

Case 19-2019

A 38-Year-Old Woman with Abdominal Pain and Fever

(N Engl J Med 2019;380:2461-70.)

【患者】 38 歳女性

【主訴】 腹痛、発熱

【現病歴】 3 年前、吐き気、嘔吐、下痢、右上腹部の痛みを主訴として、他院救急外来を受診。右上腹部触診にて圧痛はあったが、その他の身体診察では異常はなかった。腹部骨盤部 CT にて、小腸遠位部の軽度拡張および糞便化?(fecalization)が見られ、小腸閉塞が疑われ入院。絶食と輸液で管理していたが、入院 2 日目に、すべての症状が解消し、ウイルス性胃腸炎疑いと診断され、退院した。

その 1 か月後、他院附属の診療所を訪れ、継続する腹部膨満感、間欠的な右腹部痛、1 日 2,3 回の軟便を訴えた。体重減少や発熱なく、身体診察では異常はなかった。CT エンテログラフィにて、上行結腸近位部および回腸遠位部に軽度の円周性の壁肥厚がみられ、右下腹部にリンパ節腫脹がみられた。大腸内視鏡検査にて、上行結腸近位部および盲腸に発赤、顆粒、出血、潰瘍のある粘膜がみられた。回腸および上行結腸の生検では正常であったが、盲腸の生検で活動性の慢性結腸炎が見られ、クローン病の所見と一致していた。メサラジンによる治療が開始され、膨満感と腹痛は減ったが、頻回の排便は変わらなかった。

7 か月前、当院附属の診療所を訪れ、食後の腹部膨満感および心窩部痛、1 日 2,3 回の硬便を訴えた。身体診察では正常であった。糞便中のカルプロテクチンは $243 \mu\text{g/g}$ と高値であった。(基準値は $50 \mu\text{g/g}$ 以下) 上部消化管内視鏡検査では、正常であったが、胃生検ではピロリ菌による胃炎が見られた。下部消化管内視鏡では、盲腸および一部の上行結腸に、浅い潰瘍、発赤、脆弱な?(friability)粘膜がみられた。盲腸の生検では、著名な潰瘍を伴う活動性の結腸炎があった。ピロリ菌による胃炎は、ランソプラゾール、アモキシシリン、クラリスロマイシンによって治療され、膨満感および心窩部痛はほとんど解決した。

5 か月前、クローン病の治療薬が、メサラジンからアダリムマブに変更となった。

3 か月前ほどから再び腹部膨満感と心窩部痛が出現し、排便回数が 3,4 回に増え、血便もみられ、2 か月前に同じ診療所を訪れた。身体診察では正常で、糞便中のカルプロテクチンは $2144 \mu\text{g/g}$ と高値であった。腹部および骨盤部 MR エンテログラフィにて、上行結腸、盲腸、回腸末端部において、壁肥厚と浮腫、炎症性の変化が見られた。腸閉塞はみられなかった。アダリムマブの頻度を増やし、プレドニゾンも追加で始まった。

7 週間前、吐き気、嘔吐が出現し、腹痛が増悪したため、当院に入院し、輸液で管理されていた。糞便中のカルプロテクチンは $3000 \mu\text{g/g}$ と高値であった。上部消化管内視鏡検査では正常で、生検で胃炎の改善が見られた。下部消化管内視鏡検査では、右側結腸の回盲弁から遠位に 1cm 離れた箇所(盲腸)で

深い潰瘍を伴う炎症がみられた。生検では、活動性の結腸炎があった。ステロイドパルス療法が開始すると血便がおさまり、アダリムマブからインフリキシマブに変更となった。心窩部痛も改善したため、入院7日目に14日間のシプロフロキサシンおよびメトロニダゾールのエンピリック治療とともに、6週間の経口プレドニゾン内服の予定で退院となった。

経口プレドニゾン内服期間の最終週に、発熱、発汗の出現および腹痛が増悪し、当院救急外来を受診した。6日間続く腹部膨満感と前日より鋭い右側腹痛を訴えている。痛みの強さはNRS 9/10であった。血便はなく、排便回数に変化はなかった。

【既往歴】多嚢胞性卵巣症候群、月経困難症、不妊治療、梨状筋症候群

【手術歴】虫垂切除術(20年前)、右鼠経ヘルニア修復術(2年前)、右膝関節鏡下軟骨形成術(3か月前)

【アレルギー】なし

【薬剤歴】infliximab, pantoprazole, prednisone, pregabalin and sucralfate

【家族歴】父：糖尿病、高血圧 母：冠動脈疾患

【生活社会歴】喫煙、飲酒、薬物使用なし。13年前にインドから米国へ移住してきた。夫と息子と3人暮らし。

【入院時現症・身体所見】

身長 157cm 体重 57.5kg BMI 23.2

[Vital] BT38.5°C, PR 118/min, BP 125/78 mmHg, RR 16/min, SpO2 99%(room air)

[身体診察] 触診にて右下腹部、右上腹部、左上腹部に圧痛を認める。反跳痛や筋性防御はなし。肛門に非出血性の外痔核が見られる。関節の発赤、腫脹なし。口腔内病変なし。その他特記すべき異常所見なし。

【検査所見】

[L/D] 表1を参照。糞便中のカルプロテクチンは1372 μ g/g。

[胸部 Xp] 肺野の陰影なし。肺水腫なし。

[腹部、骨盤部 CT] 上行結腸、盲腸、回腸末端部にびまん性壁肥厚と腸の拡大がみられる。全周性の炎症と右下腹部に多数の腸間膜リンパ節の腫脹がみられた。

▶追加の問診項目を挙げてください。

▶ Problem list を挙げてください。

▶ 鑑別診断および必要な検査を挙げてください。

【血液検査】

Table 1. Laboratory Data.^a

| Variable | Reference Range, Adults [†] | 7 Mo before Current Presentation | 7 Wk before Current Presentation | On Current Presentation |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Hematocrit (%) | 36–46 | 36.3 | 32.7 | 31 |
| Hemoglobin (g/dl) | 12–16 | 11.4 | 10.6 | 9.5 |
| White-cell count (per mm ³) | 4500–11,000 | 6270 | 9390 | 9030 |
| Differential count (%) | | | | |
| Neutrophils | 40–70 | 64.5 | 83.3 | 76.4 |
| Lymphocytes | 22–44 | 12.3 | 9.8 | 11.1 |
| Monocytes | 4–11 | 2.2 | 6.1 | 11.1 |
| Eosinophils | 0–8 | 20.3 | 0 | 0.3 |
| Basophils | 0–3 | 0.2 | 0.1 | 0.1 |
| Immature granulocytes | 0.0–0.9 | 0.5 | 0.7 | 0.9 |
| Platelet count (per mm ³) | 150,000–400,000 | 283,000 | 331,000 | 296,000 |
| Mean corpuscular volume (fl) | 80–100 | 83.6 | 77.3 | 82.2 |
| Sodium (mmol/liter) | 135–145 | 140 | 135 | 134 |
| Potassium (mmol/liter) | 3.4–5.0 | 4.1 | 4.1 | 4.0 |
| Chloride (mmol/liter) | 98–108 | 101 | 97 | 99 |
| Carbon dioxide (mmol/liter) | 23–32 | 22 | 24 | 18 |
| Glucose (mg/dl) | 70–110 | 69 | 104 | 116 |
| Urea nitrogen (mg/dl) | 8–25 | 8 | 5 | 7 |
| Creatinine (mg/dl) | 0.6–1.5 | 0.6 | 0.6 | 0.59 |
| Anion gap (mmol/liter) | 3–17 | 17 | 14 | 17 |
| Albumin (g/dl) | 3.3–5.0 | 3.6 | 3.4 | 3.4 |
| C-reactive protein (mg/liter) | <8 | 33.4 | 120 | 141.6 |
| Erythrocyte sedimentation rate (mm/hr) | 0–20 | 32 | 66 | 57 |

【下部消化管内視鏡検査】



Figure 1. Colonoscopic Images.

Images obtained during colonoscopy performed 7 months before the current admission, before the initiation of anti-tumor necrosis factor therapy, show a normal terminal ileum (Panel A) and inflammation involving primarily the cecum, with a patulous ileocecal valve (Panel B).

【骨盤部 CT】

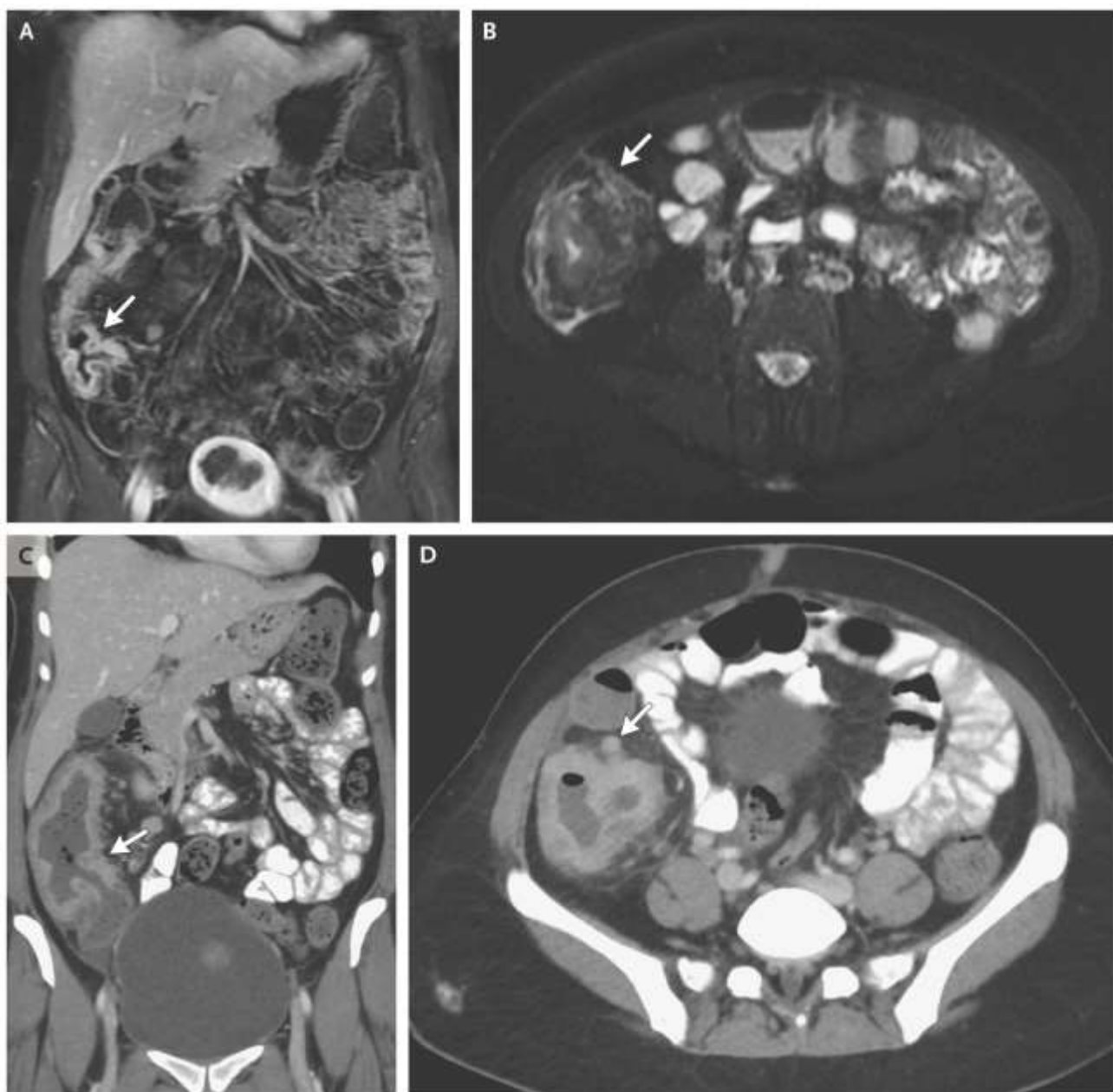


Figure 2. Imaging Studies of the Abdomen.

Images obtained during magnetic resonance enterography performed 3 months before the current admission (Panels A and B) show thickening and hyperenhancement of the terminal ileum, cecum, and ascending colon. The coronal, T₁-weighted, contrast-enhanced image (Panel A) shows prominent mesenteric lymph nodes (arrow), and the axial, T₂-weighted, fat-suppressed image obtained at the level of the cecal pole (Panel B) shows marked pericolic edema (arrow). In addition, CT of the abdomen and pelvis was performed at the time of the current presentation, after the administration of intravenous contrast material. A coronal, reformatted image (Panel C) shows persistent, contiguous thickening of the terminal ileum, cecum, and ascending colon (arrow), and an axial image obtained at the level of the cecum (Panel D) shows pericolic stranding, edema, and a prominent mesenteric lymph node (arrow).