

HAM 診療ガイドライン 2019 アンケート調査票

ご記入にあたってのお願い

1. 質問への回答は、特に指示のない限り、あてはまる選択肢の番号を 1 つだけ選んで、○をつけてください。
2. HAM を診療したことがない先生は、ご自身の方針をご回答ください。
3. ご記入が終わりましたら、返信用封筒に封入の上、2020 年 2 月 29 日（土）までにご返送ください。

1. 以下の質問にお答えください。

(ア) このアンケートの結果が、研究に活用されることに同意しますか。

- | | |
|---------|----------|
| 1. 同意する | 2. 同意しない |
|---------|----------|

(イ) 性別をお知らせください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

(ウ) 臨床経験年数をお知らせください。

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 5 年未満 | 2. 5 年以上～10 年未満 | 3. 10 年以上～20 年未満 |
| 4. 20 年以上～30 年未満 | 5. 30 年以上～40 年未満 | 6. 40 年以上 |

(エ) 現在、診療に携わっている主な都道府県を 1 箇所お知らせください。

_____ 都・道・府・県

(オ) これまでに主治医として診療した HAM 患者のおおよその例数をお知らせください。

- | | | |
|--------------|------------|-----------|
| 1. 診察したことはない | 2. 1～3 例 | 3. 4～6 例 |
| 4. 7～9 例 | 5. 10～20 例 | 6. 21 例以上 |

(カ) 現在、主治医として診療している HAM 患者のおおよその例数をお知らせください。

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1. 診察していない | 2. 1～3 例 | 3. 4～6 例 |
| 4. 7～9 例 | 5. 10～20 例 | 6. 21 例以上 |

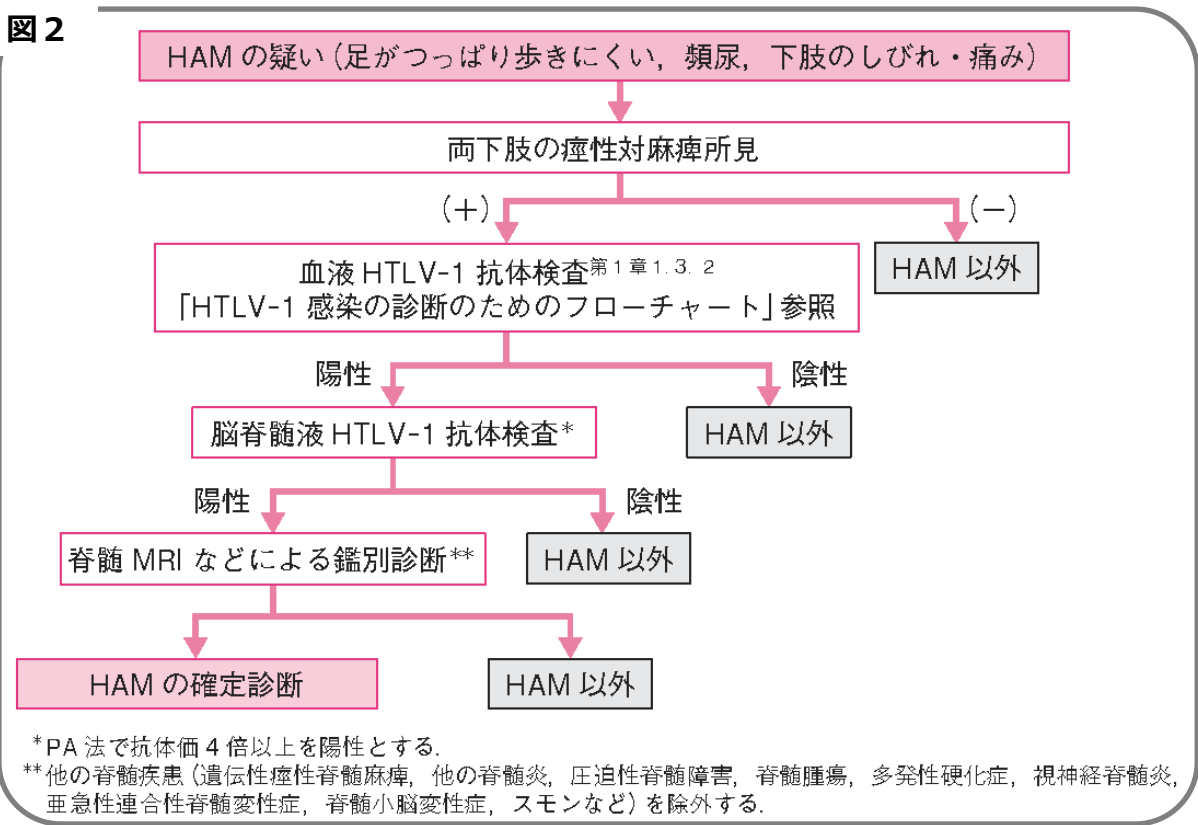
(キ) 「HTLV-1 関連脊髄症(HAM)診療ガイドライン 2019」について、あてはまるもの 1 つに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. 出版されたことを知っていて、診療の参考にしている。 | 2. 出版されたことを知っていて、診療の参考にしようと思っている。 |
| 3. 出版されたことを知っているが、診療の参考にしようとは思っていない。 | 4. このアンケートで知り、今後、診療の参考にしてみようと思う。 |
| 5. このアンケートで知ったが、今後も診療の参考にしようとは思わない。 | |

アンケート調査票

3. 「HAM の診断アルゴリズム」(図 2) に関する以下の質問にお答えください。

図 2



[日本神経学会ほか(監): HTLV-1 関連脊髄症(HAM)診療ガイドライン—HTLV-1 陽性関節リウマチ & HTLV-1 陽性臓器移植 診療の対応を含めて, p. xviii, 南江堂, 2019]

(ア) 痙性対麻痺所見を認め、HTLV-1 感染が不明である症例に対し、血液 HTLV-1 抗体検査を実施しますか、それとも実施しませんか。

1. 全例実施する 2. よく実施する 3. 時々実施する 4. あまり実施しない 5. 全例実施しない

(イ) 痙性対麻痺所見を認め、血液 HTLV-1 抗体検査が陽性で HAM が疑われる症例に対し、髄液 HTLV-1 抗体検査を実施しますか、それとも実施しませんか。

1. 全例実施する 2. よく実施する 3. 時々実施する 4. あまり実施しない 5. 全例実施しない

(ウ) HAM が疑われる症例に対し、鑑別診断のため、脊髄 MRI 検査を実施しますか、それとも実施しませんか。

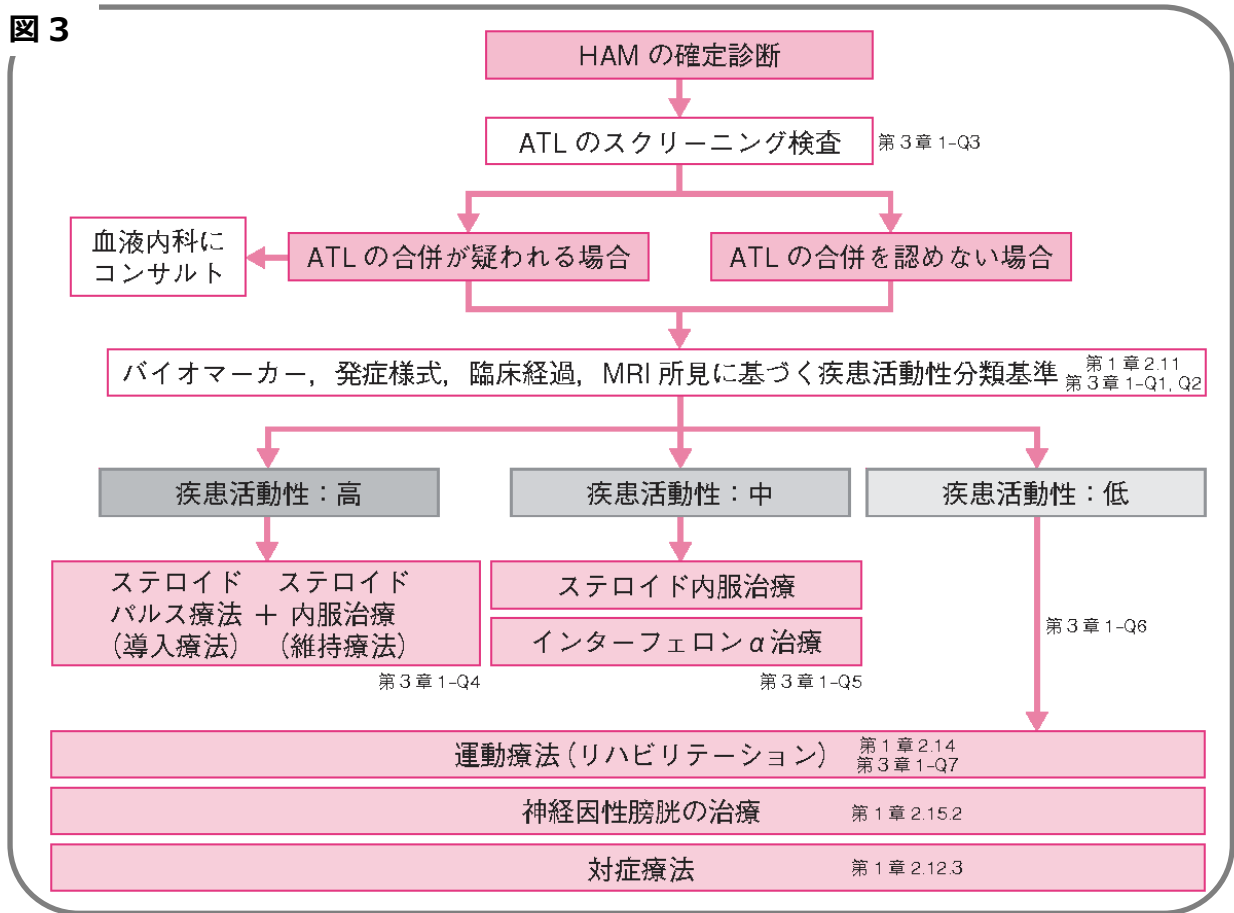
1. 全例実施する 2. よく実施する 3. 時々実施する 4. あまり実施しない 5. 全例実施しない

(エ) 「HAM の診断アルゴリズム」を実践するにあたっての問題点など、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケート調査票

4. 「HAM の治療アルゴリズム」(図 3) に関する以下の質問にお答えください。

図 3



[日本神経学会ほか(監): HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン—HTLV-1 陽性関節リウマチ & HTLV-1 陽性臓器移植 診療の対応を含めて, p.xix, 南江堂, 2019]

4-1 成人 T 細胞白血病/リンパ腫 (ATL) のスクリーニング検査について

(ア) HAMと確定診断された症例に対し、ATLのスクリーニング検査を実施しますか、それとも実施しませんか。

1. 全例実施する 2. よく実施する 3. 時々実施する 4. あまり実施しない 5. 全例実施しない

1.~4.を選択した方にお聞きます。ATLのスクリーニング検査として実施する項目は次のどれですか。

あてはまる番号とカッコ内の項目すべてに○をつけてください。

- ① 内科的診察 [皮膚病変・リンパ節腫脹・その他 ()]
 ② 血算 [白血球増多・リンパ球増多・異常リンパ球の出現・その他 ()]
 ③ 一般生化学検査 [LDH 上昇・高 Ca 血症・sIL-2R 上昇・その他 ()]
 ④ 末梢血 HTLV-1 プロウイルス量定量 [依頼先 ()]
 ⑤ その他 ()

4.または 5.を選択した方にお聞きます。ATLのスクリーニング検査を実施しない理由は次のどれですか。

- ① 必要性はあると思うが、実施すべき検査項目が分からない
 ② 必要性はあると思うが、必要な検査項目を測定できる環境にない
 ③ 必要性がないと思う
 ④ 血液内科に紹介する
 ⑤ その他 ()

アンケート調査票

4-2 HAM の疾患活動性の評価について

(ア) HAM 患者の治療方針を決める際、患者ごとに疾患活動性を評価しますか（図3参照）。

1. はい → 疾患活動性の評価に利用する項目は次のどれですか。 あてはまる番号とカッコ内の項目すべてに○をつけてください。
① 臨床経過 [運動障害重症度の経時変化・その他 ()]
② 血液検査 [末梢血 HTLV-1 プロウイルス量定量・その他 ()]
③ 髄液検査 [ネオプテリン・CXCL10・細胞数・蛋白・髄液細胞 HTLV-1 プロウイルス量定量・ 抗 HTLV-1 抗体価・その他 ()]
④ 画像検査 [脊髄 MRI T2 high・その他 ()]
⑤ その他 ()
2. いいえ → それはなぜですか。理由として、あてはまるもの <u>1</u> つに○をつけてください。
① 必要性はあると思うが、評価すべき検査項目が分からない
② 必要性はあると思うが、検体の提出先が分からない
③ その他 ()
3. 診療経験がないため、分からない

(イ) HAM において髄液ネオプテリンと髄液 CXCL10（いずれも保険未承認）は、確定診断の補助、疾患活動性の評価、予後予測に有用な検査であることが報告されていますが¹⁻⁵⁾、HAM の診断目的で髄液検査を行う際に、これらの髄液マーカーの測定も同時に実施しますか。

1. はい → どの項目を測定していますか。あてはまるもの <u>1</u> つに○をつけてください。
① 髄液ネオプテリンと髄液 CXCL10 の両方 ② 髄液ネオプテリンのみ ③ 髄液 CXCL10 のみ
2. いいえ → それはなぜですか。理由として、あてはまるもの <u>1</u> つに○をつけてください。
① 髄液ネオプテリン・髄液 CXCL10 について知らなかった
② 測定の必要性はあると思うが、検体の提出先が分からない
③ 測定の必要性がないと思う 理由 ()
④ その他 ()
3. 診療経験がないため、分からない

(ウ) HAM において髄液ネオプテリンと髄液 CXCL10（いずれも保険未承認）は、治療効果の判定にも有用な検査であることが報告されていますが⁵⁻⁷⁾、HAM 患者の治療効果を判定する際に、これらの髄液マーカーの測定を実施しますか。

1. はい → どの項目を測定していますか。あてはまるもの <u>1</u> つに○をつけてください。
① 髄液ネオプテリンと髄液 CXCL10 の両方 ② 髄液ネオプテリンのみ ③ 髄液 CXCL10 のみ
2. いいえ → それはなぜですか。理由として、あてはまるもの <u>1</u> つに○をつけてください。
① 髄液ネオプテリン・髄液 CXCL10 について知らなかった
② 測定の必要性はあると思うが、検体の提出先が分からない
③ 測定の必要性はあると思うが、腰椎穿刺の侵襲性がある
④ 測定の必要性がないと思う 理由 ()
⑤ その他 ()
3. 診療経験がないため、分からない

