

クローン病再発における肉芽腫
の役割

Role of the granuloma in recurrent Crohn's disease.: R. E. Glass, W. N. W. Baker (*Gut* 17: 75~77, 1976)

クローン病は、肉眼的に侵された腸管をすべて切除してもなお再発しやすいことは周知の通り、Morson (1968) はサルコイド様肉芽腫のリンパ節侵襲の意義を強調し、悪性腫瘍と同様に病変部並びに近位リンパ節の除去が必要であると述べた。

この研究の目的は、腸壁および近位腸間膜リンパ節のサルコイド様肉芽腫の存在と病気のその後の経過との関連を追求することである。90人のクローン病患者を対象。経過観察中に13人が死亡。これらはいずれも再発を起こし、うち6人がクローン病が直接の死因となった。

組織学的所見に基づいて患者を3群に分けた。Group A は腸壁とリンパ節の両者にサルコイド様肉芽腫を有する (17人, 18.8%)。Group B は腸壁に肉芽腫あり、リンパ節ではなし (43人, 47.7%)。Group C は肉芽腫はどこにも存在せず (30人, 33.3%)。経過観察期間は平均9.4年、再発は38人42%に認められた。再発率はA 35%、B 33.5%と両者に差はないが、Cでは60%と約2倍に認めた。

肉芽腫を最初の手術で認めた人は、次の手術標本でも同様な組織学的特徴を示した。肉芽腫のなかった18人中9人では再発の手術標本で肉芽腫を認めた。ある標本での肉芽腫の数は精力的追求に比例している。とくにリンパ節の肉芽腫は見逃されやすい。研究では、肉芽腫のあるものとないものの差異は後者の再発率

がより高いことだけだった。最初の手術時にサルコイド様肉芽腫を認めるなら、予後はよりよい。最初の手術で肉芽腫を認めなかった19人中9人は再び肉芽腫はなかったが、他の9人は2または3回目の手術標本で肉芽腫を認めた。病気の過程が一樣でないこと、多分免疫反応の遅発を示している。研究では、Morson の述べたクローン病に侵襲された腸間膜リンパ節を手術時廓清すべきとの考え方を支持する根拠はなかった。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美 抄)

慢性胃腸出血における動静脈奇
形

Arteriovenous Malformation in Chronic Gastrointestinal Bleeding.: C. M. Cavett, J. M. Selby, Jr., J. L. Hamilton, J. W. Williamson (*Annals of Surgery* 185: 116~121, 1977)

腸管の動静脈奇形は消化管出血のうちでまれな原因の1つである。最近若干の報告がある。血管撮影が発達してもなお動静脈奇形からの出血は、診断確定がおくれ、しかも出血を繰り返す。多くの例では出血源の発見が難しく、不幸にも開腹術を幾度か受ける。

診断のついていない慢性の消化管出血または貧血のある場合、腸間膜血管造影が試験開腹より前に行われるべきだ。血管撮影上、動静脈奇形は単一の動脈から血液の供給を受ける小さな血管叢のようだ。これと通ずる静脈の早期出現が動静脈奇形のただ1つの証拠となる。

鑑別すべき疾患は、盲腸癌、平滑筋肉腫、カルチノイドなどがあるが、これらはレントゲン検査でわか

る。選択的内臓血管撮影はポリープ、憩室、癌などによる消化管出血の局在をつきとめる。吐血を起こさない消化管出血のどんな場合でも動脈撮影が術前診断に重要な助けとなり、よりよい治療を促すことに議論の余地がない。バリウム検査が血管撮影の所見を読む際妨げにならぬよう血管撮影を先行すべきである。動静脈奇形の発見のため、活動性出血は必ずしも必要ではない。

病理学的には、動静脈奇形は遺伝性出血性末梢血管拡張症 (Osler-Weber-Rendu) や血管腫等と区別されるべきである。前者はほとんど常に消化管出血の家族歴をもち、皮膚、鼻咽喉粘膜、消化管に特徴的病変を示す。

Moore らは、最近動静脈奇形を3型に分類。I型は大きさは顕微鏡下でみられる程度のもので、通常晩年に起こる。選択的動脈撮影で診断される局在の明瞭なもの、II型は先天性で静脈拡張型。肉眼的に容易にわかり若年者にみられる。III型に遺伝性出血性血管拡張症を入れている。

文献的には47例報告され、22例(45%)は盲腸にみついている。37例は遠位回腸、盲腸、上行結腸または肝彎曲にあり、80%は右半結腸切除で治癒した。性比はほぼ等しく、診断時平均年齢56歳。75%は50~80歳に含まれていた。

慢性の失血、貧血、回盲部に病変の多いこと、特徴的な血管撮影上所見が診断の唯一の手段である。長い問診のつかない失血および潜血反応陽性の患者での血管撮影によるアプローチは診断、治療を改善し、その結果罹病率を下げるだろう。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美 抄)