

学会誌『潰瘍』 投稿規程

【一般演題（口演およびポスター発表）】

- (1) 論文原稿：4,000字以内
 - a. タイトルページ
 - ・演題名、所属機関名、筆頭著者及び共同著者名を記してください。
 - b. 本文原稿
 - ・原則として[目的、方法、結果、考察、結論、文献]の順に記してください。
 - c. 文献
 - ・15本以内
 - ・[著者名(3名まで), et al. 論文タイトル. 誌名 号数: 頁-頁, 発行年.]の順に記してください。
 - ・引用順に番号を付し、本文中に肩付番号を記してください。
 - d. 図表
 - ・図表(表題及び説明文を含む)1枚は400字に相当し、4枚以内(1,600字以内)。(図表4枚掲載の場合の本文字数: 4,000-1,600=2,400字以内)
 - ・表題及び説明は和文・英文のいずれかで記してください。
 - ・誌面掲載時には[A4 1/4 (縦または横)]が基本サイズとなります。
- (2) 英文抄録：
 - a. タイトルページ
 - ・演題名、所属機関名、筆頭著者及び共同著者名を記してください。
 - b. 抄録
 - ・200 words 以内

【一般演題以外】

- (1) 論文原稿：6,000字以内
 - a. タイトルページ
 - ・演題名、所属機関名、筆頭著者及び共同著者名を記してください。
 - b. 本文原稿
 - ・形式は自由です。
 - c. 文献
 - ・30本以内
 - ・[著者名(3名まで), et al. 論文タイトル. 誌名 号数: 頁-頁, 発行年.]の順に記してください。
 - ・引用順に番号を付し、本文中に肩付番号を記してください。
 - d. 図表
 - ・図表(表題及び説明文を含む)1枚は400字に相当し、6枚以内(2,400字以内)。

(図表 6 枚掲載の場合の本文字数 : 6,000-2,400=3,600 字以内)

- ・表題及び説明は和文・英文のいずれかで記してください。
- ・誌面掲載時には[A4 1/4 (縦または横)]が基本サイズとなります。

(2) 英文抄録 :

a. タイトルページ (1 枚)

- ・演題名、所属機関名、筆頭著者及び共同著者名を記してください。

b. 抄録 (1 枚)

- ・ 200 words 以内

【その他】

(1) 原稿の形式 :

原則として上記規程による原著形式の論文および英文抄録のご執筆をお願いいたしております。ただし、他誌へ投稿予定の方は、総説形式、抄録形式でも受け付けます。

原著形式での掲載を希望されない場合は、英文抄録および図表は著者の判断で省略していただいても構いません。

(2) ひな型 :

原著形式のひな型は [『潰瘍』第 48 巻 50~52 ページ](#) をご参照ください。

(3) 著者校正 :

学会誌『潰瘍』は著者校正のみで査読はありませんが、完成前に編集委員会により体裁確認を行っております。そのため、著者校正終了後の原稿の体裁が変更になる可能性があることと、場合によっては編集委員会から著者に質問があることを予めご了承ください。

(4) ファイル形式 :

a. 本文原稿 :

- ・ Microsoft Word ファイル (Windows、Macintosh いずれも可) またはテキストファイル

b. 画像原稿 :

- ・ 原則として JPEG 形式のファイル (TIFF や EPS のファイル形式も可)
- ・ 解像度は原寸 (実際に使用する大きさにしたとき) で 300dpi 以上が推奨です。

(5) ファイル容量

ファイル容量が 10MB を超える場合は E メールを受信できない可能性がありますので、事前に下記事務局までご連絡ください。

(6) 掲載料

掲載された原稿に非会員の共同著者名が記載されている場合、非会員 1 名につき 1,000 円

の掲載料が発生します。掲載料は筆頭著者にご請求いたします。

(7) 著作権

学会誌『潰瘍』に掲載された論文の著作権（著作財産権、Copyright）は一般社団法人日本潰瘍学会に帰属します。

(8) 利益相反（COI）

「一般社団法人 日本潰瘍学会「医学系研究の利益相反に関する指針」に基づき下記様式 2B を用いて申請をお願いいたします。

学会ホームページ>各種規程>利益相反について

<http://www.jp-ulcer-research.org/gakkai/kitei-02.php>

[様式 2B.pdf](#)（学会誌著者の COI 自己申告書）

[様式 2B.docx](#)（学会誌著者の COI 自己申告書）

(9) 個人情報保護

文部科学省・厚生労働省からの「医学研究に関する指針（最新版）」等に則り、個人情報保護に関する法律を順守してください。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/>

(10) 送付先 / お問い合わせ

一般社団法人 日本潰瘍学会

編集委員会

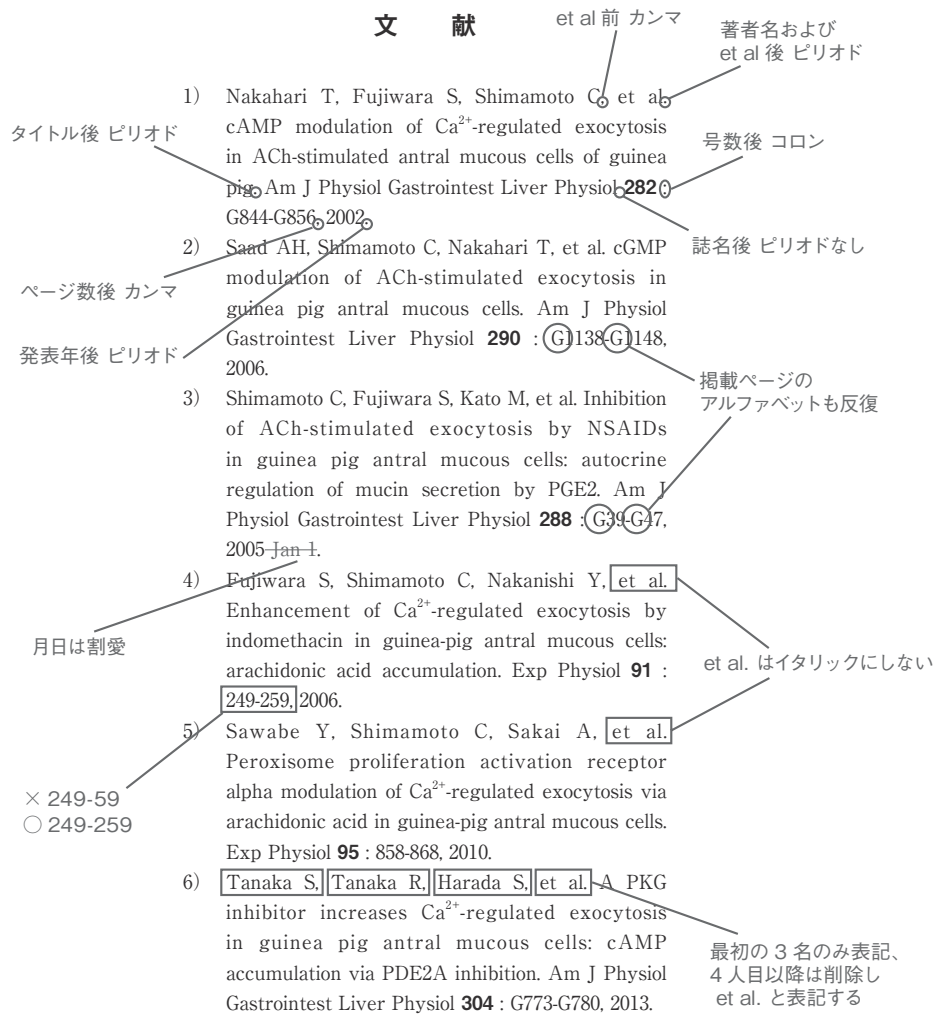
ulcer-research@kyoto-info.com

【見本】文献の記載方法

『潰瘍』 第42巻 62～65ページよりテキスト抽出

記載は下記の順番でお願いします。

- ① 著者名
- ② 論文タイトル
- ③ 掲載誌名
- ④ 号数
- ⑤ 掲載ページ
- ⑥ 発表年



活動性難治性潰瘍性大腸炎に対する トファシチニブ + intensive GMA 併用療法の長期効果

名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学¹⁾

谷田 諭史・尾関 啓司・片岡 洋望¹⁾

背景・目的

トファシチニブは、ステロイドや抗 TNF α 抗体薬に抵抗性や効果減弱を示す難治性潰瘍性大腸炎に対して有効性示すが、単剤効果は限定的である¹⁾。また、活動性潰瘍性大腸炎に対して顆粒球除去強化療法が有用である²⁾。今回ステロイド依存性・抵抗性または、抗 TNF α 抗体薬に効果減弱を示す中等症・重症難治性潰瘍性大腸炎患者に対してトファシチニブ (TOF)・顆粒球除去強化療法併用を行い、長期 (52 週) の治療成績 (寛解率、ステロイド離脱の有無、安全性) を検討した。

方法

対象：2018 年 7 月 - 2020 年 5 月までに当院で TOF (20mg/日 8 週間、以後 10mg/日)・顆粒球除去強化療法 intensive GMA (2 回/週：合計 10 回) 併用を実施し、10 回終了後は、TOF のみの維持療法を行った。1 年以上経過観察できたステロイド依存性・抵抗性、抗 TNF α 抗体薬効果減弱 (4 例) を示した難治性活動性潰瘍性大腸炎連続 8 症例 (男 2 名、女 6 名、平均年齢 55.3 歳、全大腸炎型：左半型、4:4)。評価：治療前と治療 10 週間および 52 週間での大腸内視鏡所見を含めた full Mayo score 評価による寛解率、完全粘

膜治癒率 (Mayo サブスコア = 0)、ステロイド離脱率および安全性について後ろ向きに検討した。寛解は、Mayo score が 2 点以下かつ、それぞれの項目が 0 または 1 とした。

結果

ステロイド依存・抵抗症例は、各々 5 例、2 例、抗 TNF α 抗体薬効果減弱は、4 例であった。TOF・顆粒球除去強化療法併用により 10 週での寛解は、8 例中 5 例 (62.5%) で認められた。1 例無効で 10 週に至る前に外科的治療となった。トファシチニブ継続 52 週間後ステロイドフリー寛解維持は 85.7% (6/7 例) であった。手術例を除いた 7 例での 10 週時 Full Mayo score (平均) は、治療前 9.1 → 10 週間後 1.6 となり、52 週時のスコアは、1.3 であった。大腸内視鏡スコア (平均) は、治療前 2.5 → 10 週間後 0.6、52 週時 0.6 だった。10 週時完全粘膜治癒率 (Mayo サブスコア = 0) は、37.5% (3/8 例) であった。治療 10 週でのステロイド離脱は、100% (7/7 例) で可能であった。長期での有害事象は 6 例に認められた。トリグリセリド、総コレステロールの上昇 (4 例)、クレアチニンフォスフォキナーゼ上昇 (2 例)、口唇ヘルペス、インフルエンザ (各 1 例)。トファシチニブの有害事象は、手術の 1 例を除いてコントロールできるものが多かった。重篤なものは認め

られませんでした。

考 察

中等症、重症活動性潰瘍性大腸炎に対する TOF の有効性を検証した OCTAVE 1,2 試験において、8 週での寛解率は、16.6-18.5% であり、52 週 (5mg/回、1日2回) での寛解率は、34.3% であった。また、8 週および 52 週での粘膜治癒率 (Mayo サブスコア ≤ 1) は、それぞれ 28.4-31.3% (プラセボ 11.6-15.6%)、37.4% であった¹⁾。本検討では、10 週での粘膜治癒率は、全例で認められ、完全粘膜治癒率 (Mayo サブスコア = 0) は、37.5% であった。8 週での大腸粘膜スコアは、治療前 2.5 → 10 週後 0.6 と有意に改善しており、52 週でのスコアでも 0.6 と良好な結果が継続していた。導入療法でベースラインと比較して、良好な粘膜炎症の鎮静化および粘膜治癒効果が得られると、以後の維持効果も良好な結果がとることが明らかになった³⁾。これらの結果は、トファシチニブの腸管炎症の鎮静化と GMA の体循環中の顆粒球・単球除去による抗炎症効果の相加効果と

考えられる⁴⁾。以前の報告⁴⁾にさらに症例を追加した今回の検討でも、同様な良好な結果であった。有害事象については、本検討では、トリグリセリド、総コレステロールや一過性のクレアチニンフォスフォキナーゼ上昇、口唇ヘルペス、インフルエンザが見られた。OCTAVE 1, 2 試験で報告されているものと同様であった。

結 語

難治性活動性潰瘍性大腸炎患者に対して、TOF・顆粒球除去強化療法併用は、有効で比較的安全だと考えられた。

文 献

- 1) Sandborn WJ, Su C, Sands BE, et al. Tofacitinib as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *N Engl J Med* 2017 ; **376** (18) : 1723-1736
- 2) Sakuraba A, Motoya S, Watanabe K, et al. An open-label prospective randomized

Figure 1

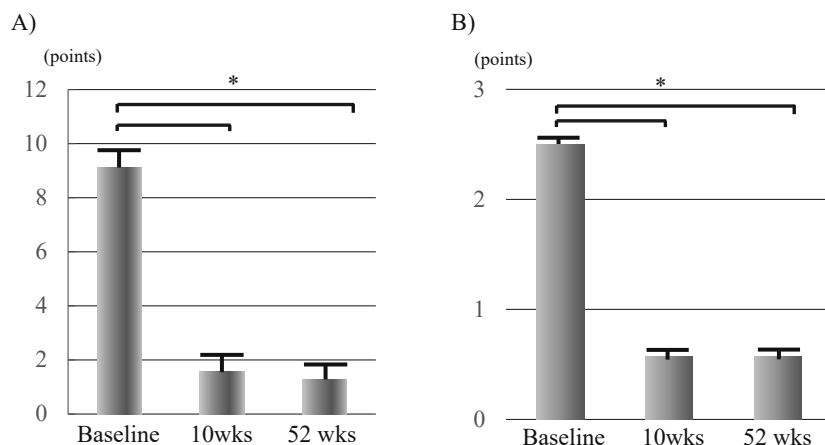


Figure 1

- A) TOF・intensive GMA 併用療法併用療法 baseline、10 週および 52 週後の Full Mayo スコアの変化 paired t-test *<0.01。
- B) TOF・intensive GMA 併用療法併用療法 baseline、10 週および 52 週後の内視鏡サブスコアの変化 paired t-test *<0.01。

- multicenter study shows very rapid remission of ulcerative colitis by intensive granulocyte and monocyte adsorptive apheresis as compared with routine weekly treatment. *Am J Gastroenterol* 2009 ; **104** (12) : 2990-2995.
- 3) Tanida S, Mizoshita T, Nishie H, et al. Combination therapy with adalimumab plus intensive granulocyte and monocyte adsorptive apheresis in patients with refractory ulcerative colitis. *J Clin Med Res.* 2015 ; **7** (11) : 884-889.
- 4) Tanida S, Ozeki K, Mizoshita T, et al. Combination Therapy With Tofacitinib Plus Intensive Granulocyte and Monocyte Adsorptive Apheresis as Induction Therapy for Refractory Ulcerative Colitis. *J Clin Med Res.* 2020 ; **12** (1) : 36-40.

Long-term Efficacy of Combination Therapy with Tofacitinib plus Intensive Granulocyte and Monocyte Adsorptive Apheresis in patients with refractory ulcerative colitis

Satoshi TANIDA, Keiji OZEKI, Hiromi KATAOKA¹⁾

¹⁾ *Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences,
Department of Gastroenterology and Metabolism*

Abstract

Background and Aims: Long-term efficacy and safety of combination therapy with tofacitinib (TOF) plus intensive granulocyte and monocyte adsorptive apheresis (GMA) (two sessions per week) for the treatment of refractory active ulcerative colitis (UC) have not been previously evaluated. This retrospective study evaluated the 10- and 52-week efficacies of combination therapy with TOF plus intensive GMA on refractory active UC patients, on clinical outcomes over 52 weeks under subsequent maintenance treatment of TOF.

Methods: Ten patients were given initial combination therapy of TOF at 10 mg twice a day for 8 weeks as induction therapy and, subsequently, 5 mg twice a day, and intensive GMA in two sessions a week for a total of 10 times as induction therapy.

Results: in 5 (62.5%) of 8 patients who received this combination therapy, clinical remission at 10 weeks was observed. 37.5% displayed complete mucosal healing (Mayo endoscopy subscore of 0) at 10 weeks. One had orolabial herpes, two had transient increase in creatinine phosphokinase due to intense physical exercise.

Conclusions: Combination therapy with TOF plus intensive GMA is useful for induction and maintenance of clinical remission and mucosal healing in refractory UC patients and is well tolerated.