

巻頭言

加藤 順*

炎症性腸疾患，とくに潰瘍性大腸炎の本邦の患者数はますます増加傾向にある。すでに患者数は25万人を超えていると考えられ，年間約1万人のペースで増加している。この患者数はもはや希少とはいえず，消化器を診療する医師であれば，好むと好まざるとにかかわらず，日常で診療しなければならない疾患，すなわち common disease となりつつある。

その一方で，近年，潰瘍性大腸炎の治療薬の進歩も著しい。とくに，生物学的製剤をはじめとする分子標的薬が多数開発されてきている。また，便中カルプロテクチンや血液マーカーのLRG(leucine-rich α 2 glycoprotein)など，新しく使用可能な臨床検査も登場している。

このように，患者数が増え，治療選択肢や疾患バイオマーカーも増加している状況のなかで，炎症性腸疾患だけを専門に診るわけではない先生方は，はっきり言ってかなり混乱しているのではないかと推察する。その理由は，

- ① そもそも診断がわかりにくい。内視鏡でも病理でも「これは絶対，潰瘍性大腸炎」という所見が得られない。
- ② ひとくちで潰瘍性大腸炎といっても，5-ASA 製剤だけで落ち着いている人もいれば，どんな分子標的薬も効かずに手術になってしまう例もあり，どこまでが自分で診療する範囲かがわからない。
- ③ 同じ患者でも落ち着いている時期があったり，再燃したりする。再燃するたびにステロイドを使ったりするがその正しい使い方や，再燃しないようにするやり方がよくわからない。
- ④ 薬剤の選択肢が増えたのはいいが，はっきり言って違いがよくわからない。どういう患者にどのような薬を適用したらいいのかよくわからない。また，免疫を抑制する薬を使うのはなんだかコワイ。
- ⑤ さらに新しい薬は高価である。そのわりにはどの薬も効いたり効かなかったりする。

Jun Kato

*千葉大学大学院医学系研究院消化器内科(〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1)

⑥ 若い患者が多く、学校、仕事、妊娠・出産などのライフイベントと折り合いをつけていかないといけない。また、食事などを含め、どのような日常生活の指導をすればいいのかもよくわからない。
などがあると考えられる。

上記がいかにやっかいなことかは、消化器内科医が比較的慣れているであろう、癌の診療と比較してみるとわかりやすい。すなわち、癌の診断は、病理医が Group 5 といって確実に診断してくれるし、癌の進行はおおむね一方通行で、自然経過で良くなったり悪くなったりはしない。最近の進行癌の薬物療法では、薬がまったく効かない、ということもなく、さらに、1st line, 2nd line とちゃんと誰かが決めてくれており、“どの薬を使ってもいいよ”ということはない。癌診療は、概ね高齢者が対象であることが多く、癌をやっつける、寿命を延ばす、ということが第一義であり、その他の日常生活やライフイベントについては二の次である。

上記の癌診療と潰瘍性大腸炎診療の違いをひと言でいうと、癌診療は「誰がやっても同じような診断、治療で同じようなゴールを目指す」という方向に進んでいるのに対し、潰瘍性大腸炎診療は「一人ひとり病態も効く薬も違うし、ライフスタイルも違う。診断、治療、目指すゴールも一人ひとり異なる」というコンセプトということになる。だから、潰瘍性大腸炎診療には、絶対の正解はなく、ある患者に対する治療方針や使う薬は、専門医のあいだでも違いがでてくる。

そう、潰瘍性大腸炎診療は、癌の診療とはかくも違うため、消化器内科医がとっつきにくいのは当たり前なのである。

そんななかで、本特集は、このとっつきにくいけどとっつかないわけにいかない潰瘍性大腸炎診療のエッセンスをわかりやすくまとめたつもりである。とくに、上記に挙げた消化器内科医がとっつきにくいポイントにターゲットを絞って各専門家に執筆を依頼した。さらに、専門医間でも異なった意見があることを理解していただくために、失礼ながら一部の原稿には小生の意見も付記させていただいた。通して読んでいただければ、潰瘍性大腸炎診療の全体像が理解でき、また、一人ひとり違う潰瘍性大腸炎患者に対して、前よりは自信をもって診療できるようになること請け合いである。