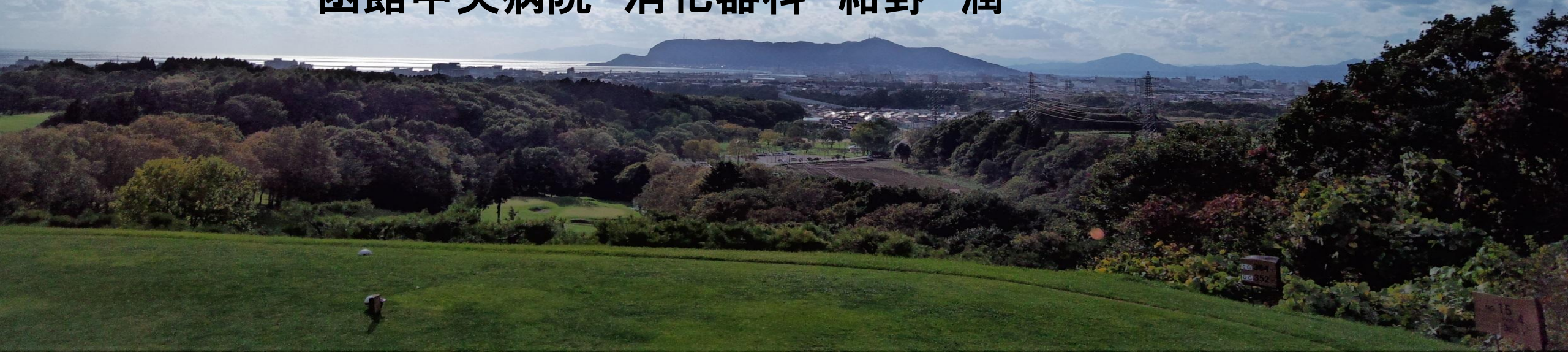


2025年7月12日 第39回市民健康教室特集

消化器病懇談会主催

潰瘍性大腸炎の基礎と 最近の話題について

函館中央病院 消化器科 紺野 潤



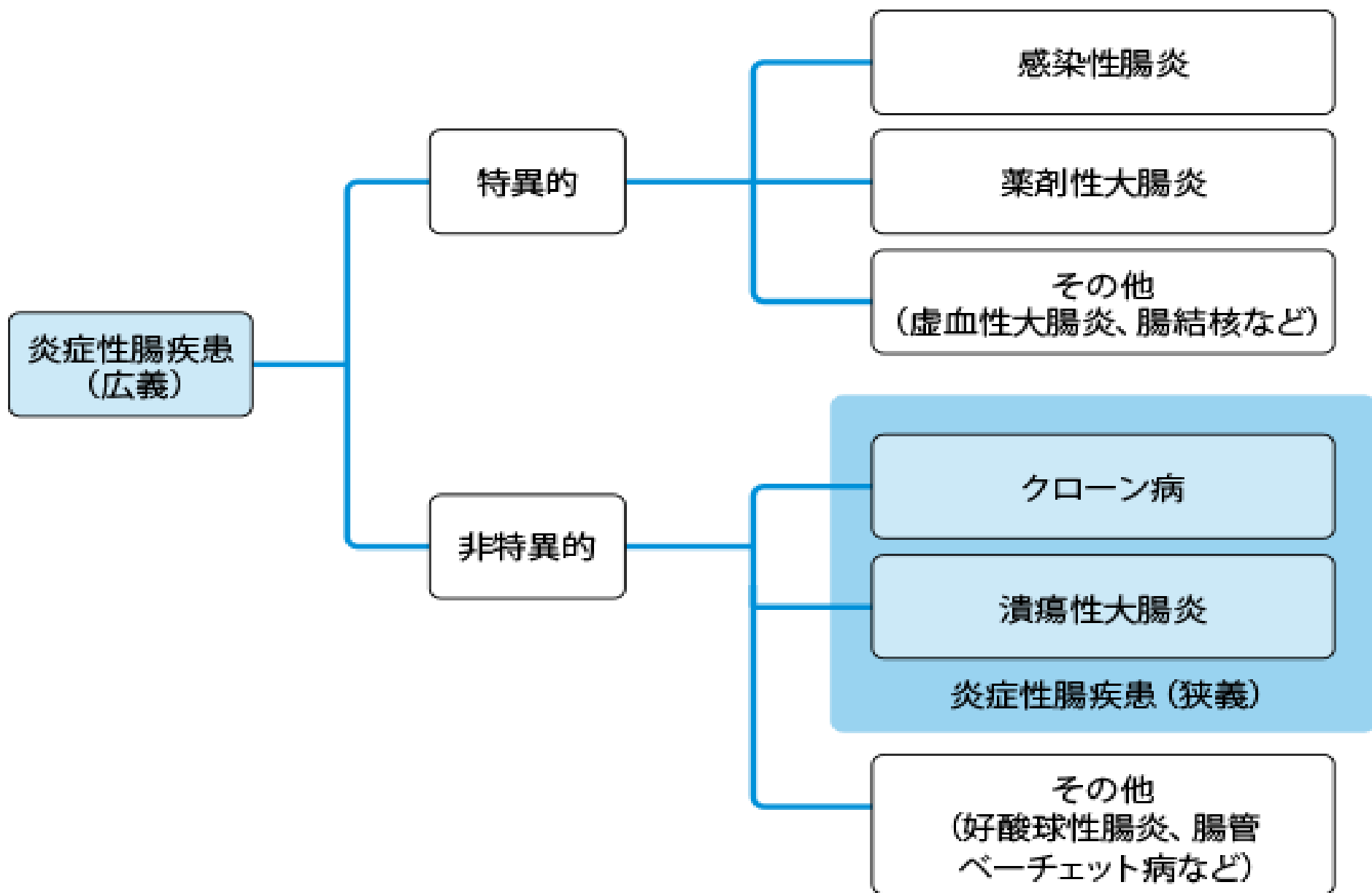
COI 開示

発表者名：紺野 潤

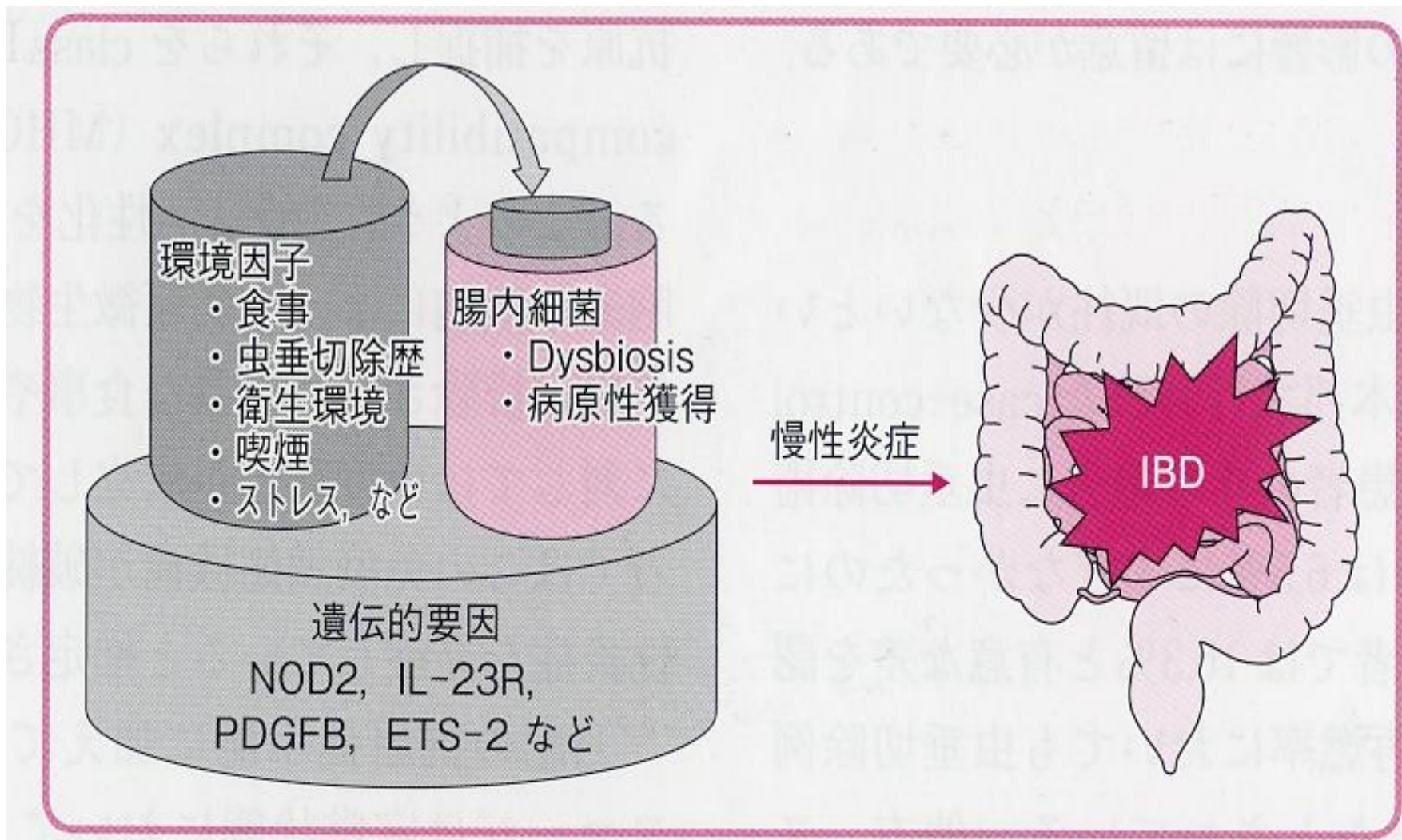
演題発表に、公表すべきIOCはありません。

本日のレジメン

- 1.潰瘍性大腸炎の疫学、症状、病型、診断、重症度評価、予後について
- 2.潰瘍性大腸炎治療の基礎と最近の話題
治療目標であるT2T、D2T-IBDについて
- 3.5-ASAローテーションと5-ASA不耐について
- 4.炎症性腸疾患の腸管・腸管外合併症について



炎症性腸疾患の病因



本日のレジメン

1.潰瘍性大腸炎の疫学、症状、病型、診断、重症度評価、予後について

2.潰瘍性大腸炎治療の基礎と最近の話題

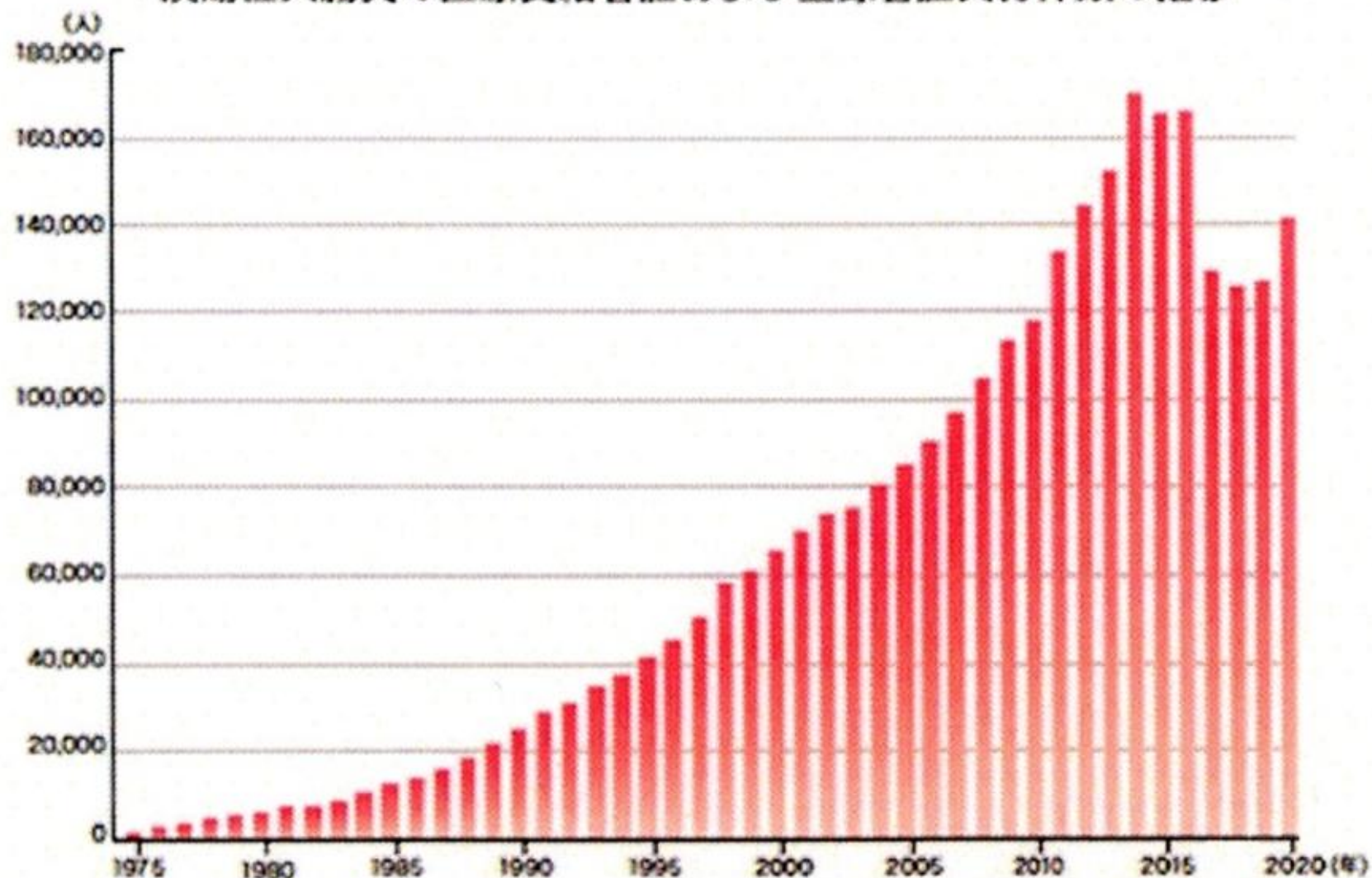
その治療目標であるT2T、D2T-IBDについて

3.5-ASAローテーションと5-ASA不耐について

4.炎症性腸疾患の腸管・腸管外合併症について

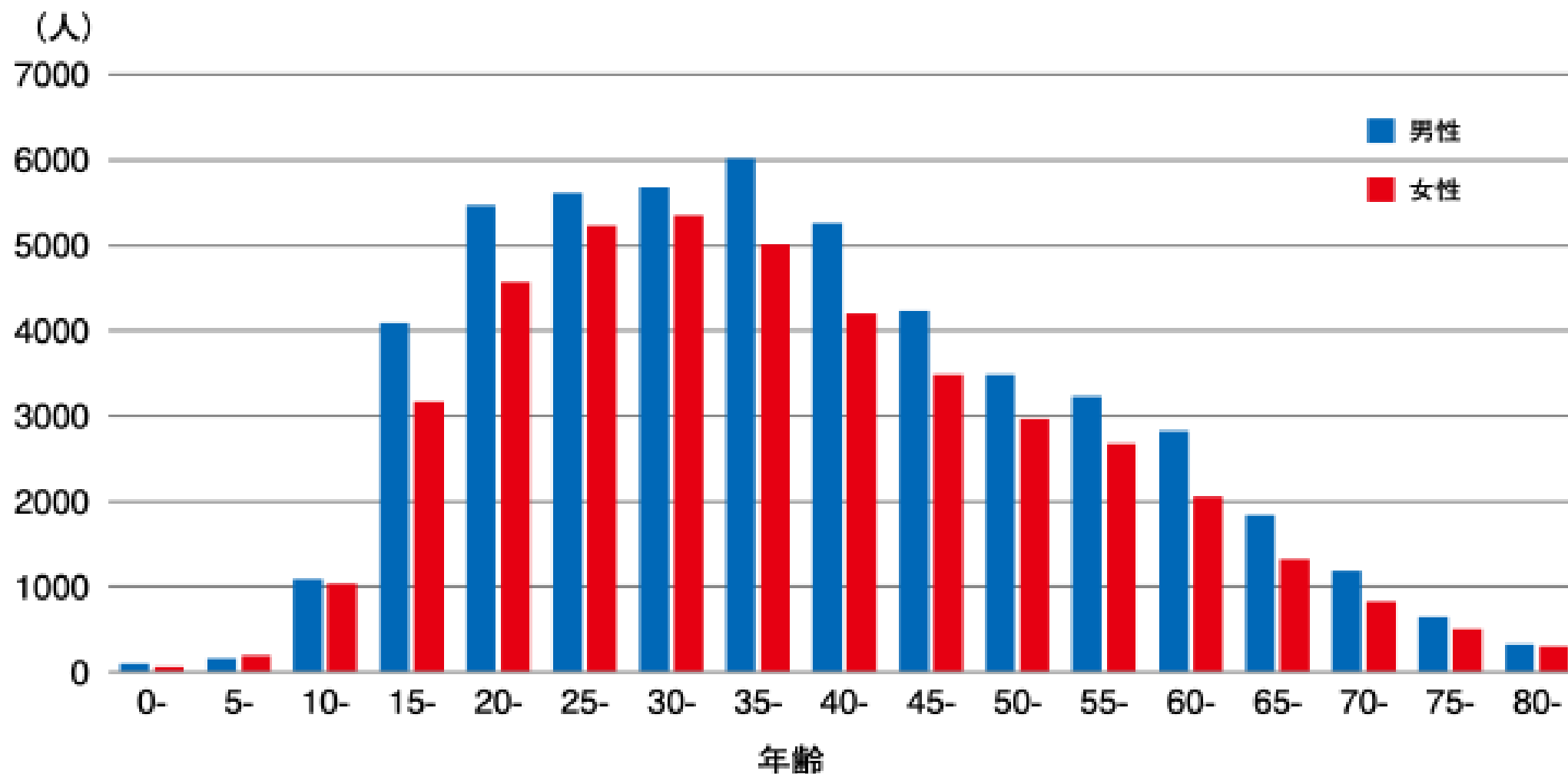
疫学

潰瘍性大腸炎の医療受給者証および登録者証交付件数の推移



公益財団法人難病医学研究財団運営（厚生労働省補助事業）の難病情報センターホームページ
特定医療費（指定難病）受給者証所持者数から作表

臨床調査個人票に基づく発病年齢分布 (2012年度)



対象：医療受給者証交付者（新規＋更新）の個人票電子化データ100,720件中、発病年齢の記載がある、あるいは発病年の記載があり計算が可能な94,193例

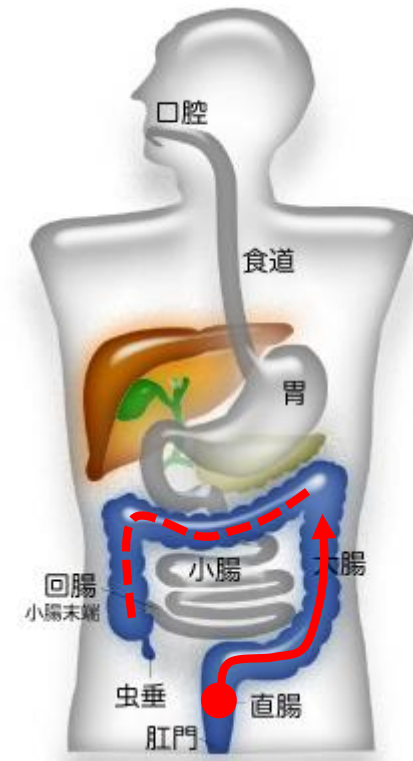
潰瘍性大腸炎（UC）とは

UC : Ulcerative colitis

潰瘍性大腸炎は、大腸の粘膜にびらんや潰瘍ができる大腸の炎症性疾患

【病変】

- ・直腸から始まり、連続的に、そして上行性（口側）に広がる性質があり、最大で直腸から結腸全体に広がる



びらん…大腸粘膜の一部が炎症によって傷つき、**ただれている状態**。潰瘍の一步手前。

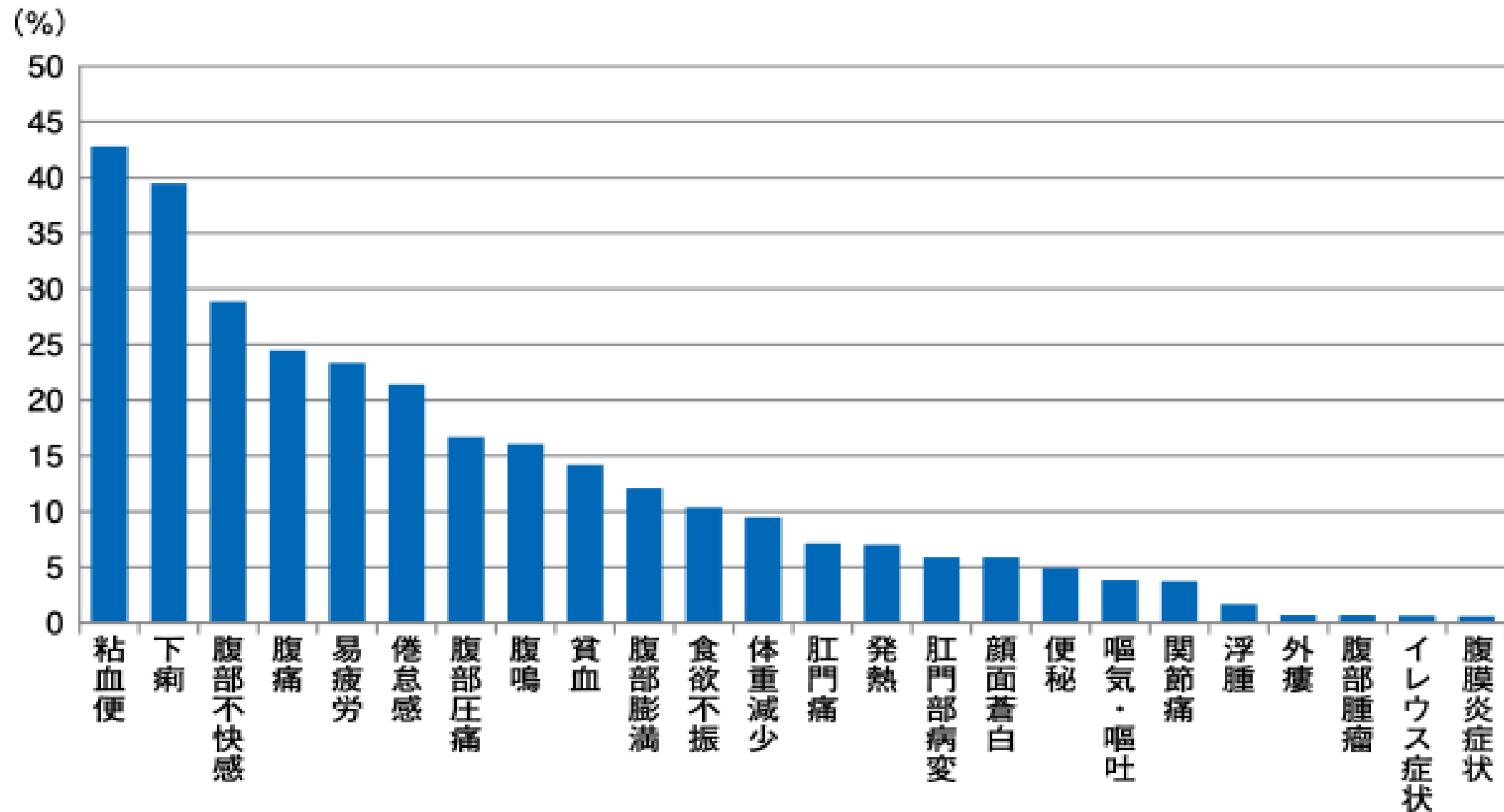
潰瘍…粘膜の一部が炎症によって傷つき、**えぐれている状態**。びらんより深く、粘膜を損傷した状態。

WHOのCouncil for International Organization of Medical Science (CIOMS) : 医科学国際医学委員会の名称と定義

特発性大腸炎 idiopathic proctocolitis

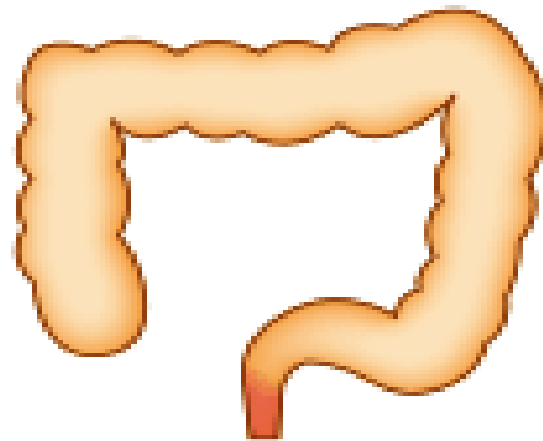
- ・ 主として粘膜と粘膜下層を侵す、大腸、特に直腸の特発性、非特異性の炎症性疾患で全大腸に波及する
- ・ 30歳以下の成人に多いが、小児や50歳以上の年齢層にもみられる
- ・ 原因は不明で、免疫病理学的機序や心理学的要因の関与が考えられる
- ・ 通常血性下痢と種々の程度の全身症状をしめる
- ・ 長期にわたり、かつ大腸全体を侵す場合には悪性化の傾向がある

症状



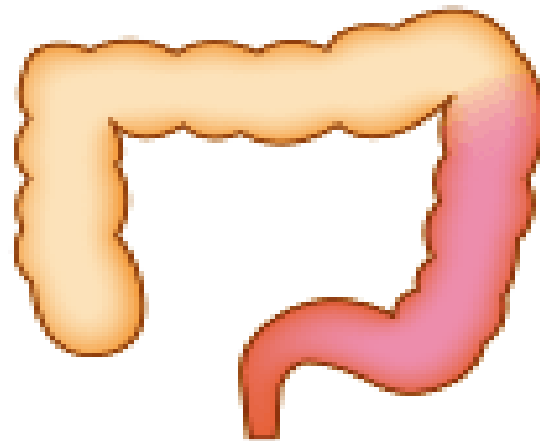
罹患範囲(2012年度)

直腸炎型



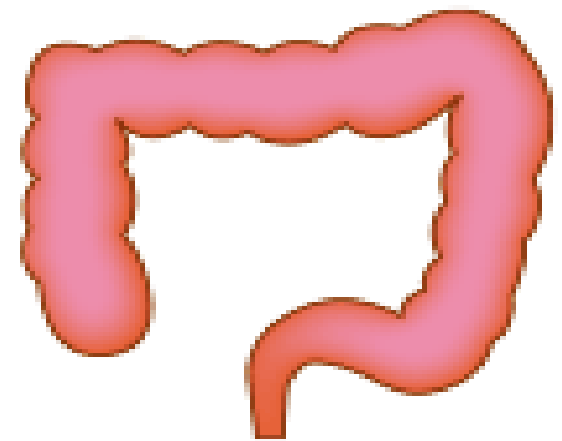
25.1%
(3,676例)

左側大腸炎型



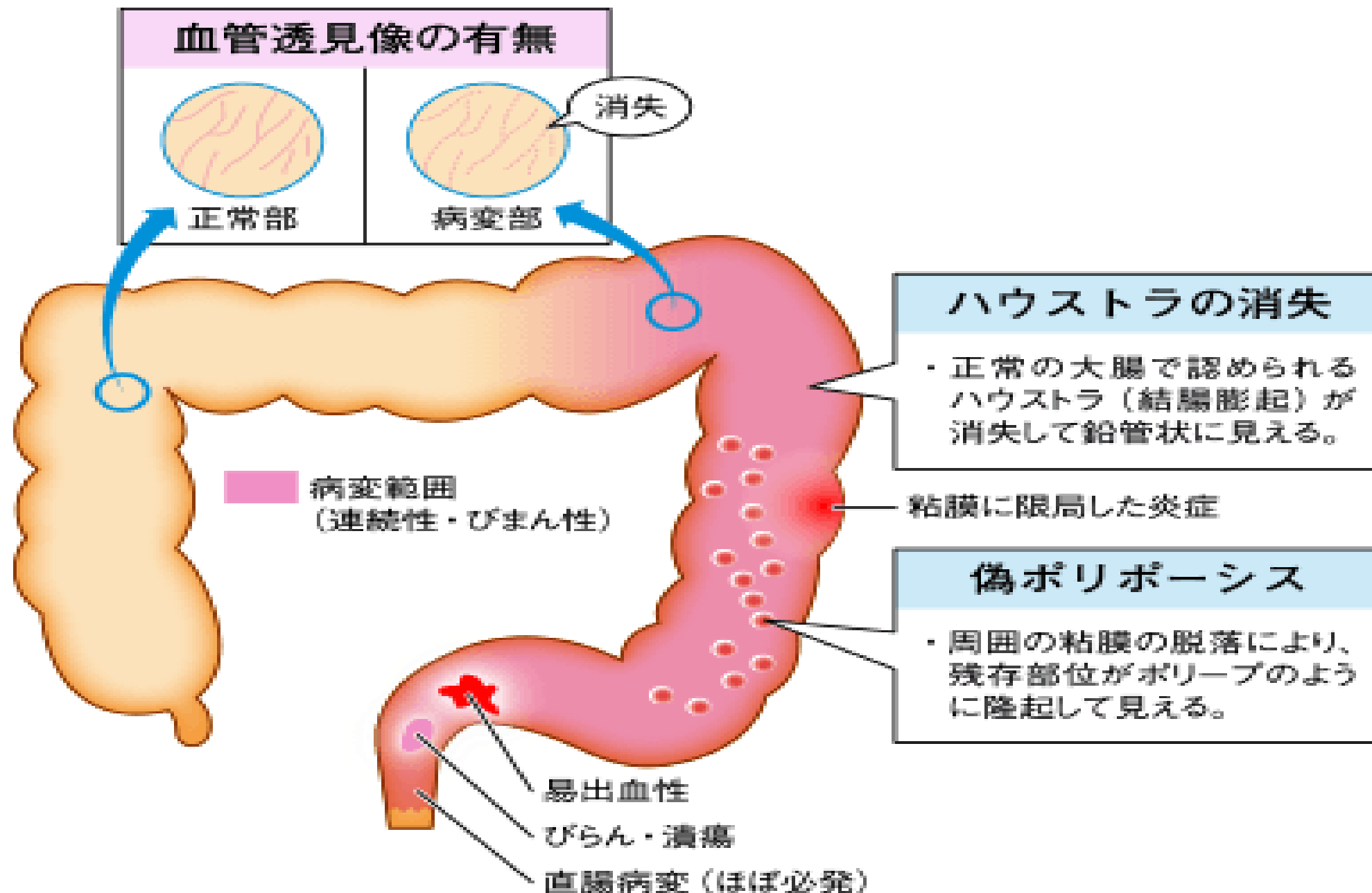
25.2%
(3,693例)

全大腸炎型



38.3%
(5,609例)

- ・医療受給者証の新規交付者の個人票電子化データのみ集計
- ・上記以外：7.8% (1,145例)、不明：3.6% (522例)
- ・個人票で選択された罹患部位を、上記の病型分類に変換している。

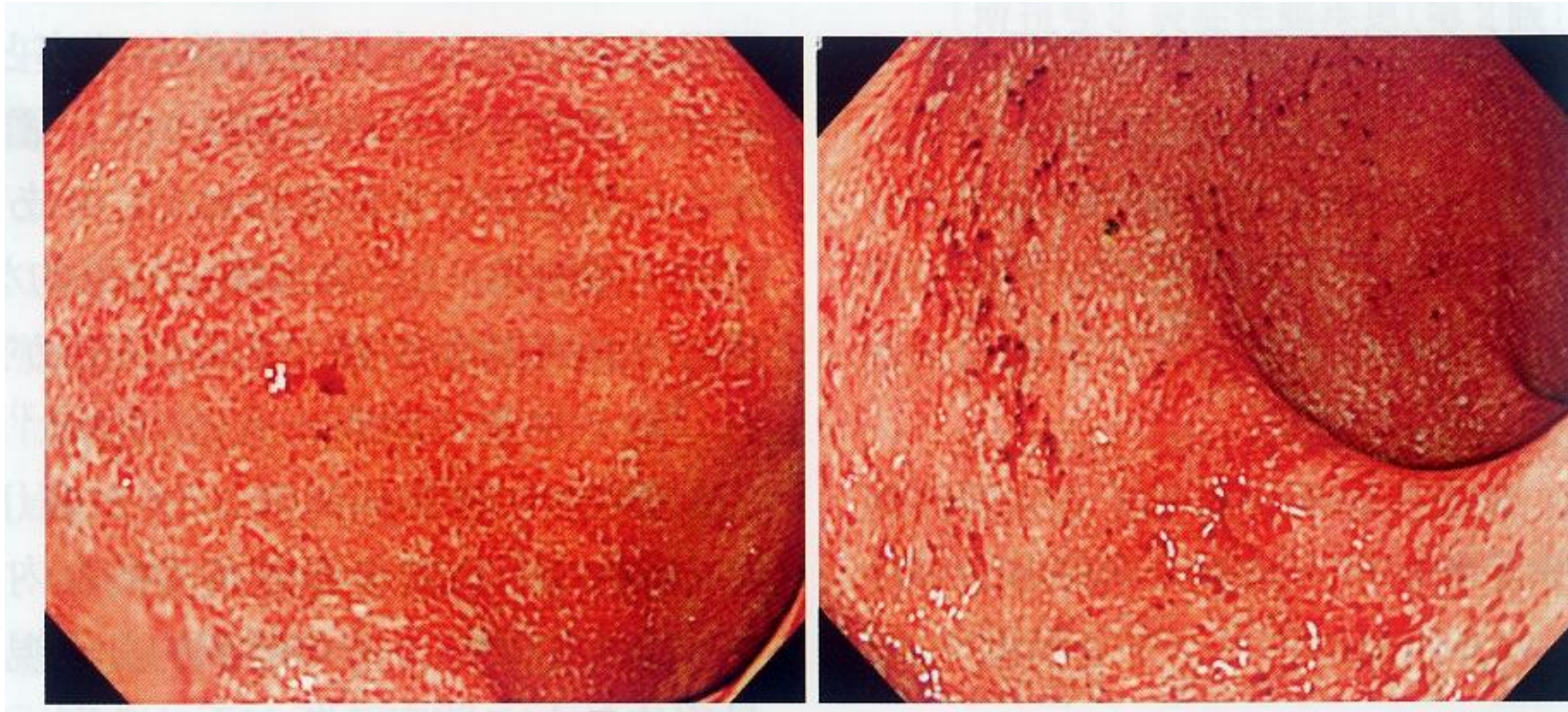


疾患活動性のbiomarker

便潜血 便中カルプロテクチン ロイシンリッチ α グルコプロテイン(LRG)
尿中PGE-MUM ESR CRP

画像診断

大腸内視鏡検査



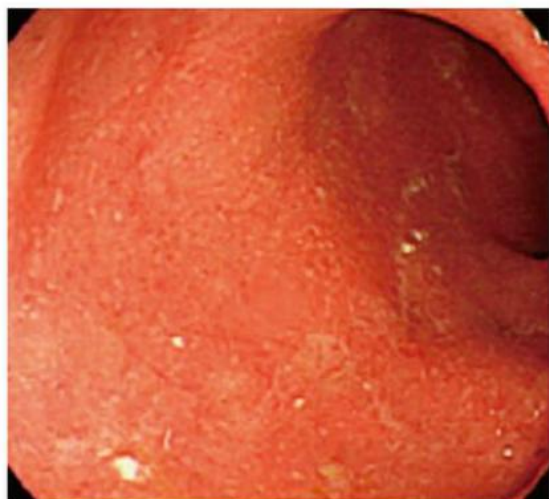
厚生労働省研究班の活動期内視鏡所見による分類

【活動期内視鏡所見による分類】

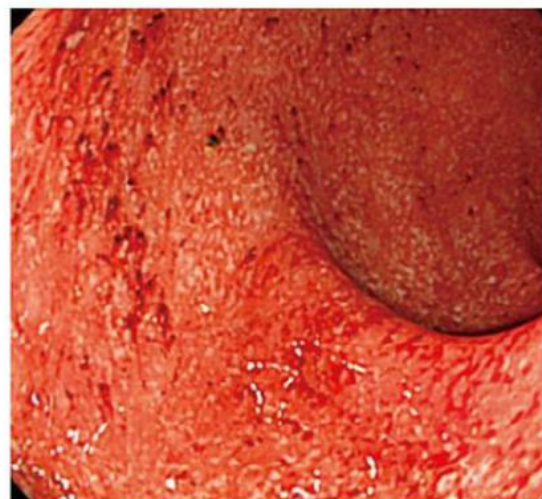
炎症	内視鏡所見
軽度	血管透見像消失、粘膜細顆粒状、発赤、アフタ、小黄色点
中等度	粘膜粗ぞう、びらん、小潰瘍、易出血性（接触出血）、粘血膿性分泌物付着、その他の活動性炎症所見
強度	広汎な潰瘍、著明な自然出血



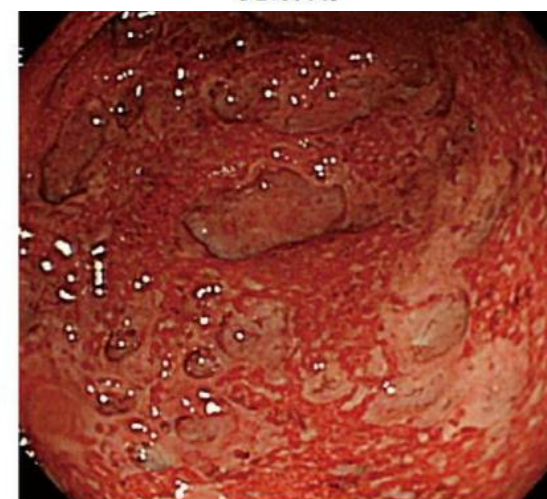
寛解期



軽度



中等度



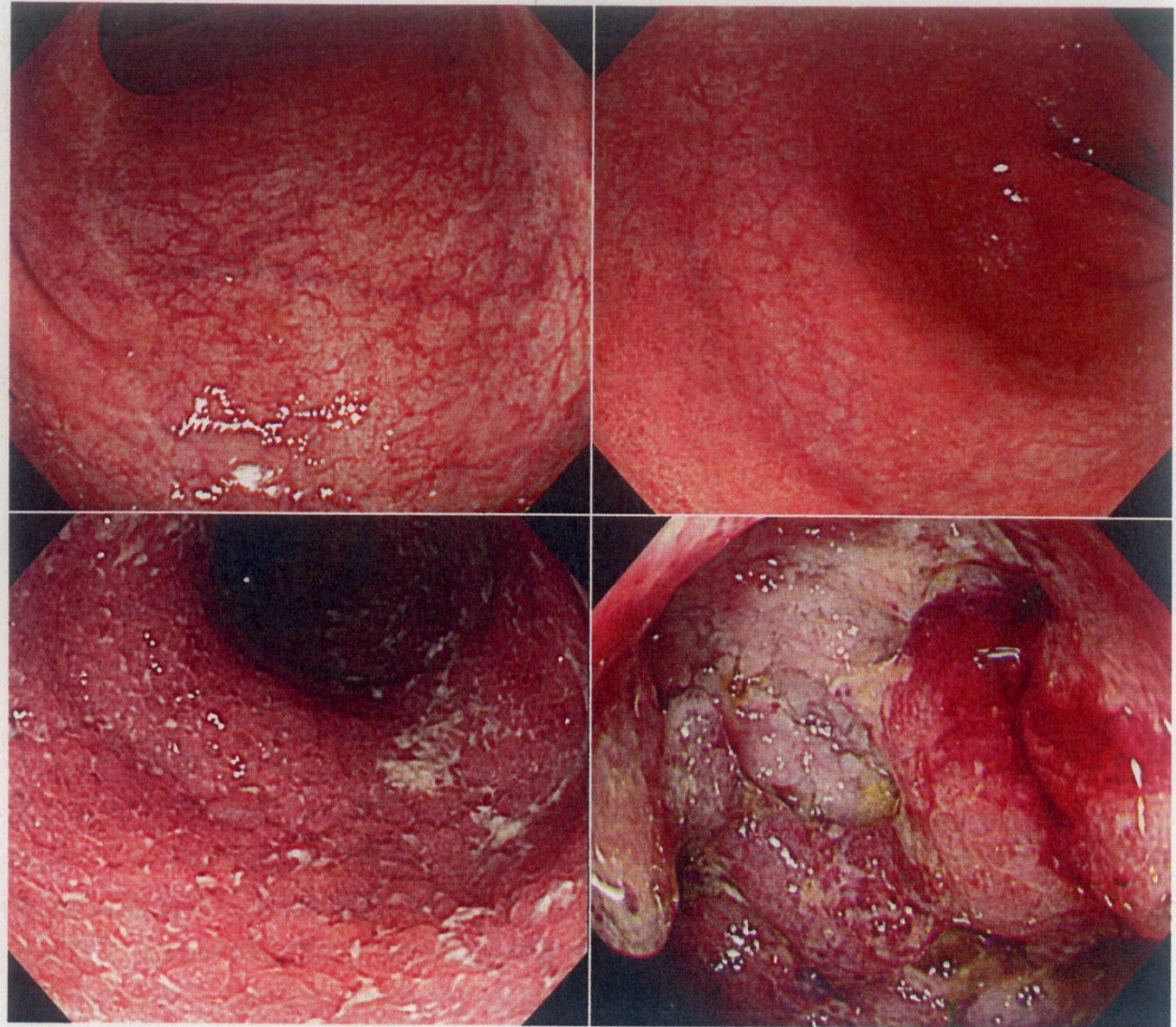
強度

※ 内視鏡的に観察した範囲で最も所見の強いところで診断する。内視鏡検査は前処置なしで短期間に施行し、必ずしも全大腸を観察する必要はない

Matts 分類

所見	グレード
正常	1
軽度の顆粒状粘膜, 軽度の接触出血	2
顕著な顆粒状粘膜, 粘膜浮腫, 接触出血, 自然出血	3
自然出血を伴う活動性潰瘍	4

Mayo endoscopic subscore



Mayo endoscopic subscore (MES)

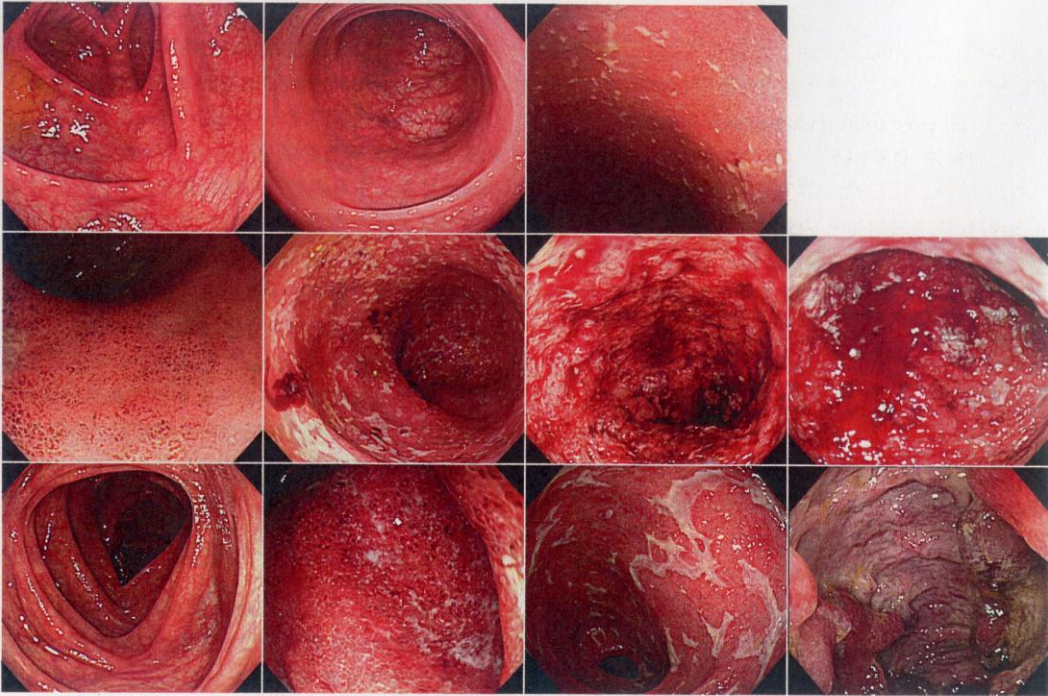
- a. MES 0 : 正常または非活動所見。粘膜の血管透見性が認められる。白色瘢痕を認める。
- b. MES 1 : 粘膜の発赤や血管透見性の低下。軽度の発赤と粘膜の血管透見性が低下している部分を認める。
- c. MES 2 : びらんや血管透見性の消失。粘膜の血管透見性は消失し、粘膜は発赤調である。粘液が付着したびらんを認める。
- d. MES 3 : 自然出血や潰瘍。深掘れ潰瘍を認める。粘膜に自然出血を認める。

Ulcerative colitis endoscopic index of severity(UCEIS)

Ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS)		
評価項目	スケール	定義
血管透見性	0. 正常	正常血管像
	1. 斑状消失	血管像の斑状消失
	2. 消失	血管像の完全消失
出血	0. なし	出血なし
	1. 粘膜出血	内視鏡挿入時に粘膜上の点状または線状の血液塊、洗浄で除去可能
	2. 軽度の管腔内出血	管腔内の液状血液の貯留
	3. 中等度～重度の管腔内出血	内視鏡挿入時の明らかな出血、粘膜や洗浄部からの湧出性出血
びらん・潰瘍	0. なし	びらん・潰瘍がない正常粘膜
	1. びらん	白色ないし黄色の平坦な 5 mm 未満の小粘膜欠損
	2. 浅い潰瘍	5 mm 以上の粘膜欠損、白苔を伴った平坦な孤立性潰瘍
	3. 深い潰瘍	辺縁隆起を伴った深掘れ潰瘍

(文献 10 より引用、一部改変)

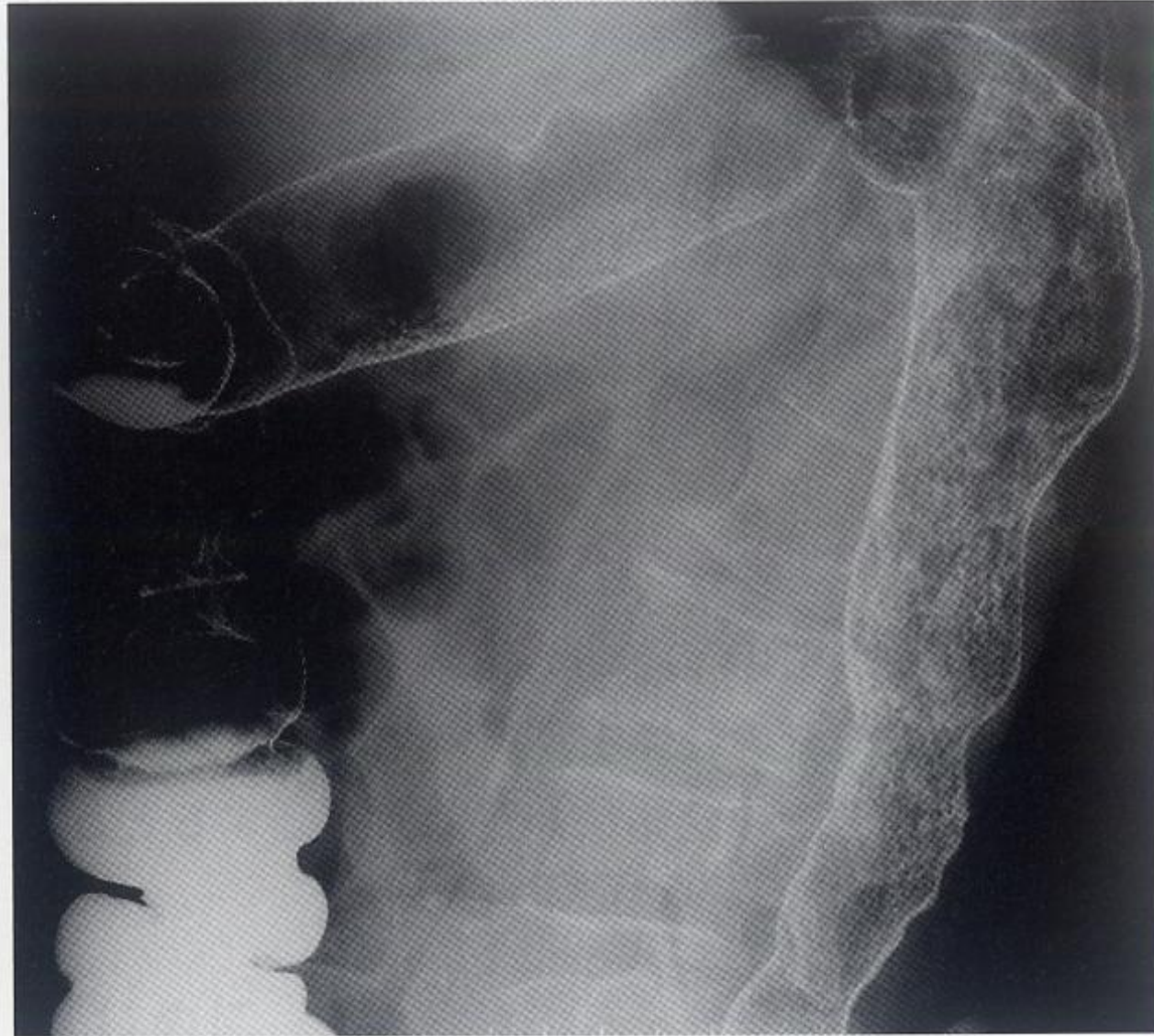
a	:	0	1	2	
b	:	0	1	2	3
c	:	0	1	2	3



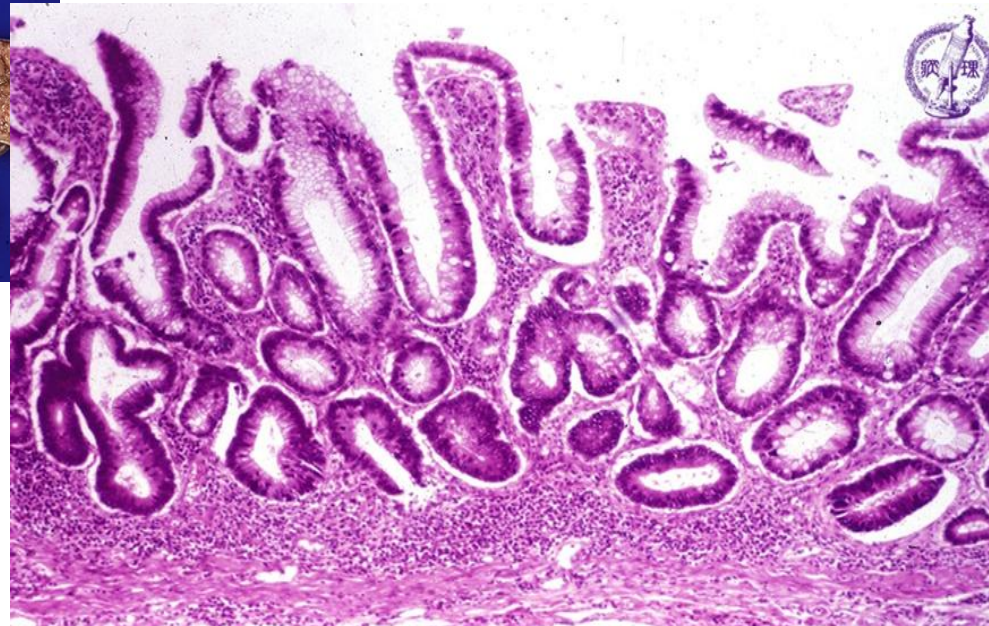
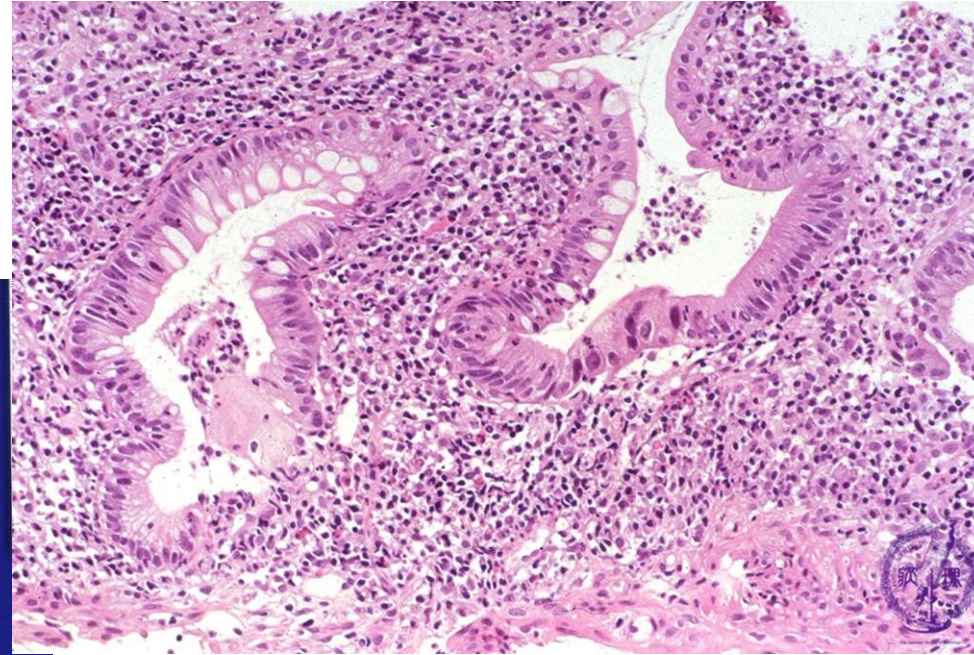
Ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS)

- a. 血管透見性。0：正常，1：斑状消失，2：消失
- b. 出血。0：なし，1：粘膜出血，2：軽度の管腔内出血，3：中等度～重度の管腔内出血
- c. びらん・潰瘍。0：なし，1：びらん，2：浅い潰瘍，3：深い潰瘍

注腸X線検査



病理検査



潰瘍性大腸炎の診断基準

（難治性炎症性腸疾患障害に関する調査研究）

A. 臨床症状	B.	C. 生検組織学的検査
持続性または反復性の粘血・血便、あるいはその既往がある。	①内視鏡検査 i. 粘膜はびまん性におかされ、血管透見像は消失し、粗ぞうまたは細顆粒状を呈する。さらに、もろくて易出血性（接触出血）を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、 ii. 多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポーススを認める。 iii. 原則として病変は直腸から連続して認める。 ②注腸X線検査 i. 粗ぞうまたは細顆粒状の粘膜表面のびまん性変化、 ii. 多発性のびらん、潰瘍、 iii. 偽ポリポーススを認める。その他、ハウストラの消失（鉛管像）や腸管の狭小・短縮が認められる。	活動期では粘膜全層にびまん性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が認められる。いずれも非特異的所見であるので、総合的に判断する。 寛解期では腺の配列異常（蛇行・分岐）、萎縮が残存する。上記変化は通常直腸から連続性に口側にみられる。
確定例：〔1〕AのほかBの①または②、およびCを満たすもの。 〔2〕Bの①または②、およびCを複数回にわたって満たすもの。 〔3〕切除手術または剖検により、肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認めるもの。		

〈注1〉確定例は下記の疾患が除外できたものとする。

細菌性赤痢、クロストリディオイデス・ディフィシル腸炎、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カンピロバクタ腸炎、大腸結核、クラミジア腸炎などの感染性腸炎が主体で、その他にクローン病、放射線大腸炎、薬剤性大腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸管型ベーチェット病など

〈注2〉所見が軽度で診断が確実でないものは「疑診」として取り扱い、後日再燃時などに明確な所見が得られた時に本症と「確定」する。

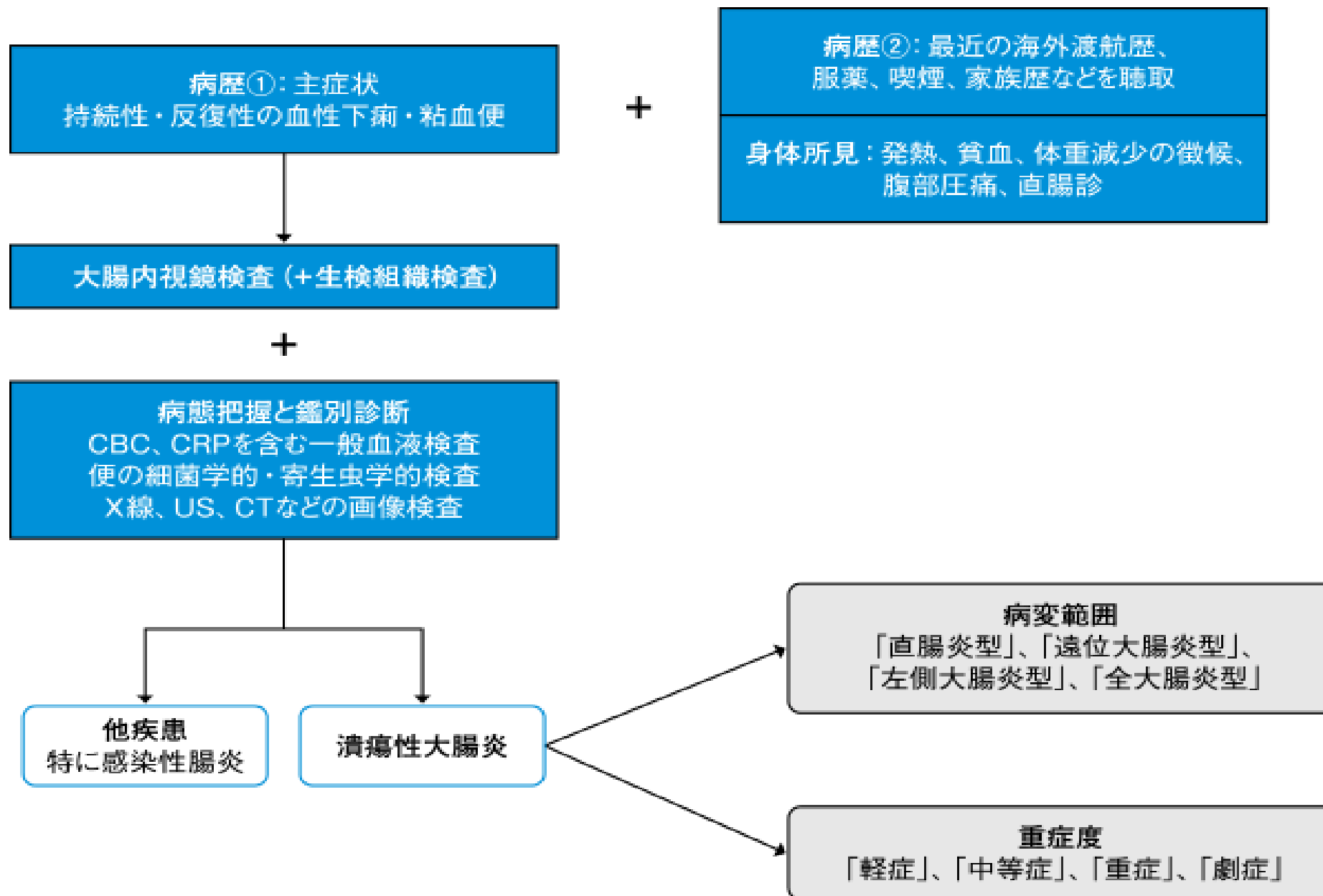
〈注3〉鑑別困難例

クローン病と潰瘍性大腸炎の鑑別困難例に対しては経過観察を行う。その際、内視鏡や生検所見を含めた臨床像で確定診断が得られない症例はinflammatory bowel disease unclassified（IBDU）とする。また、切除術後標本の病理組織学的な検索を行っても確定診断が得られない症例はindeterminate colitis（IC）とする。経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的な所見が出現する場合がある。

〈注4〉家族性地中海熱では潰瘍性大腸炎に類似した大腸病変を認めることがあり、臨床経過などを考慮し、鑑別を要する場合がある。

〈注5〉免疫チェックポイント阻害薬である抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体、抗CTLA-4抗体は免疫関連有害事象として潰瘍性大腸炎類似の腸炎、あるいは潰瘍性大腸炎そのものを発症することが知られている。

診断手順



重症度

	重症 severe	中等症 moderate	軽症 mild
1) 排便回数	6回以上	重度と 軽症との 中間	4回以下
2) 顕血便	(+++)		(+) ~ (-)
3) 発熱	37.5℃以上		(-)
4) 頻脈	90/分以上		(-)
5) 貧血	Hb10g/dL以下		(-)
6) 赤沈	30mm/h以上		正常

<注8> 顕血便の判定

(-) 血便なし

(+) 排便の半数以下でわずかに血液が付着

(++) ほとんどの排便時に明らかな血液の混入

(+++) 大部分が血液

<注9> 軽症の3) 4) 5) の(-) とは37.5℃以上の発熱がない、90/分以上の頻脈がない、Hb10g/dL以下の貧血がない、ことを示す。

<注10> 重症とは1) および2) の他に全身症状である3) または4) のいずれかを満たし、かつ6項目のうち4項目以上を満たすものとする。軽症は6項目すべて満たすものとする。

<注11> 中等症は重症と軽症の中間にあたるものとする。

<注12> 重症の中でも特に症状が激しく重篤なものを劇症とし、発症の経過により急性劇症型と再燃劇症型に分ける。劇症の診断基準は以下の5項目をすべて満たすものとする。①重症基準を満たしている。②15回/日以上血性下痢が続いている。③38℃以上の持続する高熱がある。④10,000/mm³以上の白血球増多がある。⑤強い腹痛がある。

Mayo score

1. 排便回数※ ¹	スコア	3. 粘膜所見	スコア
正常回数	0	正常または非活動性所見	0
正常回数より1～2回／日多い	1	軽症（発赤、血管透見像の減少、軽度脆弱）	1
正常回数より3～4回／日多い	2	中等症（著明に発赤、血管透見像の消失、脆弱、びらん）	2
正常回数より5回／日多い	3	重症（自然出血、潰瘍）	3
2. 血便※ ²	スコア	4. 医師による全般的評価（PGA）※ ³	スコア
血便なし	0	正常	0
排便時の半数時間以下でわずかに血液が付着（縞状）する	1	軽症	1
ほとんどの排便時に明らかな血液の混入が見られる	2	中等症	2
大部分が血液である	3	重症	3

※点数は3日間の所見に基づく

※¹ 排便回数は各々の被験者で正常回数を設定し、スコア化する。

※² 血便スコアは1日の内で最も高度な血便状態を記録する。

※³ PGA (Physician's global Assessment: 医師による全般的評価) は、他の3つの評価基準（排便回数、血便、粘膜所見）、腹部不快感、全身状態、主治医所見および被験者の印象等を参考に記録する。

simple clinical colitis index(SCCAI)

排便回数(日中)	スコア	血便	スコア
1～3回	0	わずか	1
4～6回	1	時折明らか	2
7～9回	2	いつも明らか	3
>9回	3		
排便回数(夜間)	スコア	一般状態	スコア
1～3回	1	かなり良好	0
4～6回	2	わずかに標準以下	1
便意切迫	スコア	不良	スコア
急	1	かなり不良	3
即刻	2	極めて不良	4
失禁	3	腸管外合併症	スコア
		1つの合併症ごとに	1

■ Cutoff values

原著においては定義されていない。13、38)の文献より引用したcutoff値を示す。

Mild	Moderate	Severe
SCCAI=3～5	SCCAI=6～11	SCCAI≥12

■ Definitions

原著においては定義されていない。13、38)の文献より引用したdefinitionsを示す。

Remission	Response
SCCAI<2.5 SCCAI≤2	ΔSCCAI>1.5

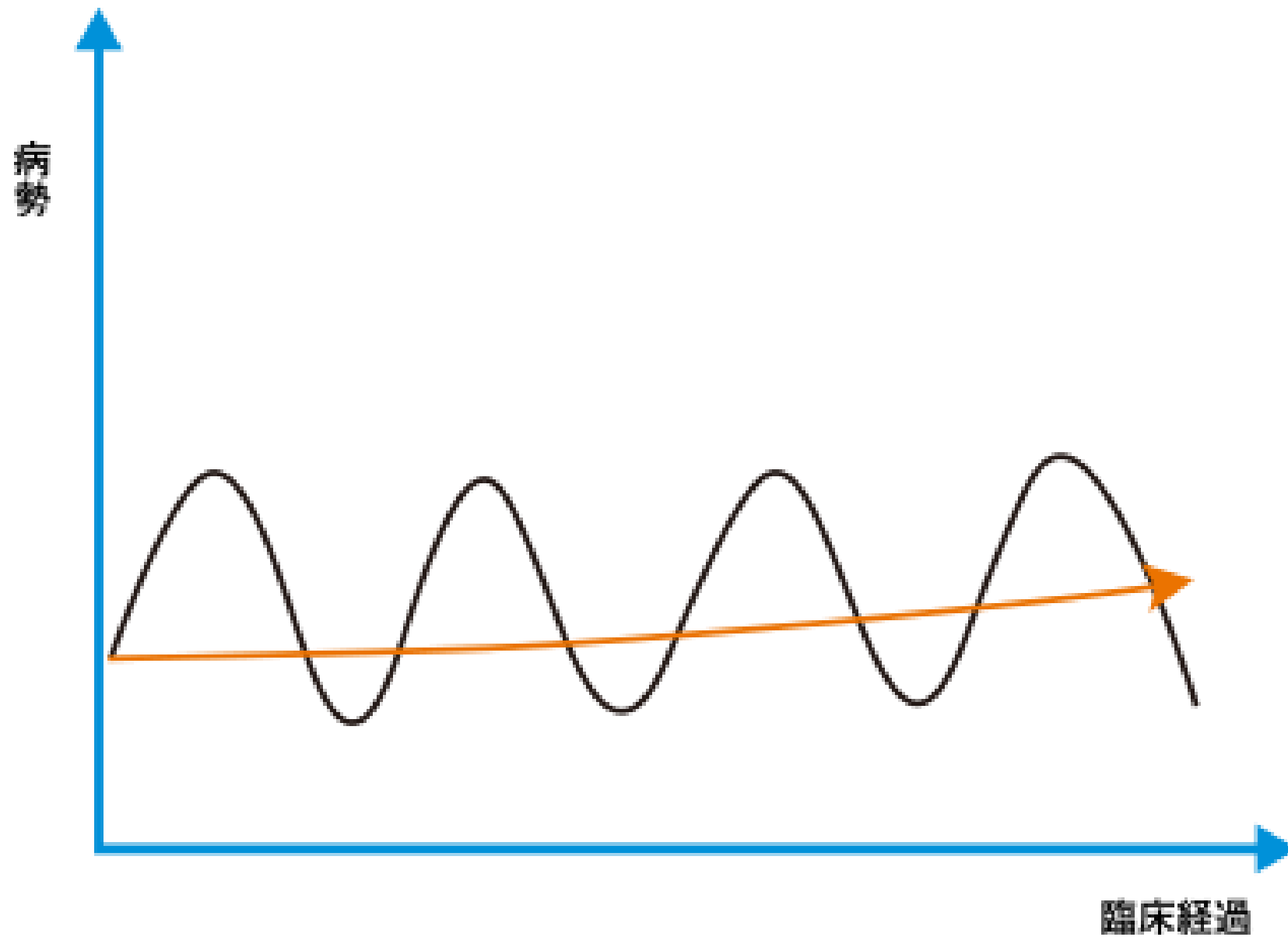
9) Watanabe T, et al. Gastroenterology 2016; 151: 1122-1130

13) Higgins PDR, et al. Gut 2005; 54: 782-788

37) Walmsley RS, et al. Gut 1998; 43: 29-32

38) Jowett SL, et al. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 164-171

臨床經過



Colic cancerのサーベイランス

**発症後8年以上の左側大腸炎型・全大腸炎型の症例に
年1回の内視鏡はColic cancerのサーベイランスに有用**

【対象】

潰瘍性大腸炎（左側大腸炎・全大腸炎）発症後7年以上の症例

【方法】

- 1.原則、年1回のサーベイランス内視鏡（total colonoscopy）を施行する。
- 2.生検については、有所見部より採取する。
- 3.有所見部の判定は通常内視鏡＋色素散布で判定する。
可能な施設では拡大内視鏡を併用し（pit pattern）による判定を加える。
- 4.所見が無い場合でも、Rbからは少なくとも1個採取する、その他必要と認める部位を加えても良い。

【多施設共同研究の結果】

1症例あたりの平均生検数は4.5個、colitic cancer（HGDを含む）およびLGDの検出率は3.8%であった。従来報告されている多数の盲目的生検によるサーベイランス法での検出率に十分匹敵するものと考えられた。

本日のレジメン

1.潰瘍性大腸炎の疫学、症状、病型、診断、重症度評価、予後について

2.潰瘍性大腸炎治療の基礎と最近の治療の話題
その治療目標であるT2T、D2T-IBDについて

3.5-ASAローテーションと5-ASA不耐について

4.炎症性腸疾患の腸管・腸管外合併症について

令和6年度潰瘍性大腸炎治療指針（内科）

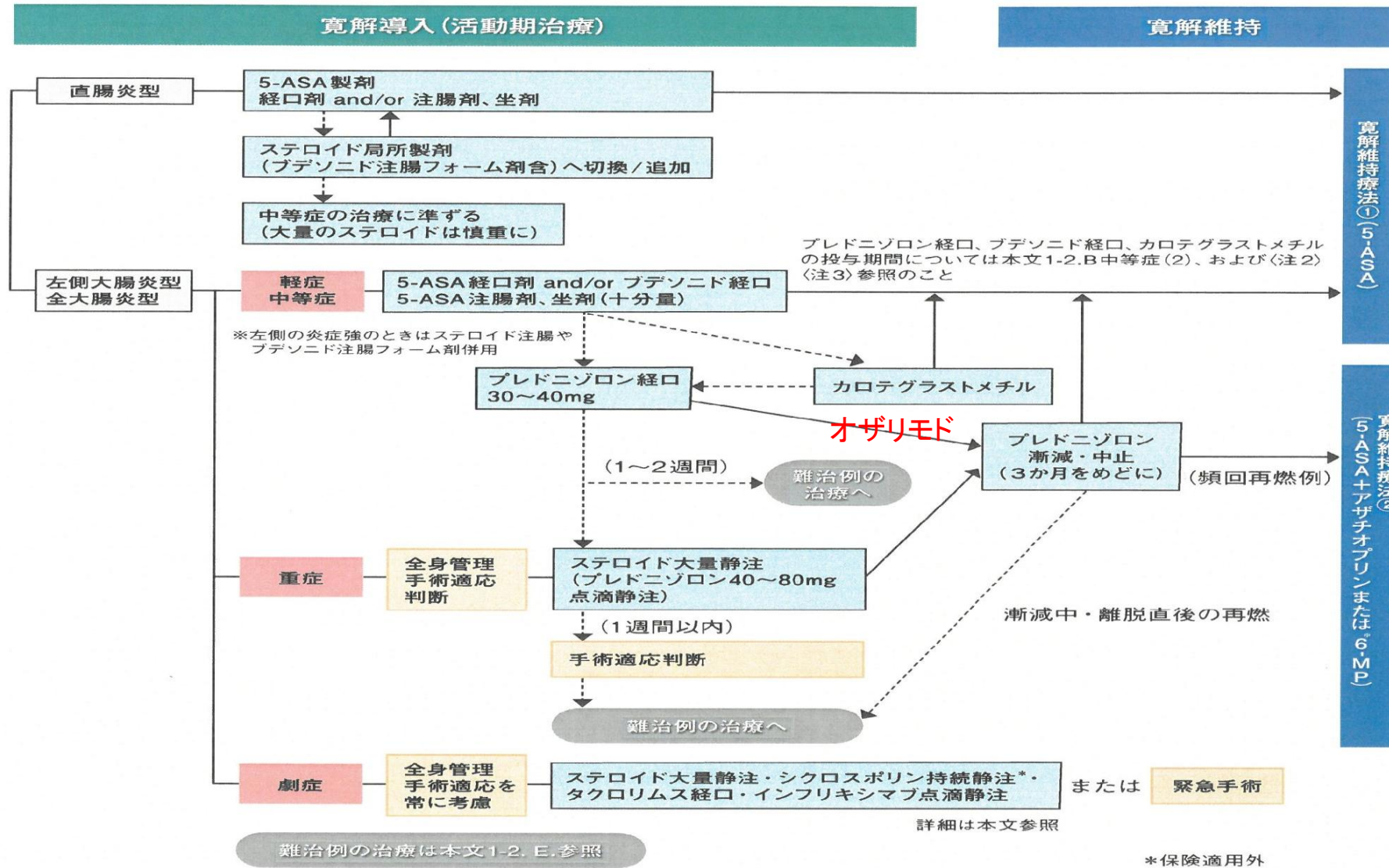
寛解導入療法					
		軽 症	中等症	重 症	劇 症
全大腸炎型 左側大腸炎型	経口剤：5-ASA製剤、ブデソニド腸溶性徐放錠 注腸剤：5-ASA注腸、ステロイド注腸 フォーム剤：ブデソニド注腸フォーム剤 ※直腸部に炎症を有する場合はペンタサ®坐剤が有用		ステロイド大量静注療法 ※改善なければ劇症またはステロイド抵抗例の治療を行う ※状態により手術適応の検討		緊急手術の適応を検討 ※外科医と連携のもと、状況が許せば以下の治療を試みてもよい ・ステロイド大量静注療法 ・タクロリムス経口 ・シクロスポリン持続静注療法* ・インフリキシマブ ※上記で改善なければ手術
	ステロイド経口 (5-ASA不応・炎症反応強い場合) ※ステロイド経口で改善なければ重症またはステロイド抵抗例の治療を行う カロテグラストメチル (5-ASA不応・不耐例)				
直腸炎型	経口剤：5-ASA製剤 坐 剤：5-ASA坐剤、ステロイド坐剤 注腸剤：5-ASA注腸、ステロイド注腸 フォーム剤：ブデソニド注腸フォーム剤 ※安易なステロイド全身投与は避ける				
難治例	ステロイド依存例		ステロイド抵抗例(中等症・重症)		
	アザチオプリン・6-MP* ※上記で改善しない場合：血球成分除去療法・タクロリムス経口・インフリキシマブ・アダリムマブ・ゴリムマブ・トファシチニブ・フィルゴチニブ・ウパダシチニブ・ベドリズマブ・ウステキヌマブ点滴静注(初回のみ)・ミリキズマブ点滴静注(0,4,8週)・リサンキズマブ点滴静注(0,4,8週)・オザニモド経口を考慮 ※トファシチニブ・ウパダシチニブはチオプリン製剤との併用をしないこと		血球成分除去療法・タクロリムス経口・インフリキシマブ・アダリムマブ・ゴリムマブ・トファシチニブ・フィルゴチニブ・ウパダシチニブ・ベドリズマブ・ウステキヌマブ点滴静注(初回のみ)・ミリキズマブ点滴静注(0,4,8週)・シクロスポリン持続静注療法*(重症・劇症のみ)・リサンキズマブ点滴静注(0,4,8週)・オザニモド経口 ※重症例の中でも臨床症状や炎症反応が強い場合、経口摂取不可能な劇症に近い症例ではインフリキシマブ、タクロリムス経口投与、シクロスポリン持続静注*の選択を優先的に考慮 ※改善がなければ手術を考慮		
寛解維持療法					
		非難治例		難治例	
5-ASA製剤(経口剤・注腸剤・坐剤)		5-ASA製剤(経口剤・注腸剤・坐剤)・アザチオプリン・6-MP*・血球成分除去療法**・インフリキシマブ**・アダリムマブ**・ゴリムマブ**・トファシチニブ**・フィルゴチニブ**・ウパダシチニブ**・ベドリズマブ点滴静注・皮下注射**・ウステキヌマブ皮下注射**・ミリキズマブ皮下注射**・リサンキズマブ皮下注射**・オザニモド経口**			

* 現在保険適用には含まれていない ** それぞれ同じ治療法で寛解導入した場合に維持療法として継続投与する

5-ASA経口剤（ペンタサ®顆粒/錠、アサコール®錠、サラゾピリン®錠、リアルダ®錠）、5-ASA注腸剤（ペンタサ®注腸）、5-ASA坐剤（ペンタサ®坐剤、サラゾピリン®坐剤）、ステロイド注腸剤（プレドネマ®注腸、ステロネマ®注腸）、ブデソニド注腸フォーム剤（レクタブル®注腸フォーム）、ステロイド坐剤（リンデロン®坐剤）

※（治療原則）内科治療への反応性や薬物による副作用あるいは合併症などに注意し、必要に応じて専門家の意見を聞き、外科治療のタイミングなどを誤らないようにする。薬用量や治療の使い分け、小児や外科治療など詳細は本文を参照のこと。

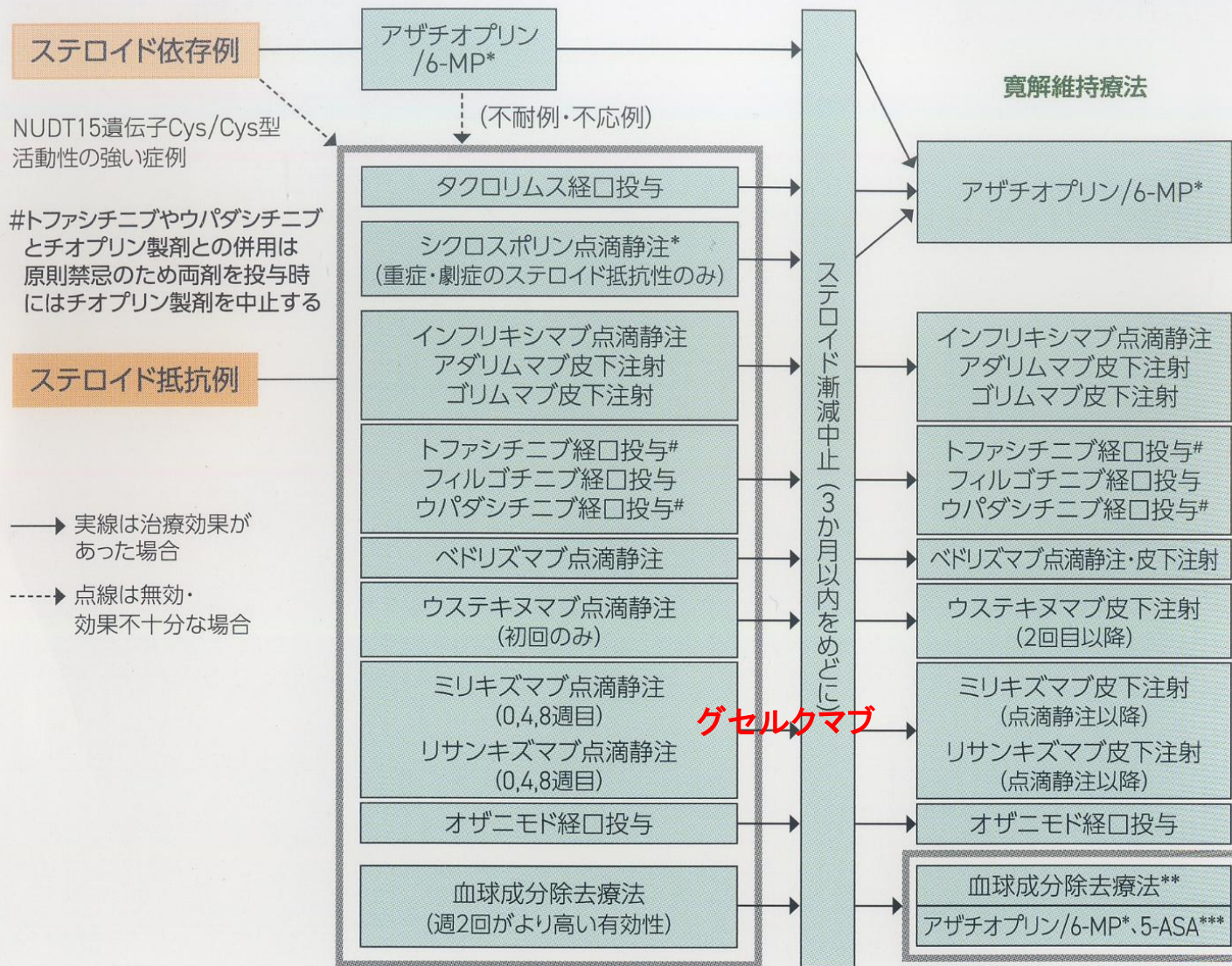
潰瘍性大腸炎治療フローチャート



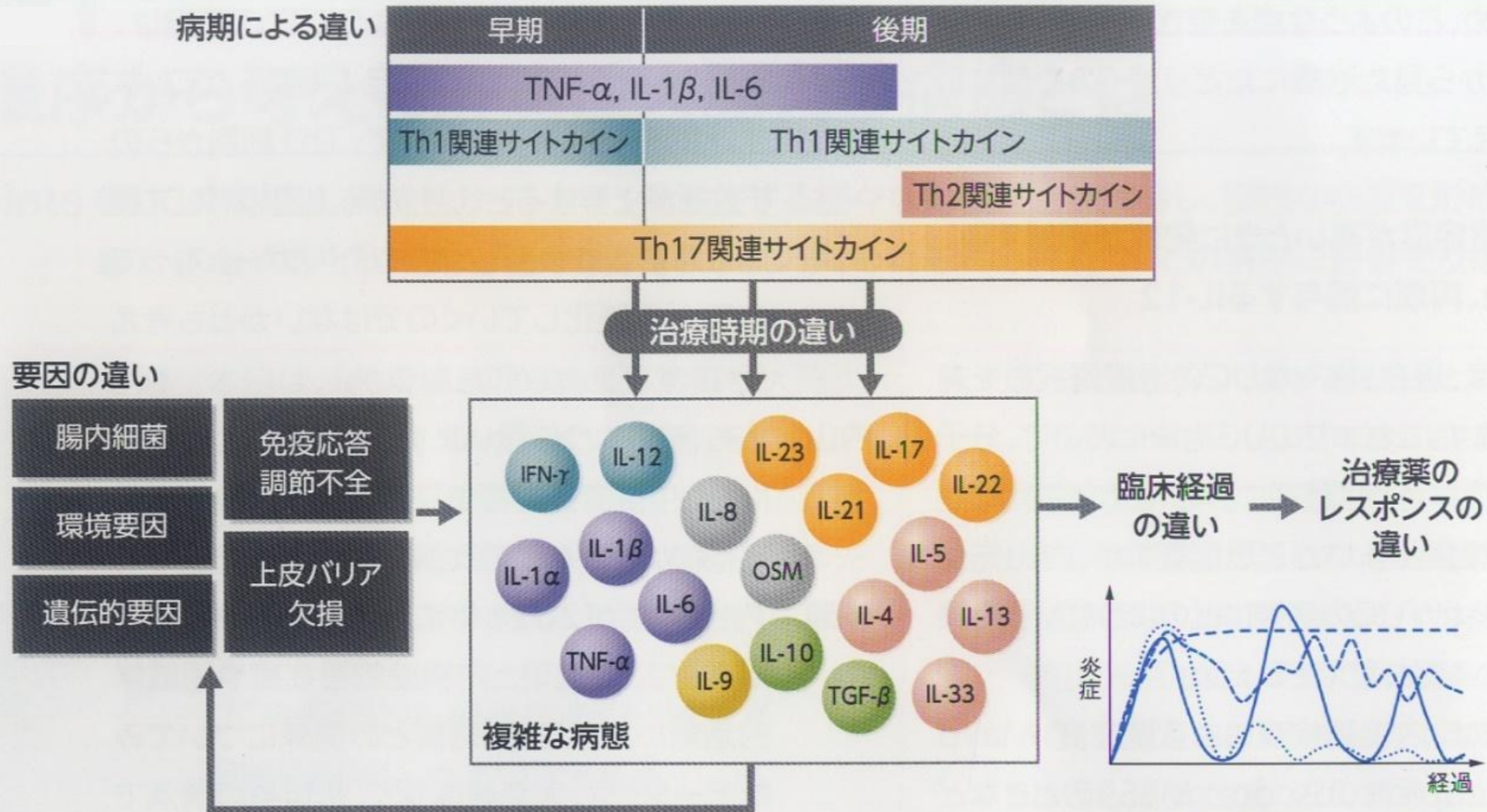
——▶ 実線は治療効果があった場合
-----▶ 点線は無効・効果不十分な場合

※(治療原則)内科治療への反応性や薬物による副作用あるいは合併症などに注意し、必要に応じて専門家の意見を聞き、外科治療のタイミングなどを誤らないようにする。薬用量や治療の使い分け、小児や外科治療など詳細は本文を参照のこと。

潰瘍性大腸炎 難治例の治療



- * 保険適用外
- ** アダカラム®のみ
- *** ステロイド抵抗例に対して血球成分除去療法が行われた場合は5-ASA製剤のみにより維持療法も可能



Nakase H, et al., Autoimmun Rev. 2022; 21 (3): 103017.

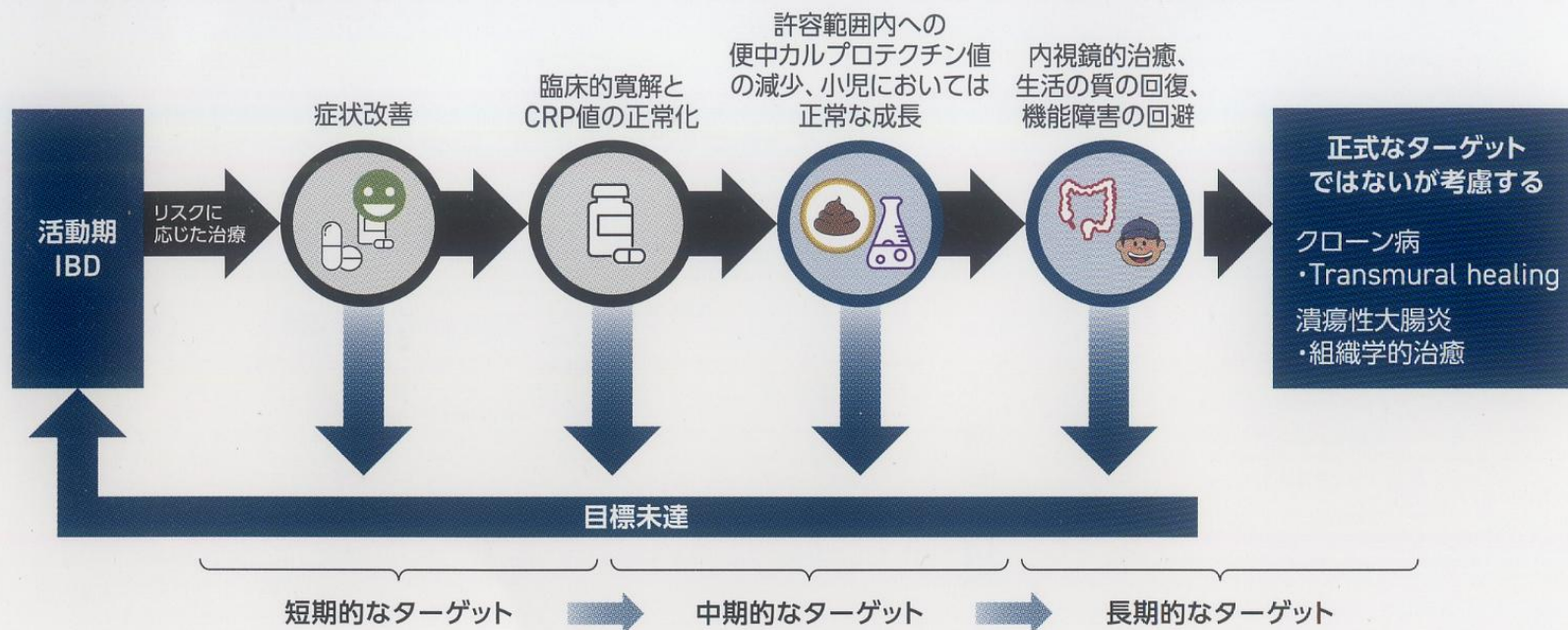
COI: 本論文の英語編集は、田辺三菱製薬株式会社の支援により行われた。著者には、田辺三菱製薬株式会社社員および田辺三菱製薬株式会社より支援を受けている者が含まれる。

医師は患者さんと、SDM(Shared Decion Making)をとり、治療方針を決定することが重要である。

また患者さんは本疾患に対しての十分な知識を持つことも必要である。その情報交換の場にIBD友の会やオフ会がある。



炎症性腸疾患治療におけるTreat-to-Target:STRIDE-II



STRIDE : Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease

Gastroenterology, 160 (5), Turner D., et al, STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD., 1570-1589, 2021, with permission from Elsevier.

STRIDE-IIの内視鏡的治癒に関するレコメンデーション(抜粋)

- 内視鏡的治癒は長期的なターゲットである。達成できない場合は治療の変更を考慮する。
- 内視鏡的治癒は以下によって判定されるべきである。
UC: 内視鏡検査サブスコア=0、またはUCEIS $\leq$ 1

Turner, D., et al.: Gastroenterology, 160 (5): 1570, 2021
COI: 著者にはJanssen、Janssen Pharmaceuticals及びMitsubishi Tanabe Pharma Corporationから研究支援、顧問料や謝礼を受領している者、又は主任研究、アドバイザー、ボードメンバーとして従事している者等が含まれる。

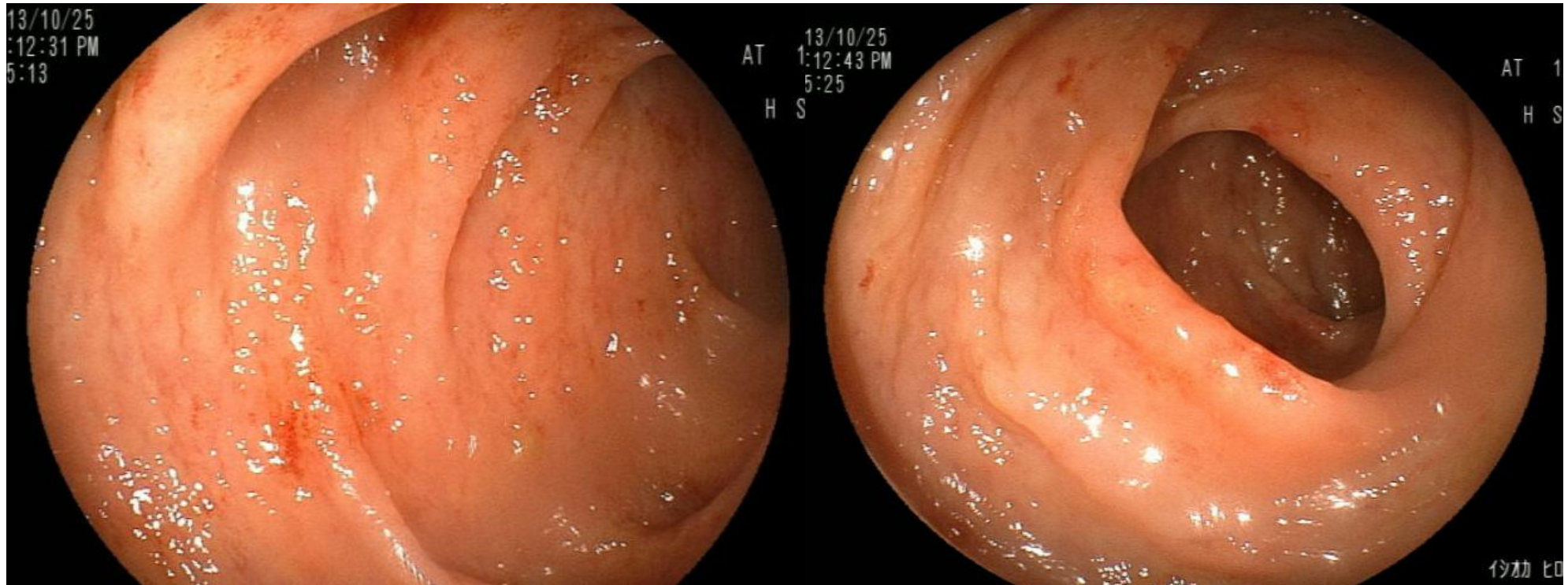
炎症性腸疾患治療におけるDifficult to treat-IBD(D2T-IBD)

	提案されたステートメント	合意	投票
ステートメント2	2つ以上の異なる作用機序を有する分子標的薬の無効は、難治性IBDと定義する*	同意する	14/16 (88%)
ステートメント3	2回以上の腸切除後のクローン病の術後再発は、難治性クローン病と定義する†	同意する	14/16 (88%)
ステートメント7	慢性抗菌薬抵抗性回腸嚢炎は難治性IBDと定義する	同意する	15/16 (94%)
ステートメント14	肛門周囲の複雑病変は難治性クローン病と定義する	同意する	16/16 (100%)
ステートメント19	適切な臨床管理を妨げる患者の心理社会的問題が併存する場合は難治性IBDと定義する	同意する	13/16 (81%)
IBD：炎症性腸疾患 *治療が“無効”と判断される前に、適切な投与と最適化がなされ、奏効が客観的に評価されるまでに十分な時間が経過していなければならない。 †小児クローン病患者では、小児における手術の選択性が高いことから、腸切除後の再発は難治性と考えられるべきである。			
Parigi, T. L., et al. Lancet. Gastroenterol. Hepatol., 8: 853, 2023 (COI：著者にはMitsubishi Tanabe Pharma Corporation及びJanssenから講演料、顧問料を受領している者、又はアドバイザリーボードメンバーとして従事している者等が含まれる)			

あまり粘膜治癒にこだわると、分子標的薬が2剤そして3剤となり、難治性IBDに至る患者さんを増やすことになり注意が必要である。

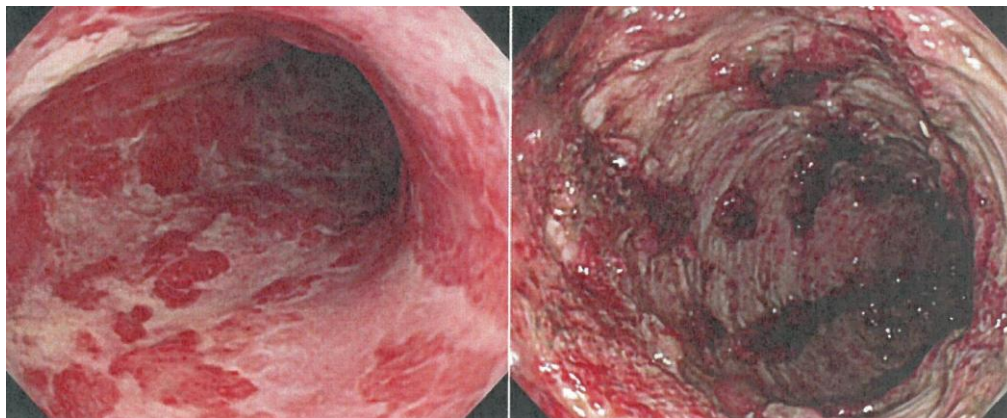
症 例 50歳代 男性
既往歴 46歳より左半結腸型潰瘍性大腸炎
現病歴 2013年 上記として紹介受診
5-ASA2400mg アダリムマブ400mg

大腸内視鏡検査 MATTTS分類 1



20X1年6月 腹痛 下痢 血便4回～6回出現 発熱なし

Hb11.5mg/dl HR72/min ESR23/h



Matts分類4

7月 プレドニン30mg開始し軽快

10月 プレドニン中止

20X2年6月 再度中等症の悪化 5-ASA3600mg

7月 プレドニン30mg開始したが、なかなか軽快せず

NUDT15wildでアザニン50mg開始して軽快

9月 プレドニン中止

20X3年5月 再度中等症の悪化

6月 プレドニン30mg開始して軽快 アザニン継続投与中

8月 プレドニン中止

9月 再度中等症の悪化 プレドニン30mg開始して軽快

12月 プレドニン中止

インフリキシマブ400mg アダリムマブ中止

20X4年9月 再度中等症の悪化 インフリキシマブ800mg

10月 プレドニン30mg開始もあまり効果なし

12月 **ベドリズマブ300mg開始** インフリキシマブ中止

徐々に軽快

20X5年1月 プレドニン中止

7月 再発なし

本日のレジメン

1.潰瘍性大腸炎の疫学、症状、病型、診断、重症度評価、予後について

2.潰瘍性大腸炎治療の基礎と最近の話題

その治療目標であるT2TtoD2T-IBDについて

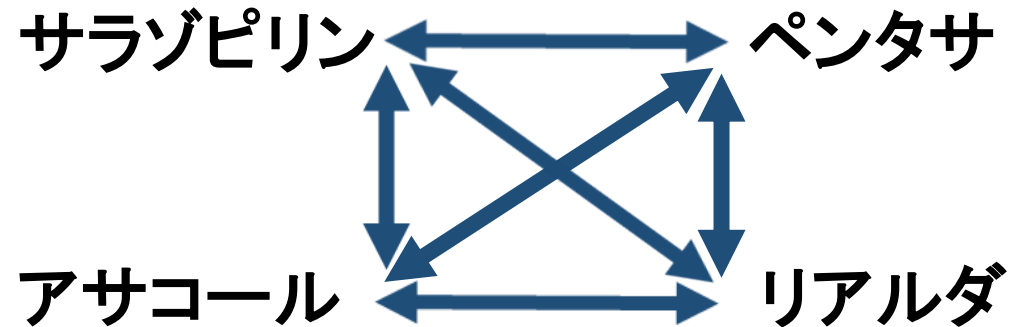
3.5-ASAローテーションと5-ASA不耐について

4 炎症性腸疾患の腸管・腸管外合併症について

5-ASAローテーション

目的と方法

5-ASA製剤を有効活用し、ステロイド治療への移行を少なくする。
そのために、時間依存性のペンタサやPH依存性のリアルダ、アサコール、
その他サラゾピリンを含めて製剤をchangeしていく。



5-ASA不耐症

5-ASAの内服開始後1～2週間以内に下痢の悪化、腹痛、発熱、皮疹等の症状や血液検査で好酸球の上昇が見られる。
重篤な副作用として、間質性肺炎、間質性腎炎、ネフローゼ、膵炎、肝機能障害を認める。

頻度 2～15%

原因 アレルギー 70% 広義の不耐
薬物代謝能の低下 30% 狭義の不耐

診断 ①好酸球の上昇、**CRP上昇**②DLST
③**症状のわりに内視鏡所見で悪化がない。**

治療 5-ASAの中止 5-ASAローテーション 脱感作療法

本日のレジメン

1.潰瘍性大腸炎の疫学、症状、病型、診断、重症度評価、予後について

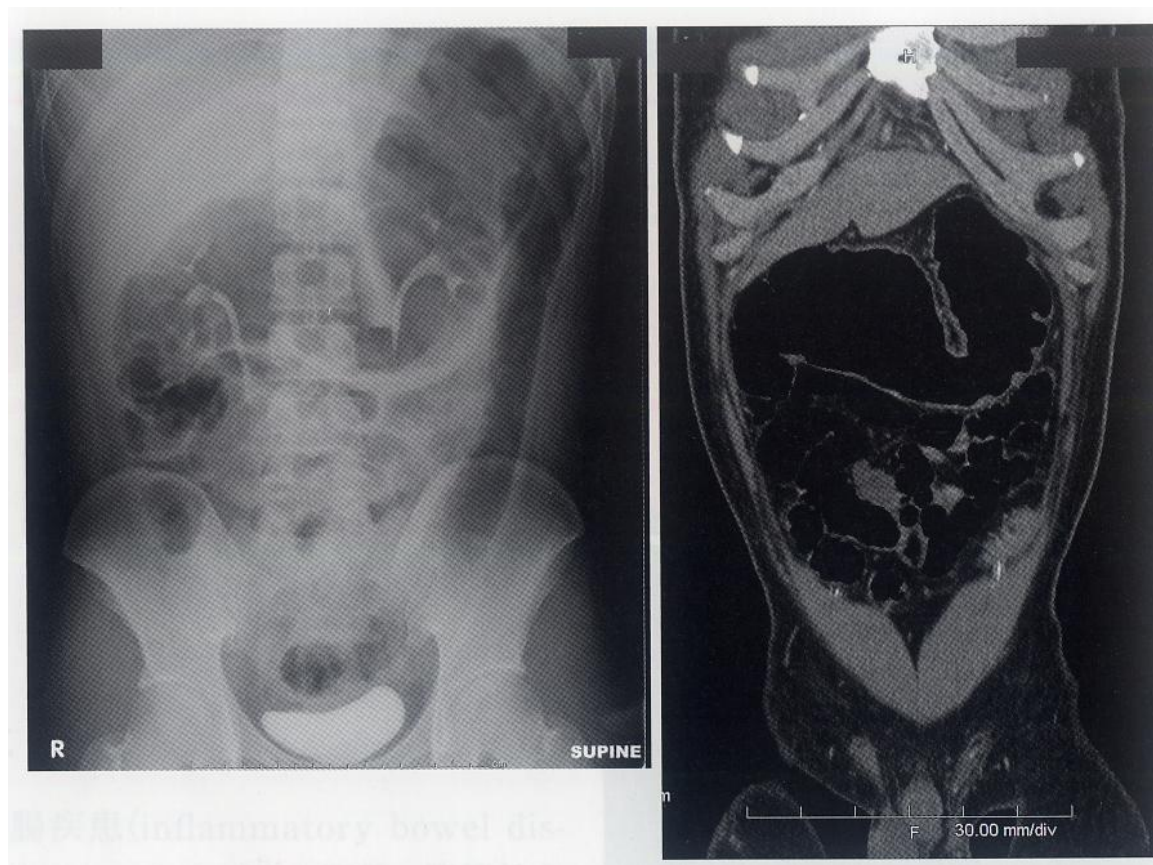
2.潰瘍性大腸炎治療の基礎と最近の話題
その治療目標であるT2T、D2T-IBDについて

3.5-ASAローテーションと5-ASA不耐について

4.炎症性腸疾患の腸管・腸管外合併症について

腸管合併症

- 1.狭窄・瘻孔
- 2.穿孔
- 3.大出血
- 4.巨大結腸症



腸管外合併症

- 1. 関節炎 脊椎関節炎 2. 光彩炎 ブドウ膜炎
- 3. 大動脈炎症候群 血栓塞栓症 4. 尿管結石 腎炎
- 5. 皮膚病変

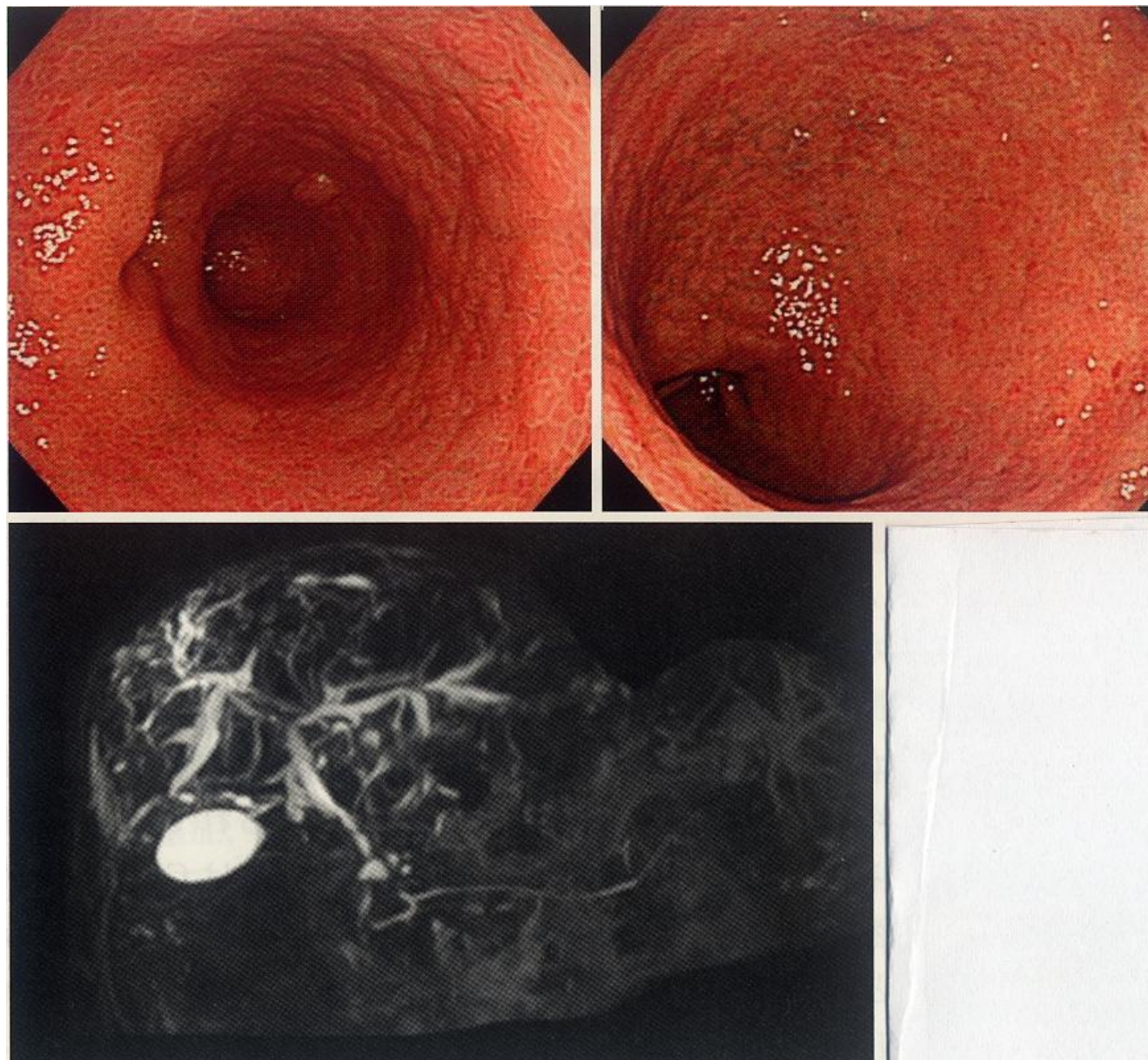
結節性紅斑



壊疽性膿皮症



6. 硬化性胆管炎



Take home message

- 1.潰瘍性大腸炎の基礎と治療の最近の話題をお話した。
- 2.潰瘍性大腸炎は、若い人に多く発症し生涯付き会わなくてはならない病気で、就学や就職などの社会生活や結婚など私生活にも支障をきたす恐れのある病気です。
- 3.しかし上手くケアする事ができれば、QOL(生活の質)も維持され、生命予後も、病気の無い人と変わりはありません。
- 4.特に最近様々は新薬が登場してきて予後は改善されてきているので、潰瘍性大腸炎の正しい知識を身につけ、主治医の先生とよく相談して治療を行って下さい。