

た。下部消化管内視鏡検査 (CF) を施行したところ、横行結腸～下行結腸にかけ縦走傾向のある潰瘍、介在粘膜に数石様所見を認めた。クローン病増悪と考え、絶食、中心静脈栄養、5-ASA 製剤増量し治療を行ったが、改善を認めなかったため、PSL0.5mg/kg 内服開始した。しかし、増悪傾向であったため、インフリキシマブ 5 mg/kg にて寛解導入療法を行ったところ、速やかに内視鏡所見、症状や血液検査所見は改善した。レミケード投与後より WBC 低下傾向となり、肺炎を併発したが、抗生剤にて軽快している。現在はインフリキシマブ 4 mg/kg にて特に副作用も認めず、寛解を維持している。高齢者に発症し、治療に苦慮したが、インフリキシマブにて寛解しえた症例を経験した。文献的考察を加え、報告する。

### 3. 原発性硬化性胆管炎に合併したクローン病の 1 例

田中 寛人, 橋爪 真之, 飯塚 賢一

吉田佐知子, 水出 雅文, 下山 康之

河村 修, 森 昌朋

(群馬大医・附属病院・消化器内科)

草野 元康 (同 光学医療診療部)

【症 例】 20 歳, 男性 【主 訴】 腹痛 【既往歴】 17 歳時, 原発性硬化性胆管炎 【現病歴】 17 歳時に原発性硬化性胆管炎 (以下 PSC) と診断され他院にて経過観察されていた。平成 22 年 1 月から時々腹痛が出現, 2 月より下痢を認めるようになった。その後も腹痛, 下痢が改善しないため 5 月 9 日当院受診, 38 度台の発熱と炎症反応および肝胆道系酵素の上昇があり精査加療目的に同日入院となった。【経 過】 腹部造影 CT では肝 S2, S3 の胆管壁の軽度肥厚と限局性の数珠状拡張を認め PSC に矛盾しない所見であった。また, 上行結腸から下行結腸の壁肥厚および肛門 6 時方向から会陰部 10 時方向にかけて痔瘻形成を認めた。CT 所見から PSC に合併した潰瘍性大腸炎 (以下 UC) を考え浣腸のみの前処置で下部消化管内視鏡検査を行い直腸から S 状結腸まで観察したが粘膜は血管透見が保たれ, びらんや潰瘍も認めず UC は否定的と考えた。痔瘻感染と感染性腸炎を疑い外科的処置, 抗生剤投与で治療し一時 CRP は低下傾向を認めた。しかし, 肛門痛の増悪とともに CRP の再上昇, 排便回数の増加を認めたため 6 月 10 日に全大腸内視鏡検査を施行した。回腸終末部に異常所見は認めなかったが盲腸から下行結腸にかけて数石状変化を伴う縦走潰瘍を認め, 病理組織診で類上皮細胞肉芽腫を認めたためクローン病と診断。5-ASA 投与を開始し, 6 月 28 日からインフリキシマブを導入したところ下痢は改善傾向を示したため退院となった。【考 察】 PSC に合併した炎症性腸疾患, 特に UC の報告は多く欧米では 54~100%とされているがクローン病合併の報告は比較的少なく, 医

中誌などの検索では 1983 年から 2010 年で 8 例の報告があった。一方で飯塚らは PSC に合併した腸炎例をまとめたところ, 1. 右側優位に病変が多く散在性に分布する, 2. 終末回腸炎を伴う, 3. 活動性は軽度, 4. 自覚症状に乏しく臨床的緩解の時期が長く継続する, 5. PSC と腸炎の活動度に関連を認めない, 6. 病理学的に好酸球浸潤を高率に認めるといった特徴をもつ傾向があることから UC やクローン病などの既存の炎症性腸疾患の合併ではなくひとつの独立した腸炎である可能性を述べている。本症例でもこれらに合致する項目もあるが, 終末回腸炎や好酸球浸潤は認めなかった。しかし, 今後経時的に所見が変化する可能性も考えられ, 注意深く経過をみていく必要があると思われる。【結 語】 原発性硬化性胆管炎に合併したクローン病の 1 例を経験したので文献的考察を含め報告する。

### 4. 急性虫垂炎に併発した化膿性脊椎炎の 1 例

矢野間 透, 福地 稔, 鈴木 雅貴

山岸 純子, 田部 雄一, 深澤 孝晴

桐山 真典

(社会保険群馬中央総合病院 外科)

堀内 克彦, 湯浅 和久, 内藤 浩

(同 消化器科)

【はじめに】 急性虫垂炎は, よく遭遇する疾患であり, 手術を必要とする症例であっても虫垂切除によって比較的早期に軽快を認めることが多い。今回我々は, 急性虫垂炎術後, 発熱が続き熱源検索に苦慮し, 化膿性脊椎炎の併発と診断された一例を経験したため報告する。【症 例】 65 歳, 男性。主訴は右下腹部痛。8 月 20 日, 右下腹部痛出現し, 徐々に増悪認めた。翌日, 急性虫垂炎にて近医より当科へ紹介となった。既往歴としては糖尿病があり, 腰椎圧迫骨折による腰痛に対し近医通院中であった。入院時現症は, 身長 162cm, 体重 69kg, 血圧 107/59, 脈拍数 90 回/分・整, 体温 38.5°C, 右下腹部に圧痛, 筋性防御, 反跳痛を認めた。採血検査結果では, WBC24300, Hb12.5, Plt12.7 万, CRP13.02, BUN37.7, Cre2.81, UA8.4, BS 359 と著明な炎症所見, 腎機能障害, 高血糖を認めた。CT 検査所見では著明に腫大した虫垂と腹腔に長径 3 cm 大の糞石, 周囲脂肪織の毛羽立ちを認め, 腹水, 穿孔所見は認めなかった。急性虫垂炎の診断にて, 穿孔の危険性が高いと判断し, 入院同日, 緊急手術虫垂切除術施行した。術中所見では明らかな穿孔所見や膿性腹水は伴わなかった。術後 1 日目は 41°C まで発熱認め, 採血検査結果では WBC2400, Plt9.4 万, CRP25.58 であった。術後 2 日目も 39°C 近い発熱を認め, 血液培養検査施行し, 術中の腹水培養検査と同様の E. coli と Providencia stuartii 検出した。術後 3 日目も発熱は続き, CMZ1g×2 投与していた