

Conの立場から

今野 渉・春名 真一*

獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科講師・主任教授*

はじめに

アレルギー免疫療法は、1911年にLeopard NoonがLancet誌に枯草熱に対するワクチン治療として始めて報告し¹⁾、後に枯草熱の本態がイネ科アレルギーであると判明して以来、アレルギー性疾患に広く臨床応用されてきた。本邦では1970年代からアレルギー性鼻炎に対する皮下注射法が行われていたが、2014年10月にスギ花粉症に対する舌下免疫療法(sublingual immunotherapy: SLIT)治療薬(シダトレン[®])、2015年にはダニのアレルギー性鼻炎に対するSLIT治療薬(ミティキュア[®]、アシテア[®])も承認となり、SLITへの関心が高まってきた。

欧州を中心とした海外ではSLITの歴史が古く、1986年にSLITが初めて報告されて以降、1998年には世界保健機関(WHO)のposition paperへの記載、2001年には国際的なアレルギー性鼻炎と喘息のガイドラインであるAllergic Rhinitis and its Impact on Asthma(ARIA)への記載、2004年にはWilsonらのコクラン共同メタアナリシスが報告され、2009年にはWorld Allergy Organization(WAO)が、SLITについてのposition paperを発表し、その有効性が広く認識されてきた。欧州ではアレルギー免疫療法の約80%が舌下投与で行われているといわれている。

しかし本邦では、SLITに対する歴史も経験も浅いうえに、マスコミなどで「アレルギーが治る」といった過剰な表現が前面に出たことにより、患者側にも医療者側にも過度の期待と多少の誤解が生じ混乱しているのが現状である。本稿ではCon

の立場からアレルギー免疫療法のアレルギー性鼻炎の治療のなかでのポジションについて述べたいと考える。

いままでのアレルギー免疫療法の位置づけ

『鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—2013年版(改訂第7版)』で、通年性アレルギー性鼻炎と季節性アレルギー性鼻炎の治療法がそれぞれ示されているが、大きな柱として「抗原回避・除去」、「薬物療法」、「外科的療法」、「アレルギー免疫療法」が挙げられている。

ところが、アレルギー免疫療法はWHOのposition paperで「アレルギーに対する唯一の根本的治療」と明記されているにもかかわらず、実際の臨床の場では皮下注射法によるアレルギー免疫療法は一般的に普及した治療とはいえないのが現状である。その理由として注射部位の痛みや腫脹があること、全身副反応のリスクがあることなどが挙げられる。増量期に明確なプロトコルがなく投与量の増量と維持の判断を治療者の経験に依存せざるを得なく、そのためにアレルギー免疫療法を習熟した医師がいる限られた大学病院のような施設で行われることが多い。そのうえ、増量期は頻回な通院を、維持量に達した後も3~5年の継続した定期通院を要するといった時間的な負担を患者に強いることとなる。

そのために、現在のアレルギー性鼻炎の第1選択となっているのは抗ヒスタミン薬を中心とし、局所噴霧用ステロイド薬と抗ロイコトリエン薬を加える薬物療法である。最近のこれらの薬剤は効果や安全性も高く、1日1回投与といった利便性