

先生

拝啓

初秋の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

ご承知のように ITP は厚生労働省特定疾患に指定されている疾病で、診断や治療ガイドラインが出されています。しかしいずれも 10 年以上経たたものであり、その後新たな診断手法の開発や治療エビデンスが集積されこれらに基づいて考え直す時期に来ていると考えます。

この度の貴殿のご発表や、他の全国学会や地方会においてもヘリコバクタ菌陽性 ITP 症例に対してヘリコバクタの除菌療法が有効との報告が相次いでいます。そこで厚生労働省特定疾患 血液系疾患調査研究班 血液凝固異常症分科会では、治療ガイドラインを考え直すためにまず **ITP とヘリコバクタ感染症の関連**を疫学的に明らかにし、除菌療法の ITP 治療における位置付けを明確にすることを計画し、別紙のごとき調査表を作成致しました。

上記主旨にご賛同頂ければご経験の症例を集積させていただき皆様と共に新たな治療ガイドラインの作成や ITP に対する除菌療法の保健適応申請に役立たせていただきたいと思います。

ご多忙中とは存じますがこのような主旨をご理解頂き別紙のアンケート調査に是非ご協力頂きたく存じます。

尚調査表をお送り頂きました施設におかれましては後日お集まり頂き、皆様と共に除菌療法の位置付けなど検討したいと考えておりますので、その方のご協力もよろしくお願い致します。

敬具

平成 14 年 9 月 14 日

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 病態薬物治療学講座 血液・腫瘍科

血液凝固異常症分科会 班員 藤村 欣吾

大阪大学医学部附属病院・輸血部

血液凝固異常症分科会 班員 倉田 義之

慶応義塾大学医学部内科

血液凝固異常症分科会 班員 桑名 正隆

血液凝固異常症分科会 班長 池田 康夫

(資料4)

ヘリコバクタピロリ菌感染と特発性（免疫性）

血小板減少性紫斑病（ITP）に関する調査表

厚生労働省科学研究 血液凝固異常症分科会

貴施設における特発性（免疫性）血小板減少性紫斑病（ITP）のヘリコバクタピロリ菌検索症例についての個人調査表です。

症例数が多い場合は恐れ入りますがコピーして1症例1調査表でご回答下さい。

該当するところに○印、或いは数字、病名をご記入下さい。（検索結果が陰性でもヘリコバクタピロリ菌検索を行った症例はご記入下さい）

調査表の回収は平成15年6月中旬（20日）頃です。御協力お願い致します。

貴施設名

記入責任者名と連絡先

責任者名 :

電話 () - -

ファックス () - -

E-mail :

記入年月日： 2003年 月 日

* 本表紙(1ページ)の記載について：1例目はすべて記入してください。

2 症例目以後は簡略化した施設名のみでも結構です

症例

カルテ番号

氏名 (イニシアル):

性別: 男 女

生年月日 (西暦): 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ITP 診断時期 (西暦): ____ 年 ____ 月

1. ITP の診断について (診断時所見)

出血傾向: 有り なし

血小板数: 5~10 万、 3~5 万、 1~3 万、 1 万以下

Hb: /dl

白血球数: / μ l

骨髄巨核球数: 増加、 正常、 減少

骨髄異型細胞: なし あり

除外診断: 可能、 他の疾患の可能性もある (疑い疾患名)

2. 合併症の有無 あり なし

ありの場合病名: 1)

2)

3)

3. ITP の初回治療とその反応性

治療法	初回投与量	血小板増加反応 (血小板数>5 万)	
ステロイド (プレドニン換算)		あり	なし
無治療		あり	なし
その他の治療 (薬品名)		あり	なし

4. 摘脾の有無 あり なし

ありの場合 摘脾時期 (西暦) 年 月

ITP としては無治療であった

1 2. 除菌による副作用

なし

あり : 胃痛 食欲不振 吐気 嘔吐 下痢
逆流性食道炎、 耐性菌、 胃炎
その他

1 3. 除菌により ITP が寛解となった後の再発

再発なし

再発あり—この場合再発時期は? 寛解後 月

調査表送付先:

〒734-8551

広島市南区霞 1-2-3

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 病態薬物治療学講座

血液・腫瘍科 藤村 欣吾

電話: 082-257-5295, 5298

FAX: 082-257-5299

E-mail: fujimura@hiroshima-u.ac.jp

平成 15 年 5 月

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 病態薬物治療学講座

血液凝固異常症分科会 班員 藤村 欣吾

大阪大学医学部付属病院・輸血部

血液凝固異常症分科会 班員 倉田 義之

慶応義塾大学医学部内科

血液凝固異常症分科会 班員 桑名 正隆

血液凝固異常症分科会 班長 池田 康夫

(資料5) 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) に対する

治療ガイドライン作成とその活用にあたって

治療ガイドライン作成の目的：

1982年にITP治療指針が発表され20年以上経過し、治療指針は定着した感があり一定の成果を挙げている。しかしこの治療指針による治療成績には限界が明らかとなってきた。

またこの間の基礎研究の成果が臨床へ応用可能となりつつあり、一方臨床疫学的解析からも新たな事実が報告されている。

今後より有効な治療を模索し治癒率の向上を目指すためにはこれらのエビデンスに基づいた新たなITP治療に対するガイドラインが必要である。

治療ガイドライン作成の理由：

従来のITP治療計画による治療成績に限界が認められた来た。

- ・副腎皮質ステロイドによる完全寛解率は10~30%に留まる
- ・治療不応性ITP症例が20~30%生じる
- ・維持量の副腎皮質ホルモンを長期間服薬する症例が多く薬剤による副作用対策が重要となって来た。

ITPが免疫学的機序により発症することが再確認されると共に血小板抗体産生細胞を定量化することが可能となり、免疫性血小板減少症の診断が確立されてきた。これを背景に新たな免疫抑制療法が有用である事が示唆されている。

ピロリ菌陽性ITP症例に対してはまず除菌療法の有効性から、その治療の位置付けを考える必要がある。

- ・本邦のITP症例は中高年齢者が多くしかもヘリコバクタピロリ菌感染症例がその中の70~80%を占める。厚生労働省の研究班でこれら症例に対するピロリ除菌療法の効果を検証した所64%の症例に血小板増加効果を認め、また他の維持療法を中止しても増加効果は維持され、永続性があることが判明した。

従来より世界的に治療に関しての無作為臨床試験の成績はなく、米国におけるITP症例の生命予後を推計学的に検討した報告や、米国血液学会におけるエキスパートによる治療経験に基づいた治療計画を本邦でも検討する必要がある。

クリニカルパスに準拠した治療法が行われるようになり、クリニカルパス作成のための基本となるべき最新の情報に基づいた治療ガイドラインが必要である。

新 ITP ガイドラインの特徴：

本邦の ITP の多くを占めるピロリ菌陽性 ITP 症例の約 60% に副腎皮質ステロイド療法による副作用が回避可能となる。

また治癒症例頻度が増すと共に部分寛解症例においても維持療法を必要としない症例が増す。

血小板数と自覚症状、客観的所見、出血傾向増悪に関する因子、等から治療の必要性を選択することで臨床実態に即した適格な治療が行われる。

薬物療法による初回療法、維持療法をみ直し、特に副腎皮質ステロイド療法を極力短期間にし長期投与による副作用の軽減に努めた。

外科的、或いは出産時、重篤な出血傾向時などには積極的にガンマグロブリン大量療法、血小板輸血を行い致死的出血を避けると共に出血による機能障害を出来る限り避ける様に務める。

全体として ITP 治療費の削減が期待できる。

ガイドライン適応症例：

原則として 18 歳以上の慢性 ITP 症例。

初診時に当たっては慢性、急性の区別は必ずしも容易ではなく、両者を区別することなく緊急療法、その他を行う。

小児 ITP に関しては、急性型が多い、ピロリ菌感染症例が少ない、血小板数と出血傾向が必ずしも相関せず軽微な例が多い、等の特質があり本ガイドラインを適応しないものとする。

小児 ITP に関しては日本小児血液学会 ITP 委員会作成の「小児特発性血小板減少性紫斑病診断・治療・管理ガイドライン」日小血会誌 18: 210~218, 2004 を参照して頂きたい。

ガイドライン使用に当たって：

本ガイドラインは過去の治療データと臨床経験、研究論文に基づいて作成した平均的指針である。従って当該症例に画一的診療を規定するものではなく、個々の症例の臨床上、社会生活上の個別性を考慮した上で柔軟に用いるべきである。

ガイドラインの保守、点検について：

本ガイドラインは変化する臨床情報に対応するため、また本ガイドラインの有用性を検証するために原則として3～5年に1度見直しを行う。
また実情にそぐわない点が生じた場合には随時変更に努力する。

参考文献：

1. Portielje J.E.A. Westendorf R.G.J. Kluin-Nelemans H.C., Brand A. Morbidity and mortality in adults with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood* 97: 2549-2554, 2001
2. Cortelazzo ., Finazzi G., Buelli M., Molteni A., Viero P., Barbui T. High risk of severe bleeding in aged patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood* 77:31-33,1991
3. Cohen Y.C., Djulbegovic B., Shamai-Lubovitz O., Mozes B. The bleeding risk and natural history of idiopathic thrombocytopenic purpura in patients with persistent low platelet counts. *Arch. Intern. Med.* 160: 1630-1638. 2000
4. George J.M., Woolf S.H., Raskob G.E., Wasser J.S., Aledort L.K., Ballem P.J., Blanchette V.S., Bussel J.B., Cines D.B., Kelton J.G., Lichitin A.E., McMillan R., Okerbloom J.A., Regan D.H., Warrier I. Idiopathic thrombocytopenic purpura: A practice guideline developed by explicit methods for the American Society Hematology. *Blood* 88: 3-40, 1996.
5. Kuwana M., Nomura S., Fujimura K., Nagasawa T., Muto Y., Kurata Y., Tanaka S., Ikeda Y. Effect of a single injection of humanized anti-CD154 monoclonal antibody on the platelet-specific autoimmune response in patients with immune thrombocytopenic purpura. *Blood* 103: 1229-1236, 2004.
6. 藤村 欣吾 免疫性血小板減少性紫斑病 (ITP) におけるヘリコバクターピロリ菌除菌療法の有用性 —多施設共同研究報告—
厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業
平成 15 年度 総括・分担研究報告書 血液凝固異常症に関する調査研究 (主任研究者 池田康夫) 平成 16 年 3 月

平成 16 年 9 月 30 日

厚生労働省 「難治性疾患克服研究事業」血液凝固異常症に関する調査研究

班長 慶應大学医学部 内科

池田 康夫

班員 広島大学 医歯薬総合研究科 血液・腫瘍科

藤村 欣吾

班員 大阪大学医学部附属病院 輸血部

倉田 義之

班員 慶應大学医学部先端医科学研究所

桑名 正隆

成人 ITP 治療ガイドライン (2004 年度)

厚生労働科学研究費補助金

難治性疾患克服研究事業

血液凝固異常症に関する調査研究班

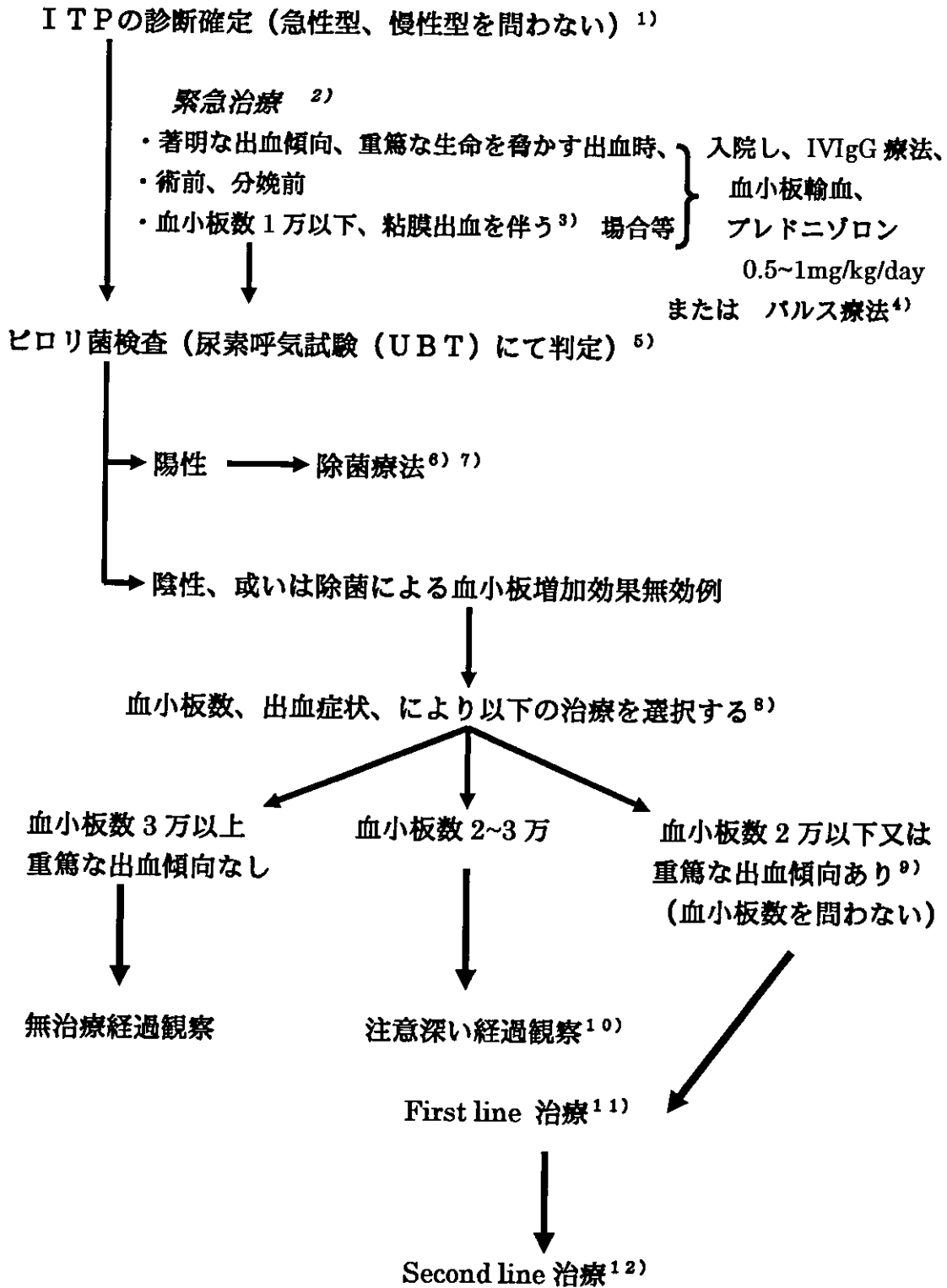
(班長 池田 康夫)

ITP 研究班

藤村 欣吾、倉田 義之、桑名 正隆、

藤沢 康司、降旗 謙一、野村 昌作、

I T P 治療ガイドライン (2004 年試案改定版)



付記：

- 1) 診断時に慢性型、急性型の区別がつきにくい場合があり臨床症状、検査所見が該当すれば本ガイドラインを適応する。
- 2) 緊急に止血が必要時（脳内出血、胸腔内、腹腔内出血など）、重篤な出血のリスクが高い確率で予測される場合、には緊急治療を適応し出血による障害、生命危機を回避するように務める。具体的治療は“緊急治療”に記す。
- 3) 鼻出血、消化管出血、生理出血、口腔内出血、 など
- 4) これらの治療により一時的に血小板数を増加させ事態を終息させた後に以下の検査,治療に進む
- 5) UBT 以外に糞便中のピロリ抗原、生検などでピロリ菌の診断を行っても良い
- 6) 除菌療法の副作用（皮疹、消化器症状、出血傾向の悪化など）に注意
血小板数>1万で除菌療法を行うことが望ましい
除菌療法例：アモキシシリン 750mg/day,
クラリスロマイシン 200mg/day,
プロトンポンプ阻害剤(ランソプラゾール 30mg/day)の3剤を1日2回、
同時併用7日間（各用量は1回量を示す）
- 7) 除菌4～6週間後に除菌効果を判定する（UBTによる）
除菌不成功例では再除菌を行い血小板増加効果の有無を確認する
- 8) 血小板数は1回の測定ではなく数回の測定で判断する
出血傾向は軽微な機械的刺激や、自然出血によるものを意味する。
強力な外力によって生じたものは除く
- 9) 大きな血腫、溢血斑、鼻出血、消化管出血、生理出血、口腔内出血、多発する点状出血、など臓器障害や貧血、出血傾向の増悪をきたす恐れのある状態
- 10) 少なくとも1ヶ月に1回は診察を行い、連絡を密にする。
- 11)、12) 治療内容は以下に示す。

First line 治療

A 副腎皮質ステロイドホルモン療法

プレドニゾン 0.5~1mg/kg/day 2~4週間 経口
(但し 最大 70mg/body 以下とする)
以後血小板数にかかわらず漸減し
維持量 5~10mg/day とする。

治療目標：

- レベル1：血小板数正常化し無治療となる（期待値は30%以下）
- レベル2：治療中止、或いは維持量で血小板数3万以上を目指すことが望ましい
- レベル3：血小板数は3万以下であるが維持療法で出血傾向を減少させることを最低目標にせざるを得ない場合

付記：

- 1) 高齢（70歳以上）、骨粗鬆症、コントロール不良高血圧症、糖尿病予備群、肥満、免疫機能低下状態、ウイルス性肝炎、慢性感染症など要注意群では投与量を1/2に減じて慎重に行うか、当面の出血傾向の軽減を目的にプレドニゾン維持量を最初から用いてもよい。
このような状況下では摘脾、或いはSecond line 治療を選択する場合もありうる。
- 2) 活動性感染症保有状態や消化性潰瘍保有者ではこれら病態が完治した後或いは病態をコントロールしながら治療を行う。
- 3) 要注意群では併存疾患の治療を併用しながら行う。
- 4) 副腎皮質ステロイドによる副作用が問題となる治療法であるため、出現する副作用に対する対策を考慮しながら行う。
レベル3で出血傾向の軽減が維持できれば副作用の点から無治療を選択する場合もありうる。

B 摘脾

対象：

- ・ ITP 診断後 6 ヶ月以上経過した症例であること
- ・ 副腎皮質ステロイド療法により治療目標レベル 3 の症例、
- ・ 或いはレベル 2 の中で無治療、維持量で血小板数 5 万以下の症例
- ・ 副腎皮質ステロイド療法の副作用が強い場合
- ・ 副腎皮質ステロイド不適応症例 など

方法：

腹腔鏡下内視鏡手術（副脾を残さない様に注意する）
（ただし術式は外科の判断にゆだね腹腔鏡下内視鏡手術にこだわらない）

目標：

- レベル 1：血小板数正常化
- レベル 2：薬物療法中止後も血小板数 3 万以上
- レベル 3：薬物療法中止後も血小板数は 3 万以下であるが出血傾向が認められなくなる

付記：

- 1) 摘脾後の感染症に注意し発熱など感染症が疑われる場合には早めにもまずペニシリン系の抗生剤の使用を考慮する。
- 2) レベル 2、3 を保つために維持量の副腎皮質ステロイド（5~10mg/day）を用いる場合もある。

Second line 治療

対象：

- ・副腎皮質ステロイド治療や摘脾効果が不十分の症例（無反応例、あるいはレベル3）
- ・摘脾の了解が得られない症例
- ・first line の薬物治療が選択されにくい症例

治療目標：

レベル1：血小板数正常化

レベル2：維持療法中止あるいは維持療法にて血小板数を3万以上に維持する。

レベル3：維持療法中止あるいは維持療法にて出血傾向軽減（血小板数は3万以下）

この場合の維持療法は副腎皮質ステロイド或いは当該薬物療法の維持量を示す。

Second line 治療に当たって以下の点に留意する

- ・ *Second line* 治療法はいずれもエビデンスレベルIV,Vである事。
- ・ これらの薬剤はすべてITPに対し保険適応となっていない。
- ・ それぞれ特有の副作用が知られており注意を払う必要がある。
- ・ これらの治療は1~2クール、或いは1.5~2ヶ月行い効果が無ければ中止し他の治療法を選択する。
- ・ 以下の *Second line* 治療を2~3試みた後、無効であればプレドニン維持量（5~10mg/day）のみで経過観察する選択肢もある。

*ダナゾール（ボンゾール）：100~400mg/day 経口

*デキサメサゾン大量療法（デカドロン）：40mg/day 4日間

経口或いは静注

*ステロイドパルス療法（ソルメドロール）：500~1000mg/day 3日間

点滴静注、以後漸減

*シクロスポリン（サンデュミン、ネオーラル）：4~6mg/kg/day 経口

血中濃度を200ng/ml前後にコントロールする量を用いる

*サイクロフォスファミド（エンドキサン）：50~100mg/day 経口

*アザチオプリン（イムラン）：50~100mg/day 経口

*Rituximab（リツキサン）：375mg/m² 点滴静注 週1回 4週間

等から適宜選択する。

緊急治療

対象：

- 1) 緊急時
- 2) First, Second line いずれの治療中であっても出血傾向の悪化や血小板数の急激な減少時、
- 3) 出産、外科的処置前

対応： 入院し以下の治療を一つないし複数選択する

- ・ IVIgG 療法 : 完全分子型ヒト免疫グロブリン
400mg/kg/day 5日間 点滴静注
或いは、急ぐときは
1000mg/kg/day 2日間 点滴静注
(本投与法は保健適応はない)

いずれも指定された静注速度を守りゆっくり時間をかけて行う。
(400mg/kg/day の場合、初日は4時間半以上かけ、2日目は3時間、
3日以降は2時間半以上を目安とする)

- ・ 血小板輸血 : 10~20 単位/day
- ・ ステロイドパルス療法 (既述)

ITP の治療ガイドライン作成へ向けて

分担研究者 藤村欣吾 広島大学大学院病態薬物治療学講座 教授

研究協力者

倉田義之	大阪大学医学部附属病院輸血部	講師
桑名正隆	慶應義塾大学医学部先端医科学研究所	講師
野村昌作	岸和田市民病院血液内科	部長
藤沢康司	東京慈恵会医科大学小児科	助教授

要旨

ITP 治療は 1982 年に定められた治療計画が現在も汎用されている。本研究班では QOL や治癒率の向上を計る目的で新たな治療ガイドラインを作成することを目的とした。まずヘリコクターピロリ菌陽性 ITP における本邦におけるレトロスペクティブ研究を行った。11 施設にアンケート調査し 435 症例が登録された。この内 300 例、69% がピロリ菌陽性で 228 例に除菌が行われた。除菌が成功した症例 161 例中 101 例 63% に無治療、既治療、難治症例にかかわらず血小板増加が認められた。これにより治療ガイドラインにピロリ菌除菌療法を取り込むことが妥当、かつ必要であることが明らかとなった。これに基づき ITP と診断後、早期にピロリ菌検査、除菌療法を組み入れた治療ガイドライン(案)を作成した。

研究目的

ITP に対する新たな治療ガイドラインの作成

ト調査を行う。

目標症例数を 300 例以上とし除菌療法を積極的に行っている 11 施設に対し資料 1, 2 に示すアンケート調査を平成 14 年 10 月に依頼し平成 15 年 9 月末に回収し解析をおこなった。

研究方法

治療プロトコール作成のために各施設で問題となっているヘリコクターピロリ陽性 ITP 症例に対する除菌療法の有効性を確認し除菌療法の ITP 治療における有効性とその位置付けを明らかにすることにした。まず本邦での ITP に対する除菌療法に関する実情を明らかにするために、アンケー

その結果解析可能症例 435 例を集積し、統計解析に多変量解析を取り入れ解析した。

治療プロトコール作成に当たっては既存の内外の治療プロトコール、臨床疫学的データを参考にした。

アンケート調査に当たっては匿名化

し、個人が判定できないようにした。

結果

アンケート調査結果

1) ヘリコバクターピロリ除菌が ITP の血小板数増加に対する有効性のレトロスペクティブな検討を平成 14 年から約 1 年間に渡って行い 11 施設から 435 例の症例が登録され解析対象とした。

その結果

- (1) 解析対象者の年齢分布は 30 歳代と 50 歳代の 2 つにピークがあるが、50 歳以上が全体の約 70% を占めている解析集団である。
- (2) ヘリコバクターピロリ菌 (以下 HP 菌) 陽性症例は 300 例 (69%) で ITP における HP 菌陽性率は加齢と共に高くなり非 ITP 症例と変りはない 50 歳以上は 70% 以上に陽性で、陽性率に性差はない。
- (3) HP 菌陽性群の平均年齢は HP 菌陰性群に比し有意に高い。また初診時血小板数は 1 万未満の症例は少ない傾向にあり、骨髓巨核球は増加している症例が多い以外は HP 陽性 ITP に特別な背景因子は見当たらなかった。また HP 菌感染が ITP の病態に変化をもたらしている所見はない。
- (4) 除菌は 207 例中 161 例 (78%) に成功し、このうち 101 例、63% に血小板増加効果を認め

た。除菌成功例に有意に血小板増加症例が多い。

ITP としての罹病期間が短い症例に有意に血小板増加症例が多い。

(5) 除菌前の ITP 治療が除菌成功、不成功に影響せず、また除菌後の血小板増加にも影響しなかった。

(6) 血小板増加効果は除菌後 1 ヶ月の早期より認められ始める例が多く、12 ヶ月以上の経過観察 79 例では再発例がなく、血小板数は経時的に増加を示した。

12 ヶ月の時点での完全寛解率 23% (血小板数 15 万以上、無治療)、部分寛解率 42% (血小板数 5 万以上 15 万以下、無治療)、無効例 35% である。

(7) 除菌療法の副作用については 39 例、17.6% に認められたがこの内多くは消化器系を中心とするもので (25 例、64%) 重篤な症例はなかった。治療を中止した例は出血傾向増悪症例の 1 例である。

2) 治療ガイドライン (2004 年案) (資料 3, 4)

本邦における除菌療法の有用性が多施設の検討で明らかになり除菌療法を組み込んだガイドラインを資料 3, 4のごとく作成した。

このガイドラインの特徴として

①ピロリ菌の検査、除菌療法を ITP の診断後早期から組み込むことにより本邦の ITP の多くを占めるピロリ菌陽性 ITP 症例の約 60% に副腎皮質ス

テロイド療法による副作用が回避可能となる。また治癒症例頻度が増すと共に部分寛解症例においても維持療法を必要としない症例が増す。

②除菌無効例、ピロリ菌陰性例に対して First line, Second line 治療を示した。

③それぞれに QOL の改善を主とした治療目標を設定した。

④自覚症状、臨床症状、など臨床実態に即して治療選択を行うようにした。

⑤薬物療法による初回療法、維持療法をみ直し、特に副腎皮質ステロイド療法を極力短期間とし長期大量投与による副作用の軽減に努めた。

⑥外科的処置時、或いは出産時、重篤な出血傾向時などには積極的にガンマーグロブリン大量療法、血小板輸血を行い致死性出血を避けると共に出血による機能障害を出来る限り避ける様に作成した。

⑦付記を付け個々の判断が行いやすいように具体的性を持たせた。

以上の特徴から本ガイドラインは一般医師にも使用できるように留意しており、本ガイドラインを履行することにより治癒率の向上、QOL の改善、全体的な ITP 治療費の削減が可能になると期待される。

ガイドライン適応症例について：

原則として 18 歳以上の慢性 ITP 症例を対象とするが初診時に当たっては慢性、急性の区別は必ずしも容易ではなく、両者を区別することなく緊急療法、その他を行う。

小児 ITP に関しては、急性型が多い、

ピロリ菌感染症例が少ない、血小板数と出血傾向が必ずしも相関せず軽微な例が多い、等の特質があり本ガイドラインを適応しないものとした。

考察

1982 年に本研究班の前身である特発性造血器障害研究班で ITP の治療指針が発表されて以来、全国津々浦々で用いられ定着した感があり一定の成果を挙げている。しかし治療成績には限界があり、医療に対する知識の普及、医療に対する価値観の変化、などに対応することが必要となっている。また副腎皮質ステロイドを長期に使用する傾向にあり、それに伴う副作用も問題となってきた。この様な観点からより有効な治療を検討し、治癒率の向上、QOL の改善を目的に、またエビデンスに基づいた新たな治療ガイドラインの見直しが必要となってきた。

このような最中有用ないし有効と期待されていた治験薬が副作用の問題で治療現場から遠ざかり新薬の登場がないまま経過していた。1998 年のガスバリニのピロリ菌陽性 ITP 症例に対する除菌療法の血小板増加に対する有用性の報告以来本邦でも多くの施設で検討され除菌療法の位置づけ、長期の有用性、除菌療法の副作用などの情報が必要であった。そこで本研究班において各施設での報告をまとめ本邦における実情を把握する目的でレトロスペクティブなアンケート調査を行った。

その結果ヘリコバクターピロリ陽性