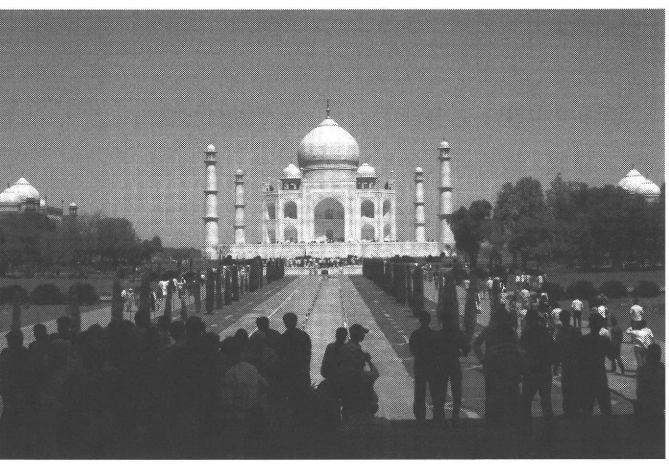
TOPICS

アジアでみたIBD

兵庫医科大学 内科下部消化管科
松本 誉之

近年の生活習慣の変化などを背景として炎症性腸疾患（IBD）の増加が著しい。この増加は、潰瘍性大腸炎（UC）とクローン病（CD）の両者で認められ、UCにおいてはすでに登録患者数が85,000人を超え、特定疾患の定義がおおむね50,000人以下の希少難病ということから、特定疾患として認定が全ての症例で継続されるかどうかが問題となっている。治療面では、数年前までの治療は、私が研修を開始した二十数年前と大きな変化はなく、UCでは、5-アミノサリチル酸製剤やステロイドを中心とし、CDでは栄養療法が主体であった。ところで近年、免疫学的研究の結果などを背景として免疫異常の調節をターゲットとした治療法、たとえば免疫抑制剤や白血球除去療法あるいは抗サイトカイン療法などが導入され、IBDの治療にも大きな質的転換が訪れた。



タジマハル

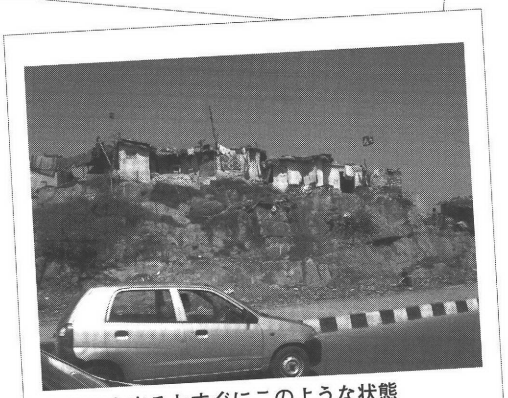
日本におけるIBDの頻度は好発地域である欧米に比して1/2～1/5程度ではないかといわれており、世界では中等度の有病率を持つ地域にある。しかしながら患者が全国に分布していることや各患者ごとに病状に差異が認められることなどから、現状では治療効果に関する高いエビデンスを持つ研究は日本からは少なく、結果として欧米のエビデンスに基づいた治療が受け入れられている。勿論、現在エビデンスと経験などを融合した形で治療が進んでいるが、日本の特性にあった、あるいは日本から発信されるIBD治療のエビデンスが求められている。

これまで、厚生労働省の「難治性炎症性腸管障害」研究班（日比紀文班長）の下で、このような点に関して多施設が集まっての研究が進みつつある。

一方、たとえば遺伝的背景においても欧米のIBDと日本のIBDには一定の相違があること（CDにおいて、欧米で有名なNOD2領域の3ヶ所のSNPが日本人では全く認められない）などが明らかとなってきた。さらに、同様の報告は韓国や中国からも行われ、IBDの遺伝形式ではアジアと欧米ではかなりの人種差があることが明らかとなってきた。現在日本のIBD研究会（JS-

IBD）などを中心として韓国などのIBD専門医との交流が進められており、今後アジア人に適した診断や治療法の確立などの成果が期待される。

シンポジウム会場にて


ホテルを出るとすぐにこのような状態

＜アジアのIBD＞

ところでアジアのIBDを考えていく場合、どうも韓国や中国における遺伝背景などは日本とかなり共通の点が多いようであるが、IBDが遺伝的背景の上に食事その他の環境因子の影響を強く受けて発症すると考えられていることから、今後はさらに各国の環境因子などの比較検討なども重要な問題ではないかと考えられる。たとえば、食事習慣についても、日本の食生活（ファーストフードなどずいぶん欧米化されてはいるものの）と韓国や中国ではなおかなりの違いがある。通常、IBD患者さんには過剰な香辛料の摂取を禁止することが多いが、韓国や中国の食事ではかなりの香辛料が日常的にとられている。これまで動物実験などでクルクミン（カレーなどに使われるターメリックの主成分）を投与することにより実験的腸炎の治療や発症の阻止に有効であることが知られており、IBDへの有用性も考えられる。勿論、このクルクミン量は元のターメリック量に換算すると毎日100g以上にもなり現実的なものではなく、スパイスが日常的にとられているインドにおいても、カレーをたくさんとるからIBDが予防できるというものではないということが議論されている。

この数年、韓国や台湾・インドなどを訪問し、IBDの研究会やシンポジウムに参加する機会を得た。その中で特に印象的であったのはインドである。今回ニューデリーで開催されたUS・India・IBDシンポジウムに参加した。インドのIBDはやはり増加傾向にあるが、診断面では、UCでは感染性腸炎（赤痢など）との鑑別が大きな問題であり、CDではやはり結核との鑑別が大きな問題となっていた。インドのIBD治療の現状は日本と大きな差はないものの、保険制度がほとんど普及していないため、ある程度上流階級の人では問題がないものの、大部分の下層国民は病院にすら満足にかかれない状態にあるようであった。富裕層にあっては、インフリキシマブをはじめとする治療が積極的に行われているが、下層階級は日本のホームレスに相当するような生活を常にしているという状態で、日本との比較などの際には十分な注意が必要ではないかと考えられた。

＜インドの学会に参加して＞

実際に、インドの空港に着くと、人々の熱気に圧倒される（とにかく人が多い）とともに、タクシー乗り場すらよくわかない状態であったが、幸い空港まで出迎えに来ていただいた先生のおかげで無事にホテルへ向かうことができた。道中まず

驚くのが車の運転で、3車線の道に5～6台が並んで走り、隙間があればつっこむという状態であった。また、高級車からリキシャー（オート3輪）馬車から牛まで一緒に走っている状態で交通事故も多そうであった。道路の周囲は立派なビルのすぐ横にテントハウスがあるという状態で（これは大阪でも結構見慣れているのでそれほど違和感はなかったが）あった。実際この人たちがIBDを担った場合はどうなるのか……おそらく感染症などで倒れていく人の方が多いのだろうが、と考えさせられた。

ところで、インドの食事は出発前はとてもスパイシーで食べられないと思っていたのだが、実際に食べてみると種々のカレーをナンやお米（長粒種）と一緒に食べると大変おいしく、癖になってしまった（後で聞くと外国人用に手心を加えていただいたものらしかったが）。また来年の再会が（シンポジウムよりカレーかも……（^_^））楽しみで帰国した。

今回の経験で、単なるデータを見るだけでなく、その背景を考えないと数字が表すものを誤解することになるということを痛感させられるとともに来年を楽しみにしている。