

# IBD LETTER

アイ・ビー・ディー レター

# 27

Vol. 2014.10

社会医療法人社団 高野会

高野病院 医療情報センター

熊本市中央区帯山4丁目2番88号  
TEL(096)384-1011 FAX(096)385-2890

【監修】消化器外科 山田一隆 消化器内科 野崎良一・大湾朝尚

<http://www.takano-hospital.jp>

## 「台湾・九州IBDエキスパート交換ミーティング」に参加して

高野病院副院長 消化器内科 野崎良一

平成26年7月12日福岡市で開催されました「台湾・九州IBDエキスパート交換ミーティング」(Taiwan-Kyushu IBD Expert Exchange Meeting)に参加しましたので内容を報告します。

本国際ミーティングは今年が第1回目の開催で記念すべきものとなりました。福岡大学筑紫病院消化器内科教授松井敏幸先生が台湾でIBDの特別講演を行われた際に、台湾消化器内視鏡学会理事長で台湾大学内科教授の王秀伯先生との間で台湾と九州のIBD専門医間で相互交流のミーティングの話が持ち上がりました。日本のみならず東アジア諸国である台湾、韓国、中国などで最近IBD患者数が増加しており、IBDの診断・治療法が注目を集めるようになってきました。東アジア諸国からも国際的に優れた研究発表、論文が発信されていますが、台湾には日本のようなIBDの明確な診断基準、治療指針がないのが現状です。日本では生物学的製剤としてレミケード®、ヒュミラ®が難治性のクローン病、潰瘍性大腸炎には保険適応になっていますが、台湾ではヒュミラ®だけがクローン病に対して保険適応になっています。しかも投与期間は40週間と限定されています。

IBDの診療に関して台湾よりも日本が一步進んでいますので、日本のIBDの診断基準・治療方針を紹介し、台湾の症例について時間をかけて両国のIBD専門医間で討論し、IBD診療のレベルアップを図ろうというのが趣旨です。両国の学术交流のほかに親睦を深めることも重要な目的です。(表1)に具体的な目的を示しています。

表1

### Taiwan-Kyushu IBD Expert Exchange Meetingの目的

台湾および日本(九州地区)のIBD治療をリードする先生方が集まり、日常診療のベストプラクティス、各国のガイドラインをシェア・理解することで情報や技術を共有することを目的とする。また、日本のIBD治療施設を見学し、メディカルスタッフとのコラボレーションを理解することで台湾における今後のIBD治療の体制の構築の参考にさせていただく。

九州からは松井教授のほかに、久留米大学教授光山慶一先生、九州大学病態機能内科学講師江崎幹宏先生、福岡大学筑紫病院講師平井郁仁先生と私の5名が参加しました。台湾からは王教授をはじめ教授クラスから新進気鋭の若手の専門医まで総

勢8名が参加しました(写真1)。朝10時から夕方6時過ぎまでの長丁場で、ミーティング前の顔合わせ(ウェルカム・レセプション)から最後の懇親会までほとんど英語での会話およびディスカッションでしたので少々疲れました。



ミーティングでは、まず診断基準、治療指針について、続いてカプセル内視鏡検査、CT検査、MRI検査を用いた新しい診断法について講演形式で日本、台湾から交互に発表を行ってディスカッションを行いました。最後に台湾からクローン病の3症例について提示があり、診断・治療について総合討論を行いました。

私はIBDの新しい診断法としてCT検査を用いた小腸・大腸診断(CTエンテログラフィー/エンテロコロノグラフィー)について20分ほどプレゼンテーションを行いました。簡単な熊本への紹介、高野病院の紹介、当院のIBD診療の実状を発表の中に加えられました。英語での発表は慣れていないのですが、何とか無事に終わることができ、両国の先生方から高評価をいただきました。

症例検討では、台湾の治療戦略が日本と若干相違があり、私を含めて日本の先生方には多少の戸惑いがありましたが、松井教授、王教授のコーディネートで大変充実した討論ができ、ある程度コンセンサスを得ることができました。

ミーティングの前日まで英語によるスライド、原稿作成で大変でしたが、貴重な経験をすることができました。台湾のIBD専門の先生方と親しくなれたことも収穫でした。

来年は台湾で開催予定です。フリーディスカッションで困らないように英会話能力をブラッシュアップして参加したいと思います。



# IBD の内視鏡診断

高野病院 消化器内科部長 後藤 英世

## 【はじめに】

IBD の診断、活動性の評価、治療方針決定において大腸内視鏡は必須の検査です。近年、潰瘍性大腸炎 (UC) やクローン病 (CD) における内視鏡的粘膜治癒は、その後の良好な臨床経過の予測因子の一つと考えられ、重要な治療評価項目となってきました。また、大腸腫瘍性病変の診断においても内視鏡検査は重要な位置を占めています。今回は、UC や CD における特徴的な内視鏡所見と、IBD に伴って発生する大腸がん (colitic cancer) について紹介します。

## 【IBDにおける大腸内視鏡検査の適応と目的】

IBD の初回診断で内視鏡検査所見は重要です。UC、CD ともに特徴的な内視鏡所見があり (表 1) 診断基準の主要項目となっています。再燃を含む活動性の評価では内視鏡検査が推奨されています (表 2; UC における活動期の内視鏡所見分類)。活動性の最も高い部位の評価が重要であり、全大腸内視鏡検査が必須ではありません。治療効果判定にも内視鏡検査が用いられ、活動期の所見がなく血管透見像が出現した状態を寛解期と定義しています。近年、内視鏡的あるいは組織学的に炎症所見を認めない、いわゆる粘膜治癒 (mucosal healing: MH) の考え方がでてきています。MH を達成した UC では、その後の腸管切除率、免疫抑制剤使用率、入院率、再燃率が低いとされています。

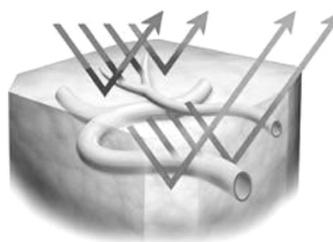
## 【colitic cancerの特徴と内視鏡検査】

潰瘍性大腸炎における colitic cancer の頻度は、病気になってからの期間が 10 年で 2%、20 年で 8%、30 年で 18%との報告があります。最近クローン病においても大腸がん合併率が高い事が知られるようになり、有病期間が 10 年で 2.9%、20 年で 5.6%、30 年で 8.3%という報告があります。高危険群として、1. 罹患範囲が広い、2. 内視鏡的、組織学的に炎症が高度、3. 偽ポリープの存在、4. 大腸がんの家族歴あり、5. 原発性硬化性胆管炎の合併例などがあり定期的なサーベイランス検査が推奨されています。

通常の大腸腫瘍は正常の大腸粘膜から発生しますが、IBD では炎症がおこっている、もしくは治った粘膜から発生してきます。このため肉眼形態や組織形態及びがんの発生や進展形式において colitic cancer と通常の大腸腫瘍では異なる特徴をもっています。colitic cancer は扁平な腫瘍が多く、多発傾向にあり周囲の炎症性変化と相まってその存在診断や範囲診断は容易ではありません。以前は、大腸腫瘍性病変の拾い上げのため深部大腸から 10cm 毎にランダムに生検を行う方法が一般的でした。最近では狭帯域光観察といった特殊光観察に拡大内視鏡観察を併用した狙撃生検を行う場合も多いようです。

## 【狭帯域光観察(NBI観察)とは】

高野病院では、最新の狭帯域光観察 (NBI=Narrow Band Imaging) システムを導入しています。NBI システムとは、粘膜表面の微細な血管を観察するシステムで、内視鏡診断を飛躍的に向上させます。がんやポリープ等の腫瘍は、粘膜表面の微細な血管パターンが変化するため、通常の内視鏡検査ではわかりにくい腫瘍の発見に有用です。世界的にも、とても注目されている画期的な内視鏡診断システムのひとつです。



**NBI の照射光と反射のイメージ図**  
狭帯域光観察では、青色光と緑色光を利用して、粘膜表層部と深部の血管を鮮明に表示します。

※ OLYMPUS ホームページより抜粋

## 【おわりに】

近年の症例対照研究で 5-ASA 製薬 (ペンタサ®、アサコール®) の継続投与が潰瘍性大腸炎の寛解を維持するとともに、大腸がん発生のリスクを減少させることがわかっています。良好な寛解状態を維持すること、定期的な全大腸内視鏡検査が大腸がん予防に有用です。

表 1

内視鏡所見
①潰瘍性大腸炎
(a) 粘膜はびまん性に侵され血管透見像は消失し、粗糞又は細顆粒状を呈する。更に、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
(b) 多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポーシスを認める。
②クローン病
(a) 縦走潰瘍 (基本的に 4 ~ 5cm の長さを有する腸管の長軸に沿った潰瘍)
(b) 敷石像 (縦走潰瘍とその周辺小潰瘍間の大小不同の密集した粘膜隆起)
副所見
(c) 消化管の広範囲に認める不整形から類円形潰瘍またはアフタ (典型的には縦列するが、縦列しない場合もある)
(d) 特徴的な胃・十二指腸病変 (竹の節様外観、ノッチ様陥凹など)

(難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班 渡辺班 平成 24 年度分担研究報告書 2013 より引用)

表 2

内視鏡による活動期の内視鏡所見分類
軽度: 血管透見像消失, 粘膜細顆粒状, 発赤, 小黄色点
中等度: 粘膜粗造, びらん, 小潰瘍, 易出血性, 粘血膿性分泌物
強度: 広範な潰瘍, 自然出血

(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班, 1994)



# クローン病患者の 栄養アセスメントに関する研究について

高野病院 栄養科 管理栄養士 境田奈津子

## 【はじめに】

本研究は平成 24 年 8 月から平成 25 年 3 月の期間に当院に通院しているクローン病の患者さんにご協力いただきました。今回、その結果をご報告させていただきます。

## 【研究の目的】

クローン病では、食事のコントロールが困難であり QOL (生活の質) の低下を伴う患者さんが多くいらっしゃいますが、栄養管理や栄養アセスメントに関する研究は十分ではありません。血中アミノ酸動態、ビタミンおよび微量元素の摂取状況、食事脂質およびタンパク質の種類と質などを関連づけた研究はこれまで行われておらず、クローン病の患者さんの血中アミノ酸バランスと栄養評価、栄養管理に関する臨床的研究を行うことで、クローン病の患者さんに対するより効果的な栄養・食事療法の開発に結びつき、患者さんに還元出来ると考え、本研究を行いました。

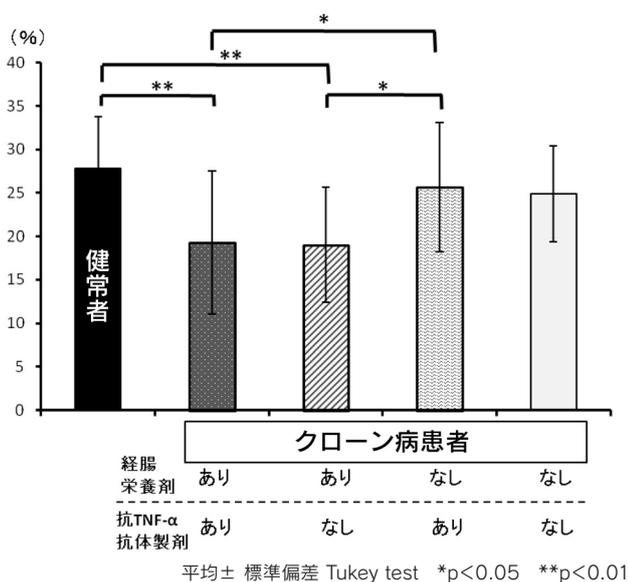
## 【調査の内容】

食事内容・血液検査値・血漿アミノ酸濃度・患者所見 (年齢、性別、発症年齢など)・使用薬剤など

## 【研究の結果】

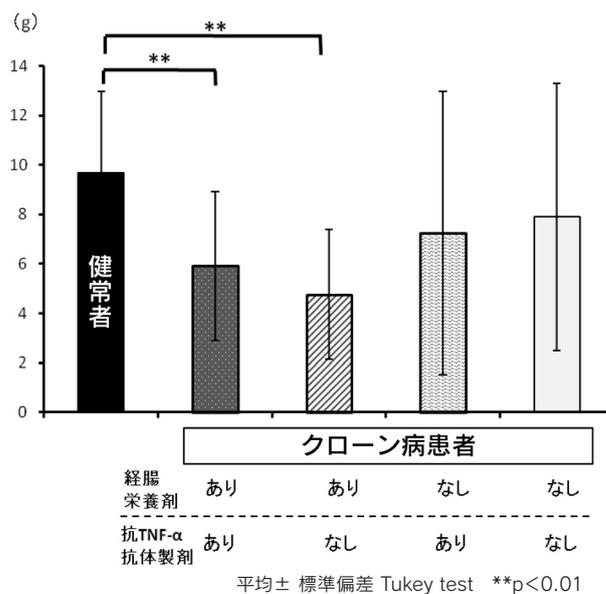
経腸栄養剤の使用人数は、データを頂きました患者さん 88 名中 50 名で経腸栄養剤からの平均摂取エネルギーは  $814 \pm 485$  kcal でした。

図1 脂質摂取量/エネルギー摂取量 (%)



栄養摂取状況や血漿アミノ酸濃度は使用薬剤や年齢等には影響を受けず、経腸栄養剤の有無により影響を受けるものと示されました (図 1、図 2)。特に経腸栄養剤の使用により、脂質 (図 1) や不溶性食物繊維 (図 2) の摂取が抑制され、ビタミンやミネラルの補給に有効であると示されました。1 パックでも経腸栄養剤を利用することで、クローン病患者さんの栄養管理が容易になると言えます。また、経腸栄養剤使用の有無で血漿アミノ酸濃度のバランスに違いがみられました。経腸栄養剤による良好な栄養補給により重症化しても体タンパクの分解が抑制される可能性が示されましたが、このメカニズムは不明です。

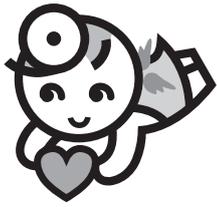
図2 不溶性食物繊維摂取量 (g)



## 【おわりに】

本研究は多くの患者さんに食事記録や採血等のご協力をいただき、結果を出すことができました。心から感謝申し上げます。この貴重なデータをさらに分析していき、結果を基によりよい栄養管理や栄養指導に役立てていきたいと考えております。外来受診時の栄養士による計測にて栄養状態を把握し、患者さんの個々に応じた食事療法 (レシピ紹介等) 指導の継続および経腸栄養剤継続の支援等に力を入れていきたいと思っております。患者さんに還元できるようこれからも栄養科一同努力してまいります。

境田栄養士は、本研究で昨年の JDDW2013-TOKYO の日本消化吸収学会部門で Travel Award を受賞しました。さらに本研究を系統的修士論文としてまとめ熊本県立大学から修士 (栄養学) の学位を授与されました。(野崎談)



## 医療ソーシャルワーカーに 話してみませんか。



医療福祉課 医療ソーシャルワーカー 金澤嘉昭

病気になったり入院したりすると身体のことばかりでなく、さまざまな心配事が出てくることがあります。当院では、そのような心配事のご相談をお受けするために医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker 略してMSW）がおります。

私たちは炎症性腸疾患の患者様、ご家族と一緒に病気のことや生活のことなど問題解決のお手伝いをさせて頂く係です。

### 例えばこんな時……

- ◇社会福祉制度や医療費助成制度について
  - ・特定疾患制度について知りたい。
  - ・身体障害者手帳、介護保険ってどのようなもの？
- ◇病気との付き合い方はどうしたら良いの？
- ◇家族の生活についても相談したい。
- ◇考えを整理したい。
- ◇今後のことが不安なので、誰かに話を聞いてもらいたい等。  
ソーシャルワーカーがご相談をお受けしています。

また、患者会（高野会健康教室）のお世話をしております。潰瘍性大腸炎、クローン病の方合同で年3回患者会を開催しております。その開催の企画、ご案内、開催を担当しております。お一人でも多くの方にご参加頂き、病気について正し

い理解を深めて頂きたいという思いを込めて、お世話をさせて頂いています。

最後に、自分らしく生活を送られるよう、医師や看護師等と連携して患者さんやご家族のお話を十分にうかがいながら、患者さんやご家族の暮らしをお手伝い致します。最寄りの職員を通じて医療ソーシャルワーカーにいつでもお声をかけて下さい。

### 今年2回目の高野会健康教室は

日 時：10月25日(土) 14:00～16:00  
会 場：高野病院 管理棟 2F 会議室

テーマ：「炎症性腸疾患における肛門疾患  
～病気の特徴と治療について～」

講 師：副院長 辻 順行

テーマ：「炎症性腸疾患に関する画像検査について」  
講 師：放射線科 中田 晃盛

以上の内容で開催を予定しております。  
ご参加はメール、FAX、または最寄りの職員を通じてお申し込み下さい。どうぞご参加下さい。

## IBDのお料理レシピ

### ★冬瓜のくず煮そぼろあんかけ



#### 【作り方】

- ①冬瓜は厚めに皮を剥き、一口大に切る。人参はみじん切りする。グリーンピースは茹でておく。
- ②鍋に冬瓜とだし汁（冬瓜がかぶる程度）とAの調味料を入れて火にかけて、冬瓜がやわらかくなったら（約10分）器に盛る。煮汁はとっておく。
- ③別の鍋を熱し、鶏ひき肉、酒、人参を入れて炒める。火が通ったら②の煮汁を入れ、味をみて水で溶いた片栗粉を入れとろみをつける。
- ④冬瓜に③をかけ、グリーンピースをのせて出来上り。

#### 【材料 2人分】

冬瓜 …………… 200g  
鶏ひき肉 …………… 60g  
人参 …………… 15g  
グリーンピース  
…（冷凍や缶詰可）お好みで

だし汁 …… 200cc～300cc  
A { 薄口しょうゆ 小さじ1と2/3  
みりん …… 小さじ1/2  
酒 …… 小さじ1/2  
片栗粉 …… 小さじ2  
水 …… 大さじ1

1人分

エネルギー …………… 89kcal  
たんぱく質 …………… 7.2g  
脂質 …………… 2.6g  
塩分 …………… 0.7g  
食物繊維 …………… 1.7g