

我が国においてアレルギー免疫療法は、なぜ衰退したか？

Fukuda Takeshi

福田 健

獨協医科大学内科学（呼吸器・アレルギー）教授



私が内科の subspeciality としてアレルギー診療に関わるようになったのは昭和 49 年である。当時、喘息やアレルギー性鼻炎などアレルギー疾患が疑われる患者には、ほとんど例外なく 36 種類のアレルゲン・エキスをを用いたスクラッチテストを行っていた。そして、陽性になったアレルゲンのうち病因になっていると思われるものについては反応閾値を調べアレルギー免疫療法（当時は減感作療法と言っていた）を開始していた。当時のアレルギー専門医療機関はどこでも皮膚反応と減感作療法を当たり前のように行っていた。しかし、現在は限られた施設で一部の患者のみに行われているに過ぎない。

そうなった最大の理由は、喘息ガイドラインにおける免疫療法の位置付けが、“抗原回避が不可能で吸入ステロイド薬を含む薬物療法を行ってもコントロールができない症例に対してのみ考慮される”となったからである。薬物療法がすべての喘息患者に有効で効果発現も速いのと比べ、免疫療法の有効性はアトピー型患者に限られ、効果発現も緩徐であることから、そのように位置付けられたのだろう。しかし、喘息の長期にわたる自然経過に対して、免疫療法と薬物療法の優劣を比較した研究はない。したがって、薬物療法に免疫療法を加えても意味がないということではない。喘息では免疫システムに異常があるため気道で炎症が起こる。吸入ステロイド薬に代表される薬物療法はこの炎症を予防、抑制できるが、その背景にある Th2 と Treg の不均衡は是正しない。だから、ガイドラインに準じた薬物療法を行っていれば、その期間は完璧に喘息症状をコントロールできたとしても、中止すれば喘息症状はいつか再発してくるのである。それ故、欧米では薬物治療で喘息症状をコントロールしつつ、アレルギーに対する根本的治療である免疫療法を行うのが一般的である。勿論、標準化されたアレルゲン・エキスをを用いてである。米国で長い間アレルギー診療を実践し帰国後も久我山病院で米国のアレルギー診療を続けている長屋 宏先生は、2007 年に出版した著書“日本のアレルギー診療は 50 年遅れている～喘息も花粉症もアレルギー免疫療法（減感作療法）で治る”（メディカルトリビューン）の中で、小児喘息の 90% 以上はダニアレルギーが原因で、幼児期のうちに標準化されたダニ・エキスで免疫療法を始めれば重症化、難治化が予防されるのに、日本では行われておらず、また、行っている場合でも標準化ダニ・エキスが入手できないことから旧態依然のハウスダスト・エキスをを用いた方法である、その意味で我が国のアレルギー診療は 50 年遅れていると指摘されている。

遅れてしまった理由は直接、間接要因を含めて多々あると思うが、やはり、米国と違って我が国では、アレルギーが内科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科の subspeciality になっていて、アレルギーが独立した診療科になっていないことが一番大きな原因であろう。RAST より皮膚反応の方が感度が高いことが分かっているにもかかわらず、行われなくなっているのも同じで、main-speciality の疾患と一緒に診療するため、時間と手間のかかることが除けられてしまうのである。アレルギーを専門にしているのに免疫療法と皮膚反応を遠ざけてしまっているのは、鉄砲を捨ててしまった兵士のように、これでいいのかといつも自省の念に駆られている。