

りきゆうこうじゆう

3

「おしりの専門家」三枝直人先生が「IBDとおしり」にまつわるさまざまな情報を読者にお届けします。

IBDに特有な肛門病変の診断

炎症性腸疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎）で特徴的な肛門病変を来すのはクローン病（CD）です。潰瘍性大腸炎（UC）では特徴的な病変は少ないですが、下痢の結果「普通の」痔ろうや裂肛が起きることはあります。もしUCとして加療されている患者さんに通常とは様相が異なる痔ろうや裂肛がみられた場合は、CDへの診断変更を考え、腸管を精査し直す必要があります。

慢性炎症は浮腫（むくみ）から始まることが多いです。例えば関節リウマチでは、

手指のむくみから始まり、次第に痛みや可動制限を伴うようになり、初期は関節構造が破壊されてしまいます。CDでも腸管にせよ肛門病変にせよ、最初はむくみの症状が非常によくみられます。肛門の場合はこれをそのままにしておくと、次第に腫れあがった外痔核（**外痔核**）や、膿がたまり（膿瘍化）、皮膚に穴（二次口）が開いて膿が出れば（自然排膿）、痔ろう（トンネル）が形成されます。これが四方八方へ拡大し、男性では陰嚢に達したり女性では膣に穴が開いてしまったりします（肛門腫ろう）。特に腫ろうはいったん起きてしまうと治すのは非

常に難しいですから、痔ろうの進展を抑えないといけません。そして肛門病変のコントロールのためには、口側腸管病変に対する治療が必須です。難治な痔ろうの大半の症例は直腸ないし大腸に病変を有しており、腸管病変を抑えなければ肛門病変の改善は見込めないからです。

CDの肛門病変合併の頻度は小児例を含め非常に高く、生涯で40%の症例が痔ろう、潰瘍、狭窄、括約筋機能廃絶などを経験するとされます。また腸管の発症に先立って肛門症状がCD患者の4割にみられたという報告や、小児CD症例の分析から、早期

りきゆうこうじゆう（裏急後重）：「しぶり腹」の類語



三枝直人先生
（三枝クリニック副院長）

浜松医科大学卒業。米国Cleveland Clinic Florida（大腸肛門学）、松田病院などを経て2002年より現職（横山記念病院、増子記念病院IBDセンター長兼務）。



今月のヒトサラ 料理が得意な直人先生が考案：中華風きのこ鍋

生姜のみじん切りをごま油で炒め、水で戻した干しエビを入れ、酒15cc、みりん15ccを加えて煮切り、エビの戻し汁と水1.8リットルを加え、ネギの青い部分を入れ弱火で30分煮込みます。ネギを取り出し、市販のラーメンスープの素を2〜3人前くらい入れます。お好みの具材を加えていただきます(写真は、むきエビと白はんぺんをフードプロセッサーでペースト状にし、刻みねぎを加えて練ったものです)。

診断のためには初診医が患者さんの初発症状からCDを疑うことが重要であるとする報告もあります。また肛門が初発部位であった場合、約3分の2の症例は1年以内に腸管病変からCDと診断され、残り3分の1の症例のほとんども5年以内に腸管病変を呈するとも言われています。日本の診断基準ではあくまで腸管にCD病変がないとかなか確定診断には至らないですが、CD先進国である欧米では、以前より*perianal* CDは*luminal* CDと種々の点で異なり、肛門部にしか症状を現さないCDをCDのひとつの亜型として、腸管CDから独立した診断・治療の基準が形成されつつあります。

自験例ですが、それまでにCDと診断されておらず、肛門病変からCDを疑った11例に対して、大腸内視鏡検査やカプセル型小腸内視鏡検査などで全腸管粘膜を直接観察してみましたところ、古典的CDは1例のみで、9例にアフタや小潰瘍といったCDの早期病変が見出されました。肛門病変はCDの早期診断につながるという意味でも非常に重要な症状だと思います。

CD合併肛門病変に対する終局的な治療目標は、肛門機能の廃絶、狭窄さらには発がんを防ぎ、良好なQOLを維持することです。そのためには狭窄や腫瘍を含む複雑なろう管形成などの不可逆性の変化を来す前に治療介入しないといけません。このような観点から、早期CDに対して生物学的製剤の早期導入がCDの疾病自然史を変更する可能性が示唆され、それを受けて複雑なろう管形成の生物学的製剤を第一選択とすべきとする考えが主流になりつつあります。

個人的な経験からも、直腸切断に至る症例は診断や治療の開始が遅れていることが多く、早めの治療が奏功している例では、性行為や出産なども含め健常人とそんなないQOLを維持できている方は多いです。ただし、肛門病変はそれ自体が難治要素ですが、その中でもステロイド剤を中止できなかったり生物学的製剤への反応が不良である治療抵抗例があり、診療技術が向上した昨今でもまだまだ残された課題は多いと感じます。

ちょこっとコラム

クローン病とその肛門病変のはじめての報告

ギリシャ時代に、すでに激しい慢性下痢の記述がありますが、特に死因を研究する病理解剖医であったMorganiが1761年に著した本の中で、20歳の男性で長期間の発熱・腹痛・血性下痢が、解剖すると終末回腸から大腸にかけて長い潰瘍があり、腸管全層の炎症と穿孔があったという症例が、CDらしき疾患を現代医学的に捉えています。UCの方が先に疾患概念として、1859年に英国の病理学者であったWilksにより確立されました。

Fieldingは1850年から1899年の病理学会の抄録を再調査し、その中から31例の（今でいう）CDの特徴を有する症例と25例の疑い症例を発見しました。そしてこの大半は大腸に病変を有しており、当時の学会報告では閉塞や狭窄を伴うUCと診断されていました。

その後1921年にGabrielにより肛門部の肉芽腫症が発表されましたが、これは肛門部CDにほかならないものでした。

この11年後、1932年のCrohn、Ginzburg、Oppenheimerによる「限局性回腸炎」が論文発表され（筆頭者のCrohn先生の名前が疾病名になりましたが、これは単に著者名をアルファベット順に並べたからです）、PennerとCrohnが最初に痔ろう合併の報告をしたのは1938年でした。

Crohnらの一派は、この腸炎は回腸にのみ起きると当初は信じ込んでいて、その後に大腸にも回腸と同様の病変が起きるとい報告がなされても頑なにそれはCDではないと否定していました。大腸に慢性炎症が起きるのはあくまでUCであると考えていたのです。

1960年、Lockhart-MummeryとMorsonがCDの大腸病変の臨床所見および病理組織学所見を綿密に調べ上げ、UCとはまったく異なる病像であることと、CDとUCはひとりの人間には決して合併しないことを明らかにし、ようやくこの段になりそれまでの数多の小腸以外の消化管病変の報告と併せ、CDは口から肛門の全消化管を侵し得る疾患であることが広く認められるに至ったのでした。

余談ですが、筆者の祖父はCD発表の4年前、1928年に肛門科医院を開設し、生涯で3万例以上の肛門手術を行いました。まだ日本ではIBDがまったくなかった時代に「どうい手術をしてもどうしても治せない、治らない非結核性の痔瘻がある」と首を捻っていたそうです。もしかすると、それはCD合併痔ろうだったのかもしれない。

ちょこっとQ&A

Q どんな人におしりの病気が出やすいの？

A CDに特有な肛門病変は、小児を含め若い方に出やすいです。また人種間比較では、白人に比し、日本人を含めアジア人や有色人種に肛門病変の合併が多いことが、関連遺伝子の調査からも明らかとなっています。私の調べたところでは、CD合併痔ろうの原発口はCD病変と肛門小窩が相半ばしますので、やはり下痢が続くと痔ろうは起きやすいと思います。

質問をお待ちしています おしりに関するあなたの疑問をお寄せ下さい（三枝直人）