

編集後記

清水 誠治 大阪鉄道病院消化器内科

昨年、本誌で「狭窄を来す大腸疾患」がテーマとして取り上げられたのに続き、本特集「狭窄を来す小腸疾患の診断」が企画され松本、二村、清水が担当した。大腸と異なり、小腸では疾患頻度が低く、十分な画像情報を得ることが難しい。

まず松本による序説では小腸狭窄に対する診断の考え方、進め方について現在のスタンダードが簡潔に示されている。続く主題論文ではX線(蔵原)、内視鏡(岸)、超音波(畠)、CT・MRI(山城)の各検査法によって得られる診断情報とその限界、重点疾患の病理診断の要点(平橋)が詳述されている。これらの主題論文と主題症例、早期胃癌研究会症例までを通観すると、狭窄を来す小腸疾患のほぼ全貌を見通せる充実した内容になっている。以下に本号で画像が提示された疾患を挙げてみる。

上皮性腫瘍	小腸癌(蔵原、岸、畠、山城、平橋、石橋)、 転移性小腸癌(蔵原)、腹膜播種(畠)
非上皮性腫瘍	びまん性大細胞性リンパ腫(岸、畠、山城、 平橋)、濾胞性リンパ腫(蔵原、平橋)、 MALTリンパ腫(平橋)、エンテロパチー型T 細胞性リンパ腫(平橋)、GIST(蔵原、山城)、 Kaposiform hemangioendothelioma(清水)
炎症性疾患	Crohn病(蔵原、岸、畠、山城、平橋)、虚血性 小腸炎(蔵原、岸、畠、平橋、大門)、NSAIDs 起因性小腸潰瘍(蔵原、岸、畠)、腸結核(蔵 原、岸)、非特異性多発性小腸潰瘍症 (CEAS:蔵原、岸、細江)、巨細胞性動脈炎 (蔵原)、ループス腸炎(山城)、急性虫垂炎 (山城)、放射線性小腸炎(大森)、家族性地 中海熱(江崎)、糞線虫症(金城)、アニサキス 症(畠)、回腸憩室に随伴した多発潰瘍(石田)
その他	子宮内膜症(畠)、癒着による腸閉塞(畠)

出現頻度が高いのは、腫瘍性疾患で小腸癌と悪性リンパ腫、炎症性疾患でCrohn病と虚血性小腸炎、次いでNSAIDs起因性小腸潰瘍、腸結核である。提示されていない疾患で思いつくのは成人T細胞リンパ腫、悪性黒色腫の転移、エルシニア腸炎、旋尾線虫 Type X 幼虫移行症、腸管 Behçet 病、コレステロール塞栓症、好酸球性胃腸炎、里吉病、先天性小腸狭窄症などであるが、重要な疾患はほぼ網羅されている。

小腸における内視鏡検査法が確立されたと言っても、依然アプローチは難しく、狭窄性病変ではなおX線検査の意義が大きい。狭窄部辺縁における陰影欠損や粘膜下腫瘍様所見は腫瘍性病変を疑う所見である。特にoverhanging edgeと急峻な狭窄は小腸癌に特徴的な所見である。非上皮性腫瘍で狭窄を来す頻度は決して高くないが、悪性リンパ腫が小腸に好発するため重要な位置を占める。一方、非腫瘍性疾患の診断においては狭窄部の形態が重要で、片側性変形(Crohn病、CEAS、子宮内膜症)、輪状狭窄(腸結核、NSAIDs起因性腸炎、CEAS)、管状狭窄(虚血性小腸炎、放射線腸炎)が代表的である。

序説にもあるように、最近では腹部エコーやCT・MRIがX線や内視鏡に先行して行われることが多い。畠論文では、小腸において腹部エコーによる系統的走査は困難であるが、口側腸管の拡張と壁肥厚が存在すれば病変を描出しやすいと述べられている。またCrohn病の可逆性、非可逆性狭窄を区別できる可能性は非常に興味深い。腸管の超音波検査にはセンスと熟練を要するが、癒着による腸閉塞部が美しく描出されているのには恐れ入る。CT・MRIも小腸疾患の診断においてますます存在感を増しているが、virtual enterographyを含め今後の動向から目が離せない。

本号を読破することで、小腸狭窄に対して適切な診断的アプローチが可能になると確信している。