

## クローン氏病の6症例について

東京女子医科大学外科学教室(主任 榊原 任教授)

助教授 太田八重子 • 今野 草二 • 五味 春人  
オオタ ヤエ子 コンノ ソウジ ゴミ ハルト

岸 一夫 • 秋元 富夫 • 山口 栄豊  
ケン カズ オ アキモト トミオ ヤマグチ エイホウ

中島 一己 • 富永 誠一 • 斉藤 明子  
ナカシマ カズミ トミナガ セイイチ サイトウ アキコ

(受付 昭和39年11月13日)

## I. 緒言

本外科において昭和34年から37年の4年間に経験したクローン氏病6例につき、文献的考察を加え症例報告する。

周知のごとくクローン氏病は1932年 Crohn<sup>1)</sup> が詳細にこれを記載して以来、1つの独立した疾患として注目を浴びようになり、今日までに欧米諸国では多数の症例が報告されている。わが国にも本症の症例報告は多いが、まだ例数は少ない(7, 10-21)。

Crohn<sup>1)</sup> は初め本症に Regional ileitis なる病名を用い<sup>1)</sup>、その罹患部位は廻腸末端に特有としたが、以後多数の症例増加とともに廻腸末端のみならず小腸各部、結腸にもみられることがわかり、現今では Regional enteritis<sup>2)3)</sup> 或は Cicatrizing enteritis<sup>3)4)5)</sup> なる病名が用いられているようである。

## II. 症例

**症例1.** 28才男性。主訴；右下腹部痛、羸瘦、昭和29年4月(入院8年前)虫垂切除術を受ける。その後無症状に経過したが3年後再び下腹部痛を覚え、某病院で腸結核と診断され手術を受ける。この3年後再び食後に右下腹部痛がしばしばあり、某病院で腸管癒着症の診断の下に手術を受け、一応軽快退院する。約2ヵ月後再び右下腹部痛と下痢をともしない次第に羸瘦し、昭和37年3月本外科を訪れ入院する。

入院時所見：羸瘦強度、発熱、右下腹部虫垂切除術の

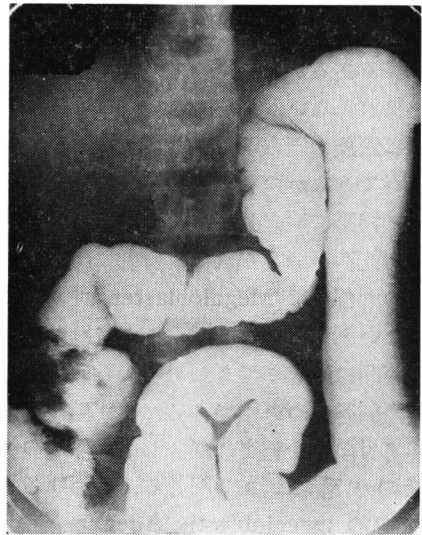


写真 1

瘻痕を認め、同部位に圧痛を証明し、腹痛時鶏卵大の腫瘍を触れる。また同部位に狭窄性腸雑音を聴取する。

検査所見：血液；R 465×10<sup>4</sup>、Hb 75%、W 10250、血液像ではエオジノフィリーはない。尿所見異常なく、その他 A/G 比；1.16。

レ線所見；腸管腔(盲腸)の狭窄、変形、腫瘍形成による廻腸末端の転位(写真1)。

手術所見；盲腸に病変のあつた症例で、盲腸と廻腸末端は高度の線維性癒着あり、これが全体として一つの腫瘍を形成し、且つ、前側壁腹膜に癒着している。盲腸壁は非常に固く線維性肥厚を認め、廻盲弁より約5cm肛側

Yaeko ÔTA, Soji KONNO, Haruto GOMI, Kazuo KISHI, Tomio AKIMOTO, Eiho YAMAGUCHI, Kazumi NAKASHIMA, Seiichi TOMINAGA, Akiko SAITÔ (Department of Surgery, Tokyo Women's Medical College): The six cases of Crohn's disease.

に鶏卵大の固い腫瘤を触れる。腸間膜は浮腫性に肥厚，腸間膜の所属リンパ節が豌豆大に数コ腫脹す。廻盲部切除を行なう。

盲腸の腫瘤は直径約5cmの円形の潰瘍を形成し，その辺縁は肥厚隆起して，周囲の粘膜は著明なポリープ状の変化を示し，浮腫著明。

**症例 2.** 27才の女性。主訴；腹部膨満感，右下腹部腫瘤。入院1年前虫垂切除術を受ける。入院約1カ月前より上腹部の不快感，鈍痛あり，かつその強さを増して仙痛様発作あり，某婦人科医に卵巣のう腫と診断された。当病院婦人科にて開腹の結果，卵巣には異常なく廻盲部腫瘤を発見され，本外科で本症である事を認められ，引続き廻盲部切除術施行。

検査所見：血液；R 380×10<sup>4</sup>，Hb 70%，W 15000，血液像でエオジノフィリーはない。尿その他に異常を認めない。

手術所見：盲腸は異常に大きく，ほとんど廻盲部全体を占めている。その壁は肥厚し弾性硬，外側・後側はかたく後腹膜と癒着している。外側部は剝離する際，少量の膿漏出する。廻盲部切除を行なう。

**症例 3.** 27才男。主訴；下腹部痛，約2年前に虫垂切除術を受ける。約1カ月前より食欲不振，盗汗，食後腹部全体に鈍痛あり，2週間前より下腹部痛となり特に食後増悪し，時々仙痛発作を認めた。



写真 2

入院時所見：全身状態比較的良好，貧血も認められない。発熱あり，右下腹部に虫垂切除の瘢痕の部位に相当して熱感，圧痛を認める。腫瘤は触れない。腹部全体は軟かく，その他異常を認めない。

検査所見：血液；R 414×10<sup>4</sup>，Hb 81%，W 13,000，血液像でエオジノフィリーを認めない。ツベルクリン反

応陰性。尿その他に異常を認めない。レ線所見；盲腸管腔の強度の狭窄，形態の変化，盲腸および廻腸末端の転位等を認める（写真2）。

手術所見：盲腸と廻腸末端は固く線維性に癒着し，更にこれに大網膜が癒着している。腸間膜の所属リンパ節腫脹は認めない。廻盲部切除術を行なう。盲腸壁は線維性肥厚著明で厚さ約0.5～1.0cmで，外観，あたかも廻盲弁が盲腸腔内へ嵌入している如き所見を呈している。

**症例 4.** 56才，女性。主訴；下腹部膨満感。入院4～5年前より食後，特に過食時，下腹部膨満感あり，悪心下痢をみる。この症状は次第に増悪し腹鳴をともなう。半年前より，過食後又は脂肪性食物の摂取後下痢しやすく，腹部膨満感次第に著明となる。

入院時所見：羸瘦，脱水症状，発熱あり。下腹部全体に圧痛，鼓腸を認める。



写真 3

検査所見：血液；R 415×10<sup>4</sup>，Hb 80%，W 8600，血液像でエオジノフィリーを認めない。尿の検査で異常を認めず。A/G 比 1.20。レ線所見；廻腸末端約20cmにわたり粘膜像の消失，形態の変形，および廻盲部の転位が主な所見である（写真3）。

手術所見：廻腸末端と盲腸の癒着を認める。廻腸末端の腸管腔の狭窄，その壁は線維性肥厚，粘膜は浮腫著明である。腸間膜リンパ節の腫脹はない。

**症例 5.** 29才男性。主訴；右下腹部の腫瘤。入院5年前虫垂切除術を受ける。その後無症状に経過したが入院（36年11月）1週間前より虫垂切除術の瘢痕部に相当した部位に腫瘤のあるのに気づき，また同部位に疼痛を覚える。その後疼痛増強する時に腫瘤大きくなる。

入院時所見：血液；R 385×10<sup>4</sup>，Hb 75%，W

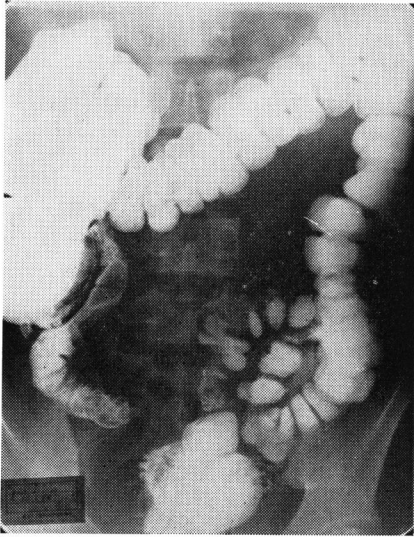


写真 4

18.400, 血液像でエオジノフィリーはない. 尿の検査所見では特に異常は認めない. レ線所見: 廻腸末端の内腔狭小, 形態の変化, 転位および粘膜像の消失を認める(写真4).

手術所見: 盲腸に大網膜癒着し, 盲腸および廻腸末端は線維性硬. これが腫瘍を形成している. 廻盲部切除を行なう. 盲腸壁は線維性肥厚著明で, 盲腸末端は約10cmにわたり粘膜の浮腫著明. 多数の小豆大のポリープ状の隆起(Pseudopolyposis)を認める.

症例6. 21才男性. 主訴: 右下腹部腫瘍. 虫垂切除2年後, 偶然廻盲部に楕円形の腫瘍に触れた. 疼痛なく, その後腫瘍は次第に大きくなる.

入院時所見: 右腸骨域に虫垂切除術の痕跡の部位に相当して3×4cmの固い腫瘍に触れる.

検査所見: 血液: R 420×10<sup>4</sup>, Hb 73%, W 15,800, 血液像でエオジノフィリーはない. 発熱あり.

手術所見: 盲腸は側壁腹膜, 大網膜と癒着し, 盲腸壁

特に下端の部分の肥厚は著明で, 腫瘍を形成している. 癒着剝離中, 膿少量漏出する. 廻盲部切除を行なう.

#### 臨床所見とその経過

Crohn<sup>1)</sup> (1932) らは本症の臨床所見として, ①右腸骨域の腫瘍, ②瘻孔形成, ③貧血. ④既往虫垂切除術の癒着, ⑤腸狭窄症状, の諸点を挙げている. また本症の臨床経過を次の4期に分類した. ①腹部刺激症状を伴った急性腹部症状, ②潰瘍性大腸炎の症状, ③腸狭窄症状, ④頑固な瘻孔形成. また一方 Pollock<sup>6)</sup> (1958年) らは, Crohnの病理学的基準による分類よりも, 予後の観点からその病歴の期間による分類を挙げている. すなわち①急性期(1カ月以内の病歴), ②亜急性期(1カ月より2年以内の病歴), ③慢性期(2年以上の病歴). 先の分類で①が急性期, ②以下が亜急性および慢性期に属するものである. われわれの経験した6症例では既往虫垂切除術は5例, 腸管狭窄症状2例, 瘻瘻2例, 廻盲部腫瘍4例, 瘻孔形成は1例もなかった. 白血球増多は全例にみた(表1, 2).

#### レ線所見

先に述べたごとく本症には各病型があり, したがってレ線所見も多様であり, いわゆる String Sign なるものは本症の慢性期の典型的像と考えられる. Braum (1935年), Kiefer<sup>7)</sup> (1943年) らは本症のレ線所見の特徴として次の所見を挙げている. すなわち①小腸の形態の変形, ②腸管腔の狭小, ③粘膜像の消失, ④病変部位の硬直ならびに固定, ⑤腫瘍形成による腸管の転位, ⑥瘻孔様像, ⑦腸管運動亢進, ⑧狭窄前部腸管拡張, などで, 以上の所見が複合した多種多様な変化を示

表 1

症例	摘ち	年齢	性	主 訴	既 往 虫 垂 切	罹患部位	再 発 1964. 11 現在
1. M K		28	♂	右下腹部痛 羸 瘦	8年前	盲 腸	術 後 2 年
2. S A		29	♀	腹部膨満感 下腹部腫瘍	1年前	盲 腸	(-)
3. S M		27	♂	下腹部痛	2年前	盲 腸	(-)
4. T K		56	♀	下腹部膨満感	(-)	廻腸末端	(-)
5. M K		27	♂	右下腹部腫瘍	5年前	盲 腸 廻腸末端	(-)
6. K H		21	♂	右下腹部腫瘍	2年前	盲 腸	(-)

表 2

症例	摘要			腫瘍	瘻孔	腸管狭窄 症状	既往 虫垂切	発熱	血液検査所見
1.	M	K	±	—	+	+	+	+	R : 465×10 <sup>4</sup> , W : 10250 Hb : 75%, エオジノフィリー (—)
2.	S	A	+	—	—	+			R : 380×10 <sup>4</sup> , W : 15000 Hb : 70%, エオジノフィリー (—)
3.	S	M	—	—	—	+	+	+	R : 414×10 <sup>4</sup> , W : 13000 Hb : 81%, エオジノフィリー (—)
4.	T	K	—	—	+	—	+	+	R : 415×10 <sup>4</sup> , W : 8600 Hb : 80%, エオジノフィリー (—)
5.	M	K	+	—	—	+	+	+	R : 385×10 <sup>4</sup> , W : 18400 Hb : 75%, エオジノフィリー (—)
6.	K	H	+	—	—	+	+	+	R : 420×10 <sup>4</sup> , W : 15800 Hb : 73%, エオジノフィリー (—)

すものである。われわれの経験した6例中、4例にバリウム注腸造影により、診断的価値ある所見を得た(写真1~4)。

#### 病理学的所見

Hadfield<sup>8)9)</sup> (1939年), Warren, Sommers<sup>3)</sup> (1947年)によれば, 本症の病理組織像からみた一次的初期変化は粘膜下組織に著明で, 内皮細胞の炎症性滲出および閉塞性リンパ浮腫があり, その結果著しく肥厚を生じる。亜急性期のそれは急性期と慢性期のものと明確に区別され難いが, リンパ内皮細胞の増殖著明であり, Giant-cell granuloma が出現しはじめる。

腸間膜リンパ節にも同様, またはより軽度の変化が認められる。

慢性期の所見はび慢性の慢性炎症, 粘膜潰瘍, 粘膜下層の浮腫, 多数のプラズマ細胞, リンパ球, エオジン好性細胞の出現が著明で, これがほとんど全層に, また一部腸間膜にも及ぶ。筋層は肥厚し, リンパ節, 腸管壁に散在性の Granuloma を形成し, その中心部に Langhans 型または異物型巨細胞が認められる。これに関し, Hadfield は粘膜下層の塞閉性リンパ浮腫とリンパ組織の増生を認め, 杯中心には細網内皮細胞が増加し, 更にこれによつて置換され, 杯中心に巨大細胞が出現する。これはある大きさまで増殖すると退化するが, Necrosis や Fibrosis の変化を来さない。同様の変化はリンパ節にも認められる。われわれの経験した6例とも慢性型に属し, その病理組織所見も慢性期の像を示した。紙面の都合で

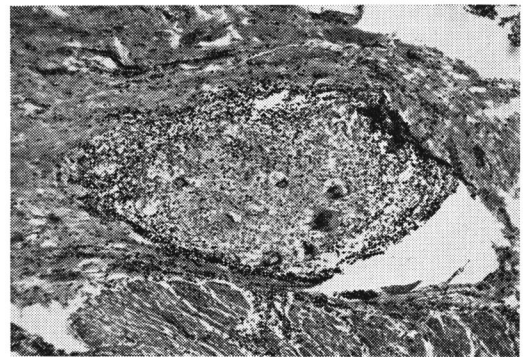


写真 5

2 症例について述べると,

症例2. リンパ組織の増生, 細胞浸潤と線維組織の拡がり, 浮腫が粘膜から粘膜下層の深部に不規則に侵入し, 潰瘍を形成した諸変化を認める。なお線維化組織中にはリンパ結節があり, その中には Tuberkel 様の Granuloma を認めるが, Tuberkel と異なり乾酪化を認めない(写真5)。また時に膿瘍と共存し, 組織細胞が周囲に多く認められる。

症例3. 粘膜から粘膜下層にかけて, び慢性浮腫, 網状細胞の増加, リンパ球・好酸球・好中球浸潤が非常に高度にあり, 一部は潰瘍形成, 壊死をみる。

同様の変化はより軽度に筋層漿膜にもあり, そのため腸壁全体が高度に肥厚している。

筋層漿膜下では小血管周囲には限局性のリンパ浸潤, リンパ濾胞の新生があり, その中心に多核巨細胞を含む小肉芽を形成している。

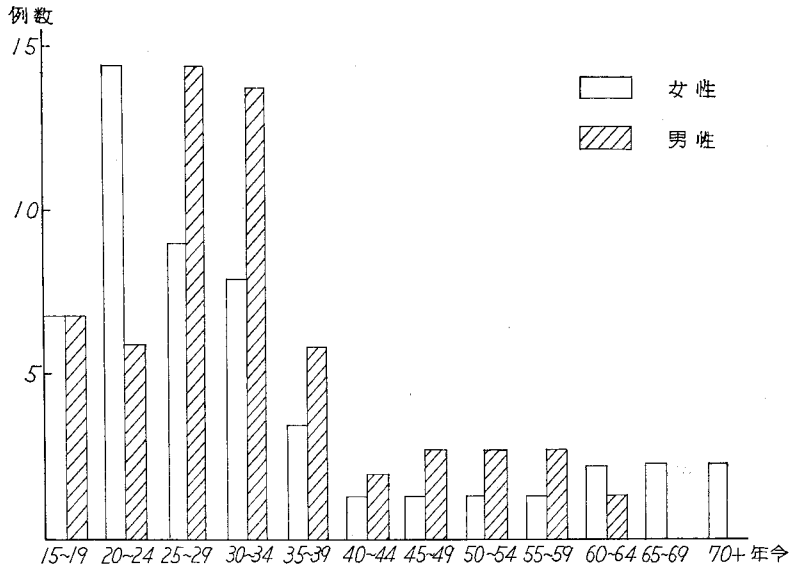


図1 クロウン氏病年齢、性別発生頻度 (120症例) Warren (1947)

しかし乾酪化は認めない。リンパ節はリンパ濾胞およびリンパ球基質の細網内皮細胞の増殖が著明。

III. 考 按

本症の年齢別発生頻度については、20才から40才が最も大で、小児・老人には少ない。Warren

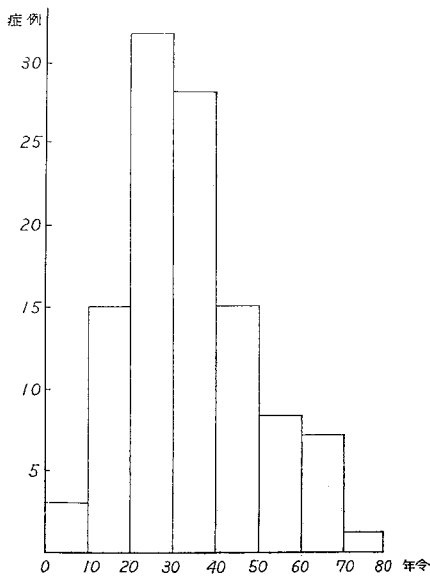


図2 クロウン氏病年齢別発生頻度 (108症例) Pollock (1958年)

(1947年)<sup>3)</sup>の統計によると、図(1)の如くであり、また Pollock<sup>6)</sup>(1958年)は108例の統計によれば、最年少者は4才であり、最年長者は69才(手術時)である(図2)。性別では報告者により多少の差はあるが有意差を認めない(図1)。

本症の診断について問題になるのは急性期の場合であり、その大部分のものは急性虫垂炎の診断のもとに虫垂切除を受けている。われわれの6症例中5例に虫垂切除の既往を認めた。この事実は本症の急性期の症状が、急性虫垂炎のそれと非常に類似しており、急性期においての本症の診断がいに困難であることを示すものである。急性虫垂炎の診断の際はもちろん、手術に際しても、臨床症状に比し、虫垂に著変を認めぬ時は、一応本症も考慮する必要がある。慢性期のそれについては先に述べた如く、臨床所見およびレ線所見により、比較的診断は容易と考える。

IV. 結 語

本症の6症例につき、文献的考察を加え症例報告した。

本症の発生原因、治療については未だ定説なく、再発に関しては報告者によりかなり差はあるが、大体30%~60%のようである<sup>11)</sup>。

なお6症例中1例(症例1)において最近再発をみた。

外科的治療としては、腸切除術と曠置術とがあるが、われわれは全例に腸切除を行なった。この場合、再発と切除範囲についても種々と問題があると思われる。

本症の急性期の診断と治療、原因の究明が今後の課題として重要である。

#### 文 献

- 1) **Crohn, B. B. et al.:** Regional enteritis. JAMA, Oct. 15 (1932).
- 2) **Brown, P.W. et al.:** Chronic inflammatory lesions of the small intestine (regional enteritis). Amer J Digest. Dis. & Nutrition 1934-35, I, 426-431.
- 3) **Warren, S. et al.:** Cicatrizing enteritis (Regional ileitis as a pathologic entity. Amer J Pathol 24 475-501.
- 4) **Harris, F.I. et al.:** Chronic cicatrizing enteritis. Surg., Gynec & Obst., 57 637-645 (1933).
- 5) **Bell, H.G.:** Chronic cicatrizing enteritis. California & West. Med., 41 239-241 (1934).
- 6) **Pollock, A.V.:** Brit J Surg 46 No. 197 Nov. (1958).
- 7) **高田洋・他:** Crohn 病の一例とレ線像. 広島医学 12 (6) 459 (昭34).
- 8) **Hadfield, G. et al.:** Regional ileitis. St. Barth. Hosp. Res., 72 181-224.
- 9) **Hadfield, G.:** The primary histological lesion of regional ileitis. Lancet (2) 773-755 (1939).
- 10) **小林正礼:** 所謂 Crohn 氏病の治療. 消化器病の臨床 3 (1) 46-51 (61).
- 11) **田胡研治・他:** 局所性腸炎 (Crohn 氏病) の臨床例. (会) 日本消化器学会雑誌 57 (12) 1839 (1960).
- 12) **松尾三千雄・他:** Crohn 氏病の2例. 臨床外科 15 (4) 381 (昭35).
- 13) **山崎又治郎・他:** Crohn 氏病と急性虫垂炎との共存例. 治療 42 (3) 603 (昭35).
- 14) **徳田淳一:** 大腸癌と誤診された上行結腸の Crohn 氏病の例. 外科 21 (13) 1221 (昭34).
- 15) **渡辺泰一・他:** Crohn 氏病の1例. 東京慈恵会医科大学雑誌 73 (12) 2560 (昭33).
- 16) **芦川恒夫:** Crohn 氏病と虫垂炎の共存例. 日本臨床外科医会雑誌 20 (3) 154 (昭34).
- 17) **村上栄一郎・他:** Crohn 氏病 (限局性腸炎) の病理組織学的所見, 特にその再発の問題. 日本消化器学会雑誌 55 (5) 312 (昭33).
- 18) **清水貞雄・他:** Crohn 氏病による腸重積症の3例. 信州医学雑誌 7 (6) 799 (昭33).
- 19) **小林正礼・他:** 所謂 Crohn 氏病の概観と自験例. 治療 40 (5) 576 (昭33).
- 20) **村上栄一郎・他:** Crohn 氏病 (組織所見を中心に.) 臨床消化器病学 5 (3) 115 (昭32).
- 21) **山信田欣一・他:** Crohn 氏病の2例. 外科 19 (3) 197 (昭32).