

第2章 ベーチェット病の疫学

I はじめに

2002年に我が国における41大学病院のぶどう膜炎初診患者の統計では、ベーチェット病(6.2%)はサルコイドーシス(13.3%)、Vogt-小柳-原田病(6.7%)に次いで多かった¹⁾(表2-1)。ベーチェット病患者については、全国規模の疫学調査が旧厚生省、現在の厚生労働省疫学研究班によって、1972年に我が国で初めて実施された。その後5~7年ごとに継続して疫学調査が行われている^{2)~5)}。その結果、①平均発症年齢の上昇、②完全型の割合の減少、③各主症状の発現頻度の減少、④症状の軽症化などの特徴がみられている。

II 患者数, 男女比, 発症年齢

1. 患者数

全国推計患者数は、調査開始の1972年には8,500人であったが、1984年には12,700人、1991年には18,400人と年々増加していた。しかし、2002年には15,000人と減少した(表2-2)。減少の理由は明らかではないが、近年ベーチェット病の軽症化傾向があり、医療機関を受診しない軽症者の割合が増加したことが原因の一つと考えられている。

表2-1 我が国におけるぶどう膜炎初診患者の診断名¹⁾

疾患名	患者数	(%)
サルコイドーシス	407	13.3
Vogt-小柳-原田病	205	6.7
Behçet 病(ベーチェット病)	189	6.2
細菌性眼内炎	115	3.8
ヘルペス性虹彩毛様体炎	110	3.6
Posner-Schlossman 症候群	57	1.9
糖尿病虹彩炎	48	1.6
HLA-B27 関連ぶどう膜炎	46	1.5
急性網膜壊死	41	1.3
眼トキソプラズマ症	36	1.1
眼トキソカラ症	35	1.1
HTLV-1 関連ぶどう膜炎(HAU)	35	1.1
真菌性眼内炎	32	1.0
仮面症候群(眼内悪性リンパ腫ほか)	32	1.0
膠原病関連ぶどう膜炎	31	1.0
サイトメガロウイルス網膜炎	24	0.8
結核性ぶどう膜炎	20	0.7
炎症性腸疾患関連ぶどう膜炎	18	0.6
小児ぶどう膜炎 (若年性関節リウマチを除く)	17	0.5
Fuchs 虹彩異色性虹彩毛様体炎	15	0.5
若年性関節リウマチ関連ぶどう膜炎	15	0.5
その他	341	11.1
同定不能例	1,191	38.9
合計	3,060	100

2. 男女比

男女比は、1972年には1.20、1984年0.92、1991年0.96、2002年0.93であり、ほぼ同等ではある。当初は男性患者がやや多かったものの、近年、女性患者の割合が増加している(表2-2)。これはベーチェット病の診断基準が明確に規定され普及し、軽症の女性患者の登録が増えたことも一因といわれている。

3. 発症年齢

平均発症年齢は、表2-2に示すとおり、どの調査年でも男性患者の発症年齢は女性患者よりも若い。近年、男女ともに4歳ほど高齢化している(表2-2)。調査時年齢も常に男性患者が女性患者より若く、最近では男女ともに10歳ほど高齢化している(表2-2)。

III 病型, 症状, 重症度

1. 病型

1972年調査時、眼症状、口腔内アフタ性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍の4つの主症状がすべて揃った完全型ベーチェット病患者の割合は、本病全体の45.7%と半数弱であったが、2002年には28.8%にまで減少した。特に男性では、女性よりも顕著に段階的に減少している(図2-1, 2-2)。

2. 症状

眼症状、口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍と、いずれの主症状も近年発現頻度が減少している。眼症状は男性に多く、外陰部潰瘍は女性に多くみられる(表2-3)。

1) 眼症状

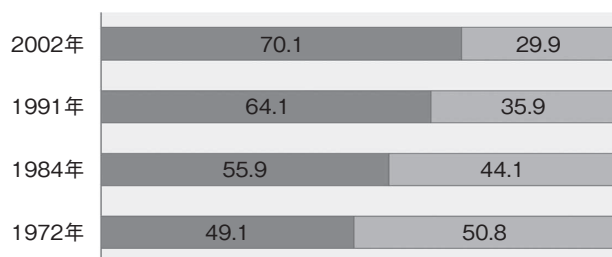
眼症状は男性に多い。1972年から1984年にかけて男性では20%、女性では30%以上減少し、その後変化はほとんどみられていない(表2-3, 図2-3)。

2) 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍

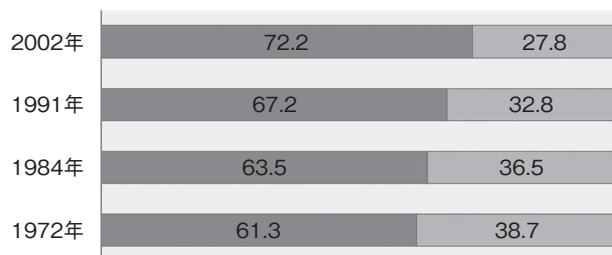
口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍は男女とも主症状の中

表2-2 ベーチェット病の推移²⁾³⁾

	1972年	1984年	1991年	2002年
患者数	8,500人	12,700人	18,400人	15,000人
性比(男/女)	1.20	0.92	0.96	0.93
平均年齢 (調査時)				
男	35.2歳	42.1歳	45.6歳	47.8歳
女	39.5歳	45.7歳	49.4歳	51.3歳
平均年齢 (発症時)				
男	31.3歳	33.4歳	34.6歳	35.0歳
女	34.1歳	37.0歳	36.8歳	38.1歳

図 2-1 男性患者における病型別頻度の推移(%)³⁾.

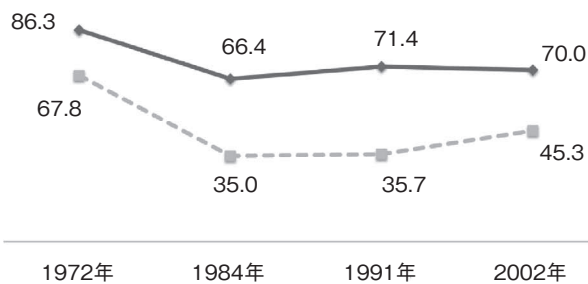
■：不全型，■：完全型.

図 2-2 女性患者における病型別頻度の推移(%)³⁾.

■：不全型，■：完全型.

表 2-3 主症状発症頻度の推移(%)³⁾

年	口腔内アフタ		皮膚症状		眼症状		外陰部潰瘍	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1972	97.9	98.8	89.8	90.4	86.3	67.8	76.8	83.8
1984	—	—	—	—	66.4	35.0	47.1	77.8
1991	98.0	98.0	87.0	87.0	71.4	35.7	32.2	71.5
2002	87.6	92.1	70.1	78.3	70.0	45.3	43.8	64.6

図 2-3 眼症状有病率の推移(%)³⁾.

◆：男性，■：女性.

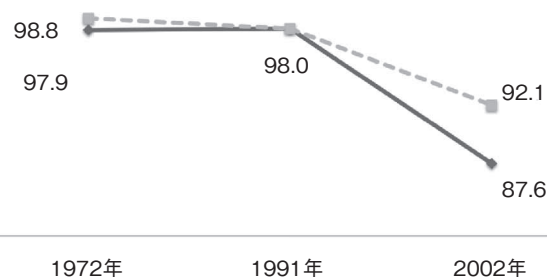
で最も頻度が高い。1972年には男性 97.9%，女性 98.8%とほぼ必発であったが，近年男女ともにやや減少傾向にある(表 2-3，図 2-4)。

3) 皮膚症状

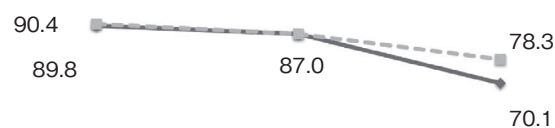
皮膚症状も 1972 年には男性で 89.8%，女性で 90.4%と男女ともに 9 割程度にみられたが，近年減少傾向である(表 2-3，図 2-5)。

4) 外陰部潰瘍

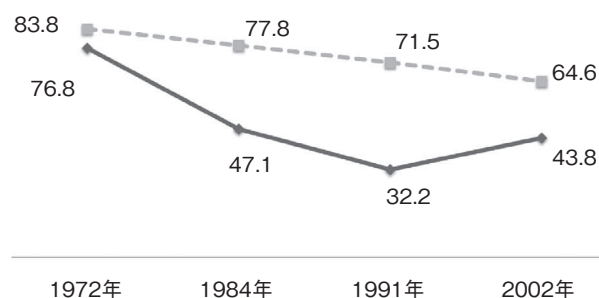
外陰部潰瘍は，これまで一貫して女性に多くみられている。この 30 年間で男性は 3 割，女性は 2 割程度減少

図 2-4 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍有病率の推移(%)³⁾.

◆：男性，■：女性.

図 2-5 皮膚症状有病率の推移(%)³⁾.

◆：男性，■：女性.

図 2-6 外陰部潰瘍の有病率の推移(%)³⁾.

◆：男性，■：女性.

し，女性の発症頻度は男性より 20% 程度高い(表 2-3，図 2-6)。

5) 主症状の男女別推移

主症状の有病率を 1972 年と 2002 年で比較すると，4 主症状のすべてが減少傾向にある。

男性では特に外陰部潰瘍の減少(76.8→43.8%)が目立っている。女性ではもともと少なかった眼症状が，さらに減少(67.8→45.3%)している(図 2-7，図 2-8)。

3. 重症度

1) 臨床経過

ペーチェット病の発作度の比較では，過去 1 年間で発作がないか改善している例が 24.5% (1972 年) から 57.0% (1991 年) と大幅に増加している。一方，悪化例は，30.1% (1972 年) から 9.1% (1991 年) と顕著に減少している⁵⁾(図

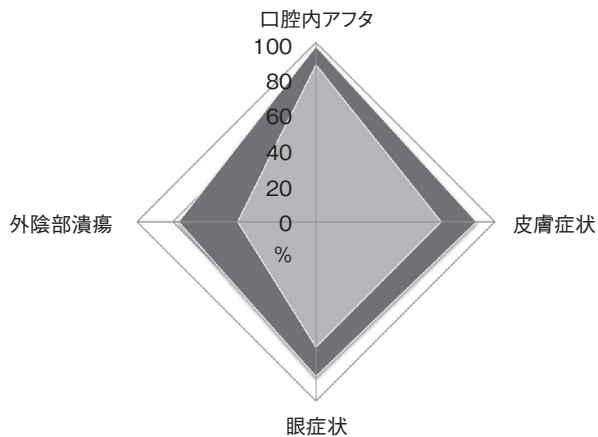


図 2-7 男性患者の主症状有病率の比較.
■: 1972 年, ■: 2002 年.

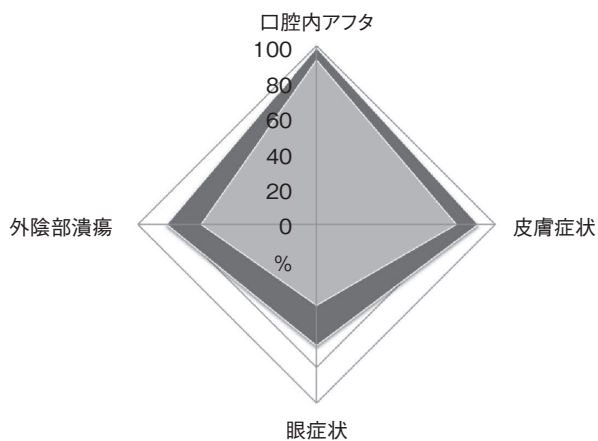


図 2-8 女性患者の主症状有病率の比較.
■: 1972 年, ■: 2002 年.

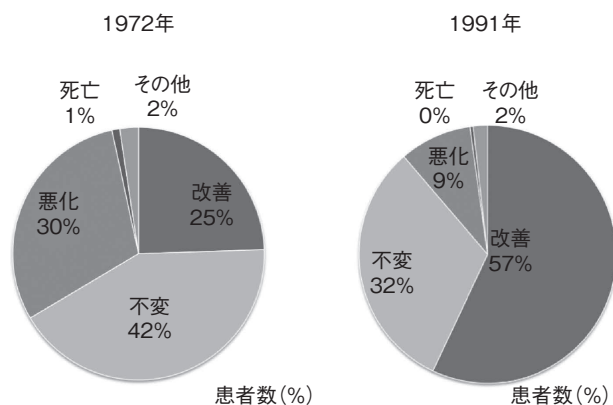


図 2-9 過去 1 年間の全身症状の臨床経過⁵⁾.

2-9). 特に眼症状は 90% 以上が両眼性に発症することが特徴であり⁶⁾, 眼症状の経過がベーチェット病患者のその後の quality of life (QOL) を大きく左右する要因となっている. 2007 年の報告では, 最終視力が 0.1 未満の症例が 44% にみられ, 1970 年～1990 年代の報告の 60～80% に比べると, 視力不良例も減少している⁴⁾ (表

表 2-4 10 年以上経過観察したベーチェット病患者の視力予後⁴⁾

最終視力 0.1 未満の割合	
Mishima ら (1979 年) n = 272	83%
三村ら (1979 年) n = 164	66%
BenEzra ら (1986 年) n = 52	74%
湯浅ら (1991 年) n = 185	56%
三宅ら (1997 年) n = 34	82%
川島ら (2007 年) n = 192	44%

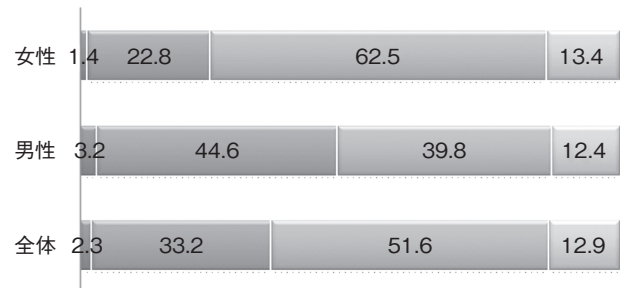


図 2-10 性別にみた重症度割合 (2002 年)³⁾.
■: 重症, ■: 中等度, ■: 軽症, ■: 症状なし.

2-4).

2) 重症例の割合

2002 年から調査項目に加わった厚生労働省の重症度分類による重症度は, 重症が 2.3%, 中等度が 33.2%, 軽症が 51.6%, 症状なしが 12.9% であった. 性別でみると重症, 中等度の割合は男性が 47.8% であり, 女性の 24.2% に比べて多かった. 逆に軽症は男性が 39.8%, 女性は 62.5% であり, 女性の割合が有意に高かった ($p < 0.001$). 重症度は男性 > 女性で性差が大きい (図 2-10).

IV おわりに

近年の完全型の減少や主症状有病率の減少, 改善例の増加などの原因としては, 本病自体の軽症化傾向に加えて, コルヒチンの普及や, 1980 年代半ばに登場したシクロスポリンなどの強力な免疫抑制薬が本病に承認, 使用され始め, 治療が飛躍的に進歩したことなどが考えられる. さらに 2007 年 1 月には, 世界に先駆けて我が国でベーチェット病患者における難治性網膜ぶどう膜炎に対して, 生物学的製剤である抗ヒト腫瘍壊死因子 (tumor necrosis factor: TNF)- α 抗体製剤, インフリキシマブ (レミケード[®]) の適用が承認された. 今後, このような新しい生物学的製剤の普及により, さらなる治療成績の向上が期待される.

文 献

- Goto H, Mochizuki M, Yamaki K, Kotake S, Usui M, Ohno S: Epidemiological survey of intraocular

- inflammation in Japan. Jpn J Ophthalmol 51 : 41-44, 2007.
- 2) 稲葉 裕：ベーチェット病全国疫学調査—患者数の推計. 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)研究報告書：ベーチェット病に関する調査研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書. 89-90, 2005.
 - 3) 稲葉 裕：ベーチェット病全国疫学調査—臨床疫学像. 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)研究報告書：ベーチェット病に関する調査研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書. 91-94, 2005.
 - 4) 川島秀俊：ベーチェット病の長期観察例の視力予後の解析. 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)研究報告書：ベーチェット病に関する調査研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書. 63, 2008.
 - 5) Nishiyama M, Nakae K, Yukawa S, Hashimoto T, Inaba G, Mochizuki M, et al : A study of comparison between the nationwide epidemiological survey in 1991 and previous surveys on Behçet's disease in Japan. Environ Health Prev Med 4 : 130-133, 1999.
 - 6) Mishima S, Masuda K, Izawa Y, Mochizuki M, Namba K : Behçet's disease in Japan : ophthalmologic aspects. Trans Am Ophthalmol Soc 77 : 255-279, 1979.
-