

Behçet 病 (Behçet's disease ; BD) の特殊病型である腸管 BD は、腸管に潰瘍性病変を有し、「1987 年厚生省調査研究班バーチェット病診断基準」(以下, “研究班診断基準”) の完全型と不全型に当てはまるものを指す。一方, 腸管 (主に回盲部) に BD 類似の潰瘍性病変を有し, 完全型や不全型の条件を満たさないものは一般に単純性潰瘍 (simple ulcer ; SU) と呼ばれ, BD から区別されている。腸管に前述の特徴的潰瘍を有し, BD の主症状の 1 つである“口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍”のみを合併する例は, “研究班診断基準”からみれば“腸管 Behçet 病の疑い”とされる。しかし, このような症例を実際の臨床面でどのように取り扱うかについては, 腸管 BD に属すべきという意見や, SU として扱うべきという意見があり, 腸管 BD との異同に関して一定の見解は得られていない。この問題点を臨床的に解明することは, 今回の企画の大きな目的である。

村野論文では, SU 症例を口腔内アフタ合併例と, 非合併例に分けて解析し, 口腔内アフタ合併例は非合併例に比して難治性で再発率も高く, 腸管 BD 病と同様の病態を呈すると報告している。高木論文では, 口腔内アフタ合併例を BD 群, 非合併例を非 BD 群と分けて解析した結果, 非 BD 群は BD 群に比して潰瘍が回盲部に限局する傾向を有し, 手術率や再手術率が高いと報告している。村野論文と高木論文では口腔内アフタ非合併例の難治性の結果が異なっている。しかし, いずれにしても, 両論文とも BD の主症状の 1 つである口腔内アフタ合併例は, むしろ腸管 BD として, 非合併例は SU として扱うことを示唆している。また, 両論文とも, 症例の長期経過の検討において, BD 群の中では経過中に病型の進展 (変化) を認めるものがあつたが, 口腔内アフタ非合併例のなかで BD に移行したものは皆無であったとしている。小腸病変のあり方においても, 口腔内アフタ合併例と非合併例は異なっているようである。これに関して, 松本論文ではカプセル内視鏡やバルーン

内視鏡を用いて検討している。それによれば, 非合併例 (松本論文では, “狭義の単純性潰瘍”として類別) では潰瘍性病変は主として回盲部に限局しているが, 口腔内アフタ合併例 (“Behçet 疑い”として類別) では“不全型 Behçet 病”と同様に回盲部以外の小腸にも病変がみられ, 非合併例は合併例や BD 病とは異なる病態を呈していることがわかる。また, 腸管 BD, SU と他疾患の鑑別も重要であり, 病理学的立場 (田中論文) や臨床的立場 (小林論文, 大川論文) から鑑別点がそれぞれ述べられている。

腸管 BD の治療に関しては, 「腸管バーチェット病診療ガイドライン平成 21 年度案」が出されているが, 腸管 BD も SU も難治性でその治療は容易でない。特に, 腸管 BD に眼病変を合併する例は少なく, 「バーチェット病眼病変診療ガイドライン」があつても, 適正な治療法に関する知識も十分普及していない。飯塚論文は, 眼病変を有する腸管 BD の治療について眼科の立場と消化器内科の立場の乖離など, その困難性について述べている。そのほか, 腸管 BD, SU の治療法について, メサラジン注腸 (松川論文), 既存の治療 (ステロイドなど) に抵抗する例に抗 TNF (tumor necrosis factor)- α 抗体治療 (岩男論文, 吉村論文), サリドマイド治療 (吉村論文, 重村論文) の有用性が述べられている。また, BD の病因論に関連して遺伝子的・免疫学的見地から病態生理学的な検討が進められており, これに基づいた新たなサイトカイン療法も将来期待される (岳野論文)。さらに, インターフェロン投与による SU の再燃 (垂石論文), NEMO 腸症 (余田論文) などは SU が免疫異常と関連するものであることを示唆しており, 興味深い。

以上, 本号では前回 (2003 年) の「腸管 Behçet 病・単純性潰瘍の長期経過」の企画に比してより多くの前進した知見が盛り込まれている。しかし, 個々の施設での経験症例数はまだ少なく, 今後, 多施設で集積された症例を対象としたエビデンスレベルの高い臨床研究が望まれる。