

非典型的な症状で受診したクローン病の1例

新垣智也 吉野翔子 熊谷雄介 大和謙二

大阪府済生会中津病院 小児科 免疫アレルギーセンター

抄録

患者は体重減少と嘔吐を主訴に受診した。他の症状に乏しく、社会的背景や言動から精神神経疾患が最も疑われていた。入院中の嘔吐症状を詳細に検討したところ、器質的疾患の可能性が強くなった。上部消化管内視鏡検査を行い十二指腸に縦走潰瘍を認め、上部消化管型クローン病と診断した。炎症性腸疾患において一般的な症状とされる腹痛や下痢、下血は全く生じていなかった。臨床症状が軽微であっても内視鏡検査などの小児にとっては侵襲的な検査が必要な場合があり、そのためには臨床症状の詳細な観察が必要である。非典型例の器質的疾患も存在するため心因性疾患の診断は安易に下してはならない。

Key words : クローン病, 嘔吐, 小児

症 例

【症例】9歳11か月, 男児

【主訴】食思不振, 体重減少

【現病歴】

半年間に5kgの体重減少(33kgから28kg)があり近医を受診した。一般採血を施行されたが特に異常なく当院紹介となった。食欲低下と、無理に食事摂取した時の嘔吐が認められた。腹痛や下痢・血便などの消化器症状は認めなかった。

胸腹部レントゲン, 腹部エコー, 便潜血, 採血, 尿検査施行したが異常所見を認めなかった。当初は入院が難しいとのことであったため, ドグマチール®, タフマック®内服を開始し外来通院で経過を見ていたが, 3回の通院で体重減少の進行を認めた。また, 嘔吐に関しても『無理に摂取すると吐く』状態から『1日3食のうち, 食後に2回は吐いている』状態へと悪化を認めた。このため初診から1か月半後に入院して精査となった。

【周産期】39週3日, 3302gで仮死なく出生

【発達歴】特記事項無し

【既往歴】特記事項無し

【アレルギー】食物・薬物アレルギーとも無し

【生活歴】海外渡航歴無し, ペット飼育歴無し

【家族歴】

父: 3年前に悪性リンパ腫, 菌状息肉腫に罹患し2年前に他界, アトピー性皮膚炎

姉(14歳): アトピー性皮膚炎

父方祖父: クロイツフェルト・ヤコブ病

母方祖父: 肺癌, 胃癌で他界

【入院時現症】

身長140.3cm, 体重25.5kg

体温36.9°C, 血圧93/68mmHg, 脈拍81/min, 呼吸数26/min

眼瞼結膜貧血なし

咽頭発赤なし, 口内炎一つ認める

甲状腺腫大なし

呼吸状態良好, 呼吸音に異常なし

心音整, 心雑音なし

肝脾腫なし, 腹部圧痛なく腫瘤も認めない

【社会的背景】

・体重減少が認められる前に母から「ブタ」とからかわれ, 悔しくて痩せようと思ったとのことだが, 受診時にはそのような思いは無くなっていた。

・学校や友人関係は順調であり, 特に問題は認められなかった。

【入院時検査結果】

●生化学検査

Na/K/Cl=134/3.6/92 mEq/L, Ca/P=9.3/4.3

mg/dL BUN/Cre=8.7/0.46 mg/dL,
AST/ALT=12/4 U/L, LDH=129 U/L,
TP/Alb=7.1/3.9 g/dL

●血液学的検査

WBC=7900/ μ L, RBC=5.69万/ μ L, Hb=13.2 g/dL, Hct=40.7%, PLT = 59.1万/ μ L

●免疫学的検査

CRP=1.81mg/dL, ヘリコバクターピロリAb<3.0, 可溶性IL2レセプター=542 U/mL, T-SPOT TB=(-)

【入院後経過】

入院して食事や嘔吐、排便の状況について確認した。腹部エコー再検でも特記事項無く、便潜血の再検も陰性であった。また自宅では気付かれていなかったが入院当初の数日間は37.5°C前後の発熱を認めていた。

入院中も嘔吐は継続しており、ほぼ毎食後に嘔吐を認めた。食事摂取量は多くても標準摂取量の1-2割であった。食事中・食直後の嘔吐よりも食後数時間してから嘔吐することが多かった。吐物内容では食物残渣のみで胆汁や血性嘔吐は認めなかった。固形物ではなく、完全な流動食を摂取した際にも嘔吐を認めた。

上部消化管閉塞の疑いが強くなったため上部消化管内視鏡検査を行った。食道全体に縦走陥凹の多発を認め、胃では炎症性のpolypoidを伴ったアフタが多発しており幽門周囲は胃壁が膨隆して狭窄していた。十二指腸では敷石状変化を伴う狭窄と下降脚でも縦走潰瘍とアフタを認めた。画像上はクローン病の診断であったが、病理学的には類上皮細胞性肉芽腫は確認できず

確定診断は得られなかった。

胃透視検査では造影剤の胃からの排泄は確認できなかった。前処置なしで行った下部消化管検査では回腸末端の微細な粘膜欠損を認めるのみで大腸病変は認めなかった。

上部消化管型のクローン病が考えられたが、残る小腸病変の評価が必須であった。幽門部狭窄に対してEDチューブ留置かバルーン拡張術のいずれかが考えられたが、そのためには再度の上部消化管内視鏡検査を行うことが必要であったため、今後の治療も考慮して小児炎症性腸疾患の専門施設へ転院となった。

【転院後経過】

転院後絶食しエレンタール®開始、PIカテーテルを挿入し高カロリー輸液を開始した。またプレドニゾン1.17mg/kg/dayを開始した。転院後3週間でバルーン拡張術を施行し4週間後から食事開始、プレドニゾン漸減し、ペンタサ®開始し漸増した。転院後7週間目に再度バルーン拡張術を行い全身状態良好で退院となった。

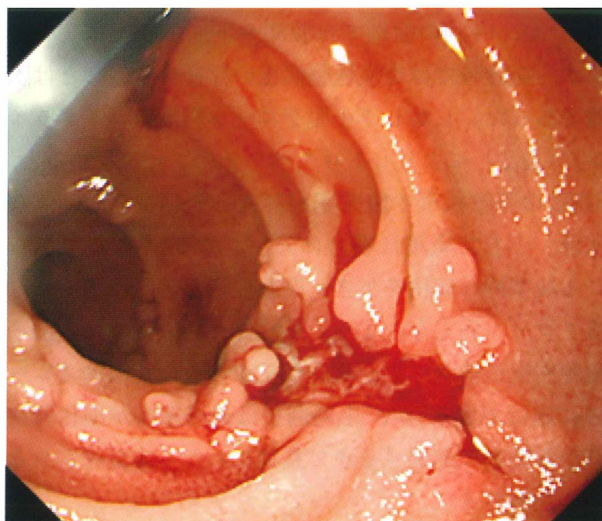
最終診断名はクローン病（小腸型+上部消化管病変）であった。

考 察

成人も含めたクローン病の初発症状を表1に記した。頻度が高いものから順に①腹痛（70.1%）、②下痢（67.9%）、③肛門病変（54.7%）とされているが、今回の症例では認めていない。体重減少、発熱、食欲低下などの本症例でも認めた症状についてはそれぞれ53.3%、44.5%、31.4%の頻度であった¹。



幽門周囲の胃壁と膨隆と狭窄



十二指腸にみられた縦走潰瘍

表1 クロウン病の初発症状

初発症状	頻度
腹痛	96/137 (70.1%)
下痢	93/137 (67.9%)
肛門病変	75/137 (54.7%)
体重減少	73/137 (53.3%)
発熱	61/137 (44.5%)
倦怠感	45/137 (32.8%)
食欲低下	43/137 (31.4%)
下血	37/137 (27.0%)
腹部膨満感	29/137 (21.2%)

表2 小児クローン病治療ガイドラインより

- (a)「重篤な場合」とは下記1)~7)のいずれかの場合である。
- 1) 頻回(6回/日以上)の激しい下痢、下血、腹痛を伴い経腸栄養が困難。
 - 2) 高度の腸管狭窄や腸閉塞が存在し経腸栄養が困難。
 - 3) 高度の肛門病変、瘻孔、潰瘍形成があり経腸栄養が困難。
 - 4) 消化管出血が持続。
 - 5) 38℃以上の高熱、腸管外症状(関節炎、結節性紅斑、壞疽性膿皮症、口内炎など)により衰弱が強、安静の上全身管理を要する。
 - 6) 著しい栄養障害がある。
 - 7) PCDAIが70点(またはDAIが450点)以上

また、クローン病の病変部位による分類としては主病変(縦走潰瘍、敷石像または狭窄)の存在部位により分けられるが約半数の患者は回盲部を中心に小腸・大腸に病変を認める小腸大腸型であり、いずれかのみに病変を持つ小腸型、大腸型がそれぞれ約25%とされる²⁾。その他の特殊型として多発アフタ型、盲腸虫垂限局型、直腸型、胃・十二指腸型などがある。一般に小腸型では腹痛が、大腸型では血便・下痢が多いとされる³⁾が、今回の症例では腹痛や下痢、肛門病変を認めず、初診時では炎症性腸疾患の存在を疑うことは困難であった。しかし『小児クローン病治療ガイドライン』(表2)によりレトロスペクティブに判定すると、『高度の腸管狭窄や腸閉塞が存在し経腸栄養が困難な状態』として重篤な場合に分類される⁴⁾。重症であっても典型的な症状を欠き、閉塞症状が診断の契機になるクローン病も存在する。それでも成人例では上部消化管内視鏡検査への心理的抵抗が弱く、比較的スムーズに施行できる⁵⁾が、小児例では通過障害が腸管狭窄から閉塞に進展するまで長期にわたって見逃される可能性がある。

病歴において『近親者の死』や『死を暗示するよう

な言動』からはうつ病による体重減少を、『軽度の肥満体型をからかわれて以降の体重減少』からは拒食症による体重減少をそれぞれ想起させるような経過であったが、嘔吐の時間帯から器質的疾患の疑いを強くした。食後1-4時間での嘔吐は胃十二指腸疾患を、食後12-48時間での嘔吐では幽門・十二指腸閉塞を示唆するとされており、今回の症例に矛盾しない。食後8時間以上経過して食物残渣を認める場合には胃流出路の閉塞が考えられるとされており、吐物の内容としても本症例と合致した⁶⁾。このため小児においては侵襲度の強い上部消化管内視鏡検査を行う根拠となり、クローン病と診断することができた。

結 語

クローン病では全消化管に発症可能性がある。上部消化管に比較的限局して発症し、血便や腹痛が軽度である場合、消化管閉塞がおきるまで見逃される可能性がある。特に症状が嘔吐、体重減少のみであれば心因性的なものとして誤解されるおそれがある。たとえば嘔吐において、心因性的な症状と物理的な通過障害の症状は細部で明らかに異なるため細かい観察が必要であると考えられる。

謝 辞

実際に内視鏡検査をしていただいた済生会中津病院消化器内科福知工先生、転院後に治療をしていただいた大阪医科大学病院小児科青松大槻先生、余田篤先生に深謝いたします。

文 献

1. 福田能啓, 奥田真珠: クローン病ってこんな病気ー食生活から見直すー. 美社会保証中央総合病院アンケート調査より. p21
2. 岡本晋, 杉野吉則, 日比紀文: 消化器のX線診ークローン病. 総合臨牀, 2008. Vol.57/ No8. p2212-2218
3. クローン病診療ガイドライン: CDによる臨床症状にはどのようなものがあるのか. p20
4. 田尻仁, 余田篤, 友政剛ほか: 小児クローン病治療ガイドライン(解説). 日本小児科学会雑誌, 2013. 117: 30-37
5. Hidemasa Takahashi etc: Pyloric stenosis as an initial symptom in Crohn's Disease: A case report and the review of literatures. Shimane J. Med. Sci., 2000. Vol.18 pp27-30
6. 福井次矢, 奈良信雄ほか: 内科診断学. 嘔吐に対する医療面接のポイント. p218

A case of Crohn's disease with atypical symptoms

Tomoya Shingaki, Syouko Yoshino, Yuusuke Kumagai and Kenji Owa

Department of pediatrics, Saiseikai Nakatsu Hospital, Osaka

A 9-year old boy presented with vomiting and weight loss as chief complaints but had few other symptoms. His clinical findings and routine laboratory test results were normal. Fecal occult blood test was negative and abdominal echogram revealed no abnormality. Due to his social and family background and negative behavior, a neuropsychiatric disorder was initially suspected. He often vomited several hours after eating or even drinking. These findings led us to suspect of upper gastrointestinal obstruction. The upper endoscopy showed pyloric obstruction and longitudinal ulcer in his duodenum. He was diagnosed with Crohn's disease.

Abdominal pain, diarrhea and bloody stool are common symptoms in inflammatory bowel disease. However, he did not exhibit such symptoms during the entire admission. Even if there are few symptoms other than frequent vomiting in young patient, endoscopic examination should be considered because an atypical organic disease may be present.