

皮心伝心

全身療法

皮膚疾患に対する全身療法が増えている。乾癬ではアダリムマブ、インフリキシマブ、ウステキヌマブ、セクキヌマブ、イキセキツマブ、プロダルマブ、グセルクマブ、リサンキズマブと生物学的製剤が続々と登場し、さらに上市を控えている製剤や治験中の薬剤がある。経口薬もあり、従来のエトレチナートとシクロスポリンにアプレミラストが加わった。アトピー性皮膚炎ではシクロスポリンが利用できたが、デュピルマブが加わった。さらに注射薬や経口薬の開発が続いている。真菌症でもこれまでのイトラコナゾールとテルビナフィンに加え、ホスラブコナゾールが登場した。あえて挙げてみたが、私の専門としている乾癬、アトピー性皮膚炎、真菌症に限ってみてもこれだけの全身療法が存在する。

皮膚はいうまでもなくもっともアクセスが容易な臓器であり、局所療法が可能であり、それが基本である。しかし、局所療法を十分行っても難治な症例があることも事実であり、そのような局所療法の限界を超えている症例に全身療法が検討されていないことがある。重症の乾癬の患者さんに経口薬のことを話すと、「乾癬に飲み薬なんてあるんですか？ 聞いたことがないです」といわれることがある。明らかに外用薬では治癒が見込めない爪白癬の患者さんに延々と外用薬が使用されていることもある。必要な症例には全身療法を検討するべきであろう。もちろん話をしても患者さんが希望されないこともあるが、少なくとも患者さんに全身療法の存在を知らせる義務はある。そして患者さんが希望するものの自分で使えない場合には、ふさわしいところへ紹介するべきである。

逆になんでも全身療法というのも問題がある。全身療法はどの科の先生がやっても同じであるから（もっといえば、副作用のモニタリングや対応は他科の先生のほうが得意ともいえる）、全身療法ばかりとなると皮膚科医は診断だけ済んだらあとは不要といえなくもない。外用療法でもコントロールできる症例まで薬だから全身療法で、ということにすると皮膚科医が自分の存在を自己否定しているような気がする。

また、医療経済上も問題である。生物学的製剤で自己注射にして高額療養費制度を使えば患者負担が少なくなるのは事実であり、もちろんそれはそれで患者さんには朗報であるが、この場合でも一般の商品のようにまとめ買いするからといって薬剤費を製薬会社が値引きしてくれるわけではなく、公的に補助しているわけであるから、医療経済全体への影響は同じである。これまで医療費のことはあまり気にしてこなかったが、世の中でも薬価や医療経済のことが取り上げられるようになった現在、この先必要な患者さんに必要な治療を届けるためには、われわれ皮膚科医もお金のことを意識して診療する必要がある。

結局のところ、全身療法が本当に必要かどうかしっかり吟味し、必要であれば躊躇なく導入できるように薬剤を使いこなせるようになっておくか、使用できる施設へ紹介するべきであり、「使わなさすぎず、使わずすぎず」のバランスが、今後ますます重要になっていくであろう。

常深祐一郎

(埼玉医科大学皮膚科教授)