

序 説

松本 主之

Takayuki Matsumoto

(岩手医科大学消化器内科消化管分野)

21世紀初頭にカプセル内視鏡とバルーン内視鏡が消化管の診療に導入され、小腸疾患の診断と治療に大きな進歩がみられた。そのような状況で注目されたのが、原因不明の消化管出血(obscure gastrointestinal bleeding; OGIB)である。1960年頃には、類義語として「開腹手術下に消化管を観察しても出血源が明らかでない病態」が alimentary bleeding of obscure origin と表現されていた。その後の消化管内視鏡の開発と普及に伴い、現在では「上部・下部内視鏡検査で出血源を特定することのできない消化管出血」と定義された「OGIB」が一般的に用いられている。

OGIBの分類としては、2000年に米国消化器病学会から報告されたもの¹⁾が広く用いられている。この分類では、OGIBが顕性(overt)出血と潜在性(occult)出血に分類されており、前者は肉眼的出血が反復性・持続性に確認できる場合、後者は反復性・持続性の便潜血陽性ないし鉄欠乏性貧血はあるが肉眼的出血がない場合と定義されている。現時点から翻ってみると、OGIBの定義が小腸内視鏡検査法の確立直前に報告された点は非常に興味深い。すなわち、その後の小腸内視鏡検査の普及により“OGIB”という用語が消化器病専門医の間に浸透し、逆にOGIBが小腸内視鏡検査の臨床的有用性を評価する重要な対象となった。なお、私見ではあるが、originの和訳として「原因」よりも「出血源」が適切ではないかと考えている。

OGIBは小腸内視鏡検査の適応としてももっとも頻度の高い病態である。事実、本邦の小腸内視鏡ガイドライン²⁾では、OGIBが各論の最初の項目として取り上げられている。さらに、このガイドライン作成過程では、OGIBの診断アルゴリズムに長時間の議論が費やされ、最終的に図(1)(大宮論文)p.329の図3に示すもので合意に至った。基本的にはカプセル内視鏡、およびバルーン内視鏡が必須の検査法であり、後者は治療法としての意義も強調されている。一方、欧米におけるガイドラインとは異なり、造影CTの位置付けも重要となっている。CTの役割として、管腔外発育型腫瘍の存在診断と造影剤漏出による出血部位の推定が挙げられる。

OGIBをきたす小腸疾患は腫瘍性病変、炎症性病変、血管性病変など多彩であり、希少疾患も含まれている。すなわち、OGIBの診断においてはあらゆる疾患の可能性を念頭におくことが重要である。事実、本号では知っておくべき小腸疾患がほぼすべて掲載されている。したがって、OGIBの診療においては、現病歴のみならず、薬剤内服歴を含む既往歴、生活歴、家族歴を詳細に聴取することが重要である。

実臨床では、顕性出血と潜在性出血で原疾患や臨床の場における対応は異なっている。顕性出血では出血源の早期診断を念頭においた迅速な対応が重要であり、小腸内視鏡検査法の選択とそのタイミングが正診率に大きく影響する。一方、潜在

性出血では慢性疾患を念頭においた慎重な経過観察が重要であり、その際、診断まで一定の時間を要する可能性を十分に説明することも肝要であろう。

以上のことを念頭において、本号の各論文で要領よくまとめられた小腸疾患の特徴、および画像所見をご理解いただければ、質の高い OGIB の診療に繋がるものと確信している。

文 献

- 1) Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, et al :
AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000 ; 118 : 201-221
- 2) Yamamoto H, Ogata H, Matsumoto T, et al :
Clinical practice guideline for enteroscopy. *Dig Endosc* 2017 ; 29 : 519-546

* * * * *

Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Iwate Medical University