Q&A 治療経過中に肝胆道系酵素上昇を認めた大腸炎

解答：

潰瘍性大腸炎，原発性硬化性胆管炎

解説：

中年男性に発症した大腸炎の症例である．大腸内視鏡検査にて全大腸にびまん性連続性の血管透見像消失，発赤調顆粒状粘膜，一部に膿性粘液の付着を認め，内視鏡所見より潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis；UC）が最も考えられる．生検組織の細菌培養は陰性で，病理組織診断でもUCに矛盾しない所見であった．アメーバ虫体は見られなかった．以上よりUCと診断され治療が開始された．中等症であり，プレドニゾロン30mg/日，アサコール®3.6g/日の治療に反応して速やかに症状は消失し，治療後の大腸内視鏡検査では粘膜治癒が確認された．UCは若年者に好発し，男女差はない．しかし，クローン病の発症年齢ほどの10～20歳代の急峻なピークは見られず，中高年での発症もしばしば認められる．近年，高齢発症の症例が増加傾向にあるといわれている．

本症例は，UC治療経過中に胆道系酵素優位の肝機能検査異常を認めた．薬剤性の可能性も考え，アサコール®を中止したが改善を認めず，肝炎ウイルスマーカー陰性，抗核抗体や抗ミトコンドリア抗体も陰性であった．ERCPでは総胆管の軽度拡張，びまん性の壁不整，左右肝管分岐部近傍に偽憩室と毛羽立ちを認め，肝内胆管は末梢優位に枯れ枝状となっていた．膵管像に異常を認めなかった．以上より原発性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis；PSC）と診断した．IgG4関連硬化性胆管炎が鑑別疾患として挙がるが，血清IgG4の上昇は認められず，また，UCとの合併はまれである．

PSCは炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease；IBD）の腸管外合併症の1つである．IBDにおけるPSCの合併頻度は欧米でも数％ほどであるが，PSCにおけるIBDの合併頻度は，欧米の70～80％よりは低いものの本邦でも37％（2003年全国調査）と高い[1]．PSC合併IBDはUCが多く，無症状，炎症が軽度，右側結腸優位，直腸炎を欠く（rectal sparing）といった特徴を示すことが多い．本症例では，血便，下痢などの症状があり，罹患部位も通常の全大腸炎型と変わりなかった．UCとPSCの発症時期は，UCが先行する場合，PSCが先行する場合，および両疾患がほぼ同時期に発見される場合がある．UCに対する全大腸切除術後やPSCに対する肝移植後にも，それぞれPSCとUCが発症する場合があり，手術後も経過観察が必要である．

PSCは進行性の予後不良な疾患で，肝機能障害が進行すれば肝移植が必要となる．また，胆管癌や大腸癌などの悪性腫瘍を高率に合併する．本症例ではウルソデオキシコール酸内服にて肝胆道系酵素値は正常化したが，同薬剤がPSCの予後を改善するかどうかは不明瞭である．また，PSC合併UC患者では非PSC合併UCと比較して，大腸癌もしくはdysplasiaの発症率が高い[2]．定期的な大腸内視鏡検査によるサーベイランスが重要である．

参考文献：

1）松岡克善，海老沼浩利，若山遊子，他：炎症性腸疾患ハイボリュームセンターにおけるPSC合併頻度・特徴．肝・胆・膵　68；33–36：2014

2）Nakamura K, Ito T, Kotoh K, et al：Hepatopancreatobiliary manifestations of inflammatory bowel disease. Clin J Gastroenterol 5；1-8：2012

本論文内容に関連する著者の利益相反
：中村和彦（武田薬品工業株式会社）

出題：深浦　啓太（九州大学大学院
病態制御内科学）
中村　和彦（〃）
伊藤　鉄英（〃）