

1

UCの基礎知識と治療目標

まずはココから

UCは大腸だけに炎症を起こす自己免疫性腸炎。

▷UCの病態と知っておくべき知識

UCは大腸に起こる原因不明の慢性炎症性疾患です。その原因は、免疫系が自分の細胞や組織を攻撃する自己免疫ですが、なぜ免疫が異常をきたすのかという根本は未解明です。UCが起こるのはなぜか大腸だけ、ここがCDと違う点です(でも、まれに上部消化管病変もあり▶91)。

基本的に炎症は粘膜面までで、深部までは到達しないため腸は変形しません。ただし、重症化すると潰瘍ができます。炎症はびまん性で、連続性の炎症です。まれにスキップして存在する場合や、教科書の記載と異なり直腸には炎症がない場合もあります。

肛門に近い大腸の炎症だからこそ、排便についての症状が出ます。すなわち、下痢、血便がほぼ必発です。これは、小腸型CDの患者さんで、時に症状がほとんどない患者さんがいることと対比してみるとよくわかります。

UC患者さんには、慢性的にだらだら続く「慢性持続型」(図1)と、再燃と寛解を繰り返す「再燃寛解型」(図2)の2タイプがあります。

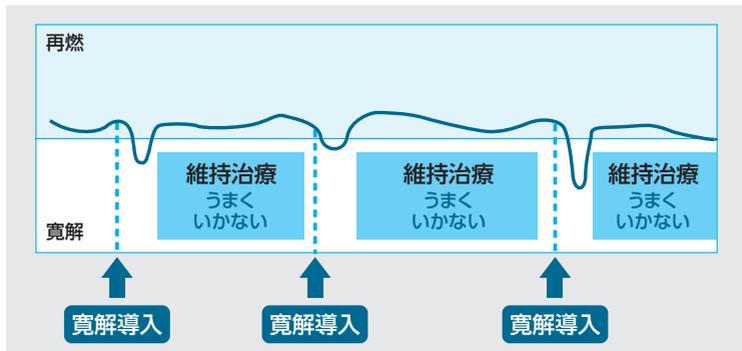


図1 ■慢性持続型UCの経過

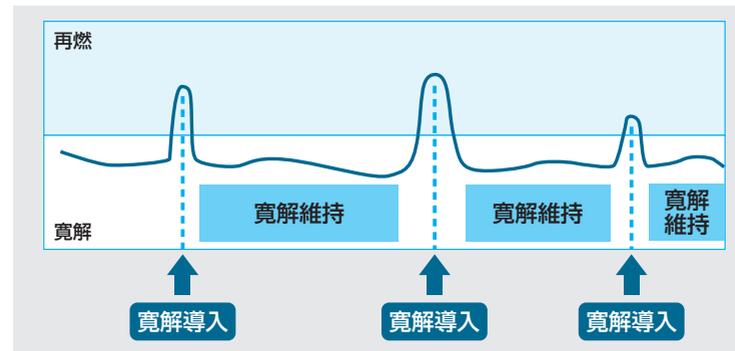


図2 ■再燃寛解型UCの経過

再燃寛解型では、特に治療しなくても勝手に寛解してしまう場合があるため、再燃しないのは今の治療が奏効しているからか、放っておいても再燃しないのかの区別が厳密にはつきにくい場合があります。

慢性炎症が年余にわたり続くと、そこには発癌 (colitic cancer) の母地ができます (慢性肝炎やヘリコバクター・ピロリ感染胃炎と同じ)。



UCの治療目標

症状を完璧に取る = 病気になる前の排便状況と全く同じになる = 内視鏡的・組織学的寛解 = 再燃しにくい状態 = 発癌しにくい状態

UC患者さんは症状に困っているので、治療は症状ベースで考えればよいでしょう。しかし、その症状は完璧に取ってあげないと粘膜に炎症が残存した状態となり、再燃しやすく、将来的には発癌の母地にもなりえます。そのため、治療目標は症状を完璧に取ることです。そして、その状況を継続する(再燃させない)ことです(でも、なかなか難しい患者さんもいるんですよ)。

ココがかとじゅん流!

▶UCは肛門に近い部分の炎症のため下痢や血便が出る。そのため、患者さんの症状を重視して診療するべし!

20

II-1 潰瘍性大腸炎（UC）
寛解導入療法：中等症（重め）

ステロイドの使い方と注意点

まずはココから

“いずれ止める薬”であるという認識をもつ。

▷ステロイドが適応になる場合

重めの中等症の場合は、ステロイドの適応です。通常は、5-ASA製剤も（高用量で）併用します。プレドニゾロン30mg/日（体格の大きい男性には40mg/日）で開始します。筆者は、朝・夕の分2投与にします。これは、**UC患者さんは早朝から朝食前後あたりに症状が最も強い**からです。眠れなくなる人のみ、朝・昼投与にしています（眠剤を投与することもあります）。



- ステロイドを投与すると決めたら、投与量をひよってはいけません。最低30mg/日です。

▷ステロイドの効果判定

効果判定は2週間です。2週間で全く反応がない（ステロイド抵抗性）場合は諦めて次の治療に移行しましょう。具体的には、GMAが第一選択となります →23。効果があっても、なくても2週間で漸減開始です。効果がない場合は、他の治療法を開始しつつ、速やかに漸減します。他の治療法の種類にもよりますが、1週間に10mg/日ごとの漸減でも可です。効果があつた場合は、20mg/日 2週、15mg/日 2週、10mg/日 2週、以降は2週間で2.5～5mg/日で行います。効果があるけど完璧ではないという場合はもう少しゆっくりでもよいです。漸減途中、または中止直後に悪化した場合（ステロイド依存性）は、もう一度初期投与量まで増量します。**中途半端な増量**（10mg/日で再燃したから15mg/日に増量など）は**厳禁**です。

再増量することになってしまったら、ベースの維持治療のレベルアップをします →13。チオプリン製剤を併用する場合は、効果が出てくるのに

時間がかかるので、再増量したタイミングで併用を開始します →26。チオプリン製剤を十分量投与してもステロイドを漸減、中止することで再燃する場合は、バイオ製剤/JAK阻害薬の適応です。

ステロイド抵抗性・依存性の定義

- ステロイド抵抗性：プレドニゾロン30mg/日以上を2週間、または60mg/日以上（重症例）を1週間以上投与するが、全く改善がみられない症例。
- ステロイド依存性：ステロイド投与で一旦効果がみられたが、漸減中もしくは漸減中止後数カ月以内に再燃する症例。

これらの症例は、ステロイド以外の治療を考慮する必要があります。高用量ステロイドの使用法は別項で解説します →39。



- ステロイドはただだらと行わず、短期で漸減中止が基本ですが、チオプリン製剤を併用するような場合はチオプリン製剤が効いてくるまでに数カ月かかることから、それまでにステロイドが切れて再増量にならないようゆっくり減量します（次の増量がないようにという気持ちです）。

ココが かとしゅん流!

- ▶効果があつた場合は、繰り返し投与にならないよう漸減はゆっくりめで行うべし！ 漸減途中、または中止後すぐに再燃する場合は維持療法のレベルアップを行う。
- ▶チオプリン製剤を投与するときは再増量のタイミングで行うべし！

まずはココから

再燃かなと思ったら感染症を必ず否定する。

▶まずは感染症の否定からはじめる

UC, CDともに、症状やモニタリング法(血液, 便など)から再燃を疑った場合、必ず感染症の合併を除外します。

▶UCの場合

■下痢が突然悪化した場合は、まず感染性腸炎の合併を考える

寛解維持中のUCが再燃する場合、通常は週～月単位くらいの経過で徐々に症状が悪化します。一方、感染が合併した場合は、**前日までは調子が良かったのに突然悪化する**という経過が多いです。これらを念頭に置いて、特に急な症状の悪化の場合は感染の合併を考えて、家族や同僚に同様の症状の人がいないかの問診や、便培養を行います。細菌性腸炎では一般人と同様に、カンピロバクターの感染が多いです。

ただし、感染合併との鑑別は、時に非常に難しい上に、**感染合併を契機にUC自体の悪化をきたす**ということもあるため要注意です。便培養を提出し、一旦、抗菌薬を処方した後、1週間後に再診するなど慎重な対応が必要です。



- UCの再燃か感染性腸炎の合併かどうかは、内視鏡所見では判別がつかないことが多いです。

■免疫抑制治療中の悪化は、*C. difficile*やCMV感染の合併に注意

外来でも、ステロイドや免疫調節薬などにより治療している場合は、*C. difficile*感染やCMV感染によって、炎症および症状の悪化がみられること

があります。免疫抑制治療中にはこれを念頭に置いて、CDトキシンの提出やCMVアンチゲネミアの提出などを行います。

▶CDの場合

■常に膿瘍などの合併がないかを気をつける

CDは膿瘍などを形成しやすいため、症状の悪化や炎症反応の上昇がみられた場合、**CD自体の悪化なのか、膿瘍などによる感染症なのかを常に鑑別する**必要があります。特に、肛門病変(肛門周囲膿瘍, 痔瘻)の感染には注意が必要で、鑑別には肛門痛などの症状の問診, 肛門部の診察, 場合によっては、骨盤部の造影CTやMRIなども必要となります(図)。

腹腔内の膿瘍の鑑別は、発熱以外の症状が出ないことが多いため難しいですが、CDの活動性にそぐわない発熱やCRPの上昇などを認めた場合には、造影CTの撮影なども考慮します。特に、狭窄や瘻孔などの腸管合併症のある患者さんは要注意です。

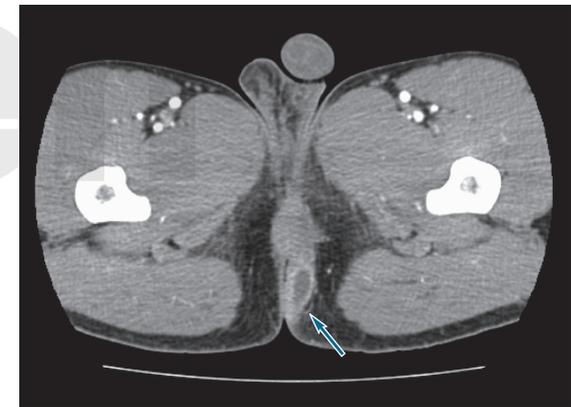


図 ■ CDの痔瘻部にできた肛門周囲膿瘍(矢印)

ココがかとじゅん流!

- ▶まずは「感染かも?」と思うことが重要! 時に、鑑別はとても難しいが、難しいということを知っておくことが大切である。