

巻頭言

加藤 順*

炎症性腸疾患の患者数は全世界的に増加傾向にある。それに伴い、新しい治療薬、検査法、病勢のモニタリング法が開発されてきている。新しい治療薬や検査法が開発されるのは好ましいことではあるが、それらには共通する問題点が一つある。それは、どの薬、どの検査法を選択するのか？ についてのゴールドスタンダードと呼ばれるものが存在しない、ということである。

たとえば、近年、新たな分子標的薬が続々と開発され、難治性潰瘍性大腸炎に対する治療薬の選択肢も広がった。では、現在でも6製剤(+バイオシミラー)ある分子標的薬のなかから、目の前の患者に対して何を基準にどの薬を選択すればよいのか？ については治療指針を読んでもまったく書いていない。内視鏡を行わずに疾患の活動性を予測するマーカーとして、海外で用いられてきた便中カルプロテクチンが本邦でも使われるようになったが、日本では以前から免疫学的便潜血検査を使ってきた方もあり、最近では新しい血清マーカー LRG も登場した。では、どのマーカーを使用して患者をフォローするのがよいのだろうか？ クロウン病では、小腸の観察が重要である。以前は小腸造影というやや名人芸のような検査法が主流であったが、現在では小腸カプセル内視鏡やバルーン内視鏡、MRIを用いた MR enterography なども用いられている。では、どの検査法が優れているのだろうか？

以上のような問題には、現状では実は正解があるわけではない。将来的には、こういう特徴のある患者には、この薬(このモニタリング法)を使用すべきである、というようなクリアカットな指針が出るかもしれないが、とりあえず、今はそのようなものはまったくない。このことが、診療における選択肢が増えたにもかかわらず、炎症性腸疾患診療を余計ややこしく、わかりにくくしている。

しかしながら、そういう状況でも専門家は目の前の患者に対し、ある薬やある検査法を使用するという選択をしている。正解は一つではないから、専門家の間でもどれを選択するかについては意見が分かれることもままあるだろう。しか

Jun Kato

*千葉大学大学院医学系研究院消化器内科(〒260-8677 千葉市中央区亥鼻1-8-1)

し、専門家もただの好き嫌いで選択しているわけではなく、専門家なりのその薬、その検査法を選択する理由があつて選択しているはずである。また、複数の選択肢を患者の病態や社会背景などに合わせて使い分けているようなこともあるだろう。さらには、ある選択肢にこだわる方には、こだわるだけの理由があり、こだわって使い慣れているからこそその使い方のコツというのものもあるはずである。一方で、専門家でも、本当に使用したい選択肢と、患者の都合や診療施設の都合を考慮して実際に選ぶ選択肢とは異なることもあるかもしれない。

本号では、①潰瘍性大腸炎難治例の第一選択、②クローン病初期治療、③IBDの活動性モニタリング、④クローン病小腸画像検査、の四つのテーマについて、いくつか考えられる選択肢のなかからなぜそれを選択するのか？について、その選択肢の長所、短所なども踏まえつつ専門家に書いていただくようお願いした。一部、いつも選ぶ選択肢とは若干違うものに関する執筆を依頼された方もいらっしゃるかもしれないが、そこは専門家、その選択肢を選ぶ立場に立って広い視野からのご意見を賜れると確信している。

炎症性腸疾患は、もはや専門家だけが診るような病気ではなくなってきている。新しく増えてきた治療法やモニタリング、検査法についての知識を本号に執筆いただいた専門家から得ていただき、自らの診療、自分の診察している患者にはどの選択肢が適しているのか、について考えていただければと思う。本号が読者の皆様の明日からの炎症性腸疾患診療のお役に立てば幸いである。