

最新医療紹介

炎症性腸疾患の治療

消化器内科医師 東 俊太郎



炎症性腸疾患(IBD)に対する内科的治療は最近5年間で劇的にその治療目標が変化しています。IBDはその発症原因が未だ解明されていないこと、また以前はメサラジン製剤や副腎ステロイドなど限定された種類の薬剤しかなかったことから、従来は症状を改善することがその目標でした。しかし2002年に抗TNF α 抗体製剤であるインフリキシマブ(IFX)が本邦でもクローン病(CD)の寛解導入療法に発売、2007年にはCDの維持療法で承認されました。2009年、潰瘍性大腸炎(UC)ではタクロリムス経口投与が治療指針に記載され、以降2010年にはアダリムマブ(ADA)のCDへの承認、IFXの重症UCへの適応追加、2011年8月にはIFXの倍量投与が承認され臨床に導入されたことでその予想を上回る効果により腸管粘膜が改善する例が見られるようになり、いわゆる「粘膜治癒」が再燃を防ぐ上でも重要であろうという議論があり、現在の治療の目標となりつつあります。

はじめに

炎症性腸疾患(IBD)は本邦でも増加しており厚生労働省の平成25年度のデータでは潰瘍性大腸炎(UC)が約16万6000人、クローン病(CD)は約3万9000人と両疾患で合わせて約20万人にのぼります。このため日頃の外来業務でも診療する機会が増えるものと思われれます。IBDの原因、病態解明に関しては未だ不明ですが、最近までの研究では何らかの遺伝子素因があり、それに腸内細菌や環境因子が関与することにより主に過剰免疫を引き起こし病態を引き起こすと考えられています。

疫学と診断

疫学的には本邦ではUCは男性:女性=1:0.85、CDは1:0.43とやや男性に多くUCは男女とも40歳前後に大きなピーク、60才前半に小さなピークがありCDは男女とも30才後半にピークが見られています。このようにIBDはいわゆる働き盛りの年代に多く、その症状による社会的損失が大きいものと考えられます。このため早期診断、治療につなげるためには問診、症状の確認が必要となってきます。

問診では下痢が続く患者さんがいた場合、機能的腸疾患である過敏性腸症候群(IBS)や感染性腸炎との鑑別が重要になってきますが、IBSとの鑑別点としては下血の有無、また低栄養の有無が重要となってきます。下血、低栄養、それに伴う体重減少は機能的疾患より器質性疾患の可能性が高くなります。また内視鏡検査を行った場合でもIBDと感染性腸炎は鑑別困難な

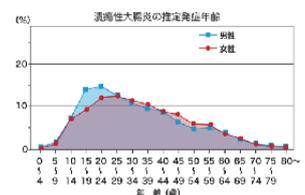
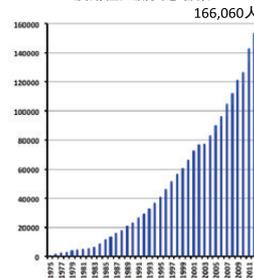
ことが少なくなく、診断後の治療選択が異なってくるため便培養検査も重要となります。

当院での治療

IBDの治療法は変化していますが基本薬となるのは、やはりメサラジン製剤とステロイド製剤であり、特にUCの場合は軽症、または寛解期の場合は強力な新規薬剤を使用しなくても良い場合も多いと言えます。しかしステロイド依存例や抵抗例、もしくは患者さんの希望でステロイド剤や他の薬剤の追加ができない場合は白血球除去療法(LCAP)や、顆粒球除去療法(GMA)を選択することが可能です。当院では血球除去療法は透析室で腎臓内科医師、また臨床工学技士、看護師らのスタッフの協力の元で施行しており患者さんの満足度も高いようです。

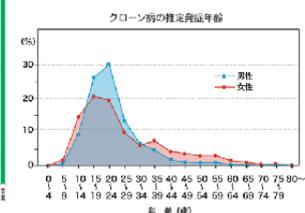
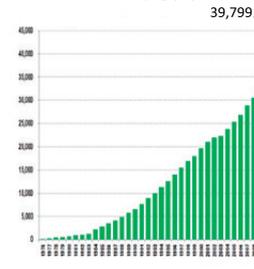
ステロイド依存例、抵抗例の潰瘍性大腸炎に関しては、ステロイド長期投与による合併症としての重篤な肺炎、サイトメガロウイルス腸炎、偽膜性腸炎の出現、新規の強力な作用のある薬剤:タクロリムス、抗TNF α 抗体に関しては結核やウイルス性肝炎をはじめとする重篤な感染症の発現に十分留意する必要があるため、臨床の場では対応困難になる可能性があるのに加え、病勢、内科的治療に不応な例に関しては外科治療を視野に入れて外科医師との連携も取る必要があります。患者さんの症状が持続して改善しない場合、また臨床的に中等症、重症例に関してはいつでも我々に御相談いただければと思います。

潰瘍性大腸炎患者数



厚生労働省平成25年度衛生行政報告例

クローン病患者数



厚生労働省平成25年度衛生行政報告例