

特集／IBD 診療—ますます増えた薬剤の選択とさらなる進化の展望

巻頭言

—本特集を企画するにあたって—

Guest editor 加藤 順*,**

2022～2023 年にかけて、IBD で使用可能な薬剤がますます増えました。UC で使える JAK 阻害薬が3剤に増え、CD でも JAK 阻害薬が使用可能になりました。また、生物学的製剤では、従来の抗IL12/23抗体のウステキヌマブに加えて、IL23 だけを抑える抗IL23抗体リサンキズマブおよびミリキズマブが登場しました。さらに、経口抗インテグリン薬のカロテグラストメチル、大腸徐放型の経口ブデソニドなども UC で保険適用となっています。これだけ薬剤が増えると、もう、専門医以外の先生には何をどう選択していいのかわからなくなってきているかもしれません。

しかし、実臨床では何かを選択しなければなりません。その際に大事なのは、何を根拠にその選択を行うのかについての基本的な考え方をもっておくこと、および、それをきちんと患者さんが納得できるように説明できることだと思います。これらの点を押さえておけば、今後さらに薬剤が増えたとしても、対処していくことができるでしょう。治療選択に対する基本的な考え方の一つが、Treat to Target と呼ばれるものであり、その選択を患者さんの考えも考慮に入れて行う手法が shared decision making といわれるものです。そして、その選択や説明のベースにあるのが疾患に関与する免疫学的側面に対する知識です。そこで、本特集のはじめの三つの論考ではこれらについて解説しています。その基本的な面を押さえたうえで、いわゆる生物学的製剤/JAK 阻害薬の選択の具体的状況について、最近に加わった薬剤も含めながら、経験豊富な先生方に解説いただいています。この前半の部分で、明日からの IBD 診療を行うに当たって、頭がずいぶんすっきり整理されるものと確信しています。

一方で、IBD 診療の重要な側面の一つに、IBD 関連腫瘍や CD の肛門病変における諸問題があります。これらは、いわゆる IBD 内科医の若干不得手にするところですが、この領域でも新たな知見や取り組みがみられます。本特集の中盤では、

Jun Kato

*千葉大学大学院医学研究院消化器内科学 **千葉大学医学部附属病院内視鏡センター
(〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1)

