

図9 比較的軽症の *Clostridioides difficile* 腸炎の内視鏡像  
A. びまん性にびらんが多発している。典型的な偽膜は認めない。  
B. インジゴカルミン撒布像。発赤が散在している。

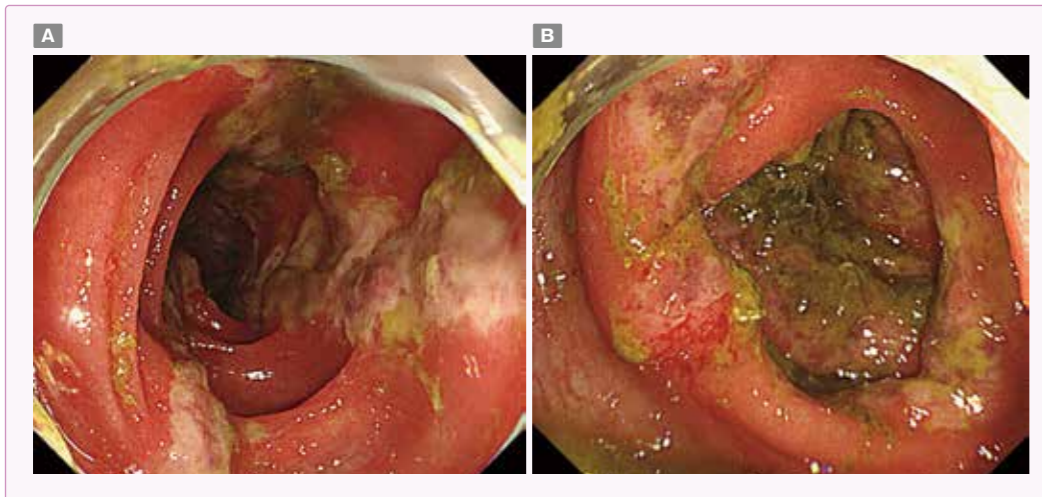


図10 抗生物質起因性出血性大腸炎の内視鏡像  
A. 縦走傾向の浅い潰瘍を認める。  
B. 浮腫、帯状の潰瘍を認める。

ン系が多く、その他にもセファロスポリン系やニューキノロン系でも報告されている。AAHC患者の便培養から *Klebsiella oxytoca* が高頻度に検出され、原因菌と推定されている<sup>18)</sup>。

AAHCの内視鏡所見では、多くは上行結腸から横行結腸にかけてびまん性の発赤、浮腫、びらん、浅い潰瘍を認め、易出血性で虚血性大腸炎に類似した病変であることが多い。罹患部位として直腸やS状結腸はまれであり、抗菌薬投与歴も含めてUCとの鑑別は比較的容易である<sup>16,19)</sup> (図10)。

### irAE大腸炎

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は強力な抗腫瘍効果を示し、癌治療に期待されている。しかし、ICIの有害事象として免疫関連有害事象 (irAE) がしばしば問題となり、中でも大腸炎の頻度は高い。irAE腸炎の症状は下痢の他、腹痛、血便などUCに類似した症状を認める。

irAE大腸炎の内視鏡所見では、発赤、浮腫、血管透見像の消失、びらん、潰瘍などがみられ、肉眼的にもUCの内視鏡所見とほぼ同様の形態を呈することが多い<sup>20,21)</sup> (図11)。治療もステロイドや重症例ではインフリキシ

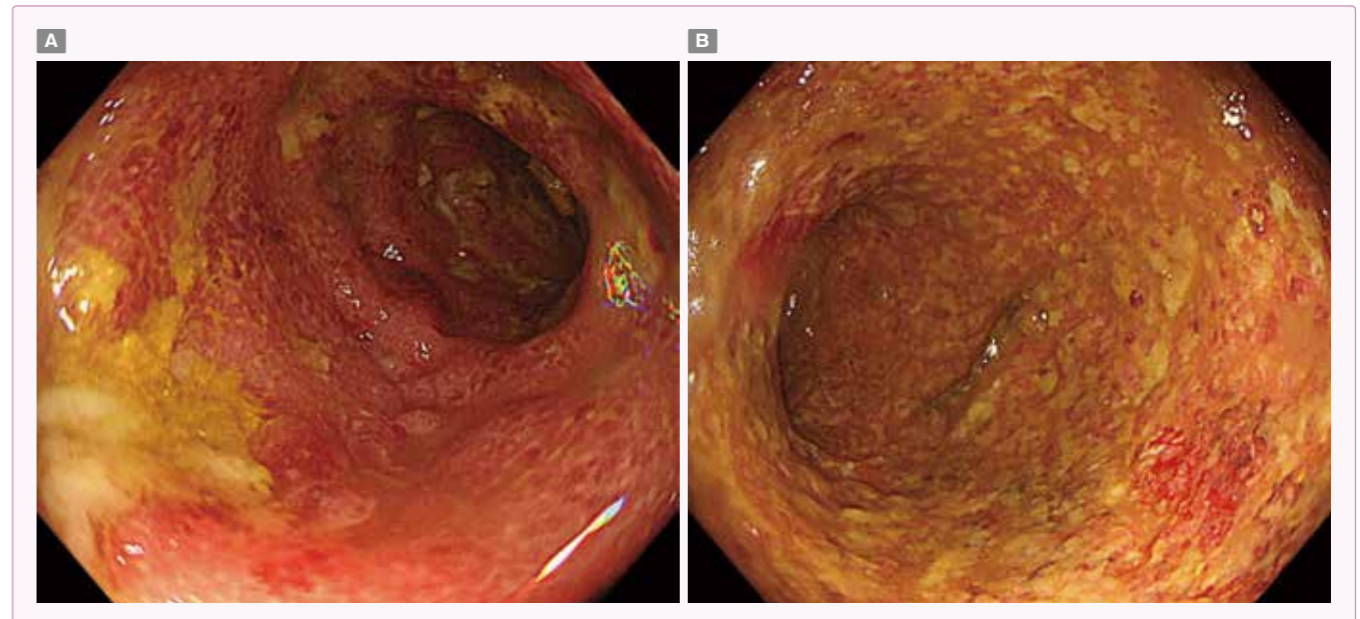


図11 irAE腸炎の内視鏡像  
全大腸に発赤、浮腫、びらん、潰瘍を認める。

マブなどUCにも使用される薬剤が推奨されている<sup>22)</sup>。一部の症例では重篤化し、生命予後にも関わることがあるので、ICI投与中の患者における下痢などの腹部症状は注意深く経過観察し、疑わしい場合は早めに内視鏡検査を行うことが望ましい。

### 虚血性腸炎

虚血性腸炎の原因は、血管側因子 (動脈硬化や血栓など) と腸管側因子 (便秘や浣腸などの腸管内圧上昇や腸蠕動運動亢進など) が複雑に絡み合い発症すると考えられている。時に経口避妊薬などの薬剤が原因となることもある<sup>23)</sup>。抗VEGFヒト化モノクローナル抗体は、血圧上昇や心血管イベントなどの副作用が知られているが、虚血性腸炎の報告もある<sup>24)</sup>。虚血性腸炎の病型は一過性型、狭窄型、壊疽型の3つに分類され、一過性型が最も多い。好発年齢は、動脈硬化を伴う高齢者に好発するが、若年者での発症の報告も認める。また性別では女性に多く、腸管側の因子である便秘との関連が推測される。好発部位はS状結腸や下行結腸の左側結腸に多く、右側結腸や直腸ではまれである。一過性型の虚血性腸炎の症状は突然発症する激しい腹痛とそれに続く下痢、血便である。狭窄型では、一旦症状が改善後に腸管の癒痕狭窄

による腹痛や腹部膨満感が出現する。壊疽型では、発症初期から高熱や嘔吐を認め、反跳痛や筋性防御などの腹膜刺激症状がみられる。

虚血性腸炎の内視鏡所見では、発赤、浮腫、びらん、結腸紐上の縦走潰瘍がみられ、潰瘍辺縁にはイクラ状やうろこ様の粘膜が認められる。粘膜の色調は赤色であるが、暗赤色や紫赤色を呈する場合は狭窄型や壊疽型を示唆する所見である。これらの所見は全周性のこともあるが、区域性でみられることが多く、UCとの鑑別は容易である<sup>25)</sup> (図12)。

### 憩室関連大腸炎 (diverticular colitis)

憩室関連大腸炎は憩室を伴う腸管粘膜の慢性炎症疾患である。一般的な憩室炎の合併の有無に関係ない。症状はUCと同様に腹痛、下痢、血便がみられる。

憩室関連大腸炎の内視鏡所見では主に憩室が多発する部位で発赤、浮腫、粘膜内出血、アフタ、小黄色点、多発小びらん、顆粒状粘膜がみられ、これらの所見は憩室間の粘膜に分布し、憩室内ではみられず、UCの内視鏡所見と類似している (図13)。しかし、連続性・びまん性の病変を呈するとは限らず、通常は直腸では病変はみられない<sup>26)</sup>。欧米では、憩室関連大腸炎からUCに移行