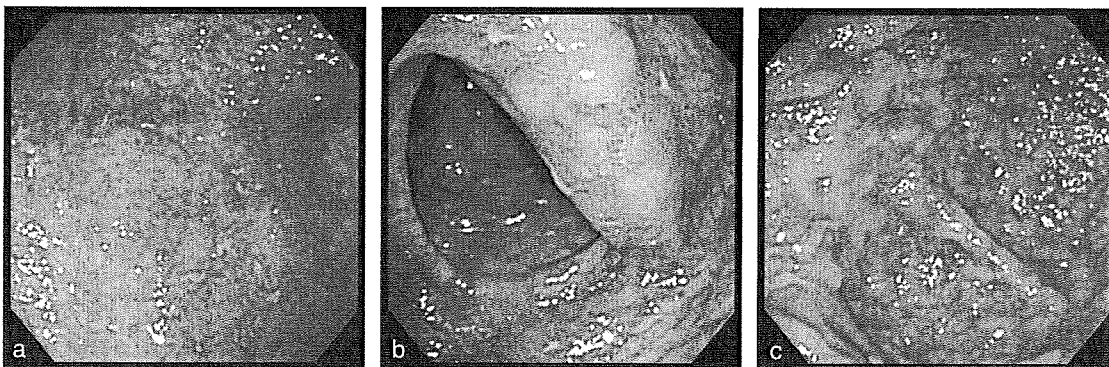
- ・ 小腸病変は広範な小腸壁肥厚を呈するループス腸炎、Schönlein-Henoch紫斑病などとの鑑別が必要である。
- ・ 大腸病変ではUCとの鑑別が最も問題である。
- ・ UCと異なり下痢が主体で血便をきたすことが少ない。
- ・ 浮腫や発赤が主体の場合はUCとの鑑別は容易であるが、まれにびらんや潰瘍をきたす場合があり鑑別を要する。
- ・ 直腸から連続性・びまん性に病変を認める場合には、UCとの鑑別を要する。

症例1 38歳 男性 下痢



上行結腸～直腸に著明な浮腫、発赤を認め、血管透見は全く消失している(ab:上行結腸、c:横行結腸、d:直腸)。血管透見がある部位もみられる(e:上行結腸)。大腸の生検では粘膜固有層に好酸球の浸潤を認める(f)。末梢血中の好酸球の増多を認めた。

症例2 49歳 男性 慢性下痢



直腸(a)には発赤、びらん、浮腫がみられるが、所々わずかに血管透見がみられる。横行結腸(b)から盲腸(c)にかけては軽度隆起した白斑が多発し、介在粘膜は発赤調である。生検で粘膜に好酸球を主体とする高度の炎症細胞浸潤がみられる。

7

diverticular colitis (憩室性大腸炎)

疾患の特徴

- ・近年、憩室炎のない憩室腸管、あるいは憩室炎の部位とは離れた部位に粘膜の慢性炎症性がみられることが知られるようになった。
- ・一方、高度の憩室炎で腸管狭窄や敷石像様所見を伴い、切除標本の組織像で腸管壁の全層性炎症や肉芽腫などCDに類似する病変も存在する。
- ・最近、欧米ではこのように憩室症の切除標本や生検の病理組織所見からUCやCDとの鑑別が必要な病変をdiverticular colitisと総称することが提唱されている。
- ・欧米の報告が殆どであり、病変は主にS状結腸で見られている。
- ・症状は顕出血、潜血、便通異常、粘液排泄などである。
- ・成因としては、腸内細菌叢の変化と糞便の停留による細菌の酵素活性、粘膜融解、管腔内抗原に対する粘膜透過性の亢進、微小循環障害による虚血性変化、NOやフリーラジカルのなどの過剰産生が想定されている。

診断のポイント

- ・内視鏡所見は浮腫、うっ血、粘膜の顆粒像、発赤、点状出血、粘膜内出血、易出血性などが憩室開口部から離れた部位にみられ、直腸に病変はみられない。
- ・生検組織所見では粘膜固有層のうっ血を伴う軽度の非特異的炎症所見や、UCに類似した杯細胞減少や陰窩膿瘍など様々な所見がみられる。
- ・少数ながら典型的なUCに移行する症例がみられ、両者の病態発生の間に関連性が示唆されている。
- ・このような病変が、単なる随伴所見なのか、UCの偶然の合併なのか、憩室症がUCの発生に関与するのかなど不明の点が多い。

鑑別のポイント

どこで間違いやすいか、診断の勘所

- ・内視鏡で粘膜の炎症所見が観察される場合は、半月襞上に限局した発赤がみられる“crescetic fold disease”とUCに類似した病像に大別されるが、前者は、憩室腸管の粘膜脱による病変に含めるべきであると考えられる。
- ・diverticular colitisの診断根拠としては、大腸内視鏡でS状結腸粘膜の炎症所見を確認し、生検で組織学的にも炎症所見を証明するとともに、直腸に炎症が存在しないことを同時に証明する必要があるとされている。