

Psoria News

発行

NPO法人 大阪難病連加盟
大阪乾癬患者友の会(梯の会)

特集

◎第31回乾癬学習懇談会

◎みんなで語ろう乾癬について in 高知



Index・・・

・みんなで語ろう乾癬について in 高知 P1	・乾癬のボイストロバイス P27
・「乾癬治療の基本—ほとんど皮疹のない状態を保つには」 森田明理先生 P3	・お知らせなど P28
・「乾癬の外用療法」 ジョンクー先生 P11	

みんなで語ろう乾癬について in 高知

北から南から 全国の仲間が高知に結集！

懇親会には70名以上の参加

高知 桂浜荘



会場となった高知文化プラザ「かるぽーと」

さる9月19日(金)～20日(土)高知市文化プラザ「かるぽーと」にて第29回日本乾癬学会学術大会(会長…佐野栄紀高知大教授)が開催されましたが、それに合わせて今年も日本乾癬患者連合会は会場内に展示ブースを設け、また20日(土)には学習会も行いました。

展示ブースでは例年のように乾癬患者会の活動紹介を行い、理解して頂くことを広く訴えました。

学会の方では、まず1日目に「乾癬外用治療に求められることと患者の望むこと・医師のすべきこと」というテーマでセミナーが開催されました。患者は聞けませんでした、このセミナーでNPO法人東京乾癬の会(P.P.A.T)の阿高氏が患者側から講演、また医師の立場からは根本治先生(札幌皮膚科クリニック)が講演をされました。

また20日(土)には乾癬学会C会場(かるぽーと2階小ホール)に於いて、医師と患者のジョイントシンポジウムが行われました。このシンポジウムでは飯島正文先生(昭和大学名誉教授、新百合ヶ丘総合病院)が、現在連合会でもその運動を進めている、関節症乾癬の難病指定に関する詳しい話がありました。周知のように現在国では難病指定の見直し作業が行われています。全部で300の難病が新たに対象になる予定で、先の中間発表では膿疱性乾癬は従来通り難病指定となりましたが、乾癬の中でも日常生活に多大な支障をきたす関節症乾癬を何とか難病指定にしてほしいということで、連合会でも現在アンケート調査などにも取り組んでいます。飯島先生は現在の状況説明と、これを指定疾患にしていくためには患者会・医師双方が力を合わせて、関節症性乾癬に対する理解を深める運動を進めていくことの重要性を説かれました。

またその後、患者代表として添川氏(日本乾癬患者連合会事務局長)が、自身の病状を振り返りながら、患者の立場からの説明、病状への理解を訴えました。このシンポジウムは一般の方も参加可能でしたが、広い会場にぎっしり立ち見が出るほどでした。学会に参加された先生方も大勢聞き入ってお

られました。尚、このシンポジウムでは本会より岡田会長が座長として参加しました。

シンポジウムの後は「みんなで語ろう乾癬についてin高知」をテーマに、連合会主催の学習会が同じ続けて会場で行われました。連合会会長の稲垣氏が今回事情の為、出席ができず、代わって東京乾癬の会(PJPAT)の副会長である青木氏が挨拶をされました。メインの医療講演はアメリカ、カリフォルニア大学教授であるジョン・クー先生が「乾癬の外用療法」という題で話されました。クー先生は、今までにも乾癬学会や各地の学習会で講演をして頂いていますが、非常に日本語が堪能で、毎回世界の乾癬治療の動向を交えた講演をされています。今回はつい最近日本でも発売が開始されたステロイドとビタミンD3の混合剤「ドボベツド」に焦点を絞って、その効能について、豊富なデータを元に分かりやすい講演をして頂きました。「ドボベツド」の特長、従来のステロイドやビタミンD3の薬との使用比較、新しいシークエンシャルセラピーなどについてアメリカでの使用実績に基づきながら丁寧に説明して頂きました。1日1回の使用でOKという利便性は乾癬患者にも大きな助けになるだろうということまで話を締めくくられました。

クー先生の後には、今回、実際の準備に奔走された高知患者会の川添氏が患

者体験談をされました。短時間でしたが要領を得た簡潔な話で、参加者も聞き入っていました。

学習会の後、場所を桂浜荘に移して懇親会が行われました。桂浜荘では8年前も同様な会を催しましたが、今回はその倍近い70名以上の参加がありました。8年前に比べると患者会の数も倍以上に増え、患者会活動の広がりも実感されました。学会会頭の佐野先生のみならず多くの相談医の先生方にも参加していただきました。懇親会では各患者会毎に舞台上に立って挨拶。揃いのTシャツを着た患者会もあり、ユーモラスで和やかなものになりました。

二次会は宿舎の部屋で行いましたが、狭い和室に40名ぐらゐが密集し(?)、患者も医者も一緒になって話が大変盛り上がりました。お酒も入って、乾癬のこと、患者会のことほもちろんのこと、みなさん百年の知己のようにすぐ打ち解け、話は深夜まで続きました。初めて参加された方も多かったと思いますが、乾癬という病気は大きな繋がりを今回ももたらしたと思います。

翌日それぞれの別れを惜しみ、来年名古屋での再会を約して解散となりました。毎年各地方で行われる患者会懇親会にこれだけの数の方が集まったのは初めてだと思います。この絆を更に強めますます患者会活動が発展していけばいいと思います。参加者の皆様お疲れ様でした。

★全国乾癬患者会代表者会議開かれる。

高知学習会の期間中、9/20(土)9時から「かるぽーと」に於いて、JPA日本乾癬患者連合会、全国乾癬患者会代表者会議が開かれました。全国の患者会のうち、北海道・宮城・群馬・東京・神奈川・愛知・三重・大阪・山口・高知・福岡の各代表者が参加しました。大阪からは岡田会長と中山事務局長が出席しました。

この会議では、関節症乾癬や膿疱性乾癬などの国の難病指定に関する件、IFPA(世界乾癬患者連合会)に対する取り組み、WHO採択の件、10/29の世界乾癬デーへの取り組みの件、会費の件、未組織県への患者会設立運動など色々な件について話し合われましたが、関節症乾癬については、その難病指定に向けてアンケート活動に取り組むこと、会費については従来の一人10円から100円(但し資金的に余裕のある会)へ値上げすることなどが決定されました。

★JPAのロゴマーク決まる

同じく代表者会議で、従来から話題になっていた、JPAのロゴマークについて、いくつかの候補の中から右記のものに決定しました。桜の花びらを装った素敵なデザインで、今後活動の際に広く利用していくことになります。



高知でまた素晴らしい思い出ができました



患者会ブース



JPA副会長 青木氏挨拶



高知 川添氏患者体験談



会場一杯の学習会



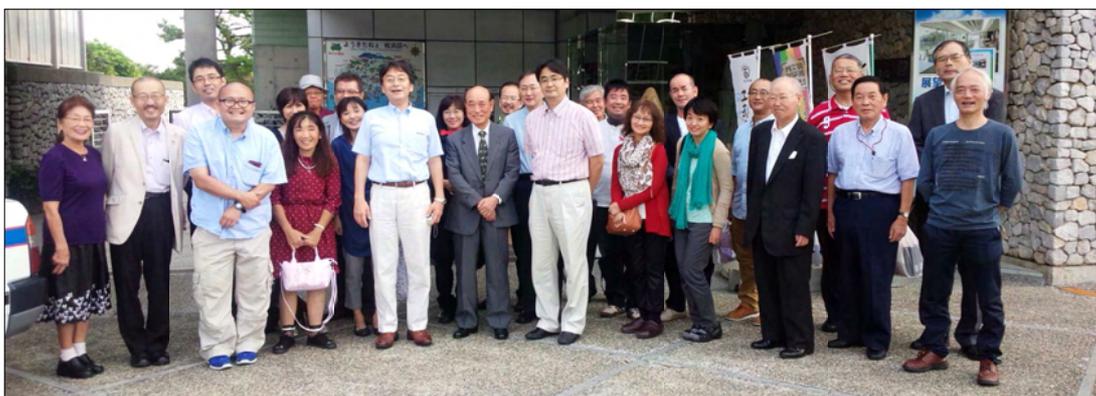
クー先生 講演



懇親会会場となった桂浜荘



70名を超える参加者のあった懇親会



来年、愛知での再会を期して記念写真

「乾癬治療の基本

「ほとんど皮膚疹のない状態を保つには」

名古屋市立大学皮膚科学教室教授

森田明理

乾癬治療の基本

本日のお話は乾癬の治療の基本といふことで少し私の主観を入れてお話させて頂きたいと思えます。何よりもこの乾癬の治療法が飛躍的に進んだということがあります。その一つとして、生物学的製剤と言われる治療法が2010年の1月10日に承認を受けたことです。患者会の皆さんの協力によって署名活動が開かれました。生物学的製剤がどうして必要かということをよく厚生労働省に理解して頂いた上で使用できるようにしたのは約4年前のことです。4年経った今、この治療は飛躍的に伸びると共に、私にとって治療の考え方全体そのものを考えさせるようになりました。ここに来ておられる皆さんも御署名頂いたのではないかと思います。最終的にこの署名は電子署名と直筆の署名を合わせて5

3964筆になりました。お亡くなりになりましたがその当時の日本乾癬患者連合会会長の佐々木さんが非常にご努力なされまして、患者会と連携を取って厚生労働省に運んで頂いた経緯があります。佐々木さんと患者会皆様の力、そして相談医の先生が合わせてこの薬が本邦で少し遅れながらも認められたことは、非常に大きな努力だと思えます。4年経った今、副作用を出さず、そして治療効果を高くするにはどうすればいいのかというのが今日の主題です。

皆さんほとんどの方が乾癬のことをよく御存知だと思っておりますが、改めて初めて御参加の方もいらっしゃるかもしれませんのでお話しします。乾癬という病気はプラーク(皮膚疹)が盛り上がっています。そしてかきやすいた所に出来やすいということになります。足は重力があつてむくんでいるから出来や



森田明理先生

はじめに

皆さんこんにちは。15周年の記念学習会にお招き頂いて誠に有難うございます。乾癬の会は私たち愛知県にもあります。創立はちょうど平成15年の9月の24日だと思えますが、私達も10年になりますから、本来10周年記念などをやらなければいけないと思

多くの皆様のご署名、ご協力ありがとうございました



全国の乾癬患者会のホームページから

抗体医薬

Google検索 1,090,000件ヒット

生物学製剤

Google検索 237,000件ヒット

生物学的製剤

Google検索 155,000件ヒット

バイオリジックス

Google検索 12,600件ヒット

これらに乾癬とかけると……

- 抗体医薬・・・Google検索 29,300件
- 生物学的製剤・・・Google検索 22,000件
- バイオリジックス・・・Google検索 148件

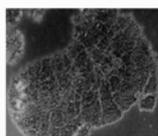
乾癬とは

- 皮膚の局面型皮膚疹(プラーク)を主症状とする慢性炎症性角化症。
- 頭部、四肢伸側、腰部などに好発。
- 爪の変化や関節症状を伴うこともある。

好発部位



乾癬皮膚病変



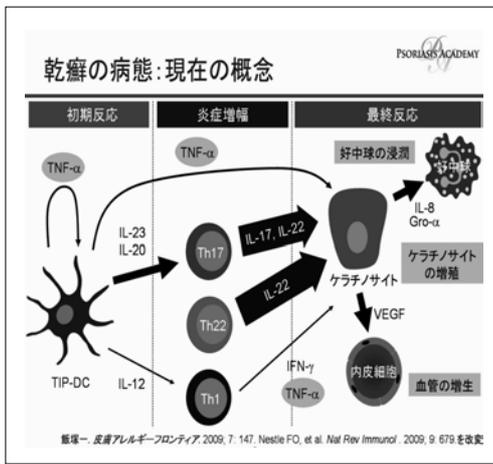
提供: 東京通信病院 江藤隆史 先生

乾癬の疫学	
乾癬患者数	約10~20万人(国内)
発症年齢	20歳代から50歳代に多い。男性は40歳代、女性は10歳代にピークがある。
性差	男女比は2:1.
人種差	白人>東洋人>黒人>アメリカンインディアン
病因	遺伝的素因に種々の環境因子が加わって発症する多因子遺伝性皮膚疾患。

すいとか、腰部などは擦れて出来やすいということになります。問題は爪に出て来たり、関節症状があることで、こうなると難治な乾癬になってきたということになります。どんな人に多いかというところ少し男性と女性では違って、男性は40代〜50代に多くて、女性は10代にピークがあつて、また後ろの世代にピークがあります。日本での有病率は0.2〜0.3%程度であらうと思われまふ。白人は1%〜2%程度というので、日本人に比べれば約10倍ぐらい多いということが分かります。遺伝的要素があつて、それに種々の関係要素が加わる多因子遺伝性疾患で、一個の遺伝子ということではなくて複数の遺伝子が加わっているのではないかとということが分かつています。乾癬というのは普通の乾癬(尋常性乾癬が90%)と関節炎のある関節症性乾癬の2つがあります。関節症は指が痛

乾癬の病型	
尋常性乾癬	約90%
関節症性乾癬	約5%(1~24%)
膿疱性乾癬	約1%
乾癬性紅皮症	約1%
滴状乾癬	約3%

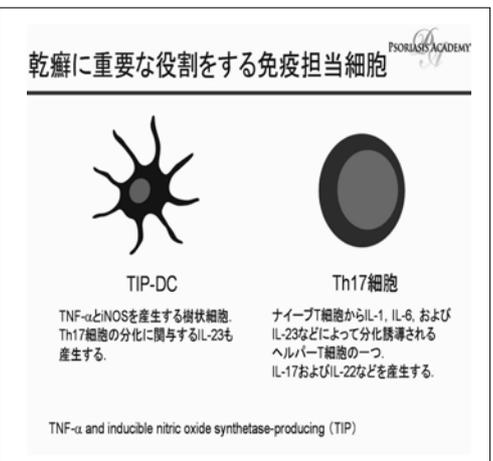
くなつたりするもの(末梢型)や背中が痛くなるもの(体幹性)の2通りがあります。実は日本が多いのはこの体幹と言われる腰やお尻が痛い人ではないかという報告が出てきました。これは早期にレントゲンで捕まえられない所があります。腰が痛いとかお尻が痛いというのは実は非常に注意しなければならぬ所見です。朝起きた時に腰が痛いなあ、マッサージ屋が好きになつたという方です。現在4月から厚生労働省の班会議が立ち上がり、関節症性乾癬に関してはその診断基準と重症度分類が検討されています。そして患者会の皆さん、それから私達医師側からのアプローチを含めてできれば特定疾患医療300の中に入れてもらえないかということ働きかけています。現在460ぐらいの提案がありますが、それを300ぐらいに絞っています。300疾患の中に入りますと、関節症性



乾癬は特定疾患医療となりますから、医療費等の軽減に向けられるということになります。御存知の膿疱性乾癬は特定疾患ですが、非常に稀な病態です。こちらに関しては遺伝的なバックグラウンドがあるものとないものが含まれています。

乾癬の病態

乾癬の病態というのは、T細胞の反応、ケラチノサイトという皮膚の細胞の増殖、さらに色々な細胞が集まり、血管が増えます。これらをターゲットにするような抗体療法(生物学的製剤)が考えられています。ターゲットに十分来ていないのが血管ですから、血管が広がってくると(病変が広がる)、そこが何回も再発するようになります。だから血管が広がってくる部分だけは見たいは治つてもいつもそこに残つて



いることがあるのです。一回きれいになつてもまた同じ所から出て来るのではないかと思ひます。段々広がることもありまふ。

覚えなないといけないのはTh17という細胞です。誘導するTIP-DCと言われるIL23を産生するような細胞があります。これによってT細胞が分化して、Th17が出て来ます。初期の炎症反応で細胞が出て来てTh17とTh22という細胞が皮膚の細胞に働いて、ケラチノサイトの増殖が起ります。それから血管増殖が行われて来ます。ターゲットがVEGFの抗体療法というのは乾癬では始まつていないのですが、この流れの中で出来上がってくるのが乾癬です。もう少し詳しく言うとなんか環境因子と言われ

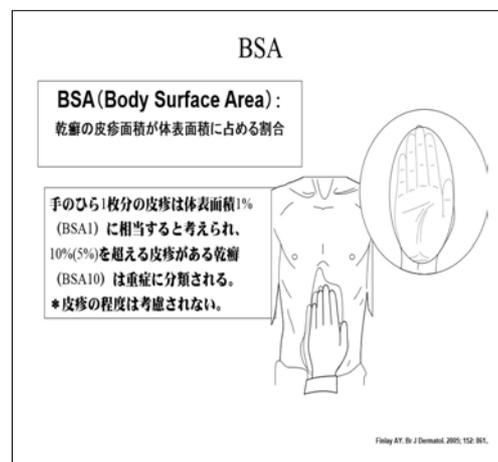
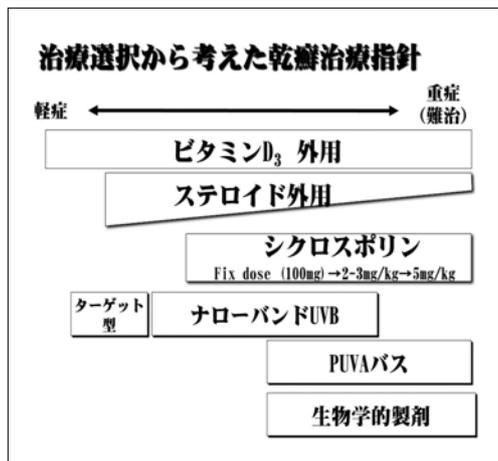
いて乾癬というのは出来てくるわけ
す。

外用療法について

外用治療の基本はビタミンD3です。

これから秋ぐらいにステロイドとの混
ぜ薬（混合薬）の発売があります。こ
れも新しい薬です。ステロイドをど
んん使っていくと、皮膚が薄くなるば
かりか、段々乾癬の治療が難しくなっ
ていきます。外用剤でうまく塗れば治
るといえるのは、確かにある時点まで
そうなのです。早期に次の一手に行っ
た場合はいいのですが、シクロスポリ
ンには腎障害という問題があります。

光線療法はいいですが時間が必要にな
ります。ビタミンD3とステロイドに
ついては、ステロイドの外用量が増え
始めたならばやはり光線療法を使った方が
いいです。また、ターゲット型と言わ



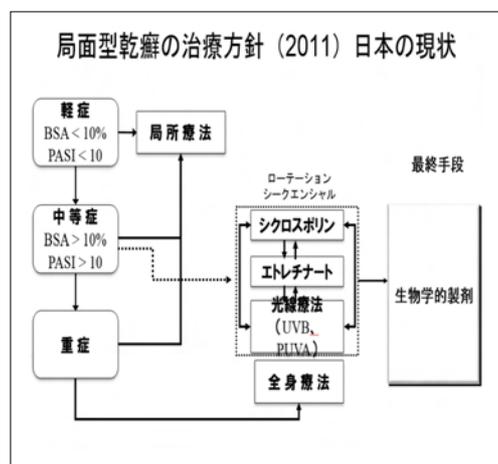
れる部分的に当てる光線療法というの
はいい方法です。最終的に生物学的製
剤を使うこととなります。乾癬とい
うのは濃厚に治療すると段々広がって
くわけです。ですから広がらないよう
に治療するにはどうしたらいいかとい
うと、ビタミンDの治療は良いと思
います。ところがステロイドの外用とい
うのは段々増やしていくとやはり難治
になります。ストロンゲスト(最強)の
ステロイドやステロイドの内服が入っ
てくると治療が難しくなっています。
ただそれをバックアップする方法(次
の一手)が現在幾つもあるのです、非常
に重症な患者さん達も救われるよう
になったのは本当なのです。

BSA—皮膚の広がり

皆さんにも覚えてもらいたい基準は
BSAということ。よくPASI

というのも聞くと思っています。患者さん
の手のひら1枚を1%とします。大体
手のひら一枚分の皮膚で、体表面積の
1%になり、これをBSAの1と考
えるわけです。10%というのは要する
に手のひら10枚あるということ。5枚
これは乾癬にとっては重症です。

あると中等症です。だからどこまで下
げたいのかと言うと出来ればずっと3
枚以下にしたいわけです。重症とい
うことは外用ではなかなか難しいとい
う意味です。BSA10以下であれば、
局所療法、外用療法をやっています。
そこを超えてくると中等症・重症な
ので、シクロスポリンやエトレチナ
ットを使ったり、光線療法に行ったり
しますが、そのうちに段々濃厚にな
ってきますから最終的に生物学的製剤
に行くのです。そうすると生物学的製剤
自体はいいのですが、それでもなかな
か効果が出ない患者さんもあります。

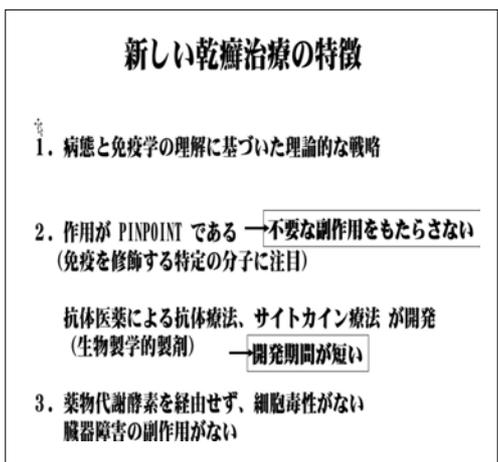


では、早い時点で行った方がいいのか、
治療の時点をもう少し考えたらどうか
ということが出てきました。

生物学的製剤について

生物学的製剤というのは病態と免疫
学の理解に基づいた理論的な戦略です。

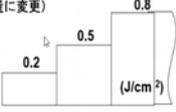
患者さんに抗体をピンポイントに打っ
てそれが効くのかどうか臨床試験を行っ
ていきます。TNF α に効いた、IL
23に効いたということで、重要だ
ということが分かったわけです。また薬
物代謝酵素を経由しないため、理論的
には、薬剤そのものの細胞毒性や臓器
障害は少ないはず。しかし全く副
作用がないわけではありません。ただ
それそのものは副作用を起しにくい
ということなので、薬剤の開発として
は非常に容易なわけです。価格は非常
に高くなります。開発期間が短いので



PUVA バス(インバス) 療法

- 0.3% メトキサレン 6 ml
- 15分間入浴
- 入浴直後にUVA照射
- 照射後、シャワー浴、ワセリン外用
- 外来でも可能
- 0.2 J/cm²から照射開始
- 毎回0.3 J/cm²ずつ増量を行通常浴槽湯
- 最大 4J/cm²の照射

(紅斑反応が出る場合は、0.2-0.1 J/cm²の増量に変更)

ターゲット型光線療法

- 308nm Excimer light/laser
セラビームUV308 (Ushio)
VTRAC (PhotoMedex, JMEC)
エキシライトマイクロ (Deka)
308エキシマシステム (Quantel Derma)
- Target-typed narrow-band UVB using a new flat-type fluorescent lamp
TARNAB (Shibuya)

Akimichi Morita: Recent Developments in Phototherapy: Treatment Methods and Devices, Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery, 2:105-108, 2008

エキシマ

- ・ Excited dimer (励起二量体) からの造語
→Excimer
- ・ Excited dimer状態からの発光
→エキシマ発光

Targeted Narrow-band UVB=TARNAB ターナブ



それで私の専門である光線療法の話
を少しさせて頂きます。311ナノメ
タのナローバンドUVBですが、それ
に加えて308ナノメータのエキシマ
ランプ、そして現在では312ナノメ
ータの平面光源ナローバンドUVB、そ
してPUVAバス、この4種類ぐらい
が今簡単にやれるようになっていま
す。PUVAバスというのは簡単で、お風
呂に入って150リットルで1本のオ
クソラレンを注ぎ込みます。そしてそ
こに15分間浸かってその後UVAを
照射します。0・2、0・5、0・8
と大体8分間ぐらい当てるような治療
になってきます。最終的に大体20回
やると大半の人が90%〜95%皮
疹がほとんどよくなります。ただ大変手
間です。外来で患者さんは15分間お
風呂に入り、それから紫外線を8分
10分当てますから30分ぐらいかか
ります。それで2hくらいは外に出な

いようにしてもらっていますので、病
院に9時に来て、光を当てて10時ま
ではは終わりますが、それから2時間
待っていないといけないので、12時
にしか帰れないわけです。入院で毎日
やるやり方もあります。費用は薬剤費
を入れてもナローバンドと変わりませ
ん。ナローバンドUVBというのは3
11ナノメータだけの光ですが、どう
して開発されたのかというと、この波
長が有効だということ調べていった
フィッシャーとパリスシュという先生
がおられました。乾癬・アトピー性皮
膚炎・白斑など皮膚のT細胞性リンパ
腫の軽度なものに効きますので皮膚科
では非常にたくさん使われています。
現在全国1500ぐらいの施設でナロー
バンドUVBの治療器があります。ナ
ローバンドUVBはとても効果がよく
てPUVAと同様の効果があると考え
られています。ただそのPUVAとい

うのは内服PUVAのことです。効果
の面では残念ながらPUVAバスの方
が上位です。ナローバンドは内服PU
VAとは同等ですが、PUVAバスに
は勝てません。またPUVAよりも発
がん性が少ないと考えられています。

ターゲット型光線療法

光線療法のターゲット型というのは
どんなものかということですが、皮
疹が狭い範囲であつても外用で良
くない時にスタートする方法です。そ
れから皮疹が広範囲で難治の部位に
対して、そして生物学的製剤を行つ
ても一部残るような場合、それから生物学的
製剤の次の投与まで皮疹がもたない場
合などに使います。悪化する前でも、
難治性部位にも使用できます。現在ター
ゲット型は大体日本で700台くら
い稼働しています。そのほとんどが30

8エキシマです。現在5種類のもの
がターゲット型の光線療法としてあり
ます。エキシマはどういうものかとい
うと、Excited dimer(エキサイテッド
ダイマー=励起二量体)からの造語でエ
キシマイマーと言われています。エキ
サイマーからの発光でエキシマ発光とい
い、非常に効率がいいのです。電子が
加わることによって励起二量体が出
ると、その励起二量体が分かれた時に
発光されるわけです。非常に効果があ
ります。もう一つ312ナノメータの
ナローバンドUVBというのもありま
す。新しい蛍光物質を使つて中にキセ
ノンが入っていますが、308や311
ではなくて、312です。わずかにず
れています。患者の方も部分的に当
るとなつたら「いいですよ。部分的な
ら当てても構わないです」ということ
で、早期に広がる前に当てることで
きるわけです。そうするとこの場合広

がらなくなるから、乾癬自体はこのままの状態でも出てきてもそれほど広がらなくて済むようになります。要するに非常に早期の段階でとどめることができる可能性があります。

皮膚を広げないこと

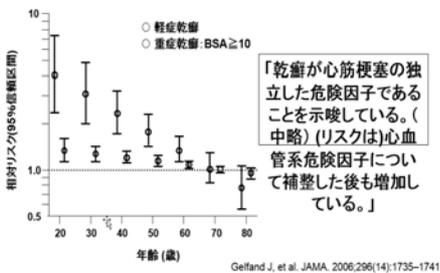
乾癬の皮膚を広げないようにしたいということ。乾癬の皮膚が広範囲になると難治になります。だからどんな色々な治療が必要になります。それとも一つ併存症と言われる合併が増加するという事です。要するに皮膚の範囲が広がるというのは皮膚が悪くなるだけではないということです。それはどうということかとすると、BSAが手のひら10枚以上を超えてくると、心筋梗塞になりやすくなるということがあります。特に40代で2倍ぐらい、30代、20代で3倍ぐらいあ

乾癬の皮膚を広げないように

- ・ 皮膚の範囲が広範囲になり、難治になる
- ・ 併存症の合併の増加

患者年齢に基づく乾癬患者の心筋梗塞の相対リスク

- ・ 住民コホート(対照患者556,995例および乾癬患者130,976例):
- 127,139例は軽症乾癬
- 3,837例は重症乾癬



ります。重症の乾癬になってくると心筋梗塞になりやすくなるということが分かっていくわけです。ですから手のひら10枚を超えてきたということは自分自身がそういう病気になるやすくなっているということです。それからまた慢性腎臓病が増えているわけです。これもBSAが10を超えると、実際に60でも70の方でも皮膚が広範囲だと慢性腎臓病になりやすくなります。すなわち腎機能の低下が50代であれば2倍、40代であれば3倍、30代で4倍から5倍ということになります。これは乾癬治療をやっている皆さんなら若干クレアチンの値が高いということに気付いているし、それから糖尿病の方が多いいということも気付いていると思います。そういうことは皮膚の範囲を広げることと関係があるのではありませんかと昔から考えていました。皮膚の範囲を広げないことです。要するに早

期に手を打っていくということ。早期乾癬という考え方が今後必要になってくるのではないかと思います。

長期的な視野に立った治療

長期的な視野に立った乾癬治療の必要性ということですが、まず外用に要する時間がBSA10だと30分かかります。ですから朝晩塗ったら1時間、すなわち自分の時間24時間の1時間はとられてしまいます。外用に要する時間というのも本当を言うと患者さんにとってみたら大変な負担になっているのではないかと思います。またシクロスポリンの長期内服による腎障害は超高齢化社会を迎えているので、かなり気を付けないといけないことになります。それから乾癬の為の労働生産性の低下ですが、調査をするとやはり乾癬が重症な方は労働生産性が低下

乾癬患者におけるPsA発症率 <皮膚面積との相関性>

皮膚面積が広くなるにつれ、PsAの発症率が高くなっていった(P<0.01)

皮膚の面積(%、BSA*)	PsA発症率(95% CI)
全患者	11% (9~14)
皮膚がない or ほとんどない	6% (4~10)
1-2%	14% (9~21)
3-10%	18% (10~28)
10%以上	56% (34~76)

※Body Surface Area 手掌1枚分をBSA1%と換算した

対象：医師により過去に乾癬または乾癬性関節炎と診断された患者601名
方法：電話インタビューによる質問票を使った調査

Gelfand, et al. J Am Acad Dermatol 2005;53:573-7.

長期的な視野に立った乾癬治療の必要性

- ・ 外用に要する時間・費用
- ・ シクロスポリン長期内服による腎障害
- ・ 乾癬のための労働生産性の低下
- ・ 関節炎を含めた併存症によるQOLの低下



むしろ、早期積極的な介入によるQOL改善、労働生産性の改善、併存症の低下

ライフスパンで考えた医療費の軽減

するということが分かっています。それから最も怖いのは関節炎を合併してくることです。関節炎が1回発症すると著しいQOLの低下が起ります。そのためにむしろ早期積極的な介入によるターゲット型光線療法などにも必要です。QOLの改善・労働生産性の改善、併存症の低下というのは本当です。重症の乾癬になるということがこれに関係するのは事実です。一回重症になったのを戻しても低下するかどうかかわかりません。だから広げないということが大事だと思えます。

ライフスパンで考えた治療費

もう一つあります。ライフスパンで考えた医療費の軽減ということ。重症になってから薬を使うとどんどんお金が要るわけです。それから色々な副作用に巻き込まれていきます。また

例えばMTXや他のものを使うこと
によって、肺炎や結核など思いもよら
ぬものに巻き込まれていくこともあり
ます。MTXも怖い点があります。私
も使いますが肺炎が多いです。それか
らもう一つリンパ増殖症といって、悪
性リンパ腫と同等のような状況になる
ことも多いのです。それはMTXをや
めることによって改善されますが、日
本人に多いのです。だからMTXを使
うということは白人ほど安全ではない
わけです。そこは注意しないといけな
いのです。以前は使えたという事情と
現在も使っているという事情がありま
す。それから免疫抑制剤というのは薬
効・薬剤の効果ということから適用を
考えて、医師の裁量範囲内で使うとい
う考え方があります。それはなぜかと
いうと他の自己免疫疾患、例えば免疫
抑制剤を使うものはイムラン・エンド
キサンとか色々あるのですが、必ずし
も適用などなくても使いますから、そ
れだったらMTXが使えないという理
由はないのですが、実際には乾癬には
適用はないのです。MTXの2・5ミ
リは抗がん剤です。2・0ミリはリウ
マトレックスといつて関節リウマチの
薬です。現在申請中と言われるこの薬
を全体が使えるようにする動きを日本
皮膚科学会等を含めて行っておられる
というふうに伺っています。

今日の乾癬の皮疹を広げないとい
うことが、実際にはライフスパンで考え

関節症性乾癬に関するアンケートを実施

ぜひ、多くの皆様の協力を！

関節症性乾癬の難病指定に向けて、その実態調査アンケートに日本乾癬患者連合会が取り組んでいます。アンケートの内容は乾癬の状況の様子や、治療の方法に答えてもらった後、関節症状のある人については、最初に発症した時の部位、現在痛みや変形のある部位などを図示してもらったり、治療費の金額や、関節症性乾癬に伴う悩みや苦しみを記述してもらうなど多岐に亘っています。

なかなか周囲に理解してもらえず、また発病すれば本当に日常生活に多大な支障や困難をきたす関節症性乾癬をなんとか国の難病指定に加えてもらい、非常に辛い思いをされている多くの患者の方々を救おうということで全国で取り組んでいるものです。多くの声を集めて、厚生労働省にも提出する予定となっています。

会員の皆様でこうした症状のある人は是非このアンケートをご提出下さい。

日頃は患者会の活動にご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

日本乾癬患者連合会(JPA)では、関節症性乾癬に関する実態調査アンケートを実施することになりました。全国の患者会を通じて同封のアンケートを会員へお送りし、関節症性乾癬と診断された患者や関節の症状を持っている患者の実態を、全国的なスケールで明らかにしようとするものです。

日本乾癬患者連合会は昨年11月、厚生労働大臣宛に「関節症性乾癬の難病指定に関する要望書」を提出致しました。さらに、平成26年度難治性疾患政策研究事業として「疫学調査による新しい疾患概念に基づく乾癬性関節炎の診断基準と重症度分類の確立(研究者代表：中川秀己教授)」が研究班として採用されました。このことは、新しい難病法のもとで医療費助成の対象となる『指定難病』の選定に向けた大きな一歩です。

そこで日本乾癬患者連合会は、関節症性乾癬が医療費助成を受けられるようになることを目的に上記研究班の助言・指導を頂いて、客観的な診断基準と重症度分類の確立研究にもつながるアンケートを作成いたしました。詳細な内容となっておりますが、厚生労働省へ働きかける資料とする計画ですので、該当される会員におかれましては、是非ともご回答くださいますようお願い申し上げます。

(アンケート前文より)

て医療費の軽減に繋がるのではないかと、
関係するのではないかとということも少
しお話をさせて頂きました。特に怖い
は関節炎をパッと拾ったりすることや、
他の併存症を拾う可能性もありますの
で、乾癬の治療というのは非常に長期
的視野に立った治療法が必要ではない
かと思えます。ご清聴ありがとうございます。

「乾癬の外用療法」

カリフォルニア大学教授

ジョン・クー



ジョン・クー先生

私は東京でたまたま生まれて、小学校に行っただけで、その後はアメリカに移住してしまっただけで、日本語を話す機会は少なくなりました。それで私の日本語は専らマンガばかり（私が産まれた頃は少年サンデーとか少年マガジンとか戦艦大和とか）でした。今のサイエンスフィクションではなくて、そういう戦争物を読みながら何とか維持しているような日本語です。小学校

ですから医学用語も何も習っていないのです。それで少し言い方が分からなかったら、カンニング用紙を見てお話しします（笑）。逆に私の日本語は簡単なので分かりやすいと思います（笑）。タイトルですが「乾癬の外用療法」です。この何十年間色々な発達がありました。ちょうど今日本で商品「ドポベッド」というビタミンD系の外用剤とステロイド外用剤の両方が入っている薬が先週の金曜日に初めて日本で使えるようになりました。世界の国々から8年ぐらい遅れているのですが、私はアメリカでは専らこれを使っています。中東、アジア、ヨーロッパなどに於いて、この薬のレクチャーもした経験がありますから、これがどういう薬なのかを説明しようと思います。しかし私はバイオロジックも内服薬もレーザーも光線療法もやっていますから、私が言っていることはモロに信じない

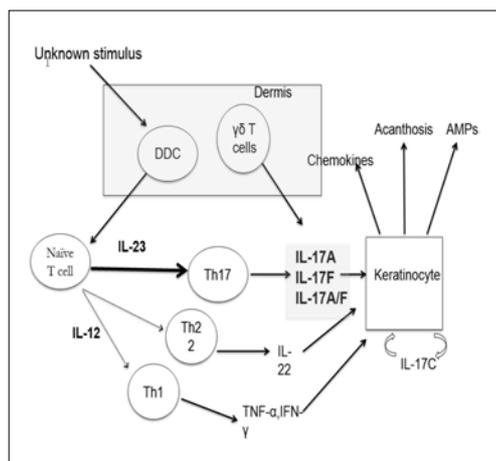
方がいいと思います（笑）。

乾癬はご承知のように、痒くて、たまに痛い、しかも外見がよくない慢性的な疾患です。現在色々な科学的進歩によってどのような細胞やどのような物質がこれを起こしているかが随分分かるようになってきました。それでこういう物質を一つ一つターゲットにして、ブロックするもの、例えばIL17を目標にしたバイオロジックが今アメリカで3つ開発されています。一つはノバルティス、一つはアムジェン、一つはイーライリリーという会社によるものです。そういうバイオロジックはものすごく効果が高いと見られ、80%ぐらいの患者さんがほとんど3ヶ月できれいになり、随分効果があると思われています。ヒュミラとかステラーラなどは聞いた事があると思うのですが、大体68%ぐらいはきれいになります。80%、あるいはそれ以上の

効果があるというものも出てくるようになります。

しかしほとんどの乾癬患者さんは、乾癬が体中ではなく局所的にあるというのが現状です。体の1%というのは手のひら（親指も他の指も手のひらも全部加えて）が1%なのです。アメリカで1%以下しかないというのはグラフのこれぐらいの患者数です。1~2%はこれぐらい、5%~10%はこれぐらいです。このグラフはどのぐらいの割合の患者さんが乾癬をものすごく負担に思っているかです。もちろん10%以上になるとほとんど全員が乾癬はものすごく人生の負担だと感じています。

乾癬はそのほとんどは外用剤でまかなえません。10%以下だったら内服剤とかバイオロジックとか必要ないかもしれないかもしれません。だから外用剤をどのように使うかはとても重要なことだと思います。



ます。しかし何十年の経験でも、外用療法というのはそんなに簡単なものはありません。しかも1週間2週間、あるいは1年2年でもなく、ひよっとしたら半永久的に毎日やらなければならぬというのは大変なチャレンジです。成功させるには次の3つが最も重要ではないかと思えます。一つは有効性、一つは安全性、そして最後にコンプライアンスです。つまり医者やつて下さいと言っても、現実的にやれるのか、やれないのかです。時間もかかるし、毎日やっていると嫌になります。私たちは人間であって機械ではないのですから、そういうような問題も出てきます。いくら薬があっても、どういふふうに使うかを教えられても、本当に出来るのか、出来ないのか、というのがこのコンプライアンスということです。指示に従っているのか、従えるのか、それがコンプライアンスという問

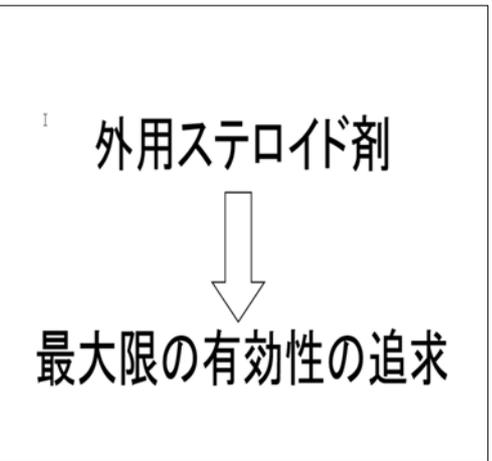
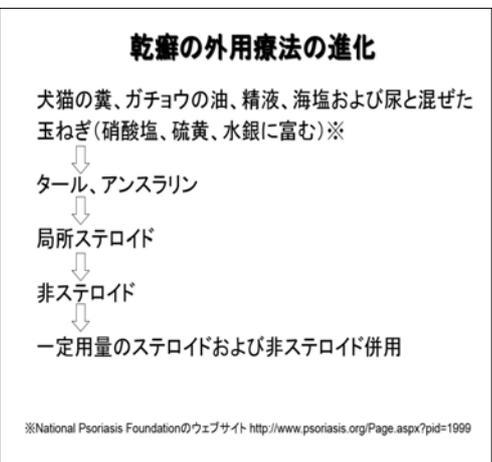
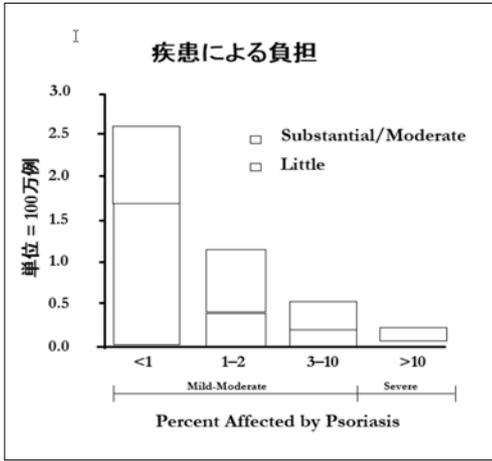
題です。この3つが一番重要と言ったから異論があると思いますが、それを認識するまで何十年もアメリカではかかりました。

それはどういふことかという歴史的に説明しようと思えます。乾癬の外療法というのは全く良くないものからどんなにいいものに移っていったという歴史があります。この進化、英語で言うエボリューションというのとはどういふことかという例え、飛行機の進化について言えば、人類の中でまず飛ばうとした人がいます。大体飛べなくて、足を折ったとか、命を落としたとか、それがせいぜいです。それでライト兄弟がやると飛行機みたいなものを作って、第一次大戦には飛行機が出来て、第二次大戦には御存知のようにゼロ戦みたいなすごいものも出て来て、現在はジェット機です。これが飛行機の進化というものです。

乾癬の外療法の進化というのはどこで始まったのでしょうか。この始まりは何と犬や猫のフン、ガチョウの油、精液、尿、水銀、イオウ、タマネギ、こんなもので始まっていたのです。その次に少し進歩してコールタールが登場しました。それからコールタールに似たようなやつぱり少し汚いアンソラレンというものも出て来ました。サンフランシスコのカリフォルニア大学では体中コールタールを塗るゲッセルマン療法をまだ毎日やっています。ものすごく効果はあるのですが、ものすごく汚くて、臭いとしても、よっぽどひどい状態でないとしてもやっていたくないような方法です。それから外用ステロイドが開発されました。ステロイドが開発されるようになると、ものすごく強いもの、やや強いもの、そんなに強くものなど色々なステロイドが出てきました。アメリカではステロイドが開

発された時は、とにかく一番強いステロイドさえ使えばもう乾癬の問題は問題でなくなるのではないかと、実に楽観的で単純な考え方がありました。とにかく一番強いのを使ってしまったという考えです。これはデルモベートという日本でも世界中でも使われている一番強いステロイド外用剤の一つです。確かに効果はすごいのですが、長期的に使っていると色々な問題が出てきました。一番強いステロイドは他のステロイドよりもぐっと安全性が悪いようです。どういふことかという、一つは皮膚が薄くなってしまふことです。しかも一度薄くなってしまふと一生こうなってしまうって、治す方法がないのです。アメリカの場合、こういうことが起きると訴訟など色々な問題になります。皮膚が薄くなって血管が一つ一つ見えるとか、表面の皮膚がなくなってしまうとか、色々な問題が起こり

ます。しかし何十年の経験でも、外用療法というのはそんなに簡単なものはありません。しかも1週間2週間、あるいは1年2年でもなく、ひよっとしたら半永久的に毎日やらなければならぬというのは大変なチャレンジです。成功させるには次の3つが最も重要ではないかと思えます。一つは有効性、一つは安全性、そして最後にコンプライアンスです。つまり医者やつて下さいと言っても、現実的にやれるのか、やれないのかです。時間もかかるし、毎日やっていると嫌になります。私たちは人間であって機械ではないのですから、そういうような問題も出てきます。いくら薬があっても、どういふふうに使うかを教えられても、本当に出来るのか、出来ないのか、というのがこのコンプライアンスということです。指示に従っているのか、従えるのか、それがコンプライアンスという問



ます。しかも一番強いステロイドをバツとやめると、稀ですがリバウンドということがあります。皮膚が前よりもまだ悪くなったり、もっと炎症がひどくなり、時には膿疱性乾癬という危険な乾癬に変わる問題まで起きました。ステロイドを長期的に使ったら皮膚がものすごく弱くなって、どこかにぶつかつたら皮膚が取れてしまう、しかも副腎の機能を抑制するという問題まで起きて、中には死にかけるほどひどい問題になったというケースも稀ですが起きました。一番強いステロイドが全ての問題を解決してくれるわけではなく、今度は有効性よりも安全性の方が重要だというふうに極端に反対側に走り出しました。それならば、一番安全なものを作ってみたらどうかということになって、非ステロイドの開発がものすごく目立ってきました。それで一番よく使われている非ステロイドがドボネックス(Dobonex)やタザラトン(Tazarotone)です。タザラトンは日本にはないのでビタミンA系です。ドボネックスほど効果はなく、しかも皮膚の刺激がもっとすごくて日本には来ていません。しかしアメリカでは使われています。それから日本で開発されたタクロリムス(Tacrolimus)があります。これは正式には乾癬ではなくアトピー性皮膚炎の方に使われている薬ですが、たまに乾癬の為に使われます。藤沢薬品が作り出したプロトピックという薬などです。これらは全部非ステロイド、つまりステロイドの副作用が全然ないような薬ですが、アメリカで使い出すと、今度は非ステロイドの弱点というのが表れてきました。それはどういうことかというところ、まず作用発現が遅いということと、ステロイド外用はどちらかというとものすごく強いものは早く良くなるのですが、非ステロイドの場合

合1ヶ月2ヶ月つけないと能力を發揮することができないということが稀ではありません。それから皮膚の赤味が良くなるのが特に遅いのです。ステロイド軟膏やステロイドクリームなどは皮膚の血管をギュッと締める効果があります。このギュッと締めるのは数時間でもう赤味をぐっと下げることができません。非ステロイドはビタミンA系でもビタミンD系でも他のプロトピックのようなものでも、その効果はないのです。だから赤味というのがなかなか取れません。それから皮膚が刺激されてヒリヒリ感などは非ステロイドの方がステロイドより問題になっていきます。また非ステロイドはほとんど1日2回つけないと効果が出ません。もともと効果がステロイドよりも弱いのですから1日1回では本当に効果がいつ表れるのか、それが不満だという患者さんも随分出て来ました。強いステロ

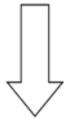
それです。それでどうしたらいいかということですが、20数年前に私がシークエンシャルセラピー(sequential therapy)というのを考えました。シークエンシャルというのは徐々に変えていくという英語で、セラピーは治療ということ

にも問題があります。非ステロイドにも問題があります。これはドボネックスの2週間目、4週間目、6週間目、8週間目のデータです。1日1回だけドボネックスを使ったら効果は半分ぐらいしかないのです、ますます不十分になってしまおうというケースがよく出ました。これもドボネックスですけれども、乾癬の厚さはぐつと薄くなります。しかし実際の赤味というのはなかなか治りません。それも非ステロイドの弱点の一つです。それから皮膚が刺激される例がステロイドより多いという問題など色々あります。

安全性の問題

- 乾癬は長期間にわたる疾患である
- 重度の副作用の多くは、Superpotent (最強)ステロイドによるもの
- Superpotent未満のステロイドは、病的なHPA軸(視床下部-下垂体-副腎系)の抑制を伴わない
- ドボベツ®軟膏はSuperpotentの局所ステロイドに比べて、安全性の閾値を最大にする

非ステロイド



最大限の安全性の追求

非ステロイド外用剤の弱点

- ・ 作用発現が遅い
- ・ 赤みへの効果が特に遅い
- ・ 刺激感(ひりひり感)がステロイドより強い
- ・ 有効性を最大限にするため1日2回の塗布が必要

乾癬のシークエンシャルセラピー





す。これが私の20年前ぐらいのシークエンシャルセラピーの論文で、今アメリカでも他の国でもよく使われているコンセプトアイデアです。それはどういうことかという、ウサギからカメというふうなものです。つまり患者さんがまず先生の所に初めて行く時は、大体皮膚は随分荒れています。その時はウサギみたいに早く効果が出るものが一番望ましいです。しかし残念ながら乾癬というのは慢性的なもので、これは2ヶ月や2年間の病気でなく、一生という長期的なものですから、早く綺麗にするだけではなく、どうやって維持するかが問題です。維持する時になると今度は安全性が第一になります。つまり治療を始める時は有効性が一番でも、維持する時は安全性が第一です。つまりウサギからカメに行くようなものです。これがシークエンシャルセラピーの根本的なアイデアです。

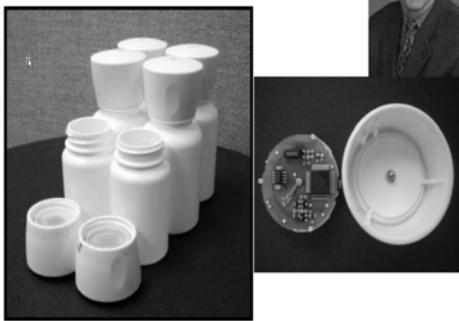
ステロイドとドボネックス®のシークエンシャルセラピー

ステップ1 4週間	クリア:病変部が平らになるまで継続。色は赤いまま維持。 カルシポトリオールを1日2回、毎日投与 Superpotent (最強)の局所ステロイドを1日2回、毎日投与
ステップ2 4週間以上	移行:病変部がピンク色で平らになるまで継続 カルシポトリオールを1日2回、平日に投与 Superpotentの局所ステロイドを1日2回、週末に投与
ステップ3 無制限	維持:徐々に小さくしていく カルシポトリオールを1日2回、毎日投与

Koo J. Skin and Aging. 1998;6:42-44,46

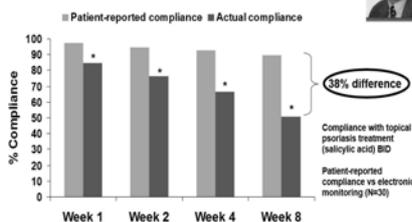
つまりステップ1、ステップ2、ステップ3とあり、最初は最大限の有効性を大事にし、次にスムーズな維持に行きます。維持する時は安全性が一番重要です。それで少し込み入るのですが、最初のシークエンシャルセラピーはビタミンD系の非ステロイドと強いステロイド外用剤を毎日一緒に使ってやってみると一番効果が出るのです。一番強いステロイドを毎日使っているだけではなく、非ステロイドも使っているから効果はもっと増すわけです。それで一応よくなったらステップ2に行きます。ステップ2は、平日は非ステロイドを使って、週末だけに一番強いステロイドを使います。一番強いステロイドをバツとやめてしまうわけではありませんからリバンドという乾癬がバツと前よりもひどく戻ってくるという可能性を最小限にすることができます。そして長期的に良くなると

Compliance Story: Monitoring Compliance Electronically



最後にこのステロイドをやめて非ステロイド、例えばドボネックスなどで維持します。すると長期的に使ってもステロイドの副作用の心配が問題にはなりません。これがシークエンシャルセラピーで、日本でもアメリカでも中東でもアジアでもヨーロッパでもよく使われました。ただこれでも一つ問題があります。それは薬は2つあるわけでは混ぜなければなりません。しかも平日と週末とでは使い方が違います。するとコンプライアンスはどうなるのかということですが、実際こんな込み入ったことが誰でも出来るのかということですね。

Steve Feldman, M.D.'s Research Compliance Is Critical to Optimizing Effectiveness



*Compliance rates declined at each week (p<0.0001)

にステロイドや非ステロイドなどを入れて、それを患者さんに渡して、「これはコンプライアンスの為の2ヶ月の実験です。毎日使ったか使わなかったか、きちんと日記みたいに記録して下さい」とはっきり言って、一人一人に2週間に1回きちんとアポイントメントをとって来てもらって、励ましながら「毎日出来すよ、やって下さい」と頼みました。しかし一つ患者さんに内緒だったのは器の中にはコンピューターチップが隠されていたのです。このコンピューターチップは、いつ器を開けたのか、いつ閉めたのかはつきり毎日記録されています。それを何十人という患者さんにやってみて、このように行ったというレポートをしてきました。でも実際コンピューターチップをみるとそんなにやっていなくて、何かウソつきが多い(笑)というような感じでした。これを見て「コンプライア

ンスは本当はそんな簡単なものではないのだ」ということがわかりました。今まではコンプライアンスが当たり前で、医者が言えば、みんなやるので、医者がかと思われていたのですが、そう容易なものではないと初めて分かりました。

最初の時はまだ大丈夫なのです。というのは皮膚が荒れて患者さんがものすごく辛い思いをしている時はモチベーションも高く、きちんとやってくれるからです。しかし良くなったら患者さんも私達も皆忙しい人間でしょう。色々他にやることもあるのです。それで平日は何か、週末は何かと分けたら、二つの薬を混ぜたりするのは随分難しいと思うのです。

これをどのようにもって簡単なものに出るのか、それで混合剤というか、ステロイドとドボネックスを一緒に入れたドボベッドという薬が開発されました。この薬によってシークエンシャルセラピーをもっと簡単にできるようなになると思います。これはベータメタゾールといいますが、一番強いステロイドではありません。一番強いのはストロングエスト(最強)と言います。その次はベリーストロング(とても強い)です。これはベリーストロングなのです。ストロングエストではありません。こちらはドボネックスです。実は勝手に混ぜてしまうとあまり良くないので。なぜかという、ドボネックスと

いうのはアルカリです。ドボネックスはアルカリでものごく効果があるのですが、ほとんどのステロイド外用剤は酸性でものごく効果があります。勝手に混ぜて使うとドボネックスが無効になり、ステロイドも役に立たなくなるという大きな問題点があります。

このドボベッドというのは、この二つを一緒にして、しかも両方共破壊されません。長期的に保つことができず。何年も研究を経た後、このドボベッドという外用剤が出来ました。アメリカの厚生省は二つの薬が入っているコンビネーション(合成剤)というのはなかなか許可を出さないのです。これがドボベッドの効果です。これは下がるほど皮膚は綺麗になるということですけれども、この二つの合成剤であるドボベッドは、ベリーストロングのステロイド外用より効果があり、またドボネックスより効果があります。それ

コンプライアンスを良くするには

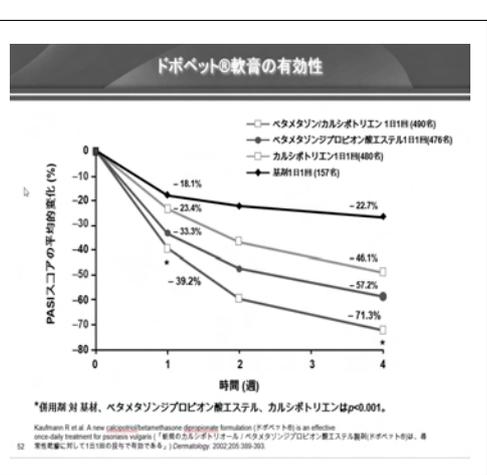
↓

配合剤
ベタメタゾンジプロピオン酸エステル
+ カルシポトリオール
ドボベット®軟膏

をはつきり証明できたのはこのドボベッドぐらいなものです。

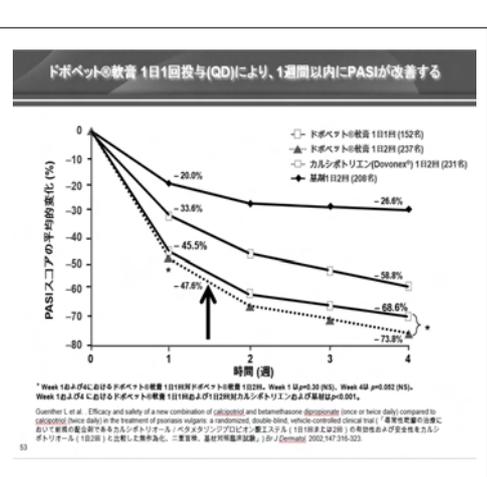
このデータは1日2回つけた効果と1日1回だけの効果を比較しています。このドボベッドという薬は、意外にも2回つけようが、1回つけようがあまり変わりません。1回で最高の有効性を発揮します。これが意外だというのは、ドボベッドは1日1回ですが、ほとんど他の薬、デルモベートや日本でもよく使われている他のステロイドなどは全部1日2回つけないと完全な効果を発揮しません。1日1回か1日2回かというのはすごく患者さんには大きなことです。1日1回というのは大きなヘルプになります。

患者さんにとって何が一番苦になるかを調査してみると、治療の面で一番問題になるのは薬をつけるのに時間がかかるということです。効果や費用よりも、時間がかかるというのが一番問



題点のようです。それが1日1回だったら半分の時間で大丈夫です。同じ時間を費やしたら倍ぐらの皮膚がカバーでき、そこにも一つ利点があります。これは一例ですが、1日1回の薬は倍ぐらの面積がカバーできます。

ヨーロッパで3つのグループに分けて、ドボベッドとドボネックスの効果と比較されました。一つは1年間ドボベッドを使っていたグループです。それから1年間ステロイドが入っていたグループです。そしてもう一つのグループは1ヶ月おきにドボベッドとドボネックスを変えたグループです。全てのグループは最初の1ヶ月はドボベッドを使っていたのですが、途中からのドボネックスに切り換えたグループ、ドボベッドとドボネックスを交代に使用したグループとで比較しました。それでどういった結果が出たかとい



うと、一番いい結果はこのドボベッドを使い続けたグループです。一番効果が悪かったグループはドボネックスだけを使ったグループです。ドボベッドとドボネックスを1ヶ月おきに変えたグループはドボベッドになると良くなり、ドボネックスになるとやや悪くなり、またドボベッドにすると良くなりました。こういうことを繰り返しました。だからドボベッドの方が効果があり、しかも1年間使っていて全然効果が薄れる傾向がありませんでした。

ステロイドだけを長期的に使うと、最初はよく効きますが、後になるとどんどん効かなくなっていくこともよくあります。しかしこのドボベッドは、毎日使っていなければならぬということもなく、良くなったらたまに使うだけという選択も可能です。安全性については、皮膚がヒリヒリするとか、もっと痒くなるなどのパーセンテージ

を見てみると、ドボベッドの方が安全性がいいです。副腎機能の抑制という副作用も一人も起きませんでした。最も危険性のあるのは一番強いデルモベートみたいなものです。一番強いステロイドを使わなければ危険な体の中の副作用は非常に起きる率が低いです。だからこのドボベッドを使うとシークエンシャルセラピーももっと簡単にできます。一つの薬で全部できます。二つの薬を混ぜる必要はありません。もっとやりやすくなります。

ドボベッドのシークエンシャルセラピーというのはどんなものでしょう。やっぱりステップ1、ステップ2、ステップ3があります。ステップ1は割に簡単で1日1回使うだけです。ステップ2はよくなったら2日に1回にします。もっと楽になるわけです。それでステップ3は本当に維持するだけの所まで持っていって週末だけ使います。

1日1回の外用を週末だけということ、1週間に2回だけ使えばよいということ、非常にやりやすいスケジュールです。

ステップ1というのはどういうことかという、まだ治療されていない患者にはステップ1を行います。乾癬は荒れていて、皮疹は分厚いし、瘡蓋も多く、色も赤です。その時はステップ1です。いつステップ2に行くかですが、それは、まだ赤いけれども厚みがない、つまりべったんということではない。「どうして厚みがないことが分かるのですか」とたまに患者さんが聞きますが、判断は実に簡単な事です。患者さんに目をつぶってもらい、どこに乾癬があるか触ってもらって、触っただけで分かればまだ分厚いのです。もし本当にべったんでしたら、どこにあるか分からないはず。皮膚を薄くするというのはステロイドの一つ

の副作用です。しかし乾癬というのはもともと厚い皮膚なので、薄くなればなるほどいいのです。べったんになった時に初めて、この皮膚を薄くするというステロイドの特徴が副作用になるわけです。そうすれば毎日使うのではなく、1日置き、つまり2日に1回で十分です。それで最後にいつステップ3に行くかですが、これも簡単です。厚みがなくなり、色が赤ではなくてピンクになれば行きます。こうなると1週間に2回で大丈夫です。このくらい

よくなったら乾癬の患者さん達はもう何もしたくないというのが、よくあります。しかし何にもしなければ乾癬が戻ってくるだけです。週末だけ、1週間に2回だけでいいですからやりぱりきちんとつけてもらいます。これがドボベッドのもっと簡単なシークエンシャルセラピーです。3つの点、つまり有効性、安全性、

ドボベット®軟膏はシークエンシャルセラピーのコンプライアンスを良くする

- 1種類の薬で可能な併用療法は、使用前に別々の外用剤2種を混ぜるよりも簡単
- 1日1回は、1日2回よりも簡単
- 平日、週末の区別の心配がない

ステップ1 ドボベット® 軟膏 1日1回塗布 (～2～4週間: 厚み、白っぽいかさぶた、赤み)

ステップ①

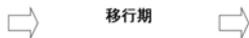
寛解導入期
「早く治す」



ドボベット® 軟膏
1日1回塗布
(～2～4週間)

ステップ2 ドボベット® 軟膏 隔日塗布 (厚みなし、赤みあり)

ステップ②



移行期

ドボベット® 軟膏
1日おきの塗布

ステップ3 ドボベット® 軟膏 週末塗布 (厚みなし、ピンク色 (4週間以上))

ステップ③

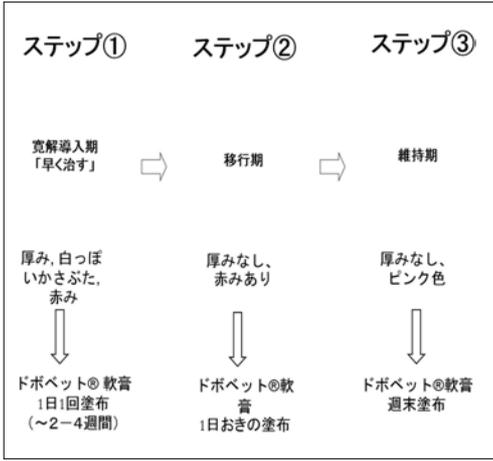


維持期

ドボベット®軟膏
週末塗布

コンプライアンスに関しては何のくらしいのでしようか。ステップ1において、ドボベッドという薬は、一番強いステロイドではないのですが、ベリーストロングというまだまだかなり強いステロイドより効果があります。効果がなくてがっかりするということはほとんどありません。だから有効性は十分です。安全性はどうでしょう。強い薬を使って、一度よくなった時には使う回数を下げることが出来ます。使う回数を下げると安全性はもっとよくなります。しかも一番強いステロイドは使っていません。

これは私がアメリカで去年発表した論文ですが、これはストロングエスト、つまり一番強いステロイドと、強いけれども一番ではないステロイドを使った時の過去何十年間か発表されている世界中のデータを集めたもので、一番ひどい、副腎機能を抑制させる事に関

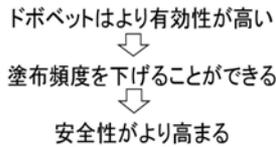


する論文が16ありました。その16の論文の中でひどい副作用が出たという報告が一つだけありました。それは使ったステロイドが全部ストロングエスト、一番強いステロイドでした。そうではないのには一つもそういう記録はありませんでした。それからケースレポートと言って、患者さんの例で20ぐらい発表されていますが、一番ひどい結果になったのは4名だけです。その4名も全部ストロングエストで、それ以外には一例もありません。だからストロングエストを使わないというのはそれだけで安全性も随分良くなるわけです。

これはヨーロッパのジャーナルに2年前やはり、副腎機能の抑制が20%以上の血液のテストで示されているのはどの薬かという世界中のデータを集めてあり、それが問題になっているのはこの二つの発表された論文だけで、

新しいSequential Therapyのステロイド長期使用は安全なのか？

- ステロイドのベリーストロングはストロングエストよりずっと安全
- 使用頻度を下げればより安全性が高まる



両方ともやっぱ一番強いステロイドが問題になっています。ドボベッドはこの一番強いものを避けていますが、そこに一つの安全性があります。それだけではなく、効果が出れば頻度を下げることが出来ます。毎日使っているのであれば安全性は高まります。ストロングエストではないステロイドを1週間に2回塗っただけで皮膚が薄くなったり、副腎機能抑制に患者さんがなるというのはいくらもありません。だからステロイドを使ってもこのくらいまで持っていけばものすごく安全なのです。

以前のシークエンシャルセラピーは、実際世界中でやってみるとステップ2はいいのですが、ステップ3、ドボベックスだけとか、非ステロイドだけでもつていくと4分の1ぐらいの患者さんが維持できなくて、段々悪くなっています。だから仕方がないので、ステッ

ストロングエスト

versus

ベリーストロング

プ2を半永久的にやるというケースが世界中にありました。それでもこういう危険な副作用は聞いたことがありません。だから1週間に2回、つまり週末だけというのはそれだけでも随分安全性があると思います。安全性もいいし、コンプライアンスも1日2回ではなく、1日1回でいい。軟膏ですが、1日1回だったらほとんどのアメリカ人は夜にやります。夜だったらそんなに綺麗な服を着る必要もありません。寝間着などでも構いません。だからコンプライアンスも夜に1回というのは可能なものがほとんどです。

1日1回のコンプライアンスは1日2回のコンプライアンスの倍以上よくて、治療に時間がかかるとか、治療が大変だというストレスをぐっと下げます。だから3つの条件ともいいです。ここまで3つとも条件が揃っている外用剤は今他にはないと思います。

重度の副腎機能抑制

	Superpotent (ストロングエスト)	Superpotent (ストロングエスト) 未満
臨床試験 (n=16)	1	0
症例報告 (n=20)	4	0

昔は犬とか猫のフン、ガチョウの油、精液、水銀、イオウなどから始まって、今はこれぐらい進歩していると言っても言い過ぎではないと思います。このドボベットの軟膏は最高にバランスがとれて、3つとも条件が揃っている薬だと思えます。このシークエンシャルセラピーはストラテジー(戦略)としても、ウサギみたいに早く効果を出して、維持する時に安全性を重要視するのに随分役に立つと思います。最高にバランスのとれた外用剤とストラテジーと一緒に入れたのがこの新しいシークエンシャルセラピーだと思います。3つとも揃っているので患者さんの治療がもつと進むと思います。

ただこのシークエンシャルセラピーは実際やってみると色々なバリエーションも出て来るとは思います。私には必ずしも今言ったようなやり方でやらなければならぬという固定観念はありません。

ません。先生方にも患者さんの中にも、私はオキサロールがいい、ボンアルフアハイがいい、ドボベックスは使えないのかなど、色々好みがある時は、ドボベッドを週末だけ使う方が簡単かもしれません。そういう非ステロイドでやろうという患者さんや医者がいたら、それもOKだと思います。

アメリカではペイシヤントセンタープラクティスメディシン(Patient center practice medicine)というものがあります。ペイシヤントというのは患者ということ、患者さんをセンター(中心)にした医学のやり方をしようという傾向が強いです。それはどういうことかという、昔は医者がかか命令してそれで終わりでした。しかし本当に長期的にできるやり方というのは、そうではなくて、患者さんにどういのが一番いいですかと聞くのが一番のやり方だと、そういうふうにとん

だか、アメリカの考え方は変わっています。エンシヤルセラピーをやればなおさらだからペイシヤントセンター、患者さんが中心だという、この新しいシーク

ドボベット®軟膏

最高にバランスのとれた 乾癬の外用療法

最高にバランスの取れた薬剤

+

ベスト ストラテジー

読売新聞に「世界乾癬デー」の全面広告掲載

10月29日(火)の読売新聞朝刊に「10月29日は『世界乾癬デー』」を謳った全面広告が掲載されました。この広告はレオファーマーと協和発酵キリンの協力によるものですが、日本乾癬患者連合会の名前も明記され、WHO総会で乾癬に関する決議がなされたことを述べ、乾癬の病状の説明、患者の悩みや苦しみ、乾癬という病気に対する理解への訴えなどが簡潔にまとめられています。この広告の掲載以来連合会ホームページへのアクセスも増えたそうです。これを機に乾癬に対する理解や協力がさらに広がっていくことが期待されます。

2014年10月29日 水曜日 読売新聞 朝刊 13版 36

29・October
World Psoriasis Day

10月29日は「世界乾癬デー」

第67回WHO総会において、10月29日に世界の患者会が乾癬に際しての差別・偏見を
含めた疾患認知向上を目指し、活動しているその意義が認められました。

「乾癬とは?」
乾癬は皮膚の免疫反応の異常による、慢性の炎症性皮膚病です。皮膚が赤くなり、かさかさした状態になり、かゆみや痛みを伴います。また、乾癬は関節炎や腸炎、目の病気、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、うつ病、がんなどの合併症を引き起こす可能性があります。

「世界に1億2千万5百万人、その数が増えるもの、それは『乾癬』」
乾癬は世界的に増加傾向にある皮膚病です。その数は年々増加し、2020年には1億2千万5百万人に達すると推定されています。

「乾癬のせいで仕事を辞めさせられた」
乾癬は見た目には見えない病気です。乾癬が原因で仕事や学校を辞めさせられた人は多くいます。乾癬は見た目には見えない病気です。乾癬が原因で仕事や学校を辞めさせられた人は多くいます。

「うつ病は一人もいない。『乾癬』があることは隠してもいけません」
乾癬は見た目には見えない病気です。乾癬が原因でうつ病を発症する人も多くいます。乾癬は見た目には見えない病気です。乾癬が原因でうつ病を発症する人も多くいます。

JPA 日本乾癬患者連合会

レオファーマーと協和発酵キリンは「世界乾癬デー」の啓発活動を応援しています。



その⑩…新しい外用剤「ドボベット」

小林皮フ科クリニック 小林照明

前回のこの欄で紹介させて頂いた、ビタミンD3外用剤とステロイド外用剤の混合製剤、「ドボベット軟膏」が、本年9月より処方可能となりました。私のクリニックにおいてもこれまでのビタミンD3外用剤とステロイド外用剤との併用療法でなかなか効果の得られなかった患者さんに説明して同意を得た上で使用を開始しています。

どのような患者さんに使用を始めているかと言いますと、1週間に90gという使用制限がある為、まずは皮疹面積が広すぎない方です。日にしますと13g弱までとなる為、1本が15g、最大で1本の85%ぐらいの使用量です。ただこれまでの外用剤とは異なり1日1回外用なので、1度に13gの使用が可能で、標準的な外用剤の使用基準(0.5gで手のひら2枚分、全体表面積の2%)を基に考えると全体表面積の50%程をカバーすることが可能になります。皮疹面積が50%以下の患者さんを対象とすると、かなりの方に処方が可能と考えられますが、ここで経済的な問題が出てきます。

薬の値段は新しいものほど、また効果のあるものほど高く設定されます。今回のドボベット軟膏は1g当たり276.4円、つまり1本15gで4,146円です。保険3割負担の方でも約1,240円になります。使用限界の1週間に6本処方すると1,240×6=7,440円。薬剤費だけでこの金額ですとかなりの負担になってしまうので私のクリニックでは、皮疹面積が10%以下の患者さんや、皮疹面積が広くても光線療法などで軽い皮疹はコントロール可能で難治性の皮疹が肘、膝、お尻に局限しているような患者さんに対して2週間分を目安に2-3本処方し始めています。

また顔面には使用を禁じられているので、皮疹が顔面に分布している患者さんは適応外となります。さらに患者さんによってはステロイドを拒絶されている方もいるので、そのような方にはステロイド成分が含まれていることを納得していただく必要があります。

この原稿を書いている時点では、2週間外用して頂いた患者さんがまだ10人程ですが、半数近くの患者さんにこれまでよりも効果が認められます。皆さんも主治医と相談されて試されては如何でしょうか？

(小林皮フ科クリニック…大阪市淀川区三国本町3-37-35 阪急宝塚線三国駅下車)



大阪乾癬患者友の会(梯の会) 顧問・相談医一覧

名称	名前	所属・関連病院	住所
顧問	吉川邦彦先生	大阪大学名誉教授	
相談医	東山真里先生	日生病院	大阪市西区立売堀6-3-8
	片山一朗先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	乾重樹先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	谷守先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	川田暁先生	近畿大学医学部附属病院	大阪狭山市大野東377-2
	松田洋昌先生	近畿大学医学部附属病院	大阪狭山市大野東377-2
	吉良正治先生	市立池田病院	池田市城南3-1-18
	梅垣知子先生	大手前病院(現在海外滞在中)	大阪市中央区大手前1-5-34
	小林照明先生	小林皮フ科クリニック	大阪市淀川区三国本町3-37-35
	中村敏明先生	なかむら皮フ科	大阪市西区西本町3-1-1
	辻成佳先生	大阪南医療センター(整形外科)	大阪府河内長野市木戸東町2-1
	樽谷勝仁先生	近畿中央病院	兵庫県伊丹市車塚3-1

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おり、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61号 2014年(平成26年)11月発行

発行：NPO法人 大阪難病連加盟

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

2014年 大阪乾癬患者友の会 幹事

会長：岡田

副会長：妻木

副会長：吉岡

事務局長：中山

会計・イベント：桔梗

監査・難病連：加納

会報編集：小林

会報編集：長生

難病連・広報：宮崎

女子会：吉田

幹事：池内

幹事：山田

幹事：高橋

幹事：武居

幹事：北浦

幹事：斉藤

幹事：南

幹事：田崎