

重篤副作用疾患別対応マニュアル

薬剤性過敏症症候群

平成19年6月

厚生労働省

本マニュアルの作成に当たっては、学術論文、各種ガイドライン、厚生労働科学研究事業報告書、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の保健福祉事業報告書等を参考に、厚生労働省の委託により、関係学会においてマニュアル作成委員会を組織し、社団法人日本病院薬剤師会とともに議論を重ねて作成されたマニュアル案をもとに、重篤副作用総合対策検討会で検討され取りまとめられたものである。

○社団法人日本皮膚科学会マニュアル作成委員会

橋本 公二	愛媛大学医学部長・医学部皮膚科教授
飯島 正文	昭和大学病院長・医学部皮膚科教授
塩原 哲夫	杏林大学医学部皮膚科教授
朝比奈昭彦	独立行政法人国立病院機構相模原病院皮膚科医長
池澤 善郎	横浜市立大学医学部皮膚科教授
南光 弘子	東京厚生年金病院皮膚科部長
伊崎 誠一	埼玉医科大学総合医療センター教授
堀川 達弥	神戸大学医学部皮膚科准教授
古川 福実	和歌山県立医科大学皮膚科教授
白方 裕司	愛媛大学医学部皮膚科助教
藤山 幹子	愛媛大学医学部皮膚科助教
狩野 葉子	杏林大学医学部皮膚科准教授
相原 道子	横浜市立大学医学部皮膚科准教授
末木 博彦	昭和大学藤が丘病院皮膚科教授
北見 周	昭和大学医学部皮膚科助教
渡辺 秀晃	昭和大学医学部皮膚科助教
森田 栄伸	島根大学医学部皮膚科教授
木下 茂	京都府立医科大学視覚機能再生外科学教授
外園 千恵	京都府立医科大学視覚機能再生外科学講師

(敬称略)

○社団法人日本病院薬剤師会

飯久保 尚	東邦大学医療センター大森病院薬剤部部長補佐
井尻 好雄	大阪薬科大学臨床薬剤学教室准教授
大嶋 繁	城西大学薬学部医薬品情報学講座准教授
小川 雅史	大阪大谷大学薬学部臨床薬学教育研修センター

大浜	修	医療法人医誠会都志見病院薬剤部長
笠原	英城	社会福祉法人恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院副薬剤部長
小池	香代	名古屋市立大学病院薬剤部主幹
後藤	伸之	名城大学薬学部医薬品情報学研究室教授
鈴木	義彦	国立国際医療センター薬剤部副薬剤部長
高柳	和伸	財団法人倉敷中央病院薬剤部
濱	敏弘	癌研究会有明病院薬剤部長
林	昌洋	国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長

(敬称略)

○重篤副作用総合対策検討会

飯島	正文	昭和大学病院長・医学部皮膚科教授	
池田	康夫	慶應義塾大学医学部長	
市川	高義	日本製薬工業協会医薬品評価委員会 PMS 部会運営幹事	
犬伏	由利子	消費科学連合会副会長	
岩田	誠	東京女子医科大学病院神経内科主任教授・医学部長	
上田	志朗	千葉大学大学院薬学研究院医薬品情報学教授	
笠原	忠	共立薬科大学薬学部生化学講座教授	
栗山	喬之	千葉大学医学研究院加齢呼吸器病態制御学教授	
木下	勝之	社団法人日本医師会常任理事	
戸田	剛太郎	財団法人船員保険会せんぽ東京高輪病院院長	
山地	正克	財団法人日本医薬情報センター理事	
林	昌洋	国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長	
※	松本	和則	国際医療福祉大学教授
	森田	寛	お茶の水女子大学保健管理センター所長

※座長 (敬称略)

本マニュアルについて

従来の安全対策は、個々の医薬品に着目し、医薬品毎に発生した副作用を収集・評価し、臨床現場に添付文書の改訂等により注意喚起する「警報発信型」、「事後対応型」が中心である。しかしながら、

- ① 副作用は、原疾患とは異なる臓器で発現することがあり得ること
- ② 重篤な副作用は一般に発生頻度が低く、臨床現場において医療関係者が遭遇する機会が少ないものもあること

などから、場合によっては副作用の発見が遅れ、重篤化することがある。

厚生労働省では、従来の安全対策に加え、医薬品の使用により発生する副作用疾患に着目した対策整備を行うとともに、副作用発生機序解明研究等を推進することにより、「予測・予防型」の安全対策への転換を図ることを目的として、平成17年度から「重篤副作用総合対策事業」をスタートしたところである。

本マニュアルは、本事業の第一段階「早期発見・早期対応の整備」（4年計画）として、重篤度等から判断して必要性の高いと考えられる副作用について、患者及び臨床現場の医師、薬剤師等が活用する治療法、判別法等を包括的にまとめたものである。

記載事項の説明

本マニュアルの基本的な項目の記載内容は以下のとおり。ただし、対象とする副作用疾患に応じて、マニュアルの記載項目は異なることに留意すること。

患者の皆様

- ・ 患者さんや患者の家族の方に知っておいて頂きたい副作用の概要、初期症状、早期発見・早期対応のポイントをできるだけわかりやすい言葉で記載した。

医療関係者の皆様

【早期発見と早期対応のポイント】

- ・ 医師、薬剤師等の医療関係者による副作用の早期発見・早期対応に資するため、ポイントになる初期症状や好発時期、医療関係者の対応等について記載した。

【副作用の概要】

- ・ 副作用の全体像について、症状、検査所見、病理組織所見、発生機序等の項目毎に整理し記載した。

【副作用の判別基準（判別方法）】

- ・ 臨床現場で遭遇した症状が副作用かどうかを判別（鑑別）するための基準（方法）を記載した。

【判別が必要な疾患と判別方法】

- ・ 当該副作用と類似の症状等を示す他の疾患や副作用の概要や判別（鑑別）方法について記載した。

【治療法】

- ・ 副作用が発現した場合の対応として、主な治療方法を記載した。
ただし、本マニュアルの記載内容に限らず、服薬を中止すべきか継続すべきかも含め治療法の選択については、個別事例において判断されるものである。

【典型的症例】

- ・ 本マニュアルで紹介する副作用は、発生頻度が低く、臨床現場において経験のある医師、薬剤師は少ないと考えられることから、典型的な症例について、可能な限り時間経過がわかるように記載した。

【引用文献・参考資料】

- ・ 当該副作用に関連する情報をさらに収集する場合の参考として、本マニュアル作成に用いた引用文献や当該副作用に関する参考文献を列記した。

※ 医薬品の販売名、添付文書の内容等を知りたい時は、このホームページにリンクしている独立行政法人医薬品医療機器総合機構の医薬品医療機器情報提供ホームページの、「添付文書情報」から検索することができます。

<http://www.info.pmda.go.jp/>

薬剤性過敏症症候群

英語名 : Drug-induced hypersensitivity syndrome: DIHS

同義語 : 過敏症症候群 (Hypersensitivity syndrome)

A. 患者の皆様へ



ここでご紹介している副作用は、まれなもので、必ず起こるというものではありません。ただ、副作用は気づかずに放置していると重くなり健康に影響を及ぼすことがあるので、早めに「気づいて」対処することが大切です。そこで、より安全な治療を行う上でも、本マニュアルを参考に、患者さんご自身、またはご家族に副作用の黄色信号として「副作用の初期症状」があることを知っていただき、気づいたら医師あるいは薬剤師に連絡してください。

重篤な皮ふ症状などをもとなう「やくざいせい か びんしょうしょうこうぐん薬剤性過敏症症候群」は、抗てんかん薬、痛風治療薬、サルファ剤などでみられ、またそうごう総合感冒薬（かぜ薬）かんぼうやくのような市販の医薬品でもみられることがあるので、何らかのお薬を飲んでいて、次のような症状がみられた場合には、放置せずに、ただちに医師・薬剤師に連絡してください。

「皮ふの広い範囲が赤くなる」、「高熱（38℃以上）」、「のどの痛み」、「全身がだるい」、「食欲が出ない」、「リンパ節がはれる」などがみられ、その症状が持続したり、急激に悪くなったりする

1. やくざいせいかびんしょうしょうこうぐん 薬剤性過敏症症候群とは？

薬剤性過敏症症候群は、重症の薬疹であり、高熱（38℃以上）をともなって、全身に赤い斑点がみられ、さらに全身のリンパ節（首、わきの下、股の付け根など）がはれたり、肝機能障害など、血液検査値の異常がみられたりします。

通常薬疹とは異なり、原因医薬品の投与後すぐには発症せずに2週間以上経ってから発症することが多く、また原因医薬品を中止した後も何週間も続き、軽快するまで1ヶ月以上の経過を要することがしばしば認められます。

薬剤性過敏症症候群の発生頻度は、原因医薬品を使用している1000人～1万人に1人と推定されていますが、原因と考えられる医薬品は比較的限られており、カルバマゼピン、フェニトイン、フェノバルビタール、ゾニサミド（抗てんかん薬）、アロプリノール（痛風治療薬）、サラゾスルファピリジン（サルファ剤）、ジアフェニルスルホン（抗ハンセン病薬・皮膚疾患治療薬）、メキシレチン（不整脈治療薬）、ミノサイクリン（抗生物質）などがあります。

発症メカニズムについては、医薬品などにより生じた免疫・アレルギー反応をきっかけとして、薬疹と感染症が複合して発症することが特徴と考えられています。

2. 早期発見と早期対応のポイント

「皮ふの広い範囲が赤くなる」、「高熱（38℃以上）」、「のどの痛み」、「全身がだるい」、「食欲が出ない」、「リンパ節が腫れる」がみられ、その症状が持続したり、急激に悪くなったりするような場合で、医薬品を服用している場合には、放置せずに、た

だちに医師・薬剤師に連絡してください。受診時、薬剤性過敏症症候群が疑われる場合は、血液などの検査を行い、基本的には入院が必要になります。

原因と考えられる医薬品の服用後 2 週間～6 週間以内に発症することが多く、また、服用を中止した後も何週間も症状が続き、軽快するまで 1 ヶ月以上を要することがしばしば認められます。

なお、医師・薬剤師に連絡する際には、服用した医薬品の種類、服用からどのくらいたっているのかなどを、担当医師に伝えてください。

※ 医薬品の販売名、添付文書の内容等を知りたい時は、このホームページにリンクしている独立行政法人医薬品医療機器総合機構の医薬品医療機器情報提供ホームページの、「添付文書情報」から検索することができます。

<http://www.info.pmda.go.jp/>



B. 医療関係者の皆様へ

1. 早期発見と早期対応のポイント

(1) 早期に認められる症状

医薬品服用後の紅斑に加え、発熱（38℃以上）、咽頭痛、全身倦怠感、食欲不振などの感冒様症状、リンパ節の腫れ

医療関係者は、上記症状のいずれかが認められ、その症状の持続や急激な悪化を認めた場合には早急に入院設備のある皮膚科の専門病院に紹介する。

(2) 副作用の好発時期

原因医薬品の服用後 2～6 週間以内に発症することが多いが、数年間服用後に発症することもある。

(3) 患者側のリスク因子

肝・腎機能障害のある患者では、当該副作用を生じた場合、症状が遷延化・重症化しやすい。

(4) 推定原因医薬品

推定原因医薬品は、比較的限られており、主にカルバマゼピン、フェニトイン、フェノバルビタール、ゾニサミド（抗てんかん薬）、アロプリノール（痛風治療薬）、サラゾスルファピリジン（サルファ剤）、ジアフェニルスルホン（抗ハンセン病薬）、メキシレチン（不整脈治療薬）、ミノサイクリン（抗生物質）などがある。

(5) 医療関係者の対応のポイント

皮疹は斑状丘疹型、ときには多形紅斑型から始まり、さらに全身が真っ赤になる紅皮症を認めることもある。また、発熱（38℃以上）、肝機能障害、咽頭痛、全身倦怠感、食欲不振などの感冒様症状、リンパ節の腫れを伴う。

(4)の処方を受けている患者などで、これらの症状を認めたときは、原因医薬品の服用を中止した上で、血液検査を実施すべきである。血液検査では、白血球増多（初期には白血球減少）、好酸球増多、異型リンパ球の出現、肝・腎機能障害の有無を確認する。薬剤性過敏症症候群（DIHS）の場合、原因医薬品の中止後も皮疹、検査所見、全身症状が悪化するので、皮膚科専門医に紹介し、基本的には入院加療させる。また、

DIHS の特徴であるヒトヘルペスウイルス-6 (HHV-6) の再活性化を後日確認するために、受診早期の血清を保存しておくことが望ましい。

[早期発見に必要な検査項目]

血液検査（白血球増多（初期には白血球減少）、好酸球増多、異型リンパ球の出現、肝機能障害、腎機能障害）

2. 副作用の概要

薬剤性過敏症症候群は、スティーブンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症と並ぶ重症型の薬疹である。発熱を伴って全身に紅斑丘疹や多形紅斑がみられ、進行すると紅皮症となる。通常粘膜疹は伴わないが軽度であるが、ときに口腔粘膜のびらんを認める。また、全身のリンパ節腫脹、肝機能障害をはじめとする臓器障害、末梢白血球異常（白血球増多、好酸球増多、異型リンパ球の出現）がみられる。

比較的限られた医薬品が原因となり、また、通常薬疹とは異なり、原因医薬品の投与後 2 週間以上経過してから発症することが多く、原因医薬品を中止した後も進行し、軽快するまで 1 ヶ月以上の経過を要することがしばしば認められる。経過中に HHV-6 の再活性化をみる。

(1) 自覚症状

発熱、咽頭痛、全身倦怠感、食欲不振、皮疹

(2) 他覚症状

全身に紅斑、丘疹が多発し、次第に融合する。極期には顔面にも強い浮腫を伴う紅斑を認め、特に鼻孔周囲・口囲に丘疹や痂皮を認める。リンパ節腫脹、肝脾腫を認めることが多い。

(3) 臨床検査値

白血球上昇（初期には白血球減少）、好酸球増多、異型リンパ球の出現、肝機能障害、腎機能障害、CRP の上昇。また、初期には免疫グロブリン（IgG、IgM、IgA）の減少を認めるが、発症後 3~4 週間で HHV-6 IgG 抗体価が上昇する。

(4) 画像検査所見

呼吸器症状をともなう場合、胸部 X 線写真、単純胸部 CT で肺水腫、肺炎、間質性肺炎の像をチェックする。

いずれの場合も各診療科とのチーム医療が重要となる。

(5) 病理組織所見

主に真皮の炎症細胞浸潤と浮腫が認められ、ときに表皮内へ炎症細胞の浸潤を認める。

(6) 発症機序

医薬品に対するアレルギー反応により発症すると考えられている。アレルギー反応に、免疫グロブリンの減少などの免疫異常が加わって、HHV-6の再活性化が誘導されると考えられる。HHV-6の再活性化は、発症後2~4週間間に生じ、発熱、肝機能障害、中枢神経障害などを引き起こす。

(7) 医薬品ごとの特徴

アロプリノールが原因の場合には、腎機能障害の程度が強いことが多い。ジアフェニルスルホンが原因の場合には、黄疸を認めることが多い。

(8) 副作用発現頻度

正確な統計はないが、上記の原因医薬品使用者の0.01~0.1%に発症すると推測されている。

(9) 自然発症の頻度

自然発症の頻度は明らかではない。

3. 副作用の判別基準（判別方法）

(1) 概念

高熱と臓器障害を伴う薬疹で、医薬品中止後も遷延化する。多くの場合、発症後2~3週間後にHHV-6の再活性化を生じる。

(2) 主要所見

1. 限られた医薬品投与後に遅発性に生じ、急速に拡大する紅斑。しばしば紅皮症に移行する。
2. 原因医薬品中止後も2週間以上遷延する
3. 38°C以上の発熱
4. 肝機能障害
5. 血液学的異常：a、b、cのうち1つ以上
 - a. 白血球増多（11,000/mm³以上）

- b. 異型リンパ球の出現（5%以上）
- c. 好酸球増多（1,500/mm³以上）
- 6. リンパ節腫脹
- 7. HHV-6の再活性化

典型 DIHS : 1~7 全て

非典型 DIHS : 1~5 全て、ただし 4 に関しては、その他の重篤な臓器障害をもって代えることができる。

(3) 参考所見

1. 原因医薬品は、抗てんかん薬、ジアフェニルスルホン、サラゾスルファピリジン、アロプリノール、ミノサイクリン、メキシレチンであることが多く、発症までの内服期間は2~6週間が多い。
2. 皮疹は、初期には紅斑丘疹型、多形紅斑型で、後に紅皮症に移行することがある。顔面の浮腫、口囲の紅色丘疹、膿疱、小水疱、鱗屑は特徴的である。粘膜には発赤、点状紫斑、軽度のびらんがみられることがある。
3. 臨床症状の再燃がしばしばみられる。
4. HHV-6の再活性化は、
 - ① ペア血清で HHV-6 IgG 抗体価が 4 倍（2 管）以上の上昇
 - ② 血清（血漿）中の HHV-6 DNA の検出
 - ③ 末梢血単核球あるいは全血中の明らかな HHV-6 DNA の増加のいずれかにより判断する。ペア血清は発症後 14 日以内と 28 日以降（21 日以降で可能な場合も多い）の 2 点で確認するのが確実である。
5. HHV-6 以外に、サイトメガロウイルス、HHV-7、EB ウイルスの再活性化も認められる。
6. 多臓器障害として、腎障害、糖尿病、脳炎、肺炎、甲状腺炎、心筋炎も生じうる。

※「薬剤性過敏症症候群診断基準 2005」から引用

（厚生労働科学研究補助金 難治性疾患克服研究事業 橋本公二研究班）

4. 判別が必要な疾患と判別方法

(1) スティーブンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症

DIHS では、口腔内、口唇に軽度のびらんを認めることはあるが、出血を伴うような重篤な変化はない。また、DIHS で、ときに皮膚に水疱形成を認めるが、皮膚病理組織検査を行うことで、スティーブンス・

ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症と鑑別できる。

（「スティーブンス・ジョンソン症候群」、「中毒性表皮壊死症（中毒性表皮壊死融解症）」のマニュアル参照）

（2）多形滲出性紅斑

主として四肢伸側、関節背面に円形の浮腫性紅斑を生じる。紅斑は辺縁が堤防状に隆起し、中心部が褪色して標的状となる（target lesion）。ときに中心部に水疱形成をみる。病因は単純ヘルペスやマイコプラズマなどの感染症に伴う感染アレルギー、昆虫アレルギー、寒冷刺激、妊娠、膠原病（特に全身性エリテマトーデス）、内臓悪性腫瘍などがある。

（3）多形紅斑型薬疹

医薬品服用後に四肢、体幹に浮腫性の紅斑がみられる。発熱や肝機能障害を伴うことがあるが、粘膜疹は伴わないか伴っても軽症である。

（4）伝染性単核球症（伝染性単核球症様症候群）

EBウイルス、サイトメガロウイルスなどのウイルス学的検討により鑑別できる。

（5）麻疹

麻疹に特有の所見の有無とウイルス学的検討により鑑別できる。

（6）水痘

体幹に大豆大までの浮腫性紅斑としてはじまり、すぐに小水疱と化す。新旧の皮疹が混在し、個疹は数日で乾燥して痂皮となる。体幹、顔面に多く、被髪頭部、口腔内、結膜、角膜にも生じる。ときに膿疱化する。潜伏期は10～20日。成人や免疫の低下した患者では高熱を伴い、脳炎や肺炎などの臓器障害侵襲を認めることがある。

（7）悪性リンパ腫

必要に応じてリンパ節生検を行うことで、鑑別できる。

5. 治療方法

まず被疑薬の服用を中止する。薬物療法としてステロイド全身投与が有効である。プレドニゾロン換算で0.5～1 mg/kg/日から開始し、適宜漸減する。急激な減量は、HHV-6の再活性化とそれによる症状の再燃を増強するおそれがあると考えられており、比較的ゆっくりと減量することが

望ましい。

6. 典型的症例概要

【症例】40歳代、男性

(家族歴)：特記すべきことなし

(既往歴)：自律神経失調症

(現病歴)：

初診1ヶ月前よりカルバマゼピンを内服開始。初診2週間前より全身倦怠感があり、その後、背部に紅斑が出現、拡大。39°Cの発熱を認めるようになったため入院した。

(入院時現症)：

被髪頭部、顔面には淡い潮紅があったが、眼球、眼瞼結膜には異常なかった(図1左)。口腔内では舌の側縁にφ2mmまでの浅いアフタを認めた。体幹、四肢には毛孔一致性の丘疹が多発・癒合していた(図1右)。また右後頸部には、2cm大に腫脹したリンパ節を触知した。

図1



(入院3日目検査所見)：

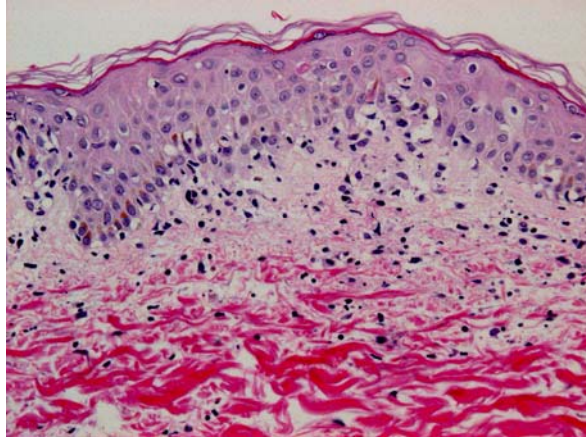
白血球 22400 / μ L (好中球 56.5%、リンパ球 5.5%、単球 4.5%、好酸球 25.5%、好塩基球 0.0%)、赤血球 5.80×10^3 / μ L、Hb 16.9 g/dL、Ht 50.4%、血小板 25.5×10^4 / μ L、T. bil 0.5 mg/dL、AST 49 IU/dL、ALT 175 IU/dL、 γ -GTP 490 IU/dL、LDH 577 IU/dL、Amy 83 IU/L、CRP 6.21 mg/dL、TP 5.9 g/dL、Alb 3.2 g/dL、BUN 7 mg/dL、Cr 0.7 mg/dL、IgG 842 mg/dL、IgA 132 mg/dL、IgM 21 mg/dL、IgE 30 IU/mL、CD3 71%、CD19 5%、CD4 31%、CD8 42%

(臨床診断)：薬剤性過敏症症候群

(入院時皮膚病理組織所見) :

背部の丘疹において、表皮内には個細胞角化と液状変性が認められるが、表皮の壊死は見られない。真皮上層には、リンパ球の浸潤が認められる (図2)。

図2



(入院後経過及び治療) :

入院時より薬剤の内服を中止し、プレドニゾロン 40mg/日の内服を開始した。しかし、顔面の腫脹が徐々に増悪し (図3)、入院5日目よりプレドニゾロンを 80mg/日 (0.8mg/kg) に増量した。このとき、鼻孔周囲・口囲に丘疹と鱗屑が著明であった。9日目朝より39°C台の発熱が出現し、遅れて肝障害の再燃を認めたが、いずれも特別な治療を行わず、発熱は11日目には認められなくなり、肝障害も11日目をピークとしてすみやかに軽快した。

以後ステロイドを漸減して入院38日目に中止し、その後は再燃を認めなかった。

図3



(ウイルス学的検査) :

HHV-6 DNAは、入院6日目より血清で検出され、9日目にピークとな

り、13日目には検出されなくなった。抗HHV-6 IgG抗体価は9日目まで80倍であったが、13日目には10,240倍まで上昇した。サイトメガロウイルス、HHV-7の再活性化は明らかでなかった。

(原因医薬品の検討) :

発症10日目のリンパ球幼弱化試験では、カルバマゼピンのstimulation indexは139% (陰性) であったが、発症後48日目には315%と陽性であった。これによりカルバマゼピンが原因医薬品であると考えられた。

7. その他、早期発見・早期対応に必要な事項

台湾の漢民族における研究において、アロプリノールによるDIHSを含む重症薬疹患者の51例全例で、遺伝子多型の一つであるHLA-B*5801が検出されたという報告がある。台湾の漢民族におけるHLA-B*5801の頻度は約20%であり、アロプリノールによる重症薬疹の発症に特定のHLAが関連することが強く示唆されるが、今後、さらなる検討が必要である。

8. 引用文献・参考資料

- 1) 橋本公二: Stevens-Johnson 症候群、toxic epidermal necrolysis (TEN) と hypersensitivity syndrome の診断基準および治療指針の研究 厚生科学特別研究事業 平成 17 年度総括研究報告(2005)
- 2) Hashimoto K, Tohyama M, Yasukawa M.: Human herpesvirus 6 and drug allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 3:255-60(2003)
- 3) 藤山幹子ほか: HHV-6 と薬剤性過敏症症候群. *日本臨床増刊号* 64: 476-479 (2006)
- 4) Aihara M, et al.: Anticonvulsant hypersensitivity syndrome associated with reactivation of cytomegalovirus. *Br J Dermatol.* 144:1231-4 (2001)
- 5) Mitani N, et al.: Drug-induced hypersensitivity syndrome due to cyanamide associated with multiple reactivation of human herpesviruses. *J Med Virol* 75:430-434 (2005)
- 6) Fujino Y, et al.: Human herpesvirus 6 encephalitis associated with hypersensitivity syndrome. *Ann Neurol* 51:771-774 (2002)
- 7) Masaki T, et al.: Human herpes virus 6 encephalitis in allopurinol-induced hypersensitivity syndrome. *Acta Derma Venereol* 83:128-131 (2003)
- 8) Sekine N, et al. : Rapid loss of insulin secretion in a patient with fluminant type 1 diabetes mellitus and carbamazepine hypersensitivity syndrome. *JAMA* 285:1153-1154 (2001)
- 9) Daniels PR, et al. : Giant cell myocarditis as a manifestation of drug hypersensitivity. *Cardiovasc Pathol* 9:287-91 (2000)

- 10) Gupta A, et al. :Drug-induced hypothyroidism: the thyroid as a target organ in hypersensitivity reactions to anticonvulsants and sulfonamides. *Clin Pharmacol Ther* 51:56-7 (1992)
- 11) Kano Y, et al.:Association between anticonvulsant hypersensitivity syndrome and human herpesvirus 6 reactivation and hypogammaglobulinemia. *Arch Dermatol.* 140:183-8 (2004)
- 12) Shuen-lu Hung, et al.:HLA-B*5801 allele as a genetic marker for severe cutaneous adverse reactions caused by allopurinol. *PNAS.* 102:4134-4139(2005)

参考1 薬事法第77条の4の2に基づく副作用報告件数（医薬品別）

○注意事項

1) 薬事法第77条の4の2の規定に基づき報告があったもののうち、報告の多い推定原因医薬品（原則として上位10位）を列記したものを。

注)「件数」とは、報告された副作用の延べ数を集計したもの。例えば、1症例で肝障害及び肺障害が報告された場合には、肝障害1件・肺障害1件として集計。また、複数の報告があった場合などでは、重複してカウントしている場合があることから、件数がそのまま症例数にあたらぬことに留意。

2) 薬事法に基づく副作用報告は、医薬品の副作用によるものと疑われる症例を報告するものであるが、医薬品との因果関係が認められないものや情報不足等により評価できないものも幅広く報告されている。

3) 報告件数の順位については、各医薬品の販売量が異なること、また使用法、使用頻度、併用医薬品、原疾患、合併症等が症例により異なるため、単純に比較できないことに留意すること。

4) 副作用名は、用語の統一のため、ICH 国際医薬用語集日本語版（MedDRA/J）ver. 10.0 に収載されている用語（Preferred Term：基本語）で表示している。

年度	副作用名	医薬品名	件数
平成16年度 (平成17年7月集計)	薬物過敏症	カルバマゼピン	71
		サラゾスルファピリジン	22
		アロプリノール	14
		バルプロ酸ナトリウム	13
		ゾニサミド	11
		フェノバルビタール	9
		塩酸メキシレチン	6
		ヒトインスリン（遺伝子組換え）	6
		フェニトインナトリウム	5
		フェニトイン	5
		その他	61
		合計	223
平成17年度 (平成18年10月集計)	薬物過敏症	カルバマゼピン	66
		アロプリノール	23
		塩酸メキシレチン	11
		フェノバルビタール	10
		ロキソプロフェンナトリウム	6
		インスリン アスパルト（遺伝子組換え）	6
		フェニトイン	6
		サラゾスルファピリジン	6
		ゾニサミド	5
		スルファメトキサゾール・トリメトプリム	4
		その他	41
		合計	184

※ 医薬品の販売名、添付文書の内容等を知りたい時は、このホームページにリンクしている独立行政法人医薬品医療機器総合機構の医薬品医療機器情報提供ホームページの、「添付文書情報」から検索することができます。

<http://www.info.pmda.go.jp/>

参考2 ICH 国際医薬用語集日本語版 (MedDRA/J) ver. 10.0 における主な関連用語一覧

日米 EU 医薬品規制調和国際会議 (ICH) において検討され、取りまとめられた「ICH 国際医薬用語集 (MedDRA)」は、医薬品規制等に使用される医学用語 (副作用、効能・使用目的、医学的状态等) についての標準化を図ることを目的としたものであり、平成 16 年 3 月 25 日付薬食安発第 0325001 号・薬食審査発第 0325032 号厚生労働省医薬食品局安全対策課長・審査管理課長通知「「ICH 国際医薬用語集日本語版 (MedDRA/J)」の使用について」により、薬事法に基づく副作用等報告において、その使用を推奨しているところである。

なお、近頃開発され提供が開始されている MedDRA 標準検索式 (SMQ) ではこのテーマに関する SMQ は現在開発されていない。近接するものとして「SMQ: 重症皮膚副作用」が提供されている。

名称	英語名
PT: 基本語 (Preferred Term) 好酸球増加と全身症状を伴う薬疹	Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms
LLT: 下層語 (Lowest Level Term) DRESS 症候群 過敏症症候群 好酸球増加と全身症状を伴う薬疹 薬剤誘発性過敏症症候群	DRESS syndrome Hypersensitivity syndrome Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms Drug-induced hypersensitivity syndrome