

特集

生物製剤によるぶどう膜炎の治療

序 論

後藤 浩*

生物製剤とは、近年のバイオテクノロジーにより創出された比較的新しい治療薬であり、眼科領域では現在、腫瘍壊死因子 (TNF) を標的とする抗体治療薬が使用可能となっている。当初、Crohn 病や関節リウマチに対する治療薬として導入されたインフリキシマブ (レミケード®) は 1~2 時間の点滴静注投与を、原則 8 週間ごとに繰り返す治療法となる。国内での治験の結果をもとに、2007 年から Behçet (ベーチェット) 病に伴う難治な網膜ぶどう膜炎に対する治療薬として、世界に先駆けて本邦で承認された。かつては炎症発作を繰り返しながら徐々に失明に至ることも少なくなかったベーチェット病であるが、インフリキシマブが使用可能となって以来、そのようなケースに遭遇する機会は激減し、本症の予後は飛躍的に改善した。

一方、国際臨床試験を経て 2016 年からはアダリムマブ (ヒュミラ®) が、ステロイド薬を中心とした既存治療の効果が不十分な非感染性ぶどう膜炎に対して使用可能となった。原則 2 週間毎の皮下注射を繰り返す治療法であり、インスリンのように適切な指導の下に自己注射も認められている。インフリキシマブはベーチェット病に特化した治療薬であるが、アダリムマブはベーチェット病を含めた多くの難治性非感染性ぶどう膜炎が治療対象となる。ステロイドの減量のたびに炎症の

再燃を繰り返す Vogt-小柳-原田病などはよい適応であり、多くの臨床報告がみられる。しかし、その他のぶどう膜炎、たとえば難治なサルコイドーシスに対するアダリムマブの評価についてはさまざまな報告がある。小児の慢性ぶどう膜炎や (ぶどう膜) 強膜炎に対する有効例の報告も蓄積されつつあるが、一定の評価を得るには今後もさらなる検討が必要であろう。

昔から「良薬は口に苦し」と言われるが、劇的な効果が期待される生物製剤も、その導入に際してはさまざまなリスクを伴う可能性を十分に理解し、あらゆる予防策と不測の事態への対応策を講じておかなければならない。たとえばインフリキシマブでは静注時に現れる可能性のある全身症状 (投与時反応) に留意する必要がある。また、TNF 阻害薬はいずれも感染症、なかでも潜在性結核や B 型肝炎ウイルスの活性化の危険性があり、導入前には厳密なスクリーニングと、場合によっては抗結核薬などの予防投与が必要となる。これらの注意喚起は日本眼炎症学会で策定されたマニュアルに詳述されており、学会のホームページ等にも掲載されているので、処方を検討する場合には熟読されたい。安易な導入を避けるために、処方の際には日本眼科学会の定める眼科専門医としての資格の他、常に生物製剤に関する最新の情報にアクセスできる環境にあること、すなわち日本眼炎症学会の会員であることなども条件として規定されている。

*Hiroshi GOTO 東京医科大学医学部眼科学分野

このように生物製剤は一般眼科医が処方するには少々ハードルの高い治療薬かもしれないが、治療効果と副作用について諸刃の剣としての側面がある点をご理解いただきたい。本特集を読んだう

えで、ご自身で治療可能な体制を構築していくか、あるいは然るべき施設との病診連携を深めていくか、併せて検討いただければ幸いである。