

URC(2015年)へのICD-10一部改正提案(案)について

【提案1】胃及び十二指腸のその他の明示された疾患(K31.8):別紙1

〈内容〉「十二指腸憩室」を「K31.8 胃及び十二指腸のその他の明示された疾患」にコードするように変更する提案(K31.5 及び K57 へは除外項目、K31.8 へは包含項目として追記し、また、索引表の修正を行う)。

〈理由〉十二指腸憩室は、現行では、K57.1 にコードすることとされているが、胃及び十二指腸疾患の範疇に属するものである。十二指腸の壁外憩室は、通常、胆管と膵管が十二指腸で合流する Vater 乳頭付近の領域に局在する。そのため、十二指腸憩室はしばしば他の腸管領域とは異なるユニークな合併症、即ち炎症(胆管炎あるいは膵炎)や胆石症などが生じる。そのため、腸の疾患である K57 ではなく、K31 にコードするのが適当である。

また、現在「十二指腸憩室」は、ICD-10 内容例示において明示されていないが、上記について明確に示すため、内容例示に包含・除外の用語を追加することが適当である。

食道、胃及び十二指腸の疾患(K20～K31) K31 胃及び十二指腸のその他の疾患 K31.0 急性胃拡張 K31.1 成人の肥厚性幽門狭窄 K31.2 胃の砂時計状狭窄 K31.3 幽門けいれん<痙攣>，他に分類されないもの K31.4 胃憩室 K31.5 十二指腸閉塞 K31.6 胃及び十二指腸瘻 K31.7 胃及び十二指腸のポリープ K31.8 胃及び十二指腸のその他の明示された疾患 ←← K31.9 胃及び十二指腸の疾患，詳細不明	←提案
腸のその他の疾患(K55～K63) K57 腸の憩室性疾患 K57.0 穿孔及び膿瘍を伴う小腸の憩室性疾患 K57.1 穿孔又は膿瘍を伴わない小腸の憩室性疾患 ←← K57.2 穿孔及び膿瘍を伴う大腸の憩室性疾患 K57.3 穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患 K57.4 穿孔及び膿瘍を伴う小腸及び大腸両者の憩室性疾患 K57.5 穿孔又は膿瘍を伴わない小腸及び大腸両者の憩室性疾患 K57.8 腸の憩室性疾患，部位不明，穿孔及び膿瘍を伴うもの K57.9 腸の憩室性疾患，部位不明，穿孔又は膿瘍を伴わないもの	←現行

※表中下線は、各分類の違いを分かりやすく示すために便宜的に付したもの

【提案2】大腸の血管形成異常症(K55.2): 別紙2

〈内容〉現在、K55.2 には小腸及び大腸の血管形成異常がコードされるが、コードタイトルが、「大腸(colon)の血管形成異常症」とされており、範囲が分かりにくい。そのため、表記を K55 の他の疾患と同様に「腸(intestine)」変更するとともに包含用語を追加することで、腸管全域をカバーすることを明確化する提案。

〈具体的な提案〉

腸のその他の疾患(K55-K64)

K55 腸の血行障害

K55.0 腸の急性血行障害

K55.1 腸の慢性血行障害

~~K55.2 大腸の血管形成異常症~~

←削除

K55.3 腸の血管形成異常症

包含:小腸の血管形成異常症

結腸の血管形成異常症

} ←追加

K55.8 腸のその他の血行障害

K55.9 腸の血行障害, 詳細不明

【提案3】下痢を伴わない過敏性腸症候群(K58.9): 別紙3

〈内容〉過敏性腸症候群について、現行は、「下痢を伴う・伴わない」の二分しかないが、「下痢を伴わない」という分類では、混合型や分類不能を適切に区分できない等の理由から、診断に頻用され、世界に普及している Rome II や RomeIII の分類法に沿い、「下痢型(IBS-D)、便秘型(IBS-C)、その他、詳細不明」に区分を修正する提案。

〈具体的な提案〉

K58 過敏性腸症候群

K58.0 下痢を伴う過敏性腸症候群

包含:IBS-D

K58.1 便秘型過敏性症候群

包含:IBS-C

K58.8 その他の型の過敏性腸症候群

K58.9 下痢を伴わない過敏性腸症候群, 詳細不明

} ←追加

←タイトル修正

WHO ICD URC 提案票 (日本語)

関係する ICD-10 コード及びコードタイトル (分類名)	K31.8 Other specified diseases of stomach and duodenum (胃および十二指腸のその他の特異的疾患)	
関係する傷病名		
提案内容の概要	<input type="checkbox"/> 既存コードの削除 <input type="checkbox"/> 既存コードの移動 <input type="checkbox"/> 新規コードの追加 (既存コードの細分)	<input checked="" type="checkbox"/> 既存のコードタイトル (分類名) の修正 <input type="checkbox"/> コードに含まれる傷病名等の追加 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語) <input type="checkbox"/> 既存の傷病名等に割り当てられているコードの修正 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語)
	<input type="checkbox"/> その他	
具体的な提案内容	<p>K31 Other diseases of stomach and duodenum ----- K31.4 Gastric diverticulum K31.5 Obstruction of duodenum <i>Excl. Duodenal diverticulum</i> -----</p> <p>K 31.8 Other specified diseases of stomach and duodenum Achlorhydria Gastropstosis Hourglass contraction of stomach <i>Duodenal diverticulum</i> <i>Excl. Congenital diverticulum of duodenum (Q43.8 or Q40.8?)</i></p> <p>K57 Diverticular disease of intestine <i>Excl. Duodenal diverticulum (K31.8)</i></p> <p>現在、重要な疾患である‘十二指腸憩室’が ICD-10 分類において、直接リストアップされていない。そこで我々は‘十二指腸憩室’を“K31.8 胃および十二指腸のその他の特異的疾患”において項目として収載することを提案する。従って、十二指腸憩室は K57 腸管憩室疾患から除外項目とする、何故ならそれは胃および十二指腸疾患の範疇に属するからである。</p>	
提案理由	<p>現行の ICD-10 において、重要な疾患概念である‘十二指腸憩室’をどこに分類すべきかについてが明確でない。</p> <p>十二指腸の壁外憩室は通常、胆管と膵管が十二指腸で合流する Vater 乳頭付近の領域に局在する。そのため十二指腸憩室はしばしば他の腸管領域とは異なるユニークな合併症、すなわち炎症 (胆管炎あるいは膵炎)</p>	

	<p>や胆石症などが生じる。従ってその臨床的意義は全く胃憩室とは異なる（我々は2つの項目を一緒にすることはできない）。</p> <p>そこで、“十二指腸憩室”は現在の臨床的な要望にそって独立の項目として収載する必要がある。</p> <p>1) 最近十二指腸憩室は、最新の放射線技術と上部消化管内視鏡の普及によって、以前考えられていたより頻繁に発見されるようになった。</p> <p>2) 現在、内視鏡治療は、十二指腸乳頭近傍憩室により生じた膵胆管合併症および十二指腸憩室からの出血に対して、最も一般的な第一選択治療になっている。十二指腸憩室の合併症や内視鏡治療に関する多くの科学論文が見られる。</p>
--	---

エビデンス	疾患の概念・定義	
	症状	
	病因	
	臨床所見	
	<p>その他 （基礎疾患・合併症・予後等の情報、診断基準や治療法の有無、関連指針等についてご記載ください）</p>	<p>壁外性十二指腸憩室（EDD）は十二指腸壁における弱い部分を介して突出する袋状のヘルニアである。EDDは後天性であり、筋欠損部を通してヘルニアを生じた、腸管壁の粘膜または粘膜下層の袋からなる（文献1,2）。</p> <p>十二指腸憩室の大部分は無症状であり、5%以下の患者が腹部症状を有する。症状（合併症）の出現に関して、2つの主要な因子が存在する。</p> <p>A. 機械的原因がもたらすもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 憩室内内容の排出遅延 2. 総胆管または膵管への圧迫 <p>多様な膵胆道系の合併症に関係する、例えば黄疸、総胆管結石、胆管炎、および急性膵炎など（文献3）。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 異物の停滞による十二指腸の閉塞 <p>まれなケースでは、総胆管結石や腫瘍がみられなくても、主に憩室内の腸結石や食物残渣の停留によって、乳頭周辺の憩室による二次的な閉塞性黄疸が生じることがあり、Lemmel 症候群と称される（文献4）。</p> <p>B. 炎症がもたらすもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 憩室炎 <p>これは消化性潰瘍、胆のうまたは膵疾患に類似した症状を引き起こす。‘Perivatrian 憩室炎’としようされるものは閉塞性黄疸をもたらす。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 潰瘍形成および出血

潰瘍は憩室内に存在する異所性胃粘膜あるいは炎症により生じる。非ステロイド性抗炎症薬の摂取も潰瘍や出血を引き起こす。また一般的ではないが、ショックを来すような多量の消化管出血が D3 あるいは D4 領域の憩室によって生じる。

3. 穿孔

穿孔は十二指腸 2nd portion (下行部) または 3rd portion (水平部) における憩室で生じる。憩室炎または憩室潰瘍が穿孔をもたらす。穿孔は腸管結石、内視鏡的による医原性傷害、あるいは腹部外傷などにとってもなっても二次的に生じる (文献 6)。憩室穿孔は膵炎も引き起こしえる。十二指腸—結腸瘻あるいは胃—結腸瘻が憩室における炎症によって二次的に生じることがある。

治療

無症状の十二指腸憩室は治療の適応とならない。原則として外科治療は、内視鏡治療や保存的治療が失敗した際の予備としてとっておくべきである。

A. 膵胆道系の症状に対して

内視鏡的乳頭括約筋切開術が、傍乳頭憩室に伴う膵胆道系の治療、例えば閉塞性黄疸を伴う胆管炎、反復する急性膵炎、総胆管結石を伴わない胆管炎、憩室内の異物による胆汁うっ滞、などの治療として一般的に用いられる (文献 7)。傍乳頭憩室の存在は昔は内視鏡的乳頭括約筋切開術の禁忌であると考えられていた。しかし、現在これは当てはまらず乳頭括約筋石灰術は現在実際に 95% の症例において成功裏に施行されている (文献 8)。しかし、膵胆道系の症状に対して施行された内視鏡的乳頭括約筋切開術の長期予後についての記載はなく、その再発率は決して低くはないように見受けられる。

もし、内視鏡的乳頭括約筋切開術を施行することが出来ない場合には、胆道—腸管バイパス術が憩室切除術に優先して選択される、何故なら憩室切除術はその胆管や膵管を損傷するリスクが高いため、合併症や死亡率が高いためである。胆道—消化管バイパスは、比較的簡単に施行できる単純な手技であり、合併症が発生する確率や死亡率 (6% 以下) が低い。消化管の食物通過ルートから憩室を完全に隔離するために、Crithlow らは十二指腸空腸瘻を作成することを提唱している (文献 9)。

B. 十二指腸憩室の穿孔

非手術的な管理が第一に考慮されるべきである。そしてもし保存的治療がうまく行かない場合、あるいは穿孔によって汎発性腹膜炎へ進展する場合に手術治療が適応される。D3 または D4 領域の憩室に合併症が生じた場合は憩室切開術によって管理しうる。しかし、傍

		<p>乳頭憩室の場合には、憩室切開術の合併症として十二指腸漏あるいは瘻孔形成、腹部膿瘍、総胆管結石への外傷による傷害、急性膵炎と持続性敗血症などが生じる。最も問題のある合併症は十二指腸瘻孔形成であり、その死亡率は13-30%に及ぶとされる（文献8,10）。そこで十二指腸を通過しない多彩な形のバイパス手術が提唱されているが、その中でもっとも簡単な手法は近位十二指腸をステープル閉鎖し、胃空腸吻合術を行うものである（文献8）。</p> <p>C. 出血を合併した十二指腸憩室</p> <p>多くのケースでは止血クリップによる内視鏡止血は有効である。しかしそれが不成功であった場合、血管造影のテクニックを用いた放射線治療や外科的憩室切除術が適応される。</p>				
疫学情報						
	罹患者数・率、有病者数・率	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 779 580 878">国内</td> <td data-bbox="580 779 1465 878"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 878 580 976">世界</td> <td data-bbox="580 878 1465 976"></td> </tr> </table>	国内		世界	
国内						
世界						
	死亡者数・率	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 1160 580 1290">国内</td> <td data-bbox="580 1160 1465 1290"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1290 580 1415">世界</td> <td data-bbox="580 1290 1465 1415"></td> </tr> </table>	国内		世界	
国内						
世界						
	その他（公衆衛生上の重要性、性差、好発年齢・好発地域等についてご記載ください）	<p>十二指腸は大腸に次いで、2番目に憩室の発生しやすい部位であり、空腸、回腸、胃がそれに続く。十二指腸憩室は放射線検査では1-5%の有病率であるが、剖検やERCP検査では23%に達するとされる。十二指腸憩室を有する患者の大腸憩室の発生率は、60歳以上の一般人口のそれに比較してはるかに高率（20-50%）とされる（文献1）。</p> <p>十二指腸憩室は一般的に40歳以上に発見されるが、より高齢者に多くみられ、60%の患者は70歳以上に見られる。性差はみられない（文献8）。</p> <p>高頻度の発生率にかかわらず、95%の症例では無症状であり、1-5%に症状が見られるようになるとされる。</p> <p>十二指腸第2部分が最もよく見られる部位で85-90%を占める。十二指腸第3から第4部分は、それぞれ憩室の20%、10%を占める。憩室は単独あるいは多発性に発生し、6つ以上みられることも報告されている。多発性の頻度は30%に達する（文献1）。</p> <p>十二指腸憩室は通常後天性の壁外性病変であり、先天性壁内病変は大変稀とされる。Vater乳頭を含むあるいはその近傍から生じる病変または総胆管の管腔内部分は、乳頭周囲十二指腸憩室（periampullary duodenal diverticulum (PAD)）および乳頭近傍十</p>				

		<p>十二指腸憩室 (juxta papillary duodenal diverticulum (JPDD)) にわかる。後者は主乳頭から 2 cm 径以内にあり主乳頭を含まない病変と定義される (文献 1)。</p> <p>合併症を伴う憩室症の治療は複数の手法を駆使し、すなわち内視鏡医、インターベンションを行う放射線医、および外科医の技術を総合して行う。JPDD の膵胆管症状の初期治療は内視鏡的乳頭括約筋切開術である。外科的憩室切除術は穿孔を起こした場合に適応とされるが、保存的な非手術的管理が不成功に終わった場合にのみ適応される、あるいは内視鏡的な止血術がうまくゆかない大量出血の場合にも適応される。憩室切除術後の十二指腸瘻の発生リスクは高率で、それと関連する死亡率は 30%にも達するとされる (文献 8)。</p>
	医学的コンセンサスの程度	
	英文根拠論文	<p>References:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mahajan SK, Kashyap R, Chandel UK et al. Duodenal diverticulum: Review of literature. Ind J Surgery 2004; 66: 140-145. 2) Teven CM, Grossman E, Roggin KK et al. Surgical management of pancreaticobiliary duodenal diverticula: Case series and review of the literature. J Gastrointest Surg 2012; 16: 1436-1441. 3) Zoef T, Zoepf DS, Arnold JC et al. The relation between juxtapapillary and duodenal diverticula and disorders of the biliopancreatic system. Analysis of 350 patients. Gastrointest Endosc 2001; 54: 56-61. 4) Kang HS, Hyun JJ, Kim SY et al. Lemmel's syndrome, an unusual cause of abdominal pain and jaundice by impacted intradiverticular enterolith: Case report. J Korean Med Sci 2014; 29: 874-878. 5) Dalal AA, Rogers SJ, Cello JP. Endoscopic management of hemorrhage from a duodenal diverticulum. Gastrointest Endosc 1998; 48: 418-420. 6) Thorson CM, Pedro S, Ruis P et al. The perforated duodenal diverticulum. Ann Surg 2012; 147: 81-88. 7) Vitturi N, Simori F, De Stefano F et al. Paravaterian diverticula presenting as acute cholangitis in two very elderly patients. J gastrointest Liver Dis 2010; 220: 163-166. 8) Oulachbi N, Brouzes S. Management of complicated duodenal diverticula. J Visceral Surgery 2013; 150: 173-179. 9) Critchlow JF, Shapiro ME, Silen W. Duodenojejunostomy for the pancreaticobiliary complications of duodenal diverticulum.

		Ann Surg 1985; 202: 56-58. 10) Fowler JS Cheatham ML, Sandler B et al. Traumatic perforation of a duodenal diverticulum. Am Surg 2008; 74: 781-782.
備考		

WHO ICD URC 提案票 (日本語)

関係する ICD-10 コード及び コードタイトル (分類名)		K55.2 結腸アンギオディスプラジア
関係する傷病名		
提案 内容 の 概要	<input type="checkbox"/> 既存コードの削除 <input type="checkbox"/> 既存コードの移動 <input checked="" type="checkbox"/> 新規コードの追加 (既存コード の細分)	<input type="checkbox"/> 既存のコードタイトル (分類名) の修正 <input type="checkbox"/> コードに含まれる傷病名等の追加 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語) <input checked="" type="checkbox"/> 既存の傷病名等に割り当てられているコードの修正 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語)
	<input type="checkbox"/> その他	
具体的な提案内容		コードタイトルの変更と新しい小腸アンギオディスプラジアの追加 K55 Vascular disorders of intestine K55.0 Acute vascular disorders of intestine K55.1 Chronic vascular disorders of intestine K55.2 Angiodysplasia of colon K55.2 Angiodysplasia of intestine Angiodysplasia of small intestine Angiodysplasia of colon K55.8 Other vascular disorders of intestine K55.9 Vascular disorder of intestine, unspecified
提案理由		現在の K55.2 は小腸病変を含まない、従って本提案は K55 の他疾患表記と同様なものにして腸管全域をカバーするものである。 近年、小腸のカプセル内視鏡やデバイス補助小腸鏡 (DAE: バルーン小腸鏡もしくはスパイラル小腸鏡) の発達により、以前は他の検査で指摘できなかった小腸病変への認識が高まった (文献 1,2)。消化管出血の原因部位として小腸は最も頻度が少ないが、原因不明の消化管出血 obscure GI bleeding (OGIB) 、あるいは mid-GI bleeding といわれるものの原因としては最も普遍的な部位である (文献 3)。最近、カプセル内視鏡 (CE) やバルーン内視鏡を使用して、(アンギオエクタジア) への認識が高まり、小腸からの出血の主要な原因となることが知られてきた。この小腸アンギオディスプラジアの消化管出血への関与という最近の医学知識の進歩

	を考慮して、腸管アンギオディスプラジアのカテゴリーの中で本疾患を表記する必要がある。
--	--

エビデンス	疾患の概念・定義	
	症状	出血時にタール便、下血、鉄欠乏性貧血による息切れや失神
	病因	原因は不明、しかし加齢による変性変化、合併症によるもの、あるいは管腔内の圧力上昇などが想定されている。
	臨床所見	粘膜あるいは粘膜下層に限局する二次性の血管病変で赤色班あるいはクモ状血管病変としてみられる。従って手術中ほとんど認識できない。
	その他 (基礎疾患・合併症・予後等の情報、診断基準や治療法の有無、関連指針等についてご記載ください)	<p>アンギオディスプラジアは小さい血管の拡張を伴う消化管の血管奇形であり、消化管の粘膜下層の静脈を障害し、やがて粘膜の静脈や毛細血管に及ぶ(文献 4,5)。アンギオディスプラジアは内膜弾性線維を欠いた細い蛇行した静脈からなる。しかし、より広義に本疾患名はしばしば AVM(動脈と静脈が直接に接続した動静脈奇形)や Dieulafoy 病変(動脈病変)を含み使用されることがある(文献 2)。アンギオディスプラジアの原因は不明である、しかし加齢にともなう変性過程や血管新生因子の発現異常なども示唆されている(文献 6)。</p> <p>高齢者にみられることが多いことから、小腸アンギオディスプラジア患者には合併疾患が高率にみられる(文献 7)、その率は大腸アンギオディスプラジアにおけるものと同様と考えられる(文献 8)。これらの合併疾患は、大動脈弁狭窄症などの心血管疾患、慢性腎臓病、門脈圧亢進症、および血液凝固疾患を含む。とくに von Willebrand 因子欠損症の消化管アンギオディスプラジアへの関係が示唆されている(文献 4,9)。</p> <p>アンギオディスプラジアの診断において CE と DAE は最も効率的であり、CE が異常病変の発見に優れ、ダブルバルーン内視鏡が内視鏡治療において優れていることが示されている(文献 10,11)。DAE による電気凝固を用いた内視鏡止血は効果的で安全性の高い手技であるが、アンギオディスプラジアは非血管病変に比べ再出血する傾向が高い。従って、内視鏡治療を必要時に応じて繰り返し、手術適応に優先して施行することが推奨される(文献 12)。</p>

疫学情報		
罹患者数・率、 有病者数・率	国内	不明
	世界	不明
死亡者数・率	国内	不明
	世界	不明
その他（公衆衛生上の 重要性、性差、好発年 齢・好発地域等につい てご記載ください）	<p>消化管出血の多くは内視鏡施行時に認識できる、しかし5%の症例ではその原因部位が検査を繰り返しても必ずしも同定できず obscure gastro-intestinal bleeding (OGIB) と呼ばれる（文献 13）。多数の報告は小腸からの出血が OGIB の主要な原因であることを示している。</p> <p>アンギオディスプラジアは消化管出血のよく見られる原因であり全体の5%に達する。本疾患は消化管にいずれの部位でもみられ、大腸に最も多くみられるが、15%は小腸に存在すると考えられる（文献 7,14）。重要なことに小腸アンギオディスプラジアは小腸 OGIB の40-50%にも達する最も普遍的な原因疾患とされる（文献 15,16）。特に西洋諸国において小腸アンギオディスプラジアは中部（mid）消化管出血の最も多い原因の1つであるが、一方東洋諸国においては炎症性疾患、例えば腸結核、単純潰瘍（ベーチェット病）などがアンギオディスプラジアと並んで多く遭遇する疾患である（文献 17, 18）。この民族的相違が、mid 消化管出血病変が西洋諸国においては主に空腸に局在するのに対して、東洋諸国では空腸および回腸においてほぼ同様に分布するという事実をもたらす。</p> <p>アンギオディスプラジアは高齢患者においても重要でありこれらの患者において小腸出血の最も普遍的な原因となる。しかし小腸アンギオディスプラジアは単独の病変として出現するという証拠が最近みられるようになった。60%以上の小腸アンギオディスプラジアは後の時期において再出血し、全死亡率は2%に及ぶ（文献 7）、そして小腸における血管病変を有する患者はその他の小腸病変に基づく患者に比較して、OGIB をコントロール出来る率が有意に低いとされる（文献 19）。</p> <p>以上から結論として、小腸アンギオディスプラジアは必須のコードであると考えられる。</p>	
医学的コンセンサスの程度		

英文根拠論文	<ol style="list-style-type: none"> 1) Iddan G, Meron G, Glukhovsky A et al. Wireless capsule endoscopy. <i>Nature</i> 2000; 405: 417 2) Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. <i>Gastrointest Endosc</i> 2001; 53: 216-220. 3) Ell C, May A. Mid-gastrointestinal bleeding: capsule endoscopy and push-and pull enteroscopy give rise to a new medical term. <i>Endoscopy</i> 2006; 28: 73-75. 4) Patti R, Almasio PL, Buscemi S et al. Small bowel angiodysplasia associated with von Willebrand's disease: Report of case. <i>Surg Today</i> 2006; 36: 659-662. 5) Veyradier A, Balian A, Wolf M et al. Abnormal von Willebrand factor factor in bleeding angiodysplasias of the digestive tract. <i>Gastroenterology</i> 2001; 120: 346-353. 6) Fan GW, Chen T-H, Lin W-P et al. Angiodysplasia and bleeding in the small intestine treated by balloon-assisted enteroscopy. <i>J Dig Dis</i> 2013; 14: 113-116. 7) Holleran G, Hall B, Hussey M et al. Small bowel angiodysplasia and novel disease association: a cohort study. <i>Scand J Gastroenterol</i> 2013; 48: 433-438. 8) Ueno S, Nakase H, Kasahara K et al. Clinical features of Japanese patients with colonic angiodysplasia. <i>J Gastroenterol Hepatol</i> 2008; 23: e363-366. 9) Satoh Y, Kita H, Kihara K et al. Gastrointestinal angiodysplasia in a patient with type 2 von Willebrand's disease and analysis of exon 28 of the von Willebrand factor gene. <i>Am J Gastroenterol</i> 2004; 99: 2495-2498. 10) Regula J, Wronska E, Pachlewski J. Vascular lesions of the gastrointestinal tract. <i>Best Pract Res Clin Gastroenterol</i> 2008; 22: 313-326. 11) Kameda N, Higuchi K, Shimoda M et al. A prospective single-blind trial comparing wireless capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. <i>J Gastroenterol</i> 2008; 43: 434-440. 12) Ohmiya N, Yano T, Yamamoto H et al. Diagnosis and treatment of obscure GI bleeding at double balloon endoscopy. <i>Gastrointest Endosc</i> 2007; 66: 572-577. 13) Rockey DC. Occult gastrointestinal bleeding. <i>N Engl J Med</i> 1999; 341: 38-46. 14) Dray X, Camus M, Coelho J et al. Treatment of gastrointestinal angiodysplasia and unmet needs. <i>Dig Liver Dis</i>
--------	---

		<p>2011; 43: 515-522.</p> <p>15) Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. Am J Gastroenterol 1993; 88: 807-818.</p> <p>16) Liao Z, Gao R, Xu C et al. Indications and detection, completion, and retention rates of small bowel capsule endoscopy: a systematic review. Gastrointest Endosc 2010; 71: 280-286.</p> <p>17) Bollinger E, Raines D, Saitta P. Distribution of bleeding gastrointestinal angioectasia in a Western population. World J Gastroenterol 2012; 18: 6235-6239.</p> <p>18) Gerson LB, Batenic MA, Newsom SL et al. Long-term outcomes after double-balloon enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 664-669.</p> <p>19) Shinozaki S, Yamamoto H, Yano T, et al. Long-term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double-balloon endoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8: 151-158.</p>
備考		

WHO ICD URC 提案票 (日本語)

関係する ICD-10 コード及び コードタイトル (分類名)		K58.9 下痢の伴わない過敏性腸症候群
関係する傷病名		
提案 内容 の 概要	<input type="checkbox"/> 既存コードの削除 <input type="checkbox"/> 既存コードの移動 <input type="checkbox"/> 新規コードの追加 (既存コード の細分)	<input checked="" type="checkbox"/> 既存のコードタイトル (分類名) の修正 <input type="checkbox"/> コードに含まれる傷病名等の追加 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語) <input type="checkbox"/> 既存の傷病名等に割り当てられているコードの修正 (選択: 内容例示の包含用語/除外用語/索引の用語)
	<input type="checkbox"/> その他	
具体的な提案内容		提案する分類名の変更と 提案する分類の修正 K58 過敏性腸症候群 K58.0 下痢型過敏性腸症候群 <u>IBS-D</u> K58.9 下痢の伴わない過敏性腸症候群 (削除) <u>K58.1 便秘型過敏性腸症候群</u> <u>IBS-C</u> K58.8 過敏性腸症候群、その他のタイプ K58.9 過敏性腸症候群、分類不能
提案理由		<p>現行の ICD10 分類では、K58.9 下痢の伴わない過敏性腸症候群は適切ではない。現在過敏性腸症候群の診断に頻用されている Rome II や RomeIII では、亜群の分類法に、IBS-D や IBS-C を用いており、それらが臨床の場で全世界的に行き渡っている。したがって、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 現在の概念に照らし合わせ、亜群の分類法に IBS-C を織り込むことは必須である。 2) ‘下痢の伴わない過敏性腸症候群’ という分類は Rome III 分類での ‘下痢型以外の過敏性腸症候群’ を表しえない。すなわち IBS-M:混合型 IBS, IBS-U:分類不能型を意味しないばかりでなく、IBS-C:便秘型ですら該当しない。というのはこれらの型でも全く下痢があってはいけないと規定していないからである。例えば Rome III では IBS-C は硬便または兔糞状便 > 25%、軟便または水様便 25%未満である。したがって、‘下痢の伴わない過敏性腸症候群’ と分類すると IBS-C では時々下痢が生じることもあるので、それを否定することになり IBS-C が該当しなくなる。 3) ICD-10 の IBS-C の提案に付随して、K58.8 に他の亜分類も加えるべきである。それには Rome III や WHO DMS-IV コード分類にある

	<p>IBS-M 混合型 IBS, IBS-U:分類不能型, IBS-A: 交代型や腹痛有意型などが含まれる。これらの分類の方が、現行の‘K58.9 下痢の伴わない過敏性腸症候群’よりも下痢型以外の IBS をカバーする。</p> <p>4) 薬物治療や症状の医学的緩和なども、IBS の亜分類（便秘優位か、下痢優位か）を考慮して行われるように変化しつつある。</p>
--	--

エビデンス	疾患の概念・定義	
	症状	
	病因	
	臨床所見	
	<p>その他 （基礎疾患・合併症・予後等の情報、診断基準や治療法の有無、関連指針等についてご記載ください）</p>	<p>過敏性腸症候群は構造的異常や器質疾患が無いにも関わらず腹痛や腹部不快感を生じ、それに関連した便通異常を特徴とする疾患である。Rome 委員会は臨床症状に基づいた診断基準を提唱し、最新版は Rome III として 2006 年に完成し、国際基準として用いられている（1）。実地診療に合致し、臨床研究にも適応するような分類法としてブリストル便形状スケール（BSS）による亜分類が推奨されている（2）。</p> <p>IBS-D は 25%以上が軟便または水様便（BSS 6 か 7）であり便秘基準が 25%以下のものと規定され、IBS-C は 25%以上が硬便または兎糞状（BSS 1 か 2）であり下痢基準が 25%以下のものと規定される。他の亜分類は IBS-M:混合型（硬便または兎糞状>25%、軟便または水様便>25%で双方の基準に合致する）や IBS-U:分類不能型(便性状の変化に乏しく、IBS-C,D,M のいずれの基準にも該当しない)がある。さらに、IBS-A:交代型(IBS-D, IBS-C の双方の基準に該当し、1 2ヶ月以内にそれらの症状が変化する)がある（1）。</p> <p>Rome II 基準では IBS-D や IBS-C を排便頻度や排便パターンによって分類されていた。興味深いことに最近の研究で、Rome II 基準での分類された患者集団と Rome III 基準の分類された患者集団は一致率が高く、その経過も一致性が高いと報告されている。以上から、RomeII 基準で診断された患者集団の研究と Rome III 基準で診断さ</p>

		れた患者集団の研究を比較対象としても良いと考えられている(3)。
疫学情報		
罹患者数・率、 有病者数・率	国内	
	世界	
死亡者数・率	国内	
	世界	
その他（公衆衛生上の 重要性、性差、好発年 齢・好発地域等につい てご記載ください）	<p>IBS は慢性の衰弱性の機能的消化管疾患であり、人口統計学的には極めて罹患者が多く(成人の 10-20%が IBS 症状を持つといわれる)、ほとんどの研究では女性に多いと言われる(4-6)。しかし、多くの患者は医療機関を受診していない。</p> <p>型別の分布では IBS-C,IBS-D,IBS-M(あるいは IBS-A)はほぼ均等の割合である。約 33%づつといわれるが 75%以上の患者は型を変化させるともいわれ、とくに IBS-D と IBS-M 間で多い(7)。しかしヨーロッパでは IBS-C や IBS-A(M)が最も多いようである。プライマリーケア医では IBS-M が多く、消化器専門医では IBS-C や IBS-D が最も多いとの報告もある(8)。</p> <p>性差が存在するとの報告もある。最近のシステマティックレビューによると女性は腹痛を訴えやすく、便秘に関係する症状が多い。男性の IBS 患者は下痢に関係する症状が多い。その差は際立った程度ではない(9)。</p>	
医学的コンセンサスの程度		
英文根拠論文		<p>文献:</p> <p>1) Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1480-1491.</p> <p>2) O'Donnell LJD, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. Br Med J 1990; 300:439-440.</p> <p>3) Dorn SD, Morris CB, Hu Y et al. Irritable bowel syndrome subtypes defined by Rome II and Rome III criteria are similar. J Clin Gastroenterol 2009; 43: 214-220.</p> <p>4) Saito YA, Schoenfeld P, Locke GRI. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systemic review. Am J Gastroenterol 2002; 97: 1910-1915.</p> <p>5) Gwee K-A. Irritable bowel syndrome in developing countries- a disorder of civilization or colonization? Neurogastroenterol Motil 2005; 17: 317-324.</p>

		<p>6) Boyce PM, Talley NJ, Burke C et al. Epidemiology of the functional gastrointestinal disorders diagnosed according to Rome II criteria: an Australian population- based study. Intern Med J 2006; 36: 28-36.</p> <p>7) Drossman DA, Morris CB, Hu Y et al. A prospective assessment of bowel habit in irritable bowel syndrome in women: defining an alternator. Gastroenterology 2005; 128: 580-589.</p> <p>8) Guilera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. Am J Gastroenterol 2005; 100: 1174-1184.</p> <p>9) Adeyemo MA, Spiegel BM, Chang L. Meta-analysis: do irritable bowel syndrome symptoms vary between men and women? Aliment Pharmacol Ther 2010; 32: 738-755.</p>
備考		