医療最前線

炎症性腸疾患の診断と治療

消化器科　良永 雅弘

1. はじめに

小腸・大腸に炎症を生じる疾患の中で、原因不明なものを特に炎症性腸疾患と呼んでいます。今回は、その中で潰瘍性大腸炎とクローン病の診断と治療について述べてみたいと思います。その前に、ヒトの消化器系臓器の位置関係を簡単に図示しておきます（図１）。

図１．消化器系臓器のすべて

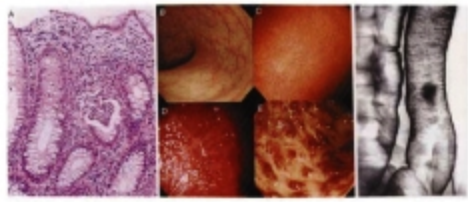
2. 潰瘍性大腸炎

潰瘍性大腸炎とは、「主として、大腸粘膜を侵し、びらんや潰瘍を形成するびまん性非特異性炎症」と定義されています。つまり、直腸から始まる原因不明の粘膜病変が程度に応じて直腸のみ、左側大腸（下行結腸―Ｓ状結腸―直腸）、全大腸（盲腸―直腸）と大腸をおかす病気で、厚生労働省特定疾患に認定されています。厚生労働省の研究班の調査によると、2000年時点で全国に患者数は６－７万人であり、15年前に比べて約10倍に増加しています。好発年齢のピークは25歳前後で、50歳前後にも小さなピークが認められ、男女比はほぼ半々となっています。

すべての症例に共通する症状は血便です。はじめ下痢から始まり、数週間の経過で次第に血便を認めるようになることが多いようです。病変が直腸に限局する場合は便表面に血液が付着する程度なのに対し、より広範囲に及べば血液が便の中に混じって粘血便として認められます。病変が広範囲に及ぶ場合や炎症が重い場合は、血便のほかに発熱、腹痛、食欲不振、体重減少、全身倦怠感等の全身症状を伴います。又、消化管以外に病変を合併する場合もあります。

これらより潰瘍性大腸炎を疑うときは、まず大腸内視鏡検査を行います。検査それ自体や検査前の前処置で炎症が悪化することがありますので、症状が重い場合は、グリセリン浣腸のみの簡単な前処置で、大腸の出口近くのみを観察することもあります。また下部消化管造影検査（注腸検査＝大腸の透視）を行う場合もあります。更に、他疾患の除外のため、血液検査、便培養、結核菌検査等を必要とします。確定診断は特徴的な内視鏡または造影検査所見と大腸粘膜の一部を採取して顕微鏡下に診断する生検組織検査よりなされます（図２）。しかしながら、他の大腸炎ときわめて類似し、診断に苦慮する場合もあります。確定診断後は、病変の広がり、重症度を加味し、治療方針を決定します。最初は内科的治療を選択し、それに反応しない症例、経過中に合併症（穿孔、大出血、腸管麻痺、大腸癌）を生じた症例には外科的治療が選択されます。内科的治療の基本は、５-アミノサリチル酸製剤、ステロイド剤、免疫抑制剤を使用する薬物療法です。薬物療法に反応が悪い場合は、白血球除去療法が施行されることもあります。

本疾患は、寛解増悪（良くなったり悪くなったり）を繰り返し慢性に経過することが多いですが、近年治療法の進歩により、多数の症例で寛解維持（良い状態を続ける事）が可能となっています。決して途中で治療を中断せず、根気よく治療を継続する事が肝要です。



A:生検組織像　B-E：内視鏡像　F:X線造影像

図２．潰瘍性大腸炎

又、発病後長期間経過した方は定期的に大腸内視鏡検査を受ける事をお勧めします。

3. クローン病

クローン病は、「消化管にびらんや潰瘍を形成する非連続性非特異性炎症性疾患」と定義される原因不明の病気で、厚生労働省特定疾患に認定されています。つまり、小腸（空腸、回腸）、大腸（盲腸―直腸）、肛門の非連続性（即ち、病変と病変の間には正常部分が残っている事）病変が主体ですが、口から肛門まで全消化管に病変が認められます。又、潰瘍性大腸炎と異なり、病変による消化管の変形、狭窄（狭くなる事）、ろう孔形成（消化管同士または消化管と他組織、たとえば皮膚等が交通路をつくる事）などを認めやすくなります。好発年齢は、潰瘍性大腸炎と同様に若年者で、患者数は潰瘍性大腸炎の１/３程度と報告されています。

下痢、腹痛、体重減少、低栄養、発熱が主症状と言われています。又、消化管以外に病変を作る事があり、口内炎を認めたり、肛門病変を認める事も多くあります。更に消化管の狭窄、ろう孔形成のため、腸閉塞、腹膜炎、皮膚などからの腸管内容物、膿の排出等の合併症を認める事もあります。

内視鏡検査、小腸造影検査（小腸の透視）、下部消化管造影検査で、クローン病に特徴ある所見を見つけると同時に、病変部位より組織を採取し顕微鏡下に診断する生検組織検査より確定診断をつけます（図３）。もちろん、潰瘍性大腸炎の場合と同じように、他疾患との鑑別が必要ですから血液検査、便培養などの諸検査を行う必要はあります。ところで、クローン病は小腸に病変を認める事が多いのですが、これまで小腸を検査する手段としては、上記の小腸造影検査しかありませんでした。最近、小腸全体が容易に観察できる内視鏡機器の開発が進んでいます（ダブルバルーン内視鏡、及びカプセル内視鏡と呼ばれる機器です）。現在はまだ試験段階で、保険診療の適応にもなっておりませんが、近い将来臨床応用が可能になるものと思われます。

小腸造影検査（矢印部分が病変）

図３．クローン病

クローン病の治療は、内科的治療と外科的治療に分ける事ができます。外科的治療を行なわなければいけない例として、腸閉塞、腹膜炎、ろう孔形成、内科的治療に反応しない症例等が挙げられます。内科的治療としては、まず栄養療法を行ないます。肩や首の太い静脈に点滴の管を入れて高カロリー輸液を行なったり、特別の液状の栄養剤を鼻から通した細い管を通じて投与したりします。いずれも炎症がおきている消化管を安静にする目的で行ないます。栄養療法でも炎症が良くならない場合は、５-アミノサリチル酸製剤、ステロイド剤、免疫抑制剤を使用する薬物療法を併用します。近年、従来行なわれていたこれらの治療法であまり改善が認められなかったろう孔を形成した症例に対し、抗 TNF alpha 抗体と呼ばれる薬剤を投与する治療がなされるようになり、ある程度の治療効果をあげています。残念ながら、現時点では、クローン病は完治する事は少なく、寛解増悪（良くなったり、悪くなったり）をくりかえし、外科的治療を必要とする事が多いとされていますが、辛抱強く加療を続ける事が肝要です。

4. おわりに

以上、簡単ではありますが、炎症性腸疾患の診断と治療について述べて参りました。当院消化器科は、特に潰瘍性大腸炎に関して多くの加療経験があります。ご不明な点、ご心配な点がありましたら、当院消化器科外来を受診ください。