

顯微鏡的大腸炎

施設名：亀田総合病院 総合内科

作成者：王 梓任

監修者：樋口 直史

分野：消化器
テーマ：診断・治療

79歳女性 下痢

2カ月前から腹痛，黄土色の水様下痢を自覚

3週間前から便回数が5-6回/日に増加し精査のため受診

血便/生ものの摂取/sick contact/海外渡航歴/抗菌薬曝露なし

体重 1ヶ月で1kg減少

既往歴 高血圧、胃食道逆流症

常用薬 アムロジン、ランソプラゾール（9ヶ月前から服用）

アレルギー ピリン系

喫煙 ex-smoker 40-50歳 30本/日

飲酒 ビール150mL/日

身体所見

バイタルサイン

脈拍 90/分 血圧 133/75 mmHg

呼吸数 16/分 SpO₂ 98% RA 体温 36.5℃

腹部 平坦軟 圧痛(-) 腸蠕動音亢進 金属音 (-)

直腸診 腫瘤触れず 血便・黒色便 (-)

他の身体所見 特記事項なし

血液検査

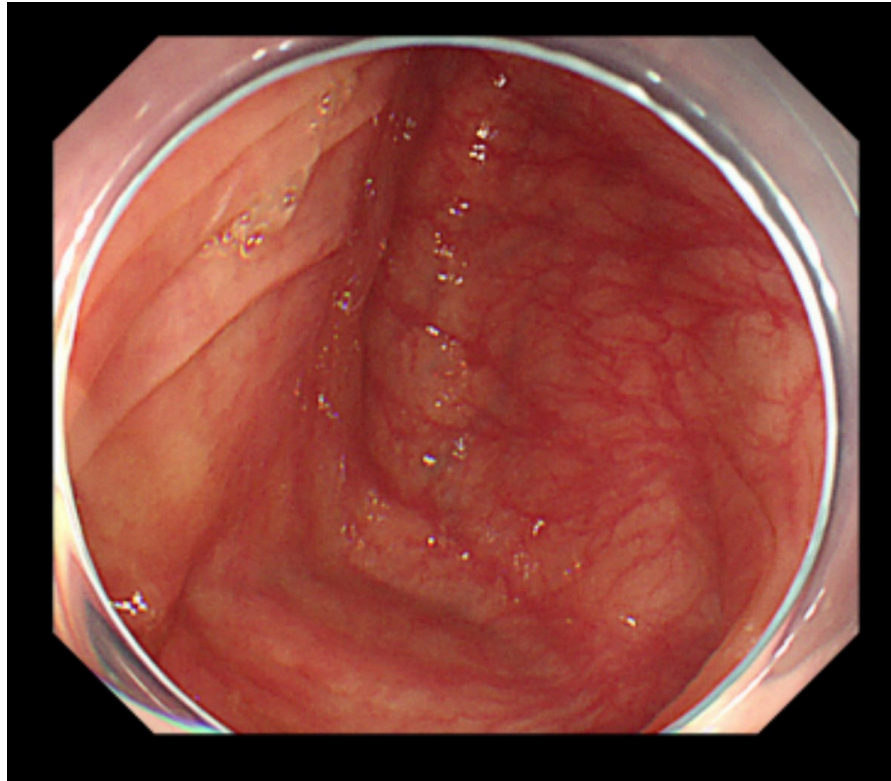
WBC	4900	/μL	TP	6.9	g/dL	UA	6.1	mg/dL
RBC	405 x10 ⁴	/μL	Alb	3.9	g/dL	BUN	12	mg/dL
Hb	12.1	g/dL	T.Bil	0.5	mg/dL	Cr	0.5	mg/dL
Ht	36.9	%	ALP	108	IU/L	Na	143	mmol/L
Plt	22.6 x10 ⁴	/μL	AST	17	IU/L	K	4.3	mmol/L
			ALT	13	IU/L	Cl	109	mmol/L
			LDH	200	IU/L	Ca	8.8	mmol/L
			γ-GTP	46	IU/L	Glu	120	mg/dL
			CK	84	IU/L	CRP	0.7	mg/dL

甲状腺機能検査 TSH 0.59 μIU/mL

便・培養検査

便中脂肪	陰性
便中デンプン	陰性
便中白血球	陰性
C. difficile検査	陰性
便培養	有意菌発育なし

下部消化管内視鏡



びらんや潰瘍、毛細血管拡張は明らかでない

事前に内視鏡医へ所見乏しくても組織生検をする様に依頼

病理組織所見

直腸～S状結腸～上行/下行結腸にかけて
計6箇所では生検

⇒全部位で上皮内に顕著なリンパ球浸潤を認め
その数は20 cells/100 epithelial cellsを超えている
collagen bandなし

診断

**顕微鏡的大腸炎
(リンパ球性大腸炎)**

Clinical question

顕微鏡的大腸炎とは？

- ①分類・疫学・原因・臨床像
- ②診断
- ③治療・予後

分類

炎症性腸疾患

（ Inflammatory bowel disease : IBD）の一種

サブタイプは大きく**2種類**

1. 膠原線維性大腸炎（ Collagenous colitis : CC）
2. リンパ球性大腸炎（ Lymphocytic colitis : LC）

※臨床的には区別する必要はない

疫学

有病率：

欧米において10万人あたりCC 50.1、LC 60.7

日本の疫学研究は少ないがほぼ同様の有病率が推定され、CCが圧倒的に多い

慢性下痢の**12.8%**

年齢はほとんどが**60歳以上** 平均65歳、25%が45歳以下

女性 > 男性 OR 3.0

喫煙 OR 3.0

自己免疫性疾患の関与 33%

原因

薬剤との関連が多い

PPI (Proton Pump Inhibitor)	OR 2.9
⇒特に4-12カ月以上の長期内服で	OR 4.6
NSAIDs	OR 2.4
アスピリン	OR 3.8
SSRI	OR 2.9

他にも遺伝的な素因、免疫不全などの関与が疑われる

関連する薬剤一覧

関連度高

アロプリノール、アスピリン/NSAIDs、クロザピン
エンタカポン、PPI、セルトラリン、チクロピジン

関連度中

カルバマゼピン、セレコキシブ、デュロキシセチン
フルバスタチン、オキシセトロン、パロキシセチン
スタレボ®（レボドパ・カルビドパ・エンテカポン配合錠）

関連度低

シメチジン、金化合物

症状

慢性下痢 84-100%

4週間以上続く下痢

排便回数 ≥ 3 回/日または水様便 ≥ 1 回/日

1/3が急性発症、43%が持続6カ月以上

排便回数 平均6-7回/日

他には

腹痛 41-52% 体重減少 41% (中央値5kg/5ヶ月)

切迫性排便 55% 夜間排便 35% 便失禁 26%

基本的に血便は伴わない

慢性・非血性・水様下痢

Clinical question

顕微鏡的大腸炎とは？

- ①分類・疫学・原因・臨床像
- ②診断
- ③治療・予後

診断の進め方

1. 慢性・非血性・水様下痢で疑う

2. 慢性下痢をきたす他疾患を除外

全身性疾患
糖尿病、甲状腺疾患など

重要な鑑別
炎症性腸疾患、過敏性腸症候群
セリアック病、好酸球性大腸炎

3. **大腸組織生検で確定**

過敏性腸症候群との鑑別

顕微鏡的大腸炎

50歳以上

水様、軟便

あり

common

common

稀

common

VS

発症年齢

便性状

夜間排便

体重減少

便失禁

腹部膨満感

自己免疫性疾患の合併

過敏性腸症候群

50歳以下

軟～硬と多様

稀

稀

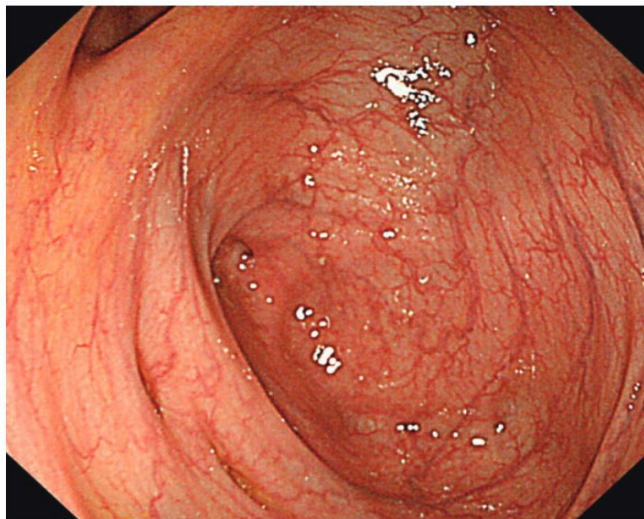
稀

common

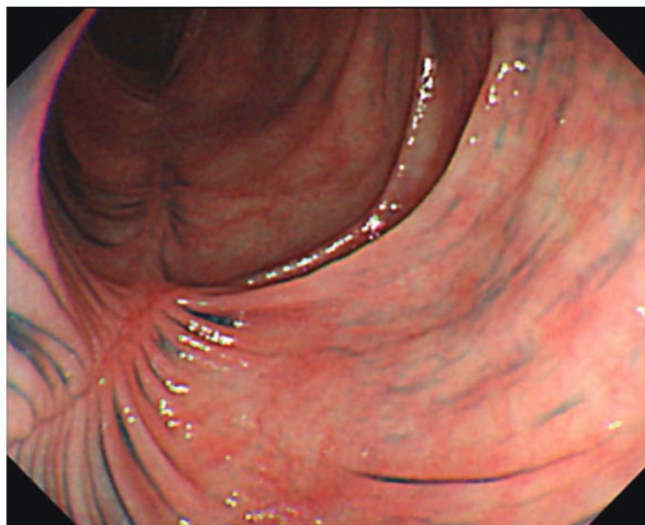
稀

内視鏡所見

毛細血管の増生



縦走潰瘍



血管異常、縦走潰瘍、偽膜、粘膜裂傷、紅斑、浮腫、結節など
多彩な非特異的所見、61.2%は異常なし！

⇒疑ったら積極的に生検を行う！

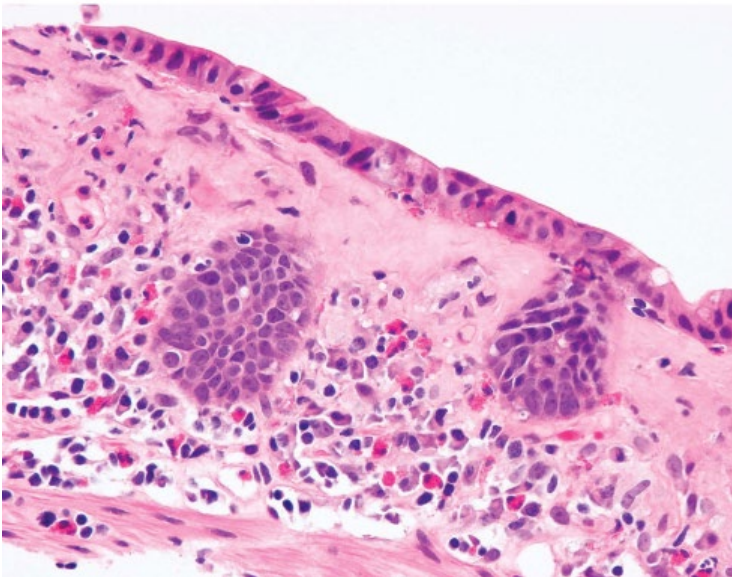
生検は結腸全体で行う

※95-98%で**両側結腸**に異常

上行結腸＞下行結腸＞S状結腸＞直腸の順で感度低下

病理所見

膠原繊維性大腸炎



上皮下に膠原繊維増加

膠原繊維帯 $>10\mu\text{m}$

リンパ球性大腸炎



上皮細胞内にリンパ球が増加

上皮細胞100個中20個以上のリンパ球

特徴

診断
基準

Clinical question

顕微鏡的大腸炎とは？

- ①分類・疫学・原因・臨床像
- ②診断
- ③治療・予後

治療

1.疑わしい薬剤の中止、禁煙

- 薬剤中止による寛解率は20%
- 多くは30日以内に寛解 中央値5日

2.薬物療法

唯一エビデンスがあるのは**ブデソニド内服**

ブデソニド

商品名：ゼンタコート®

経口ステロイド 腸管に局所作用し、全身性副作用は少ない

6-8週間投与で**寛解率81%**vsプラセボ群26%

使用方法：9mg/日 6-8週間

※寛解基準：1日排便3回未満、水様便なし

副作用

重篤な副作用は増えない

骨粗鬆症による骨折は増えないが、骨密度は低下する可能性がある

※日本では2021年3月現在クローン病にしか保険適応がない

その他の治療

エキスパートオピニオン

ロペラミド、コレスチラミン、アザチオプリン
メルカプトプリン、アダリムマブ、インフリキシマブ
ベドリズマブ、手術

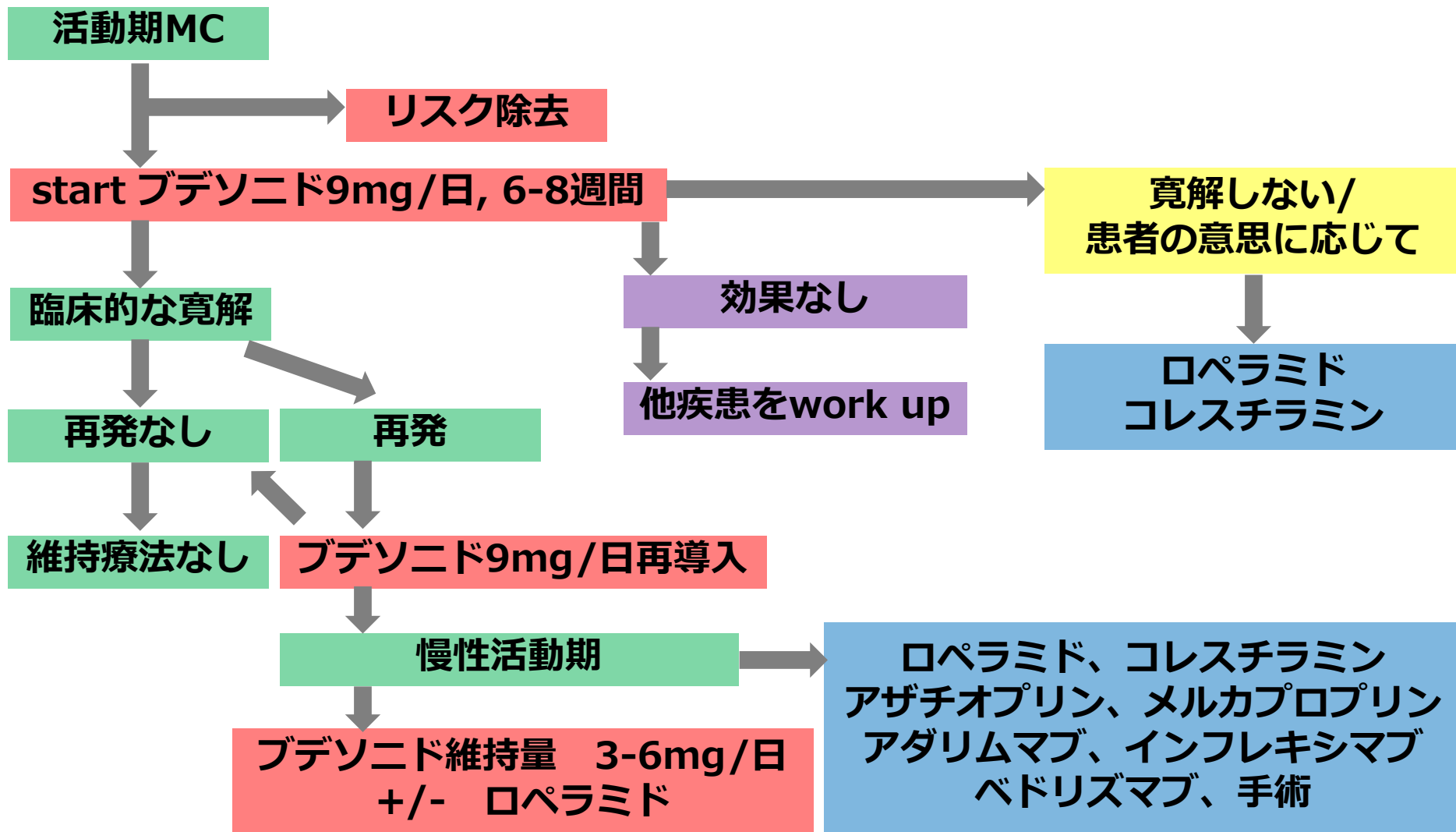
エビデンス乏しい

メサラジン、生物学的製剤

使用しない

メトトレキサート、他の経口ステロイド

治療の進め方



予後

再発率：

平均3年間の追跡でCC：30%、LC：25%

**臨床的に改善しても
組織学的な改善には時間がかかる**

1年後に組織の改善が得られるのはCC：23%、LC：64%

⇒症状が改善すれば再生検による確認は不要

大腸がんや炎症性腸疾患のリスクにはならない

本症例の経過

**胃食道逆流症に対してPPIが処方されており
現在症状を認めなかったため中止**

⇒1週間後に下痢は収まり、症状再燃はなかった

Take Home Message

- ①慢性下痢の鑑別で顕微鏡的大腸炎を考慮
- ②症状・内視鏡所見は非特異的
⇒疑ったら積極的に組織診断
- ③治療は原因薬剤の中止/禁煙、ブデソニド内服