

Crohn 病小腸狭窄に対する内視鏡的拡張術についてのアンケート内容 (案)

【拡張術施行の現状】

設問 1. 現在, Crohn 病の狭窄に対して内視鏡的拡張術を施行されていますか?

- a) 施行している b) 施行していない

設問 1 で b) と答えられた先生へ. 未施行の理由をお教えてください.

(複数回答可)

- ① 経験がないから ② 対象となる症例がないから ③ コストがかかるから
④ 人手がないから ⑤ 偶発症のリスクが高いから
⑥ その他 ()

設問 1 で a) と答えられた先生は, 設問 2 以下に御回答下さい.

設問 2. 内視鏡的拡張術はどの部位に行われていますか?

- a) 従来のスコープで施行可能な部位のみ (上部消化管, 大腸吻合部, 終末回腸など)
b) ①に加え, 小腸内視鏡を用いて, 小腸も可能な限り施行している.
c) その他 ()

設問 2 で a) と答えられた先生へ

◆ 小腸狭窄に対し施行されていない理由をお教えてください. (複数回答可)

- ① 経験がないから ② 対象となる症例がないから ③ コストがかかるから
④ 人手がないから ⑤ 偶発症のリスクが高いから ⑥ 機器がないから
⑦ 適応や手技が明確でないから ⑧ その他 ()

◆ 今後, 施行される予定がありますか?

- i) ある ii) ない iii) その他 ()

設問 2 で b) と答えられた先生または c) と答えられた先生のうち, 小腸の拡張術を施行されている先生は設問 3 以下に御回答下さい.

設問 3. 過去 1 年間の小腸拡張術の件数は?

約 () 件

設問 1 1. その他の機器, デバイスについて御意見があれば御記載下さい。
()

【手技, 鎮静など】

設問 1 2. 内視鏡的拡張術の実際の手技についてお聞きします。

- 1) 拡張の目安は? (複数回答可)
 - a) 患者さんの疼痛 b) () 程度の拡張圧 c) 術者の感覚
 - d) 透視下のバルーン観察 e) その他 ()
- 2) 拡張の時間は?
 - a) 1 分間以下 b) 1 ~ 3 分間 c) 3 ~ 5 分間 d) 5 ~ 1 0 分間
 - e) 1 0 分間以上 f) その他 ()
- 3) 内視鏡的拡張術の際に, 造影で確認されていますか?
 - a) 拡張前後で施行 b) 前のみ施行 c) 後のみ施行 d) 未施行
- 4) この他, 手技について御意見があれば御記載下さい。
()

設問 1 3. 内視鏡的拡張術中の鎮静法についてお聞きします。

- 1) 鎮静は,
 - a) 毎回行う b) ときどき行う c) あまり行わない d) 行わない
- 2) 設問 1 3-1) で a), b), c) と答えられた先生へ, 鎮静に用いる薬剤は?
 - a) ジアゼパム b) ミダゾラム c) 非麻薬系鎮痛剤
 - d) 麻薬系鎮痛剤 e) プロポフォール f) その他 ()
- 3) 鎮静中のモニタリングは?
 - a) 未施行 b) SpO₂ のみ c) SpO₂ とモニター心電図
 - d) その他 ()
- 4) その他, 鎮静法について御意見があれば御記載下さい。
()

【有用性】

設問 1 4. 貴施設での内視鏡的拡張術の成功率は、どの程度でしょうか？

(わかる範囲で結構です)

1) 短期的成功を内視鏡的拡張術が技術的に成功かつ臨床症状の改善が認められたものとする、

拡張術施行 () 例中、 () 例程度である。

2) 長期的な有効例を、6ヵ月以上、手術回避可能できたものとする、

拡張術施行 () 例中、 () 例程度である。

設問 1 5. 成功例と不成功例を比較して、何か相違点がありますか？

(検討結果でなくて、印象だけでも構いません)

a) ある b) ない c) その他 ()

設問 1 5で a) と答えられた先生へ、具体的な内容を教えて下さい。

{ 例. 高度狭窄など } }

{ } }

{ } }

{ } }

{ } }

{ } }

その他、有用性について御意見があれば御記載下さい。

()

【偶発症と対策】

設問 1 6. 貴施設での内視鏡的拡張術における偶発症発生率は、どの程度でしょうか？

(わかる範囲で結構です)

拡張術施行 () 例中、 () 例程度である。

設問 1 7. 偶発症を経験された先生へお聞きします。

1) 偶発症の内容と件数は？

a) 穿孔 () 件 b) 出血 () 件 c) 膵炎 () 件

d) その他 偶発症内容： , () 件

その他 偶発症内容： , () 件

2) 各偶発症発生例の転帰は？

① 穿孔

- a) 保存的治療で改善 b) 手術を要したが改善 c) 死亡
d) その他 ()

② 出血

- a) 保存的治療で改善 b) 手術を要したが改善 c) 死亡
d) その他 ()

③ 膵炎

- a) 保存的治療で改善 b) 手術を要したが改善 c) 死亡
d) その他 ()

④ その他の合併症

- a) 保存的治療で改善 b) 手術を要したが改善 c) 死亡
d) その他 ()

④ その他の合併症

- a) 保存的治療で改善 b) 手術を要したが改善 c) 死亡
d) その他 ()

設問 18. 偶発症の発生予防には何が重要でしょうか？

(複数回答可)

- a) 適応基準の徹底 b) 手技の向上 c) デバイスの改良 d) 時間の短縮
e) その他 ()

設問 19. 偶発症について貴施設で工夫されていることがあれば御記載下さい。

()

■ 本治療の普及のための御意見をお聞かせ下さい。

()

■ 本アンケートに対して御意見、要望などがあれば御記載下さい。

()

クローン病診断基準(案)

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

I. 概念

本疾患は原因不明で、主として若い成人にみられ、浮腫、線維(筋)症や潰瘍をともなう肉芽腫性炎症性病変からなり、消化管のどの部分にもおこりうる。消化管以外(とくに皮膚)にも転移性病変がおこることがある。原著では回腸末端をおかす(回腸末端炎)と記載されたが、その後口腔から肛門までの消化管のあらゆる部位におこることがわかった。臨床像は病変の部位や範囲による。発熱、栄養障害、貧血、関節炎、虹彩炎、肝障害などの全身性合併症がおこりうる。
(WHOのCIOMS(Council for International Organizations of Medical Sciences. 医学科学国際組織委員会)による概念(1973)を一部改訂)

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

II. 主要事項 ②

4. 臨床所見

A. 消化管病変

- 1) 腸病変 : 縦走潰瘍^{注1)}、敷石像^{注1)}、管腔の狭小・狭窄、非連続性または区域性病変(いわゆる skip lesion、内瘻(腸-腸瘻、腸-膀胱瘻、直腸-陰瘻など)、外瘻(腸-皮膚瘻)、不整形潰瘍、多発アフタ^{注3)})
- 2) 肛門病変: 難治性痔瘻、肛門周囲膿瘍、裂肛、潰瘍、肛門皮垂(skin tag)など
- 3) 胃・十二指腸病変: 多発アフタ、潰瘍、狭窄、敷石像など

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

II. 主要事項 ④

B. 消化管外病変

- 1) 血液: 貧血、低蛋白血症など
- 2) 関節: 腸性関節炎、強直性脊椎炎など
- 3) 皮膚: 口内アフタ、結節性紅斑、壊死性膿皮症、多形滲出性紅斑など
- 4) 眼: 虹彩炎、ブドウ膜炎など
- 5) 栄養代謝: 成長障害、微量元素欠乏、ビタミン欠乏、アミロイドーシスなど
- 6) 悪性腫瘍: 腸癌など
- 7) その他: 原発性硬化性胆管炎、血管炎、痔炎、胆石症、尿路結石症など

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

III. 診断の基準

1. 主要所見	A. 縦走潰瘍 B. 敷石像 C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫
2. 副所見	a. 縦列する不整形潰瘍またはアフタ b. 上部と下部消化管の両者に認められる不整形潰瘍またはアフタ

- 確診例: 1. 主要所見のAまたはBを有するもの*。
2. 主要所見のCと副所見のいずれか1つを有するもの。
疑診例: 1. 副所見のいずれかを有するもの**。
2. 主要所見のCのみを有するもの***。
3. 主要所見AまたはBを有するが虚血性大腸炎、UCと鑑別ができないもの。
- * 縦走潰瘍のみの場合、虚血性大腸炎や潰瘍性大腸炎を除外することが必要である。
敷石像のみの場合、虚血性大腸炎を除外することが必要である。
** 副所見のみで疑診とした場合は同所見が3ヶ月以上恒存することが必要である。
*** 結核などの肉芽腫を有する炎症性疾患を除外することが必要である。

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

【付記】 Indeterminate colitis

クローン病と潰瘍性大腸炎の両疾患の臨床的、病理学的特徴を合わせ持つ、鑑別困難例。以前は急性の重症-激症の手術例に多かったが、最近では初診時あるいは経過観察中に肛門側にびまん性の浅い炎症、さらに非乾酪性類似性上皮細胞肉芽腫を認めるなど、鑑別が困難な例がある。このような症例に対しては、小腸/上部消化管病変の有無と生検による非乾酪性類似性上皮細胞肉芽腫の検索やCD68陽性細胞の分布の検討が、鑑別に役立つこともある。さらに経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的所見の出現を待つ。治療は、より疑わしい疾患の治療方針に従う。腸切除術が必要な場合、クローン病を疑っている症例では、回腸嚢を形成する術式は避ける。

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

II. 主要事項 ①

1. 好発年齢: 10代後半から20代。
2. 好発部位: 大多数は小腸や大腸、またはその両者に縦走潰瘍や敷石像などの病変を有する。
3. 臨床症状: 腹痛、下痢、体重減少、発熱、肛門病変などがよくみられる症状である。ときに虫垂炎に類似の症状、腸閉塞、腸瘻孔、大出血で発症する。また、腹部症状を欠き、肛門病変や発熱(不明熱)で発症することもある。

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

II. 主要事項 ③

- 注1) (縦走潰瘍) 腸管の長軸方向に4~5cm以上の長さを有する潰瘍で、活動期潰瘍では炎症性ポリープや敷石像を伴うことが多い。虚血性大腸炎で縦走潰瘍を認めることがあるが、炎症性ポリポーシスや敷石像を伴うことはまれである。潰瘍性大腸炎で縦走潰瘍を認めることがあるが、その周辺粘膜は潰瘍性大腸炎に特徴的な所見を呈する。
- 注2) (敷石像) 縦走潰瘍とその周辺小潰瘍間の大小不同の密集した粘膜隆起であり、密在した炎症性ポリポーシスもこれに含める。虚血性大腸炎の場合、肉眼標本上で浮腫や残存粘膜島が敷石像類似の所見を呈することがあるが、その高さは低く、発赤調が強い。
- 注3) (多発アフタ) 本症では縦列することがある。

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

II. 主要事項 ⑤

5. 病理学的所見

- A. 切除標本肉眼所見: 縦走潰瘍^{注1)}
敷石像^{注2)}
- B. 切除標本組織所見: 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫(局在リンパ節にもみられることがある)^{注4)}
全層性炎症^{注5)}
裂溝
潰瘍
- C. 生検組織所見: 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫^{注4)}

- 注4) 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は腸結核でも、認められることがある。
注5) 主にリンパ球から成る集簇集が消化管壁全層にみられるもの。

Crohn病診断基準(改訂案) (厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班)

IV. 病型分類

本症の病型は縦走潰瘍、敷石像または狭窄の存在部位による。

(例: 小腸型、小腸大腸型、大腸型、直腸型、胃・十二指腸型など)

これらの所見を欠く場合は、特殊型とする。

特殊型には多発アフタ型や盲腸虫垂限局型などがある。

クローン病に対する腹腔鏡手術

北里大学医学部 外科

小澤平太 渡邊昌彦

【背景と目的】腹腔鏡下大腸切除術(LS)の低侵襲性はすでに早期大腸癌においてコンセンサスが得られているといえる。全消化管に発生しうるクローン病では poly surgery case もまれではなく、より侵襲性の低い術式の選択が望まれる。本研究では、本疾患に対するLSの低侵襲手術としての妥当性を明らかにすることを目的とした。【対象】1987年3月から2007年12月までの間に、クローン病の診断で当院にて初回腹部手術を施行した100例を対象とした。男性75例、女性25例、腹腔鏡手術(LS群)29例、開腹手術(OS群)71例であった。平均年齢 31.8 ± 1.1 歳、小腸型47例、大腸型11例、小腸大腸型41例、特殊型1例、穿孔型51例、非穿孔型49例であった。LSの適応除外基準は1、緊急手術例2、穿孔例3、広範囲膿瘍形成例4、数回にわたる開腹手術既往例5、腸管外他臓器への複雑瘻孔形成例とした。【結果】LSとOSでは、それぞれ手術時間(中央値)170分、200分($p=0.571$)、出血量(中央値)75.0ml、200ml($p=0.036$)、術後経口摂取開始日(中央値)9.5病日、11病日($p=0.347$)、術後在院日数25.0日、38.5日($p=0.004$)であった。術後合併症では、イレウスをそれぞれ3.4%、7.0%($p=0.492$)、創感染を3.4%、7.0%($p=0.492$)、縫合不全を6.9%、4.2%($p=0.578$)に認めた。LSからOSへのコンバートは3例(10.3%)であった。腹腔鏡手術を導入した1996年から2002年までの38例における術後5年無再発率はそれぞれ61.5%、86.9%で両群間に差はなかった($p=0.432$)。【結語】クローン病に対する腹腔鏡手術は、慎重に行なえば狭窄や瘻孔を主病変とする場合でも可能であり、低侵襲手術として妥当なものであると思われた。

厚生科学研究費補助金特定疾患対策研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」
平成 19 年度第 2 回総会 (平成 20 年 2 月 14 日)

記述疫学：臨床調査個人票の解析結果ならびに予後調査のためのシステム構築

朝倉敬子, 武林 亨 (慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学)
井上 詠 (慶應義塾大学医学部 消化器内科)
渡辺 守 (東京医科歯科大学医学部 消化器病態学)

<資料>

1. 記述疫学 (臨床調査個人票データより)

※臨床調査個人票の電子化は 2001 年から行われている。臨床調査個人票の書式が現在のものになったのは 2003 年から。(2003 年のデータは新書式のもの为主であるが、旧書式と新書式のデータが混在。)

a) 電子化済み臨床調査個人票データ数

2003 年：UC 40536 名, CD 11301 名
2004 年：UC 47720 名, CD 13210 名
2005 年：UC 48712 名, CD 14113 名

※ 提出された全ての臨床調査個人票データが電子化されているわけではない。
(電子化率は 2005 年で UC57%、CD58%)

b) 県別年齢調整有病率

2003 年： UC 45.29～76.80 人 CD 10.96～28.23 人
2004 年： UC 33.8～70.2 人 CD 10.0～27.9 人
2005 年： UC 37.6～79.9 人 CD 11.5～32.1 人
(以上、人口 10 万人あたり)

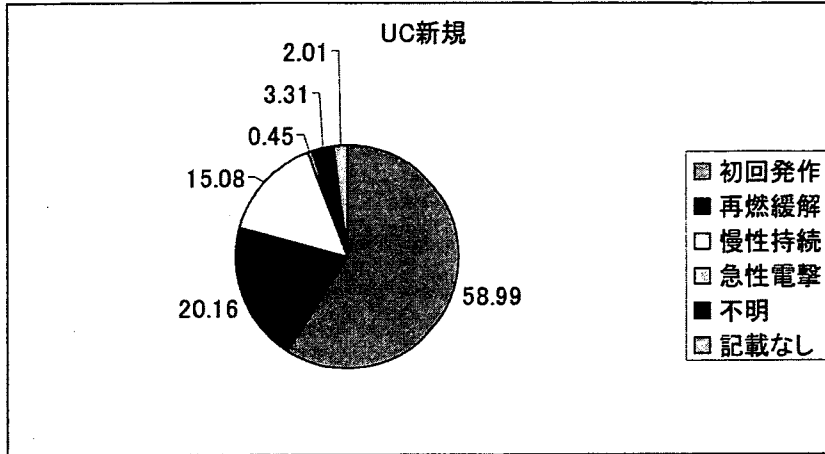
※ 電子化された臨床調査個人票数が、衛生行政報告例による特定疾患医療受給者票所持者数に対し、2003 年は 80%、2004 年以降は 85%を越える県について検討した。

※ 地域により年齢構成が異なるため、昭和 60 年モデル人口を用いて年齢調整を施行。

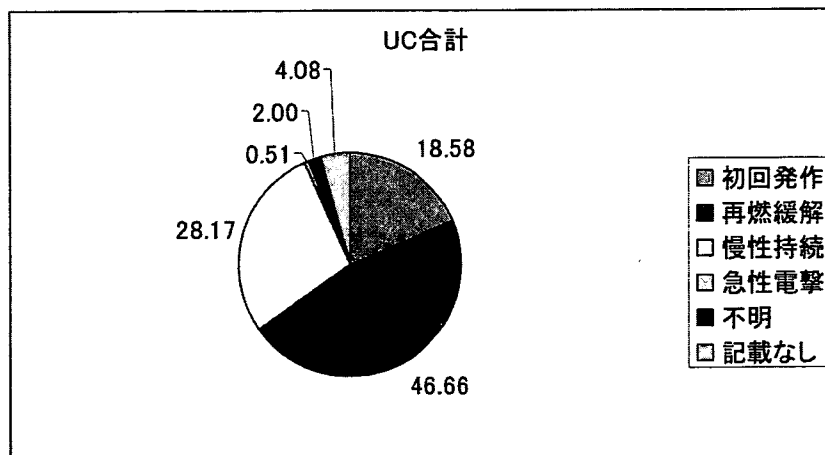
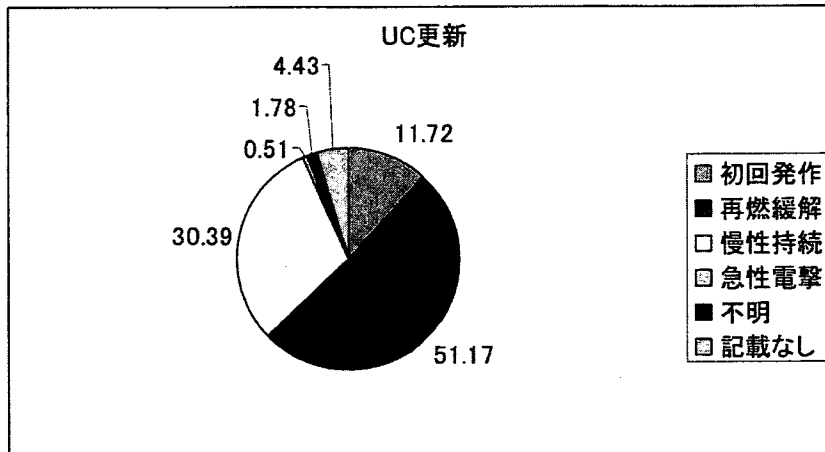
c) 重症度分布 (2005年のデータより)

<UC臨床経過>

	初回発作 (人)	(%)	再燃緩解 (人)	(%)	慢性持続 (人)	(%)	急性電撃 (人)	(%)	不明 (人)	(%)	記載なし (人)	(%)	登録症例 数
UC新規	4173	(58.99)	1426	(20.16)	1067	(15.08)	32	(0.45)	234	(3.31)	142	(2.01)	7074
UC更新	4879	(11.72)	21305	(51.17)	12654	(30.39)	214	(0.51)	742	(1.78)	1844	(4.43)	41638
UC合計	9052	(18.58)	22731	(46.66)	13721	(28.17)	246	(0.51)	976	(2.00)	1986	(4.08)	48712

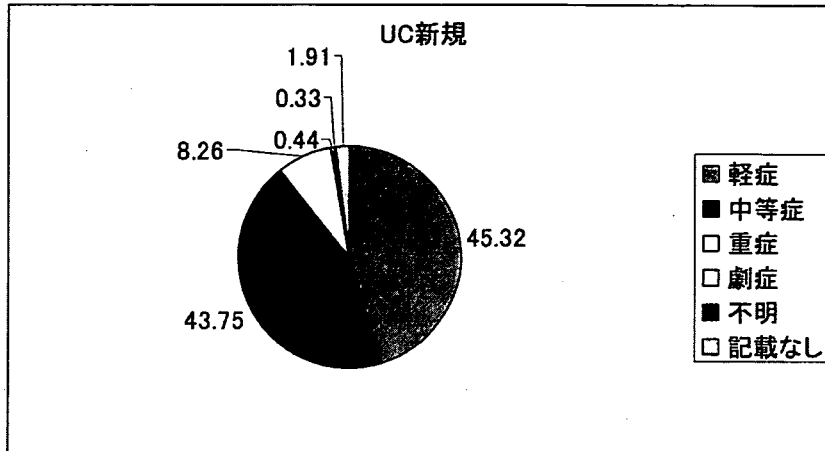


※全登録症例に対する割合 (%)

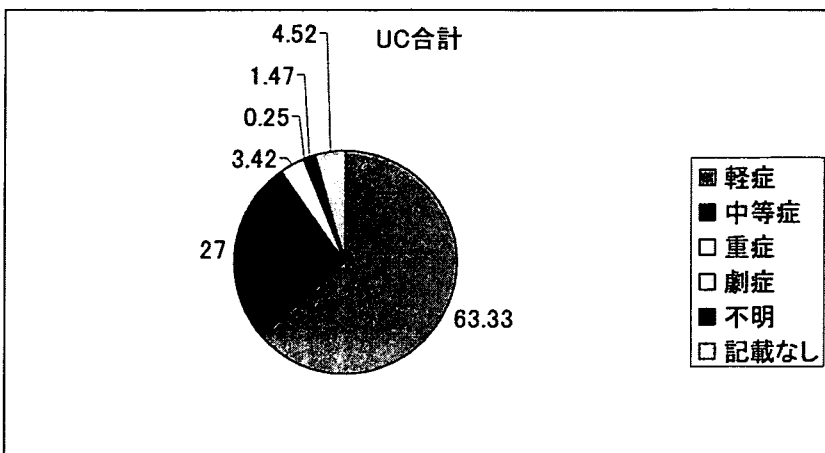
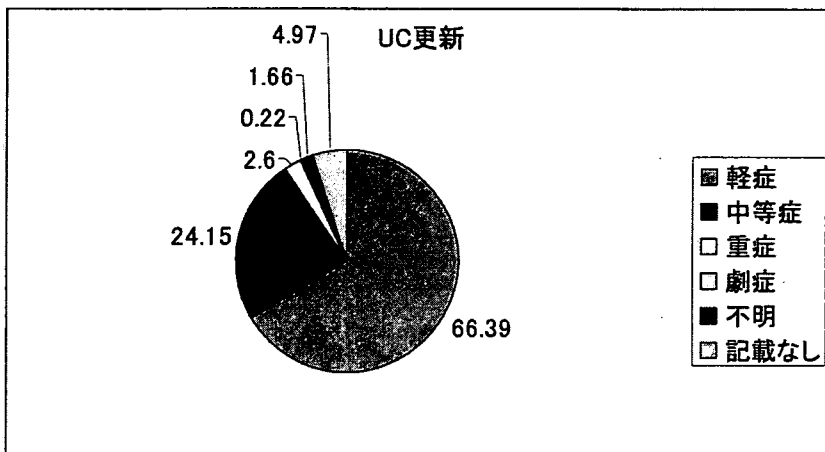


<UC重症度>

	軽症 (人)	(%)	中等症 (人)	(%)	重症 (人)	(%)	劇症 (人)	(%)	不明 (人)	(%)	記載なし (人)	(%)	登録症例 数
UC新規	3206	(45.32)	3095	(43.75)	584	(8.26)	31	(0.44)	23	(0.33)	135	(1.91)	7074
UC更新	27644	(66.39)	10056	(24.15)	1084	(2.60)	93	(0.22)	693	(1.66)	2068	(4.97)	41638
UC合計	30850	(63.33)	13151	(27.00)	1668	(3.42)	124	(0.25)	716	(1.47)	2203	(4.52)	48712

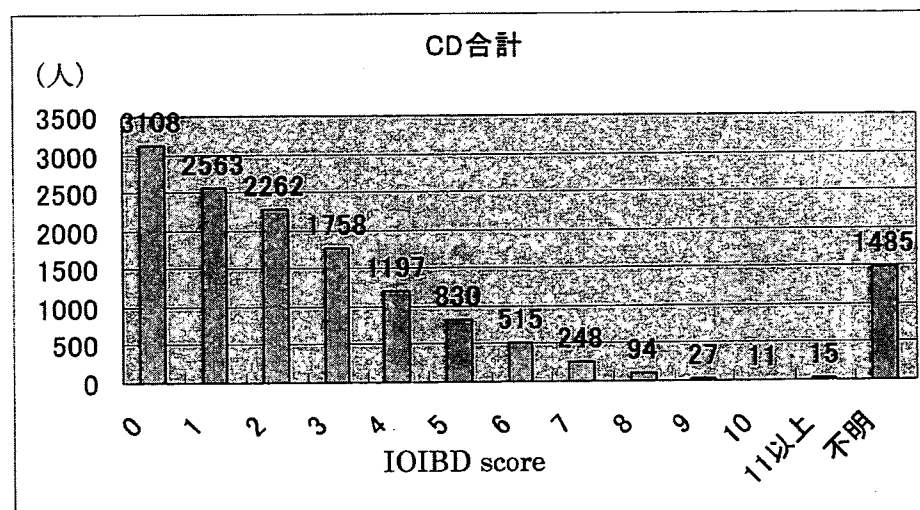
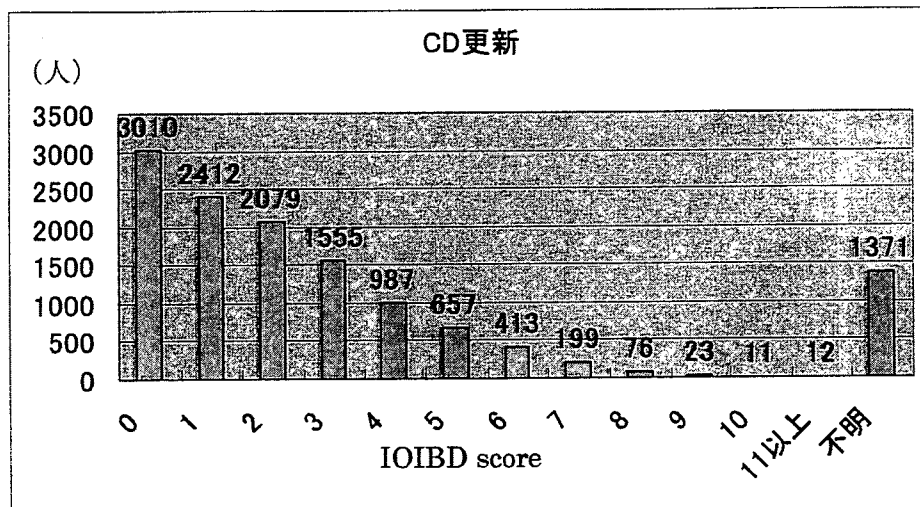
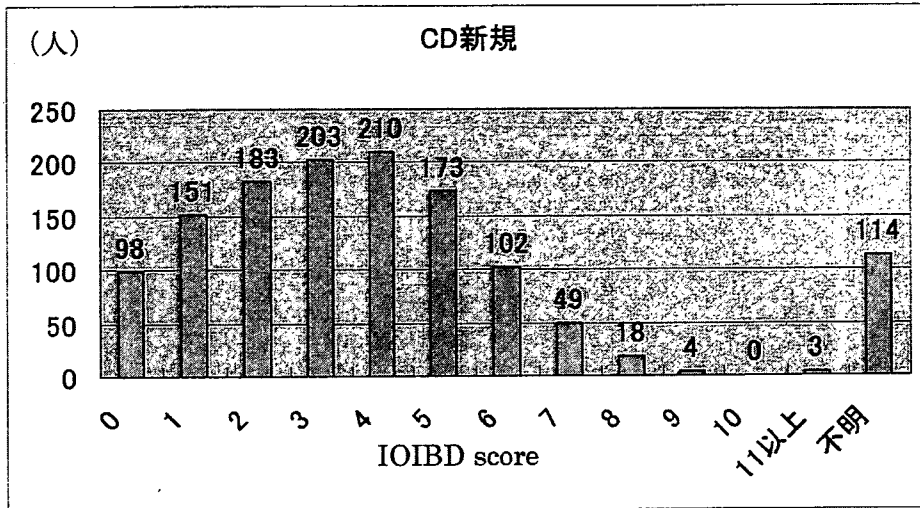


※全登録症例に対する割合 (%)



<CD IOIBD score 分布>

※11以上の数値の記載のあったケースは、誤記もしくは入力ミスと考えられる。

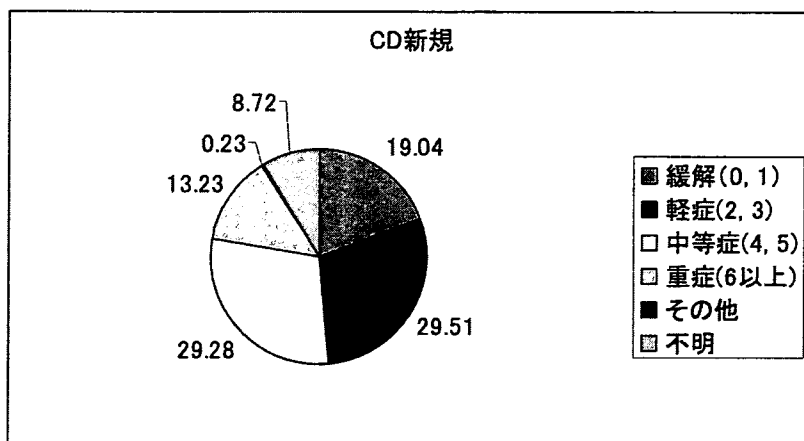


<CD重症度>

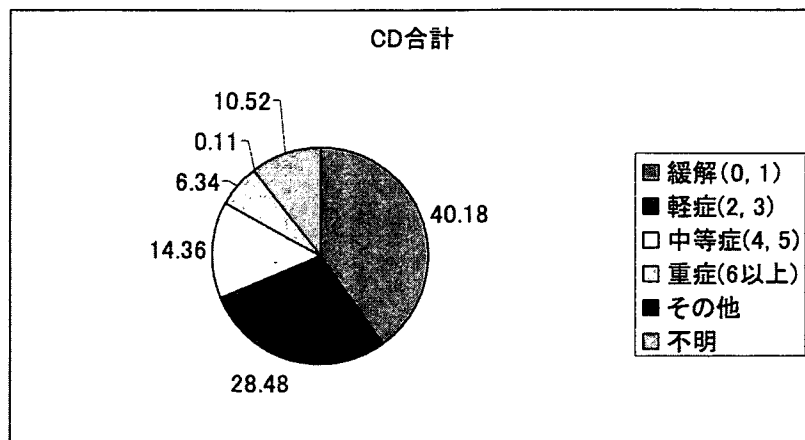
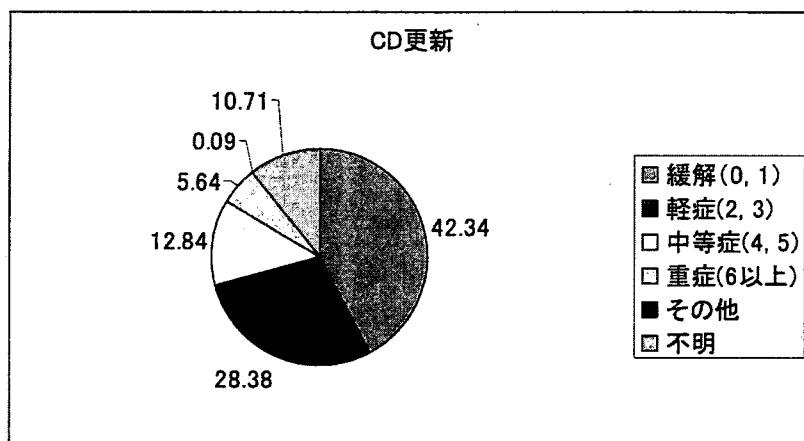
分類	緩解 (人) (%)	軽症 (人) (%)	中等症 (人) (%)	重症 (人) (%)	その他 (人) (%)	不明 (人) (%)	登録患者数
CD新規	249 (19.04)	386 (29.51)	383 (29.28)	173 (13.23)	3 (0.23)	114 (8.72)	1308
CD更新	5422 (42.34)	3634 (28.38)	1644 (12.84)	722 (5.64)	12 (0.09)	1371 (10.71)	12805
CD合計	5671 (40.18)	4020 (28.48)	2027 (14.36)	895 (6.34)	15 (0.11)	1485 (10.52)	14113

※重症度標記：緩解は IOIBD score の 0,1、以下軽症 2,3、中等症 4,5、重症 6 以上とした。

※11 以上の IOIBD score の記載のあったケースはその他とした。



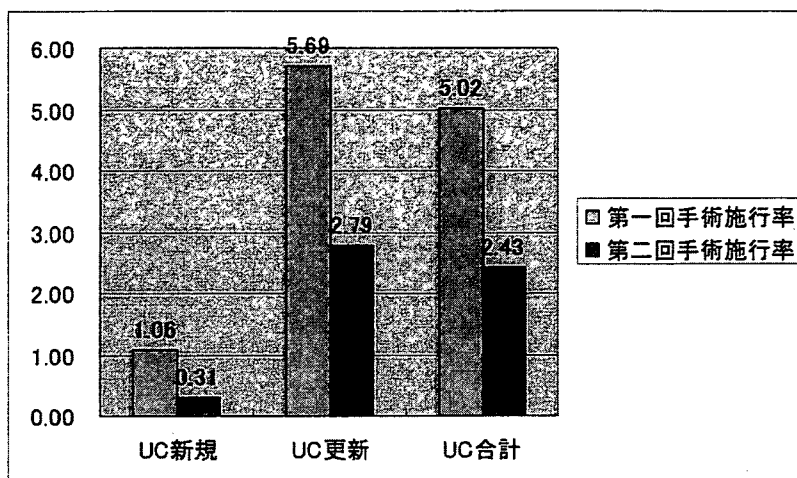
※全登録症例に対する割合 (%)



d) 手術率 (2005年のデータより)

<UC 手術件数・手術率>

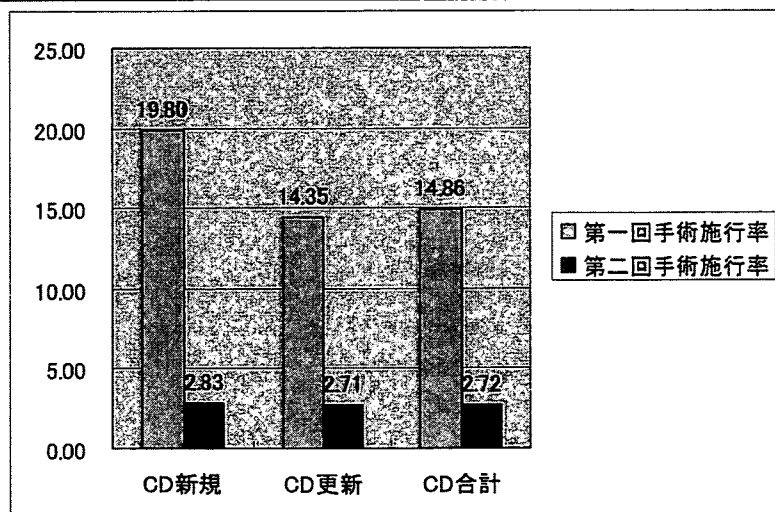
	第一回施行数	(%)	第二回施行数	(%)	登録症例数
UC 新規	75	(1.06)	22	(0.31)	7074
UC 更新	2368	(5.69)	1162	(2.79)	41638
UC 合計	2443	(5.02)	1184	(2.43)	48712



※ (手術施行例 ÷ 全登録症例) × 100 (%)

<CD 手術件数・手術率>

	第一回施行数	(%)	第二回施行数	(%)	登録症例数
CD 新規	259	(19.80)	37	(2.83)	1308
CD 更新	1838	(14.35)	347	(2.71)	12805
CD 合計	2097	(14.86)	384	(2.72)	14113



※ (手術施行例 ÷ 全登録症例) × 100 (%)

2. 患者情報登録システムに関するアンケート結果

<回答施設> 38 施設

<回答施設での診療患者数> UC 5785 名、 CD4042 名 (重複あり)

<回答施設での診療医師数> 308 名 (重複あり)

<患者データベース> あり 34 施設 なし 3 施設 作成中 1 施設

<データベースでの PC 利用> あり 33 施設 なし 2 施設

<使用ソフト> Excel、Filemaker pro がほとんど。

<登録患者> 全患者 10 施設 一部患者 25 施設

<登録医師> 全医師 3 施設 一部医師 32 施設

<登録情報の利用> 診療 13 施設 研究 32 施設 (複数回答可)

<臨床調査個人票形式への出力> 可 4 施設 不可 31 施設

<臨床調査個人票記入場所> 外来 23 施設 医局・研究室 16 施設 その他 1 施設(病歴室)

<システム参加> する 32 施設 しない 0 施設 その他 6 施設

(作業内容により、現在のデータが使用できれば、などの条件の記載あり。)

<登録可能患者> 全患者 20 施設 一部患者 18 施設

<個人情報管理用 PC>設置可能 27 施設 不可能 3 施設 その他 8 施設

<個人票作成支援機能>使用する 31 施設 使用しない 0 施設

その他 5 施設 回答なし 2 施設

(事務や電子カルテとの兼ね合いによるとの記載あり。)

<作成支援機能なしのシステムに協力可か?> なしで簡便な方がよい 13 施設

あったほうがよいが協力する 20 施設 協力しない 1 施設

その他 2 施設 回答なし 2 施設

<予後調査時期> 7~9 月 29 施設 それ以外の時期 3 施設

その他 4 施設 回答なし 2 施設

3. 臨床調査個人票に関する調査結果

様々な意見があり、相反する意見が寄せられた項目もあった。

以下に記載する意見は、それらの中でも比較的共通に、多く寄せられたものである。

- ・ 新規症例は詳細に、更新症例は簡便に。
- ・ 外科手術後症例の記載が困難
- ・ 患者自身の記載欄を明確に定義し、記載してもらう。
(住所、氏名、生年月日、年齢、身長、体重など)
- ・ “いつのデータを記載するのか”の定義を明確に。(特に病変の広がりや重症度、
臨床症状、検査所見)

- ・ 保健種別、身障者手帳の有無、介護認定、生活状況の項目は不要では?
- ・ 前医のデータは不要では?

- ・ UC で血漿成分除去療法、CD で抗体療法の項目追加。
- ・ CD の栄養療法は記載をもっと簡素にしては? (内科的治療のひとつとしては?)
- ・ 手術理由が現実に即していない。(特に CD) 具体的な選択肢の提案多数あり。
- ・ 術式は選択肢に。

- ・ 検査項目の要・不要:
便培は更新では不要。
血液データは意味がないのでは? (もしくは、大幅に項目を減らしては?)
CD のツ反は更新では不要。

※アンケート結果は一覧にしてあり、臨床調査個人票改訂ワーキンググループで使用予定。

治療原則

重症例や全身障害を伴う中等症例に対しては、入院のうえ、脱水、電解質異常（特に低カリウム血症）、貧血、低蛋白血症、栄養障害などに対する対策が必要である。激症型は極めて予後不良であるので、内科と外科の協力のもとに強力な治療を行い、短期間の間に手術の要、不要を決定する。

薬物療法

薬物療法は、主として重症度に応じた薬物用法を選択して行う。緩解導入後も、再燃を予防するため維持療法を行う。

治療継続中に急性増悪を起こした場合や維持療法中に再燃を起こした場合には、前回の活動期と同一の治療法が奏効しないことや、より重症化することが多いので、これらの点を参考にして治療法を考慮する。

重症例、難治例は専門医に相談するのが望ましい。

1. 軽症

(1) 直腸炎型：経口剤はペンタサ錠 1 日 1.5～4.0g（*1）またはサラゾピリン錠 1 日 3～4g、坐剤はリンデロン坐剤 1 日 1～2mg またはサラゾピリン坐剤 1 日 1～2g、注腸剤としてはペンタサ注腸 1 日 1.0g またはプレドネマ注腸 20～40mg、ステロネマ 3～6mg を単独投与または経口剤と局所製剤を併用してもよい。直腸 S 状部までの罹患範囲では坐剤が奏功する症例が多い。2 週間以内に改善があれば引き続きこの治療を続ける。改善がなければ成分の異なる局所製剤（坐剤、注腸剤）に変更する。

上記の治療法が奏効した場合にはリンデロン坐剤、ステロイド注腸を減量した後にこれらを中止する。ペンタサ錠、またはサラゾピリン錠、サラゾピリン坐薬、ペンタサ注腸は 2 週間以上は投与し、緩解導入後は再燃防止を目的としてペンタサ錠 1 日 1.5～4.0g またはサラゾピリン錠 1 日 2g、ペンタサ注腸 1 日 1.0g を長期間投与する。ペンタサ錠 1.5～4.0g とペンタサ注腸 1 日 1.0g を 2～3 日に 1 回の間欠投与も望ましい。

(2) 左側大腸炎型・全大腸炎型：ペンタサ錠 1 日 1.5～4.0g またはサラゾピリン錠 1 日 3～4g を経口投与する。ペンタサ注腸またはステロイド注腸を併用することが望ましい。2 週間以内に明らかな改善があれば引き続きこの治療を続け、緩解導入後は (1) に従った維持療法を行う。改善が

なければ以上に加えて中等症の (1) の治療を行う。

〈注 1〉直腸炎型は短期間で改善傾向を示さないことも多く、病変の口側進展や悪化がみられない場合には（注意深い観察の下で）長期間の治療継続を行ってもよい。

- *1. 本治療におけるペンタサ錠の保険適応は 1.5～2.25g である。
- *2. ペンタサ経口投与とペンタサ注腸を併用する場合には、経口 4.0g と注腸 1.0g の併用が望ましい。

2. 中等症

基本的には軽症の (1)、(2) に準じてよいが、

(1) CRP 1.0mg/dl 以上または赤沈 30 mm/h 以上と炎症反応がみられる場合は、軽症の治療に加えてプレドニゾン 1 日 30～40mg の経口投与を初期より行ってもよい。

また軽症に準じた治療で 2 週間以内に明らかな効果がない場合や途中で増悪する場合もプレドニゾン 1 日 30～40mg の経口投与を併用する。これで明らかな効果が得られたら、20mg に減量して 2 週間投与し、以後は 2 週間毎に 5mg 程度ずつ減量する。ステロイド注腸はプレドニゾンの経口投与を中止するまで続ける。その後は軽症の (1) に準じて治療継続を原則とする。

- (2) プレドニゾンの減量に伴って増悪または再燃が起これば離脱が困難な場合（ステロイド依存例）は、難治例の (1) の治療を行う。
- (3) プレドニゾンの経口投与を行っても、1～2 週間以内に明らかな効果が認められない時は、原則として入院させ激症の (1) または難治例の (2) の治療を行う。

〈注 2〉緩解の判定は内視鏡検査で行い、生検所見は参考にとどめる。

〈注 3〉ペンタサ錠とサラゾピリン錠の副作用として発疹が起きる時は、1 日 1mg から始めて徐々に増量すると、多くの場合は脱感作に成功する。消化器症状や頭痛がある時は 1 日各々 0.25g、0.5g から始め、数週間かけて増量する。このほか、サラゾピリン錠は溶血や無顆粒球症、肝機能障害なども起こり得るので、定期的に血液検査や肝機能検査を行う。また、男性の場合には精子の抑制作用も報告され

ている。

3. 重症

(1) 入院のうえ全身状態の改善に対する治療を行う。薬物療法としては、当初よりプレドニゾロン 1日 40~80mg (成人においては 1~1.5mg/kg を目安とする) の経口投与あるいは点滴静注、さらにペンタサ錠 1日 1.5~4.0g またはサラゾピリン錠 1日 3~4g の経口投与、及び注腸剤を併用する (注腸が刺激となり排便回数が増える場合は中止)。これで明らかな効果が得られたら、プレドニゾロンを漸次減量し 40mg で緩解導入を期し、その後は 30mg, 20mg と 2週間以内を目安に病態に応じて減量し、以後は中等症の (1), (2) に準じた治療を行う。発熱や白血球増多が著明な期間は、広域スペクトル抗生物質を短期併用する。必要と思われる症例には、当初より難治例の (2) の治療を行ってもよい。

(2) 前項の治療を行っても明らかな改善が得られない場合 (ステロイド抵抗例) は、激症の (1) あるいは難治例の (2) のいずれかの治療法を行う。

(3) 以上の治療でも明らかな改善が得られない時は、すみやかに手術を考慮する。

〈注 4〉重症度にかかわらず、ステロイドの使用は漠然と投与することを避ける。

4. 激症型 (急性激症型または再燃激症型)

激症型はきわめて予後不良であり、次のように取り扱う。

(1) 経口摂取を禁じ、経静脈的栄養補給と次のいずれかを行う。

- a) 強力静注療法
- b) プレドニゾロン動注療法

(2) 以上の治療で激的な症状のほとんどが消失した場合は、この時点から重症 (1) の治療に移行する。

(3) (1) の治療を行っても症状が悪化する場合、あるいは早期に症状の明らかな改善が得られない場合は血球成分除去療法、シクロスポリン持続静注療法を試みてもよいが、改善の無い例では時期を失することなく緊急手術を行う。

〈注 5〉重症例、特に激症型では中毒性巨大結腸症や穿孔を起こしやすいので、腹部所見 (膨隆、腸雑音など) に留意し、腹部単純 X 線撮影に

よる観察を行う。

*3. 強力静注療法

- ① 経口摂取を禁ずる。
- ② 水溶性プレドニゾロン 40~80mg (成人では 1~1.5mg/kg を目安とする、4 回分注)。
- ③ 広域スペクトル抗生物質。
- ④ 輸液、電解質特にカリウムの補給、経静脈的栄養補給、血漿蛋白製剤、輸血。

*4. プレドニゾロン動注療法

選択的腸間膜動脈撮影後、上・下腸間膜動脈内に、症状に応じてそれぞれに水溶性プレドニゾロン 10~20mg を、カテーテルを通じて動注する。有効例では通常 3 日以内に効果が現れる。やや有効な場合は追加動注を行ってもよい。

5. 難治例

(1) ステロイド依存例: プレドニゾロンの減量に伴って増悪または再燃が起こり離脱が困難な場合は、アザチオプリン (イムランなど) 50~100mg/日または 6MP 30~50mg/日を併用する。これらの効果発現は比較的緩徐で、1~3 ヶ月後に効果が現れることがある。これが有効で副作用がない時は、上記免疫抑制剤を開始して 1~2 ヶ月後に経口プレドニゾロンを徐々に減量、中止する。緩解導入後は軽症の (1) に従った維持療法を行うが、副作用に注意しながら上記免疫抑制剤は 2 年間を目安として併用する。

(2) ステロイド抵抗例: ステロイドの適正な治療にもかかわらず、1~2 週間以内に明らかな改善が得られない場合で、重症度が中等症では血球成分除去療法を、重症ではシクロスポリン持続静注療法を行ってもよい。この際、アザチオプリン (イムランなど) 50~100mg/日または 6MP 30~50mg/日を最初から投与することが望ましい。なお、これらの免疫抑制剤は 2 年間を目安として併用する。緩解導入後は軽症の (1) に従った維持療法を行う。

(3) これらの治療で効果のなく、QOL (生活の質) の低下した例では手術を考慮する。

〈注 6〉アザチオプリンや 6MP の副作用として、白血球減少、胃腸症状、膵炎、肝機能障害などが起こり得る。頻回に血液検査を行い、白血球数が減少したら減量、または一時中止する。なお、本剤は保険適応外である。

*5. 血球成分除去療法

アダカラム (GCAP) を用いて顆粒球・単球を吸着除去する顆粒球除去療法とセルソーバ (LCAP) を用いて顆粒球・単球・リンパ球を除去する白血球除去療法がある。GCAP は重症・激症患者及び難治性患者を、LCAP はステロイド治療抵抗性の重症または中等症の全大腸炎型及び左側大腸炎型の患者を対象とする。治療の第1週目には中等症では週1回、重症・激症では週2回行い、第2~5週には週1回とし、これを1クールとする。2クールまで治療を継続する事が可能であるが、クール中に増悪する症例や無効と判断した症例は、手術や他の治療法へ変更する。重症例に行う場合には、比較的早い時期から併用すべきである。なお、本治療は経験のある専門施設で行うのが望ましい。

*6. シクロスポリン持続静注療法

シクロスポリン1日2~4mg/kgの持続静注を7~14日間行い、有効であればシクロスポリンの経口投与1日5~8mg/kgに変更する。緩解維持療法は、ペンタサ錠またはサラゾプリン錠とアザチオプリン (イムランなど) ま

たは6-MPの併用療法で維持することが望ましい。持続静注中は血中濃度を頻回に測定し、血中濃度を400~600ng/mLに維持するよう投与量を調節する。病状が増悪したり重篤な副作用が出現した際は、手術や他の治療法へ変更する。本治療は保険適応外であり、副作用としての感染症や腎障害などに注意を要する。また、治療の際にはサイトメガロウイルス感染を否定しておく必要がある。なお、本治療は経験のある専門病院で行うのが望ましい。

6. 中毒性巨大結腸症

重篤な症状を伴って、結腸、特に横行結腸の著明な拡張を起こした場合は、直ちに緊急手術を行うか、外科医の協力のもとに短期間激症の強力な治療を行い、所見の著明な改善が得られない場合は緊急手術を行う (外科療法の項参照)。

〔注7〕仰臥位腹部単純X線撮影で、横行結腸中央部の直径が6cm以上の場合は本症が考えられる。

