

II. 消化器疾患(炎症性腸疾患, C型肝炎)における血液浄化療法

慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教室 教授

日比 紀文

慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教室 講師

海老沼浩利

慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教室 助教

松岡 克善

慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教室 助教

山岸 由幸

消化器領域における血液浄化療法としては、炎症性腸疾患に対する血球成分除去療法と、C型慢性肝炎に対するウイルス除去療法 (Virus Removal and ErAdication by DFPP; VRAD) が挙げられる。

潰瘍性大腸炎とクローン病に代表される炎症性腸疾患は未だ根本原因が不明であり、根治療法がない。そのため、治療には5-アミノサリチル酸、ステロイド、免疫抑制剤、抗TNF α 抗体など非特異的に免疫反応や炎症を抑える薬剤が用いられているが、それらの治療に抵抗する症例も少なからず存在する。そういった症例に対して、血球成分除去療法が積極的に行われている。血球成分除去療法には主に白血球除去療法 (leucocytapheresis; LCAP) と顆粒球吸着除去療法 (granulocytapheresis; GCAP) がある。いずれの血球成分除去療法も主に日本で発達した治療法であることは特筆すべきことである。潰瘍性大腸炎に対しては60-70%、クローン病に対しては50%程度の有効率が得られる。他の治療法と比較し副作用が軽微である点は、本治療法の大きな利点である。また、従来潰瘍性大腸炎に対して承認されていたのは週1回、5週間を1クールとして2クールまでであったが、週1回の治療頻度では効果発現までに時間を要し、特に重症例では有効性が不十分であった。そこで、われわれの施設が中心になって、集中治療(週2回治療)群と従来治療(週1回治療)群の比較試験を行った。その結果、従来治療群に比して集中治療群で有意に寛解導入率が高く(69.5% vs 54.4%)、寛解導入期間も短かった(14.9日 vs 28.1日) ことより、2010年4月から潰瘍性大腸炎においては週1回の治療間隔の制限が撤廃された。

C型慢性肝炎に対する抗ウイルス療法の治療成績は、ペグインターフェロンとリバビリンの併用療法によって格段に向上したが、日本人に多い genotype 1b, 高ウイルス量患者にとってはせいぜい50%に過ぎない。そこでこの治療成績を向上させるため我が国で考案されたのがVRADで、C型肝炎ウイルスを二重濾過血漿交換によって除去する。これを従来の抗ウイルス療法と併用することで治療成績が向上する。2008年4月より保険適応となり、難治性や肝移植後のC型慢性肝炎患者に利用されている。

このように血液浄化療法は、消化器病領域でも欠くことのできない治療法となっている。さらに重症型アルコール性肝炎に対するGCAP療法など、その適応も広がっていくと考えられ、今後の発展が期待される。