

序 説

渡辺 守

Mamoru Watanabe

(東京医科歯科大学消化器内科)

炎症性腸疾患 (IBD) の診療において、年齢分布の両端に位置する小児および高齢者の IBD における特徴を理解することはきわめて重要である。また、妊婦を含めた特殊なシチュエーションの IBD 患者を考えることが今、臨床医に求められている。

1. 小児に対する IBD 診療

小児 IBD 患者は成人例との比較において、より重篤な経過をとることが多く、そのため、積極的な治療が必要とされることも少なくない。しかし、IBD が疑われる小児において、その診断には多くの壁があり、患者、保護者、学校、医療機関 (一次および高次) のそれぞれのレベルでの遅れが、最終的に診断が遅れる原因となりうる。結果として、治療選択肢の幅が狭められたり、成長障害を合併するなど、患者の予後に大きな影響を与えることとなりうる。診断に関しては、常に原発性免疫不全症候群を考慮に入れなくてはならない。近年、小児発症 IBD において、XIAP (X-linked inhibitor of apoptosis protein) 遺伝子異常が高率に認められることが報告され、その病態からも小児 IBD と原発性免疫不全症候群との関連が示唆される¹⁾。

診断後も、適切な治療が行われずに成長障害をきたしたり思春期初来が遅れれば、将来にわたり、患者の自己肯定感にも影響を与える可能性も示唆されている。また、通院や入院を含む治療の影響

は、患者の就学などの社会生活に影響を及ぼすこととなる。患者の療養においては、学校生活の支援のほかに家族の支援などに関しても、医師は関与していくことが求められる。診療における問題としては、IBD を専門とする小児科医は決して多くはなく、一方、小児例を診療する消化器医の側には、成長障害などの小児 IBD 診療特有の知識が不足している場合も少なくない。成長障害の診療に関しては、医師による成長の適切な評価はもちろんだが、内分泌内科医、小児精神科医、そして栄養士などの多職種連携のアプローチが欠かせない。また、小児 IBD 患者における“transition”も簡単ではない。患者の側では、親から自立して、通院を含めた治療継続や治療決定に責任をもつようになることが求められる。また、小児科医から消化器医への“transition”が適切なタイミングで行われないケースも少なくない。主治医との別れ、新しい主治医への不安や、場合によっては「見捨てられた」といった感情が、消化器医への“transition”を困難にする要因となりうる。

2. 高齢者に対する IBD 診療

本邦において、超高齢化社会という人口構成の変化に伴い、高齢 IBD 患者が増加することは明白である。しかし、「IBD は若年者の病気」という誤った概念が、診断の遅れにつながることもまれでなく、正確な疫学の知識をもつことは、診断において重要である。また、高齢 IBD 患者では、

その鑑別診断も非高齢者とは異なり、広義の IBD (虚血性腸疾患など) を狭義の IBD と診断して、不適切な薬物治療が継続されるという問題も起こりうる。

一方で、診断後においては、高齢 IBD 患者においても、重症例など手術を要する患者も少なくはなく、適切な治療が適切なタイミングで選択されなければ、死亡も含めた患者の予後に大きな影響を与えることとなる。治療選択に際して、免疫抑制治療(生物学的製剤や免疫抑制剤)を行う際には、非高齢者以上に日和見感染症や、悪性リンパ腫などの悪性腫瘍発症のリスクを考慮する必要がある。IBD の経過中に悪性腫瘍の治療が行われた高齢患者や、悪性腫瘍の既往をもつ高齢 IBD 患者の治療における免疫抑制治療の適応も、慎重に判断しなければならない。また、内科治療のみでなく外科手術に関しても、高齢者では非高齢者と比較して、術後感染合併症のリスクが高くなる可能性がある。さらに、高齢 IBD 患者の診療においては、併存疾患やその予後を考慮しながら IBD の診療を行う必要がある。その際には治療薬の相互作用や、ポリファーマシーや認知機能の低下などが服薬アドヒアランスに与える影響も考慮する必要がある。併存疾患を診療する医師との密なコミュニケーションも重要である。認知機能の低下例では“shared decision making”は困難であり、小児例同様に社会のサポートと同時に、家族の支援も重要となる。当然、長期経過例では発がんが問題となるが、手術が患者 QOL に与える影響も非高齢者とは異なる可能性があり、一方、何歳までサーベイランス内視鏡検査を継続するかなど、難しい問題も多い。

3. 妊婦に対する IBD 診療

最後に、妊娠中および妊娠を希望する IBD 患者の診療にも多くの問題がある。「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班では、妊娠 IBD 患者の予後に関する疫学研究を行い、患者・家族

向けの情報発信を行ってきたが、その領域に関する専門医の考え方は大きく変わってきている。かつてのように妊娠が判明した時点で、中絶をすすめる医師はいないと思われるが、重要な点は、妊娠可能年齢の女性 IBD 患者のすべてにおいて、妊娠に至る前から率直なディスカッションをすることであり、そこでは医師との良好な信頼関係が前提となる。IBD の遺伝に関しての問題や、妊娠後の IBD の予後、薬物治療による胎児への影響などに関する最新の情報を提供し、十分にディスカッションをしたうえで、計画的妊娠に至ることが望ましいことは言うまでもない。その際に、場合によっては、パートナーに参加してもらうことで、患者だけでなく、パートナーの誤解も解消されることとなるであろう。また、もっとも重要なことが、IBD 自体がコントロールされていることを説明することで、積極的な寛解治療の導入も容易となるとと思われる。

本特集では、上記に挙げた、IBD 診療における、小児・妊婦・高齢者のさまざまな問題点に関して、それぞれの領域の専門家に解説していただくこととしました。この領域に関する最新の知識を提供していただくことで、診療する医師の疑問の解決や、場合によっては誤解を解くことができると期待しています。その結果、決してまれではない小児・妊婦・高齢 IBD 患者の適切なマネジメントを通して、これらの患者の QOL の向上につながることを期待したいと思います。

文 献

- 1) Zeissig Y, Petersen BS, Milutinovic S, et al : XIAP variants in male Crohn's disease. Gut 2015 ; 64 : 66-76

*Department of Gastroenterology and Hepatology,
Tokyo Medical and Dental University*