

町医者だより

平成25年04月号

＜発行・お問合せ先＞

おおわだ内科呼吸器科

院長 大和田 明彦

市川市南八幡4-7-13

ヤッポール本八幡2階

JR本八幡駅南口(シャポー改札口)

2分ミスタードーナツ並び

ヘアサロンAsh向かいビル2階

電話047-379-6661

おおわだ
内科
呼吸器科

世界のガイドラインと日本のガイドライン

前月号で日本独自の「咳喘息」について苦言を呈しましたが、一言で言えば日本で作成される診断治療指針(ガイドライン)が、それを作成する医師たちの私見があまりにも入りすぎていて、胡散臭く、信ぴょう性に欠けるのではないかと常日頃思っているからです。今回、今年の4月12日から開催された日本内科学会総会で東京慈恵医科大学の分子疫学研究室の浦島 充佳先生が講演された「世界のガイドラインと日本のガイドライン—今後の方向性を踏まえて—」の抄録をそのまま掲載させていただきます。

東京慈恵会医科大学分子疫学研究室 浦島 充佳先生の抄録

「世界のガイドラインと日本のガイドラインというタイトルであるが、今回は、日本小児アレルギー学会が2012年に発行した「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン」と米国喘息専門家が2007年に発行したExpert Panel Report 3(EPR3)の特に小児喘息に対する治療にフォーカスして比較してみた。

重症度分類は両国とも間欠型、軽症持続型、中等症持続型、重症持続型に分けている。しかし、米国の間欠型は日本の間欠～中等持続型の一部までが含まれる。治療上の最も大きな相違は、日本ではロイコトリエン受容体拮抗薬(LTRA)(*1)の優先度が高いのに比して、米国では吸入ステロイド(ICS)の優先度が高い点である。米国では主に6歳以降の小児に対して行われたICSとLTRAの効果と比較する5つの二重盲検ランダム化試験結果で、いずれにおいてもLTRAに比べICSの方でより有効な喘息コントロール効果が示されたことよりICS使用を絶対的に推奨している(levelA)。一方、日本のガイドラインでは米国のものより遅く発行されたにも関わらず上記5つのうち1つのエビデンス(*2)しか採用していない。さらに米国のガイドラインはICSの方がLTRAより3分の1のコストで済む点も挙げている。米国では15,444の論文を4-7人で構成される委員会をテーマ毎に10作り、エビデンスレベルを評価しつつ、論文をガイドラインに含めるか否かのスクリーニング作業を行っている。特に論文採択決定過程で1人の意見に左右されない工夫が成されている。しかし日本のガイドラインには論文採択の方法、エビデンスレベルが一切記載されていない。また米国では委員だけでなく外部委員の利益相反(*3)についてもガイドラインに開示されているが、日本では利益相反が明記されていないだけでなく、外部委員も存在しない。今回、小児喘息しか比較していないが、国内ガイドラインでは特にエビデンスの評価過程をより明確にするべきと思われた。」

私の方から補足説明すると、(*1)はオノン、シングレア、キプレスを指しています。私自身、悪い薬だとは思っていません。(*2)は質の高い誰もが納得する方法で得られた臨床研究結果が掲載されている論文のこと。(*3)の利益相反は主にどこどこ製薬会社から講演料や研究費としていくらもらっているかということ。別に悪い事ではないが、最近は論文掲載にあたって、もらった金額まで明記させるものも増えています。