

序 説

緒方 晴彦

Haruhiko Ogata

(慶應義塾大学病院内視鏡センター)

炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease ; IBD)の診断は、かつてバリウム X 線造影と通常内視鏡だけであった時代から、テクノロジーの進歩によりさまざまな modality が用いられるようになった。その使用目的は確定診断のみならず、活動性評価、治療効果判定、予後予測と多岐にわたる。本誌では2014年3・4月号(Vol.18 No.2)において「炎症性腸疾患の画像診断 modality」をテーマに特集が組まれたが、その後4年が経過し治療法の選択肢も増え、その治療目標も単なる症状の改善から粘膜治癒(mucosal healing)へと変遷した現在において、本特集ではIBDに対する各種診断 modality の有用性と意義、さらにはどこまで粘膜治癒診断に迫れるのかをメインテーマとした。

2002年にクローン病(Crohn's disease ; CD)に抗 TNF- α 抗体製剤が導入されて以降、大規模臨床試験によって生物製剤の有効性が証明され、その驚異的な効果はすでに周知のところである。IBD 治療を飛躍的に前進させたといえるが、生物製剤の功績は有効性にとどまらない。それまで臨床的な症状の改善が治療のゴールであったが、生物製剤の登場以降さらにその先のゴールを目指すことができるようになった。つまり、臨床的寛解だけでなく炎症そのものをコントロールすることで粘膜治癒がより多くの症例で得られるようになった。これまで、とくに CD では治療により臨床的に寛解が得られるようになって、こ

の50年で手術率を大きく下げるまでには至っていなかった。しかし、粘膜治癒が得られた症例では有意にその後の手術率を低下させられることがわかった。こうして、これまでの臨床的寛解から内視鏡的粘膜治癒へと新たな治療目的が提唱されるようになった。さらに、臨床的寛解かつ内視鏡的粘膜治癒(deep remission)、血清学的寛解(serological remission)や病理学的寛解(histological remission)など、より高度な治療目標が検討され始めている。

そして驚くべきは、疾患の概念そのものも変えてしまったことにある。つまり、CD においては進行性の炎症性疾患であるという考え方が一般的になってきたのである。炎症が持続することで線維化をきたし腸管の狭窄を生じ、それが瘻孔形成、さらに膿瘍形成を誘導する。このような腸管合併症が伴うと外科的な腸管切除が必要になる。術後も活動性(activity)のコントロールが十分でなければ再燃を繰り返し、さらなる腸管切除を免れなくなり腸管の damage はさらに蓄積し、機能障害(disability)に陥る。このように、ただ再燃を繰り返すだけでなく、器質的障害が機能障害につながる不可逆的な進行性の疾患であるという概念が定着してきている。そのため、機能障害を回避するためには炎症そのものを厳格にコントロールしなければならないことになる。一方、潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis ; UC)においては長期経過による colitic cancer が問題となるが、今後本邦で

も長期経過例の増加により大腸癌の合併が増えてくるものと考えられる。colitic cancer の発癌様式は炎症性発癌と考えられており、その意味では UC も進行性の疾患といってよいかもしれない。

このように、IBD は疾患概念が変貌し治療目標も大きく変わりつつあり、新たな時代が到来した。しかし、治療の最適化には疾患活動性を正確に把握することが必須である。IBD 診療においてもっとも重要なのは診断であることは間違いないが、治療介入後は効果判定そして活動性 monitoring なくして疾患の進行のコントロールは不可能であろう。活動性評価指標としてこれまで臨床的な指標 CDAI (Crohn's disease activity index)、あるいは血清学的バイオマーカーである CRP などが用いられ、便中カルプロテクチンも有用であることが示されている。しかし、臨床症状と活動性が乖離することは珍しくなく、また CRP 陰性であっても粘膜治癒が得られていることを意味していない。正確な病状把握には画像診断による質的診断が必要不可欠である。

近年それぞれの modality における技術革新により画像診断は飛躍的に進化し、こちらも新たな時代に突入している。これまで消化管には不向きであった modality も臨床応用可能となり、また新たな検査法の開発もされた。本特集では IBD の画像診断 modality について、それぞれの領域における本邦のエキスパートに最新の知見について論じていただいた。IBD とその治療の最適化における大腸内視鏡の重要性には異論の余地はない。腫瘍性疾患ではその有用性は明らかとなったが、狭帯域光観察を IBD に対しいかに応用していくか、そして新たに改良された内視鏡システムでは何が見えるのか。拡大観察はわれわれに粘膜治癒の新たな地平線を見せてくれるのだろうか。

さらに超拡大内視鏡では何をターゲットとし、いかに評価すべきなのか。そして colitic cancer はもちろん CD においても消化管癌の合併が今後増加すると考えられるが、このような IBD 関連癌に対して内視鏡をどのように使っていけばよいのだろうか。また、小腸バルーン内視鏡とカプセル内視鏡が登場し、これまで暗黒大陸と呼ばれた小腸について光が当てられたが、バルーン内視鏡をどのようなときに使用し、さらに治療に応用するのか、パテンシーカプセルの保険適応後、カプセル内視鏡も CD における modality の一つとなったが、その侵襲性の低さをいかに活かしていくのか、その特殊性ゆえ非常に興味深いところである。また、より簡便で侵襲のほとんどない検査としてベッドサイドでも可能な腸管エコー、そして客観性が高く cross-sectional な modality として近年欧米を中心に脚光を浴びている MRI、解像度の高い CT の意義について論じていただいた。さらに本邦の画像診断の基礎となる造影検査も、新たな造影ツールとともに解説していただいた。本特集の最後は、内視鏡検査の重要な一つの側面である生検に関して解説していただいた。

本特集は 1 冊で IBD における画像診断の最新情報を網羅できる内容となっていると自負している。ぜひ臨床現場で本特集の内容が活用されることを期待している。ご寄稿いただいた各先生には臨床の忙しいなかご執筆いただいたことに深謝申し上げますとともに、IBD 診療の新たな分野を切り開いていかれることを大いに期待したい。

*Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy,
School of Medicine, Keio University*