

【主訴】

血性下痢、左腹部痛

【既往歴】

鉄欠乏性貧血 →経口または静脈注射での鉄剤処方歴あり
テストステロン低下 →クロミフェンクエン酸塩処方歴あり
ビタミンD 欠乏、不安神経症
ツベルクリン陽性 →イソニアジドの処方歴あり

【アレルギー】

季節性アレルギー
ペニシリンとエリスロマイシンに対して薬剤性アレルギー

【家族歴】

特記事項なし

【生活歴】

マサチューセッツ州(北アメリカ北東部)在住
3人暮らし(患者、妻、子供)、会社勤め
ヨーロッパ家系

【嗜好歴】

飲酒：機会飲酒(ほとんど飲まない)、喫煙歴：なし、薬物使用歴：なし

【渡航歴】

中南米、南米への渡航歴あり(年代不明)

【現病歴】

入院7年前：わずかに血液が混じった灰色便が出現。
入院6年前：他の病院で潰瘍性大腸炎と診断され、メサラミン処方開始。
入院4年前：さらに別の病院を潰瘍性大腸炎の急激な進行のために受診。大腸内視鏡では横行結腸に広がる重症の炎症病変があり、生検結果からは活動性の大腸炎が指摘された。プレドニゾンとメサラジンが処方され、状態は改善。
患者はさらなる免疫抑制剤の使用を断り、プレドニゾンは徐々に減量されていった。
入院約3年前：当院外来を頻回の下痢と血便が1週間続いていることを訴えて受診。すでにメサラジンの処方量は減少しており、さらに薬疹により2週間の間メサラジン内服は中止していた。メサラジンを中止前の処方量から再開。プレドニゾンも通常より少なめの量で処方。アザチオプリンによる治療は患者により断られた。
それからの2年半の間、潰瘍性大腸炎の悪化による症状再発が繰り返された。その原因は

患者が自己判断でメサラジンやプレドニゾンを減量していたからである。6-メルカプトプリンが一時的に処方されたが、肝機能上昇が起こり処方継続はされなかった。患者は根治の為の積極的な治療を拒否。その後の経過フォローの受診は途切れがちになっていた。

入院 5 ヶ月前の生化学検査結果を Table.1 に示している。

入院約 2 か月前：潰瘍性大腸炎の悪化により起こったと思われる様々な症状が出現。(左下腹部痛、血性下痢、背部痛、関節痛など)

患者は大腸内視鏡検査を断った。

入院 20 日前：患者はリラックスした表情で当院外来を受診。患者はダイエット食やサプリメントの摂取、休息を取る事、またプロバイオティクス(体に良いバクテリアの内服・摂取)により部分的に症状が改善したと告げた。そして他の治療を現在全く行っていない事も告げた。患者は潰瘍性大腸炎に対する治療のために腸内細菌叢の変更(FMT)が有効かどうか尋ねてきた。主治医は FMT は再発性クロストリジウムディフィシル腸炎に対しては有効だが、潰瘍性大腸炎に対しての有効性は証明されていないと告げた。

当時、体重 67.7kg。腹部所見を含む残りの身体所見は正常。生化学検査結果を Table.1 に示す。患者は大腸内視鏡検査とメサラジンを中心とした治療を拒否したが、プレドニゾンの処方継続。

入院 14 日前：患者は頻回の血性下痢(1 日約 6 回)によりプレドニゾンの内服量を増やし始めた。

入院 12 日前：患者から当院へ電話相談。ヒドロコルチゾンの浣腸が処方された。5 日間程は部分的な改善を認めた。

入院 3 日前：最高 38.1℃に及ぶ発熱、1 日 4,5 回の頻回の血性下痢が出現。

入院当日：当院外来受診。患者は 1 日に 10 回にも及ぶ血性下痢、倦怠感、食欲低下、関節痛、食事の有無に関わらない左腹部痛、3 週間で 4kg の体重低下、びしょぬれになるほどの寝汗、発熱などの症状を告げた。発熱は入院前日に最高 38.8℃まで及んだ。

患者は数週間前より妻と 10 カ月の子供から自宅にて FMT を行っていたことも告げた。

受診時、患者の表情は青ざめており痩せ細っていた。体温 37.8℃、血圧 116/56mmHg、脈拍数 86 回/分、呼吸数 16 回/分、SPO2 97%(Room air)、体重 64.0kg、身長 180cm、BMI 19.8 だった。腹部は膨張なく軟、腸蠕動音聴取でき、左下腹部に微弱な疼痛を認めた。その他の身体所見は正常。血液検査上の Ca、血糖、総蛋白、アルブミン、グロブリンは正常だった。腎機能、肝機能も正常だった。残りの検査結果を Table.1 に記す。

メチルプレドニゾロン、生食、鉄剤が静注された。

入院翌日に鑑別診断が行われた。