

画像診断ライブラリー

クローン病

最近、活動期クローン病に対する栄養療法の有効性はほぼ確立された観がある。かつて筆者は、入院中、半消化態栄養剤の投与とプレドニン®内服の併用療法によって緩解が得られ、退院後は、朝昼は低残渣・低脂肪食、夕は原則として半消化態栄養剤のみを服用する食事療法と維持量のプレドニン®にて9ヵ月間経過観察し得た症例を経験したので、その小腸、大腸X線像を供覧する。



図1-a 上行結腸・横行結腸部

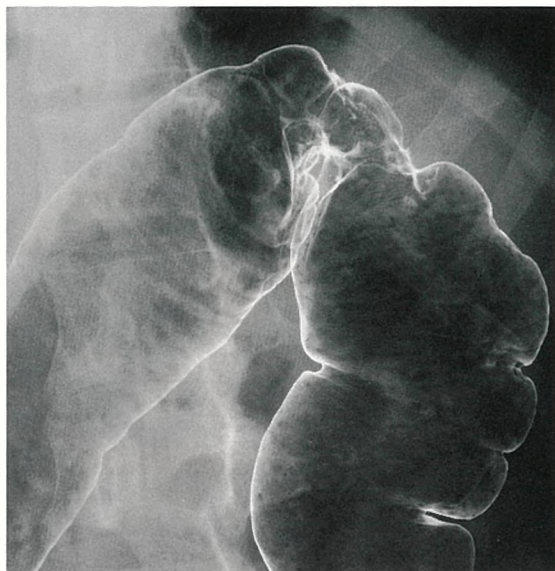


図1-b 横行結腸・脾彎曲部



図1-c 下行結腸～S状結腸部

症 例 23歳，男性．

主 訴：腹痛，下痢．

既往歴：10歳時，虫垂切除術．

家族歴：父が精神分裂病．

現病歴：中学生の頃より腹痛があった．

1985年4月頃より，食事，排便とは無関係に心窩部痛が出現してきた．7月中旬より下痢も起こすようになった．7月31日には，発熱（38℃），下腹部痛を訴えるようになったため8月1日受診した．

8月21日，注腸造影（図1）にて上行結腸・横行結腸（図1-a）に縦走潰瘍，タッシュ様変形，アフタ様潰瘍，横行結腸・脾彎曲部（図1-b）に狭窄，タッシュ様変形，下行結腸～S状結腸（図1-c）にアフタ様潰瘍，膨隆型変形などを認めた．

8月29日、小腸二重造影(図2)にて中～下部小腸を中心に縦走潰瘍、タツシェ様変形、敷石状外観、skip lesionなどを認め、赤沈50 mm/1時間、赤血球 463×10^4 、ヘモグロビン 12.1 g/dl、血清アルブミン 3.0 g/dl、 α_2 -グロブリン 12.0%、CRP (2+)であったのでクローン病と診断し、外来治療を行っていたが、症状が軽快しないため同年10月7日入院した。



図2 小腸二重造影('85年8月29日)

〔入院後の経過〕

①治療：入院時よりプレドニン[®]、半消化態栄養剤(クリニミール[®])の投与を行った。プレドニン[®]については30mg/日より開始し漸減した。クリニミール[®]はEDチューブを使用し、表1の如く投与した。この間はクリニミール[®]のみ投与し、1986年1月23日以後クリニミール[®]を漸減し、低残渣食との併用を行った。

②自覚症状：1985年10月9日腹痛があったが、その後、自覚症状はほとんど認めなかった。

③検査成績：退院時(1986年4月24日)の検査成績は表2に示す如くであった。

表1 クリニミール[®]投与法

投与量 (kcal/日)	月/日	投与日数
400	10/ 8～14	7
600	10/15～17	3
800	10/18～21	4
1,000	10/22～25	4
1,200	10/26～31	6
1,400	11/ 1～ 6	6
1,600	11/ 7～14	8
1,800	11/15～18	4
2,000	11/19～25	7
	1986年	
2,400	11/26～1/22	58



図3 小腸二重造影（'86年1月21日）

④X線像の推移：1986年1月21日（初回検査より約5ヵ月後）の小腸二重造影（図3）では、中～下部小腸にみられた縦走潰瘍および非連続領域の潰瘍性病変は癒痕化し、タッシュェ様変形を認め、数石状外観は消失した。

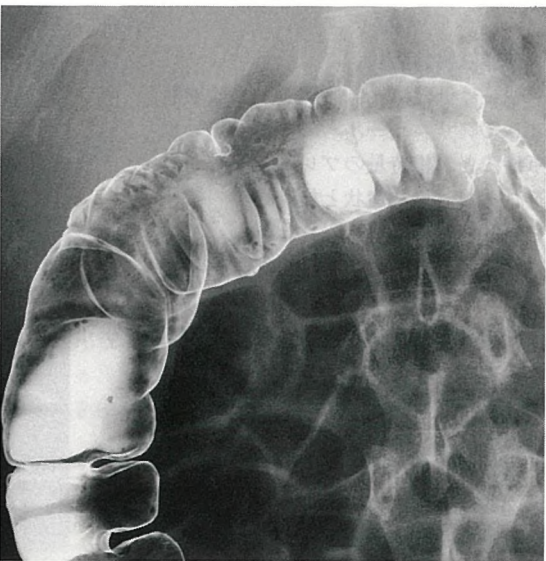


図4 注腸造影（'86年2月6日）

1986年2月6日（初回検査より約5ヵ月後）の注腸造影（図4）では、上行結腸・横行結腸にみられた縦走潰瘍は癒痕化して、タッシュェ様変形、炎症性ポリープを認めた。アフタ様潰瘍は消失した。狭窄部分はやや拡張した。しかしネットワークパターンの回復は不十分であった。

自覚症状，検査成績，X線所見の改善をみたため，同年4月28日退院した。

表2 臨床経過

		1986年 4月24日	6月11日	8月22日	10月17日	11月28日	1987年 1月27日
自 覚 症 状			食後2～3時間 してから 下腹部痛あり	なし	食後時々 腹痛あり	なし	なし
末梢血	白血球	10,100	7,200	10,500	6,700	8,900	6,300
	赤血球 (×10 ⁴)	498	505	558	533	509	484
	ヘモグロビン (g/dl)	15.5	16.1	16.6	15.7	15.6	14.6
血清蛋白分画	総蛋白 (g/dl)	6.5	6.5	6.7	6.6	7.5	6.5
	アルブミン (%)	66.8	65.4	63.4	65.9	62.6	62.9
	α ₂ -グロブリン (%)	7.9	8.4	8.8	8.5	11.8	9.2
総コレステロール (mg/dl)		158	132	172	134	162	145
血清鉄 (μg/dl)					98		49
CRP		0.5+	1+	1.5+	1+	1.5+	1.5+
赤 沈 (mm/時間)		2			4	6	7
便潜血	グアヤック	±		—	—	—	—
	オルトトルイジン	+		—	—	—	—

〔退院後の経過〕

朝昼は低残渣・低脂肪食、夕は原則としてクリニミール®のみ服用する食事療法と、維持量のプレドニン®内服を行った。自覚症状と検査成績の推移を表2に示す。

X線所見については、1986年9月16日の注腸X線像では、下行結腸に小さなアフタ様潰瘍があった。同年9月25日の小腸二重造影像では、中～下部小腸に部分的に縦走潰瘍があり、アフタ様潰瘍も所々に認めた。

1987年1月27日の小腸二重造影像(図5)では、中～下部小腸に縦走潰瘍、著明な両側性狭窄、片側性狭窄、アフタ様潰瘍などの所見を認めた。同年2月10日の注腸造影像(図6)では、下行結腸～S状結腸に小さなアフタ様潰瘍を認めた。



図5 小腸二重造影('87年1月27日)

〔ま と め〕

(1)活動期には入院させ、食事としては半消化態栄養剤のみ投与する制限の厳しい食事療法とプレドニン®内服との併用療法により、自覚症状、検査成績、X線学的所見のいずれも緩解した。

(2)退院後は、朝昼は低残渣・低脂肪食、夕は原則として半消化態栄養剤のみ服用する比較的制限の厳しい食事療法と維持量のプレドニン®内服との併用療法により、潰瘍性病変の再発は防げなかったものの自覚症状、検査成績の悪化はみられず、再入院を要することはいなかった。

(3)活動期クローン病の緩解導入および緩解維持には、各患者の病期に応じて、栄養療法剤とSASP、ステロイド剤など薬剤の種類の選択、投与量、投与期間の検討などを適切に、しかもきめ細かに行っていくことが重要である。

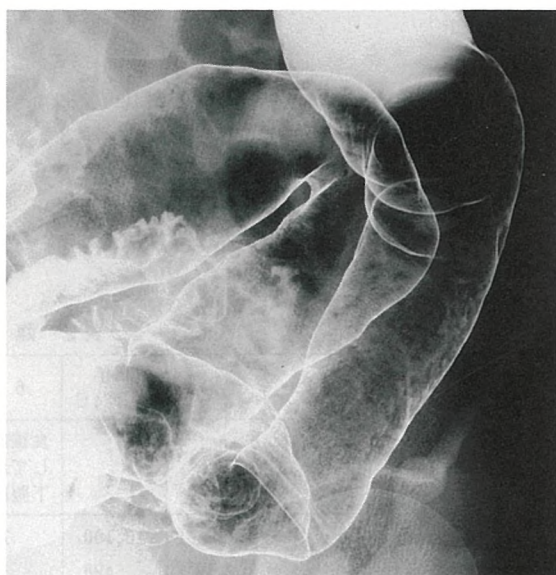


図6 注腸造影('87年2月10日)

提供

鹿児島県日置郡・石神胃腸科内科医院

石 神 信 治