

## 潰瘍性大腸炎・クローン病の診断基準および重症度基準の改変

研究分担者 平井郁仁 福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患センター 部長・診療教授

研究要旨：1．現行のクローン病診断基準は、2017年に改訂されたが、本年度一部を新たに改訂した（2018年1月18日改訂）。改訂点は、診断基準の副所見 a の脚注への追記である。2．現行の潰瘍性大腸炎診断基準は、クローン病と同様に2017年に改訂されたが、本年度も新たに一部改訂した（2018年1月18日改訂）。新たに保険承認された便中カルプロテクチンなどバイオマーカーによる活動性・重症度判定について追記したことが、今回の主な改訂点である。3．その他の課題としてクローン病の診断基準にカプセル内視鏡や Cross sectional imaging の所見を取り入れることや潰瘍性大腸炎の重症度分類に関して診療の現況に基づいた項目の修正・改訂を行うことがあげられる。現在、これらの課題についてはプロジェクト研究が進行中であり、今後も全国的な意見を取り入れつつ進めていく予定である。4．長期経過例の増加に伴い潰瘍性大腸炎、クローン病ともに予後に直結する悪性腫瘍の合併が問題となってきた。本プロジェクトでは両疾患の癌サーベイランスについても検討中であり、今後も継続予定である。

### 共同研究者

矢野 豊 福岡大学筑紫病院消化器内科  
岸 昌廣 福岡大学筑紫病院消化器内科  
鈴木康夫 東邦大学医療センター佐倉病院  
消化器内科

### A. 研究目的

本プロジェクト研究は Crohn 病（CD）と潰瘍性大腸炎（UC）の診断基準を臨床的あるいは病理組織学的に検討し、結果に応じて改訂することを目的とする。CD と UC の診療は日進月歩であり、新たに導入もしくは保険承認された検査や診断機器および治療方法を反映させて基本的には毎年度改訂を行っていく方針である。

### B. 研究方法

#### 1．CD の診断基準改訂

診断基準改訂プロジェクト委員と協議し、さらに多くの班会議参加者（100名以上）に意見を求

め CD の診断基準を毎年度改訂する。

#### 2．UC 診断基準改訂

診断基準改訂プロジェクト委員と協議し、さらに多くの班会議参加者（100名以上）に意見を求め UC の診断基準を毎年度改訂する。

#### 3．今後の診断基準・重症度基準の改変に向けて

カプセル内視鏡や Cross sectional imaging の所見を診断基準に取り入れることが妥当か否かを検証予定である。カプセル内視鏡に関しては既に「カプセル内視鏡所見を取り入れたクローン病診断基準の改定について」をプロジェクト研究として進行中である。

現行の UC の重症度分類に関しては、現在の診療ではあまり用いられなくなった赤沈の項目が存在する。そこで「潰瘍性大腸炎の臨床的重症度による分類の改定」をプロジェクト研究とし、赤沈を CRP に置き換え CRP で判定する、もしくは CRP を赤沈とともに記載し両者を判定に用いるように改変することを目的として検討中である。

班員施設へアンケート調査を行い、意見を集約したのちに方針決定する予定である。

2017年に改訂されたクローン病および潰瘍性大腸炎の診断基準には従来の Indeterminate colitis (IC, 術後標本における病理組織学的診断における鑑別困難例)だけでなく、臨床的な診断困難例が Inflammatory bowel disease unclassified (IBDU)として追加記載された。そこで、本プロジェクトでは診断基準の適正性や経過例の診断変更率などを明らかにする目的で「UC, CD, IBDU, ICにおける診断変遷症例の検討」を行っていく予定である。

平成21年に本プロジェクト研究が中心となり作成した「炎症性腸疾患の疾患活動性指標集」は、発刊から8年が経過しており、新たな指標の追加や指標の使用頻度などの再検討が必要と考えている。現在、論文での使用頻度の検討、班員施設へアンケート調査を行っており、平成31年の発刊を目指して進捗中である。

#### 4. 炎症性腸疾患における癌サーベイランス法の確立

現在、「潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡におけるNBIと色素内視鏡の比較試験(Navigator Study)」の追加検討、「Crohn病に合併した大腸癌のsurveillance program 確立の検討の作成」に関するsurveillance programの検証、「クローン病に関連する癌サーベイランス法の確立に向けて」、「潰瘍性大腸炎に対する癌サーベイランス法の確立-Target vs Random生検のランダム化比較試験」のフォローアップスタディーと4つのプロジェクト研究が進行中である。

##### (倫理面への配慮)

研究方法1, 2および3- , , は、匿名化されたアンケートまたは、匿名化されたデータベースによる全国調査が主体であるので倫理的問題はない。他のプロジェクト研究については倫理審査を通過したもののみを採択している。

#### C. 研究結果

1. CD診断基準を改め、2018年1月18日に改訂した。副所見a.消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタの脚注9に「消化管の広範囲とは病変の分布が(胃と小腸,十二指腸と大腸など)解剖学的に複数の臓器にわたる場合を意味する」を追記した。別紙に全文を掲載する。

2. UC診断基準を改めて、2018年1月18日に改訂した。診断基準の4.病態(病型・病期・重症度)の項目にバイオマーカーに関する記載「D.バイオマーカーによる活動性・重症度判定:定量的免疫学的便潜血法や便中カルプロテクチンなどのバイオマーカーは活動性・重症度の判定に参考となる」を追記した。別紙に全文を掲載する。

3, 4, 5.

研究結果は各研究責任者が別個に報告予定である。

#### D. 考察

1. CDの診断基準は広く普及しているが、今回の改訂部分に関しては曖昧な表現であるとの指摘もあった。診断基準改訂プロジェクト委員を含め意見を求めたが、上記記述により見解の一致を見たため、改訂を行った。

2. 潰瘍性大腸炎のバイオマーカーとして便中カルプロテクチンが保険承認された。活動性や粘膜所見の重症度を反映するというエビデンスもあり、診断基準改訂プロジェクト委員を含めバイオマーカーの追記に関して意見を求めた。結果として追記が妥当と見解の一致を見たため、改訂を行った。

#### E. 結論

診断方法や機器の進歩はめざましく、炎症性腸疾患の診断基準とその改訂は、逐次行うことが肝要である。早期の適切な診断方法や増加し続ける

癌の有効なサーベイランス方法の確立を本プロジェクトの主軸として進めていきたい。

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Hirai F, Andoh A, Ueno F, et al. Efficacy of endoscopic balloon dilation for small bowel strictures in patients with Crohn's disease: A nationwide, multi-center, open-label, prospective cohort study. J Crohns Colitis. 2017 Epub ahead of print.

2. Naganuma M, Aoyama N, Tada T, Kobayashi K, Hirai F, Watanabe K, Watanabe M, Hibi T. Correction to: Complete mucosal healing of distal lesions induced by twice-daily budesonide 2-mg foam promoted clinical remission of mild-to-moderate ulcerative colitis with distal active inflammation: double-blind, randomized study. J Gastroenterol. 2017 Epub ahead of print.

3. Naganuma M, Aoyama N, Tada T, Kobayashi K, Hirai F, Watanabe K, Watanabe M, Hibi T. Complete mucosal healing of distal lesions induced by twice-daily budesonide 2-mg foam promoted clinical remission of mild-to-moderate ulcerative colitis with distal active inflammation: double-blind, randomized study. J Gastroenterol. 2017 Epub ahead of print.

4. Inoue N, Kobayashi K, Naganuma M, Hirai F, Ozawa M, Arikawa D, Huang B, Robinson AM, Thakkar RB, Hibi T. Long-term safety and efficacy of adalimumab for intestinal Behçet's disease in the open label study following a phase 3 clinical trial. Intest Res. 2017 15(3) : 395-401.

5. 平井郁仁. 炎症性腸疾患における内視鏡治療の Up to date. Ulcer Research. 2017

44:19-24.

6. Hirai F. Current status of endoscopic balloon dilation for Crohn's disease. Intest Res. 2017 15(2):166-173.

7. 岸 昌廣、佐藤祐邦、高橋晴彦、武田輝之、高田康道、矢野 豊、平井郁仁. 粘膜治癒の定義の実際と問題点. IBD Research 2017.11(3):143-153.

8. 安川重義、平井郁仁、高田康道、他. 非特異性多発性小腸潰瘍症/CEASにおける十二指腸病変. 胃と腸 2017 52(11):1478-1483.

2. 学会発表

1. 山崎一朋、平井郁仁、久部高司、他. 潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡の有用性についての検討. 第 103 回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 福岡 2017 年 5 月 19 日-20 日

2. Takada Y, Yasukawa S, Beppu T, Kishi M, Yano Y, Hirai F. Therapeutic efficacy and predictors of efficacy of infliximab in the treatment of refractory ulcerative colitis. AOCC Seoul, 2017 年 6 月 15 日

3. Yasukawa S, Yano Y, Takada Y, Kishi M, Beppu T, Hisabe T, Takaki Y, Hirai F, Yao K, Ueki T, Matsui T. Clinical outcome and predictive factors influencing the efficacy of biological agents for intestinal Beçet disease. AOCC Seoul, 2017 年 6 月 15 日

4. Beppu T, Yasukawa S, Yamasaki K, Yano Y, Hirai F, Yao K, Ueki T, Matsui T, Hirano Y, Higashi D, Futami K, Chuman K, Tanabe H, Iwashita A. Clinical and pathological features of 4 cases of small intestine cancer occurring in association with Crohn's disease. AOCC Seoul, 2017 年 6 月 15 日

5. 平井郁仁、矢野 豊、岸 昌廣. クロウン病狭窄病変に対する内視鏡的バルーン拡張術の有用性. JDDW 福岡, 2017 年 10 月 12 日-15

日

6. 岸 昌廣、平井郁仁、矢野 豊、他 .

3.2 鉗子チャンネル搭載 DBE を使用した EBD の有用性に関する検討 .JDDW 福岡 ,2017 年 10 月 12 日-15 日

7. 渡辺憲治、大宮直木、平井郁仁、松井敏幸 . クロウン病診断におけるカプセル内視鏡の有用性 : J-POP Study 追加検討から . 第 55 回日本小腸学会 京都 ,2017 年 10 月 21 日

8. 別府剛志、山崎一朋、武田輝之、矢野 豊、平井郁仁、八尾建史、植木敏晴、松井敏幸、平野由紀子、東大二郎、二見喜太郎、中馬健太、田邊 寛、岩下明德  
術後病理組織検査にて診断し得たクロウン病に合併した早期小腸癌の 2 例 . 第 55 回日本小腸学会 京都 ,2017 年 10 月 21 日

9. 平井郁仁、岸 昌廣、高田康道、武田輝之、佐藤祐邦、別府剛志、矢野 豊 .

クロウン病狭窄病変に対する内視鏡的バルーン拡張術の有用性 . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

10. 矢野 豊、高田康道、武田輝之、別府剛志、佐藤祐邦、岸 昌廣、平井郁仁、八尾建史、松井敏幸、植木敏晴

アダリムマブのクロウン病に対する長期成績と効果減弱例に対する倍量投与の治療成績

第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

11. 渡辺憲治、西下正和、嶋本文雄、福知 工、江崎幹宏、岡 志郎、藤井茂彦、平井郁仁、井上拓也、樋田信幸、野崎良一、櫻井俊治、竹内 健、猿田雅之、斎藤彰一、斎藤 豊、大宮直木、味岡洋一、川野怜諸、田中信治 . 潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡における NBI 観察と色素内視鏡観察のランダム化比較試験 : Navigator Study . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

12. 山崎一朋、平井郁仁、久部高司 他 . 潰瘍性大腸炎における Low grade dysplasia の取

り扱いと経過 . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

13. 武田輝之、二宮風夫、久部高司、大門裕貴、高田康道、山岡梨乃、金城 健、佐藤祐邦、岸 昌廣、高津典孝、矢野 豊、平井郁仁、松井敏幸、八尾建史、植木敏晴 . カプセル内視鏡による潰瘍性大腸炎と Crohn 病の小腸病変の評価 . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

14. 小島俊樹、長濱 孝、平井郁仁、八尾建史、植木敏晴、松井敏幸 . 当院における難治性クロウン病に対するウステキヌマブの使用経験 . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

15. 宇野駿太郎、武田輝之、高田康道、山崎一朋、安川重義、別府剛志、岸 昌廣、矢野 豊、平井郁仁、八尾建史、植木敏晴、松井敏幸、平野由紀子、東 大二郎、二見喜太郎、中馬健太、田邊 寛、岩下明德 . クロウン病に合併した早期小腸癌の一例 . 第 72 回日本大腸肛門病学会学術集会 福岡 ,2017 年 11 月 10 日-11 日

16. 別府剛志、矢野 豊、平井郁仁 他 . クロウン病に合併した小腸癌の臨床的特徴 . 第 110 回日本消化器病学会九州支部例会 沖縄 ,2017 年 11 月 17 日-18 日

17. 平井郁仁、矢野 豊、岸 昌廣 . クロウン病の寛解維持治療における栄養療法の有用性と限界 - 抗 TNF- 抗体との併用例を中心に - . 第 21 回 日本病態栄養学会 京都 ,2018 年 1 月 12-14 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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  
分担研究報告書

クローン病診断基準（2018年1月18日改訂）

責任者 福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患センター 平井郁仁

## 1. 概念

本疾患は原因不明であるが、免疫異常などの関与が考えられる肉芽腫性炎症性疾患である。主として若年者に発症し、小腸・大腸を中心に浮腫や潰瘍を認め、腸管狭窄や瘻孔など特徴的な病態が生じる。原著では回腸末端炎と記載されているが、現在では口腔から肛門までの消化管のあらゆる部位におこりうる事が判明している。消化管以外にも種々の合併症を伴うため、全身性疾患としての対応が必要である。臨床像は病変の部位や範囲によるが、下痢や腹痛などの消化管症状と発熱や体重減少・栄養障害などの全身症状を認め、貧血、関節炎、虹彩炎、皮膚病変などの合併症に由来する症状も呈する。病状・病変は再発・再燃を繰り返しながら進行し、治療に抵抗して社会生活が損なわれることも少なくない。

## 2. 主要事項

(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、発熱などがよくみられる症状である。ときに腸閉塞、腸瘻孔（内瘻、外瘻）、腸穿孔、大出血で発症する。腹部不定愁訴も少なからず認められるが、腹部症状を欠き、肛門病変に伴う症状、不明熱、関節痛などで発症することもある。

(4) 臨床所見

### A. 消化管病変

[1] 腸病変：縦走潰瘍（註1）、敷石像（註2）、非連続性または区域性病変（skip lesion）、不整形～類円形潰瘍、多発アフタ（註3）

[2] 肛門病変：裂肛、cavitating ulcer（註4）、難治性痔瘻、肛門周囲膿瘍、浮腫状皮垂（edematous skin tag）、肛門狭窄など

[3] 胃・十二指腸病変：多発アフタ、不整形潰瘍、竹の節状外観、ノッチ様陥凹、敷石像など

[4] 合併症：腸管狭窄、腸閉塞、内瘻（腸-腸瘻、腸-膀胱瘻、腸-膣瘻など）、外瘻（腸-皮膚瘻）、悪性腫瘍（腸癌、痔瘻癌）

### B. 消化管外病変(二次的な合併症を含む)

[1] 血液：貧血、凝固能亢進など

[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、壊疽性膿皮症、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、低蛋白血症、微量元素欠乏、ビタミン欠乏、骨障害など

[6] その他：原発性硬化性胆管炎、血管炎、膵炎、胆石症、尿路結石症、肝障害、アミロイドーシスなど

(5) 開腹時所見

腸間膜付着側に認められる縦走する硬結、脂肪組織の著明な増生 (creeping fat)、腸壁の全周性硬化、腸管短縮、腸管狭窄、瘻孔形成 (内瘻、外瘻)、腸管塊状癒着、腸間膜リンパ節腫脹などが観察される。

#### (6) 病理学的所見

##### A. 切除標本肉眼所見

- [ 1 ] 縦走潰瘍 (註 1)
- [ 2 ] 敷石像 (註 2)
- [ 3 ] 瘻孔
- [ 4 ] 狭窄
- [ 5 ] 不整形～類円形潰瘍またはアフタ (註 3)

##### B. 切除標本組織所見

- [ 1 ] 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫 (局所リンパ節にもみられることがある) (註 5)
- [ 2 ] 全層性炎症 (註 6)
- [ 3 ] 局所性～不均衡炎症
- [ 4 ] 裂溝
- [ 5 ] 潰瘍

##### C. 生検組織所見

- [ 1 ] 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫 (註 5)
- [ 2 ] 不均衡炎症

(註 1) 基本的に 4～5 cm 以上の長さを有する腸管の長軸に沿った潰瘍。虚血性腸病変や感染性腸炎で縦走潰瘍を認めることがあるが、発症や臨床経過が異なり、炎症性ポリポーシスや敷石像を伴うことはまれである。潰瘍性大腸炎でも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。

(註 2) 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。虚血性腸病変でまれに敷石像類似の所見を呈することがあるが、隆起部分の高さは低く、発赤調が強い。

(註 3) 本症では縦列することがある。

(註 4) 肛門管から下部直腸に生じる深く幅の広い有痛性潰瘍。

(註 5) 腸結核などでも認められることがある。

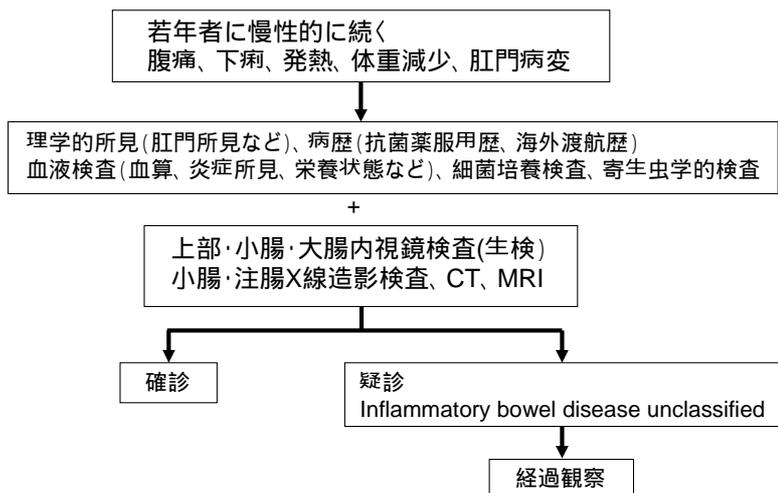
(註 6) 主にリンパ球集簇からなる炎症が消化管壁全層に及ぶもの。

### 3. 診断の手順

若年者に慢性的に続く腹痛や下痢、発熱、体重減少、肛門病変などがあり本症が疑われるときには、理学的検査や血液検査を行うとともに、抗菌薬服用歴、海外渡航歴などを聴取する。腸管外合併症が診断の契機となる症例もあり既往歴についても詳細に聴取する。肛門病変の評価についてはクローン病に精通した大腸肛門病専門医による診断が望まれる。次に上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査、バルーン小腸内視鏡検査、小腸・大腸 X 線造影などにより全消化管検査を行って本症に特徴的な腸病変を確認する。また、MRI や CT 所見は診断の参考となる。典型的な画像所見を欠く場合にも非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の証明で確診されるため積極的に生検を行う。さらに細菌学的・寄生虫学的検査を行って他疾患を除外する。除外すべき疾患として潰瘍性大腸炎、腸結核、腸型ベーチェット病、リンパ濾胞増殖症、薬剤性大腸炎、エルシニア腸炎などがある。こうし

た検査で多くは2週間から1ヶ月の期間で診断は可能であるが、診断が確定しない場合は inflammatory bowel disease unclassified として経過観察を行う。

### 診断の手順フローチャート



## 4. 診断の基準

### (1) 主要所見

- A. 縦走潰瘍 (註7)
- B. 敷石像
- C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫 (註8)

### (2) 副所見

- a. 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ (註9)
- b. 特徴的な肛門病変 (註10)
- c. 特徴的な胃・十二指腸病変 (註11)

確診例：{1}主要所見のAまたはBを有するもの。(註12)

{2}主要所見のCと副所見のaまたはbを有するもの。

{3}副所見のa, b, cすべてを有するもの。

疑診例：{1}主要所見のCと副所見のcを有するもの。

{2}主要所見AまたはBを有するが虚血性腸病変や潰瘍性大腸炎と鑑別ができないもの。

{3}主要所見のCのみを有するもの。(註13)

{4}副所見のいずれか2つまたは1つのみを有するもの。

(註7)小腸の場合は、腸間膜付着側に好発する。

(註8)連続切片作成により診断率が向上する。消化管に精通した病理医の判定が望ましい。

(註9)消化管の広範囲とは病変の分布が解剖学的に複数の臓器すなわち上部消化管(食道, 胃, 十二指腸), 小腸および大腸のうち2臓器以上にわたる場合を意味する。典型的には縦列するが、縦列しない場合もある。また、3ヶ月以上恒存することが必要である。また、腸結核、腸管型ベーチェット病、単純性潰瘍、NSAIDs

潰瘍、感染性腸炎の除外が必要である。

(註10)裂肛、cavitating ulcer、痔瘻、肛門周囲膿瘍、浮腫状皮垂など。Crohn病肛門病変肉眼所見アトラスを参照し、クローン病に精通した肛門病専門医による診断が望ましい。

(註11)竹の節状外観、ノッチ様陥凹など。クローン病に精通した専門医の診断が望ましい。

(註12)縦走潰瘍のみの場合、虚血性腸病変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、虚血性腸病変を除外することが必要である。

(註13)腸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。

## 5. 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り、小腸型、小腸大腸型、大腸型に分類する。これらの所見を欠く場合やこれらの所見が稀な部位にのみ存在する場合は、特殊型とする。特殊型には、多発アフタ型、盲腸虫垂限局型、直腸型、胃・十二指腸型などがある。

疾患パターンとして合併症のない炎症型、瘻孔形成を有する瘻孔形成型と狭窄性病変を有する狭窄型に分類する。

### 【付記】鑑別困難例

クローン病と潰瘍性大腸炎の鑑別困難例に対しては経過観察を行う。その際、内視鏡や生検所見を含めた臨床像で確定診断がえられない症例は inflammatory bowel disease unclassified (IBDU) とする。また、切除術後標本の病理組織学的な検索を行っても確定診断がえられない症例は indeterminate colitis (IC) とする。経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的な所見が出現する場合がある。

## 6. 重症度分類

治療に際し、重症度分類を下記の項目を参考におこなう。

	CDAI*	合併症	炎症 (CRP 値)	治療反応
軽症	150-220	なし	わずかな上昇	
中等症	220-450	明らかな腸閉塞などなし	明らかな上昇	軽症治療に反応しない
重症	450<	腸閉塞、膿瘍など	高度上昇	治療反応不良

\* CDAI (Crohn's disease activity index)

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  
分担研究報告書

**潰瘍性大腸炎の診断基準（2018年1月18日改訂）**

責任者 福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患センター 平井郁仁

## 1. 定義

主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症である。WHO の Council for International Organization of Medical Science(CIOMS)医科学国際組織委員会で定められた名称と概念は、つぎの通りである。(1973)

特発性大腸炎 idiopathic proctocolitis

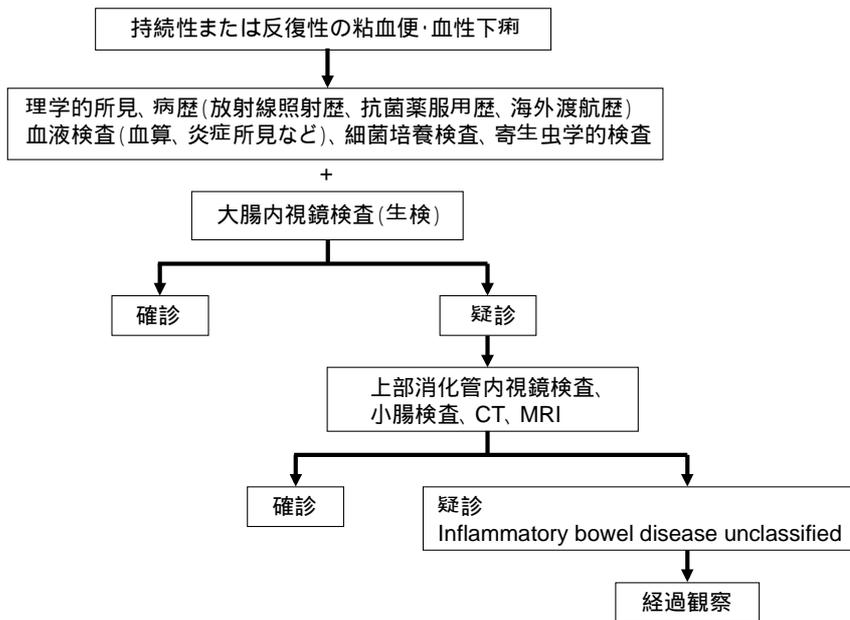
An idiopathic, non-specific inflammatory disorder involving primarily the mucosa and submucosa of the colon, especially the rectum. It appears mainly in adults under the age of 30, but may affect children and adults over the age of 50. Its aetiology remains unknown, but immunopathological mechanisms and predisposing psychological factors are believed to be involved. It usually produces a bloody diarrhoea and various degrees of systemic involvement, liability to malignant degeneration, if of long duration and affecting the entire colon.

(訳) 主として粘膜と粘膜下層をおかす、大腸とくに直腸の特発性、非特異性の炎症性疾患。30歳以下の成人に多いが、小児や50歳以上の年齢層にもみられる。原因は不明で、免疫病理学的機序や心理学的要因の関与が考えられている。通常血性下痢と種々の程度の全身症状を示す。長期にわたり、かつ大腸全体をおかす場合には悪性化の傾向がある。

## 2. 診断の手順

持続性または反復性の粘血便・血性下痢などがあり本症が疑われるときには、理学的検査や血液検査を行い、さらに放射線照射歴、抗菌薬服用歴、海外渡航歴などを聴取する。次に大腸内視鏡検査や生検を行い、必要に応じ注腸X線検査を行って本症に特徴的な腸病変を確認する。また、典型的な血便を伴わず内視鏡所見で本疾患を疑う症例も存在するため、細菌学的・寄生虫学的検査を行うと共に、上部消化管検査や小腸検査などを行い感染性腸炎や他の炎症性腸疾患などを除外する。こうした検査で多くは2週間から1ヶ月の期間で診断は可能であるが、診断が確定しない場合は inflammatory bowel disease unclassified として経過観察を行う。

### 診断の手順フローチャート



### 3. 診断の基準

- A. 臨床症状：持続性または反復性の粘血・血便、あるいはその既往がある。
- B. 内視鏡検査： ) 粘膜はびまん性におかされ、血管透見像は消失し、粗ぞうまたは細顆粒状を呈する。さらに、もろくて易出血性（接触出血）を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、 ) 多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポーススを認める。iii)原則として病変は直腸から連続して認める。  
 注腸X線検査： ) 粗ぞうまたは細顆粒状の粘膜表面のびまん性変化、 ) 多発性のびらん、潰瘍、 ) 偽ポリポーススを認める。その他、ハウストラの消失（鉛管像）や腸管の狭小・短縮が認められる。
- C. 生検組織学的検査：活動期では粘膜全層にびまん性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が認められる。いずれも非特異的所見であるので、総合的に判断する。寛解期では腺の配列異常（蛇行・分岐）、萎縮が残存する。上記変化は通常直腸から連続性に口側にみられる。

確診例：

- [1]AのほかBの または 、およびCを満たすもの。  
 [2]Bの または 、およびCを複数回に渡って満たすもの。  
 [3]切除手術または剖検により、肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認めるもの。

注1) 確診例は下記の疾患が除外できたものとする。

細菌性赤痢、クロストリディウム・ディフィシル腸炎、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カンピロバクタ腸炎、大腸結核、クラミジア腸炎などの感染性腸炎が主体で、その他にクロールン病、放射線大腸炎、薬剤性大腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸管型ベーチェット病など

注2) 所見が軽度で診断が確実でないものは「疑診」として取り扱い、後日再燃時などに明確な所見

が得られた時に本症と「確診」する。

注3) 鑑別困難例

クローン病と潰瘍性大腸炎の鑑別困難例に対しては経過観察を行う。その際、内視鏡や生検所見を含めた臨床像で確定診断がえられない症例は inflammatory bowel disease unclassified (IBDU)とする。また、切除術後標本の病理組織学的な検索を行っても確定診断がえられない症例は indeterminate colitis (IC)とする。経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的な所見が出現する場合がある。

#### 4. 病態（病型・病期・重症度）

##### A. 病変の拡がりによる病型分類

全大腸炎 total colitis

左側大腸炎 left-sided colitis

直腸炎 proctitis

右側あるいは区域性大腸炎 right-sided or segmental colitis

注1) 左側大腸炎は、病変の範囲が脾彎曲部を越えていないもの。

注2) 直腸炎は、前述の診断基準を満たしているが、内視鏡検査により直腸S状部(RS)の口側に正常粘膜を認めるもの。

注3) 右側あるいは区域性大腸炎は、クローン病や大腸結核との鑑別が困難で、診断は経過観察や切除手術または剖検の結果を待たねばならないこともある。

注4) 虫垂開口部近傍に非連続性病変を認めることがある。

注5) 胃十二指腸にびまん性炎症が出現することがある。

##### B. 病期の分類

活動期 active stage

寛解期 remission stage

注6) 活動期は血便を訴え、内視鏡的に血管透見像の消失、易出血性、びらん、または潰瘍などを認める状態。

注7) 寛解期は血便が消失し、内視鏡的には活動期の所見が消失し、血管透見像が出現した状態。

##### C. 臨床的重症度による分類

軽症 mild

中等症 moderate

重症 severe

診断基準は下記の如くである。

	重症	中等症	軽症
1) 排便回数	6回以上		4回以下
2) 顕血便	(+++)		(+)~(-)
3) 発熱	37.5度以上	重症と軽症との	(-)
4) 頻脈	90/分以上	中間	(-)
5) 貧血	Hb10g/dL以下		(-)
6) 赤沈	30mm/h以上		正常

注 8) 顕血便の判定

(-)血便なし

(+)排便の半数以下でわずかに血液が付着

(++)ほとんどの排便時に明らかな血液の混入

(+++)大部分が血液

注 9) 軽症の 3)、4)、5)の (-)とは 37.5 以上の発熱がない、90/分以上の頻脈がない、Hb10g/dL以下の貧血がない、ことを示す。

注 10) 重症とは 1)および 2)の他に全身症状である 3)または 4)のいずれかを満たし、かつ 6 項目のうち 4 項目以上を満たすものとする。軽症は 6 項目すべてを満たすものとする。

注 11) 中等症は重症と軽症の中間にあたるものとする。

注 12) 重症の中でも特に症状が激しく重篤なものを劇症とし、発症の経過により、急性劇症型と再燃劇症型に分ける。劇症の診断基準は以下の 5 項目をすべて満たすものとする。

重症基準を満たしている。

15 回/日以上血性下痢が続いている。

38 以上の持続する高熱がある。

10,000/mm<sup>3</sup>以上の白血球増多がある。

強い腹痛がある。

D. バイオマーカーによる活動性・重症度判定

定量的免疫学的便潜血法や便中カルプロテクチンなどのバイオマーカーは活動性・重症度の判定に参考となる。

E. 活動期内視鏡所見による分類

軽度 mild

中等度 moderate

強度 severe

診断基準は下表の如くである。

炎症	内視鏡所見
軽度	血管透見像消失 粘膜細顆粒状 発赤、アフタ、小黄色点
中等度	粘膜粗ぞう、びらん、小潰瘍 易出血性（接触出血） 粘血膿性分泌物付着 その他の活動性炎症所見
強度	広汎な潰瘍 著明な自然出血

注13) 内視鏡的に観察した範囲で最も所見の強いところで診断する。内視鏡検査は前処置なしで短時間に施行し、必ずしも全大腸を観察する必要はない。

#### F. 臨床経過による分類

再燃寛解型	relapse-remitting type
慢性持続型	chronic continuous type
急性劇症型（急性電撃型）	acute fulminating type
初回発作型	first attack type

注14) 慢性持続型は初回発作より6ヶ月以上活動期にあるもの。

注15) 急性劇症型（急性電撃型）はきわめて激的な症状で発症し、中毒性巨大結腸症、穿孔、敗血症などの合併症を伴うことが多い。

注16) 初回発作型は発作が1回だけのもの、しかし将来再燃をきたし、再燃寛解型となる可能性が大きい。

#### G. 病変の肉眼所見による特殊型分類

- 偽ポリポーシス型
- 萎縮性大腸炎型

#### H. 治療反応性に基づく難治性潰瘍性大腸炎の定義

1. 厳密なステロイド療法にありながら、次のいずれかの条件を満たすもの。
  - ステロイド抵抗例（プレドニゾロン 1-1.5mg/kg/日の 1-2 週間投与で効果がない）
  - ステロイド依存例（ステロイド漸減中の再燃）
2. ステロイド以外の厳密な内科的治療下にありながら、頻回に再燃をくりかえすあるいは慢性持続型を呈するもの。

#### I. 回腸囊炎の診断基準

##### ・概念

回腸囊炎(pouchitis)は、自然肛門を温存する大腸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定されている。

## ・回腸嚢炎の診断

### 1. 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、血管透見像消失、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、回腸嚢炎の内視鏡所見とは区別して所見を記載する。

### 2. 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、臨床症状に関わらず内視鏡的に重症の所見を認める場合は回腸嚢炎と診断する。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、腸結核などの細菌性腸炎、サイトメガロウイルス腸炎などのウイルス腸炎、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。