

Psoriasis News

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
◎第26回乾癬学習懇談会
◎第28回臨床皮膚科学会



・・・ Index ・・・

- ・日本臨床皮膚科学会と学習会 P1
- ・乾癬の会(北海道)20周年記念行事 P2
- ・第26回回学習会講演「乾癬の治療update」錦織千佳子先生 P3
- ・「乾癬と生きる」池内P14
- ・第27回学習会案内 P17
- ・お知らせなど P18



患者会ブース(上)と学習会(下)の様子



講演後の質疑応答では本会の相談医である日生病院皮膚科部長の東山真里先生も参加されました。

今回の皮膚科学会・学習会には

参加者の皆様大変ご苦勞様でした。

日本臨床皮膚科学会(福岡) 展示PRと学習会 本会からも二名が参加

さる4月21日(土)22日(日)に第28回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会が福岡で行われました。会場のニューオータニーでは、毎年の臨床皮膚科学会のように、今年も患者会ブースを設営して、参加した医療関係者に全国の乾癬患者会のPRを行いました。また22日にはホテル近くの「スカラエスパシオ」で「乾癬患者学習会」が行われました。本会からは会長の岡田と幹事の加納が参加しました。

の説明やパンフレット配布を行い、病氣と患者会活動への理解を訴えました。今回も皮膚科学会の全面的な協力を得られることができ、ブースには多くの医療関係者が立ち寄ってくれました。また大分・ふくおか乾癬友の会が合同で主催した学習会には多くの患者さん達が参加され成功裡に終わりました。「乾癬患者に希望と勇気を」を学習会の総合テーマとして、医療講演では、山口大学 皮膚科武藤正彦教授による「乾癬とうまく付き合うコツ」と久留米医大 皮膚科橋本隆教授による「九州の乾癬友の会について」の二つが行

われしました。講演後の質疑応答では本会の相談医である日生病院皮膚科部長の東山真里先生も参加されました。今回の皮膚科学会・学習会には参加者の皆様大変ご苦勞様でした。

全国で初めての患者会

乾癬の会〈北海道〉が20周年記念行事

本会から中山事務局長が出席

4月14日（土）に乾癬の会（北海道）の設立20周年祝賀交流会が行われ、本会から中山事務局長が参加しました。その様子を語って頂きました。

「乾癬の患者会として日本で最初に設立された『乾癬の会（北海道）』が、設立20周年を迎えました。記念学習講演会と祝賀交流会が4月14日に札幌にて催されましたので、大阪・梯の会を代表して参加してきました。

当日の札幌は快晴でしたが、3月から4月にかけての大雪の影響で街の中心部でも残雪がかなり残っており、例年より2週間は春の訪れが遅れている印象を受けました。

学習講演会は大阪大学・玉井克人教授の『皮膚は地球を救う』のテーマで熱演をして頂きました。昨年6月の日生病院での講演会で玉井先生のお話を聞かれた会員の方も沢山おられると思いますが、最新のご研究の成果が随分追加されており、新しい治療法に大きな希望を与えて頂ける内容でした。会場は150名分用意された席が不足するほどの盛況でしたが、すすり泣きの声や涙をぬぐう人も多く感動的な講演会でした。

ホテルに場所を移して行われた祝賀交流会は、参加者も多く一転して賑やかな雰囲気となりました。北海道の会設立に貢献された、北海道大学の大河原名誉教授や現教授の清水先生、相談医として20年間中心的役割を担ってこられた小林皮膚科クリニックの小林

仁先生ご夫妻や玉井先生も参加されて大いに話が盛り上がりました。

また、日本の温泉で唯一乾癬の治療効果が認められている豊富温泉のある豊富町より工藤町長や温泉閣ホテルの上坂社長も来られており、療養施設の拡充など町を挙げてのバックアップの内容もじっくり聞かせて貰いました。北海道の会では例年10月初旬に「豊富温泉湯治ツアー」を開催しており、湯治に加えて学習懇談会や個別相談会も開催されています。豊富温泉は治療効果と共に持続時間が長く続く方も多くおられますので、参加を希望される方は梯の会幹事までご連絡頂ければと思います。

別のホテルでの2次会や、更に私にとっては懐かしいすきなのでの3次会まで札幌の夜を大いに満喫させて頂きました。

北海道の会は、現在17を数える患者会の先駆者として、他患者会に多くの助力をされてきた歴史があります。梯の会も13年前の設立時には、小林先生や当時の岡部会長に大変お世話になった事を聞き及んでおります。今後とも患者会活動のリーダー役を務めて頂きたいと願っております。

今回は岡部さん始め斎藤・梁田歴代会長や稲葉現会長・小林副会長・井上事務局長他多くの方にお世話になりました。この場を借りて厚くお礼申し上げます。」（中山）

記念講演会 玉井克人先生(大阪大学)



乾癬の会〈北海道〉記念祝賀行事



「乾癬の治療 update」

神戸大学医学研究科皮膚科学教授

錦織千佳子



錦織千佳子先生

神戸大学医学部皮膚科の錦織でございます。今日は乾癬の治療についてお話しする機会を頂きましたことを感謝致しております。先ほど岡田会長が、「患者会の幹事をしていて、病状が変わってくる」とおっしゃっていたのが印象的でした。疾患を知り、対処法を知ることが、精神安定上いいのかな、と思います。また、自分も苦しみを抱えながら、ほかの方の手助けもしてあげられるという共感のようなもの、そういうところにこの会の意義があるのだな、というふうに思いまし

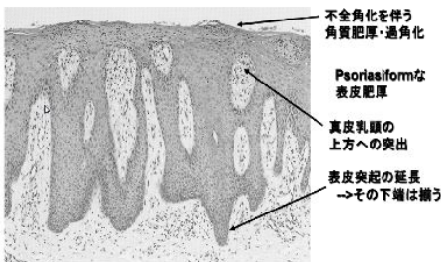
テーマ

1. 乾癬の病態論の変遷
2. 乾癬の病態から考えた治療
3. 光線治療の概念とメリットとデメリット
4. 全身療法の使い分け
5. 生物学的製剤の使用経験-抗体値と治療効果との関連
6. 生物学的製剤の使い分け??

た。
先ほどご紹介いただきましたように、私は大学院のときは光生物とか光発癌とかいった領域を専門にしております。大学院で光発癌の学位の仕事が終わったあと、皮膚科で乾癬外来の担当になりました、と言われました。今迄の私の専門とどのような関係があるのかな、と思ったのですが、「乾癬は光線治療をするから」と言われました。

乾癬の病態論の変遷

ケラチノサイト(増殖)主役説 ← 組織学的変化



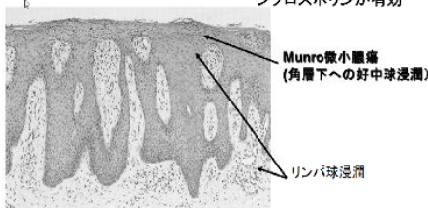
確かに乾癬の治療では光線治療をよく行います。光線治療の時に発癌のことも考えないといけないし、光がどうして効くのかということも知らなくてはいけません。そんなことから、乾癬の患者さんとの関わりが強まりました。光線治療が必要な方というのは、全身に出てくる方は外用ですみません。ビタミンD3製剤が外用剤として多くの治療がなされるようになった、丁度その時期に私は助手という一番働き盛りで、使われ時の時代でしたので、この製剤の治験にも多く参加させて戴きました。そういう時代を経て、そのあとネオールが普及し、それから生物学的製剤がでてきました。乾癬というのは研修医時代にはほとんど治らない病気という意識があつて、アトピー性皮膚炎とか普通の皮膚炎にくらべ一般的に強いステロイドが必要なので、皮膚が委縮

乾癬の病態論の変遷

ケラチノサイト(増殖)主役説 ← 組織学的変化 表皮肥厚、過角化etc

T細胞学説 ← T細胞の病変部への浸潤

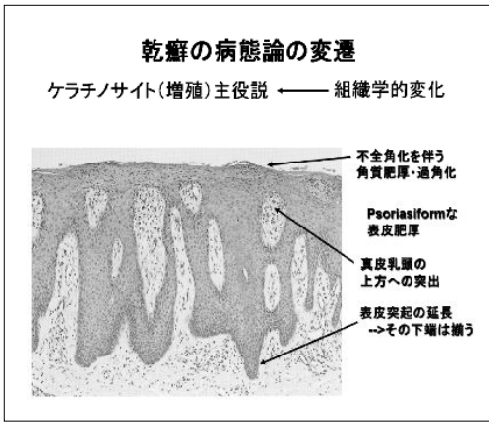
スーパー抗原の概念 シクロスポリンが有効



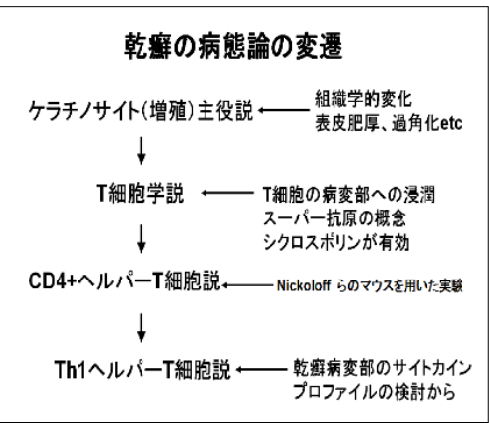
をおこし、てかてかになつていくという感じがしていた。乾癬の患者さんというのは、乾癬気質というのがあつて、そんなに悲観的ではないから気が楽だよというようなことを聞いていた時代もありましたが、時代も随分変わつてきて、乾癬の治療を通していろいろと考えることが多くあります。
本日の話ですが、乾癬の治療の変遷を目の当たりにして、乾癬の病態と治療の変遷というところは大事などころだと思いません。少し難しい話になるかもしれませんが、乾癬がどういう病気か、治療との結びつきについての序説を紹介して、そのあと私が専門としています光線治療の概念のメリットとデメリット、それとともに光線治療は全身治療のひとつですから、それ以外の全身治療であるネオール、最近登場した生物学的製剤、それらをどういふふうに使っているかについてお話し

させていただければと思います。

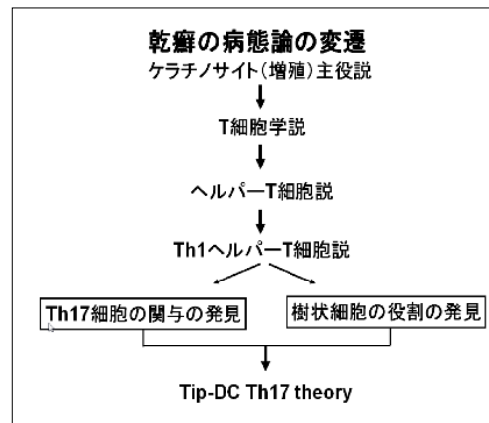
まず、乾癬の病態論の変遷ですが、乾癬というのは皮膚が分厚くなるわけです。乾癬の皮膚をとって色素で染めますと、表皮の厚みが非常に厚いというのが乾癬の特徴で、正常な皮膚と比べると10倍ぐらいになっている。それは表皮細胞の代謝が早くなっていることによるものです。一方で真皮乳頭が角層直下まで上がってきている。なぜそういうことになっているかといいますと、当初はケラチノサイト、表皮角化細胞が増えるということが、乾癬の本質であると考えられていて、また一方では角層直下に好中球の浸潤、マシロウの微小膿瘍というのですが、そういうものもあるということが知られていました。そういうことから、最初はケラチノサイト、表皮の角化細胞が増えることが問題だろうといわれていました。ところが、リンパ球が悪さをしている、リンパ球こそが、乾癬の主



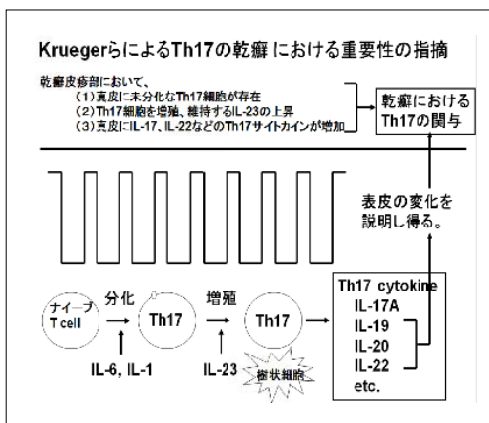
因ではないかという概念も登場してきました。リンパ球主因説をサポートするのが、シクロスポリン(商品名ネオール)です。ネオールはT細胞の免疫反応を抑制するものですが、それが非常によく効くということが解って、T細胞が乾癬の主因であるという考えが出てきました。T細胞のなかでもCD4というT細胞が主役ではないかという説をニコロフという人が提唱しました。乾癬の患者さんから皮膚を貰って、それをマウスに植えてやると、乾癬の皮膚にならないのですが、そこに乾癬の患者さんの血液からリンパ球を取ってきて、リンパ球と一緒に植えてやると、マウスの皮膚に乾癬の皮疹が定着します。いかにもヒトの乾癬らしい皮膚になってくるということ、リンパ球が非常に重要であるということが、解ってきました。そして、サイトカインプロファイルの検討から、Th1へ



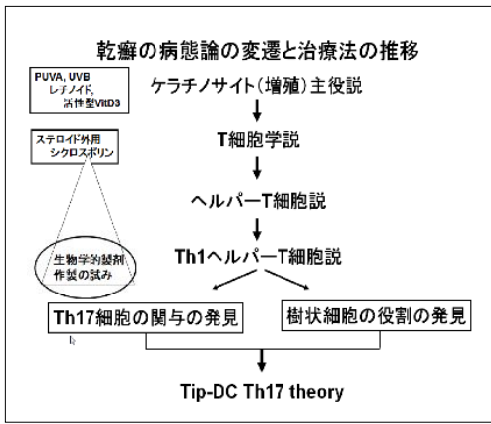
ルパーT細胞が重要だと考えられるようになりまし。一方で表皮の増殖がおこっている。またリンパ球もでていて、どうもリンパ球が悪そうであるというところは解るけれども、なぜリンパ球が悪いと表皮が肥厚するのか解りませんでした。そのことを説明するひとつの方法として、ティップD Cセオリーというのがでてきました。リンパ球がTh17というのを作り、そのサイトカインが表皮の増殖を促すということがわかってきました。原因は解りませんが、Th17型のサイトカインをたくさん出すことによって、表皮細胞を増殖させているということがわかってきました。これが今解っている最新の乾癬の本質であろうといわれています。このことを背景として、大本のサイトカインであるTNFαを抑える、あるいはもう少し下流の特異的なサイトカインを抑える生物学的製剤を使えば、乾癬の本質に迫った治療



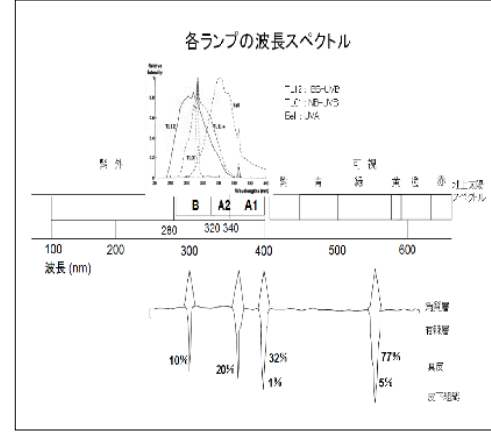
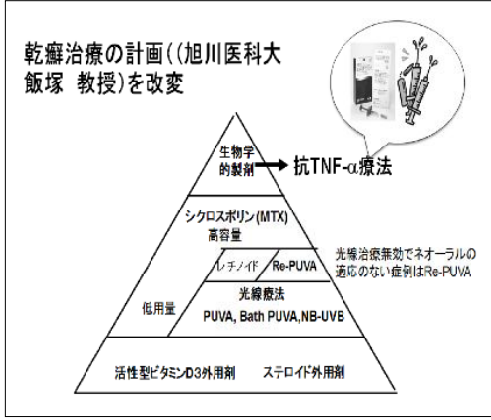
ができるのではないかと、というふうな流れになってきています。その流れの中で、今まで実際に行われてきた治療について振り返ってみますと、ステロイドの外用、ステロイドはリンパ球とか免疫を抑制させるものですから、ステロイドが効くということは免疫系の細胞に働いていた、ということになるかと思えます。レチノイドの内服については、どちらかといえば表皮の角化細胞を抑えるというところで、使われてきたものです。ネオール、シクロスポリンが1980年に登場して、欧米からスタートしましたが、乾癬によく効くということが解って、日本にも導入されるようになりました。一方で活性型ビタミンD3の外用剤も効くということですが、これについては私の聞いたところによると、阪大の先生でたまたまべつの疾患でビタミンD3を出されたところ乾癬がよくなった、という偶然から始まって、D3の外用



剤を使えば、乾癬の本質に迫った治療



- ### 乾癬の病態論と治療法の変遷
- (1) ステロイド外用: 1961年, Scholtzが試して有効
 - (2) レチノイド内服: 1975年以降
 - 表皮細胞の角化・増殖を正常化
 - (3) シクロスポリン: 1980
 - T細胞に作用してIL-2などのサイトカイン産生抑制、T細胞活性化抑制
 - (4) 活性型ビタミンD3外用: 1986年以降
 - 表皮細胞の増殖抑制・分化誘導作用
 - リンパ球、単球、マクロファージ系細胞への作用
 - (5) PUVA (psoralen + ultraviolet A): 1970年代
 - DNA付加体・架橋形成→当初は表皮細胞のDNA合成抑制による増殖抑制抑制抑制を期待
 - T細胞に働きIL-10産生促進
 - (6) (Broad band) UVB
 - ピリミジン二塩基の形成→当初は表皮細胞のDNA合成抑制による増殖抑制抑制抑制を期待
- Narrow band UVB**
- 紫外線の中で、紅斑悪化作用が弱く、乾癬に有効な波長を抽出すべく、短波長側の領域をカット(JID 76: 359-362, 1981)
 - IL-10産生促進、IFN- γ 産生抑制



にたどり着いたということだそうです。本来、ビタミンD3は骨・筋肉の代謝に重要な役割を果たしている、D3が低下するとクル病とか骨軟化症といった骨の病気になるのですが、骨の病気になるほど少ない量ではなくて、ある程度血中濃度は保たれてはいるけれども、局所的に表皮の増殖を抑制することで乾癬に効いているだろうと考えられてきました。ところが、最近の研究ではビタミンD3もリンパ球や単球とにか働いて、免疫調整作用があることがわかってきました。というのはマウスの実験などで、多発性硬化症という自己免疫疾患、これも免疫のシステムが異常になって起こる病気ですが、ビタミンD3を投与すると治ったという。新たな研究が報告され、その後の研究などから免疫調整作用として、ビタミンD3が重要であると考えられています。乾癬に効いている理由も、おそらく

両方の作用が関わっているのではないかと考えられています。次は光線治療ですが、PUVAというのにはP (psoralen: ソラレン)とUV Aを足して、短縮してプーヴァと呼んでいます。あるいは、紫外線のB波であるUV Bやその中でさらに効果のある波長を取り出したナローバンドUV B、これらが紫外線治療によく用いられています。紫外線を当てるとDNAに傷がついて、DNAの合成が抑制されるといいますが、解いています。なぜ、PUVAとか紫外線を乾癬治療に用いたかといいますと、当初は表皮細胞のDNA合成の抑制を期待していました。乾癬の患者さんは表皮細胞が増えるので、増殖を抑制することが目的でした。合成は抑制されますが、本当にそれだけかというところ、合成の抑制だけでは説明がつかないことがあります。例えば、光線治療が非常によく効

く人がおられますが、そういう人はある程度治療をおこなって、中断したあとも数か月から半年、いい状態が維持できます。皮膚のターンオーバーというのには、諸説ありますが、一応28日といわれています。DNA合成の抑制だけが原因であれば、28日しか効果が持続しないはずですが、数か月持続するということは、なんらかのところで免疫担当細胞、リンパ球などが、覚えて抑制的に働いていると考えられます。PUVA・ナローバンドUV Bなどが、DNA合成抑制というのは表面的なことであって、本質的にはリンパ球に対して働き、抑制性のサイトカインを出すような仕組みになっていることが、作用機序の最も重要な点ではないかと考えています。ですから、紫外線治療はアトピー性皮膚炎にも効くということにもなります。

この図は、旭川医大の飯塚教授が考えた治療計画ですが、えられた乾癬治療の治療計画ですが、通常は活性型ビタミンD3やステロイド外用剤を使い、それだけでは対応できないときには全身療法を行う。全身療法のないのは、おそらく光線治療ではないかと思っています。というのは、服薬するものではないからです。しかし、光線治療の場合は通院しなければならぬという大きなハードルがあります。乾癬のように壮年期の患者さんが多い場合、難しいことです。そういったケースではネオオラルの低用量とか、高用量、あるいはレチノイドを使う、またプーヴァというのにはレチノイドとプーヴァを組み合わせる方法で、レチノイドを内服すると表皮の萎縮が起きるのでPUVAの紫外線の透過度が高まって効果が増強されますから、分厚くなりやすい乾癬ではよくおこなわれる方法です。ただし、レチノイドに

UV-Light Treatment of Psoriasis

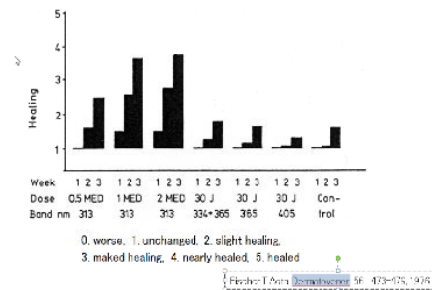
Fischer T

Acta Dermatovener (Stockholm) 56 : 473-479, 1976

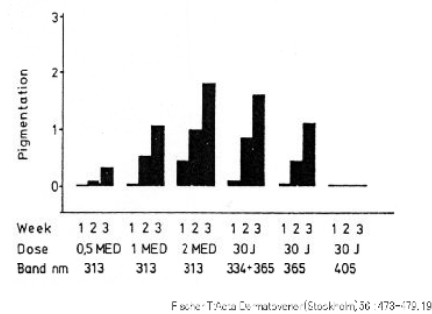
照射方法

- ・ 光線 313, 344, 365, 405nm → 3113 nm 以外は 30 J/cm² 照射しても無効、著明な色素沈着
- ・ 1回/日、5日/週、3週間
- ・ 局所照射 (13名: 全身に30%以下、それ以上8名)
- ・ 1/2MED, 1MED, 2MED
- ・ 上肢、背、殿部、大腿の大きな乾癬局面、直径22mm、最低1.5cm離す

Mean healing of psoriasis using UV-light of various wavelengths. → 3113 nm 以外は 30 J/cm² でも無効

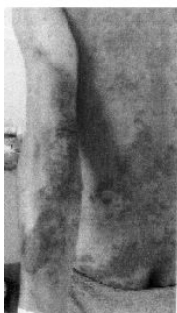


Mean skin pigmentation using UV-light of various wavelengths. 長波長では無効だが色素沈着は残る



高脂血症のためネオオラル中止 → PUVA-bathにて改善

入院時



退院時



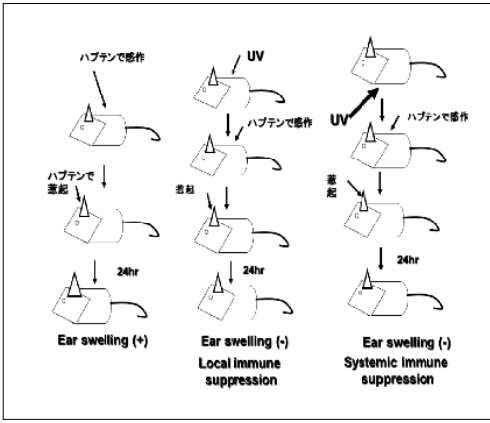
は口角に亀裂が入ったり、皮膚が薄くなったりといった副作用も結構あって、効果が出る量と副作用の出る量が割合近いので、その見極めが難しいところだと思えます。ステロイドについては、ストロングストとか、ベリーストロンとかの強めのステロイドでない乾燥には効きにくいという面がありまして、ステロイドだけで治療しようと思うと、皮膚の萎縮が起こりやすいということもあるのですが、現在ではビタミンD3とステロイドを組み合わせて、局所的な副作用が出ないような使い方をされていると思えます。大事なことは、全身治療に移るときに外用は使わなくてよいかというと、そうではなく基本的に外用というものはある程度ベースでしておいて、それで効果がなければ、全身治療に移るといことになるかと思えます。ただし、生物学的製剤を使うと、皮膚がまったく出なくなるという

方もおられます。何も出ていないところに外用薬を使うというのにも必要ないかなという気もいたします。つぎに、光線治療の話ですが、簡単にお話しすると、以前は、PUVAとUVBが使われていましたが、最近はおっぱらナローバンドUVBかPUVAのどちらかが使われることが多いと思います。紫外線治療と一口にいいますが、紫外線というのは波長によって生物学的効果が大きく異なります。もうひとつは波長によって皮膚への到達度が大きく変わってきます。UVBは、生物学的効果は強いけれど、表皮への到達度は少なく、しかも、乾癬の患者さんは表皮や角層が分厚いのでUVBのはいる量が少なくなるので、一般的にはPUVAを用いたPUVAのほうが、効果が高いといわれています。ところが、PUVAというのはソラレンという薬剤を塗ったり、飲んでから

紫外線を当てる方法なので若干煩雑になります。それをなんとかしたいというところで、フィッシュヤーという方が一九七六年に紫外線の中でどの波長が最も乾癬の治療に適しているのか調べました。皮膚の分厚くなった乾癬の患者さんを募って、313、344、365ナノメートルというふうに波長を上げていって、また強度についても、MEDというのは紅斑ができる量ですが、2分の1MED、1MED、2MED、というふうに強度を変えて比較してみるところ、あきらかに313ナノメートル以外の波長では効果がありません。この波長を使えば、赤くなる量の倍あてても、ほんのり赤くなる量であてても、ほとんど変わらない。ということは、無駄に紫外線の量を増やさなくても、短めの波長でほんのり赤くなる程度です。少し少ないぐらいの量をあててやればいいのではないかといいことです。

一方で、どれだけの量で色素沈着が起こるかということ調べますと、色素沈着は波長が長いほうがよくおこる。また、どのあたりが紅斑、赤い反応が出やすいかということ調べて、最適な波長をとりだして、有害な部分をフィルターでカットしている。これがナローバンドUVBです。ナローバンドUVBが登場したあと、いままでのプロドバンドUVBを比較してみると、乾癬には明らかにナローバンドUVBのほうがいいという報告がたくさんあります。一方、PUVAとナローバンドUVBではどちらがよく効くかというところ、PUVAのほうが、効果があるという報告が多いです。PUVAのほうが分厚い皮膚にも効きますし、たくさんはいらいます。ただし、欧米ではPUVAによって皮膚癌ができたという報告がいくつもあります。ナローバンドUVBでは、使われだした歴史が浅い

こともありますが、皮膚癌ができたという報告はほとんどないので、そういう面ではナローバンドUVBのほうが安全であるといわれています。しかし、本当に安全であるかどうかは、何十年か経ってみないとわからないわけです。少なくとも、いまのところは、皮膚癌はできていないわけですが、皮膚癌は一日でできるわけではありません。ただ、皮膚癌ができれば、診ていけば解ります。皮膚癌ができるまえに、皮膚の変化もでするので、皮膚科できちつと診てもらって紫外線治療を受けていれば、そんなに心配することもなく、使い方によればどちらも有用であると思います。内服薬や生物学的製剤が使えない患者さんもおられます。そういう方には光線治療もひとつの方法です。写真の患者さんは、全身にひどい皮疹のある方でネオールを服用されていたのですが、コンプライアンスがあ



まりよくなくて、光線治療に通うのは多分無理だということ、ネオールのを出してしまいました。もともと高脂血症のある方だったので、そういう方は高脂血症の副作用がしやすいのでコレステロールなどをチェックしながら処方していましたが、この方もコレステロールの数値が高くなったので、ネオールを中断して、PUVAバスを使ったりすごくきれいになりました。患者さんの中には、光線治療が非常によく効く方がおられて、しかも、ネオールなどが使えない方にはいいと思つています。なぜ光線治療が効くかといいますが、少し難しい話になります。乾燥癬の患者さんで、ナローバンドで治療する前と後でどのようにサイトカインの性情が変化するかを調べたところ、ナローバンドをあてると、IL6とかIL12の数値が下がり、IL10が上昇します。一般にIL6とかIL1

光線治療に際して気をつけている事

- ・ 掌蹠膿疱症、過角化の著明な乾癬にはPUVA療法
- ・ ケプネル現象が起りやすい脆性乾癬では紫外線療法が実施可能かどうか慎重に見極めながら行う。
- ・ 紫外線照射後は保湿剤などの外用を勧める。
- ・ 長期的副作用として発がんの問題があり、生涯に浴びる太陽光曝露量は不明であるので、断続的に光線療法を行う患者には、日常生活で露光部の遮光に心掛けていただく。
- ・ 皮疹がなければ顔面、手背は遮光して光線治療
- ・ 長くなって来たら2週間に1度程度の維持療法も有効な例が多い(特に掌蹠膿疱症)
- ・ 光線過敏を来す薬剤の内服をしていないかチェックが必須。
- ・ 線量の数値だけでなく、個人差の要因に注意。有効性の個人差、副作用の出現(光線角化症)の個人差

2は炎症を起こしやすいサイトカインという位置付けで、IL10は抑制性のサイトカインといわれています。免疫抑制がおこる場合にはIL10が働いていることが多いです。紫外線をあてると、サイトカインの発現が免疫反応を抑制する方向に動いているということが解ります。紫外線が免疫を抑制するというのが、ピンと来ないかと思ひますが、たとえば、ハワイに行くとかアトピー性皮膚炎が治る、というようなことを聞かれた方もいらっしゃるかと思ひます。人によっては水がいいといわれる方もおられますが、おそらく紫外線が適度にあたることによって、免疫抑制がかかっていると思われれます。マウスにかぶれの元になる物質、ハプテンを塗ると赤く腫れる、これがいわゆる漆カブレであったり、ギンナンかぶれであったりするわけですが、ところが、紫外線をあてたうえで、ハプテ

光線療法のメリット・デメリット

メリット

- ・ 投与初期の服薬指導に時間を要しない
- ・ 全身的な副作用が少ない
- ・ コストは比較的安価
- ・ 効果の持続期間が長い

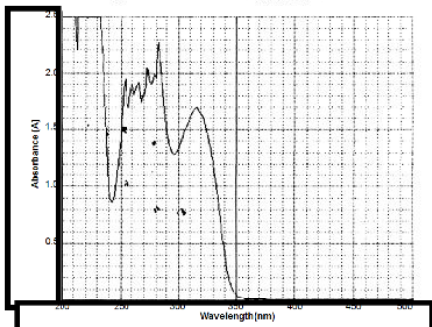
デメリット

- ・ PUVAについては短期治療における説明に時間を要する必要がある。
- ・ 皮膚がんのリスクについて患者指導が必要
- ・ 通院が必要で働き盛りの人には継続は難しい(2-3回/1w)
- ・ 不適応な部位(光の当たりにくい箇所)/不適応な症例(光線過敏症、光毒性薬剤服用中)が存在する
- ・ ヘルペスの罹患などあり(但し因果関係は不明)

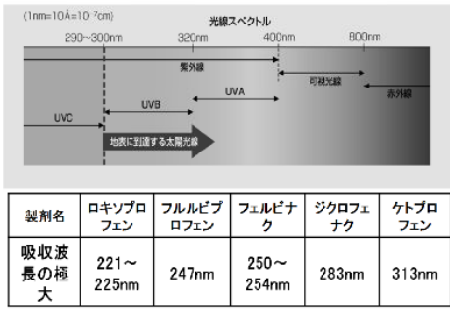
治療効果が高く、安面で通院出来る人にとっては有用性が高い治療。ただし、医師の管理下で(皮膚がん発症のリスクも見ながら)行なう必要がある。>案柱

ンを塗ってもかぶれ反応が起こらなくなり。これを紫外線による局所免疫抑制と呼んでいます。一方、多めの紫外線をあてて、紫外線のあたつていないところにハプテンを塗っても、かぶれの反応が阻止されません。これを全身的な免疫抑制反応といいます。このことから、紫外線がからだの免疫システムに大きく関与している、ということがお解かりいただけると思ひます。私自身が光線治療に際して、気を付けていることで、一番の注意点は発癌の問題ではありますが、これは医者が常に注意しておかなければならないことです。患者さんにとって、どういう場合に紫外線治療を避けたほうがよいかという、紫外線はケプネル現象がおこりやすい。ケプネル現象というのは、ご存じだと思いますが、けがをしたあとに乾癬の皮疹ができる、あるいは洗剤、化学物質などが付くと乾癬の

クロロアジドの吸収波長



光線スペクトルと地表到達波長



資料提供元: PharmaVoice 27 38頁~58頁, 2307
各社にてお問い合わせください

皮疹ができることというふうなことです。乾癬の患者さんはよく肘のところやひざ、背中に皮疹がよくできるのをよく経験しますが、これは一種のケブネル現象と考えられています。背中とか肘は物理的な刺激を受けやすいので、一種のケブネル現象として乾癬の皮疹が生じているということです。紫外線もある意味、物理的なケブネル現象の原因になりえて、上手に使えば治療につながりますが、乾癬の皮疹が悪化傾向にあるとか、赤味があるとか、コントロールの悪い時にたくさん紫外線を使うと、ケブネル現象で膿疱化したり、悪化したりすることがあり、「光ケブネル」という言葉もあるくらいです。ですから、紫外線治療はあまり刺激が強すぎない程度の量を使う、あるいは他の治療でコントロールをつけておいて、ネオオールの服用等でコントロールがついたあと、上手に紫外線を使う

といった方向にもっていくのがいいと思います。通常の乾癬の場合はケブネル現象が起こるケースは、あまりありませんが、状態が悪いとそういうことが起こります。紫外線があたると皮膚が乾燥する方もおられるので、紫外線治療のあと、保湿剤を塗ることもあります。それは、皮膚を見て判断していただきます。紫外線と発癌との関係については、顔や手の甲は常日頃から光が当たっているところです。私達、医者の方は患者さんがこれまでどの程度紫外線に当たってこられたかわからないので、皮疹がなければ顔とか手などは通常の露光部は遮光して治療します。もうひとつ考えられることは、パッと見て顔とか手の甲に乾癬の皮疹があまりない方は、光線治療が効く方が多いです。光が常に当たっているところが多いのは、乾癬の皮疹が出ないことが多い。夏は乾癬が良くなるという方もおられます。夏は紫外線の光を浴びて、半袖であるとか、衣服も薄いことがおおく、光の影響でなんとなく良くなる方、こういうことはよく経験することです。ですから、顔とかに出いていなくて、体に出ている方は光線治療が効く可能性がありますが、そういう人の場合、結構光に当たっているというところなので、注意も必要です。普段の生活で十分光に当たっている部位には、治療として余分な紫外線を追加しなくてもいいのではないかと考えています。そういうふうなことを考えて治療にあ

たります。あと、紫外線治療はある程度効果が出てくるまでは、週に2、3回定期的に治療していただいて、少し良くなつて来れば、間隔を開けるといいことでもあります。注意すべき点は光線治療をされる患者さんは高齢の方も多いということですが、一般的には乾癬というのは壮年期の病気と考えていますが、高齢の方もおられて、そういう方は高血圧の薬や高脂血症の薬など、様々な薬を飲んでおられる方が多く、更に内服薬を増やすことには消極的で光線治療を選択することも多くなるわけですが、そういった薬の中には光線過敏症を起こす可能性のあるものも含まれています。ですから、必ず、服用している薬剤をチェックしなくてはなりません。患者さんのほうからも、こういう薬を飲んでいますが、ということをは是非おっしゃっていただきたい。患者さんは内服の飲み合わせについては、非常に敏感で、飲み合わせは大丈夫ですか、とよく効かれます。ところが、光線治療というのは、塗り薬と同じような感覚であまり全身的な影響はないと思っておられる方が多いのですが、光線過敏を引き起こす薬もありますので注意が必要です。医者の方も、ちゃんと聞かないといけないのですが、患者さんの方からも、こういう薬を飲んでるんですが大丈夫ですか、ということをおっしゃっていただければ、ダブルチェックになっていいと思います。光線療法のメリットとデメリットを

まとめてみますと、全身的な副作用が少ない、コストがネオオールの生物学的製剤に比べて安価である、効果の持続期間が長い、ワシクルの治療が終わったあと数か月間効果が持続する、というようなことがメリットとしてあげられます。デメリットのほうは、皮膚癌について多少考慮しておく必要があるのですが、日常生活で少し遮光していただくと、余分な光にあたらないでほしいということがあります。一週間に2、3回通院するというのは、困難な方が多く、これも大きなハードルかと思えます。それから、顔とか外陰部など当てられない場所に皮疹がある方、あるいは頭部などは光線治療が効きにくいので、こういった方々は適応外であると思えます。

このグラフはクロロチアジドという最近はやりの降圧利尿剤、高血圧に使う薬の吸収波長のグラフですが、この薬の吸収波長が、まさに320〜330付近です。こういうお薬を飲んでる人がナローバンドUVB治療を行うと光線過敏をひき起こす確率が高い。一般の方で、降圧利尿剤で光線過敏が出る頻度は1%ぐらいありますが、内科の医者は説明しないことが多いので、患者さんのほうであらかじめ知識として知っておいていただければ、と思います。光線過敏をきたしうるお薬はすでによく知られていますので、知っていれば、あらかじめ予防できるわけですから、注意すべきであります。そ

れができていないのはちよつと残念に
思います。

次に、シクロスポリンによる乾癬治
療の話ですが、シクロスポリンの薬理
作用はT細胞からのIL2などのサイ
トカイン産生の抑制及びT細胞の活性
化の抑制ということで、冒頭で申し上
げましたようにT細胞が悪いのではな
いかということ、その根元を断ち切
るという意味合いで効果を發揮するわ
けです。ネオールが導入されたころ
は、乾癬に対する処方量は3〜5mg
/kgといわれていました。体重50
kgの方ですと150mg〜250m
gを服用するということになりました。
ただし、5mg/kgを内服すると副
作用の発現率が高くなるということは、
経験しています。そういうことも勘案
して、外用薬との併用ということであ
れば、2〜3mgでいって、少し効果
が弱ければ、3〜3・5mgという方

シクロスポリンによる乾癬治療

薬理作用: T細胞からのIL-2などのサイトカイン産生の抑制、T細胞の活性化の抑制

投与方法: 2.3 mg/kgから開始。少量の場合には分1
で夕食後の1日1回投与としている。
→経時的には分2とするより効果が良い。
→トラフ値の検査日の服薬方法の変更が不可欠。

投薬中の検査: 投与中は検査を定期的に行なう。1-2ヶ月に一度、
投薬量を変更したり、異常値の出やすい症例など、
症例によって適宜調整。
→対象患者が壮年期の患者が多いので、安全性を担保しながら
内服する方が本人にの満足度も高い。(最初のMTが重要)

検査項目: BUN, K, Creat, 血圧, トラフ値, (TG, LDL)
検査データで異常値が出たら、減量か中止


投薬中止のタイミング: 4-8週間投与後、改善が見られたら一旦中止

完全に免疫発疹がひかなくても見えるところに出ているのでなければ免疫出来る
外用する範囲が減ると随分楽。

法もあるのかな、と思っています。こ
れは、私の独断と偏見ですが、2mg
とか少ない量の場合、分服するよりも
1回の服用にしたほうが、効果がある
ように思います。これは、ネオール
をネフローゼ症候群という別の疾患に
使われているときの使用例を参考にす
ると、1日1回投与でよく効いている
ということもあります。5mg/kg
ですと、血中の濃度レベルが高くなる
のでわかりませんが、3mg/kgを
1日1回投与することで、問題もなく、
よくコントロールできている症例とい
うのは多数経験しています。ネオール
の場合、生物学的製剤でも同じです
が、全身的な薬を出す場合で、長期に
わたって投与しなければいけない薬、
しかも、あらかじめ副作用がでること
がありうるかがわかっていて、ある
程度の副作用発現率が想定される薬で
は、血液検査が必須だと思っています。
自覚症状がほとんどないので、血液検
査をしてトラフ値(薬物を反復投与し
たときの定常状態における最低血中薬
物濃度)などの血中濃度をみながら、
薬剤量をコントロールしていくことに
なります。トラフ値を測るときには、
その日の朝は薬を飲まないようにい
われることがあると思いますが、1日1
回、夜だけの内服を基本にしていると、
朝飲みやすいように説明する必要も
なく、検査が簡便です。夕方だけにし
て、トラフ値が高ければ、話にならない
ので、薬を変える必要があります。以前は、

ネオールの使用量はアトピー性皮膚
炎より多く、また継続的に使用されて
いた症例が多くありました。最近では、
間欠的な治療ということ、8週間、
ないしは12週間飲んで、少しコント
ロールがついて、患者さんも満足され
ている場合には一旦休薬ということも
行って、断続的な投与で副作用の発現
率を減らすことも考えています。とい
うのは、乾癬というのは、長く付き合っ
ていかなければならない病気なので、
ひどくなったら、ネオールを少し飲
んで、落ち着いたら休薬する、血液デー
タに異常が出ない状態を長く作る方が、
トータルで考えれば、いいという風に
考えて、そのようにしています。

61歳女性 ネオールが有効した乾癬性紅皮症



1996年に乾癬と診断され、1998年からPUVA bath目的に入退院を繰り返していた。
2010年6月頃から増悪し、7月に紅皮症化した。ネオール3mg/kgで開始し、
順調に改善。3mg/kg内服中で皮膚のコントロール良好だが、最近関節痛が出現。

ころ、非常によくなりました。以前、
生物学的製剤が発売される前に、全身
的な治療が必要な乾癬の患者さん
象に50例ほどを、神戸大学と神戸大
学関連の病院とで、患者さんのQOL
とか、どういった治療が患者さん
にとって望ましいのかといったことを
検討したことがあります。そのころは、
ネオールと光線治療と外用剤な
のですが、外用剤だけ塗ってPASIスコア
が良くなるということはありません
というのはいま対象としている患者
さんはPASIスコアが15とかひど
い方が多くて、外用剤だけで治す
には無理があると思います。光線
治療を使うとそれなりに良くな
ります。ネオールのほうがさらに傾
きがよく、効果が高い。でも、
光線治療も通えればそれなり
にいいのではないかと
思いますが、このグラフでお気
づきかと思えますが、ネオール
を使ってい

尋常性乾癬患者におけるQOL調査

目的: 乾癬患者における治療方法とQOL改善度の検討

プロトコール

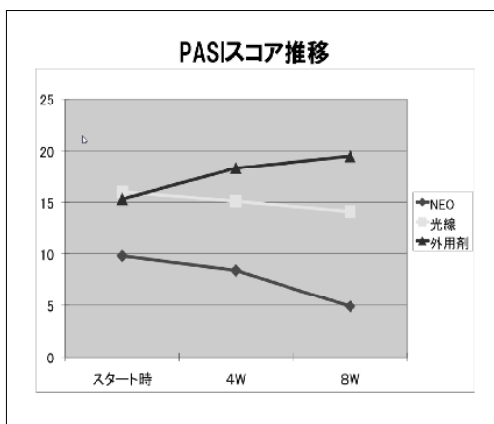
登録期間: 2007年5月〜2008年2月

症例数 50例

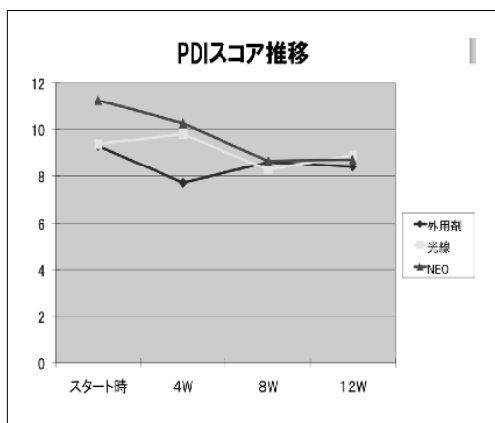
対象患者: 神戸大学、関連病院の初診の乾癬患者
参加施設: 神戸大学、県立古川病院
神戸市立医療センター西市民病院、県立淡路病院、
新日鉄広畑病院

解析対象症例数: 55例中31例

る方のほうが、元々PASIが低い。ということは、ネオラルを投与してほしい、あるいはそれにしようかと医者者が判断している症例というのは、必ずしも皮疹だけを見ているわけではありませぬ。光線治療に通えないとか、PASI10でも仕事に差しつかえる、手を出す仕事だからきれいにしたい、顔に出ているのでまずい、ということから来られているので、その背景にあるものはなかなか含蓄があると思った次第です。今度は、PDIスコアについて、患者さんのQOLをスコア化したものがあってまして、これを見ますとネオラルが非常に良い。光線治療のほうはあまり良くなくて、はつきりしない。あまりQOLが改善していない。おそらく、乾癬治療のために通院を繰り返す、ということがストレスになっているのではないかと、週に2、3回、ずっと繰り返し通院している割にはP



ASIが0になればいいのですが、PASIと良くならない。でも、やめるともっと悪くなるので、効いてはいるのですが、患者さんにとっては、皮疹が出ていると効いているとは思えないのです。皮疹がある＝効いていない、という感覚なので、一所懸命通院しているにもかかわらず、効いていないという思いが、PDIに表れていると思います。外用剤の方は、外用剤ならこんなものかな、ま、いいんじゃないという気分だと思います。やはり、ネオラルは飲めば、スパッと効くというのは、患者さんにとって、副作用さえでなければいいな、というわけです。全身的な投与で、比較的薬で、患者さんにとって苦痛がなくて、皮疹にスパッと効く治療が待たれていると考えられます。この調査でわかったことは、患者さんの主観によって、治療法も変わりますという事です。アトピー性皮膚



膚炎の患者さんは引き籠りなど、鬱々とした方が多くて、乾癬の患者さんは陽気で、乾癬があっても、どうってことないよ、というふうな患者さんが多いというふうな思っていたのですが、生物学的製剤が出てきて、それを求めて来られる患者さんをみますと、今までは、いわゆる乾癬気質といわれる方しか病院に連れていかなかった、病院にいつても治らないとあきらめておられた方は来られてなかつたとわかりました。ところが、皮疹がそれほどひどくないけれども、これは困ると思っている人とか、いろいろな人がおられるということ、本当に治る（皮疹がゼロになる）薬があるなら患者さんは来院されるのです。乾癬の患者さんは治療を求めている、皮疹が無くなるのを求めるのは当然なのですが、やはりそうなんだ、ということを感じてくることがあります。大学に来られるような患者

治療の選択と効果・満足度の関連

- 患者の主観により、治療法は変わってくる
- 治療を求める患者が増えている。
- 大学に来るような患者では外用剤だけで改善を期待するのは困難で追加治療の検討が必要
- 追加治療として光線治療はPASIの改善度は良いが、PDIの改善度は必ずしもよくなく、通院の繁雑さがQOLを下けていることが推測される。
- 患者の意識が変わって来た、生活スタイルも変わって来た

生物学的製剤の登場

さんというのは、外用剤のみの治療は無理だろうと、プラスアルファの治療が必要で、追加治療として、光線治療というのは、PASI改善度はいいけれど、PDAの方はよくない、QOLがあまりよくないというのは、治療の大変さ、煩雑さというのが、大きなハードルであると、特に壮年期で働き盛りの患者さんが対象の場合には大いにあると思います。乾癬の患者さんの意識が変わってきたところに生物学的製剤が登場して、乾癬の治療というのは随分変わってきました。生物学的製剤、ネオラルなどを含めた全身療法をするケースが増えました。光線治療も全身療法ですが、光線療法の場合、週に何度も通院する必要があります。少し別だと思えます。光線療法の場合は、医者が必ず診ることができ、週何回か来ているうちに、なにかおかしなことがあれば、すぐに判るといって

光線療法以外の全身療法が適している症例

- ケプネル現象が起こりやすい脂溶性乾癬などでは、紫外線よりも全身療法（ネオラル）が使いやすい。
 - 壮年の働き盛りの患者：
 - * 接客業
 - * 頻繁に来院出来ない患者
 - * 皮膚疹の出現部位が露出部（光線療法は効きにくい可能性大）
 - * 光線療法での既往のある患者→光線療法が来やすい あるいは過去に既に非常に多くの紫外線曝露があった可能性が高い。
 - * 特別な行事を控えている：社員旅行、息子の結婚式、部下の結婚式でのスピーチetc. 本人にとって非常に重要と思われるイベントの時に良い状態におきたいという願望も理解出来る。
- QOLの観点からも許容される。
- こういう場合には即効性が期待される薬剤が適している。

TNF α 阻害薬対象患者

成人(16歳以上)の全身療法を考慮すべき患者のうち以下の項目を満たすもの

- シクロスポリンやエトレチナート、光線治療による治療に抵抗性
→皮膚BSAの10%以上、難治性皮疹または関節症状を有し、QOLが高度に障害されている。
- 上記全身治療による副作用が発現しており十分な容量の服薬あるいは、照射ができない。
- 上記全身治療が有効であっても中止・減量により再燃を繰り返し減量・中止が困難で蓄積副作用が懸念される。
- 上記全身治療の使用禁忌となるような合併症が存在する。

遺毒性乾癬・乾癬性紅皮症:症例数が限られているので十分な検討はなされていない。有効との症例報告のみ。

1) 原稿(2010)120:163-171

TNF α 阻害薬対象患者

成人(16歳以上)の全身療法を考慮すべき患者のうち以下の項目を満たすもの

- シクロスポリンやエトレチナート、光線治療による治療に抵抗性
→皮膚BSAの10%以上、難治性皮疹または関節症状を有し、QOLが高度に障害されている。

"The rule of 10s"

- *BSA 10%以上
- *PASI スコア 10以上
- *DLQI スコア 10以上

関節症性乾癬

日常生活に支障が現れる前の早期の関節破壊を抑制するために、中等度以上の関節症性乾癬に対しては比較的早期からTNF α 阻害剤を考慮

1) 原稿(2010)120:163-171

TNF α 阻害薬の副作用が発現しやすい患者

- 感染症の患者または感染症が疑われる患者
- 結核の既感染者、あるいは胸部X線写真で陳旧性肺結核に合致する陰影(石灰化像、粟状影、胸膜肥厚など)を有する患者、ツベルクリン反応陽性の患者(発赤長径が10mm以上を陽性と判定する)
- 脱髄疾患が疑われる徴候を有する患者、および家族歴のある患者
- 重篤な血液疾患(汎血球減少、再生不良性貧血等)の患者、またはその既往を有する患者
- 悪性腫瘍の既往歴あるいは治療歴を有する患者、および前症病変を有する患者
- 先天性あるいは後天性免疫不全症候群、または他の全身性免疫抑制薬使用によって免疫力の低下した患者
- 高齢者
- 小児
- 妊婦、産婦、授乳婦等
- 手術患者

TNF α 阻害薬の投薬禁忌

- 活動性結核を含む重篤な感染症を有する患者
- NYHA分類Ⅲ度以上のうっ血性心不全を有する患者
- 現在、悪性腫瘍を治療中の患者
- 脱髄疾患(多発性硬化症等)及びその既往歴のある患者(症状の再燃及び悪化のおそれがある)

リットがあります。光線療法ができる人と、そのほかの全身療法しかならない人は、あまりダブらないです。生物学的製剤、ネオールなどの全身療法が適している方というのは、どういった人か考えると、もちろんPASIが高い人、皮疹がひどい人、これは原則なのですが、ケプネル現象が起こりやすいとか光線治療が使えない人と、もうひとつは社会的な背景、壮年の働き盛りの患者さんで、接客業であるとか、頻繁に来院できないとか、発疹の出ている部位が露出部、例えば全体的に診ればそれほどひどくはないけれど、顔面、被髪部、手背などの人目にさらさないといけないところに皮疹が多い、こういう場合は光線治療が効きにくいということと、社会的な要請、必要性が高いので適している。また、光線角化症の既往症のある方は光線治療が無理です。あるいは、特別な行事を控え

ている方、例えば、社員旅行で温泉に行くので、その時にはきれいにしておきたいという場合にネオールを出したこともあり。息子の結婚式や部下の結婚式でスピーチをしなければいけないというふうにいわれると、三十年前であれば、死なないのだからと言われたかもしれないけれど、今の時代、人生にとって大事なイベント、ライフイベントの時に乾癬の皮疹があったら具合が悪いと言われれば、QOLを考えると出してもいいのではないかと、そういうときには、即効性が期待される薬が適していると思っています。TNF α 阻害薬は乾癬治療の最後の砦であるわけですが、基本的には成人で全身療法を考慮すべき人でシクロスポリンやエトレチナート、光線による治療に抵抗性のある方で体の全体の皮疹が10%以上ある方で、難治性皮疹または関節症状を有し、QOLが高

度に障害されている、PDIというQOLをはかるスコアが10以上とか、難治性というのは、従来の全身治療をしていたにも関わらず、PASIが10以上、こういった方が対象となります。そのほか、副作用が発現して、従来の治療が続けられない、また、治療が有効であっても、中止・減量により再燃を繰り返す、皮疹はひどくなくとも、関節症状があるということとあわせて、QOLが損なわれていたり、皮疹がひどかったりして、ほかの治療では対応できない人に、十分な検討がなされたうえでTNF α 阻害薬が使われるべきであるということ、ルールオブテンと提唱しています。ルールオブテンというのは、体の面積の10%以上、PASIスコアが10以上、DLQIスコア10以上ということで、患者さんの状態をこれらの数値で把握して、こ

れにプラスして、関節症状がある場合には、皮疹がひどくなくても関節の破壊を防ぐために早期からTNF α 阻害薬を使いましよう、ということになっています。TNF α 阻害薬というのは、夢のような薬ですけれど、副作用も多少ありまして、特に感染症と発癌に気を付けなければなりません。また、日本人の場合、結核の既往症のある患者に対してはTNF α 阻害薬の投薬というのは注意を要するというところで、我々も気を付けないといけないところです。そのほか、最近問題になりました肝炎ですが、B型肝炎の既往のある方、今までは抗原が陽性であれば駄目であったが、抗体が陽性になって抗原が陰性であれば既感染で大丈夫、というふうになっていきましたが、抗体薬を用いることによりdenovo肝炎がおこるおそれがあるので、ウイルスのDNAゲノムの量をチェックしないといけな

い、ということになっていきます。B型肝炎の場合は症状が出ると、劇症型になることがあるので注意しなければなりません。どれぐらい効くかといいますが、レミケードの症例、この薬はリウマチには多数の症例で使用されていますが、よく効いた例では2週間、6週間たつて皮疹がゼロ、PASIスコアがゼロ、皮疹が無くなるということが本当にあるのだと思って、患者さんもびっくりし、こちらもびっくりしました。次の症例ですが、この方も早くから効いています。

膿疱性乾癬の患者さんの場合も結構効く症例が多くあります(症例5)。ところが、症例4の患者さんの場合は、全身の乾癬がひどかったのですが、8週間にはきれいになってきました。しばらくすると、また、出てきた。慣れがでてくる症例があることは確かです。それで、ヒュミラに変えたところよく

なったという症例で、その後落ち着いています。症例7はネオオーラルを出している状態で完全には退いていない患者さんにヒュミラを出して少しすると効いてきた方です。

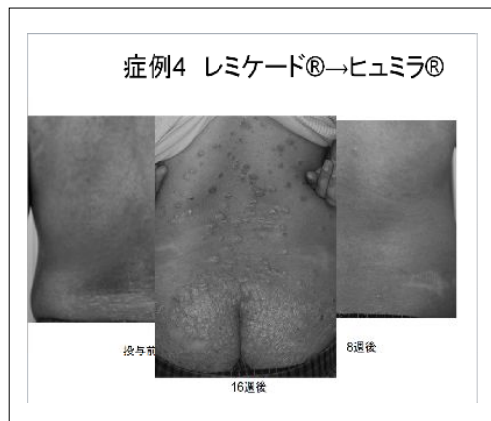
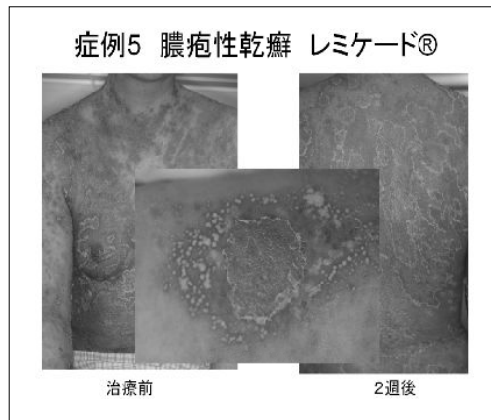
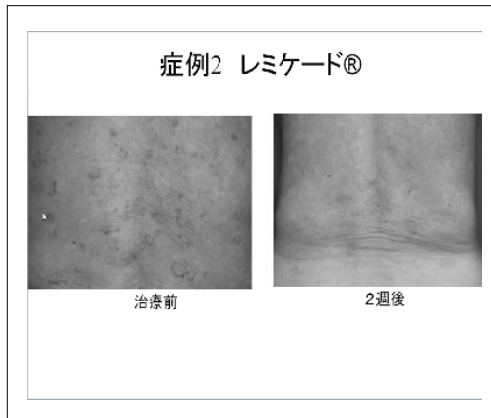
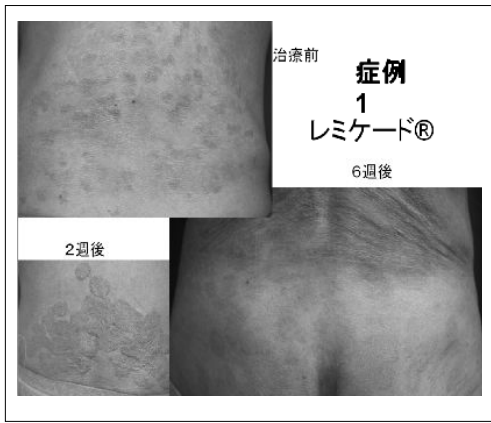
生物学的製剤の治療というのは、従来の治療の感覚とはずいぶん変わってきました。爪の乾癬では、ネオオーラルを出してもなかなか効かない症例も多かったのですが、生物学的製剤の治療で、時間はかかりましたがきれいになった症例もあります。使える症例でうまくいく症例には、生物学的製剤もいかなとおもいますが、高価であるとか、副作用を勘案する必要があります。デメリットもあります。当院のアダリムマブの使用症例をまとめてみました。PASI75というのは、PASIという乾癬の皮疹の重症度を表わすスコアが75%改善することを指しますが、その到達平均期間は13・6週でした。

PASI75というのは、患者さんが効いたと実感できる値だと思います。ただし、中には効かない患者さんもおられますので、考慮する必要があります。最後に今あるヒュミラ、レミケード、ステララという三つの生物学的製剤のうち、ヒュミラ、レミケードの作用機序はサイトカインの大本であるTNF α をブロックするところで効きます。ステララというのは、もう少し下流のIL12とか23をブロックすることで効きます。すべてが、生物学的製剤の抗体薬であります。患者さんにとって、夫々の製剤の違いというのは、ヒュミラとステララは皮下注射ができるということ、レミケードは点滴をしないといけないということ、点滴をしないといけないということ、点が点滴というのには投与するのに時間がかかるので、患者さんにとって、若干ハードルが高いのかもしれない。ただし、レミケードの場合、投与間隔

が最初は2週間、6週間ですが、その後は8週間毎で2か月に1回通院して投与すればいい。ヒュミラは2週間に1回皮下注射をしなければいけない。ステララは最初4週間ですが、そのあとは12週間おきになるので、忙しい方にはこれがいいのかもしれない。それから、値段が高いということも、お聞き及びかとおもいますが、組合の補助があったりするので、一概には言えません。適応はレミケードが膿疱性乾癬、関節症性乾癬、紅皮症などすべてに適応になっていきますが、ステララとヒュミラは尋常性乾癬と関節症性乾癬だけが対象ということになっていきます。効果については、レミケードはきれがよく、すばつと効くが効かなくなるのも早い。ヒュミラは立ち上がりが遅くて、効くまでには時間がかかるが効果は持続します。ステララは発売されてから、日が浅いので、症例数

が最初は2週間、6週間ですが、その後は8週間毎で2か月に1回通院して投与すればいい。ヒュミラは2週間に1回皮下注射をしなければいけない。ステララは最初4週間ですが、そのあとは12週間おきになるので、忙しい方にはこれがいいのかもしれない。それから、値段が高いということも、お聞き及びかとおもいますが、組合の補助があったりするので、一概には言えません。適応はレミケードが膿疱性乾癬、関節症性乾癬、紅皮症などすべてに適応になっていきますが、ステララとヒュミラは尋常性乾癬と関節症性乾癬だけが対象ということになっていきます。効果については、レミケードはきれがよく、すばつと効くが効かなくなるのも早い。ヒュミラは立ち上がりが遅くて、効くまでには時間がかかるが効果は持続します。ステララは発売されてから、日が浅いので、症例数

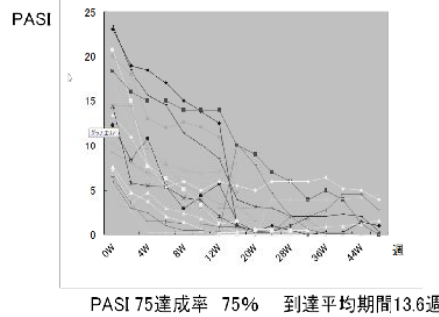
が最初は2週間、6週間ですが、その後は8週間毎で2か月に1回通院して投与すればいい。ヒュミラは2週間に1回皮下注射をしなければいけない。ステララは最初4週間ですが、そのあとは12週間おきになるので、忙しい方にはこれがいいのかもしれない。それから、値段が高いということも、お聞き及びかとおもいますが、組合の補助があったりするので、一概には言えません。適応はレミケードが膿疱性乾癬、関節症性乾癬、紅皮症などすべてに適応になっていきますが、ステララとヒュミラは尋常性乾癬と関節症性乾癬だけが対象ということになっていきます。効果については、レミケードはきれがよく、すばつと効くが効かなくなるのも早い。ヒュミラは立ち上がりが遅くて、効くまでには時間がかかるが効果は持続します。ステララは発売されてから、日が浅いので、症例数



考案

- ・ 乾癬患者においても、生物学的製剤による治療効果と中和抗体値は逆相関する可能性が示唆された。
- ・ 関節リウマチ患者では自己抗体が少しでも出現すると臨床効果が著明に減弱することが明らかになりつつあるが、乾癬患者では中和抗体が出現しても、抗体価が低い場合は治療効果が保たれる可能性があり、今後も症例の蓄積による検討が必要と考える。

当院におけるアダリムマブによる治療経過



が少なく、どれくらい効くかはこれからのたのしみです。
効く症例、効かない症例はいろいろありますが、私の希望としては、治療する前から、遺伝学的な観点から乾癬治療の最適化というようなことがわかればいいなということで、そういう研究も進めています。
ご清聴ありがとうございました。



お食事と日帰り温泉ツアー開催！

有馬温泉 貸切り露天風呂もあるよ！

平成24年度 大阪乾癬・梯の会 女子会合同親睦会

昨年、東日本大震災から1年が経ちました。被災地の復興はなかなか進みません。原発事故と津波で生活全てを壊され故郷に帰れない被災者の方の多さと瓦礫の処理さえほとんど進んでない現状に心が痛みます。支援はまだ必要です。1日も早く皆さんに笑顔が戻りますように！

3月になってもまだまだ寒い日が多いですが、梯の会の皆さん、お元気でお過ごしでしょうか。5月27日は大阪大学で定例学習会が開催されます。日程が近くお忙しいと思いますが、6月17日、関西の奥座敷有馬温泉兵衛向陽閣で女子会と合同の親睦会を開催することになりました。当日は梅雨のまっただ中ですが、お天気になることを祈ってください。お昼の限られた時間ですが、おいしい食事と会の皆さんとの交流と有馬温泉の名湯・金泉、銀泉を楽しみましょう。たくさんの方の参加お待ちしております。(今回は女子だけではなく、男性・ご家族もOKです)。締め切りは5月27日です。

★6月17日(日曜) AM11時

★有馬温泉 兵衛向陽閣 に集合

★ 0120-400-489 食事は11:30から。梯の会で申し込みしています。

★ホテルのバスのお迎え 有馬温泉に着いてからホテルに電話してください。

1名でもお迎えに来てくれます。

★会費(食事と入浴代) 8500円

★申し込み先 090-8162-5490 (梯の会携帯電話 中山氏)

連絡事項: お名前・電話番号 現地直接かバスで一緒に行くか

★大阪からバスで行かれる方

大阪駅前(阪急梅田・バス乗り場) 9時25分集合。9時40分発有馬温泉行き高速バスに乗ります。到着10時35分。料金は片道1330円です。

(女子会 吉田、吉岡)

みなさん！ ぜひ参加して下さい



あきらめない人のサイト 第5回インタビュー

「乾癬と生きる」 池内(本会幹事)

「あきらめない人のサイト『乾癬と生きる』」の第1回インタビューに本会の中山事務局長が登場し、自身の発病歴や治療歴、また乾癬をめぐる様々な思いを語って頂きましたが、今回幹事の池内さんが第5回の取材を受けました。その内容を紹介します。

※「あきらめない人のサイト『乾癬と生きる』」とは……このホームページは乾癬治療薬製薬会社の協力を得て、日本職縁研究所株式会社(編集プロダクション)が製作・編集しているものです。インタビューなどは医療ジャーナリスト、長田昭二氏が行っています。このサイトでは、「乾癬を経験された方やその支援者のさまざまな“生きざま”を紹介しています。それをご覧いただくことで、乾癬に対する不安が少しでもやわらぎ、乾癬と向き合ううえでのヒントや治療に臨む勇気をもっていただくこと、そしてより多くの方に乾癬への理解を深めていただくことが、このサイトの願いです。(HPより)」を目的に今後様々な乾癬患者にインタビューを試みる予定です。 URL=<http://kansenlife.jp/>

「あの頃は、どうすれば死ぬのか、いつになれば死ぬのかって、死ぬことばかり考えていました。結局度胸がなくて死ねなかつただけなんです……」

大阪・岸和田市に住む池内氏はそう語る。度胸がなくて死ねなかつたのなら、度胸がなくてよかった。事情はどうあれ、生き長らえたことで、いま、彼の体は寛解を手にし、仕事に就くまでに皮膚症状は改善しているのだから。生物学的製剤の登場など、近年飛躍的に治療成果を向上させている乾癬治療。その恩恵に預かることができる現代の患者に求められることは、“あきらめないこと”であり、もっと端的に言うなら“生きること”なのだ。患者が治療を受け、社会に復帰する姿を見て喜ぶ人がいる。無駄にしている人生は、一つもない。

強烈な痒みとステロイドの副作用。そして引きこもり生活へ

両方のふくらはぎに赤い発疹ができたのは19歳の夏のこと。海へよく遊びに行っていたので、初めは日焼けの悪化と思っていた。しかし、日増しに拡大する症状に不安は募り、近所の皮膚科医院を受診する。池内氏の脚を診た医師は、その場でこう言った。「これは乾癬と違って治らない病気。墓場まで持っていく病気だ」医者に見せれば2-3日で治るものと思い込んでいた彼は嘆息した。治せない病気なのに薬が出たことが不思議だった。強いステロイド軟膏だ。塗ったところは確かによくなるが、すぐに別のところに発疹が出る。いたちごっこを繰り返すばかりだ。症状には波があり、いい日もあれば悪い日もある。しかし全体的には確実に悪化に向けて進行を続け、気が付くと顔と手を除く全身に症状は広がっていた。薬を塗るだけでもひと苦労だ。発症から4年後の23歳の時、経口薬「チガソン」(エトレチナート)の服用に踏み切った。副作用があることは承知の上での服用だったが、唇が荒れて強い腰痛が始まったものの期待した効果は表れない。唇の荒れは20年が過ぎた今もその痕が残り、腰痛はそれを理由に仕事をたびたび休まざるを得なくなるほど重いものだ。結局、ステロイド単独の治療に戻ると、それが25歳の時まで続く。「私の症状は“強い痒み”が特徴で、これは患者会の中でもトップクラス。痒くて不眠になるし、掻きむしるから常にどこかが出血するような状態でした」工事関係の会社で働いていたこともあり、小さなキズは避けられない。そのたびに出血を招くのが嫌だった。ステロイドの影響で薄くなった皮膚は、「切れる」のではなく「破れる」。ある日、自転車のサドルに腿を当てただけで大出血を招いた。さすがにただごとではないと感じた彼は、それまでとは別の病院を受診する。医師はステロイドをやめるべきだと主張するが、やめれば痒さが増大するのは明白だ。結論は出なかった。全身を覆う皮疹と強烈な痒みの中で過ごした青春時代。しかし、唯一の救いがあった。彼の病気を知った上で寄り添ってくれる、理解のある恋人の存在だ。二人は神戸の街並みが好きで、よく出かけた。二人にとって、最も思い出深いデートコースであり、大切な街だ。そんな神戸の街が倒壊する。阪神大震災だ。テレビに映し出される被災地の映像を見た池内氏は、じっとしていられなかった。

「大好きな神戸の復興に役立ちたい」

工事会社で働く彼には、被災地の復旧復興に直截的に役立つ技術と知識がある。しかし、神戸に向かおうとする彼の前に、恋人が立ちはだかる。まだ大きな余震が続く状況で現地に行けば、二次災害の危険性がある。心配してくれる彼女の気持ちはうれしいが、二人にとって大切な街を救いたいと思う自分の気持ちも理解してほしい。そんな二人の心の隙間は急速に広がり、ほどなく交際は解消。このストレスが起爆剤となり、彼の乾癬は爆発的に悪化した。強烈な痒みで仕事も手に付かなくなり、欠勤が相次ぐ。痛くて休むならまだしも、「痒くて休む」ことには、当時もいまも世間の理解は得にくい。結果的に居場所を失った彼にできることは「自主退職」という形で職場を去ることだけだった。久しぶりに病院に行くと、すぐに入院を勧められた。仕事をやめたので時間はある。入院して紫外線治療を受け、並行してサンディミュン（シクロスポリン＝免疫抑制剤）や、魚油が主成分の飲み薬も使った。入院は半年に及び、退院する頃には肌の状態はそこそこ良くなっていた。しかし、退院してしばらくすると再び悪化に転じた。その勢いはすさまじく、皮疹が、顔と手首を除く全身を隙間なく覆い尽くす。紅皮症だ。「通院するのに電車に乗っても、落ちた鱗屑が目立つので座れない。痒みが我慢できなくなるたびに駅で降りてトイレに入って掻きむしる。だから各駅停車しか乗れないんです」治療の効果は一向に見えず、気力と精神力は失せていく。病院に行くのも面倒になり、やがてすべてを投げ出して自宅に引きこもる。28歳だった。それを待っていたかのように、唯一発症を免れていた顔と手にも皮疹が出た。全ての体表が皮疹に覆われた。もはや宿主（しゅくしゅ）の肌の上に皮疹を発症する場を失った乾癬は、次の手段として“関節症”を仕掛けてきた。首が右に回らなくなったと思ったら、今度は左。視野が「正面のみ」に固定されるのに時間はかからなかった。整形外科を受診すると、7枚ある椎間板のうち動くのは上下の2枚だけで、残りの5枚は固まっていた。左右の可動域はわずか6度。上下にも動かなくなり、自分の腹さえ見られない。「まだ乾癬と関節症の関係が明らかになっていなかった時代です。整形外科医も乾癬に言及することはなく、診断は“リウマチ”でした」整形外科医はリウマチの治療を勧めたが、これを拒否して引きこもり生活に戻っていく。自宅にいても何ができるわけではない。じっとしていても首が痛くなるので1時間と体を起こしてられない。横になると今度は腰に激痛が走る。そして絶え間なく続く耐え難い痒み。彼が「死にたい」と思い続けたのはこの時期だ。「それまでも嫌なことはたくさんありました。こちらが心を開いて付き合っていた同僚が、陰で私の病気を色々と言っていることが耳に入った時などは、心の底から恨んだものです。でも、引きこもっていた時期の辛さはその比ではない。希望があるとすれば、近い将来死ねるだろう——ということだけ。治療法がない病気なんだから、放っておけば死ねるはず。早くその時が来ればいいと考えていました」

引きこもり生活は実に5年に及ぶ。

そんな中でも彼を見捨てずに付き合ってくれる友人がいた。一人はおきな馴染み、一人は高校時代の親友、そしてもう一人は会社に勤めていた時の同僚の女性だ。ある日そのうちの一人から「たまには遊ぼう」と誘われた。仕事も治療も放擲し、いつ訪れるともしれない死を待っているだけの自分に、それでも接してくれる人がいることが不思議だった。そして考えようによっては、そんな自分とはとてもない幸せ者なのではないかと思えた。「この三人への感謝の気持ちとして、やり直してみようかと考えることができました。もう一度治療を受けてみて、それでダメならまた引きこもればいじゃないかって（笑）」遊ぼうと誘ってくれた友人に「もう一度病院に行ってみようよ」と告げると、すごく喜んでくれた。

「こんな俺でも人を喜ばすことができるんだ。頑張ってみよう」

結果としてこの決断が彼の人生を大きく前進させることになる。20年来の痒みが消えていく解放感！数年ぶりに行く病院。発症から13年が過ぎ、池内氏は32歳になっていた。ちょうどビタミンD3が臨床導入された時期で、使ってみたら効果が出た。可能性を感じ取った医師は、乾癬治療で知られる大阪市西区にある日生病院の東山真里医師への紹介状を書いた。池内氏を診た東山医師は「すぐに入院してください」と告げた。入院は3カ月間。ここで初めて関節症状に対する治療も行われた。首の骨は、すでに曲がった状態で固まっていたが、痛み止めと抗炎症剤、それにリウマトレックス（メトトレキサート＝慢性関節リウマチ治療薬）を使ったら、

進行にブレーキがかかった。皮膚症状はビタミンD3で確実に改善に向かっている。池内氏は乾癬になって初めて、「治せる」という見込みを感じた。この精神面の変化は彼にとって大きな意味を持っていた。QOLの低さは変わらないのに、「毎日がリハビリ」と思えるようになっていたのだ。「私が真面目に治療に取り組む姿を見て、家族や友人も喜んでくれるんです。人に喜ばれたら後には引けないでしょう（笑）。ただ、すぐに社会復帰しようなんて考えず、いつかまた働けるようになれば——というほのかな夢が浮かんできたような感じでした」ビタミンD3とリウマトレックスをメインにした治療は、その後2年ほど続く。この2年で、発病前を「100」、引きこもり中を「0」としたら、「50」程度まで体が動かせるほどの改善が見られた。当然その頃にはほのかなものではない、社会復帰への確かな意欲も湧いていた。すでに障害者手帳を交付されていた池内氏は、障害者用職業訓練校に入校。ここでは1年間、OA系の勉強をした。初めはつらかったが、学校に通うことで体力も戻り、人と話すことで元気が出てきた。学校を卒業すると思い切って事務の仕事に就いてみた。しかしこれは時期尚早で、体が付いて行かずに1年で離職。自宅療養に戻ったが治療は続けた。この離職は彼にとって退却ではなく、社会復帰への確かな足掛かりとなった。3年後、再び訓練校を経て、今度は警備の職に就く。時を同じくして「ヒュミラ」（アダリムマブ＝乾癬と関節性リウマチ治療薬）を使い始めた。池内氏は日生病院でこの薬を使う第一号患者となった（治験の患者を除く）。効果は2週間で現れた。約20年間続いていた痒みと皮疹が消えていく——。それは紛れもなく夢のような出来事だった。2カ月後、彼は完全寛解を迎える。「自分の肌を触っていると気持ちいいんです。うれしくて気付くと腕を触っているんです（笑）」寛解に至った後も関節の痛みはそれほど変わらない。しかし池内氏は言う。「痛みは我慢できるからいいんです。でも痒みは我慢できない。そして痒みの辛さは人に言えないし、言ったところで理解してもらえない……」そんな彼が患者会に顔を出すようになったのは8年前のこと。人付き合いが苦手になっていた彼にとってそれは高い壁だったが、勇気を出して行ってみると、自分と同じ関節症状のある人と会話することができた。「こんな苦しみを持っているのが自分だけではないことを知って、何となく救われた気持ちになったんです。もしかしたらここ（患者会）はいいところかもしれないぞ……って」きれいな肌を取り戻した池内氏は、固まった首を器用にかばいながら、車の運転もする。時折見せる笑顔に、彼がほんの数年前まで引きこもり生活を余儀なくされていた痕跡を探すのは難しい。しかし、彼はこうも言う。「確かにいまは調子がいいけれど、一度は死を覚悟した身だという思いはいまも変わらない。生に対する執着はあまりないんです……」警備という現在の仕事は、工事会社で働いていた彼にとって、本来の希望の職ではない。でも、それなりに生きていけるだけでも幸せだと思うことにしている。これ以上を求めるのは贅沢だ——と。

乾癬という病気の持つ、症状とは別な面での残酷さを垣間見た思いがする。

インタビュー後の雑談の中で、池内氏はこんなことを口にした。「こういう取材に出てくる患者って、乾癬の患者の中でも強い人だと思うんです。自分も苦しいのに、他の患者のために頑張ることができる強い気持ちを持った人。でも、僕は強くない。いまでも病気を恨んでいるし、許せない人もいる。患者会の活動だって、人のためというよりは、自分のためになるから参加しているだけのこと。まだ“誰かのために何かをする”という余裕がないんですよ」そう客観的に思えることこそが彼のやさしさであり、その言葉には周囲への思いやりの気持ちが滲み出ている。そして、だからこそ、彼の症状改善を心から喜ぶ人たちがいるのだ。

このシリーズには以下の方々のインタビューが掲載されています。

- 第1回 「乾癬とともに。ただ前進あるのみ」（中山さん）
- 第2回 「自分で“壁”を作らない。社会との積極的な交流こそが、乾癬の正しい啓蒙には不可欠」（添川さん）
- 第3回 小見さん（群馬乾癬友の会「からっ風の会」）
- 第4回 角田さん（群馬乾癬友の会「からっ風の会」）
- 第5回 池内さん（大阪乾癬患者友の会「梯の会」）
- 第6回 「死ぬわけじゃない！」と笑い飛ばす明るさが病気も吹き飛ばす」（大塚さん）

※上記のインタビューは池内氏およびサイト運営者の許可を得て転載しております。

第27回 大阪乾癬患者友の会 (梯の会)

一般来聴歓迎

会員・非会員を問わず参加できます

学習懇談会 & 総会

事前登録不要

学習講演1 「標準的？乾癬治療」

～アンケート乾癬の「こころ」への影響～



谷 守 先生 (阪大医学部皮膚科)

学習講演2 「乾癬性関節炎-診断と治療」

(仮題)



辻 成佳 先生

(星ヶ丘厚生年金病院整形外科)

患者体験談

乾癬患者会 会員



質疑応答：講演およびその他についてのQ&A

参加費用 ○会員及びその家族は無料 ○非会員：1000円 (当日入会された方は無料)
※他患者会の方は受付でお申し出ください

患者交流会 同会場にて開催

相談医による医療相談コーナーあり 交流会の事前申込は行いませんので
受付にて参加・不参加をお申し出ください。

平成24年

参加費は会員・非会員共に一人 (100円)



5月27日(日)

12:30~17:00

■場所：阪大医学部学友会館 (銀杏会館)
阪大吹田キャンパス内

交通

- 【JR茨木駅から】
近鉄バス「阪大本部前行」 阪大病院前下車
- 【阪急千里線】
北千里駅 (終点) 東へ25分
- 【北大阪急行線 千里中駅】
阪急バス「阪大本部前行」または「茨木美穂ヶ丘行」 阪大病院前下車
大阪モノレール 阪大病院前下車
- 【車】 万博外周道路より阪大病院



式次第

- 12:30 受付開始
- 13:00 会長挨拶
- 13:05 総会
- 13:25 患者体験談
- 13:50 学習講演1
- 14:35 学習講演2
- 15:20 休憩
- 15:25 質疑応答
- 16:00 患者交流
- 17:00 閉会

※掲載予定は変更されることもあります

注意！ 営利・非営利にかかわらず科学的根拠の無い療法のPR等を目的とした参加は出来ません。

主宰：大阪乾癬患者友の会

事務局：日生病院皮膚科内 東山真里 (皮膚科部長)

問い合わせ先：阪大皮膚科 西田まで (TEL 06-6879-3071)

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。

「PSORIA NEWS」

第51号 2012年(平成24年)5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)

2012年 大阪乾癬患者友の会 幹事

会長：岡田	会報編集：小林	幹事：武居
副会長：妻木	会報編集：長生	幹事：吉田和
副会長：吉岡	広報：宮崎泰	幹事：北浦
事務局長：中山	幹事：高橋	幹事：斉藤
会計・イベント：桔梗	幹事：池内	幹事：南
会計監査：加納	幹事：山田	幹事：田崎