

定義

1976年にLindström¹⁾が慢性下痢と腹痛を来し、注腸X線や直腸鏡では異常がなく、直腸粘膜生検で上皮基底膜直下に厚い膠原線維束がみられた女性患者をCC (collagenous colitis) として最初に報告した。最近では主に組織学的所見に基づいて診断が行われている²⁾。CCの病理組織学的特徴は、①大腸の表層上皮直下の膠原線維束の肥厚($\geq 10\mu\text{m}$)、②粘膜固有層のリンパ球・形質細胞浸潤、③陰窩の正常配列であり、④表層上皮の剝離・平坦化、⑤上皮内リンパ球の増加もみられる。

病因に関して自己免疫、遺伝的素因、腸管感染、胆汁代謝異常、食物アレルギーなどさまざまな仮説があるが、本邦では薬剤に関連した症例がほとんどである^{2,3)}。発症に関与するとされている薬剤は、プロトンポンプ阻害薬(PPI)、非ステロイド性消炎鎮痛薬、 H_2 受容体拮抗薬、アカルボース、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、チクロピジン、スタチン製剤などが代表的である。

本用語について

本症は通常、大腸内視鏡下の生検で診断される。当初は画像上異常がないとされていたが、内視鏡所見の異常が約8割と高率にみられることが知られている⁴⁾。記載のある内視鏡

所見は、発赤、血管透見低下・消失、血管増生、粗糙粘膜、顆粒状粘膜、びらん、浮腫状粘膜、アフタ、縦走潰瘍(または癒痕)、粘膜裂創、線状溝、ひび割れ様所見、脆弱粘膜などである。このうち、血管像の異常は約7割と高率であるが、客観的な判定基準がない。顆粒状粘膜は比較的特徴的な所見であるが、色素撒布を行わないと認識しにくい(Fig.1~3)。縦走潰瘍は細く境界鮮明で、周辺粘膜の炎症性変化をほとんど伴わず、粘膜裂創と考えられているが、癒痕として観察されることも多い。縦走潰瘍(または癒痕)は約3割でみられ、本症の診断において重要な所見である⁴⁾(Fig.4,5)。白苔を伴わない粘膜表層の裂創がみられることもあり、複数で出血を伴う場合にはcat scratch colonとも呼ばれる²⁾(Fig.6)。

文献

- 1) Lindström CG. 'Collagenous colitis' with watery diarrhoea—a new entity? Pathol Eur 11:87-89, 1976
- 2) 九嶋亮治, 松原亜季子. collagenous colitisの臨床病理学的特徴. 病態発生と鑑別診断. 胃と腸 44:1955-1965, 2009
- 3) 清水誠治. Microscopic colitisのすべて 3. わが国における実態—collagenous colitisを対象とした実態調査の結果から. 武藤徹一郎, 杉原健一, 藤盛孝博, 他(編). 大腸疾患NOW 2012. 日本メディカルセンター, pp 32-37, 2012
- 4) Umeno J, Matsumoto T, Nakamura S, et al. Linear mucosal defect may be characteristic of lansoprazole-associated collagenous colitis, Gastrointest Endosc 67:1185-1191, 2008

(清水 誠治)

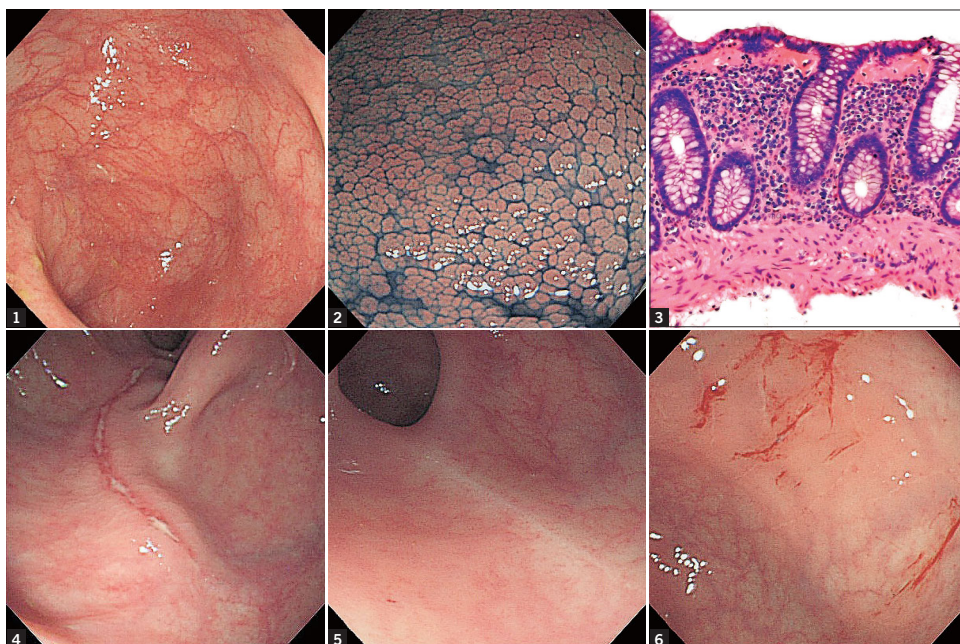


Fig.1 血管増生。
Fig.2 顆粒状粘膜(Fig.1のインジゴカルミン撒布像)。
Fig.3 Fig.1の生検組織像。
Fig.4 縦走潰瘍。
Fig.5 縦走潰瘍癒痕。
Fig.6 cat scratch colon。