

などがPANから独立し定義された。小型血管炎の中でも抗好中球細胞質抗体（ANCA）が病態に関連するANCA関連血管炎（AAV）は病態の解明と治療戦略のエビデンス構築が確立されてきた。しかしながらAAVにおけるmorbidity and mortalityは現在でも高い。AAVが予後不良の理由は寛解導入期における原疾患の活動性や感染症の合併、維持期における原疾患の再燃が挙げられる。前者にはグルココルチコイド（GC）を中心とした治療薬剤のAdverse event（AE）の関与が強い。

AAVの寛解導入療法では高用量のGCとシクロフォスファミド（CY）療法が中心であったが、

リツキシマブ（RTX）がCYに代わる治療選択となり、維持療法においてもRTXの有効性が証明されつつある。加えて複数の臨床試験により寛解導入療法時のGCが低用量でも高用量と同等の効果を上げ、副作用は減少されうることが実証された。さらにC5a受容体阻害薬であるavacopanの登場がさらなる寛解導入療法におけるGCの減量を実現した。血管炎診療は診断が困難な時代から大量のGCによる副作用に悩まされた時代を経て、GCをできるだけ使用しない治療戦略に大きく舵を切っている。本講演ではこれらのことを踏まえて血管炎診療の変遷について議論したい。

18. 末梢神経疾患の臨床

千葉大学大学院医学研究院・脳神経内科学 桑原 聡

末梢神経疾患は(1)多発ニューロパチー、(2)単ニューロパチー、(3)多発単ニューロパチーに大別され、様々な基礎疾患により生じる。多発ニューロパチーは四肢に両側対称性の運動感覚神経症状を呈し、糖尿病、アルコール依存症、化学療法剤による薬剤性が三大疾患であり、国内患者総計は500万人を超える。単ニューロパチーは末梢神経の絞扼により生じ、最多は手根管症候群であり、国内患者数は約300万人と推定される。すなわち一般人口の10%近くが何らかの末梢神経障害を有していることから、末梢神経疾患はcommon diseaseであり、この認識は日常臨床において重要である。特に神経障害性疼痛は患者のQOLを著しく低下させるため、原因診断・評価を行い、適切な治療を行う必要がある。基礎疾患の治療が原則であるが、糖尿病・アルコール依存・化学療法剤のいずれの原因においても既に軸索変性が生じていることが多く、

疼痛に対する対症療法が適応となる。神経障害性疼痛は一次性には軸索再生に伴うNaチャンネル強発現など神経興奮性増大による感覚神経の自発発射による末梢性機序であるが、慢性化すると特に大脳辺縁系における中枢性感作が起り、難治性となる。疼痛抑制効果のエビデンスが高い薬剤としてSNRI（デュロキセチン）、抗てんかん薬（プレガバリン・ミロガバリン）が挙げられるが、中枢性感作により長期化している場合には効果が不十分な場合があり脊髄刺激などが適応になる場合がある。手根管症候群は正中神経麻痺の特徴的な神経症候により比較的診断は容易である。母指球萎縮（軸索変性）か高度の疼痛がある場合には除圧手術の適応となる。本講演では末梢神経疾患診療の全体像、内科医が知っておくべき基本事項、しびれ・疼痛の発現メカニズム（イオンチャンネルの変化）について概説したい。