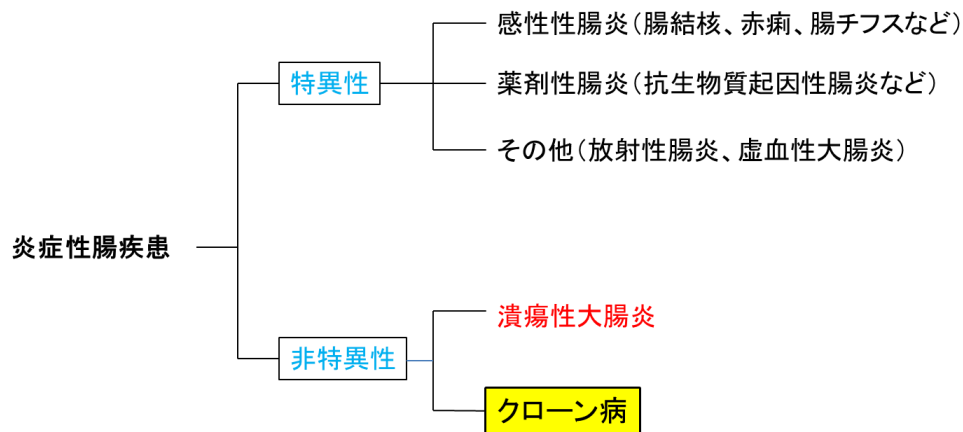


クローン病 (Crohn's disease; CD)

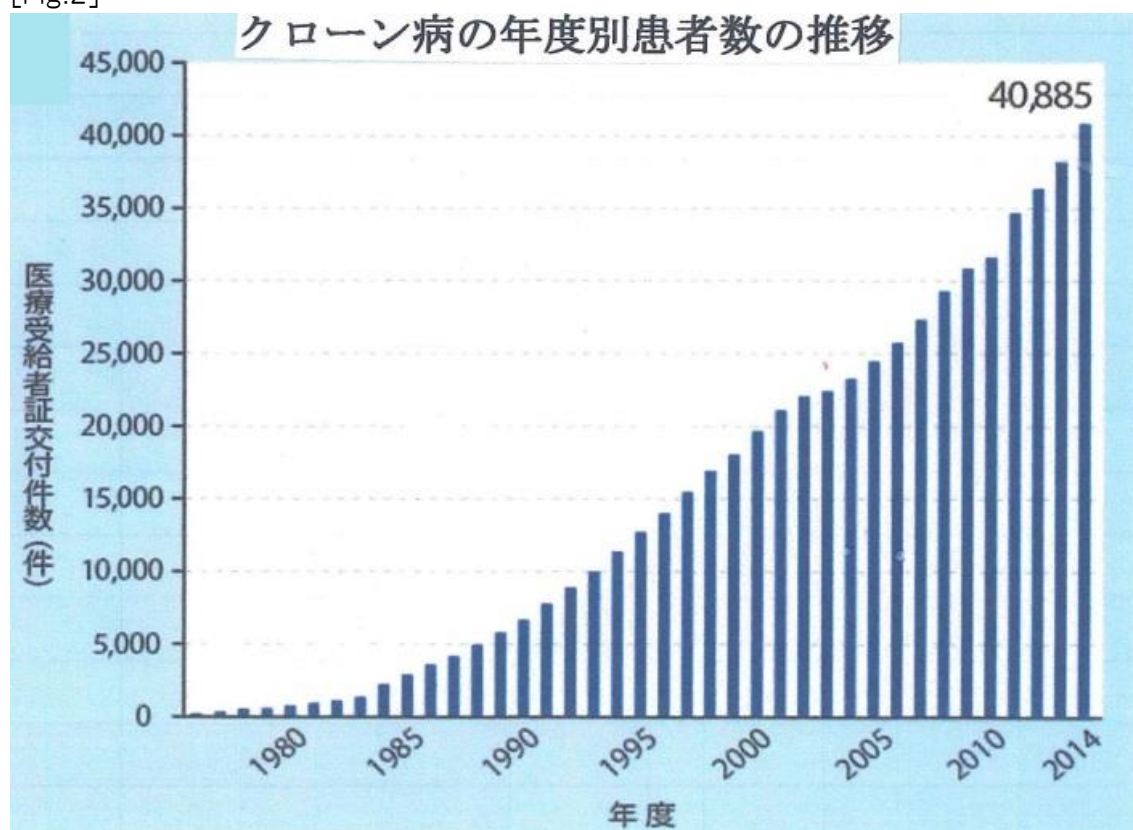
潰瘍性大腸炎 (UC) と同様、炎症性腸疾患 (IBD) のひとつで [Fig. 1]、厚労省の認定している指定難病 330 疾患 (平成 29 年現在) のひとつでもあります。UC ほど多くはありませんが、認定患者数は 4 万人を超え [Fig. 2]、年間 1000～1500 人ずつ増加しています。患者数の増加は、カプセル内視鏡 [Fig. 3] などの診断技術の向上も関与しています。

[Fig. 1]

炎症性腸疾患 (IBD) の分類



[Fig.2]



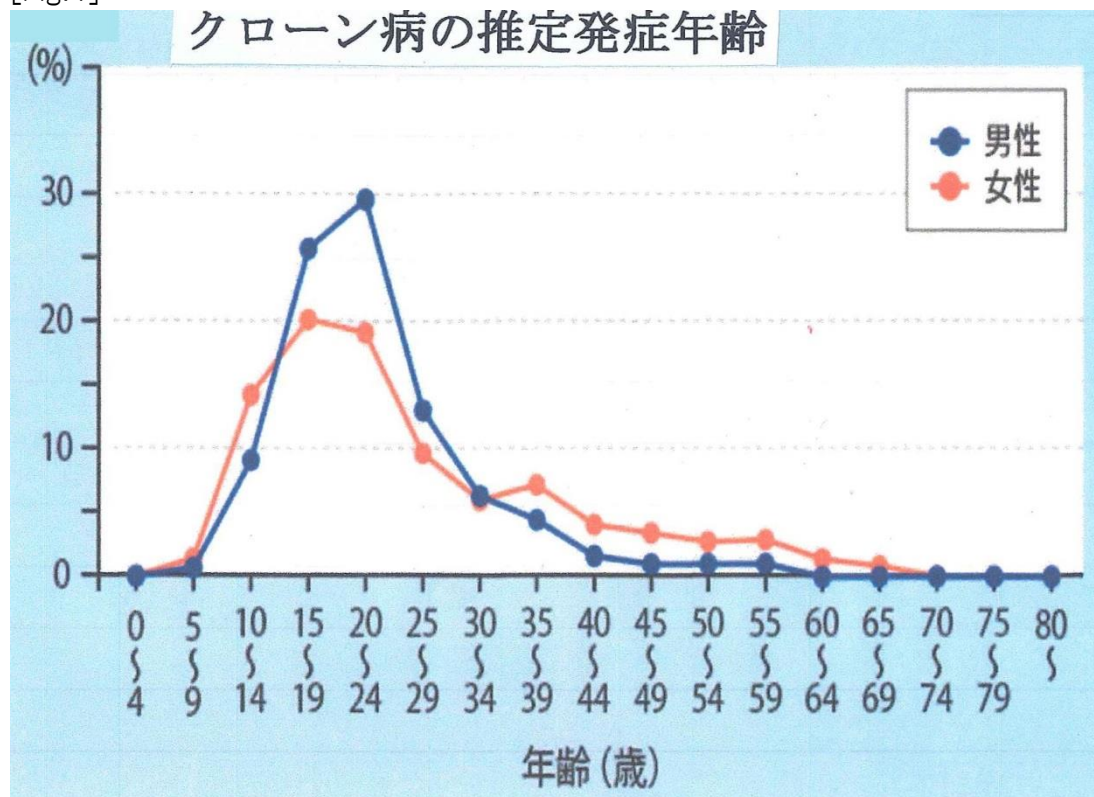
[Fig.3]



発症時期は、10～20代が多く、男性では20～24歳、女性では15～19歳が最も多くなっています[Fig. 4]。男性に多くみられます。

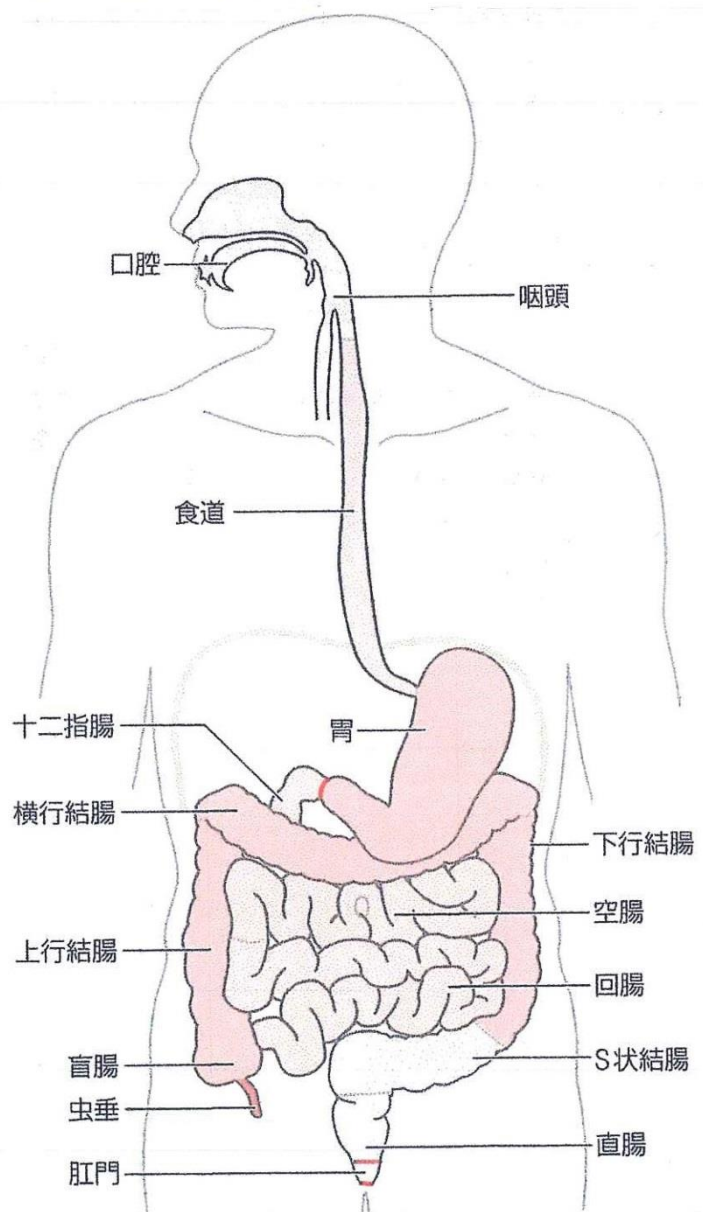
CDIは、口腔から肛門までの消化管[Fig. 5]のどの部位にも生じる、非連続性に分布する全層性(粘膜～漿膜)肉芽腫性炎症[Fig. 6]を特徴とする、消化管の慢性炎症性疾患です。一般的には、小腸および大腸に多くみられ、小腸型、小腸・大腸型、大腸型に病型分類されます[Fig. 7]。病気のパターンとして、①炎症、②瘻孔形成(炎症により他の臓器や体外に細いトンネルが出来たもの)、③狭窄に分けられ、その各々に対する治療法も異なります。

[Fig.4]



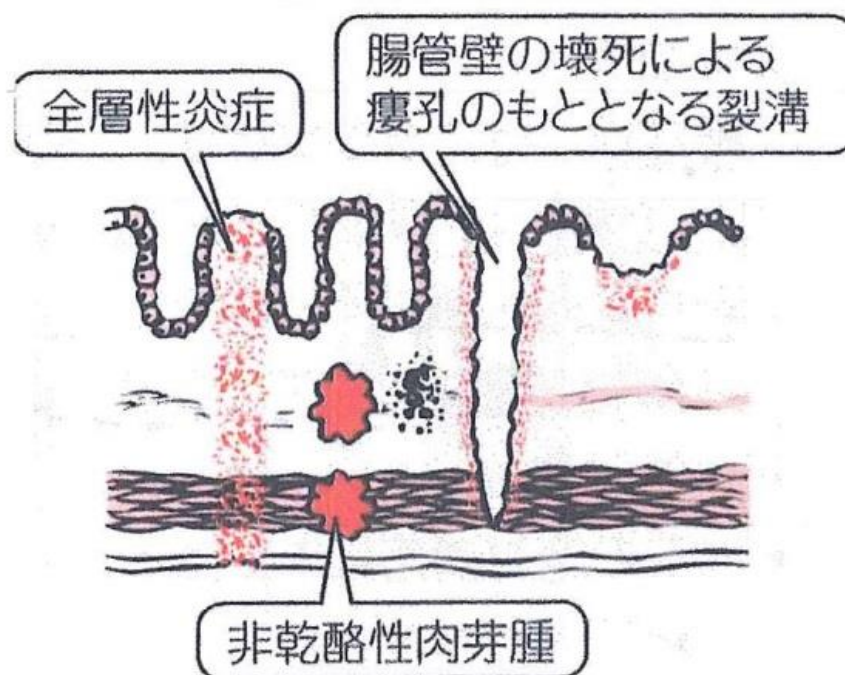
[Fig.5]

消化管の全体像



[Fig.6]

組織学的所見



全層性炎症

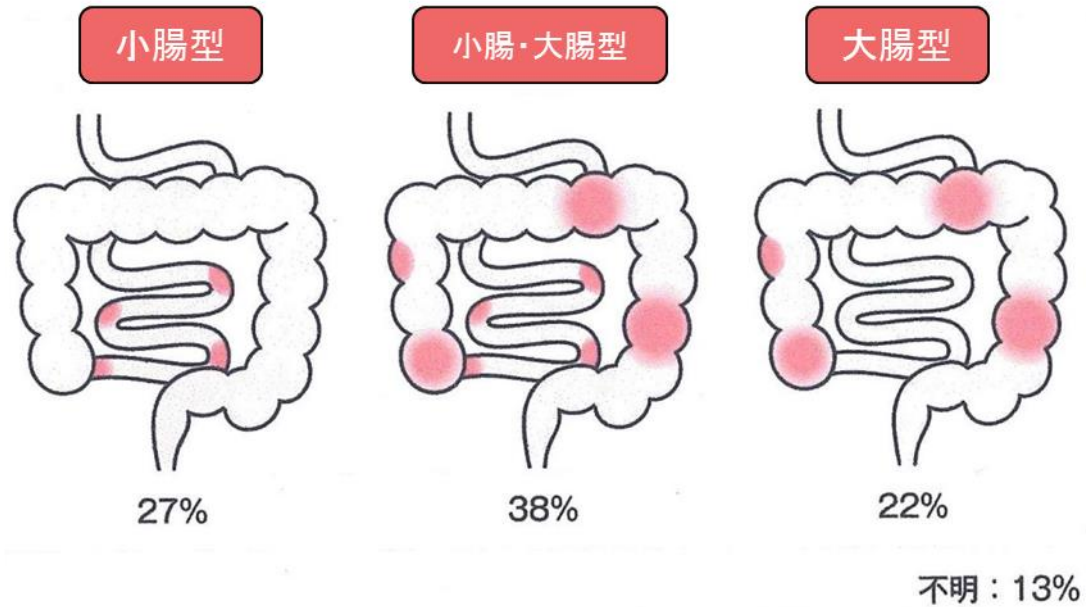
粘膜での炎症が、表面にとどまらず深部に達し、腸管壁の全層に及んだもの。

非乾酪性肉芽腫

乾酪壊死を伴わない癒合傾向の低い肉芽腫。腸結核の乾酪性肉芽腫より小型で類上皮細胞などの密度は低い。

[Fig7]

クローン病がおこるおもな部位とその頻度

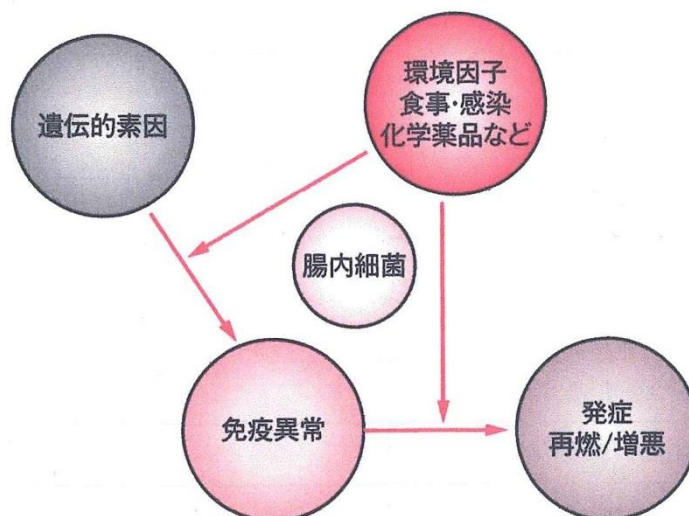


〈原因〉

潰瘍性大腸炎と同様、はっきりとは分かっていませんが、遺伝的素因・環境因子など様々な要因により免疫異常を来し、発症・増悪と考えられています [Fig. 8]。

[Fig.8]

クローン病がおこる仕組み

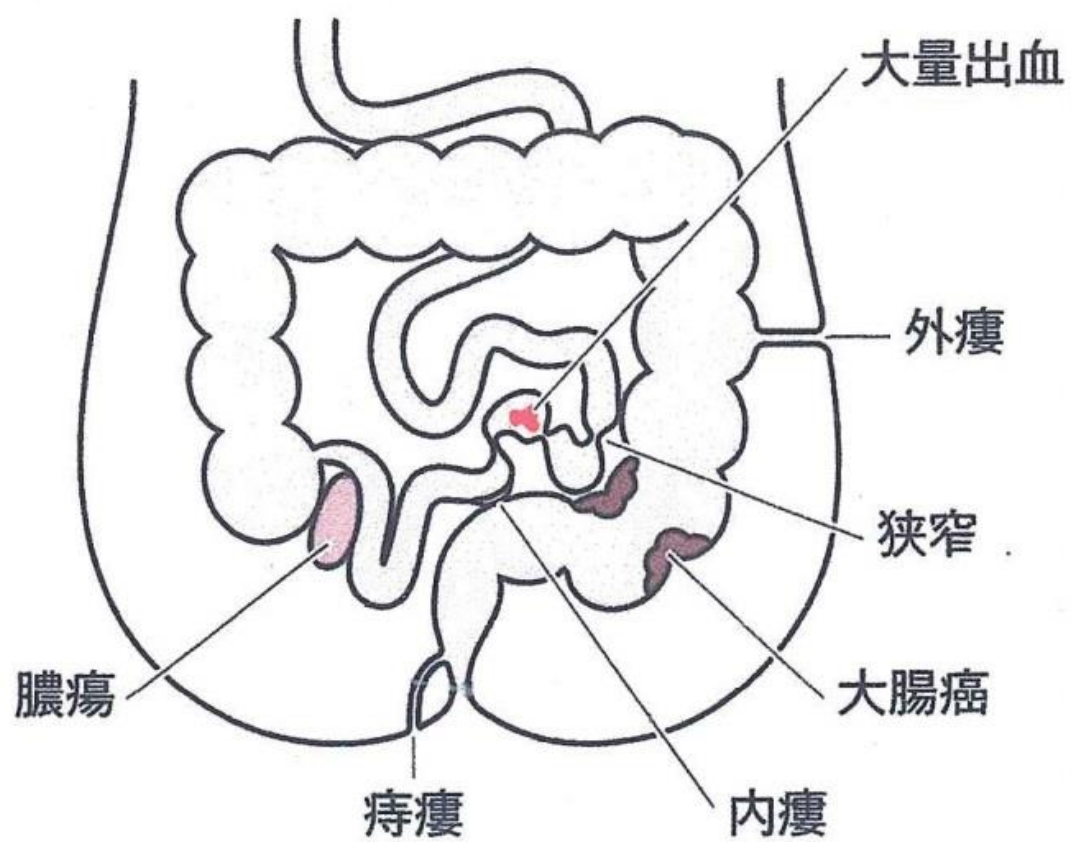


〈症状〉

腹痛・下痢・下血等の腹部症状や発熱・体重減少・貧血等の全身症状に、腸管合併症[Fig. 9]と腸管外合併症[Fig. 10]が見られます。

[Fig.9] 腸管合併症

きょうさく 狭窄・腸閉塞	長期の炎症などが影響で、腸管が狭くなることがある。巨大な炎症性ポリープが原因で閉塞してしまうこともある。
せんこう 穿孔	症状が重くなると、腸管の表面だけではなく、その奥の筋層にまで到達する深い穴が空くようなえぐれ方(穿孔)をする潰瘍が生じることがある。
癒着	腸と腸、または腸と周囲の臓器が癒着することがある。通過障害を起こすことがある。
膿瘍	直腸の深い部分や肛門近くにできやすい。細菌が侵入し、菌が繁殖したことで、膿瘍が生じる。膿瘍になると、周囲の組織が重大なダメージを受け、便失禁となることもある。
肛門病変	難治性の肛門病変が起こりやすい。代表的な病変は裂孔、肛門潰瘍、痔瘻など。痔瘻も肛門部以外の腹部の皮膚と腸管の間に瘻孔(腸管と多臓器・皮膚十間に交通路ができてしまうこと)ができることもある。
がん化	長期間、腸管に炎症が続くことで、大腸がんのリスクが高くなると考えられている。



[Fig.10] 腸管外合併症

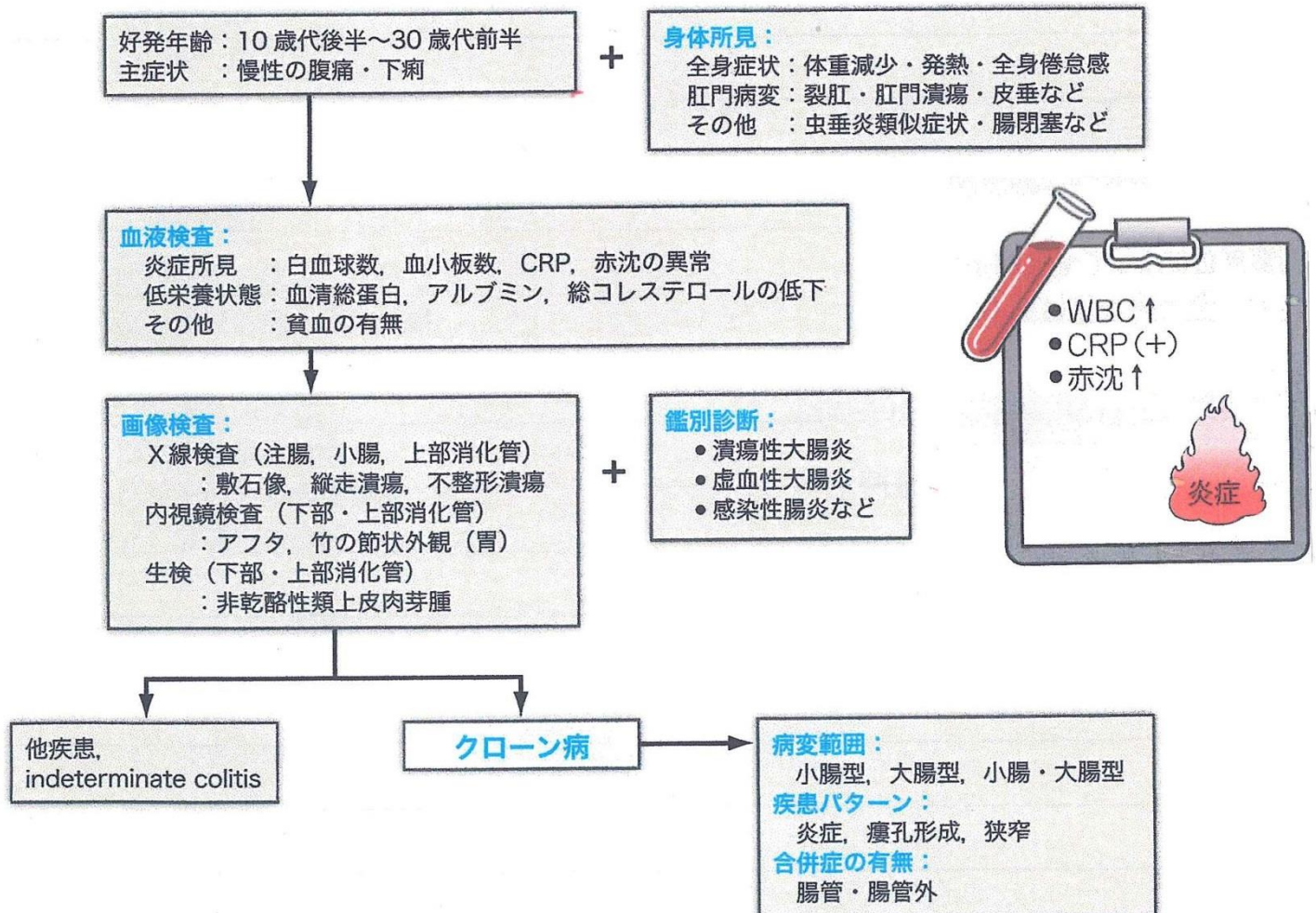
関節炎	比較的多い合併症。四肢の関節に痛みが生じやすい。
皮膚病変	足首やすねに、赤い腫れが生じる「結節性紅斑(けっせつせいこうはん)」や、足などで皮膚が死んでしまい、炎症や痛みを生じる「壊疽性膿皮症(えそせいのうひしょう)」が起きることがある。
眼病変	目の虹彩や結膜、ぶどう膜で炎症が起きて、痛みが生じることがある(虹彩炎、結膜炎、ぶどう膜炎)。
口内炎	口内粘膜に小さな潰瘍(アフタ)ができる。強い痛みを伴い、重症になると食事にも影響を及ぼす。
静脈血栓	静脈に血栓ができることで、血流に障害が生じる。
脊椎炎	背骨(脊椎)が固まってしまうことで、背中から腰にかけて痛みが生じる。
原発性硬化性胆管炎	炎症により胆管が細くなり、胆汁の流れが悪くなることで、肝臓への負担が大きくなり、肝硬変・肝不全を発症することもある。

<診断>

若年者で、上記症状が慢性的に見られ、身体所見がある場合、炎症性腸疾患を疑い、種々の検査を施行します[Fig. 11]。

[Fig.11]

クローン病の診断的アプローチ

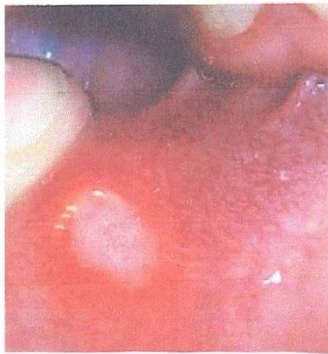


血液検査にて、①炎症所見、②腸管障害による貧血も含めた栄養障害（血清蛋白・アルブミン・コレステロール値の低下）が見られます。画像診断としては、①X線検査・内視鏡検査[Fig. 12]、②内視鏡下生検による病理診断[Fig. 5]にて、病型分類[Fig. 6]・重症度[Fig. 13]も含め、診断されます[Fig. 14]。

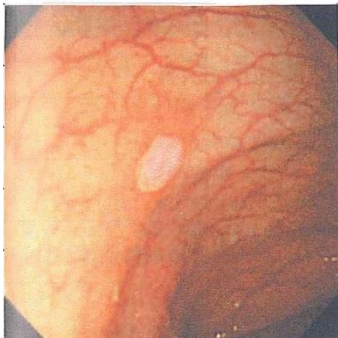
[Fig.12]

画像診断

口腔内アフタ



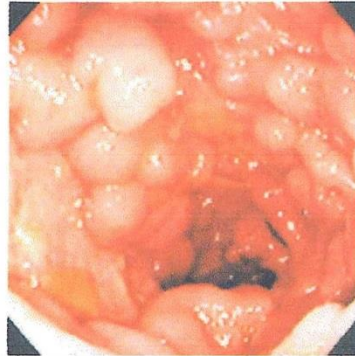
腸管アフタ



縦走潰瘍



敷石像



敷石像
(cobblestone appearance)

skip lesion
非連続性病変

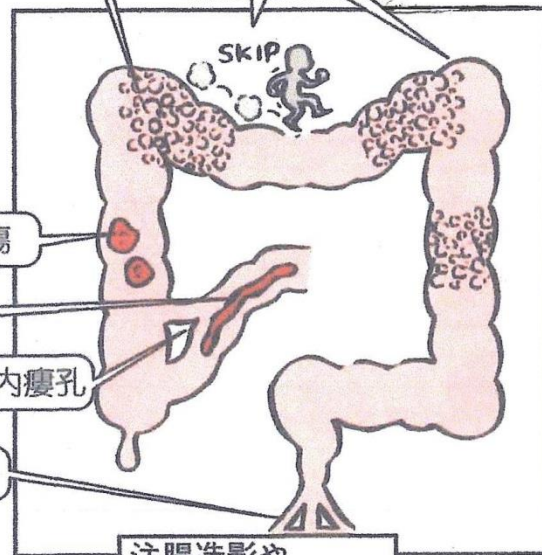
アフタ様潰瘍

縦走潰瘍

小腸結腸間内瘻孔

難治性痔瘻

注腸造影や
内視鏡検査などで



[Fig.13]

重症度分類

治療に際し、重症度分類を下記の項目を参考におこなう。

	CDAI*	合併症	炎症 (CRP値)	治療反応
軽症	150-220	なし	わずかな 上昇	
中等症	220-450	明らかな 腸閉塞など なし	明らかな 上昇	軽症治療に 反応しない
重症	450<	腸閉塞、 膿瘍など	高度上昇	治療反応 不良

*CDAI (Crohn's disease activity index)

[Fig.14]

Crohn病診断基準

主要所見

- A. 縦走潰瘍
- B. 敷石像
- C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫

副所見

- a. 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ
 - b. 特徴的な肛門病変
 - c. 特徴的な胃・十二指腸病変
-

確診例

- 1) 主要所見のAまたはBを有するもの
- 2) 主要所見のCと副所見aまたはbを有するもの
- 3) 副所見のa,b,cすべてを有するもの

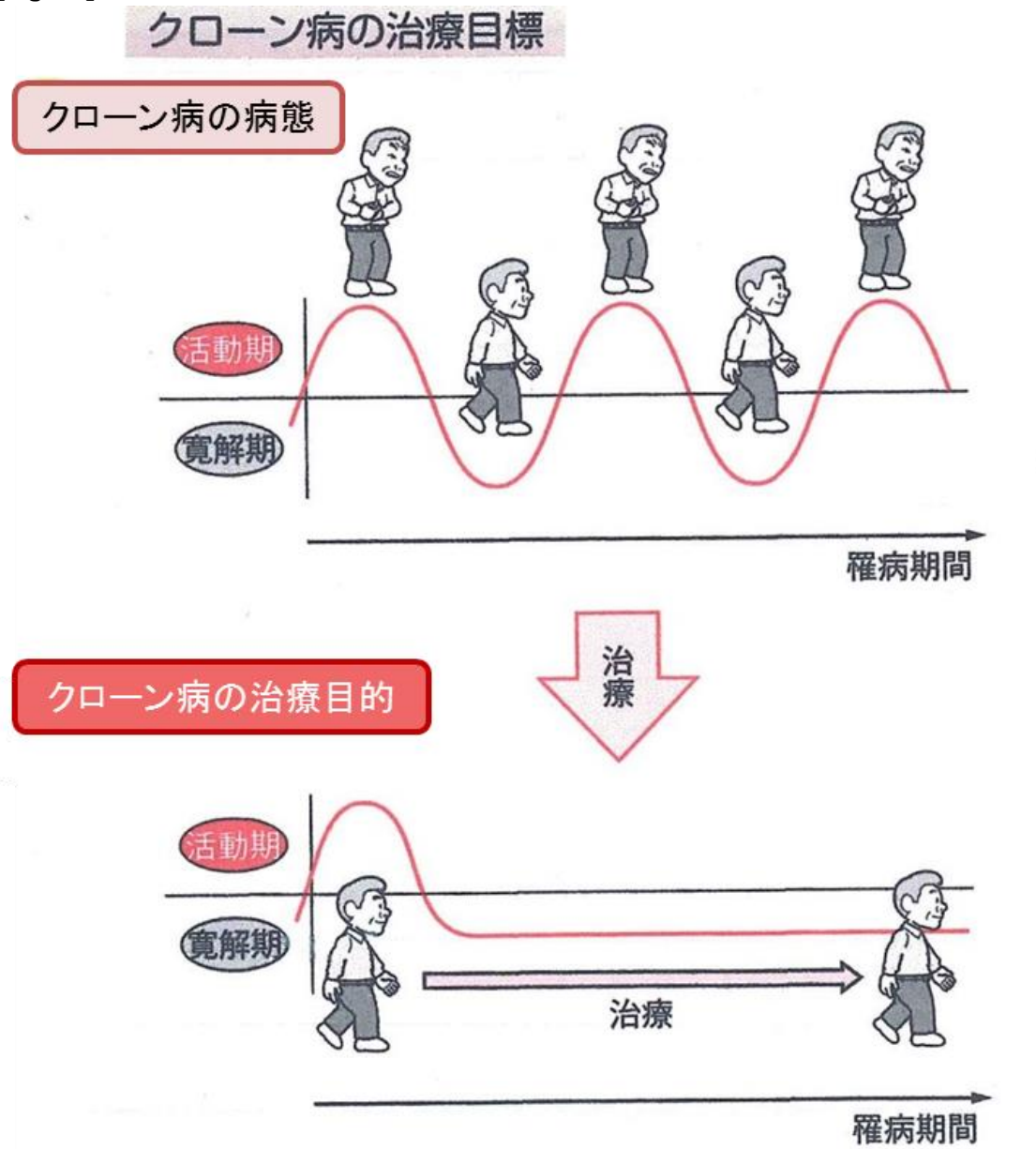
疑診例

- 1) 主要所見のCと副所見のcを有するもの
 - 2) 主要所見のAまたはBを有するが潰瘍性大腸炎や腸型ベーチェット病、単純性潰瘍虚血性腸病変と鑑別ができないもの
 - 3) 主要所見のCのみを有するもの
 - 4) 副所見のいずれか2つまたは1つのみを有するもの
-

〈治療〉

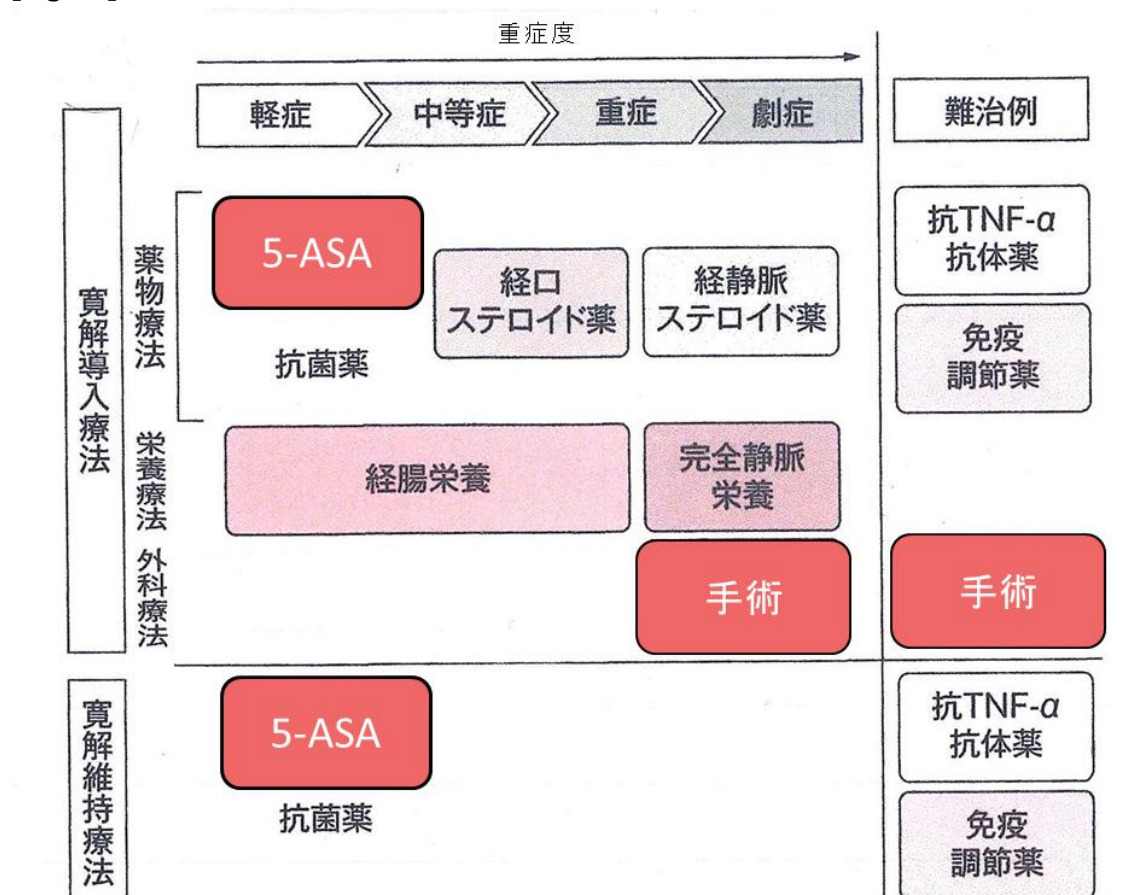
未だ、CDを完治させる治療法はありません。治療の目的は、CDの活動性をコントロールし、患者のQOL(生活の質)を高めることです(長期間にわたる寛解期を維持)[Fig. 15]。

[Fig.15]



活動期およびその重症度に応じて、種々の治療法・治療薬があり、いろいろと組み合わせて、寛解導入し、維持していくことが大切です[Fig. 16]。

[Fig.16]



主な内科的治療法として、栄養療法と薬物療法があります。炎症の見られる活動期（特に重症時）には、炎症の沈静化を目的とした薬物療法、炎症部の安静を保つための栄養療法（完全静脈栄養療法）を行います。活動期・寛解期の両期において、**経腸栄養療法**は、消化管（特に小腸）に負担が少なく、栄養状態の改善に重要な働きを担う治療法で、寛解導入効果は、副腎皮質ステロイドと同等で、ステロイドよりも安全性の高い治療法です。ただし、一定量以上の経腸栄養剤の摂取を継続しなければなりませんので、**患者の受容性（受け入れ）が重要**です。

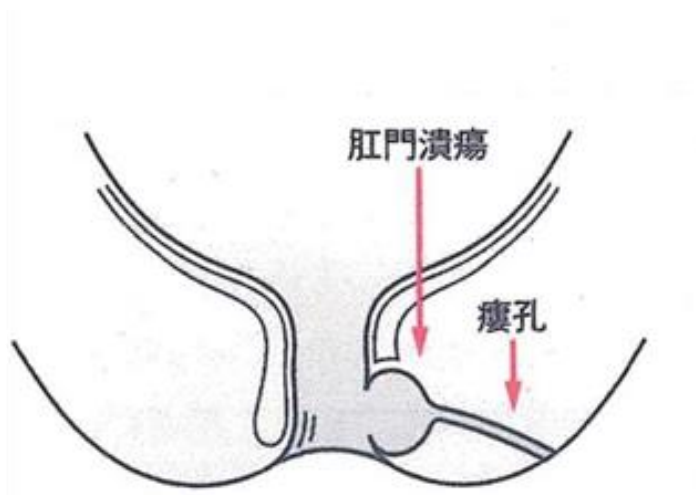
薬物療法には、**5-ASA**、**ステロイド薬**、**免疫調節薬**、**生物学的製剤（抗TNF- α 抗体薬）**、**抗菌剤**があり、重症度に合わせて、単剤もしくは各種薬剤の併用により、**炎症の沈静化**を目指します。沈静化（寛解）後も、**寛解維持**のために**薬物療法の継続が必須**です。重症のCDで、薬物療法の効果が十分でない場合、UCと同様、**白血球除去療法（顆粒球除去療法）**を施行する場合があります。

潰瘍大腸炎（UC）に比べて、**瘻孔形成・腸管狭窄**等の外科的対応の必要となる場

合が多く見られます。肛門の痔瘻[Fig. 17]に対しては、一般的にはシードン法が施行されます[Fig. 18]。腸管炎症の修復機転として瘢痕収縮がみられ、同部の狭窄を来します[Fig. 19]。高度の狭窄は腸閉塞状態となりますので、外科的処置が必要となります[Fig. 20]。

日常生活の注意点としては、禁酒・禁煙およびストレス解消に努めた方が良いでしょう。

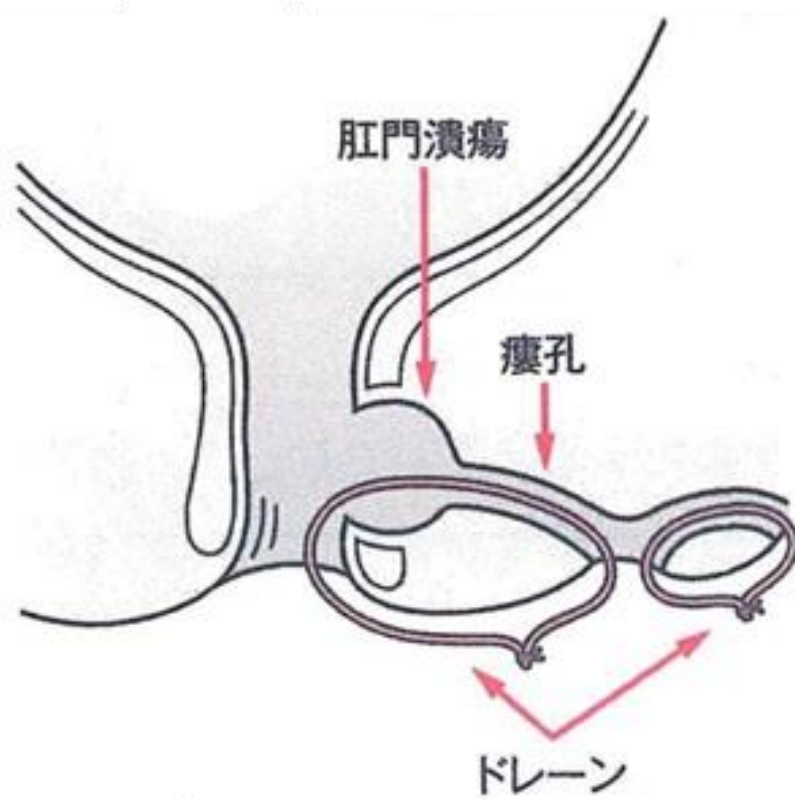
[Fig.17]



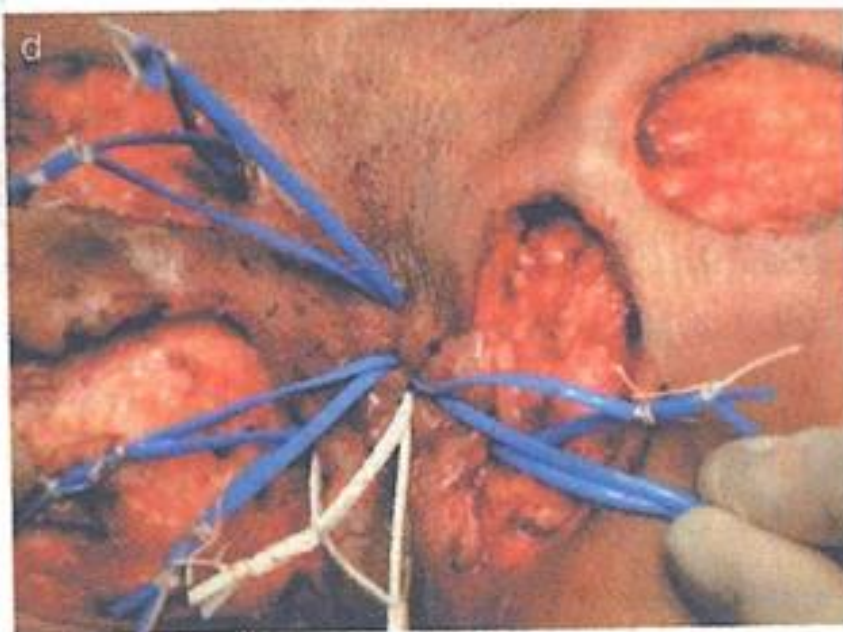
肛門部病変（痔瘻）



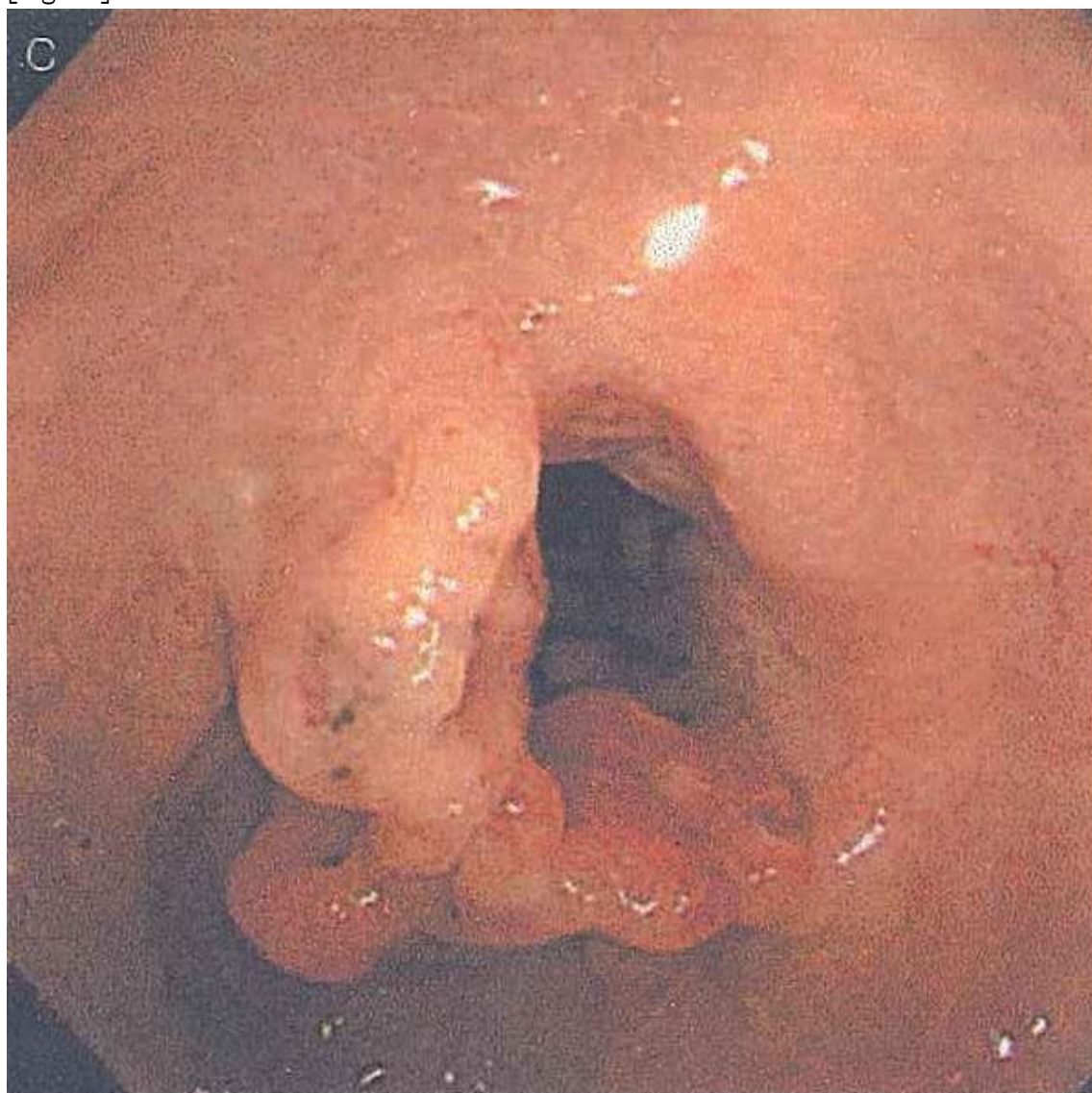
[Fig.18]



クローン病の痔瘻に対するシートン法

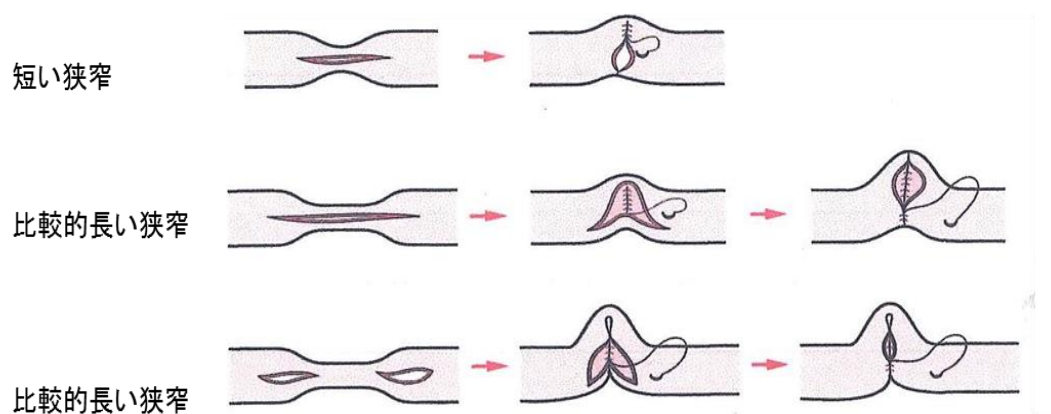


[Fig.19]



[Fig.20]

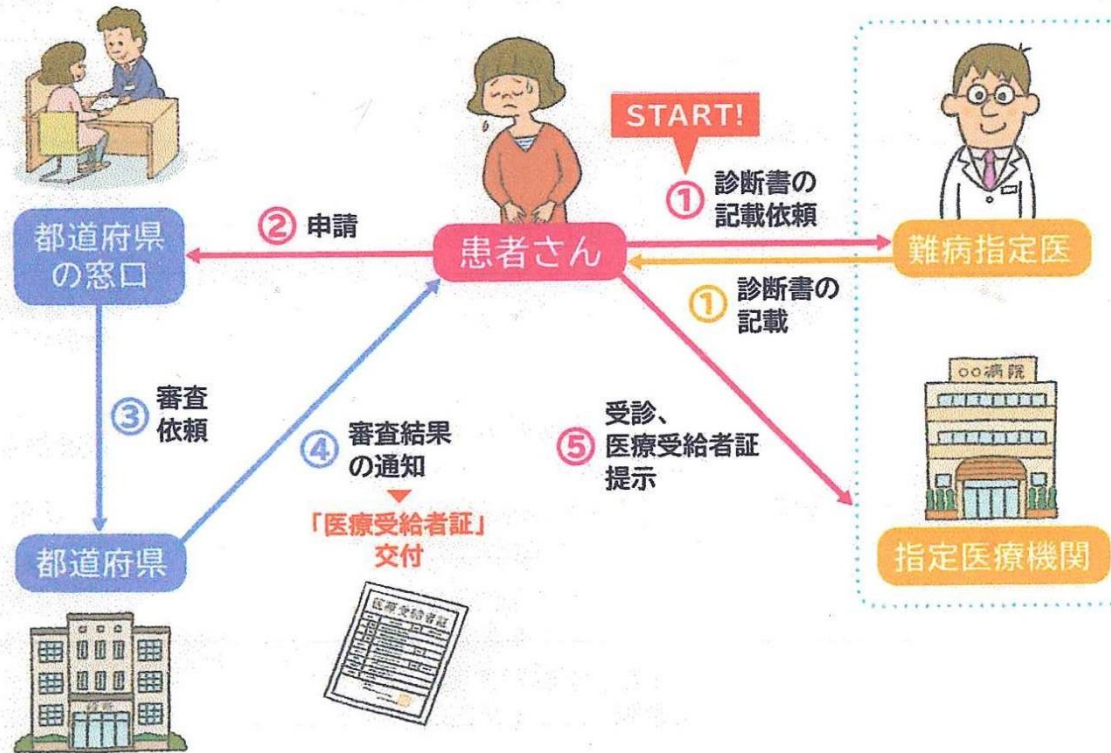
クローン病に対するおもな狭窄形成術



潰瘍性大腸炎と同様、CDは指定難病で、公費助成制度があり、医療費助成が受けられます。難病指定医の診断の下、市町村の窓口申請し、審査されます。審査の結果、承認されれば、“医療受給者証”が交付されます。その後CDに関しての医療費の公的補助が受けられます[Fig. 21]。CDは、完治する病気ではありません。語弊があると思いますが、“仲良く付き合っていかなければならない病気”です。寛解を維持していくためには、高額な薬剤が必要な場合もありますので、公的補助が欠かせないものとなります。

[Fig.21]

● 医療費助成の支給認定を受けるまでの流れ(①～⑤)



参考資料;①難病情報センターHP、②クローン病診療ガイドライン、;日本消化器病学会、③患者さんと家族のためのクローン病ガイドブック;日本消化器病学会、④潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針;「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成 28 年度改訂版、⑤ビジュアルノート 第 3 版;メディックメディア、⑥炎症性腸疾患攻略の手引き;medicina 6 2014