

巻頭言

渡辺 守*

近年 IBD においては、生物学的製剤に代表される新規薬剤のグローバルな開発が活発である。ステロイド薬や免疫調節薬などのいわゆる既存治療との比較で、有効性のみでなく、安全性においても優れた成績が期待される薬剤も少なくない。多くの患者で寛解導入が可能となる一方で、これらの薬剤間の有効性などを比較した研究は多くはなく、薬剤の選択に頭を悩ませることとなる。有効性の評価に関しては、かつてのように臨床症状の改善のみでなく、内視鏡検査による粘膜治癒の評価や、便中マーカーの活用およびその解釈などについての知識が必要とされる。また、治療選択肢は無限にあるわけではないため、潰瘍性大腸炎およびクローン病それぞれにおいて、適切なタイミングで評価することが重要であり、一方で、疾患の進行を可能なかぎり早期に同定し、現行の治療の最適化を含めた治療変更を検討しなくてはならない。また、患者へのさまざまな負担を考慮すれば、必要以上の内視鏡検査や放射線検査などは回避し、非侵襲的な検査で代用できるのが望ましい。

一方、寛解維持に関しては、クローン病における術後症例も含めて、生物学的製剤では抗薬物抗体による効果減弱はまれではなく、生物学的製剤使用に際しての免疫調節薬の併用や、投与量の増量、投与間隔の短縮など、粘膜治癒を含む寛解維持効果の最適化を検討しなくてはならない。また、維持治療については、背景のリスクを念頭におきながら、感染症や血栓症、悪性腫瘍などに注意をする必要がある。安全性に関するデータに関しては、特定使用成績調査に加えて、全国規模のレジストリー研究などにより明らかにされることが期待される。

一方、薬物治療の進歩にもかかわらず、炎症のコントロールが困難な患者も少なくなく、再生医療などの新しいアプローチが試みられている。その発展が期待されるが、最終的には臨床試験において、その有効性、安全性が検証されるのが待たれる。また、とくに患者の視点からは、補完代替療法(CAM)に対する期待は少なくないが、効果に関する生物学的な根拠が十分に備わり、さらに臨床試験に

Mamoru Watanabe

*東京医科歯科大学 理事・副学長(〒113-8510 東京都文京区湯島 1-5-45)

おける適切な評価が行われたものは、ごくわずかである。患者へは、単に「勧めません」だけではなく、その限界について、丁寧で正確な説明が必要である。

腸管合併症の一つとして、colitic cancer の適切なサーベイランスは重要となるが、色素内視鏡や画像強調観察のほか、治療に関しては、限局性の病変に対して、内視鏡治療が行われる機会も増えている。しかし、技術的な可能性の前に、前提としては、病変の同時および異時多発性といった colitic cancer の自然史に関する正確な知識が必要である。

最後に、専門家としては、それぞれの薬物治療の特徴に関する知識をもつだけでなく、それを個々の患者にいかに関わりやすく説明し、“shared decision making”を達成するかが求められている。患者数が増加するなか、薬物治療の選択肢の複雑化に伴い、IBD の最新の知識をもつ消化器医だけでなく、同様に専門的な知識および技術を有する他の医療職も加わった IBD センター構想について、さまざまな重症度の個々の患者および家族、地域社会における役割に関して執筆をいただいた。

今回の特集は、分子標的時代の IBD 治療に関するさまざまなテーマに関して、それぞれの専門の医師に執筆をお願いしており、裾野の広がりを見せている IBD の寛解導入および寛解維持治療の実践において、きわめて有用であると考えている。読者の先生方の、明日からの日常診療に参考としていただくことを期待するものである。