

大腸良性疾患

1)大腸ポリープ（内視鏡治療で前述）

2)大腸憩室症

憩室とは腸粘膜の一部が小さな袋状に突出したもので、多くは無症状で、検査で偶然見つかります。食物繊維が少ない食事によって大腸の運動が亢進して腸の内圧が高くなると、腸壁の弱い部分から腸粘膜が脱出して生じると考えられています。大腸の場合は複数個できる場合が多いので、大腸憩室症といいます。食生活の変化に伴って日本人にも増加傾向にあります。大腸憩室では時に憩室炎や憩室出血を起こす場合があります。憩室炎が起きると、腹痛、発熱、腹膜刺激症状(ひびくような痛み)などが出現します。安静、絶食、抗生剤の投与などで収まる場合が多いのですが、中には腹膜炎になり、緊急手術を要することもあります。ほとんどの場合造影 CT で診断可能です。憩室出血の多くはある程度出血し血圧が下がったら自然に止血します。ほとんどは安静と絶食、止血剤の点滴で収まります。しかし中には大出血をきたす場合もあり、大腸内視鏡検査で止血処置をしたり、血管造影で血管をつめる必要のある場合や緊急手術が必要なこともあります。

3)虚血性腸炎

腸間膜の循環傷害によると考えられています。肥満、高血圧、動脈硬化、不整脈、糖尿病といった循環器系の基礎疾患を有する方に多く、数回経験されることもあります。病型は一過性型、狭窄型、壊死型の3つに分類されます。多くは一過性型であり、典型的なパターンでは寒かった日の翌日、軽い腹痛を伴ったさらさらとした下血で発症します。一過性型は2週間前後で自然治癒しますが、壊死型は重篤な状態で、緊急手術が必要です。強い炎症で壊死に至らずに回復したものの一部が、狭窄型に移行すると考えられています。

4)潰瘍性大腸炎

潰瘍を主体とする原因不明の大腸炎で、60%は30才までにくり返す下血で発症します。炎症が激しくなると発熱をきたし、貧血になることもあります。罹患部位から全大腸炎型、左側結腸炎型、直腸炎型の3つに分けられます。最初から全大腸炎型のものもありますし、直腸炎型が増悪し全大腸炎型に移行することもあります。再燃と緩解をくり返すのが大半ですが、劇症型で緊急手術を要する例もあります。治療は厚生省斑会議の治療指針に従います。基本的には薬物療法が中心で、5ASA製剤(ペンタサ、サラゾピリン)を基準薬としてステロイドや免疫抑制剤を組み合わせて使用します。他に座剤や注腸の局所療法や白血除去療法なども併用します。手術では大腸全摘術は根治術となります。ステロイド長期使用例では、骨折、精神状態等の副作用に注意する必要があります。

炎症の時期を乗り越えたとしても、病変部位が脾曲部より口側に及ぶものでは10年を越すと癌化のリスクがあるため、毎年のスクリーニング検査が必要です。癌化が判明した場合、一般に潰瘍性大腸炎の癌は面状に多発する傾向があるため、手術の第一選択は大腸全摘術となります。

5) クロウン病

消化管全体に生じる原因不明の全層性肉芽腫性炎で、多くは高校生までに下血、腹痛、発熱で発症します。約半数に肛門病変(複雑痔瘻)を伴います。回腸結腸型が大半のため、虫垂炎の手術後に診断される例もあります。高率に腸管が瘻孔や狭窄を形成するため、栄養状態は悪くなります。手術による根治は難しいため、栄養療法が中心(エレンタール)で、最近ではステロイドに代わり抗TNF α 抗体(レミケード)が用いられることが増えてきました。

6) 感染性大腸炎

感染性腸炎には細菌性、ウイルス性、原虫性、寄生虫性などがあります。症状は一般に下痢、悪心、嘔吐、腹痛などの症状を呈します。渡航の有無、摂食内容、流行性等のキメの細かい問診が大切です。内視鏡では特徴的な所見を呈するものもあります。最終的な診断は便培養、内視鏡下生検、血液検査によることが多いです。点滴や食事療法などの対症療法をおこないつつ、原因が同定後すみやかに必要な薬剤を投与します。

7) 薬剤性腸炎

抗生剤や非ステロイド系消炎鎮痛剤投与によっておきる腸炎です。症状として腹痛、下痢、下血などです。治療の原則は疑わしい薬剤の投与中止です。抗悪性腫瘍剤、ホルモン剤、その他によるものも報告されています。

8) 腸捻転

腸捻転をおこす例では、元々解剖学的にS状結腸間膜附着部の距離が短い傾向にあります。このS状結腸が腸管膜を軸に過度に捻れるとS状結腸捻転を発症します。ほとんどが高齢者です。症状は急な腹部膨満で、腹部レントゲンで診断されます。内視鏡的に解除する際、シャッター様に閉鎖していた粘膜が内視鏡を進めていくにつれ螺旋状に開き出すのが特徴です。ただ十分に腸内容を吸引して減圧したとしても、周囲との癒着ができてしまっているため再燃しやすい状態にあります。腸壊死になる前に手術が望ましいです。NHK今日の健康2014年8月号 何でも健康相談「大腸過長症と言われました」もご参照ください。

9) 偽膜性腸炎

術後の抗生剤使用中や、全身状態不良の例で発熱と下痢がある場合、MRSA腸炎か本症を疑います。内視鏡では容易に外れない黄色の小丘疹(偽膜)が多発していることから診断されます。すぐに便中からCD毒素(AとBあり)の有無を

調べます。起因菌は *Clostridium difficile* であり、使用中の抗生剤を中止し、バンコマイシンを投与(経口が無理なら点滴で)します。予後は、全身状態と基礎疾患の状態によりますが、一般に治療が適切に行われたとしても死亡率は高率とされています。

10) 放射線腸炎

放射線治療後に発生した炎症を放射線腸炎といい、照射域によりますが、前立腺、婦人科領域の照射後では直腸 S 状結腸、とりわけ直腸前壁に発生することが多いです。放射線治療中におこる急性のものと、照射終了後半年以降におこる晩発性があります。症状としては血便、しぶりと疼痛で、治療は放射線治療中

の急性であれば照射の中止と腸管安静、晩発性ではペントサやステロイド剤の投与、アルゴンプラズマによる表面の焼灼など保存的治療が主体となります。