

Pouchitis

内視鏡診断アトラス

— 改訂版 —

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」

発刊にあたって

平成16年秋の「Pouchitis内視鏡診断アトラス」発刊以降、日比班において、「回腸囊炎診断基準」ならびに「回腸囊炎治療指針」が作成されている。さらにその後、本邦におけるPouchitisの実態調査と診断基準・治療指針の検証を、引き続き東北大学の佐々木巖先生を中心とした多くの先生方のご協力のもと、当班においても実施してきた。この度、これらの臨床研究の結果を受け改訂作業が進められ、従来のPouchitis内視鏡所見アトラスに新たな所見を追加するとともに、診断基準ならびに治療指針を改訂し、一冊にまとめ、改訂版として発行することとなった。多くの先生方に、是非とも本資料を活用していただき、潰瘍性大腸炎の術後QOLの向上に繋げていただくようお願いしたい。

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班
研究代表者 渡辺 守
(東京医科歯科大学大学院 消化器病態学)

《平成16年初版の発刊にあたって》

本邦における炎症性腸疾患の患者数は増加の一途をたどっており、現在では潰瘍性大腸炎、クローン病を合わせて10万人を超え、従来いわれてきたような稀な疾病ではなくなった。そのため専門医だけではなく、多くの医師が日常診療において本症の診断・治療を行う機会が増加しているのが現状であろう。

厚生科学研究費補助金特定疾患対策研究事業のひとつである「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」では、これまでも炎症性腸疾患に対する診断基準ならびに治療指針案などを診断・治療技術の進歩に伴い継続的に整備してきたが、本症の原因が未だ解明されていないことから、これまでの検討でも不十分な課題も残されていた。

今回、当研究班では潰瘍性大腸炎におけるpouchitisに対する診断基準・治療指針案を整備するにあたり、pouchitisの評価を統一するために「内視鏡診断アトラス」を分担研究者の東北大学佐々木巖先生を中心とした多くの先生方のご協力のもとに作成頂き、研究報告書の別冊として発刊する運びとなった。

本書は内視鏡像を中心に構成され、多様な病変を呈するpouchitisを非常に把握しやすいように作成されているので、多くの先生方に活用していただき、今後の診断基準の作成をはじめ、日常診療にも役立てていただければ幸いである。

慶應義塾大学 内科学 日比 紀文

序 文(改訂にあたって)

潰瘍性大腸炎に対する外科治療として回腸肛門吻合術と回腸肛門管吻合術は、Sphincter saving pouch operation として安定した成績が得られる治療法として確立している。一方、術後にしばしば発生するPouchitisは、多くの場合短期間の治療にて改善するもののQOLに影響する問題となっている。その原因や病態機序については未だ不明の点が多く、実際の臨床像についても一定した理解が得られていなかった。そこで、厚生労働省難治性炎症性腸管障害調査研究班（日比班）では、我が国の術後Pouchitisの診断基準を作成するにあたり、内視鏡所見を重要視するコンセプトのもと外科部会を中心に、「Pouchitis 内視鏡診断アトラス」が作成された。アトラスの作成は、病態を評価し診断する時の共通の理解を深めることに大いに役立ったと考えられる。

その後、順次、Pouchitisの疾患概念、診断基準、治療指針案などが作成され、公表されている。「Pouchitis 内視鏡診断アトラス」については初版から大分時間が経ったのを機会に、関係者の協力により2011年改訂版が作成されるに至った。今回の改訂版は、初版で無かった幾つかの典型的な内視鏡所見が加わっており、より充実した内容となっている。診療の場でさらに役立てて頂き、術後のQOLの向上に寄与することを期待している。

研究分担者

東北大学大学院生体調節外科分野 佐々木 巖

Pouchitis内視鏡診断アトラス 改訂プロジェクトメンバー

奈良県立医科大学中央内視鏡・超音波部	藤井久男
横浜国立大学市民病院外科	小金井一隆
兵庫医科大学下部消化管外科	池内浩基
新潟大学消化器・一般外科	飯合恒夫
福岡大学筑紫病院外科	東大二郎
東北大学大学院消化管再建医工学・分子病態外科	福島浩平
(プロジェクト担当責任者)	

Pouchitis内視鏡診断アトラス 改訂協力者

東京女子医科大学第二外科	板橋道朗
東北労災病院大腸肛門外科	舟山裕士、高橋賢一
東北大学大学院生体調節外科分野	羽根田祥、渡辺和宏

《平成16年初版作成者》

主任研究者 慶應義塾大学 内科学 日比 紀文

分担研究者 東北大学大学院 生体調節外科 佐々木 巖

共同研究者	東京大学大学院腫瘍外科 名川弘一、渡邊聡明	東京女子医科大学第2外科 亀岡信悟
	横浜市立大学難病センター 杉田昭	三重大学第2外科 楠正人
	奈良医科大学中央内視鏡部 藤井久男	福岡大学筑紫病院外科 二見喜太郎
	新潟大学大学院消化器一般外科 畠山勝義	自治医科大学大宮医療センター消化器外科 小西文雄
	群馬県立がんセンター 澤田俊夫	帝京大学大腸肛門外科 味村俊樹
	横浜市民病院 福島恒男	慶応義塾大学一般消化器外科 渡邊昌彦
	兵庫医科大学第2外科 山村武平	東北大学大学院生体調節外科 舟山裕士、福島浩平
	関西医科大学第2外科 吉岡和彦	

協力者 東北大学大学院消化器内科 木内喜孝、高木承

目次

I 手技の実際	4
1.前処置	4
2.所見をとる際の注意点	4
3.典型的所見	4
II 典型的所見	5 - 6
1.血管透見像	5
2.顆粒状粘膜	5
3.浮腫とびまん性発赤	5
4.点状発赤	5
5.アフタ様病変と潰瘍	5
6.膿性粘液	5
7.易出血性	6
8.広範な潰瘍	6
9.多発性潰瘍	6
10.Staple line	6
11.Staple line ulcer	6
12.Cuffitis	6
III 症例提示	7 - 16
観察される所見一覧	
・ 正常 症例1～4	8
・ 軽度 症例5～7	9
・ 中等度 症例8～17	10 - 12
・ 重度 症例18～22	13 - 14
・ 重度（高度） . . 症例23～26	15
・ その他 症例27～30	16
IV 回腸囊炎診断基準	17 - 18
1.概念	17
2.回腸囊炎の診断	17
3.解説	17
【参考】 Pouchitis Disease Activity Index	18
V 回腸囊炎治療指針	19

I 手技の実際

1 前処置

通常は検査直前のグリセリン浣腸が必要である。ただし、重症例の場合には浣腸により出血を誘発する場合などもあることから、その事態が予想される場合は浣腸は控える。

2 所見をとる際の注意点

まず、指診により狭窄の有無など吻合部の状態を確認する。パウチ形成時のブリッジが残存する場合は、内視鏡で無理に押し込まないように注意する。便が残存する場合には洗浄を行う。通常、輸入脚の確認は容易であり、パウチ形成時の縫合線 (staple line) が観察される場合が多い。肛門縁からの距離と輸入脚流入部、縫合線などが病変部位を記述する際の指標となる。生検を行う場合には、穿孔、出血に十分注意する。肛門管および直腸粘膜が残存する場合には、炎症性変化とともに腫瘍性変化にも注意して観察する必要がある。

色素散布は微細な病変を観察する上で有用な場合もあるが、回腸囊炎における診断的な意義については確立していない。

3 典型的所見

- | | |
|---------------|--|
| 1. 血管透見像 | 7. 易出血性 |
| 2. 顆粒状粘膜 | 8. 広範な潰瘍 |
| 3. 浮腫とびまん性発赤 | 9. 多発性潰瘍 |
| 4. 点状発赤 | 10. Staple line |
| 5. アфта様病変と潰瘍 | 11. Staple line ulcer |
| 6. 膿性粘液 | 12. Cuffitis (回腸肛門管吻合術の際の肛門管粘膜 (残存直腸粘膜) の炎症) |

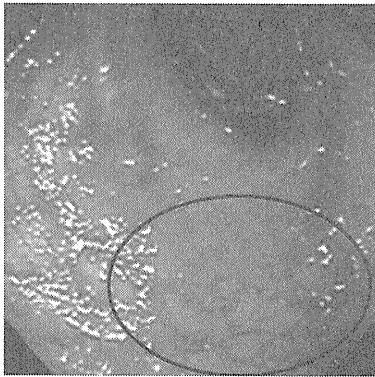
所見を記載する表現としては、厚生労働省診断基準案では軽度の所見として顆粒状粘膜、軽度の発赤が、中等度の所見としてびらん、小潰瘍、易出血性、膿性粘液、重度の所見として広範な潰瘍、多発性潰瘍、著明なびまん性発赤、著明な自然出血があげられる。

Pouchitis Disease Activity Index (PDAI) では浮腫、顆粒状粘膜、粘膜脆弱性、血管透見性の消失、粘液の滲出、潰瘍などがある。

その他に、アфта様病変が良く認められる。いわゆる、staple line ulcerは回腸囊炎とは区別して考える。

Ⅱ 典型的所見

1. 血管透見像



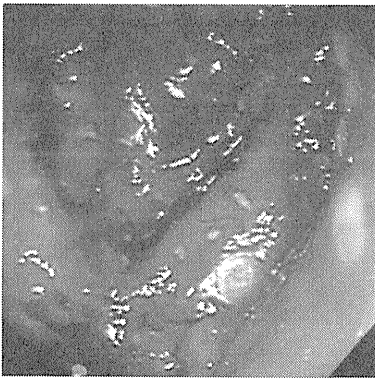
血管透見像は、比較的容易に把握できる所見である。図では軽度の炎症を伴っており、円内では血管像が透見されるが、それ以外の部位では血管透見像の消失がみられる。

2. 顆粒状粘膜



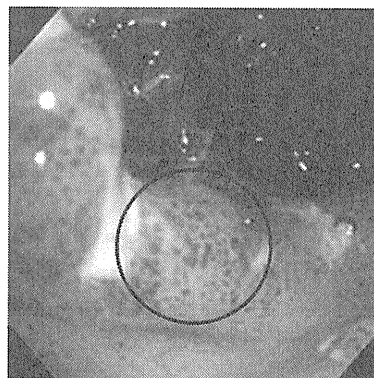
顆粒状粘膜の典型例を示す。光の加減により、細かくキラキラとハレーションを生じる場合がある。本症例では、周囲に紅暈を伴った、小さなアフタが散見される(矢印)。

3. 浮腫とびまん性発赤



浮腫が著明な場合、輪状ヒダは明らかな場合が多い。図では著明な浮腫とびまん性発赤を背景にびらん、アフタ様病変が多発している。

4. 点状発赤



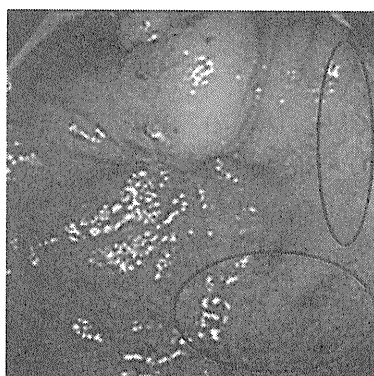
潰瘍に挟まれて、粘膜が浮腫状に盛り上がり、点状の発赤が認められる(円内)。

5. アフタ様病変と潰瘍



アフタは通常、小円形、楕円形、線形等様々であるがあまり大きいものは少なく、周囲に発赤を伴っている場合が多い(矢印)。一方、潰瘍は不整形で白苔が付着し、境界明瞭である(円内)。

6. 膿性粘液



浮腫状、顆粒状粘膜を背景に、黄色粒状の膿性粘液の付着が認められる(円内)。

7. 易出血性



内視鏡挿入のみで容易に出血する場合、易出血性粘膜である。発赤を伴う粘膜を背景に、にじみ出るように出血している(円内)。

8. 広範な潰瘍



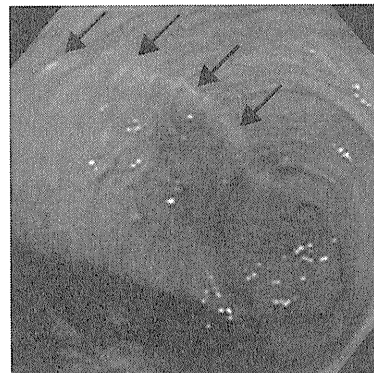
潰瘍径2-3cm程度の大きな潰瘍が認められる。

9. 多発性潰瘍



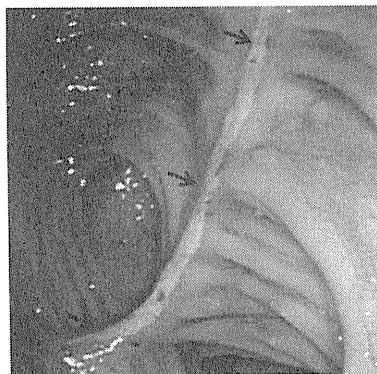
線状、不整形の潰瘍が多発している(円内)。

10. Staple line



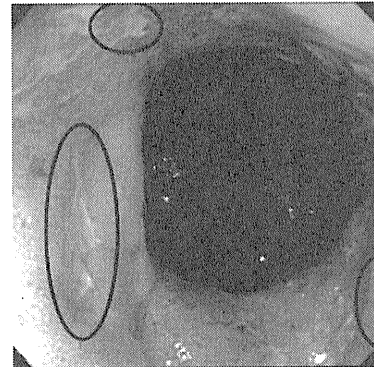
通常肛門側から口側に向かって相対するように2本白色調に認められる(矢印)。Stapleが残存して観察される場合もある。

11. Staple line ulcer



Staple lineに一致して、境界明瞭な浅い潰瘍を認める(矢印)。他の部位に、潰瘍や発赤は認められない。

12. Cuffitis



内視鏡を挿入してすぐ、肛門管粘膜には軽度の点状発赤と不整形の浅い潰瘍が散在性に認められる。

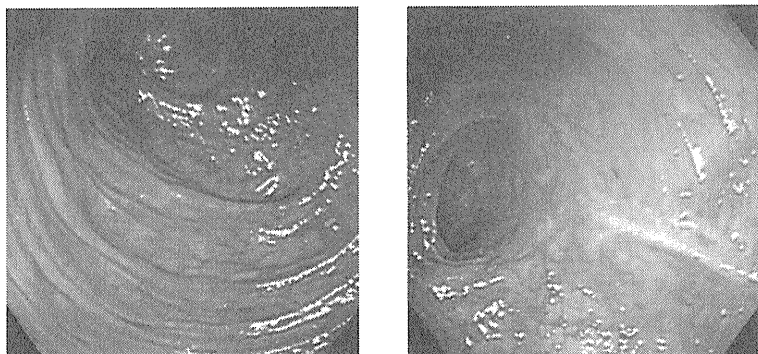
Ⅲ 症例提示

観察される所見一覧

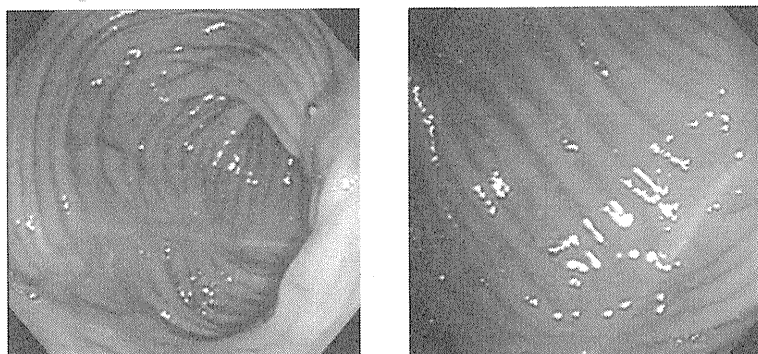
正 常	症例1	良好な血管透見性、輪状ヒダ、staple line	8
	症例2	血管透見性、輪状ヒダ、staple line	8
	症例3	伸展不良の内視鏡像	8
	症例4	血管透見性、輪状ヒダ、staple line、輸入脚付近の発赤	8
軽 度	症例5	軽度の発赤	9
	症例6	点状発赤、軽度の浮腫	9
	症例7	点状発赤、アフタ様病変	9
中等度	症例8	浮腫、結節状隆起、易出血性	10
	症例9	血管透見性の消失、発赤、浮腫、アフタ様病変、不整形びらん	10
	症例10	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、アフタ様病変、びらん	10
	症例11	血管透見性の消失、浮腫、多発性点状発赤、線状びらん	10
	症例12	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、膿性粘液	11
	症例13	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、アフタ様病変、不整形びらん	11
	症例14	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、アフタ様病変、不整形びらん、線状の小潰瘍	11
	症例15	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、不整形びらん	11
	症例16	血管透見性の消失、浮腫、顆粒状粘膜、びまん性発赤、小潰瘍	12
	症例17	血管透見性の消失、浮腫、不整形びらん、小潰瘍、staple	12
重 度	症例18	血管透見性の消失、浮腫、著しい発赤、不整形潰瘍	13
	症例19	血管透見性の消失、浮腫、点状発赤、線状びらん、不整形潰瘍	13
	症例20	血管透見性の消失、浮腫、びまん性発赤、びらん、易出血性	13
	症例21	血管透見性の消失、浮腫、アフタ様病変、びらん、不整形潰瘍	14
	症例22	血管透見性の消失、点状発赤、びらん、不整形潰瘍	14
重 度 (高度)	症例23	血管透見性の消失、浮腫、びまん性発赤、広範な潰瘍、膿性粘液	15
	症例24	血管透見性の消失、浮腫、びまん性発赤、不整形潰瘍の多発、膿性粘液	15
	症例25	血管透見性の消失、著明な浮腫、びまん性発赤、不整形潰瘍、易出血性	15
	症例26	血管透見性の消失、著明な浮腫、びまん性発赤、不整形潰瘍、易出血性	15
その他	症例27	Staple line ulcer	16
	症例28	Staple line ulcer	16
	症例29	Cuffitis	16
	症例30	Cuffitis	16

正常内視鏡像

症例 1 血管透見性は良好であり、輪状ヒダは太まり等なく等間隔であり、浮腫や発赤は認められない。右図では、白色直線状のstaple lineが観察される。



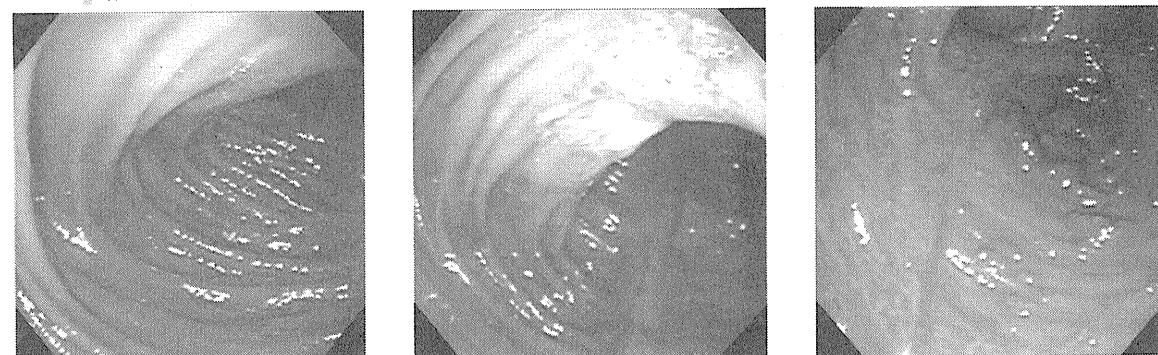
症例 2 血管透見性は左図の一部に観察される。輪状ヒダは太まり等なく等間隔であり、浮腫や発赤は認められない。白色直線状のstaple lineが観察される。



症例 3 蠕動により伸展不良の内視鏡像である。血管透見性はあまり明瞭ではないが浮腫や発赤は認められない。

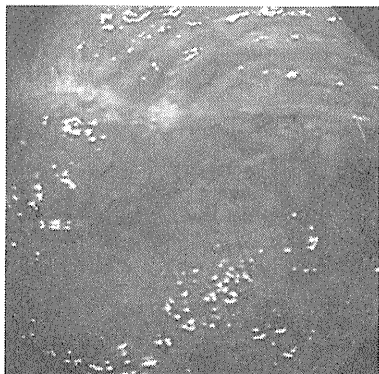


症例 4 血管透見性は左図の一部に観察される。輪状ヒダは太まり等なく等間隔であり、浮腫は認められない。中央図にて白色直線状のstaple lineが観察される。右図において、輸入脚入口部付近に軽度の発赤がみられるが、ほぼ正常回腸嚢と判断される。

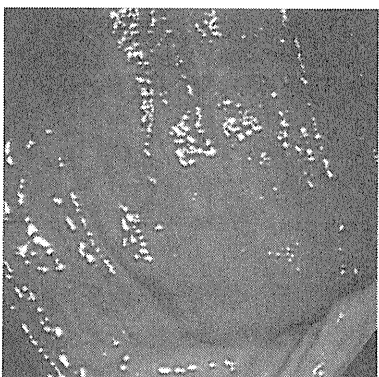


軽度

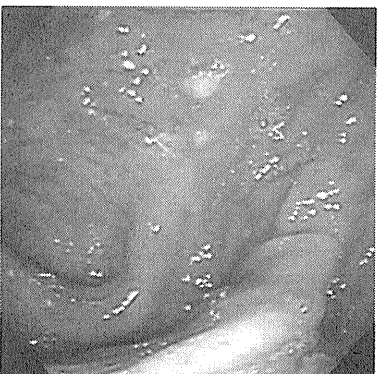
症例 5 血管透見性は一部に観察される。線状白色のstaple line付近一帯に帯状の軽度の発赤が認められる。



症例 6 血管透見性は一部に残存するものの、右図において軽度の点状発赤がびまん性に認められる。輪状ヒダはあまり明瞭でなく、軽度の浮腫を伴っている。その他、びらん、潰瘍などは認められない。

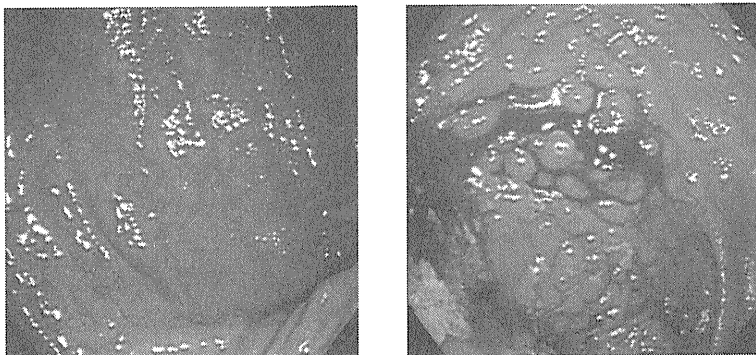


症例 7 粘膜の血管透見性は消失し、点状発赤と小さなアフタ様病変が散在性に認められる。

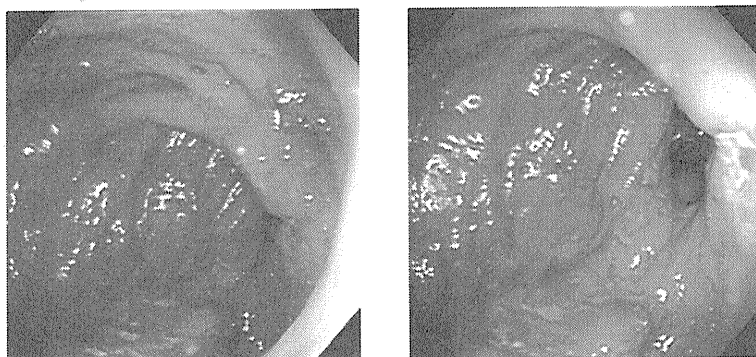


中等度

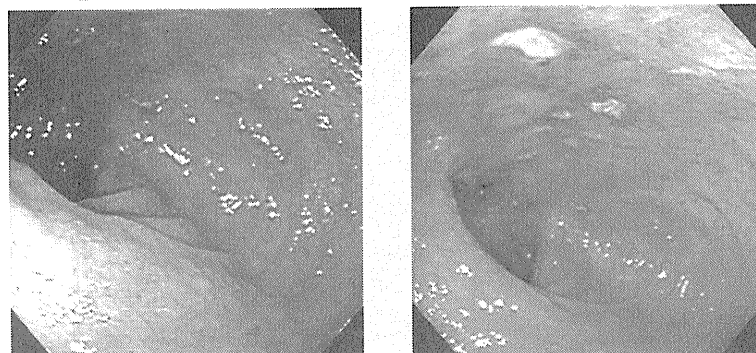
症例 8 血管透見性は一部に残存するものの、右図において粘膜は炎症による浮腫と結節状変化が認められる。出血は内視鏡挿入時のものであり、易出血性が認められる。



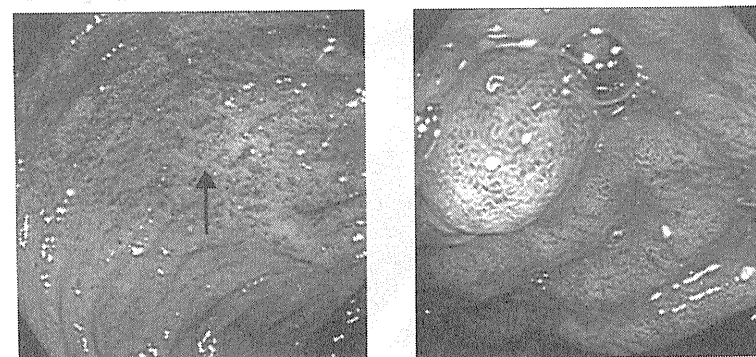
症例 9 血管透見性は消失し、発赤が強く浮腫状である。アフタ様病変が多発し、右図右端では不整形のびらんを形成している。



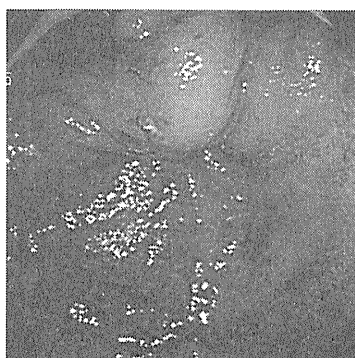
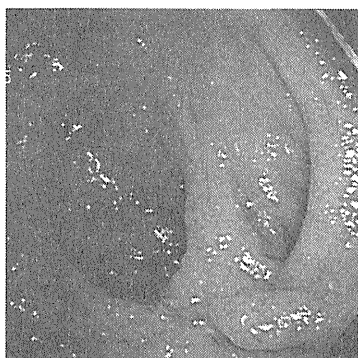
症例 10 粘膜は血管透見性は消失し、浮腫状である。左図では炎症性小隆起が散在性にみられ、顆粒状粘膜を呈している。小さなアフタ様病変が散在性にみられ、右図では不整形のびらんを形成している。



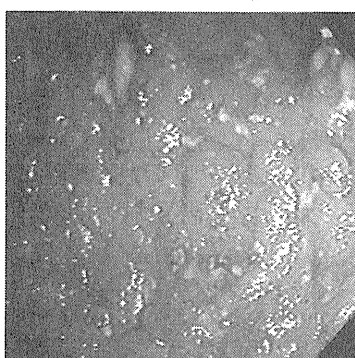
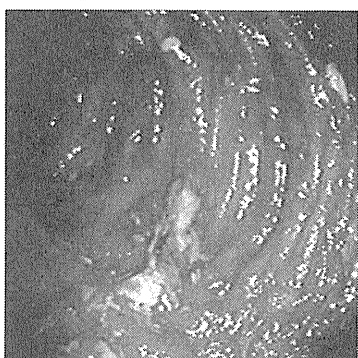
症例 11 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状である。点状の発赤が多発し、左図では線状の浅いびらん (矢印) が認められる。



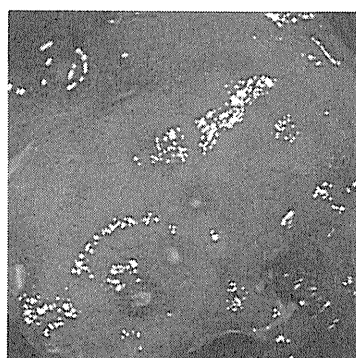
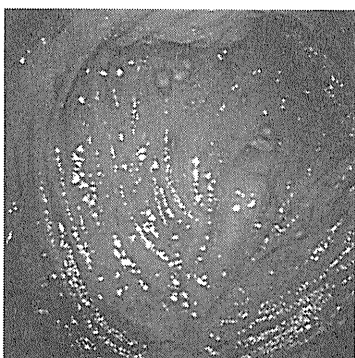
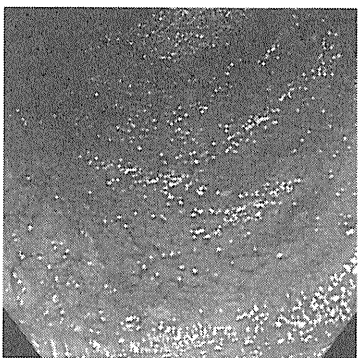
症例 12 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状である。細かい顆粒状粘膜と点状あるいは斑状の発赤が散在している。左図では細かい黄色の膿性粘液の滲出が認められる。



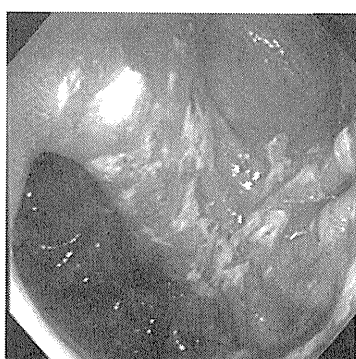
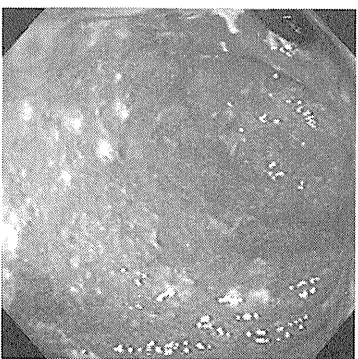
症例 13 血管透見性は消失し、とくに右図において粘膜は結節状に隆起し浮腫が認められる。左図では顆粒状粘膜を呈する。小さなアフタ様病変と不整形のびらんが多発している。



症例 14 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状、顆粒状である（左図）。周囲に発赤を伴う円形のアフタ様病変、びらんが多発している。右図では小結節状の隆起に介在して線状の小潰瘍が認められる。

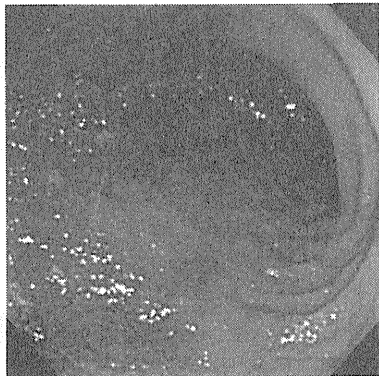
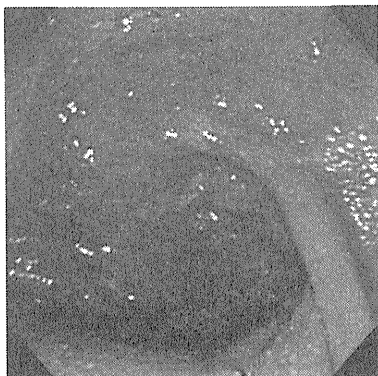


症例 15 血管透見性は消失し、左図で顆粒状粘膜が観察され、また浮腫が認められる。不整形のびらんが多発している。



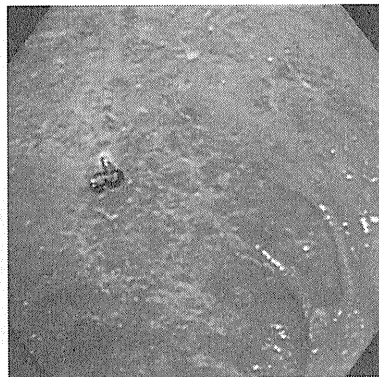
症例
16

血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状、顆粒状である。左図では不整形の小潰瘍が散在して認められる。右図では不整形のアфта様病変と、粘膜全体が周囲の発赤と比較して褐色調の領域がみられ再生性の変化が示唆される。



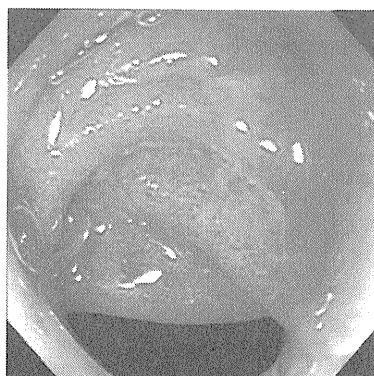
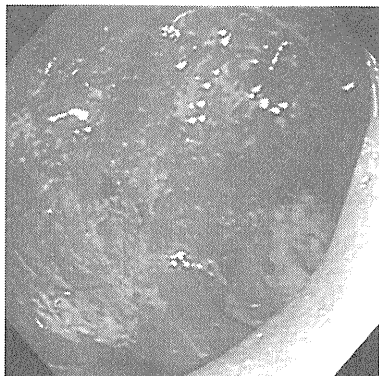
症例
17

血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状でびまん性の発赤がみられ、不整形、樹枝状のびらんが多発し一部は小潰瘍を形成する。右図ではstapleが認められる。

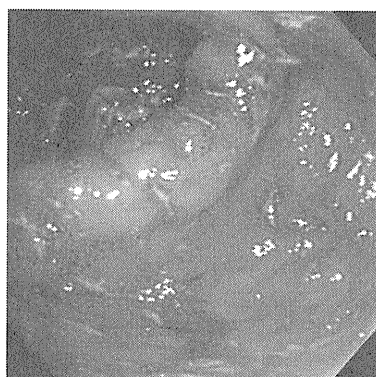
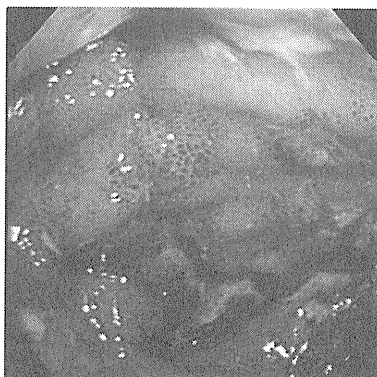


重度

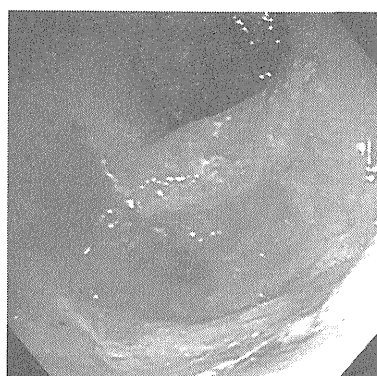
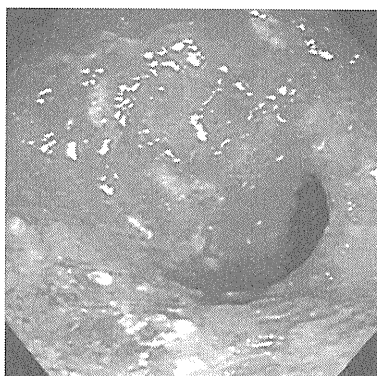
症例 18 発赤が著しく、樹枝状不整形の潰瘍が多発している。血管透見性は消失し、右図ではびまん性点状発赤と浮腫が著しい。



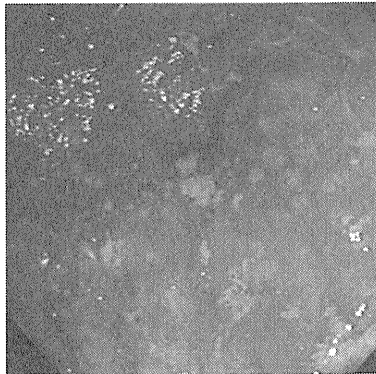
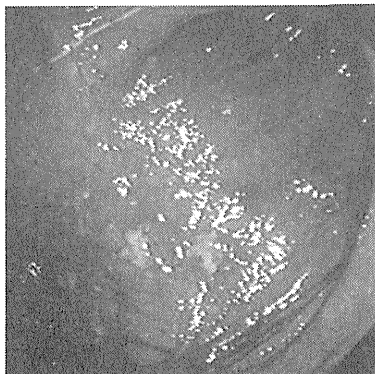
症例 19 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状、点状発赤が多発している。線形のびらんと不整形の潰瘍が多発している。



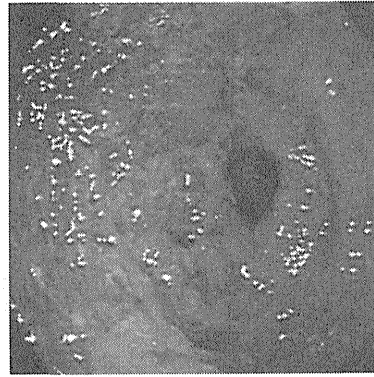
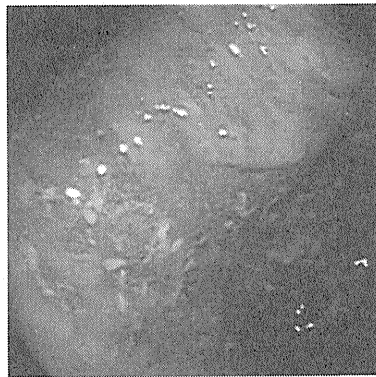
症例 20 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状で著明なびまん性発赤をみとめる。左図では不整形のびらんがみられる。内視鏡挿入により容易に出血(易出血性)する。



症例
21 血管透見性は消失し、粘膜は浮腫状である小さなアフタ様病変が多数び慢性に認められ、一部には線状、不整形のびらん、潰瘍が認められる。

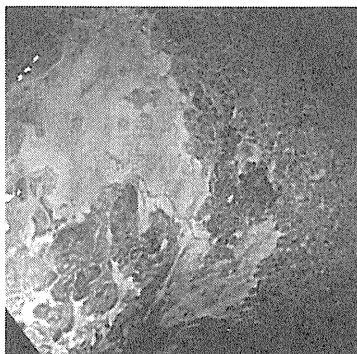


症例
22 血管透見性は消失し、点状発赤が散在性に認められる。線状、不整形のびらん、潰瘍が多発している。

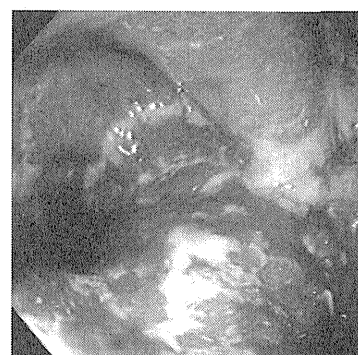
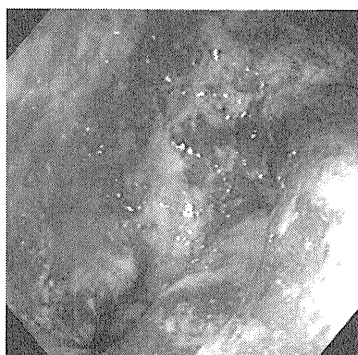


重度(高度)

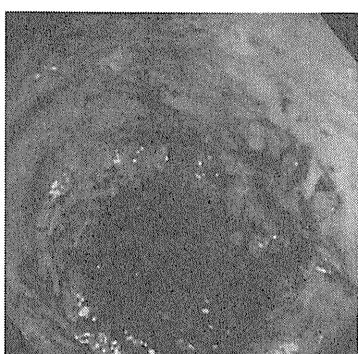
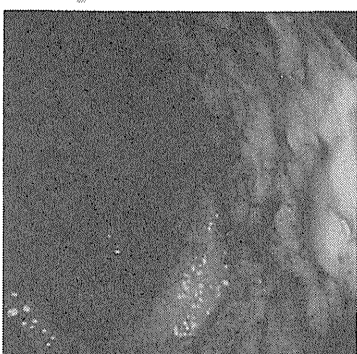
症例 23 血管透見性は消失し、浮腫と点状発赤がびまん性に認められる。地図状の広範な潰瘍がみられ、潰瘍底には白苔が付着している。左図では散在性に黄色点状の膿性粘液の付着が認められる。



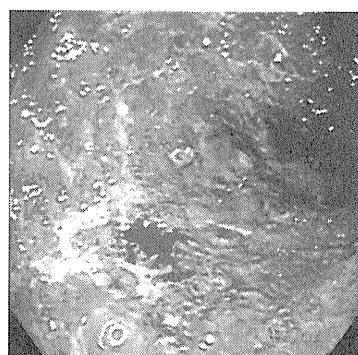
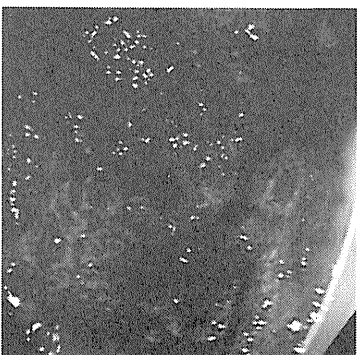
症例 24 血管透見性は消失し、浮腫と発赤がびまん性に認められる。線状、不整形、地図状の潰瘍が多発している。潰瘍底には白苔の付着を見る。左図では、点状の膿性粘液の滲出をみる。



症例 25 血管透見性は消失し、著明な浮腫による結節性隆起と発赤がびまん性に認められる。あまり明瞭ではないが、長円形、線状、不整形の潰瘍が認められる。内視鏡挿入により容易に出血し易出血性である。

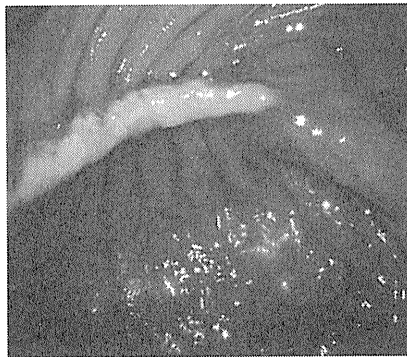


症例 26 回腸囊からの出血が高度なため前処置を行っておらず、糞便の付着がみられる。血管透見性は消失し、著明な浮腫と発赤がびまん性に認められる。線状、不整形、周辺隆起を伴う辺縁明瞭な(中央図)潰瘍が多発している。内視鏡挿入により容易に出血し易出血性である。



その他

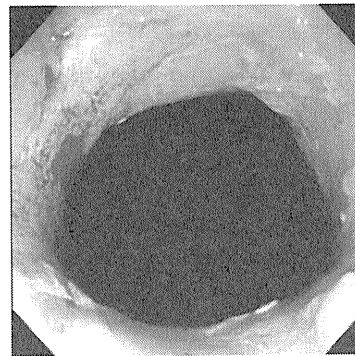
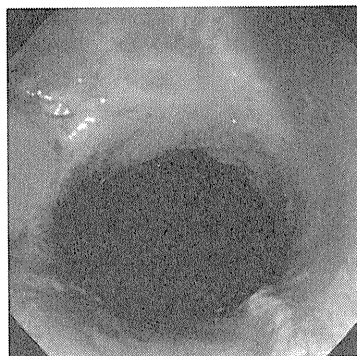
症例 27 Staple line ulcerの症例である。Staple lineに沿って隆起し、浅い潰瘍と周囲に発赤を伴っている。病変は縫合線に局限している。



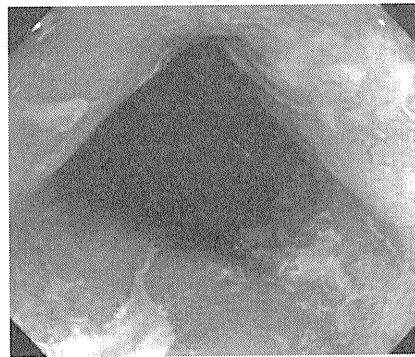
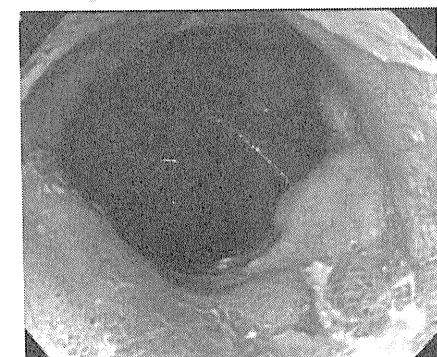
症例 28 Staple line ulcerの症例である。相対する縫合線上に隆起と白苔の付着が認められる。



症例 29 Cuffitisの症例である。小潰瘍を認め、周辺粘膜は白色調に色合いが変化している。小血管は拡張し、一部にcontact bleedingと粘膜の顆粒状変化を伴う。



症例 30 Cuffitisの症例である。不整形の潰瘍が多発している。点状発赤が見られ一部は顆粒状である。



IV 回腸囊炎診断基準

(出典：難治性炎症性腸管障害に関する調査研究 平成22年度 総括・分担研究報告書.2011;111-112)

1 概念

回腸囊炎 (Pouchitis) は、自然肛門を温存する大腸 (亜) 全摘術を受けた患者の回腸囊に発生する非特異的炎症である。原因は不明であるが、多くは潰瘍性大腸炎術後に発生し家族性大腸腺腫症術後の発生は少ないことより、潰瘍性大腸炎の発症機序との関連が推察されている。

2 回腸囊炎の診断

I. 項目

a) 臨床症状

- 1) 排便回数の増加
- 2) 血便
- 3) 便意切迫または腹痛
- 4) 発熱 (37.8度以上)

b) 内視鏡検査所見

軽度	浮腫、顆粒状粘膜、血管透見性の消失、軽度の発赤
中等度	アフタ、びらん、小潰瘍*、易出血性、膿性粘液
重度	広範な潰瘍、多発性潰瘍*、びまん性発赤、自然出血

*Staple line ulcer のみの場合は、回腸囊炎の内視鏡所見とは区別して所見を記載する。

II. 診断基準

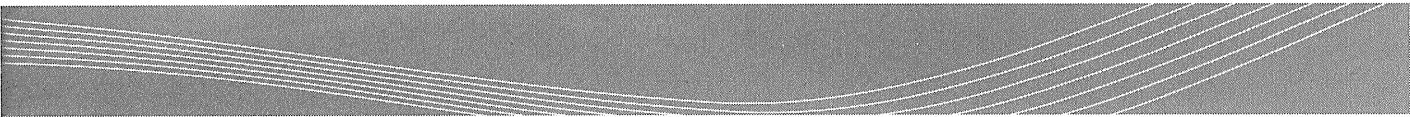
少なくとも1つの臨床症状を伴い中等度以上の内視鏡所見を認める場合、また臨床症状にかかわらず内視鏡的に重度の所見を認める場合は回腸囊炎と診断する。除外すべき疾患は感染性腸炎 (サルモネラ腸炎、キャンピロバクタ腸炎、クロストリジウム腸炎、腸結核などの細菌性腸炎、サイトメガロウィルスなどのウィルス性腸炎、寄生虫疾患)、縫合不全、骨盤内感染症、術後肛門機能不全、クローン病などがある。

3 解説

初回診断には内視鏡検査が必要である。組織学的検査は回腸囊炎の診断に必須ではない。ただし、頻度はきわめて低いものの術後Dysplasiaの発生が報告されており、内視鏡検査時には生検を考慮する。欧米ではMayo ClinicからPouchitis Disease Activity Index (PDAI)が提唱されている。臨床症状、内視鏡所見、病理組織所見からなり点数形式となっている。その後、PDAIから病理組織所見を省いたModified PDAIがCleveland Clinicから提唱されている。

臨床症状を有し内視鏡的に軽度の所見を認める場合は疑診とし、治療の必要性を考慮する。内視鏡所見が乏しいにもかかわらず臨床症状を伴う、回腸囊炎とは別の病態 (Irritable Pouch Syndromeと呼ばれる場合がある) も想定されている。

臨床経過により、一過性型 (1、2回しか起こらず薬剤によく反応する)、再燃寛解型 (再燃と寛解を繰り返す)、慢性持続型 (治療に抵抗し3ヶ月以上持続する) に分類される。



【参考】 Pouchitis Disease Activity Index

(出典：WJ Sandborn et al. Mayo Clin Proc., 69: 409-415, 1994)

I. CLINICAL		Score			Score
1. Stool frequency			3. Rectal bleeding		
Usual postoperative stool frequency		0	None or rare		0
1-2 stools/day>postoperative usual		1	Present daily		1
3 or more stools/day>postoperative usual		2			
2. Fecal urgency or abdominal cramps			4. Fever (temperature>37.8℃)		
None		0	absent		0
Occasional		1	present		1
Usual		2			
II. ENDOSCOPIC INFLAMMATION			Score		
Edema			1		
Granularity			1		
Friability			1		
Loss of vascular pattern			1		
Mucosal exudate			1		
Ulceration			1		
III. HISTOLOGY			Score		
Acute histologic inflammation					
Polymorphonuclear leucocyte infiltration					
None			0		
Mild			1		
Moderate+crypt abscesses			2		
Severe+crypt abscesses			3		
Ulceration per low-power field (mean)					
None			0		
<25%			1		
25 to 50%			2		
>50%			3		

Pouchitis is defined as a total score of > 7 points.

V 回腸囊炎治療指針

(出典：難治性炎症性腸管障害に関する調査研究 平成22年度 総括・分担研究報告書 2011;113-114)

回腸囊炎の診断はアトラスを参考にする。

- 1.メトロニダゾール(500mg/日)またはシプロフロキサシン(400-600mg/日)の2週間投与を行う。
効果が不十分な場合は、2剤併用あるいはほかの抗菌剤を用いてもよい。
- 2.抗菌剤治療抵抗例に対しては、可能であれば5-ASA注腸、ステロイド注腸、ベタメタゾン坐薬などを加える。脱水を認める症例では補液をおこなう。これらの治療により効果が得られないか再燃寛解を繰り返す場合は、専門家に相談し治療を進めることが望ましい。
- 3.免疫調節薬、infliximab、血球成分除去療法が有効な場合がある。
- 4.治療不応例は、感染性腸炎合併の可能性を再度考慮する。