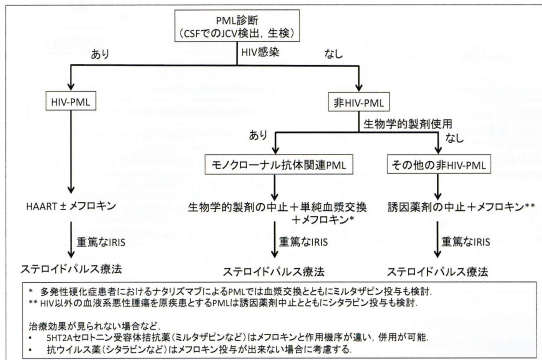


進行性多巣性白質脳症 (PML) 診療 1年間の進歩

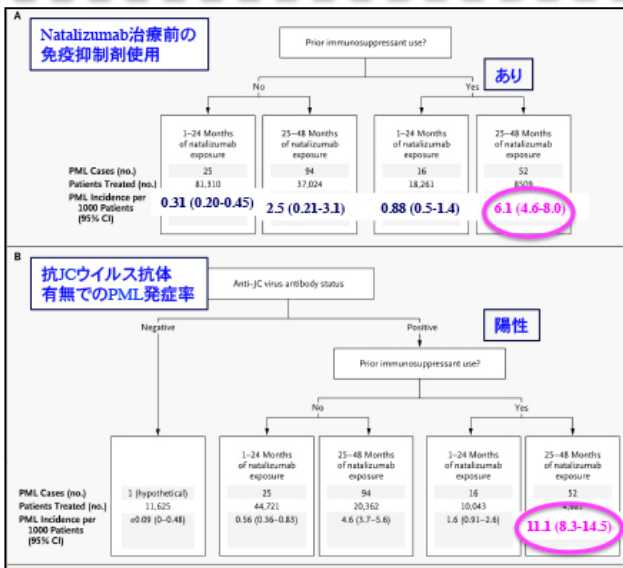
研究分担者: 佐賀大学医学部内科(神経内科) 雪竹基弘

PML診療ガイドライン 2013正式公開



非HIV-PMLを「モノクローナル抗体関連PML」と
「その他の非HIV-PML」に分けた治療アルゴリズム

* 多発性硬化症患者におけるナタリズマブによるPMLでは血漿交換とともにミルタザピン投与も検討。
** HIV以外の血液系悪性腫瘍を原因とするPMLは誘因薬剤中止とともにシタラビン投与も検討。
治療効果が見られない場合など
* SHTはセロトンin受容体拮抗薬(ミルタザピンなど)はメフロキシンと作用機序が違い、併用が可能。
* 抗ウイルス薬(シタラビンなど)はメフロキシン投与が出来ない場合に考慮する。



Natalitumab導入前の免疫抑制剤有無による
PML発症リスクの変化 (n=187)

免疫抑制剤あり

Natalitumab治療 1-24ヶ月: 0.88/1000 pt.
Natalitumab治療 25-48ヶ月: 6.1/1000 pt.

抗JCウイルス抗体有無でのPML発症率

- 抗JCウイルス抗体陽性
- Natalitumab導入前の免疫抑制剤使用
- 24週以上のNatalitumab治療

PML発症リスク: 11.1/1000 pt.

N Engl J Med. 2012; 366: 1870-1880.

解説

- PML診療ガイドラインの正式公開.
- 多発性硬化症治療薬: NatalitumabのPML発症リスクの評価
(本邦での導入時における効果的なPML発症リスク回避のため).