

多発性硬化症 治療ガイドライン 2010

日本神経学会，日本神経免疫学会，日本神経治療学会 ● 監修
「多発性硬化症治療ガイドライン」作成委員会 ● 編

順大大学院教授・認知症診断・予防・治療学 田平 武

多発性硬化症 (MS) 治療ガイドラインが改訂された。初版は斎田孝彦前国立病院機構宇多野病院長が委員長として 2002 年に日本神経免疫学会と日本神経治療学会により共同で策定された。あれから 8 年がたち MS の考え方も治療法も大きく進歩した。今回は厚生労働省免疫性神経疾患調査研究班の班長であった吉良潤一九州大学神経内科教授を委員長としてエビデンスの詳細な検討が行われ，日本神経学会も加わって 3 学会により合同で策定された。

今回の特徴はクリニカル・クエスチョン形式をとっていることで，MS 医療の現場にいる医師が直面する疑問に容易に答えを見出すことができる。さらにエビデンスレベルおよび Minds の推奨のグレードが明確に示されており，EBM の実践を可能にしている。

再発寛解型 MS の急性期には炎症を抑え，病期を短縮して機能回復を図る治療が行われ，副腎皮質ステロイドが推奨される（グレード A）。しかし今日最も一般的に行われている大量静注療法（ステロイドパルス療法）は保険適用がないためグレード B となっているのは残念である。今回，急性期の治療としてステロイ

ドパルス療法により十分な効果が得られない症例に対し，血液浄化療法（アフェレシス），特に単純血漿交換療法がグレード B として推奨されている。血液浄化療法は保険適用があり一定回数まで可能となっている。

寛解期にはインターフェロン β による再発防止がグレード A として推奨されるが，インターフェロン β が使用できない症例や効果が不十分な症例に対し免疫抑制剤（アザチオプリン，シクロホスファミド，ミトキサントロン）がグレード B～C で推奨されている。なお，対症療法のエビデンスや推奨のレベルは本書では知ることができない。

近年，視神経脊髄型 MS の多くにアクアポリン 4 抗体が証明され，MS と区別すべきか MS の範疇に含めるべきか議論されている。治療面ではインターフェロン β の使用によりむしろ悪化する症例があり注意が必要であるが，既に使用されていて有効と思われる症例もあり，新たに始める症例では慎重に投与すべきという表現になっている。これはほかの膠原病を合併する MS でも同様である。

MS の初回発作は治療面で気を遣う。ADEM のようにほとんど再発し



ない病気を MS と診断し，無用な予防治療を施さないとも限らない。最も恐れられるのは 1 回目の発作であると診断し経過観察していたところ，ひどい発作を起こして失明したような場合は訴訟もあり得る。治療のガイドラインがエビデンスに基づきここまで細かく記載されてくると，それを知らなかった場合言い訳が立たない。MS の治療にあたる医師は全員このガイドラインを熟知しておく必要があろう。

今回の改訂では新薬の追加はほとんどない。欧米ではナタリズマブ，フィンゴリモド，リツキシマブなどが認可され MS の再発は著しく減少し病気の長期予後は改善している。わが国でも治験が行われており，これらの薬が使用可能になる日もそう遠くないと思われ，このガイドラインの見直しが近く必要となろう。

B 5，頁 168，2010 年

定価 5,250 円

（本体 5,000 円＋税 5 %）

[ISBN978-4-260-01166-2]

医学書院刊