

「実地で診療する潰瘍性大腸炎のコツ」

金沢医療センター消化器内科部長 加賀谷尚史 先生

講演要約

診断

症状（持続性または反復性の粘血便）と大腸内視鏡検査（生検）（連続性・全周生・対称性の病変、樹枝状潰瘍・易出血性・打ち抜き円形潰瘍）で診断し、確定診断に至らない場合は inflammatory bowel disease unclassified として経過観察し、上部消化管検査、CT、MRI も適宜行う。患者数は増加傾向で、軽症 63%、中等症 28%である。

治療

抗 TNF- α 抗体、カルシニューリン阻害薬、白血球除去療法に続き、抗接着因子製剤、JAK 阻害薬、抗 IL12/23 抗体が保険適用され多数の治験が進行中であるが、多くの症例は基本治療を十分に行うことで、寛解を維持できる。

5ASA は粘膜における活性酸素抑制作用で組織障害を抑制し、PPAR- γ 活性化によりサイトカインを抑制する。寛解導入には最大量を使う。坐剤や液体製剤、フォーム製剤による、経口門治療は病変範囲によっては有効である。

再燃の要因として、冬、感染、ストレス、NSAID、アドヒアランスの低下などがある。アルコールは個人差があり、腸管粘膜に障害性を呈するので注意が必要であり、カフェインは増悪時でなければ節度ある飲用は問題ない。長期寛解を維持していれば再燃少なく、ステロイド使用歴があると再燃多い。

次に 5ASA の副作用について 2 例提示された。

症例 1 メサラジンアレルギー

消化器症状（下痢、血便）が悪化する症例があり、潰瘍性大腸炎の悪化と間違われることも多い。鑑別点は、内視鏡所見と症状の解離、薬剤誘発性リンパ球刺激試験（DLST）、中止による症状の改善、である。

症例 2 メサラジンによる薬剤性膵炎

治療に関係なく炎症性腸疾患には膵炎の合併が見られるがチャレンジテスト陽性のエビデンスあり。経口でも注腸でも膵炎をきたす。投与から 30 日以内に発症することが多い。

ステロイドの奏効率は 1 回目 83%で、1 年後 効果持続 49%、ステロイド依存 22%、ステロイド抵抗 33%である。外来診療では 30mg の投与が現実的で、2 週間毎に 5mg ずつ減量し中止することが治療指針に示されている。

アザチオプリンのステロイド依存例への効果は、5ASA よりもステロイドフリーにできる率が高い。副作用の無顆粒球症は NUDT15 遺伝子多型チェックで回避できるようになった。妊娠が必ずしも禁忌では無くなった。

生物学的製剤使用時の B 型肝炎再活性化に対しては、HBV DNA を定期的にチェックする。HBV-DNA 上昇、その後に HBs 抗原の陽転化、ALT 上昇が起こる。結核に対しては、投与前にインターフェロン γ 遊離試験（QFT、T-SPOT）やツ反をチェックし、疑わしい場合は胸部 CT も併用し、呼吸器内科にコンサルトする。

治療目標

粘膜治癒が長期寛解維持のため重要である。血清ロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテイン（LRG）は臨床活動性、内視鏡活動性と相関する。疾患の評価として、内視鏡の代わりに、便中カルプロテクチンを活用することも勧められている。

（「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班のホームページ（<http://ibd-japan.org/>）が診療の参考になると紹介があった。）

実地診療に、明日からの診療に役立つ、大変有意義なご講演であった。コロナ対策のためマスクをしながらのご講演となったが、早くマスクフリーの講演会になることを祈る。