

鼻アレルギー診療ガイドライン — 通年性鼻炎と花粉症 —

牧原靖一郎^{a*}, 岡野光博^b

^a香川労災病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科,

^b岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

Practical guideline for the management of allergic rhinitis in Japan

Seiichiro Makihara^{a*}, Mitsuhiro Okano^b

^aDepartment of Otorhinology Head and Neck Surgery, Kagawa Rosai Hospital, ^bDepartment of Otorhinology and Head & Neck Surgery, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

はじめに

鼻アレルギー診療ガイドラインは1993年に第一版が刊行され、その後改訂を重ね、2013年1月に改訂第7版が発行された¹⁾。アレルギーを専門としない一般医師、アレルギー性鼻炎については十分な診療経験を持たないアレルギー専門医、耳鼻咽喉科医、さらにはアレルギー性鼻炎の専門家とアレルギー性鼻炎の診療に当たる医師を広く対象としている。治療を強制するものではなく、個々の患者の診療上の参考となるものであり、Evidence-based medicine(EBM)に基づくが、EBMの弱点を補う知恵をもっており、ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) など国際的なガイドラインや他のアレルギー疾患のガイドラインと整合性を保つことを基本として作成されてきた^{2,3)}。内容は、疫学、病態、検査と診断、治療を柱として作成されている。

定義、病態について

アレルギー性鼻炎は鼻粘膜のI型

アレルギー性疾患で、原則的には発作性反復性のくしゃみ、(水様性)鼻漏、鼻閉を3主徴とする。I型アレルギー疾患なので、アレルギー素因(アレルギーの既往歴、合併症、家族歴)をしばしばもち、血清特異的IgE抗体レベルの上昇、局所肥満細胞、および局所と血液の好酸球の増加、粘膜の非特異的過敏性亢進などの特徴をもつ(図1)。なお病名として、鼻過敏症(hyperesthetic rhinitis)、鼻アレルギー(nasal allergy)、アレルギー性鼻炎、さらに花粉症(pollinosis)などが用いられている。

検査、診断について

1. 問診

問診では年齢、性、職業、症状の種類、程度、発症年齢、好発期、合併症、アレルギー既往歴、家族歴、過去、現在の治療歴と経過などを詳しく調査する。

2. 鼻鏡検査

副鼻腔炎、鼻茸、鼻中隔湾曲症、急性鼻炎との鑑別や合併を知るためにも重要な検査である。鼻漏、鼻閉などの症状だけで、鼻鏡検査を抜きに診断することは避けるべきである。

3. アレルギー性鼻炎の診断

鼻のかゆみ・くしゃみ、鼻漏、鼻

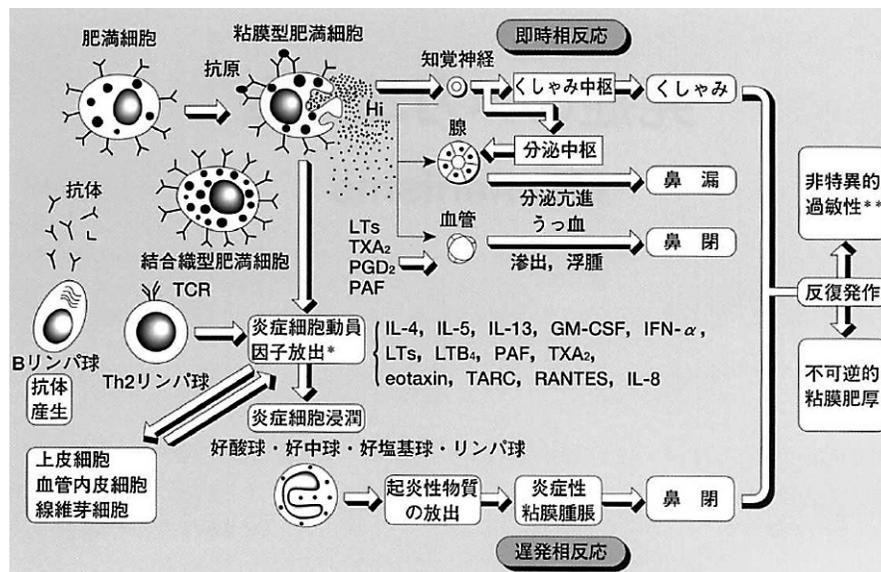


図1 アレルギー性鼻炎発症のメカニズム (文献1 p14より引用)

平成26年12月受理
*〒763-8502 香川県丸亀市城東町3-3-1
電話: 0877-23-3111
FAX: 0877-24-1147
E-mail: seiichromakiharajp@yahoo.co.jp

閉の3主徴を持ち、鼻汁好酸球検査、皮膚テスト（または血清特異的IgE抗体検査）、鼻粘膜誘発テストのうち2つ以上陽性ならアレルギー性鼻炎と確診できるが、花粉症のシーズン外の診断では問診と皮膚テストまたは抗体の定量が特に重要である。鼻汁好酸球検査は最重要の検査であるが、花粉症では季節外に陰性になることが多い。皮膚テストには皮内テスト、スクラッチテスト、プリックテストがある。鼻粘膜誘発テストにおいては、市販の誘発用抗原ディスクはハウスダストとブタクサのみである。

4. 病型と重症度分類

くしゃみ、(水様性)鼻漏、鼻閉の3主徴のうち、くしゃみ、鼻漏の程度は強く相関するので、両者をまとめてくしゃみ・鼻漏型とし、鼻閉が他の症状に比し特に強いときは鼻閉型とする。両型がほぼ同じ場合は充全型とする。重症度については表1を参照とする。

治療について

アレルギー性鼻炎の治療は、以下の5つに大きく分けられる(表2)。

1. 患者とのコミュニケーション

医師と患者のコミュニケーションをよくし、治療への意欲、病気や治療法への理解、医師への信頼を促進させ、互いに診療におけるパートナーとなるべきである。患者の話によく耳を傾け、苦痛に感じている症状だけでなく、過去の治療歴や、今回の治療に何を求めているかを丁寧に問診する。効率的に行うために問診票を使用するのもよい。

2. 抗原の除去と回避

鼻アレルギー(含花粉症)の自然治癒は喘息などに比べ比較的少ない。特にスギ花粉症の自然治癒率は数%とされている。抗原除去と回避に関しては、ハウスダストやダニによるアレルギーには、掃除や寝具の

表1 アレルギー性鼻炎症状の重症度分類(文献1 p25より引用)

程度および重症度		くしゃみ発作または鼻漏*				
		++++	+++	++	+	-
鼻閉	++++	最重症	最重症	最重症	最重症	最重症
	+++	最重症	重症	重症	重症	重症
	++	最重症	重症	中等症	中等症	中等症
	+	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
	-	最重症	重症	中等症	軽症	無症状

*くしゃみや鼻漏の強い方をとる。 □くしゃみ・鼻漏型 ■鼻閉型 ▨充全型
従来の分類では、重症、中等症、軽症である。スギ花粉飛散の多いときは重症で律しきれない症状も起こるので、最重症を入れてある。(鼻アレルギー診療ガイドライン2013)

各症状の程度は以下とする

種類	程度	++++	+++	++	+	-
くしゃみ発作 (1日の平均発作回数)		21回以上	20~11回	10~6回	5~1回	10未満
鼻汁 (1日の平均擤鼻回数)		21回以上	20~11回	10~6回	5~1回	10未満
鼻閉	1日中完全に つまっている		鼻閉が非常に 強く、口呼吸 が1日のうち、 かなりの時間 あり	鼻閉が強く、 口呼吸が1日 のうち、とき どきあり	口呼吸は全く ないが鼻閉あり	10未満
日常生活の支障度*	全くできない		手につかない ほど苦しい	(+++と++)の 中間	あまり差し支 えない	10未満

*日常生活の支障度：仕事、勉学、家事、睡眠、外出などへの支障 (鼻アレルギー診療ガイドライン2013)

表2 治療(文献1 p35より引用)

①患者とのコミュニケーション
②抗原の除去と回避 ダニ：清掃、除湿、防ダニフトンカバーなど 花粉：マスク、メガネなど
③薬物療法 ケミカルメディエーター受容体拮抗薬(抗ヒスタミン薬、抗ロイコトリエン薬、抗プロスタグランジンD ₂ ・トロンボキサンA ₂ 薬)(鼻噴霧用、経口) ケミカルメディエーター遊離抑制薬(鼻噴霧用、経口) Th2サイトカイン阻害薬(経口) ステロイド薬(鼻噴霧用、経口) 点鼻用血管収縮薬(α交感神経刺激薬) その他
④アレルギー免疫療法(通常法、急速法)
⑤手術療法 凝固壊死法(高周波電気凝固法、レーザー法、トリクロール酢酸法など) 切除(鼻腔整復術、下鼻甲粘膜炎広範切除術など) Vidian神経切断術、後鼻神経切断術

洗濯によるアレルギーの除去が大切である。スギ花粉の飛散に対する制御は難しいので、眼鏡やマスクの装着、花粉情報に気をつけるなど体内への侵入を防ぐように努める。

3. 薬物療法(初期療法も含む)

I型アレルギー性炎症制御のため

に、表2の薬物を組み合わせて使用する。ここでは重症度に応じた花粉症に対する治療法の選択について示す(表3)。

スギ花粉症では、例年強い鼻症状を示す症例では初期療法を勧める。初期療法を行うことで、本格飛散期

以降に薬物療法を開始した場合と比べ、飛散期の症状をより軽く抑えることができる。開始時期は、第二世代抗ヒスタミン薬（H1RA）と抗ロイコトリエン薬（LTRA）では、花粉飛散予測日または症状が少しでも現れた時点で内服を開始し、その他の薬剤では飛散予測日の1週間前に開始する。

2013年度版ガイドラインに新たに設けられた clinical question に、「スギ花粉症の初期療法に鼻噴霧用ステロイドは有効か」という問いがあり、その answer は本剤の初期療法としての有効性を支持する内容となっている。我々は、スギ花粉症を対象としたプラセボ対照ランダム化比較試験において、鼻噴霧用ステロイド薬による初期療法を行うことで、シーズン中の鼻症状を有意に抑制し、また眼症状の増悪も抑えることを明らかにした⁴⁾。今後、エビデンスの蓄積や、花粉飛散初期の鼻粘膜の病

態をより明らかにすることで、本剤の初期療法としての地位が確立されるものと推察する⁵⁾。

4. アレルゲン免疫療法（通常法、急速法）

本法は約100年の歴史をもち、欧米で広く行われている。本法では、皮下注射により特異的抗原エキスを少量から投与する方法が主に行われてきた。ハウスダストやダニによる通年性アレルギー性鼻炎やスギ花粉症に対して有効である。ただし、アナフィラキシーショックなどの副作用の可能性があり、重症喘息を合併している例では通常行われない。通院回数を減少させ、入院で維持量まで早期に至るラッシュ法（rush）、維持量までの注射回数を減らした急速法（rapid）などがある。

舌下免疫療法は国際的に注目されており、米国、ヨーロッパを中心に多くの臨床試験のエビデンスがある。日本でも2014年にスギ花粉症の

舌下免疫療法が承認された。有効でかつアナフィラキシーショックなどの副作用がきわめて少ないとされる。またダニ抗原に対しても、舌下免疫療法の治験が開始されている。

作用機序は、注射抗原エキスに対するIgE抗体の産生抑制（抑制性T細胞誘導、特異抗原によるアナジー誘導など）、局所浸潤リンパ球亜分画の変化や遮断抗体の産生亢進などの免疫学的機序が考えられている。

5. 手術療法（surgical treatment）

くしゃみ、鼻漏は比較的薬物療法に反応するが、結合織の増生した粘膜の肥厚には効果が少ないので、手術療法の第一の目的は鼻閉の改善にある。表2に示すように様々な手術療法がある。レーザー手術は外来手術として行われるが、永続的な鼻閉改善には鼻腔整復術、下鼻甲介粘膜広範切除術などが必要である。また、薬物療法に抵抗する頑固な鼻漏に対しては、近年、後鼻神経切断術が選択されるようになってきた。

表3 重症度に応じたアレルギー性鼻炎・花粉症の治療法の選択（文献1 p35より引用）

重症度	初期療法	軽症	中等症		重症・最重症	
病型			くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を主とする完全型	くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を主とする完全型
治療	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②遊離抑制薬 ③抗LTs薬 ④抗PGD ₂ ・TXA ₂ 薬 ⑤Th2サイトカイン阻害薬	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②鼻噴霧用ステロイド薬	第2世代抗ヒスタミン薬 + 鼻噴霧用ステロイド薬	抗LTs薬または抗PGD ₂ ・TXA ₂ 薬 + 鼻噴霧用ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	鼻噴霧用ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	鼻噴霧用ステロイド薬 + 抗LTs薬または抗PGD ₂ ・TXA ₂ 薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬
	くしゃみ・鼻漏型には①、②、鼻閉型または鼻閉を主とする完全型には③、④、⑤のいずれか1つ。	①と点眼薬で治療を開始し、必要に応じて②を追加。				必要に応じて点鼻用血管収縮薬を治療開始時の1～2週間に限って用いる。 鼻閉が特に強い症例では経口ステロイド薬を4～7日間処方して治療開始することもある。
		点眼用抗ヒスタミン薬または遊離抑制薬			点眼用抗ヒスタミン薬、遊離抑制薬またはステロイド薬	
					鼻閉型で鼻腔形態異常を伴う症例では手術	
			アレルゲン免疫療法			
			抗原除去・回避			

初期療法は本格的な花粉飛散期の導入のためなので、よほど花粉飛散の少ない年以外は重症度に応じて季節中の治療に早目に切り替える。

遊離抑制薬：ケミカルメディエーター遊離抑制薬。

抗LTs薬：抗ロイコトリエン薬。

抗PGD₂・TXA₂薬：抗プロスタグランジンD₂・トロンボキサンA₂薬。

（鼻アレルギー診療ガイドライン2013）

文 献

- 1) 鼻アレルギー診療ガイドラインー通年性鼻炎と花粉症ー2013年版（改訂第7版）、鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会編 ライフ・サイエンス、東京（2013）。
- 2) 岡本美孝：鼻アレルギー診療ガイドライン2013年版（改訂第7版）改訂のポイントー花粉症に対する初期療法の考え方ーアレルギー（2014）63、1216-1222。
- 3) 大久保公裕、松根彰志：アレルギー性鼻炎診療ガイドライン。日医雑誌（2013）141、2167-2171。
- 4) Makiyama S, Okano M, Fujiwara T, Kimura M, Higaki T, Haruna T, Noda Y, Kanai K, Kariya S, Nishizaki K：Early interventional treatment with intranasal mometasone furoate in Japanese cedar/cypress pollinosis：a randomized placebo-controlled trial. Allergol Int（2012）61、295-304。
- 5) 黒野祐一：スギ・ヒノキ花粉症 初期療法の考え方の変遷。アレルギー・免疫（2013）21、64-69。