



発行 大阪乾癬患者友の会(梯の会)
編集 友の会編集委員

特集

○10周年記念学習懇談会



・・・ Index ・・・

- ・10周年記念学習会 P1
- ・「患者さんから信頼される乾癬専門医」カリフォルニア大学ジョン・クー P4
- ・「余は如何にして乾癬患者となりし乎」大阪 桔梗 P16
- ・「乾癬患者さんの関節の痛みについて」星ヶ丘厚生年金病院辻成佳 P18
- ・乾癬学習会in旭川 P26

大阪大学医学部銀杏会館で

10周年記念学習懇談会開催

ジョン・クー教授(カリフォルニア大学) が特別講演

一九九八年(平成十年)十二月に発足した大阪乾癬患者会(梯の会)はまる十周年を迎えますが、この度その十年の歩みを記念して、九月十四日(日)、大阪大学医学部銀杏会館(吹田キャンパス)にて十周年記念学習懇談会を開催しました。

当日は百名近くが参加し、十二時半よりまず岡田会長の挨拶、そして設立当初から全面的にバックアップして頂いた大阪大学名誉教授吉川邦彦先生、そして大阪大学皮膚科教授の片山一朗先生に御挨拶の言葉を頂きました。

学習会はまず本会幹事である、桔梗氏と池内氏による患者体験談からスタートしました。これは主



会場の大阪大学

に桔梗氏が御自身の乾癬の病歴や治療、患者会活動との関わりなどを語ってくれたのですが、池内氏と「漫才の掛け合い」風に話され、ユーモラスな中にも、その悩みや苦勞などもよく伺える体験談でした。

メインの医療講演では、今回アメリカの乾癬治療医の第一人者である、ジョン・クー先生(カリフォルニア大学教授、乾癬治療センター所長)をお招きして、特別講演をして頂きました。クー先生は日本で生まれ、十一才で渡米、ハーバード大卒業後現職、アメリカでの乾癬治療の第一人者で、日本語にも堪能な先生です。アメリカでは乾癬の臨床・研究の第一人者で様々な場所でご活躍しておられ、患者会活動にも積極的に関わってNPS(米国乾癬患者会)の医学委員をされています。講演では生物学的製剤など乾癬の最先端の医療のみならず、患者と医師がいかに協力して治療に当たっていくかという視点から、医療のあり方、患者会と医師の関わりなどの点について幅広く語って頂きました。またクー先生の講演に先立って、大阪大学皮膚科の吉良正治先生からは、医療現場に基づき、乾癬の治療全般について、非常にわかりやすく講演して頂きました。

その後、本会相談医の東山真里

先生が司会をして頂き、質疑応答の時間となりました。質問はあらかじめ用紙に記入して頂いてのQ&Aでしたが、それぞれの質問に先生方は非常に丁寧に答えて頂きました。

講演会の後は、同じ建物内にある、銀杏会館レストラン「ミネルバー」で懇親会が行われました。懇親会では元乾癬学会理事長の手塚正先生からも御挨拶を頂きました。懇親会には約五十名が参加し、この日の為に作られた特別料理を美味しくながら、立食形式で行われました。乾癬の懇親会らしく？ビールなどアルコール類は御法度で、みんなジュースやお茶を飲みながら、患者同士、あるいは医者の方々と和やかに、様々な話に花を咲かせていました。先生方も多数参加して頂き、本当に貴重な時間となりました。

こうして十周年記念講演会は盛況の内に幕を閉じることができました。今回も会の開催に尽力して頂きました、大阪大学や日生病院のスタッフの方には本当に心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

また会では十周年を記念して、会報の縮刷版などの発行も予定しています。今後も皆様のご支援の程を宜しく御願い申し上げます。

10周年記念学習懇談会の様子



受付の様子



会場の阪大銀杏会館



吉川先生御挨拶



会場内の様子



クー先生に感謝状贈呈



片山先生御挨拶



質疑応答



講演会の様子



懇親会 東山先生の挨拶



質疑応答



懇親会の様子



懇親会 手塚先生の乾杯で開始



懇親会の様子



懇親会の様子

十周年記念講演

「患者さんから信頼される乾癬専門医：アメリカの視点から…」

カリフォルニア大学教授・サンフランシスコ乾癬治療センター所長

ジョン・クー



ジョン・クー先生

皆さんこんにちは。紹介で私は日本語が堪能と言われましたが、小学校の時習っただけで、その後アメリカに移ってそれからずっとアメリカ教育なのです。日本語も一年に一回か二回しか使いません。どうやって維持しているかというと、マンガを読んで維持しています。医学関係も専門用語も習ったことがあります。講演はできる限りやってみますけれど、普通の言葉でしか説明できません。私はカリフォルニア大学で教授・

副主任をやっています。

乾癬はご承知のように、痒く、たまに痛く、嫌な症状で慢性的に出てきたり消えたりして、しかも銀色の分厚い皮膚が重なるというのが特徴です。ひどくなったら足もこういうふうになってしまいます。

「患者さんから信頼される乾癬専



門医」というタイトルにしましたが、最終的に言って一番信頼される人は、結局いい結果を生む医者だということ

です。それはどういうふうに行うのでしょうか。いい結果につながるかということですが、先ほど吉良先生が一つ一つどういう治療の選択があるかということと素晴らしい講演をして頂き、それで随分助かると思います。というのはそれを土台としてどういうふうに工夫すればいい結果になるか、もつとそれを考えましょうというのが私のトピックなのです。つまりどういう治療の選択があるかはもちろんのこと、それを知らないでスタートも何もないのだし、それだけを知っていても不十分だと思います。もちろん単独で一つ一つをやってもうまくいくという患者さんもいるのですけれども、たくさんの患者さんは単独で使ってもよくならないとか、もつ



と工夫して使わなければならないとか、いつまでも同じものを塗っているとかが、あるいはモチベーション（やる気）が維持できるのかと、治療の選択以上に重要な事があると思います。このことについては私のアメリカの経験ですから、日本では完全に通用しないかもしれませんが、そのことについて話してみようと思います。

これは私と患者さんのチームです。なぜ白人が一人か二人しかいないのかというと、アメリカはもう人口の三分の一以上が白人ではないのです。メキシコ人とか東洋人とかがずっと増えて、サンフランシスコに住んでいる半分以上の人は東洋人なのです。残念ながら日本人は割と少ないのですけれど、中国人、フィリピン人などは随分います。この人は中国



系のドクター、リヤオという人です。看護師の中には白人もフィリピン系の方も割といます。メキシコの方もいます。学生や患者さんの中には中国系、フィリピン系、白人など色々います。

それでどういうことを考えたらもっと成功率の高い治療ができるのかですが、これは医者講演用に書いてあるのですが、患者さんにも当てはまると思います。一つは患者さんの

為に治療することです。それは余りにも当たり前で、何でそんなことを言うのかと思うかもしれませんが、アメリカの医者の中には自分のためにやっているという人もいます。そういう皮膚科の医者にあると、十分な治療がしてもらえないという人もいます。それはどういうことかと言うと、アメリカは



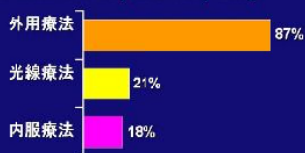
弁護士が多くて、込み入った光線療法とか内服剤とか、注射バイオロジックという薬を使うとリスクが少し高くなって、自分にも訴訟という危険性があるので、自分の為に開業し、患者さんの為にやっているのではないというケースもアメリカにはあります。もう一つは最大限に治療を行う。最小限ではありません。それはもっと詳しく説明します。

それからもう一つ、どういう治療法が一番適切か、それを勝手に医療が決めるのではなくて、患者さんと話しながら決めるということです。誰のために開業しているのか、自分の為か、それとも患者さんの為か。どういう事かと言うと、英語でアンダートリートメント (undertreatment) という言葉があります。アンダーというのは不十分ということで、トリ

生物学的製剤が使用される以前の重症度の乾癬患者の処方治療

Prescription Treatments in Patients with Severe Psoriasis in Prebiologic Era

Which, if any, of the following types of prescription products or treatments are you currently using?



*Base: All 502 severe psoriasis patients
Kraeger G, et al. Arch Dermatol. 2001;137:285-284.

トメントは治療、つまり不十分な治療ということ。体が冒されて、せつかく皮膚科の先生に見てもらったのに、こんなものしかくれなかったということがあります。一生懸命使ったら二日でもうなくなった。本当にこれはひどいことで、こんなことを繰り返したら患者さんの方がグブアップしてしまいます。

二〇〇一年、バイオロジックという生物学的製剤が出てくる前に、アメリカで二つ有名な皮膚科のジャーナルがあって、そのひとつで五百二人のアメリカ人にアンケートを出して、体中ひどく乾癬での症状が出ている人に、あなたの皮膚科はあなたに何をあげているのですか、と聞いてみたらほとんどの人は塗り薬しかもらっていませんと答えていました。ひどく不十分な治療が起きているということがわかりました。それからアメリカの二つのデータというコンピュータに入れているデータがあります。皮膚科が書く処方箋を全て記録しています。

それを見てみると三分の一の皮膚科の先生は塗り薬以外は絶対使ってくれない、もう三分の一はほとんど塗り薬以外使ってくれない、よほどひどかったら嫌々ながら内服剤が何かくれる、その三分の一の医者では使用する内服剤のプロポーション (proportion ≡ 比率) と言えば、五%しかないわけです。最後の三分の一の

人が内服剤を考えてくれます。その中でも十一%、つまり十人に一人が使っています。本当に偏った開業の仕方がアメリカで起きています。これは問題になっています。つまり医者がどんな大学を出たとか、どこで勉強したのかというのは関係なくて、

どの医者に当たるかによって、どういう治療をしてくれるか、十分な治療をしてくれるのか、してくれないのか決まってくるようなものなのです。どうしてこうなってしまったかという、吉良先生が説明されたシクロスポリン、ネオラル、メトトレキセートなどの薬の中には、肝臓や腎臓に問題を起すとか、高血圧になるかもしれないという可能性が5あります。すると医者の方がびくびくしてしまっているという状況になります。その反面心配でびくびくする医者が随分いるので、もっと安全な内服剤を作ろうということになって、それが元で生物学的製剤、英語でバイオロジックというのが開発されました。だから悪いことはたまにはいいことにつながるのです。

それからもう一つ、なぜこういう不十分な治療が頻繁に行われているかという、どういう患者さんが塗り薬以上を必要とするかという考え方が随分あやふやだったというのが、明らかにありました。それで私とメンター先生というテキサスの先生が

「全身療法の選択ガイドライン」問診表
Koo-Menter Psoriasis Instrument

A Koo-Menter Psoriasis Instrument

患者による自己評価 氏名 _____ 日時 _____

第1部: QOL — 以下の質問が過去12ヵ月のあなたの乾癬に関するものです。各質問に答えてください。

	いいえ、全く	若干	非常に
1. 乾癬についての乾癬気になっていますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
2. 乾癬に対してどの程度無力感を感じていますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
3. 乾癬に関してどの程度恥ずかしく感じますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
4. 乾癬はどの程度顔や首立ちを感じていますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
5. 乾癬はどの程度外見をのびのびにしていますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
6. 乾癬によってどの程度外見に支障を来していますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
7. 乾癬はどの程度情緒面全般に健康に影響を及ぼしていますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
8. 全体的にみて乾癬はどの程度生活を楽しむ能力を削いでいますか	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

過去12ヵ月間、乾癬が以下の各項目にどの程度、影響しましたか
(1つの質問につき1つに○印を付ける)

	いいえ、全く	若干	非常に
9. 痒み	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

二人で組んで、ガイドラインを作り
ました。アンケート様のもので、こ
れはもう一人私達がよく知っている
ノースカロライナの先生でスラーセ
ルメン先生という方とメンター先生
と私とで、皮膚科では、アメリカで
最も有名なジャーナル「アメリカア
カデミー デルモトロジー」(America A
cademy Dermatology)」という中で
発表しました。発表したものは「クー
メンター ソライシス インストルー
メント」(Koo-Menter Psoriasis Instru
ment)」という、私の名前とメンター
先生の名前で発表しているものです。
これはこういう紙で、これを左に示
しました。こちらが表でこちらが裏
です。これはどういうことかという
のを日本語にしてみると、まずQOL
がどれだけ悪くなっているかを調
べるために十二個の質問があります。

「全身療法の選択ガイドライン」問診表
Koo-Menter Psoriasis Instrument

第2部:

以下の図を使って、現在乾癬がある部分に「X」
を付けてください。

Fig. 2. Koo-Menter Psoriasis Instrument. The Koo-Menter Psoriasis Instrument is an easy-to-use, validated instrument of body coverage, symptoms and quality of life. Patients complete parts 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

色々な質問があつてどれぐらい乾癬
を恥ずかしいと思いますかとか、着
る服にどういうふうに影響しますか
とか、痒いですか、痛いかななど
です。この十二個の質問は十年かかっ
てアメリカで何回も何回も何百人と
いう患者さんを費やして、テストを
しました。痛いとか痒いとか、そう
いうのが全然問題でなければゼロで
す。すぐくひどい問題だったら十で
す。患者さんが医者を待っている時、
自分でこれに答えるわけで、最高点
は百二十点です。このスコアを全部
集めて五十点以上だったらQOLが
ひどくなっているという統計的結論
が出ました。これはQOLがどれだ
け破壊されているか、患者さんはど
こを冒されているか、それから関節
に問題があるかないかなど、医者が
このスコアを見るだけで、QOLが

「全身療法の選択ガイドライン」問診表
Koo-Menter Psoriasis Instrument

第3部:

A. 乾癬性関節炎と診断を受けたことがありますか
はい ☐ いいえ ☐

B. 関節(手足、腕関節、背中)の腫れ、圧痛、こわばりはありますか
はい ☐ いいえ ☐

「はい」の場合、症状がある関節の数(いずれか1つにチェック)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 4以上 ☐

「はい」の場合、関節症状は日常生活動作にどの程度、影響していますか
まったく影響がない ☐ 少し影響している ☐
たいへん影響している ☐ 非常に影響している ☐

STOP

記入を終え次第、医療スタッフに返却してください

どれくらい問題か、どこを冒されて
いるか、関節炎の可能性があるかな
ど、一目で分かるようにしています。
実際医者が何をするかというと、こ
の後ろには六つの質問があります。
この六つの質問の中で、一つでもハ
イつまりYESだったら、塗り薬だけ
は不十分であると考えるもいい。こ
れは私とメンター先生だけの意見で
はなく、アメリカで乾癬の権威とい
う全ての人の意見を集め、それを修
正して、これならみんなが賛成でき
るというものになりました。

最初の質問は、冒された表面面積
が体の十%以上かどうかです。十%
というのは大した数字ではないとい
う印象ですけれども、体の表面の一
%というのは、実はこの手の平全部
なのです。親指から小指まで、全て
の指と手の平を全部合わせて一%な

「全身療法の選択ガイドライン」問診表
Koo-Menter Psoriasis Instrument

第4部:

身体への全波及面積: BSA(体表面積)の%

頭部 ☐ 顔部は最大 9%

体幹前部 ☐ 体幹前部は最大 18%

体幹後部 ☐ 体幹後部は最大 18%

右足 ☐ 足は最大 18%(脛部を含める)

左足 ☐ 足は最大 18%(脛部を含める)

両腕 ☐ 腕は最大 18%

性器 ☐ 性器は 1%

注: 手を広げてすべての指を寄せ、親指を片
側に寄せた状態で(手指から指先まで)体表面
積の1%に相当

Fig. 4. Cont'd.

のです。十%というところの十倍でし
ょう。乾癬があるとしたら十%とい
うのは、一、二、三、八、九、十とこ
れくらいです。十%が、バラバラに
なっていると、塗り薬のチューブ一
つを持って、何とかこれを一日二回
ぐらい付けようとしても、ちよっと
難しくて大変ではないかと、そうい
うような考え方です。それが最初の
質問です。

その後どういう質問があるかとい
うと、つぶつぶが何百もある滴状乾
癬などでは、十%以下でもとてもこ
んなことを何百回もできないでしょ
う。それからQOLに関係する所、
手とか足などが冒されていると、い
くら塗り薬をやっても不十分でダメ
なことあります。一%以下だと思っ
ても明日は八十%になりかねない
という膿疱性乾癬とか、体が全部真っ

「全身療法」の選択ガイドライン」問診表			
Kco-Menter Psoriasis Instrument			
Physician Assessment		Patient	
第3部：乾癬の重症度に関し、患者に以下の症状があるか			
BSAの10%を超えて波及している乾癬、乾癬性皮膚炎、膿疱性乾癬		回答をチェック	
持続性の潰瘍性瘡		はい	いいえ
膿疱性(BSAの10%未満)であるが、最悪化した外用療法による治癒抵抗性を示す乾癬、または日常生活動作の能力を低下させた乾癬(患者の回答および主治医の乾癬)		はい	いいえ
膿疱性(BSAの10%未満)であるが、進行の可能性がある重篤な薬熱(膿疱性または紅皮病前駆症の乾癬)		はい	いいえ
日常生活動作に影響する乾癬関節炎(過去の診断または患者による QOL 自己評価の第3部および医師による臨床評価に基づいた診断)		はい	いいえ
患者による QOL 自己評価スコアが50以上で精神生活の影響または社会生活の影響がかなり大きい		はい	いいえ

Has the patient any of the following conditions in the past 12 months?

Has the patient any of the following conditions in the past 12 months?	Yes	No
Has the patient any of the following conditions in the past 12 months?	Yes	No
Has the patient any of the following conditions in the past 12 months?	Yes	No

Physician Assessment Comments:

If at least one of the shaded boxes in both Part 3 and Part 4 above are checked, then the patient is a candidate for systemic therapy.

CONCLUSION: The patient is a candidate for systemic therapy. Yes No

© 2012, Offspring medical corporation

Fig. 3 Contd.

赤になるような乾癬、それから関節炎が起きている乾癬などでは塗り薬ではどうにもなりません。最後に塗り薬を最高にやっているけれどＱＯＬのスコアが五十以上というのが一つでもハイというのだったら、これは塗り薬だけではダメではないか思われます。ここに何が書いてあるかというと一％と書いてあるのです。だからこれを使って何％とかをアンダーにします。そして、もう一つ込み入った判断の仕方があるのですが、これは使わなくてもいいです。

次の六つの質問は、もしも一つでもハイということ、塗り薬以上が必要だったら、光線療法を次にやってみるのか、それとも内服剤なのか、インジェクション(injection＝注射)のどれがいいのかということになります。これが一つでもチェックされたら光線療法がいいのかということ

[illegible]

になります。最初の質問は光線療法ならば、そういう設備がありますかというのです。なかったらもうしょうがないということになります。光線療法というのは割に不便な所があつて、クリニクとか病院に一週間に三回ぐらい通わなければなりません。それはできませんか、だれか運転できますか、やる気はありますかとかを聞きます。白人の中では随分皮膚ガンが問題になっていますからもしもたくさん皮膚ガンがあつたような人だつたら、光線療法でない方がいい場合もあります。

次に光線療法がいいかそれとも体の中に入れる薬がいいかです。アメリカの権威のある全ての人たちにみてもらい、また少し修正してもらって、みんなが賛成できるものを作りました。これがクー・メンター・ソライシス・インスツルーメントとい

うもので、今アメリカ中で使われています。日本版にしてみると、QOLはどうか、どこが冒されているか、関節炎という可能性はあるか、塗り薬で十分か、不十分か、これがひとつでもハイというのだったら、塗り薬は不十分かもしれません。それから光線療法か、それとも体の中に入る飲み薬か、それともバイオロジックという生物学的製剤か、どれを使うべきか、それで最後にもしもこれが一つでも入って、こういうふうに黒くなっている所が入って、いいえでチェックされたら内服剤が必要だという判断をもつとはつきりきちんとさせるというのが、一つの目的です。不十分な治療を受けている患者さんが自分でやるようにこれを配っているわけです。アメリカ乾癬友会のウェブサイトに行っても、これを患者さんが自分でやってみるのです。

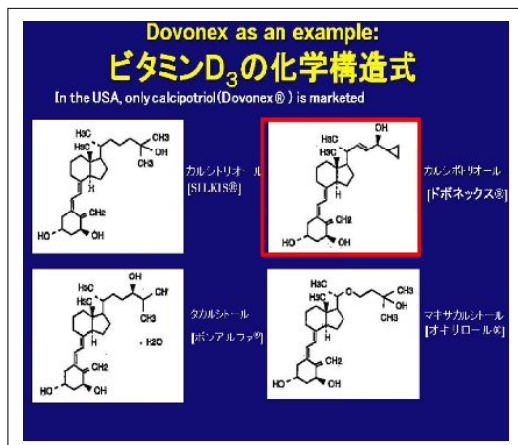
だからいくら皮膚科の先生に言っても、やっぱり塗り薬一つしかくれないというのだったら、私は塗り薬よりももつと何が必要でしょうというふうに言ってみます。医者の方もいつまでも塗り薬で処分してしまうというわけにはいかないでしょう。たまには保険会社の方がバイオロジックみたいなコストが高いものを使うと医者にも文句を言ってくるのです。そうすると医者の方がこれをチェックしてそれで保険会社に送って、こ

これは私一人の医者意見ではない、これはジャーナルオブアメリカンデルマトロジーに発表されて、権威が一致したもので、私の意見と同じであるというふうにやるとけんかをして黙ってしまうのです。これはそのようにアメリカで使われています。

もうひとつ患者さんの為に出来るだけ最大限のことをすることです。

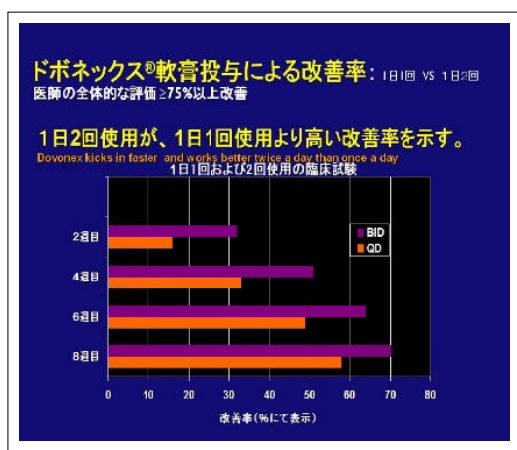
最小限ではありません。最小限というのは正確なダイグノーシス(Diagnosis＝診察)をして、適切な処方箋でも書いてそれでサヨウナラというものです。それが最小限です。でもそれだけだったらうまくいかないということがよくあります。というのは他にもやることがあるでしょう。ま

ず単独療法では十分ではないという患者さんは随分います。するともう少し工夫しなければなりません。二つぐらいのコンビネーションで使った方がい場合もあります。そういう工夫も必要です。工夫が必要なケースもあるわけで、もう一つは、二つぐらいをぱつと言うのではなく、できるだけ全ての治療法のことをメニューみたいに説明できたらもつといいのではないか、そうすると方法が見つかるのではないか、それから何を期待していいのか、それをきちんと説明する。特になかなか効果が出ないような薬をただボーとあげるだけで、何にも説明しないと患者さんの方がしばらく使っているのにも



うよくならないので、これはダメだと言つて、よくなるずっと前にギブアップしてしまうということもよく起きます。特に塗り薬などだったら、いつまでもきちんと使える患者さんというのは、チアリーダーとして、あなたには出来ずと励ます必要もあるのではないかと。つまりただ処方箋を書いてバイバイだけだったら不十分かもしれないということです。

具体的に例を一つとつて説明しようと思います。ビタミンD系のドボネックスという薬がアメリカで使われています。日本でボンアルファとかオキサロールなどがあるのですが、けれども、アメリカではドボネックスしかないのです。オキサロールなどは特に日本ではテストされたのですけれども、これはドボネックスと比べると効果は同じで、高カルシウム血症という問題についてはドボネッ

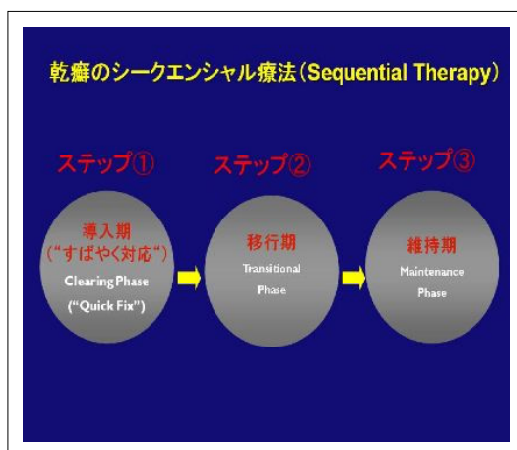


クスよりもっと問題になるというので、結局アメリカでは発表されないことになりました。この二つはドボネックスほど効果がないというので、アメリカではこれしかないのです。それでこの薬を使つて、具体的に説明しようと思います。

マネツジエクスペクテーション (manage expectation) 期待を管理する) と言いまして、エクスペクテーションというのは期待ということ、それを管理することです。それはどういうことかと言うと、薬をあげたり、あるいはどういうことを期待しているかはつきり説明します。ドボネックスの場合や、他にレチノイドやチガゾンという薬は割と効果が出るのが遅いのです。それをはつきり言わないと患者さんの方がちゃんと使ってくれないかもしれません。

これはドボネックスのデータです。何%の患者さんが、随分きれいになるかです。七十五%以上きれいになると言うので、オレンジ色は一日一回使った時、紫色は一日二回使った時です。一日二回使つてくださいますと患者さんに言つても、きちんと使つてくれないことがあります。もしも一回しか使わないのだったら、その人はどういう期待をしているのでしょうか。半分くらいの効果を期待するということ、一日一回使つて一日二回の効果を得たいならば、少なくとも二ヶ月使わなければならぬということ、そういうことははっきり言わないといけません。一日二回使つてくださいますと、患者さんの方がどういうふうに区別しているか分からなくて、忙しくなつたら結局一日一回になつてしまつたら、なかなか何も良くなりませんから、結局ギブアップしてしまつて、やめてしまったという危険性も起きますので、何を期待しているか、はつきり説明すべきだと思います。それから単独でやつてきれいだつたら、それこそいいことなのですが、そうならなかつたら、ああもうあなたはこれ以上しようがないから、乾癬を持つて生きるしかないですね、などと言うのは少し不十分な治療だと思います。

もし単独で十分な治療が得られないならば、どういう工夫ができるかということ、



これは私が十年前くらいに考えた塗り薬の使い方です。随分ポピュラーになって、中東とかアジアとかアメリカでよく使われるシークエンシャルセラピー (sequential therapy) 連続した療法) という工夫のある使い方です。ただ単独で使うだけではなく、簡単に言つて、早く効果が出るやり方から、早くないけれど安全性がいい方に持つて行くという方法です。ステップ1、ステップ2、ステップ3とあります。最初のステップではなるべく早くきれいにしたいということを一歩重要だとします。二番目のステップは維持することです。ステップ3までスムーズに持つて行きたい、そして最後のステップは維持するということです。ここに来たら早くきれいになるというよりは、安全性が一番重要になってくるというやり方です。三つのステップに分

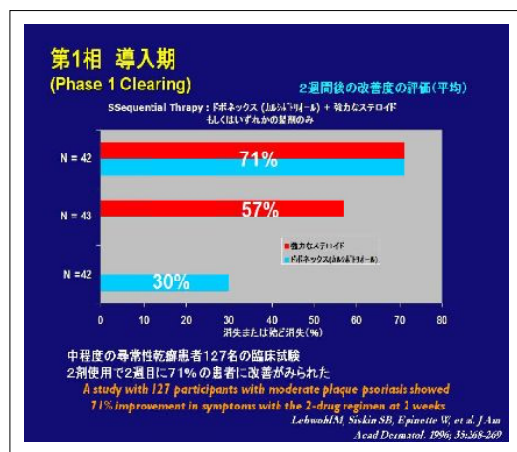
けて、どうやるかと考えてみようというがこのシークエンシャルセラピーです。シークエンシャルというのは徐々に変えていくということです。このシークエンシャルセラピーは、十年くらい前に私が退屈していた時に、考えたのですが、今ではアメリカで正式な医学の言葉になりました。これが十年くらい前の私の最初の論文です。

どういうやり方をするかというと、ドボネックスというビタミンD系の薬は、吉良先生がおっしゃっていたように安全性が高いです。ステロイドではありませんから副作用はひとつもありません。しかし弱点は効果が出るのが遅いということです。デルモベート(商品名クリベターゾン)は、アメリカではスーパーステロイドというのですが、一番強いステロイドです。これのいいのは早くきれいにな



ることです。痒みなどが早く止まります。悪いのは長期的に使ったら、色々な問題が出てくることです。皮膚が薄くなったりします。長期的にステロイドをあまり使いすぎると、副腎皮質の抑制とか、ホルモンのバランスが問題になるとかということがあります。それだったら両方とも最初に使えばということになります。なぜ両方とも使うのかというと、両方一緒に使ったら、一番強いステロイドを使うよりも効果が出るというきっちりしたデータが発表されました。だからもし患者さんが早くきれいになりたいというのだったら、両方使うのが一番いいです。

両方使って塗るのは二つのやり方があります。一つは朝使って、もう一つは夜使うという方法です。もつと早くしたいのだったら、手の平にちよこちよこ同じぐらい入れて、



その場で混ぜるのです。その場で混ぜるというのは、この塗り薬をふたつくつけてしまうと、しばらくしたらその一つがもう一つを壊してしまい、化学的にそのものがダメになっ

てしまうということがあります。しかしその場で混ぜると皮膚に入るの

**ステップ2 (Step 2):
パルス治療(Pulse Therapy)**

ドボネックス®平日のみ、1日2回投与

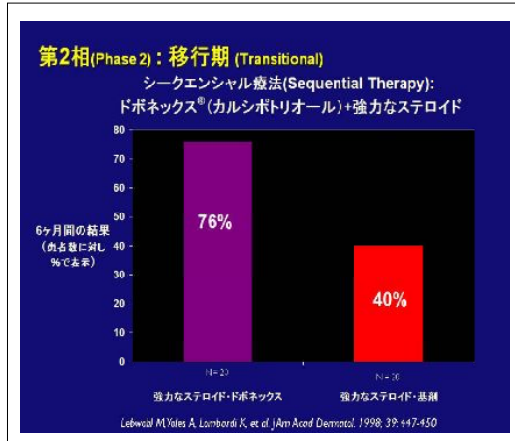
デルモベート週末のみ、1日2回投与

この投与の移行が最適かどうかは
立証されているのか?

Where is the evidence that this is the optimal transitional regime?

一番効果があるやり方ということになります。これを一ヶ月ぐらいやっ

た後、それ以上やるとステロイドが段々皮膚を薄くするとか、そういう心配がありますから、一ヶ月以上な



Sequential Therapy の概念(コンセプト)

Sequential Therapy の概念に基づいた治療において、患者さんは従来の主要な1薬剤による治療よりも症状がよりコントロールされていると確信することができる

With sequential therapeutic concepts, the patient often feel that they have more control over their disease as compared to the traditional one main agent approach



これからまた副腎皮質の抑制みたいなことは一日一週間に二日だけ使うのならば問題になりません。長期的に薬を使った時に、この副腎皮質というものが、何か役に立たなくなってしまったという心配なので、二日だけ使うとそれはいいです。それでこれほどのくらいの期間でやるのかというと、一ヶ月ぐらいやって、そしてステップ3にいったら一番望ましいことです。ステップ3はドボネックスだけ、つまりステロイドはやめてしまします。するとステロイドの心配はもうありません。乾燥というのは残念ながら慢性的なもので、一週間、一ヶ月、一年の病気ではなく、長いこと治療しなければなりません。完全に全ての治療をやめてしまうと、戻ってくるような病気です。しかしステロイドを全然使わないで、ビタミンD系

の薬だけを使ったら、安全性はほとんど心配ありません。それは一週間九十グラム以下ということですから、大体ここまで来れる患者さんは九十グラム以上必要ないです。それからなぜデルモベートを週末だけ使うかと言うと、デルモベートみたいに強いステロイド軟膏は本当に役に立ちますけれど、パツとやめると急にもっと悪くなるという、リバウンドというのがたまにあります。しかし完全にパツと止めないで週末だけ使えば、その可能性はほとんどないということなんです。このステップ1はもう論文が出ています。これはデルモベートでなく、ウルトラベートというアメリカのものです。同じようなものです。これとドボネックスの両方を使ったら、ウルトラベートを単独で一日二回より、いい効果が出るというデータが出て、これが今でも一番効果がある塗り薬の使い方です。それからたまにドボネックスは皮膚が荒れるという人がいます。しかしウルトラベートとかデルモベートなど、強いステロイド軟膏と一緒に使ったら皮膚が荒れるという副作用はほとんどないです。

それからステップ2です。ドボネックスを月曜から金曜まで使って、このデルモベート、あるいはデルモベートとドボネックスを週末だけ使います。これは本当にこれが一番いいというデータがどこにあるかというと、

そのデータも、またこのステップ2がいいというデータもちゃんとアメリカのアカデミオブデルマトロジーに出ています。これはステップ1できれいになった人がステップ2を二種類やってみたものです。一つは一番強いウルトラベートみたいなステロイドを週末だけ使い、月から金は何もしなかったものです。もう一つは月から金まではドボネックスをきちんと使って、週末は一番強いステロイドを使ったものです。こちらの方が六ヶ月後きちんと維持できた確率は倍ぐらいでした。だから両方とも重要だということです。

ステップ3は簡単です。これはドボネックスだけを使って、本当にきれいになったらドボネックスもやめてしまします。乾燥というのはたまたまよくなったり、たまに悪くなったりします。ストレスなどがたまると悪くなったりとか、冬が来ると悪くなって、暖かくなるとよくなったりします。今までの薬の使い方は、医者に会うとハイこれを使ってくださいと一つポイとくれて、それだけです。よくなっても一つしかないし、悪くなっても一つしかないことがありません。しかしこのシークエンシャルセラピーの利点は、この使い方は英語でいうダイナミック、つまり色々変えることができるということです。乾癬がよくならなかったらステップ1から

ステップ2、ステップ3に行って、ストレスなどがひどく起きて急に悪くなったらステップ1に戻ることもできるということです。つまり患者さんがこれをコントロールできるそういう可能性があるということです。それも一つのメリットだということです。だからもっと工夫された効果も安全性もあるやり方というのをしています。

それからもう一つは、もしも一つの薬だけではだめだったら、もうあきらめなさいではなくて、コンビネーション併用するということです。例えばドボネックスという薬とUVB光線療法を併用します。もしドボネックスとUVB療法を一週間に二回使ったと、ドボネックスを使わず、ただの軟膏を使って光線療法を一週間に三回使うのと同じ効果が出たという

ドボネックス® と PUVA の併用(combination)療法

結果 基剤との比較において、ドボネックス® (カルシポトリオール) / PUVA® 群は有意に良好な結果を示した

(>75% PASI 減少)

Results: Compared with vehicle, the Dovonex® (Calcipotriol)/PUVA® group revealed a good response (>75% PASI reduction) with significantly

PUVA® の治療回数	Lower number of PUVA treatments	10 対 15
UVA の総照射量	Lower cumulative UVA dose	30 J/cm² 対 57 J/cm²
治療期間	Shorter duration of treatment	22日間 対 34日間
PASI 平均減少率	Greater average % decrease in PASI	81.4% 対 75.7%
効果のみられた患者数	Greater number of responsive patients	87% 対 64.4%

・副作用: 解析上有意な差はない (P = 0.94)

No statistically significant difference

*PUVA = ソラレン+UVA; †PASI = 乾癬面積および重症度の指数

Tropitz A, Taboriz J, Fan J, Dermazol 1993; 2:331-334

ことがカナダから発表されています。光線療法というのは不便なものなので、一週間三回やらなければならぬのか、それとも二回でいいのか、それは患者さんには随分大きな違いです。光線療法では、私は忙しく、色々な責任があつて、そんなにクリニックに三回も行けるような立場ではないというのが問題になったりします。それだったらこのドボネックスと一緒に使つて二回でいいようにしたらどうでしょうか。そういう工夫もあります。ドボネックスとPUVAと一緒に使ったら、九十一%の乾癬のスコアが良くなったというデータもあります。PUVA療法というのは随分役に立つので、それだけを使ったら七十五%もよくなったが、両方使つて、九十一%もよくなったのは、半分しかPUVA療法をしなくても良くなったということになります。つまり併用



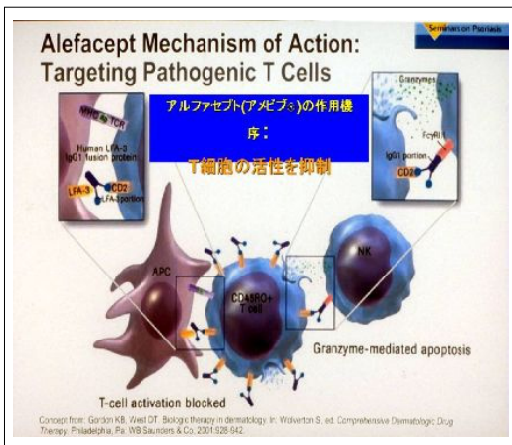
するわけです。

効果があつて、しかも回数も減るという工夫もあります。ドボネックスとチガソン、ドボネックスとシクロスポリン、それとドボネックスとメトトレキサートという薬の併用など、一つ一つちゃんと塗り薬を使つていたら、飲み薬でも効果的になるとか、投与量はもっと少なくても大丈夫だとか、そういうデータも出ています。たまに患者さんの中で、もう自分はひどく冒されていて、飲み薬が必要だということになって、いざ飲み薬をもらうと、もう塗り薬なんかやめてしまえ、面倒くさいという人もいます。でもちゃんと塗り薬と一緒に使つたらもっと効果が出るというのは、一つ一つの内服剤で、データははつきり出ています。どういう選択があるのか、新しい薬がどういうものか、どんなものが出てきているか、それらはつきり知っておいた方がいいです。

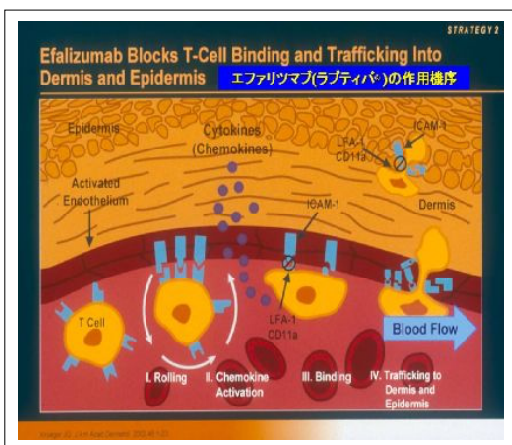
古い薬もまだ役に立つということを覚えておくのも重要です。古い飲み薬というのはシクロスポリン、メトトレキサート、チガソンなどの薬です。新しいのは生物学的製剤などです。

生物学的製剤というのはアメリカで専ら使っているもので、日本では来年二つぐらい厚生労働省から認められるかと思っています。一つはヒューミラー(Humira)という薬で、もう一

つはレミケード(Remicade)という薬です。なぜこういう薬があるのかというと、それは科学的に見てみればこういう薬は革命的なんです。こういうことかという、以前の薬、シクロスポリンとかメトトレキサートとかドボネックスとかPUVA療法というのは、全て偶然みつけた薬です。シクロスポリンとかメトトレキサートは元々関節炎のためにテストされていた時にたまたま乾癬があつた人が、そのテストに入っていて、乾癬がきれいになった、これはどうも乾癬に役に立つみたいとなつたものです。ドボネックスも吉川先生がおられた時に、骨が弱くなる老化現象をビタミンDを飲んで、何とかしようとした時に、急に乾癬がよくなつたと偶然見つけた薬です。もちろんこれらも十分役に立ちます。ただ偶然に見



つけた薬というのはいい所も悪い所も一緒になつていて、いい所だけほしい、悪い所はいらないという、そう簡単には言えないわけなんです。バイオロジックという生物学的製剤は、わざわざ乾癬のためにデザインされて作られた薬なんです。乾癬という病気は科学的に理解する所が優れていて、どの細胞がこれを使っているか、どの物質がこれができるようにしているか、はつきり分かっている所があります。例えばアマビーという最初のバイオロジックの薬がありますが、あまり効果はないのですけれども、この原理を説明するのは役に立つと思います。それは乾癬がでている所を切り取って、どういう細胞がこれを冒しているかと調べてみると、白血球のタイプのT細胞と



細胞ではなく、ここはちょっと科学的に込み入ってくるのですが、T_H17 memory 記憶のT細胞というごく限られたT細胞がこの乾癬の中で八十一%を占めています。つまりこれが悪者だということです。それでアメリカのバイオジェンの会社がそれを殺してしまえとそういうふうに出て、この表面には何があるか調べてみたらCD3というタンパク質みたいなものが表面に突き出っていて、それだったらそのタンパク質にだけくっつくようなものを作ろうとして出てきたのが、最初のこのバイオロジック、アマビーというものです。こううのがくっついたら表面がでこぼこになって、免疫という体を守る細胞は変なものに触ったら、これは体にはいはずのものだ、微菌かもしれない、殺してしまえと、言ってみれば警察か

乾癬は、免疫が関与する慢性的炎症性疾患です。
Psoriasis is a Chronic, Immune-Mediated, Inflammatory Disease

- 乾癬は、免疫が関与する慢性的疾患です。^{1,2,4}
- 炎症をもたらす因子：TNFの産生が増大することが引き金となっており、^{1,4}

Increased adhesion molecules in the dermal vasculature

T-cell activation and migration

Increased inflammatory cytokine production including TNF

Increased keratinocyte proliferation and formation of dry, thickened, scaling lesions or psoriatic plaques

そのあらわれ方には差があって、症状が悪くなったり、良くなったりを繰り返すのが特徴です。³

検閲隊みたいなもので、それでこのバイオロジックをつけてでこぼこにしたら、CD45 RO+T細胞というのを殺してしまうのです。これを殺したら乾癬を作れません。そういうふうにな乾癬の為に作られたというのが、このアマビーという最初の乾癬の薬です。ただ一つの問題は、そんなにはっきりピンポイントみたいに目標を打つようなやり方をするとい、よくならないという問題も出てきました。昔の薬は、ショットガンという、日本語で何というのか知らないのですけれども、銃の中で引き金を引くと何か四十ぐらい銃弾が出るのがありますが、メトトレキサートとかシクロスポリンはそのショットガンみたいなもので、あちこち当たりします。しかし肝臓にも腎臓にも

皮膚の炎症を引き起こす3つの機序
Three Mechanisms of Cutaneous Inflammation

APC complex

自己反応性「自己ペプチド」認識 (Auto reactive "self peptide" recognition)

直接 (Direct) (スーパー抗原) (Super antigen)

T cell

TNF IL-1

Bresnahan SM. In: Kippel JH. Rheumatology. 2nd ed. 1998;6:221-224.
 Bonfield C. In: J Dermatol. 1998;36:241-251.
 Robert C. In: Engl J Med. 1998;341:1817-1828.
 Krueger JG. J Am Acad Dermatol. 2002;46:1-23.

当たりします。バイオロジックはその反面一ヶ所しか狙って撃ちません。でもあまりにもそれがはっきりピンポイントなので、乾癬の一部の患者にしか役に立ちません。だからこのバイオロジックも、すぐうまくいったということではなく、一番目は失敗しました。二つ目のラプティバ (Lapatinib) というのも余りよく効きません。三つ目のエンブレル (Eubrel) というのは割とうまく効きます。これはCD45 RO+T細胞が目標なのではなく、TNFというT細胞が作る乾癬の炎症を起こす物質をブロックするために作られた物質で、初めて本当に成功しました。

乾癬の原因 Pathogenesis of Psoriasis

乾癬 免疫学 (Psoriasis Immunology)

Macrophages

Endothelium

Keratinocytes

炎症性サイトカイン (Proinflammatory cytokines) → 炎症亢進 (Increased inflammation)

粘着分子 (Adhesion molecules) → 細胞浸透亢進 (Increased Cell Infiltration)

血管内皮増殖因子 (VEGF) (Vascular endothelial growth factor) → 血管新生亢進 (Increased Angiogenesis)

炎症性サイトカイン (Proinflammatory cytokines) → 過増殖 (Hyperproliferation)

乾癬/病巣 (Psoriatic Plaques)

Bresnahan SM. In: Kippel JH. Rheumatology. 2nd ed. 1998;6:221-224.
 Bonfield C. In: J Dermatol. 1998;36:241-251.
 Krueger JG. J Am Acad Dermatol. 2002;46:1-23.

思うのですが、アメリカ人乾癬患者の平均体重は女性でも九十キログラム以上です。には、このエンブレルという薬は大きい人にも小さい人にも同じ投与量しかあげないのですが、大きな人には不十分だということがあります。

その次にアメリカの厚生省に認められた薬でヒューミラーというのがあります。これが日本で出てくる最初のバイオロジックかもしれません。一番目に出てきたアマビーというのはあまりにもピンポイントで、うまくいかなくて、二番目もありうまくいかなくて、三番目はよかったのですけれど、大きな人には不十分でした。そして四番目のヒューミラーという薬は、三ヶ月ぐらい使ったら、七十%ぐらいきれいにはなります。しかも二週間に一度打つだけでよく、さらに肝臓とか腎臓とか高血圧などの副作用は全然証明されていません。

この薬はもう十年以上リユーマチなどに使われていて、二十五万人以上使われているのに、証明されている副作用、科学的に言えるのは少し風邪をひくという可能性が高くなるというところ、注射した所が少し赤くなるぐらいなのです。またもしも結核にかかっている人だったらそれをもっと悪くするという副作用が証明されています。だからこの薬を使う前に、簡単なテストですけれども、必ず皮膚のテストをして結核がない

ということを証明しなければなりません。

このバイオロジックという生物学的製剤が出てきて、最初のアマビー、次のラプティバ、次にエンブレル、次にヒューミラーと、どんどん効果が出てきて、何かプロペラ機からジェット機まで行っているみたいな感覚になってきています。それからバイオロジックでも、もしもそれで不十分だったら、他のものと一緒に併用するという工夫もあります。バイオロジックというのはほとんど効果が出してきましたけれど、最初の時は何かカメみたいで、安全性はいいけれども、効果はそんなにすごいものではないのではないかとというものでした。このヒューミラーは割とすごいものです。バイオロジックとコンビネーションにするというやり方もあります。

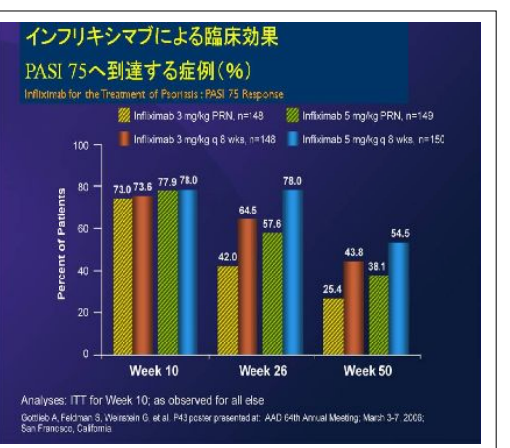
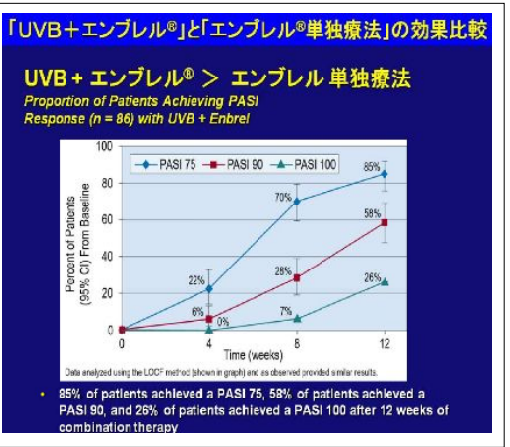
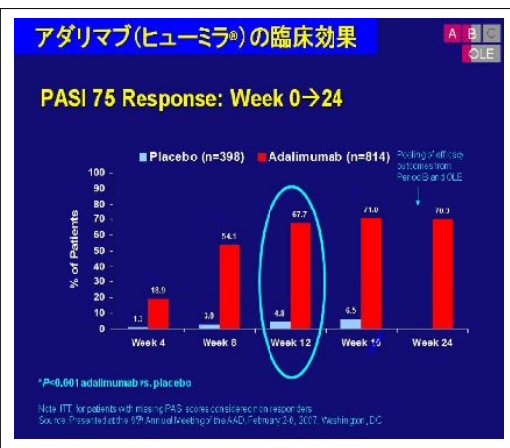
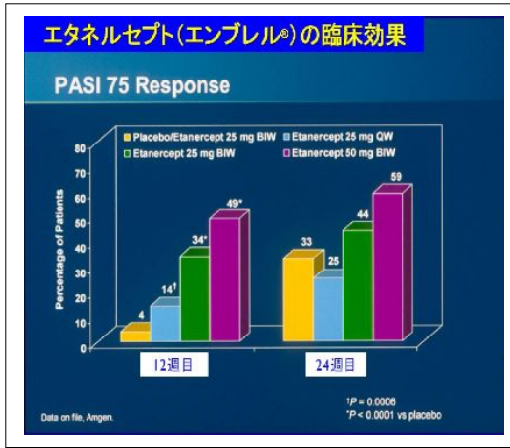
これはエンブレルという、ヒューミラーより少し効果が薄いのですが、もしも十分だったらUVB療法と一緒に使えば三ヶ月で九十%くらいきれいになると言われています。単独に使ったら四十九%、UVB療法と共に使ったら九十%くらいきれいになるというデータまで出ています。ただそういうバイオロジックはいいことですけども、ではPUVA療法とかその前の治療法はもういらないうのかというところでもないです。大阪大学でやっているPUVA療法はまだまだ効きます。バイオロジックのいい所は自分が家で注射しているのですから、光線療法よりも便利な所です。

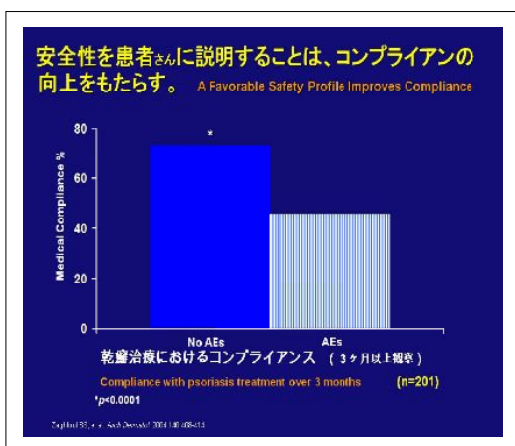
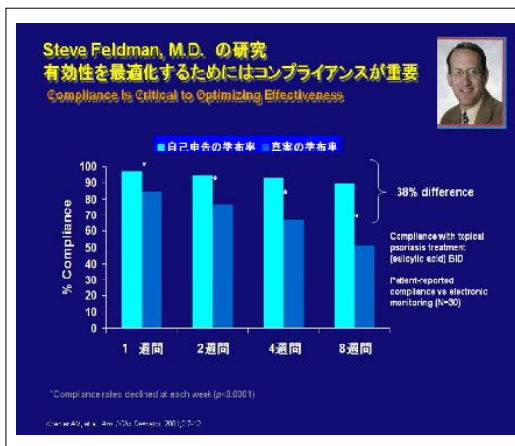
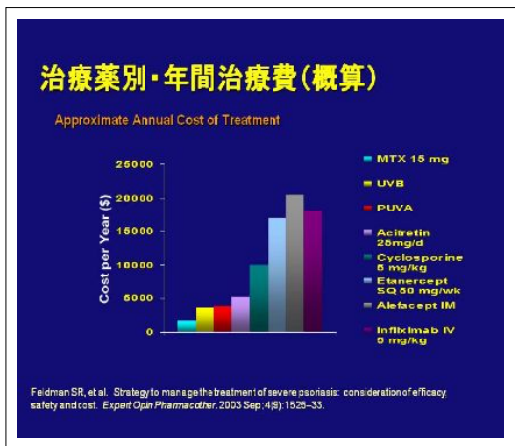
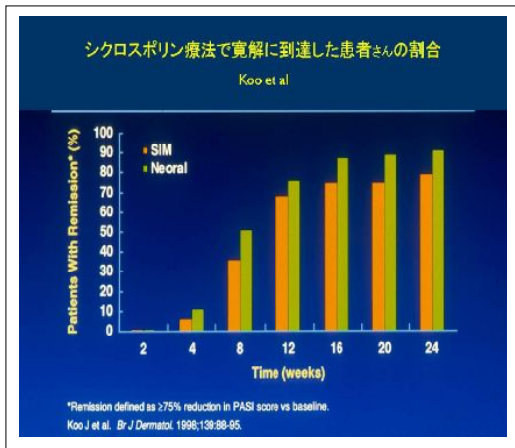
レミケードというもう一つ日本の厚生労働省が来年許可を出すかもしれないというバイオロジックもありますけれど、それは血管に直接入れなければならないというもので、ア

メリカではほとんど使われていません。でも他のヒューミラーとかエンブレルとかは自分で家で注射するのでものすごく便利なのです。光線療法よりも便利だというのは明らかです。

でもそれだから光線療法はもういらないのかと言ったら、そうでもないのです。光線療法とチガソン（レチノイド）という薬を少量と一緒に使うと、単独で光線療法のPUVA療法を使うよりも倍ぐらい効果が出ると言われ、この効果はバイオロジックにも負けません。それからネオオラル（シクロスポリン）という飲み薬も十二週間ぐらい使ったら八十%ぐらいきれいになります。これもバイオロジックに負けません。だから新しいものが出てきて、もっとと安全性があり、それはすごいすごいということはもちろんよくありますが、古

い治療法でも効果は簡単によく出ます。ただ安全性はバイオロジックの方がいいということで、しかももっと効果的に出てきて、これが日本で厚生労働省に認められると思われると思います。





頃皮膚科の中で、コンプライアンス、つまり本当に患者さんはやってくれるのか、その問題が重要視されるようになりまして。ノースカロライナにいるドクターフィルメンというさつき一緒に論文を書いた私の友達が、こういう薬を使って、塗り薬の実験をしました。患者さんを集めてボランティアをしてもらって、一日二回塗って下さい、という効果があるか調べてみますと、それから塗ってくれた時に、本当に塗ってくれたかどうか日記を書いて下さいというふうに言ったのです。ただ一つ彼の実験でわざと言わなかったことは、この器の下にはコンピュータチップがありまして、いつこれを開けたか、開めたかのはっきり記録されているのです。それでやってみたら、たった八週間のテストで、日記にはちや

んとやっているか書いたのですけれど、コンピュータチップはそんなにやっていないというふうに記録しました。嘘つきが多いということかもしれないですけれども、でもこれで心配になったのは、これをやりたいと志願した人を集めて、薬もあげて、お金もちゃんとしてくれるように払って、しかも二週間に一回ちゃんとその人達を見て、それでもうコンプライアンスがこんなに低くなったというのは、普通塗り薬だけ処方箋を書いたらどんなコンプライアンスなのか、それはもつと心配じゃないかということなんです。アメリカではこれが重要視されて、もしかしたら塗り薬がベタベタしているからやってくれないのか、そういう心配で、乾癬の塗り薬を色々工夫をして、スプレーとかムースだとかローションとか

というのがどんどん出て来るようになりました。ただこれはフィルメン先生の一例で、最初はちゃんとやってくれたのですけれど、後になるとゼロがどんどん多くなってくるとか、アポがあるその前だけちょこっとやってくれるとかがもうひとつあります。一日二回やらなければならぬという薬はコンプライアンスがやはり低いんです。一日一回でフルの効果が出るという薬はコンプライアンスがもっと高いです。だからアメリカではほとんど一日一回でフルの効果がでるような薬を開発しようという努力しています。

最後にどうやってどういう治療をするのが一番いいかというと、患者さんと一緒に決めるのが一番いいと思います。それは乾癬という病気が慢性的です。だから医者が勝手に決めるのではなく、実際にどうやってどういう治療をするのが一番いいかというと、患者さんと一緒に決めるというのが重要です。もう一つはどんな薬でも、古い薬でも新しい薬でももしかしたら副作用

用が出るという可能性があります。医者の中には副作用が怖くて、そういう選択を最初から説明しないという人がたくさんいます。だからアメリカで不十分な治療法ということになってしまつて、それはあまりいいやり方だと思いません。本当に副作用があるのかないのか、起こるか起こらないのか、分かっていないのをそれでもやるかやらないのかを決める判断は患者さんにしてもらうのが一番いいと思います。それはどういうことかという、医者は痛いとか痒いとかいう苦労をしていません。苦労をしていない人がリスクを取るかといつたらもちろん取りません。だから医者に任せるとなるべくリスクをとらないというやり方になつて、結局アンダートリートメントしかないということになりかねないので、す。だからこういう判断は患者さんに決めてもらいます。それから医者自身が分からない事は、はっきりこれは分からないとか、これは自分から分からないので少し調べてみるか、あるいは誰かに聞いてみるかとか、そういうふうにやることは重要だと思ひます。医者のプライドとか、こんなことが分からないとか、勉強不足などとかを患者さんに言う、自分の顔が丸つぶれだと思つて、と言うよりも、この治療法は危険だと言つた方が簡単に勝利できるといううような考えはアメリカでもたまに

あります。もっと効果があるけれども、込み入つた内服剤とか注射とかなどは、本当にやると少し心配かなとか、少し血液のテストが完全にパーフエクトではないとか、そういうことがあるので、それが起きるともうビクビクして止めてしまふ、というのではなく、それが起きたら内科の先生と連絡して、これは心配する必要があるかというのを正直にはっきりさせるのが重要だと思ひます。

それからもう一つは、昔は医者任せというのが、随分あつたと思うのですが、今は患者さんにはできるだけ乾癬のことを勉強してもらいたいと思ひます。医者がいくらやろうとしても時間がないというのが、アメリカでも日本でも現状ですから、もし患者さんの方が、色々知識があるとういうことはもつとやりやすいわけです。アメリカの乾癬患者会には、こういうものが色々出ています。残念ながら英語ですけれども、アメリカのナショナルサイシスフアンデーションのウェブサイトに入ればいくらでも読めます。誰かに訳してもらえば、乾癬はどういうものかというだけではなくて、生物学的製剤はどういうものか、塗り薬はどういうものか、飲み薬の全貌とか、これらは医者のアドバイザーレポーター(Advisory reporter=相談医)が二十何人いまして、それがきつち

りデータなど正しいということをはつきりさせています。こういうものは患者さんの教育にもものすごく役に立ちます。頭の乾癬をどのように治療するか、陰部の乾癬までどう治療するとかなどがはつきり書いてあります。食べ物のこと、漢方など普通の治療法以外のやり方まで出ています。子供用なども出ていて、どういう新しいものが研究されているのかも出ています。

それでこれは乾癬友の会が出しているジャーナルです。私もこの編集長の一人ですが、このウェブサイトは、英語という以外では随分役に立つと思ひます。このクー・メンター・ソライシスインストウルメントには何でも出ていると思ひます。

まとめとして、どういふうにしたら患者さんに信頼してもらえよう



NPF (アメリカの乾癬患者組織)
乾癬患者の心のよりどころ

2種類のニュースレター:

- 患者が、乾癬に関する情報や最新の治療法を知るための資料
- 子供とその両親のための教育資料

25種類の小冊子
医師による監修

www.psoriasis.org

うな医者になれるかですが、まず第一にいい結果を導くということです。どうしたらいい結果になるのかですが、まず自分の為ではなく、患者さんの為に適切な治療をすることです。次に最小限ではなく、最大限の治療法をすることです。ただ新しいものだけとか、古いものだけではなく、出来るだけ全ての治療法の選択を考え、しかも単独だけではなく、色々な工夫をして、なるべく治りにくいものまで治してしまふという実のやるやり方をするということです。それから教育面でも、ただ薬をあげてバイバイではなくて、どういうことが期待できるのか、どのくらい待ったらどういふ結果になるか、はつきりそれを患者さんに教えてあげ、しかもチアリーダー、つまり励ますという所まで行い、最後に本当にどういふことをするかは患者さんと一緒に決めましようということです。以上です。御清聴有難う御座いました。

★お知らせ
十周年記念学習懇談会のもう一つの講演である「乾癬の治療について」(吉良正浩先生 大阪大学医学部皮膚科学講師)につきましては、次号に掲載致します。

患者体験談

「余は如何にして 乾癬患者となりし乎」

大阪府 桔梗

(注) I 池内

K 桔梗

K 「本日は梯の会の十周年記念学習懇談会ということで、先生がたにご講演いただく訳ですが、我々はその前座として体験発表をやらせていただきます」

I 「洋式トイレにあるやつやね」

K 「それは便座でしょうが」

I 「ほなら、風邪引いたときに飲むやつ」

K 「それもベンザでしょ」

I 「ちよっと発音おかしくないですか。」

K 「どっちでもいいでしょ。次いこ」

I 「では今日のお題はといいますと、

『よはタコにして・・・』」

K 「ちがうがな、『よはイカにして乾癬患者となりし乎』やがな」

I 「どっかで聞いたことがあるような」

K 「そや、内村先生の書かはった『余はいかにしてキリスト信徒とな

りし乎』やがな」

I 「あの漫才師がそんな本書いてましたか」

K 「ちがうがな、内村先生言うたらシンゾウ先生でしょ」

I 「シンゾウはアベでカンゾウでしょうが」

K 「なんや知ってるねんやったらはよ言え」

I 「能あるブタはへそ隠すちゅうねん」

K 「みなさん、ここで笑わないと笑うとこないですよ」

I 「今度はくにお、とおるのパクリかいな」

K 「そう、大阪の市長と知事の」

I 「そんなギャグゆうても誰も知らんで」

K 「次いきます」

I 「花粉症がひどかったとか」
K 「今は年中アレロック飲んでるの、あまり症状はでませんが三十年

ほど前から春先になるとグズグズで、だいたいアレルギー体質なんです。乾癬は体質は関係ないといわれていますが、火の無いところに煙はたたくというところもありますし、体質のせいにしておけば気が楽かなと思います」

I 「乾癬はいつごろから」

K 「多分、一九九六ごろ発症したというより、病院で『あんたは尋常性乾癬やで』と命名されたわけですが、実際はもっと前から兆しはあったと思います。というのも、その前年まで東京に単身赴任しており、そのころから背中が痒かったりして、痒み止めを塗ったりしていましたから。その後、一九九六年一月の異動で大阪に戻ってきたわけですが、それからの半年間がこれまでの会社員生活のなかで一番忙しかった。新しいコンピュータシステムの導入ということで、つまり、今までのランシ

ステムからウィンドウズへの切替のためのプロジェクトの責任者みたいなもんで、データの変換、サーバーやパソコンの配置やら研修やらを半年の間に目途をつけないかん」

I 「コンピュータは得意やったんですか？」

K 「初期のパソコンは起動するのに起動用のソフトがいたりして大変でした。でも、営業してましたから、本格的に勉強したわけではありません。データ処理するのにランやロータスをちよつとやってた程度です。それでもほかの人よりは触って壊れないぞ、という程度の認識は持っていましたので、さわるのは平気でした。事務所のレイアウト変更やOA機器の設置やらもろもろ作業も順調に進み、いよいよシステムの稼動テストを始める段になって重大な欠陥が見つかりました。ランシステムからの変換がうまくいかず、文

1. 体質について

- アレルギー性鼻炎
- 軽い喘息もち

体質のせいにしておけば
気が楽

2. 発症前後

(1996年頃)

- 単身赴任のころ
- 帰阪後多忙

字化けしていたのです。また、住所の文字数制限もうまくいかず、このままでは出荷に支障をきたします。マスター登録が、本店でしかできないシステムになっていたので、急遽システムをインストールできるソフトを送ってもらい、台帳を総点検しました。そして、なんとか本番に間に合わせることができました。そのころから、フケが目立つようになってきました。最初のうちは放置していたのですが、どんどんひどくなってきました、くずを集めるとちよつとした小山のようになりました。『ちりも積もれば山となる』とはこのことかと実感できました。気分は丁度鉄兜をかぶっているような感じです。それで、近所の皮膚科を受診したところ、『あんたは尋常性乾癬やでー。いまのところ、ステロイド剤で症状を抑える以外、治療法はないと駄目押しされました』

その当時の治療について

- 飲み薬:アレロック
- 塗り薬:ステロイド剤
トプシム、フルメタ、
ダイヤコートなど
後にはドボネックスも使用

I「発症当時の治療について教えてください」

K「かゆみ止めに、ゼスランやアレロックの内服とあとはひたすらステロイド剤を塗るだけ。のちには、新製品だといってドボネックスも処方されましたが、なおらないといわれていたので、塗り方もいい加減でドボネックスでかえって悪化しました。どんどん悪くなって、毎年一Kgずつ体重が減り、四十八Kgまで減りました。その頃はこんな感じでした」

I「病院を変わられたきっかけは？」

K「いよいよひどくなってきたので、通院していたお医者さんから紹介状書いてあげるから、と別の診療所を紹介されました。そこでは、免疫抑制剤による治療をしていました。検査をして、グレープフルーツを飲んではいけないとか注意をきいてから服用しただけなのですが、一日目から調子が悪くなってふらついたりしたのですが、体調のせいかと思って、翌日も飲んだところやつぱり気分が悪くなるので、先生にいつて服薬を中止しました。そんなときに家内がネット上で、梯の会を見つけて、すぐに入会するとともに日生病院に電話して診ていただくことになりました。初めて診ていただいたのが、二〇〇二年の二月十九日でした。それから、その年の四月一日に入院し、三週間の治療を受けてかなりよくなりました。それ以来、定期的に通院してい

ます」

I「病院を変わられて、治療法に変化はありましたか」

K「現在の治療は三週間ごとに通院してPUVA療法、つまりオクソラレンという紫外線を吸収しやすくする薬剤を入れた風呂に十分は入り、光線治療を受けています。あと、飲み薬はチガソンを週三回、アレロックを毎晩、ゼスランはかゆみの強いときに服用しています。塗り薬はオキサロール、ザーネ、メサデルムのミックスしたものを朝晩、比較的症状の軽い部分に塗ってます。足の裏なんかは吸収しにくいので、アンテベート軟膏を使用しています、それから週末はすねから足にラップ療法をしています。このときは、メサデルムクリームを使用します。そのほか、足の裏にアズノールをシップのように貼ることもしています。おかげで退院して六年にもなりますが、そん

現在の治療

- PUVA療法
- 飲み薬:チガソン・アレロック
- 塗り薬:ビタミンD3製剤
ステロイド製剤

なにひどくなつてません。」

I「自分で注意したり、工夫していることがあれば教えてください」

K「そうですね、毎朝・毎晩根気よく薬を塗ることです。それと、風邪を引かないように手洗い、うがいの励行、日光浴とかを意識してやります。あと、綿棒はやわらかいのでセメントでかためて使っています。セメントというのはブラモデルなんかの接着剤で、ちよつと有機溶剤の害を心配したのですが、特に支障はなかったです。一般にはお勧めできないかもしれませんが。それから、ラップは市販のものより業務用といいますが、出前なんかにかけてあるやつ、あれが薄くて密着性もいいよいうな気がします。治療法については免疫療法やナローバンドなど選択肢も増えてきていますが、薬剤についても欧米では使用実績があるのに日本では使えない薬剤も多いと聞いていますので、薬剤についても選択肢を増やしていただけるよう、関係官庁にはたらきかけができればいいなと思います。

梯の会のお世話をさせていただいてますので、最後にちよつとお知らせを。日生病院では梯の会の地区懇談会を定期的に開催しています。だれでも参加できますので、是非のぞいてみてください。ご清聴ありがとうございます。」

第十九回学習会より 医療講演

「乾癬患者さんの関節の痛みについて」

「関節症性乾癬についてもっと知りたい」

星ヶ丘厚生年金病院 辻 成佳



辻 成佳先生

ただいまご紹介いただきました、辻と申します。今回日生病院 東山先生に、関節症性乾癬について話をしていただけませんか？というお話をいただき、是非お話をさせていただきたいと思い、喜んで今日のこの場に参りました。

本日はお忙しい中、大阪乾癬患者友の会、通称「梯の会」の勉強会にお越しいただいて、有り難うござい

ます。『梯の会』の梯というのが、どういう意味なのかと思ひまして、大辞林で調べました。

- ・ 険しい崖などに藤蔓もうけた道、山道
- ・ 相互の関係を取り持つ事、又はその物、人、仲立ち
- ・ はしご、階段

この梯の会は、東山先生と、今日講演された岩月教授や参加されている皆さんが梯の会によってカケハシされたという事で非常にいい名前だなと思います。今年は梯の会創立十周年ということで、おめでとうございます。

今日の題目ですが、

一、乾癬患者さんの関節の痛みについてです。関節症性乾癬とは何だろう？あなたの首、腰、膝、手足の痛みの原因は何だろうか？

二、最近の関節症性乾癬の治療方法

について、過去の治療、現在の治療、近い将来どういう治療が行われてきて、どういうメリット・デメリットがあるのかという事をお話させてもらいたいと思います。

まず一番ですが、最近腰痛がひどいなあ、首が痛いなあ、腰が痛いなあというような症状や、指の先が変形してきたけれど、これは乾癬に關係があるのだろうかなどと疑問に思われている方も多いかと思ひます。そもそも関節炎（炎症性）にはどう

いうものがあるかというと、一つは炎症性関節炎の代表には関節リウマチがあり、この患者さんは日本に約七十万人以上おられます。もう一つ血清反応陰性脊椎関節症、これは血液検査でリウマチ因子が陰性の疾患で、関節性乾癬、強直性脊椎炎、反応性関節炎、炎症性腸疾患に伴う関節炎という病気があります。関節リウマ

関節リウマチの典型的身体所見

- 関節症状は通常、左右対称
- 握力、関節機能が損なわれる



関節リウマチ患者さんのレントゲン写真での変化



チ患者さんの典型的な身体的所見としては、左右対称で腫れたり、手の変形がでている。レントゲンを撮ると、膝が後ろに脱臼する膝関節後方脱臼、股関節・太ももの骨が骨盤の中につきだしている股関節中心性脱臼など、激しい関節変形が関節リウマチの患者さんに起こります。これは手術中の写真ですが、このようないきなり、ぽこっと大きな変形がおこるような方がいます。ここまでの変形を生じましたら、年間千三百症例の手術実績で、整形外科医師は十八人、リウマチ専門医が四人在籍。四つの整形外科専門病棟、西日本一のリハビリ部門があります。我々星ヶ丘厚生年金病院の整形外科チームが、より良い日常生活を送れるようにお手伝いをさせていただきます。これはまあ・・・宣伝でした。

(笑)

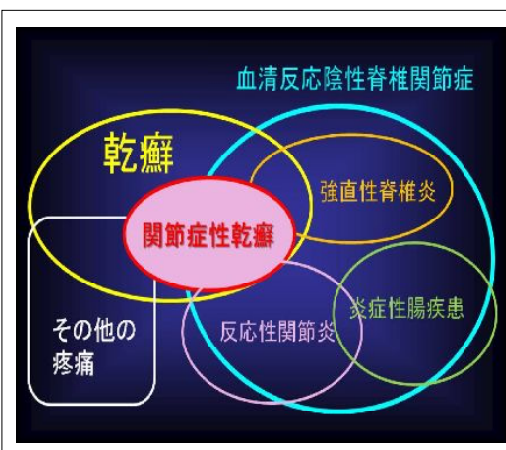
本題に戻ります。血清反応陰性脊椎関節症、これは先ほど四つ代表的なものを出しました。どういう症状があるのかというと、まず①血液検査でリウマチ因子が陰性、後はこの写真に出ていきますように、②体の中心である脊椎（背骨）、首、背中、腰、骨盤、あと手の先、足の先、膝、こういう所に関節炎を持つ、この①②が二つともそろっているような疾患群の総称です。ヨーロッパでは一九九一年に診断基準を決めました。①の炎症性脊椎痛、または滑膜炎（左右非対称で足の方に多い）、この二つのうちのどちらか、もしくはこの②の中にあるこの中の一つがある、乾癬は②に入っています。ということで、乾癬の方で炎症性脊椎痛、または滑膜炎があれば血清反応陰性脊椎関節症という診断に入るわけです。



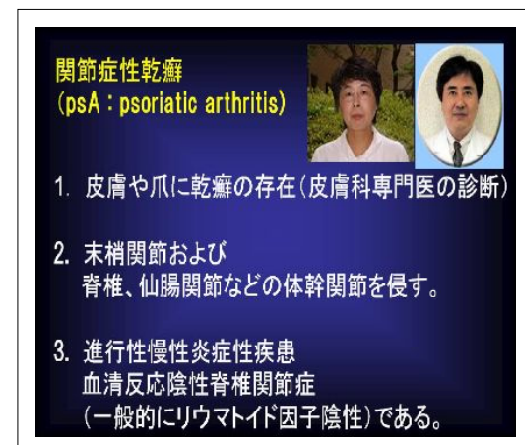
では、炎症性脊椎痛とは何なのかというと、診断基準として二〇〇六年の資料では、
一、首や背中、腰、骨盤に朝のこわばりが三十分以上続く、朝起きて痛くてあまり動かない。
二、腰痛は体操によって改善するが安静では改善しない。
三、夜寝ていると、睡眠の後半（朝方）に腰が痛くて目がさめる。
四、移動する臀部痛、つまりおしりの周りが日によってあちこち場所が違うが痛い。
このうちの二つ以上があれば炎症性脊椎痛という事になります。つまり乾癬患者さんが、朝背中や腰が痛い、動きにくいという症状が出現しているにもかかわらず改善しない、さらに膝が痛い、手が腫れていてにぎりにくい、こういう症状があれば血清反



応陰性脊椎関節症の可能性が高いという事になります。スライドを見ますと、この血清反応陰性脊椎関節症というのは大きく分けて三つ（強直性脊椎炎、反応性関節炎、炎症性腸疾患）あり、ここに乾癬が一部からむわけです。全部が全部、この青い枠の中に関節症性乾癬が入る訳ではないですが、ほぼ重なっています。関節症性乾癬以外の痛みというのも当然あると思います。関節症性乾癬、もしくは乾癬性関節炎に関して一つずつ詳しく説明させていただきます。関節症性乾癬の診断基準ですが、一九八九年の資料ですが、少しわかりにくいですね。つまり
一、皮膚や爪に乾癬が存在する、皮膚科専門医の診断がある
二、末梢（足先、指先）関節、もしくは脊椎（背骨、腰骨、首）、仙腸関節（骨盤の後側）、これらを体幹



（軸）関節というのですが、こういう所がレントゲンを撮るといたんでいる
三、血清反応陰性脊椎関節症が該当しているというような場合
以上の項目に当てはまると、関節症性乾癬となります。関節症性乾癬の診断というのは非常にわかりにくく、大まかな判断のなかで関節症性乾癬でしようとなっているのが実際のところだと思います。
関節症性乾癬の疫学については地域格差があり、どれくらいのパーセンテージがあるのかははっきりとわかっていません。乾癬患者さんの内、一％～四十八％と言われています。とても差がありますね。二〇〇一年の報告では日本では関節症性乾癬は二万八千人中の三百人位ですので一％、ノルウェーでは三十％ですし、



関節症性乾癬の疫学

日本の乾癬患者さんは、
約 38万人 / 1億2700万人
(約 0.3% 中国と同等と仮定)
関節症性乾癬は、乾癬患者さんの1~5%?

大阪府内の関節症性乾癬患者さん

大阪府人口(H.20.5)

$883万1579人 \times 0.3\% \times 5\% \approx$ **約 1900人**

アレニウスらの報告では四十八%です。で半分くらいは関節症性乾癬という事になります。私が日生病院で診させていただいた人で関節症性乾癬であろうと思われる方は二十~三十人位いらつしやったのではないかと思います。おそらく梯の会で二百五十名の内の三十名ほどという事になるので、日本の報告よりも多いのではないかと感じています。男女比は、ほぼ同じでこれは世界共通です。発症年齢は関節リウマチとだいたい同じ位で二十~四十才、乾癬発症後十年目くらいの発症が多いとされています。発病形態としては、乾癬が発症してから関節が痛くなるというのが六十五%、乾癬と関節の発症が同時というのが十五%、先に関節が痛くて後で乾癬が出てくるというのが二十%位という統計が出ています。すると日本の乾癬患者さんはパーセ

1. 炎症性脊椎炎

椎間関節骨癒合

非対称性仙腸関節炎

ンテージがはっきりとわからなかった。で中国と同等と仮定しますと〇、三%、一億二千七百万人の内の三十八万人位が乾癬患者さんとしていて、という事になります。関節症性乾癬は乾癬患者さんの一~五%位とすると大阪府の人口が先月八百八十三万五千五百八十九人です。で $\times 0.3\%$ 、 $\times 5\%$ という事になりますから千九百人位いるという事になります。が、八百八十三万人中の千九百人ですから、なかなか大阪の道端では同じ疾患を持つ方とは会えないという事になるのではないのでしょうか?

関節症性乾癬の病型ですが、これは一九七三年の資料ですが、一番多いのが、非対称性関節炎型(少数指趾型)が七十%、ムチランス型というのも五%で、早い時期に関節がほとんど変形して寝たきりになってしまいうような方もいらつしやると聞いています。

2. 遠位指節間関節変形および爪変形

指の第一関節が障害される

爪の変形は 67%に合併

Jones et al 1994



ています。

では、関節症性乾癬の症状としてはいったいどういうものがあるのかというと、動作時痛、つまり動くとき痛いという事です。ところが動いている内にだんだんと治ってくる、改善してくる痛みが多いと言われています。

- 一、炎症性脊椎炎
- 二、爪の変形、遠位指節間関節変形
- 三、非対称性少数関節炎
- 四、指趾炎
- 五、付着部炎(骨・靱帯・腱結合部)
- 六、その他

一の炎症性脊椎炎痛は、先ほどお話ししたような朝のこわばりの存在、安静では治らない腰痛、夜寝ていて朝方腰痛や臀部痛が目覚める、などというような症状があります。この炎症性脊椎炎がひどくなってくると、首を自由に動かすことが出来な

4. 指(趾)炎

16~48%に合併

ソーセージ様指

原因
屈筋腱・腱鞘の腫脹
関節内滑膜炎
付着部炎 側副靱帯など



最後まで握れない

くなります。

非対称性仙腸関節炎というのは、両方同時には侵されない、片方ずつ、先ほどの目のお話もそうですよね。片方だけが侵されるという事が多いです。

二の遠位指節間関節変形は、指の第一関節、一番爪に近い指の関節が障害されて変形するという事が多いです。爪の変形は六十七%に合併されていますし、実際爪の変形が起る事が多いのではないかなと思います。

三は最も多い型の非対称性少数関節炎は、左右対称でなく、且つ四つ以下の関節が痛いという症状が見られます。

四は指(趾)炎ですが、手や指、足が腫れたと、先ほど大分の患者さんが言われていましたが、指の先が腫れる、いわゆるソーセージ様の指



と言われるものです。十六〜四十八%に合併すると言われています。腫れる訳ですから手を最後までギョッと握れなかったり、握力が落ちたりします。屈筋腱（握ったり曲げたりする筋）が腫れたり、腱鞘（筋を入れている鞘）が腫れたり、滑膜など色々な靱帯の筋が腫れるのが原因と言われています。

五、付着部炎というのは、結構痛がる方が多いのですが、いったい何の付着部が炎症するのかというと、靱帯、腱などです。靱帯というのは骨と骨をつないでいる繊維、腱というのは筋肉が骨にくっつく時のすじです。つまり骨と腱、骨と筋肉の結合部が痛いということです。膝が痛いと言っても、膝の少し下であったり少し横であったりして、一般的にはあちやんがよく膝が痛い場所より少しずれている事が多いです。付着

各種疾患における患者のQOL-身体的項目、精神的項目におけるSF-36®のスコア平均の順位

疾患名	「身体的項目」 summary score		「精神的項目」 summary score	
	平均(SD)	順位*	平均(SD)	順位*
健康成人*	468 55.26(5.10)	1	53.43(6.33)	1
高血圧**	2,089 44.31(10.76)	5	52.22(9.28)	2
2型糖尿病*	541 41.52(11.27)	9	51.30(9.55)	3
心筋梗塞*	107 42.64(10.02)	7	51.57(8.19)	4
心不全*	216 34.50(12.08)	11	50.43(11.13)	5
がん*	105 45.12(11.60)	3	48.82(11.07)	6
関節炎*	826 43.15(11.62)	6	48.31(11.11)	7
皮膚炎*	214 46.88(11.49)	2	46.16(12.06)	8
乾癬*	317 41.17(14.21)	10	45.69(11.37)	9
慢性肺疾患*	182 42.31(14.08)	8	44.47(12.28)	10
うつ病*	504 44.96(12.05)	4	34.84(12.17)	11

※順位は、健常者が最も高く1位から11位までとした。QOLは包括的評価するSF-36®により算出した。
 *：主要疾患における患者
 **：主要疾患における健康者
 *：Medical Outcome Study: MOS
 Rapp S. R. et al.: J. Am. Acad. Dermatol., 41 (3 Pt 1), 401 (1999)

部炎の多発部位の統計を取ると、①踵骨（アキレス腱の付着部や足底腱膜）②骨盤周囲③膝蓋骨下縁（膝のお皿の骨の下の方）④肘周囲というものがあります。

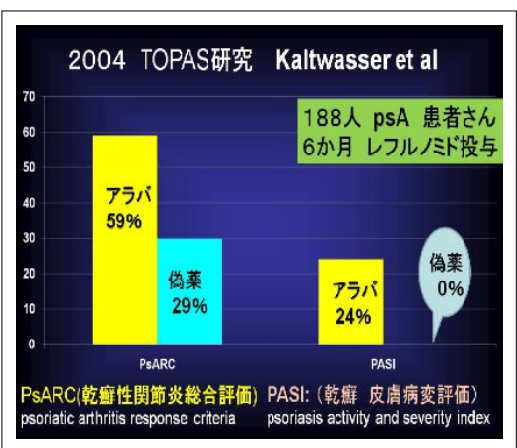
六、その他の症状としては①目の疾患の合併②HLA B27陽性で遺伝については不明③循環器系④アミロイドーシス⑤掌蹠膿疱症性骨関節炎、というようなものがあります。

血液生化学検査では、CRP（反応性タンパク）というのは炎症が起こった時に数値があがるのですが、風邪を引いても値が上がるし擦り傷にばい菌がついても上がります。この値については関節症性乾癬の方は正常な方が多いです。レントゲンでの変化が進行してくると（重傷になってくると）関連します。関節リウマチの患者さんの場合はCRPの炎症反応が高値であれば予後不良であるが、こ

- 関節症性乾癬の治療について
～過去から現在～
- 軽症の場合は
非ステロイド性消炎鎮痛薬 (NSAIDs)
 - 1～2か所の少数関節炎には
ステロイドの関節注射
 - 多関節型や進行する病型には
DMARDs (疾患修飾性抗リウマチ薬)
もしくは 生物学的製剤 (現在では、国外のみ)

の炎症反応をなるべく強いお薬で低い値に保ちながら副作用が出ないようにコントロールしていきます。QOLの値による関節症性乾癬の予後について明らかなエビデンス（統計学的な見解）はありません。

QOL (quality of life) 生活の質についてですが、一九六一年にライトという方が「関節症性乾癬は、関節リウマチほど重篤でなく軽度な疾患」と報告されたため、一九八〇年代までは皮膚病変だけだしそんなに重たい病気ではないので余り気にしなくていいですよと世界的に言われていました。ところが一九八七年にグラッドマンが関節症性乾癬の患者さん二百二十人に聞き取り調査をしたところ、二十%位が重症という事がわかってきました。重症というのは関節リウマチの患者さんではクラス3（かなりの介助が必要）、ク



ラス4（寝たきり）、要するに重症と判断される方が二割程いるとわかってきました。一九九九年の皮膚科の雑誌のアンケートを見ますと、どういいう病気が患者さんにとって肉体的精神的ダメージがあるのかという事を調べましたら、乾癬の患者さんは身体活動制限度（肉体的ダメージ）は十疾患中九位、精神的ダメージ度は十疾患中八位と低く関節症性乾癬の疾患の重篤性を再認識させるデータです。ガンや心筋梗塞よりダメージがあるというアンケート結果が出ているのです。

では 治療について考えてみましょう。

第二部、関節症性乾癬の治療について、過去から現在、そして近い将来、近い未来についてお話をさせていただきます。関節症性乾癬の治療の目標は①皮膚病変の改善②滑膜炎の改善

③ 腱付着部炎・指炎の改善④ 異常な骨の変化の改善⑤ (生活の質) がより良く改善すること、これが我々の願いであり皆さんの願いでもあると思います。

治療についてのまず過去から現在についてですが、

① 軽症の場合は非ステロイド性消炎鎮痛薬（痛み止め）を飲みましょう
② 痛い場所が一〜二箇所であればステロイドをその場所に注射しましょう
③ たくさん関節に症状が出現して、進行していく病型に関してはリウマチに使う疾患修飾性抗リウマチ薬や、まだ現在では国外のみで使われている生物学的製剤を使うことが勧められています。

痛み止めに關しては、文献上は末梢関節炎（手先、足先の痛み）や脊椎炎に一部効果があります。ただ皮膚病変への効果はありません。一九

DMARDs: 疾患修飾性抗リウマチ薬

1. 末梢関節炎には部分的に効果あり
2. 炎症性脊椎炎には 効果不十分
3. 骨破壊の抑制効果なし



あたらしい治療薬の開発が望まれていた

関節症性乾癬の原因



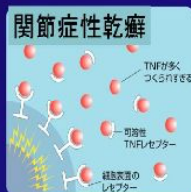
九九年のアメリカの資料では非ステロイド系消炎鎮痛薬で消化管障害に亡くなった方が一万六千五百人もいました。この数字はエイズによる死亡数一万六千六百八十五人とほぼ同じです。ですので、痛み止めを使う場合は副作用として、消化管病変が伴う場合があるという事を再度認識しつつ、使う必要があるという事がわかります。

② ステロイドですが、定期的なステロイドの関節注射は一〜二箇の少ない関節炎については部分的に効果があります。ただ全身投与は膿疱性病変を再燃させる可能性があるためあまりおすすめるはできないという事になります。

③ のリウマチによく使われている疾患修飾性抗リウマチ薬は、末梢関節炎には効果がありますが、炎症性脊椎炎にはいくらかの効果しかありません。

TNFとは・Tumor necrosis factor: 腫瘍壊死因子

- 細胞と細胞間の情報伝達をおこなうタンパク質「サイトカイン」のひとつである
- サイトカインはからだの免疫機能をつかさどる
- 関節症性乾癬の患者さんは TNF が多くつくられ、炎症などを引き起こす原因になる



炎症が起こる
TNFが、細胞表面のレセプター（受け皿のようなもの）に結合すると、炎症が起こります。

免疫抑制剤のメソトレキセートやリウマトレックスは、重症や進行性の乾癬性関節炎の皮膚病変や末梢関節炎には部分的に効果があります。ただ関節破壊進行の予防・防止はできないのではないかというデータが出ています。

レフルノミドという免疫抑制剤については二件の研究があります。トパスという方の資料では百八十八人の関節症性乾癬の患者さんに六ヶ月レフルノミドを投与したところ、関節炎が五十九%改善し、偽薬では二十九、七%しか改善しなかった。また、皮膚病変が改善したのが二十四%、偽薬では〇%でしたので有効性があるという報告です。つまりレフルノミドは末梢関節炎および皮膚病変に効果があるということになります。

次にシクロスポリンの研究があります。これらの薬は末梢関節炎及び皮膚病変に効果がありますが、腎障害が多いのでなかなか長期に渡って使えないですし、気をつけて使わない腎障害などを引き起こすお薬であるという事です。

つまり、疾患修飾性抗リウマチ薬というのは、末梢関節炎（手先、足先、指先、一部の四肢の炎症）には部分的に効果があるが、炎症性脊椎炎（首や背骨、腰骨の痛み）には少し効果が不十分だという印象です。骨破壊の抑制効果は今のところないのではないかとこの事です。関節リウマチでもこのお薬で骨破壊は抑制出来ないうデータが示されています。そういうわけで新しい治療薬の開発が望まれていました。

では新しい治療というと先程、岩月教授がすこしお話された生物学的

TNFとは-2

① 正常な状態



② 関節症性乾癬の患者さん



う事がわかりました。

では関節症性乾癬に対する生物学的製剤の治療効果については、まだ海外の報告しかありません。これは二〇〇〇年の資料ですが、乾癬歴が平均二十年で関節症性乾癬歴が平均九年という方六十人に集まっていたのでエンブレルを六ヶ月間投与しました。そのときの関節痛や腫脹の総合評価をすると、効果があつたというのがエンブレルで八十七%、偽薬で二十三%という明らかな差が出ました。（偽薬というのは本物のお薬と同じ見た目のもので、患者さんには知らせずに試験します。これは治験と言われるもので、もちろん患者さんの同意もいただいています。）関節症性乾癬の方の皮膚に対する効果ですが、エンブレルで改善されたと答えた人は四十六%、偽薬では九%、四分の三以上の皮膚病変が改善

されていると答えた人がエンブレルでは二十六%、偽薬では〇%なので明らかに有効性がある事がわかりました。さらにこれまでにリウマチレックスやメトトレキセート、ステロイドを飲んでいた人の二十五〜四十%がエンブレルを使う事によってこれらの薬を中止できたというデータがあります。

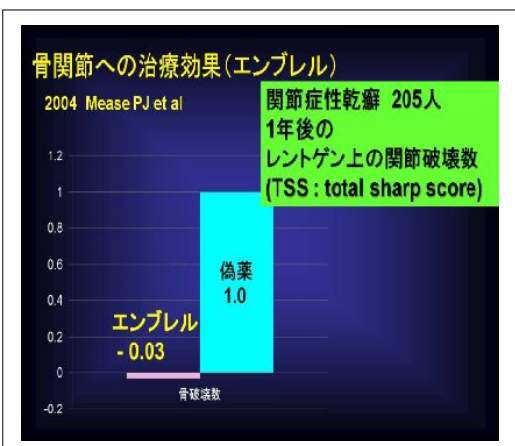
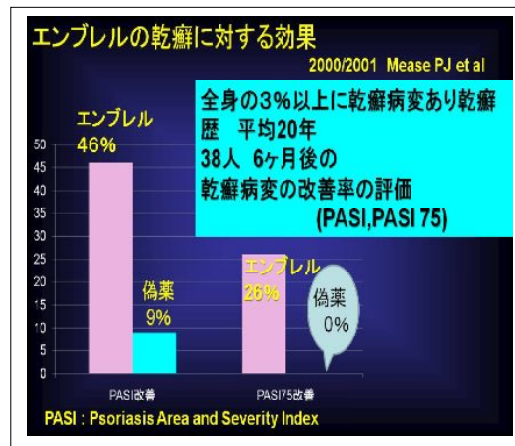
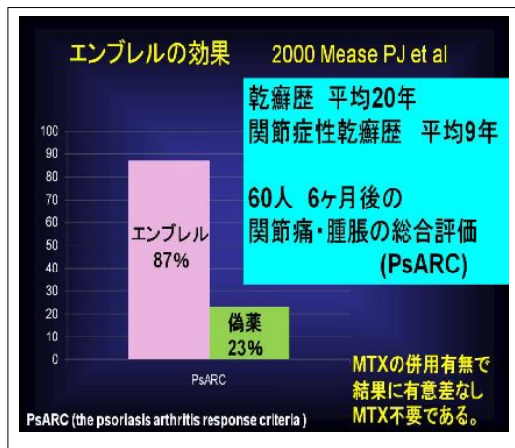
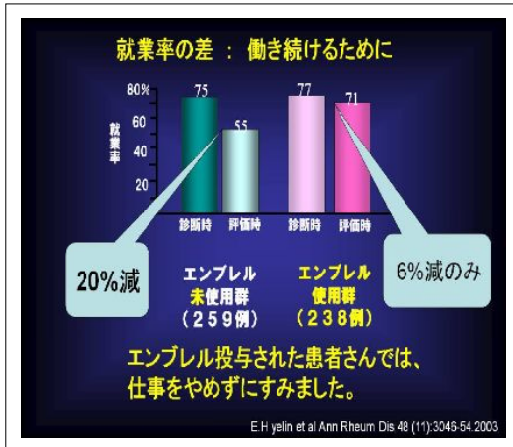
ではエンブレルの骨関節への治療効果は、二〇〇四年のデータですが、関節症性乾癬の二百五人の患者さんが一年後にレントゲン上でどれくらい関節破壊が進んだかを見てみるとエンブレルではマイナス〇、〇三、これはマイナスなので治つているという事です。関節リウマチでも軽症の骨びらん（骨の破壊）は治つてくるといふ報告が最近でてきています。一方、偽薬では破壊関節数は増えています。この報告から、生物学的製

剤で関節症性乾癬患者さんの関節破壊の進行は防止できる可能性があるという事です。

次に、今年の四月に関節リウマチに保険適用になったヒュミラ、三百十三人の関節症性乾癬の方に投与しました。治療効果判定でよく用いられるCR20を満たす患者さんは、ヒュミラを使うと五十七%存在しますが、偽薬では十五%です。また皮膚病変が半分程無くなった人は七十五%、七十五%の皮膚病変がなくなったという人が五十九%、九十%の皮膚病変がなくなったという人が四十二%も確認されました。偽薬ではそれぞれ十二%、一%、〇%という結果でした。生物学的製剤が関節症性乾癬患者さんの関節炎や皮膚病変にも効果があるのではないかというデータ結果です。

での尋常性乾癬に対するヒュミラの治験が昨年終わりました。その結果スライドです。尋常性乾癬の患者さん百六十九人に四ヶ月間ヒュミラを投与しました。四十%投与したところ、皮膚病変の七十五%が無くなった人が、五十七、九%、八十%のヒュミラを投与すると八十一%の人が改善しました。偽薬では四、三%でしたのでこの差は明らかです。日本の乾癬患者さんにも生物学的製剤がよく効くことがわかりますね。

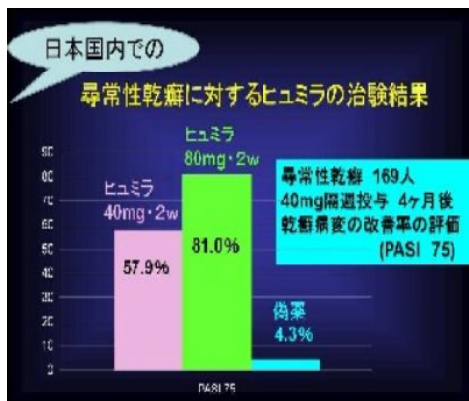
では生物学的製剤の副作用について、「易感染性」があります。これは色々なウイルス・ばい菌などに弱くなり、肺炎や風邪などもかかりやすくなるといわれています。また注射をした箇所には痒みや腫れが出る場合もよくあります。さらに稀ではありますが悪性リンパ種（血液のガン）が出てくる事があります。エンブレ



ルで三、四七倍、レミケードで六、三五倍、ヒュミラで五、四二倍という倍率で悪性リンパ種が出現する可能性がありますと言われています。さらに、大阪では多い結核ですが、関節リウマチ患者さんに投与した場合、再燃今後の課題ですが、長期での安全性がまだはつきりわかりません。最後に薬の値段が非常に高いです。保険が適用されても月約四〜五万円程度かかってきます。

日本における乾癬の今後の生物学的製剤治療の展望については、ヒュミラは治験が終了しており、本年夏頃に厚生労働省に乾癬に対して申請予定で、使用開始は来年春から夏頃ではないかと言われています。

本邦における関節症性乾癬についての学会発表ですが、二〇〇七年の日本乾癬学会では関節症性乾癬は七演題、皮膚科のドクターから報告が



ありました。二〇〇八年の日本リウマチ学会総会では二演題、二〇〇八年の日本整形外科学会では八百七十六演題がありましたが関節症性乾癬の演題はありませんでした。この演題数の少なさからわかりますように、関節症性乾癬という病気は整形外科のドクターの間ではあまり話題に上がりません。それでは困りますし、もっとこの病気で困っている方が多く存在するということを広めていきたいと考えています。現在、日本に在住されている関節症性乾癬患者さんのデータは整形外科にはほとんど無いというのが現状です。私達は、乾癬患者さんの関節炎のデータをまとめて整形外科・リウマチ科の学会で発表を行うことでより多くの整形外科・リウマチ科のドクターの興味を持っていただき、議論がなされることで、よりよい解決法が見つ

日本における今後の生物学的製剤治療

1. ヒュミラ(アダリムマブ)

治験終了

本年夏ごろ

厚生労働省に乾癬に対して申請予定

使用開始は、来年春から夏頃

かつてくるのではないかと思いをこめて今日はお話させていただいています。おわりに、関節症性乾癬は安静により増強する腰痛および手足の第一関節の骨関節破壊や、関節近傍に付着部炎を生じる事が多い疾患です。腰・首の痛みまた関節の痛みがあれば、年やからなあと問わずに一度は医療期間を受診して下さい。ご清聴有り難うございました。

現在、私は日生病院で関節症性乾癬外来を担当させていただいております。(月二回 第一、三火曜日の十四〜十七時です。皮膚科の東山先生にまず受診が必要です。)

関節症性乾癬に悩む患者さん一人一人により良い生活が出来るようにお手伝いが出来ればと思っていますので今後とも宜しくお願いします。

皆さんも幹事会に参加しませんか。

大阪乾癬患者会(梯の会) 幹事会は、1ヶ月に1度第2土曜日に西区区民センター(地下鉄西長堀)で行われています。時間は2時からです。会の運営や学習懇談会の企画などを主に話し合っています。会が終わった後は、近くの喫茶店でお茶を飲みながら、色々四方山話に花を咲かせることもしばしばです。いつも大変なごやかで、楽しい雰囲気の内に行われています。出席は皆さん色々忙しいので、幹事全員は難しく、いつも7〜8名程度ですが、みなさんどうぞお気軽にご参加下さい。何か相談のある方や飛び入りでも全く構いませんので、気が向けばぜひおいで下さい。

次回は12月13日(土)です。忘年会も予定しています。



北の大地に集結

副会長 中山

第二十三回日本乾癬学会が九月五〜六日の日程で北海道・旭川グランドホテルで開催されました。

今年も学会のご好意により、学会場にて全国の患者会の宣伝活動을させて頂きました。学会場入り口の絶好の場所を提供して頂きましたので、ブースの前を通られる先生方も多く、準備した資料も品切れになるほどの盛況でした。またブースの前に多くのソファアがあり、全国患者会の人たちとの情報交換も十分行え意義深い活動が出来ました。

会場のホテルは重厚な造りで明治か大正の建物と思われていた方もいましたが、実は四年前に新築されたモダンレトロだとバラしてしまつて申し訳ないことをしました。

学習会は六日午後四時より地元旭川厚生病院皮膚科部長の橋本喜夫先生に、『乾癬と相補代替医療ー漢方療法も含めてー』の演題で講演頂きました。スライドが優に百枚を越える熱弁をふるって頂

きました。漢方についての用語解説や基礎から、漢方の投与経験まで含め非常に詳細に話しをして頂きました。食事療法についても乾癬によいとされる食材から肥満との因果関係（肥満度やアディポネクチン・レプチンのホルモンバランスが乾癬に与える影響）や運動療法、更には温泉療法やアロマテラピーにまで触れて頂きとても興味深く勉強させて頂きました。現在受けている治療が基本であり、漢方などの相補代替医療は現在の治療と併用されてこそ有効との言葉が印象的でした。

講演後の質疑応答は東山先生が司会を務められ、アメリカより来られていたクー先生始め全国から十二名の専門医・四名の看護師さんに壇上に上がって頂き重鎮勢揃いのこれ以上ない豪華さで、予定の二時間があつという間でした。

全国患者会懇親会は旭川近郊の東神楽町のホテル花神楽で行われました。六名の先生方も同宿され、五十名にもなった参加者で深夜を

過ぎ早朝まで大いに盛り上がりました。群馬・栃木・茨城など新しい患者会からの参加もあり、情報交換も活発に行われました。

個人ごとですが旭川は就職して最初の赴任地でした。あまり変化しない街です。でも懐かしく過ごさせて頂きました。全国患者会の連絡会が時間が足りずに中途半端であつたこと、豊富温泉ツアーに参加できなかったことは心残りとなりました。

遠隔地だったこともあり梯の会からは岡田会長・加納監査役・中山の三名のみの参加でした。来年は東京・霞ヶ関ビルでの開催となりますので、会員の皆様より大勢参加して頂きたいと思ひます。





学習会は旭川グランドホテルでおこなわれました。



全国から集う、多くの仲間



懇親会はホテル花神楽で。
お医者さんも患者さんも大勢参加して大変盛り上がりました。



お知らせ

★編集局では皆さんの原稿を募集しています。乾癬についての自分の体験、自分が行っている治療法、日常生活で心がけていること、乾癬治療に役立った事、その他何でも構いません。エッセイ・詩・短歌・俳句などもぜひ投稿してください。お待ちしております。

★「PSORIA NEWS」では「乾癬Q&A」コーナーを設けています。症状や治療法、薬など乾癬に関する質問がありましたら編集局までお寄せ下さい。代表的な質問などを選んで、相談医の先生方に会報上で答えて頂きます。

★「大阪乾癬患者友の会」の幹事会は全て会員や相談医の方のボランティアで成り立っています。会では幹事になって頂ける方を募集しています。幹事の人数が少なく大変困っています。自分のやれる範囲でももちろん結構ですから、ぜひお手伝い下さい。当面次の仕事をお手伝い頂ける方を探しています。 1) 定例総会等行事のボランティア 2) 会報送付作業のボランティア 3) ホームページ管理等のボランティア 4) 幹事会参加メンバー(5名程度)

ホームページのご案内

大阪乾癬患者友の会(梯の会)では、ホームページを作成・運用しております。乾癬についての治療法・薬・生活上の注意や総会のお知らせ・会報の抜粋・掲示板・乾癬関係のホームページへのリンクなどが掲載してあり、役に立つ情報が一杯です。ぜひ御覧になって下さい。ホームページアドレスは下記の通りです。



<http://derma.med.osaka-u.ac.jp/psor/>

会員の皆さまへ 会費納入のお願い

年会費を下記の要領で徴収させていただいております。より充実した会の運営のため何卒、ご理解のほど宜しくお願いいたします。

会 費：年間 3000円

納入方法：郵便振替

納入期限：毎年3月末日までに納入お願いします。振込用紙に必要事項を記入のうえ郵便局の振り替え口座に振り込みをお願いします。会費につきましては、未納の場合、自動的に退会となります。

郵便振替 口座番号： 0920・2・155745 「大阪乾癬患者友の会」

「PSORIA NEWS」

第37号 2008年(平成20年)12月発行

発行：大阪乾癬患者友の会(梯の会)

事務局：550-0012大阪市西区立売堀6丁目3番8号

日本生命済生会附属日生病院皮膚科内

TEL 06-6543-3581

E-mail

info-psoria1@derma.med.osaka-u.ac.jp

発行責任者 岡田(会長) 小林(編集責任)

2008年度 大阪乾癬患者友の会 幹事

会長	岡田	会報編集	小林	幹事	桔梗
副会長	中山	会報編集	高橋	幹事	武居
事務局長	東山	幹事	北浦	幹事	吉田
会計	池内	幹事	宮崎	幹事	宮崎
会計監査	加納	幹事	山田	幹事	斉藤
会計補佐	吉岡				