



かとしゅん&
ひらおか present



こんなときどうする?

症例から考える IBD診療

[編著]

加藤 順

千葉大学医学部附属病院 診療教授/内視鏡センター長

平岡佐規子

岡山大学病院炎症性腸疾患センター 准教授/センター長

中外医学社

序

IBDの大きな特徴の1つに、「患者ごとに病態がまったく違う」ということがあげられる。UCでいくと、全大腸に潰瘍を形成してどんな薬も効かずに手術になるような人もいれば、直腸炎型で治療もほとんど不要の人もいる。CDでも、肛門病変や小腸病変、狭窄や瘻孔など、それぞれ作る人作らない人がいる。したがって、IBDでは患者ごとに治療法がまったく変わってくるし、おなじ患者でもそのときそのときで病態が変わるため、違った治療法の選択が必要となる。さらに、若い患者の多いIBDでは、ひとりひとりの患者はさまざまな社会背景を持っており、同じ病態でも社会背景が異なれば選択する治療も変わってくる。その一方で、近年は分子標的薬を中心に治療選択肢も増加した。それぞれの薬剤は異なる作用機序や有効性、安全性、そして投与方法を有している。このような状況において、いまのIBD診療では、どのような病態の人にどのような治療が適切なのか、を判断することが求められている。

本書では、UC、CDのさまざまな想定症例を提示し、まずは、比較的若手の先生にどのような治療をするかを答えてもらった。そして、専門医である小生と平岡先生が、若手の先生の意見をベースにして、その症例のキモとなる点について対談・議論を行った。また、提示症例に関連するトピックについての解説を加え、知識の整理ができるようにしている。

まずは、それぞれの想定症例についてご自身で治療方針を考えてほしい。そして、若手、専門医それぞれにどのような意見をどのような根拠で述べているかをみていただくと、今後似たような症例に出会ったときに大いに参考になることと思う。そして全体を読み進めることにより、IBD診療におけるものの考え方、というものがご理解いただけるはずである。本書はIBD診療の問題集であり、全部解き終わったころには、みなさんのIBD診療の実力がワンランクアップしていることと信じている。

2025年厳冬の2月に

著者を代表して
加藤 順

Case 1

35歳、男性。便潜血陽性にて大腸内視鏡（colonoscopy: CS）を受けたところ、盲腸から上行結腸肝弯曲あたりまでびまん性、ほぼ連続性の発赤粘膜がみられた。そこだけみるとUC様ではある。横行結腸から肛門側は正常。直腸も問題なし。症状は、言われてみればたまに腹痛を感じる気がする程度。下痢、血便はなく便秘はとくに問題なし。血液検査もとくに異常なく、貧血やCRPの上昇なし。常用薬剤なし。便培養問題なし。この患者に対してどう対応するか？

Answer

- 大井** < **生検結果確認の上5-ASA (aminosalicylic acid) 製剤**: 内視鏡検査では各セグメントで生検を行う。炎症が存在する箇所のみでもUC類似の病理組織像が存在すれば、右側型として将来の癌化予防に5-ASA製剤内服を推奨する。また、この場合は原発性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis: PSC）の検索を行う。現時点でUCを疑う病理像がなければ、経過観察とする。
- 橋本** < **経過観察**: 症状は軽微であり、病変が恒常的に存在するかの確認のため3～6カ月後にCSを再検する。
- 青山** < **ペンタサ**: 右側型UCとしてペンタサを提案する。併せてPSC併発のリスクを考慮し肝機能の定期的評価も提案する。
- 井原** < **経過観察**: 生検結果が気になる。念のため腹部エコーでPSCなどスクリーニングを行う。
- 古谷** < **MRCP (magnetic resonance cholangiopancreatography: MR胆管膵管画像)でPSCの有無を確認する**: 合併症を確認し、間接的に右側型のUCである可能性を評価するため。

加藤 無症状で健診の便潜血陽性でCSするとUCっぽい所見があったけど、これ本当にUC？ という設問です。たまにありますよね？

平岡 ありますね。でも、自分で内視鏡をみると本当にそれっぽい人と明らかに違う、という人がいますね。専門医がみると明らかに違うと思われる人に難病助成の申請がされていたりするので気を付けてほしいですね。

加藤 とりあえずここは、内視鏡像は専門医がみてもUCでもおかしくない、という症例だとして、回答者では経過観察という人が3人、5-ASA製剤を投与する、というのが2人。僕は経過観察にすると思うのだけれど先生は？

平岡 そうですね、私は生検結果次第かもしれませんね。Step biopsy（大腸の各セグメントからそれぞれ生検すること）で左側結腸や直腸に明らかにUCに特異的な腺管のねじれなどの所見があったりするとUCとして治療するかもしれません。大井先生の意見と似てますね。生検がされてない状態で紹介があったら、とりあえず経過観察して、次の内視鏡時に生検する。

加藤 Step biopsy って本当にそんなに診断的意義があるのかしら？

平岡 あると思いますよ。とくに直腸には所見が出る人が多いと思う。さっさとペンタサを使用するという意見の先生もいるけど、やはり診断は大切にしたいほうがいいと思うので、生検を確認したり、経過をみたりするステップは重要だと思う。

加藤 そうね。5-ASA製剤を開始したらもうずっと投与することになるからね。まだこの設問の段階では、UCの可能性もあるしUCとは言い切れない場合もあるかな、という線でよい？

平岡 そうですね。まだその段階ですね。

加藤 ところで、PSCの精査をする、という人が結構いるけど、先生ご意見は？

平岡 さすがにこの段階では、肝障害や胆道系酵素の上昇がなければ、あえて調べたりはしないと思う。

加藤 そうね。MRCPを撮ったらわずかな胆管の変化が捉えられたりするかもしれないけど、それに臨床的に意味があるかどうかはまた別だしね。

Case 2

25歳，女性，1週間続く下痢，血便にて来院。 便培養にて病原性大腸菌が検出された（O-157などの腸管出血性大腸菌ではない）。感受性のある抗菌薬を投与したところ，症状は改善。しかし，1カ月後に同様の症状で来院。同じ菌が検出されたので，抗菌薬投与して改善。その後無症状，無投薬だったが，その6カ月後に同様のエピソードで同様の菌が検出。この際，CSを行ったところ，横行結腸から上行結腸にかけてびまん性の発赤で，炎症部分はUC様。病理でもUC compatibleであった。一方，左側は正常。このときも抗菌薬投与で症状は改善した。**この患者に対して今後どう対処するか？**

Answer

- 高原** < **1カ月以内に再診**：血液検査や腹部超音波で炎症マーカーの推移や腸管壁の肥厚程度を評価し，経過をみて判断する。
- 對田** < **無症状時の内視鏡再検**：右側結腸型UC診断を支持する慢性的な粘膜炎症の存在を確認するため。
- 安富** < **無症状のときに便培養を再検**：同様の菌が検出されれば保菌と判断，次に再燃した場合はCS再検し5-ASA製剤を検討する。右側の炎症であり，PSC合併の可能性も考え肝胆道系酵素の確認，エコー，MRCPも考慮する。
- 北畑** < **症状消失時点でのCS評価を行ったうえで5-ASA製剤を開始**：感染性腸炎を繰り返しており背景にUCが存在している可能性があるため。
- 堀尾** < **アサコール**：病原性大腸菌はbystanderと捉えUCとして治療を行う。病変範囲や安全性を考慮して5-ASA製剤はアサコールを選択する。

加藤 次の設問は、エピソードも内視鏡所見も UC っぽいんだけど、なんだか病原性がありそうな菌が検出される、という症例。たまにいますよね。

平岡 いますね。よくわからない大腸菌やらあまり名前が聞かない細菌やらが検出されてしまう人。

加藤 最近は細菌検査では質量分析器が使われているので、病的意義のない細菌まで検出してしまう場合がある。ところでこういう人は先生はどうします？

平岡 私は 5-ASA 製剤を投与すると思う。やっぱりこれだけ繰り返して、病理でも UC compatible というのが決め手かな。その前に自分で内視鏡をみたり、病理を確認して、UC で間違いないことを確認するかもしれないけど。

加藤 回答者には、無症状のときに内視鏡をする、という人と、無症状のときに便培養をする、という人がいますね。

平岡 無症状のときにも同じ細菌が検出されるならやっぱりただの bystander ということになるし、無症状のときに内視鏡的な炎症があればやっぱり UC らしい、ということになる。

加藤 無症状なときにあまり内視鏡しないけどね、こういう症例に。でも UC としたら無症状のときにもなんらかの炎症がある可能性はあるわな。

平岡 そう。だからこういう症例の内視鏡像は私は詳細に検討すると思う。本当に UC らしいかどうか。ところで先生は結局どうするの？

加藤 僕もまあ、5-ASA 製剤投与するかな。これだけ繰り返してるからね。こういう症例に難病助成の書類の細菌検査の欄を書くときどうしてる？

平岡 「病原性微生物の検出なし」にします。この患者の腸炎の原因と考えられる微生物は検出されていない、と経過より判断できるので。こういう症例は UC の発症において腸内細菌の影響が強いのもかもしれないですね。

加藤 UC の診断で感染性腸炎を除外することはとても大事だけど、血便エピソードを繰り返す、というのは UC の特徴でもあるからね。詳細に内視鏡像を検討し、UC らしいなら 5-ASA 製剤で治療開始、ということでもいいかな。

平岡 そうですね。繰り返す、というのが大事な点ですね。

UC の診断においてもっとも大事なものは内視鏡像であり、**病理所見では必ずしも確定診断とならない**ことに注意する必要がある。厚生労働省の IBD 班会議の診断基準にも記載があるとおり、UC の病理所見はおおむね疾患非特異的なものであり、「この病理所見があったら UC」というものは存在しない。とくに陰窩膿瘍などは感染性腸炎で非常にしばしばみられる所見であるので、それがあからとて UC とは限らない。

1 UC の非典型的な内視鏡像

内視鏡所見も典型的なものであれば、あまり診断に迷うことはないかもしれないが、UC の内視鏡像もときに非典型的なものが存在する。その主なものは、以下のとおり。

1) 直腸に内視鏡的炎症がみられないことがある

教科書には直腸から連続性と書いてあるが、必ずしも直腸に炎症がないことがある（直腸 sparing とよばれる）。その際、生検をすると組織学的には炎症がある場合と、組織学的にも炎症がない場合、両方ある。直腸 sparing はとくに重症例でみられることが多いことに注意が必要である。

2) 病変がスキップすることがある

また、病変は必ずしも連続性でなく、スキップして存在することもある。直腸炎と思ったら、その後スキップして右側結腸に炎症が存在することはしばしばある。左側大腸炎型の UC で虫垂部に炎症がみられる、というのもよくあるパターンである。ただ、スキップした場合でも、炎症のみられる部位ではびまん性に面をもった形でみられる。

3) 右側結腸優位の炎症がみられることもある

UC の病型が直腸炎型、左側大腸炎型、全大腸炎型、と分けられることをみてもわかるとおり、肛門に近いほど炎症が強い例が多いことは確かだが、右側結腸優位に炎症がみられることもある。とくに重症例では、左側の炎症はたいしたことなくても横行結腸に非常に強い炎症が存在することがある。また、設問でも問われたが、