

『喘息と COPD のオーバーラップ (ACO)診断と治療の手引き第2版』 の活用について

■ 出席者



室 繁郎 先生 [司会]
奈良県立医科大学
呼吸器内科学講座
教授



杉浦 久敏 先生
東北大学大学院医学系研究科
呼吸器内科学分野
教授



権 寧博 先生
日本大学医学部
内科学系呼吸器内科学分野
教授

この度『喘息とCOPDのオーバーラップ (Asthma and COPD Overlap : ACO) 診断と治療の手引き』が6年ぶりに改訂された。主な改訂点は、すでに喘息あるいはCOPDとして診療中の患者に対する診断のフローチャートが示されたこと、喘息とCOPDそれぞれの重症度を組み合わせて、ACOのタイプを6つに分け、それぞれに対して最適な治療が明記されたことであり、より臨床現場で使用しやすい手引きとなっている。本座談会では、改訂版(第2版)の作成委員会の委員長、副委員長の先生方にお集まりいただき、本手引きの発刊の意義をはじめ、今回の改訂のポイント、ACO診療の課題などについてお話しいただいた。

1. ACO診断と治療の手引き 初版(2018)発刊の意義

室 本日は、『ACO診断と治療の手引き第2版』¹⁾の作成委員会の副委員長である東北大学の杉浦久敏先生、日本大学の権寧博先生にお越しいただき、本手引きの発刊の意義、今回の改訂のポイント、ACO診療の課題などについてお話しいただきます。本手引きの初版²⁾は2017年12月に発刊され、作成委員会の委員長は日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野の主任教授であった故橋本修先生が

務められました。まず本手引きの発刊の意義について、杉浦先生はどのようにお考えでしょうか。

杉浦 それまで判然としなかったACOの診断基準が本手引きの初版で明確になり、治療指針が示されたことには大きな意義があったと思います。診断基準は、わが国の高い医療水準を背景としており、呼気中一酸化窒素濃度 (FeNO) やIgE、CTや%DLcoなどの客観的指標を盛り込んだ精緻なものになっています。また、ACOに関する報告がまとめて掲載され、国内外のエビデンスの整理が可能となり、その結果として、日常臨床においても広く浸透したと理解しています。

室 ご指摘のとおり、わが国の医療水準に応じた手引きを発刊できたこ

とは非常に意義深かったと思います。権先生はどのようにお考えでしょうか。

権 喘息とCOPDそれぞれの薬剤の保険適用上の問題もあるなか、ACOの診断基準が明確になったことで、そうした問題の解決につながり、治療に必要な薬剤を使いやすくなった点は、患者さんにも大きなメリットをもたらしていると思います。

室 初版で、混沌としていた喘息とCOPDの合併例、あるいは境界例の診断や治療の指針を示すことができた点は臨床医や患者さんにとって大きな意義があったと思います。この初版の診断基準を用いることによって、異なる施設においても統一した基準で実態調査を施行することが可能となりました。その代表的な研究

がACO Japan Cohort Studyです。権先生、本手引きの初版を用いて実施されたACO Japan Cohort Studyについて解説していただけますか。

権 初版に掲載されたACOの診断基準(表1)に基づいて、COPD患者におけるACO患者の割合を調査する前向き多施設観察コホート研究ACO Japan Cohort Studyが行われました³⁾。その結果、ACO診断に必要なデータを有する396例のうち、101例(25.5%)がACOの診断基準に合致しました。ACOの基準に合致していない(非ACO)患者と比較して、ACOの基準に合致している(ACO)患者は、医師の診察に基づく診断においても喘息と診断されている割合が高く、若齢で、吸入ステロイド薬(ICS)を含むより多くの薬剤を使用してい

基本的事項

40歳以上、慢性気流閉塞：気管支拡張薬吸入後1秒率(FEV₁/FVC)が70%未満

【COPDの特徴】1、2、3の1項目	【喘息の特徴】1、2、3の2項目あるいは1、2、3のいずれか1項目と4の2項目以上
1. 喫煙歴(10pack-years以上)あるいは同程度の大气汚染曝露	1. 変動性(日内、日々、季節)あるいは発作性の呼吸器症状(咳、痰、呼吸困難)
2. 胸部CTにおける気腫性変化を示す低吸収領域の存在	2. 40歳以前の喘息の既往
3. 肺拡散能障害(%DLco<80%あるいは%DLco/VA<80%)	3. 呼気中一酸化窒素濃度(FeNO)>35ppb 4-1) 通年性アレルギー性鼻炎の合併 -2) 気道可逆性(FEV ₁ >12%かつ>200mLの変化) -3) 末梢血好酸球>5%あるいは>300/μL -4) IgE高値(総IgEあるいは通年性吸入抗原に対する特異的IgE)

1. ACOの診断は、COPDの特徴の1項目+喘息の特徴の1、2、3の2項目あるいは1、2、3のいずれか1項目と4の2項目以上。

2. COPDの特徴のみあてはまる場合はCOPD、喘息の特徴のみあてはまる場合は喘息(リモデリングのある)と診断する。

3. ACOを診断する際に喘息の特徴を確定できない場合、喘息の特徴の有無について経過を追って観察することが重要である。

4. 通年性吸入抗原はハウスダスト、ダニ、カビ、動物の鱗屑、羽毛など、季節性吸入抗原は樹木花粉、植物花粉、雑草花粉など、である。

【参考1】胸部単純X線などで識別を要する疾患(びまん性汎細気管支炎、先天性副鼻腔気管支症候群、閉塞性汎細気管支炎、気管支拡張症、肺結核、塵肺症、リンパ脈管筋腫症、うっ血性心不全、間質性肺疾患、肺癌)を否定する。

【参考2】咳・痰・呼吸困難などの呼吸器症状は、喘息は変動性(日内、日々、季節)あるいは発作性、COPDは慢性・持続性である。

表1 ACOの診断基準(初版)

(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き2018(初版)より引用)

ました(すべて $p < 0.05$)。さらに2年間の追跡の結果、2年時にはACO診断に必要なデータを有するCOPD患者のうち、ACO患者は24.7%と安定していました⁴⁾。ACO患者は、非ACO患者と比較して、前年の中等度から重度の増悪が多く、FEV₁の低下が加速していました。追跡期間中に新たにACOの基準に合致してACOと診断されたCOPD患者もおりますので経時的に注意して観察していく必要があります。初版の診断基準は、高リスクのCOPD患者を特定するのに有用であることが明らかになりました。これらのことが第2版に記載されています。

室 初版で日本におけるACOの診断基準が示されたことが、わが国にお

けるACOの実態把握につながったと思います。それらの知見に加えて、初版の発刊から6年が経過し、その間に喘息に対する生物学的製剤などの複数の新規薬剤が登場したことも踏まえて、第2版の発刊に至りました。

2. 診断(第5章)の改訂点

室 初版では診断の章の1つ目の項目は「診断の目安と基準」でしたが、『喘息予防・管理ガイドライン』⁵⁾で診断の「目安」としているため、診断の「基準」という表現が誤解を招く可能性もあり、第2版では項目名から「基準」を削除し、「診断の目安」としました。また、診断の章の「喘息から見た

ACOの診断」、「COPDから見たACOの診断」という項目に、それぞれ診断のフロー図を掲載しました(図1、2)。権先生、喘息から見たACOの診断のポイントを解説していただけますか。
権 喘息患者においてCOPDの合併を診断するためには、まず気流閉塞の原因となる呼吸器疾患(びまん性汎細気管支炎、先天性副鼻腔気管支症候群、閉塞性細気管支炎、気管支拡張症、肺結核、塵肺、リンパ脈管筋腫症、うっ血性心不全、間質性肺炎、肺がんなど)を除外します。主にタバコ煙などの有害物質の長期吸入曝露、末梢気道病変や気腫性病変によって生じる気流閉塞を証明する必要があります。10pack-years以上の喫煙歴、CTにおける肺気腫の存在が重要な指

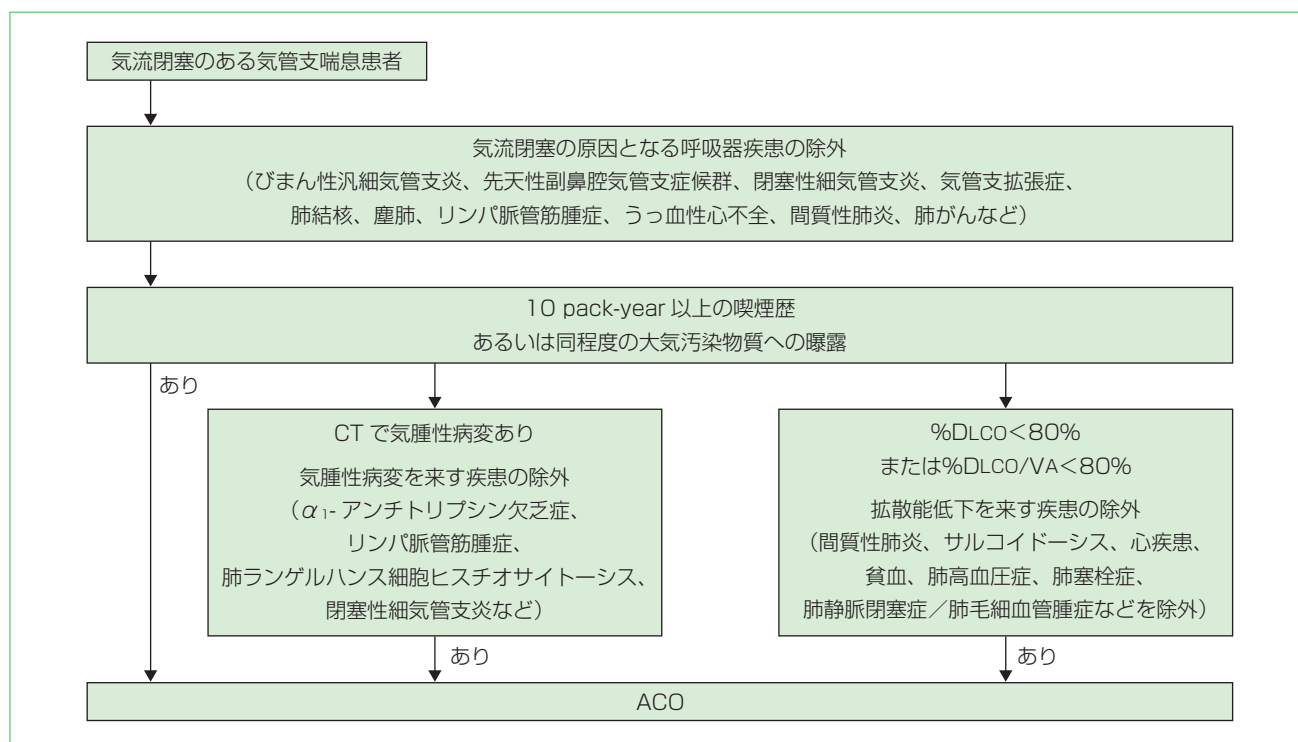


図1 喘息患者においてCOPDを診断するためのフロー

(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用)

標になります。また、肺拡散能障害（%DLco<80%または%DLco/VA<80%）も喘息に合併したCOPDを診断する1つの指標となっています。こうした画像診断や呼吸機能検査を組み合わせたアプローチによって、COPDの特徴を有する患者さんを診断できると思います。それによって、比較的早期に治療介入が可能になるとともに、個々の患者さんに合った治療アプローチが可能になると考えています。

室 喘息診療において、特に10pack-years以上の喫煙歴、画像診断における気腫性病変の存在などを見逃さないことが重要ですね。

権 そうですね。喫煙が持続性気流

閉塞の原因になっているにもかかわらず、見逃しによって単なる喘息として治療されていることが臨床上の問題点の1つになっていると思います。患者さんにとって適切な管理を続けていく上でもこうした診断方法が役立つと考えています。

室 それでは杉浦先生、COPDから見たACOの診断のポイントについて解説していただけますか。

杉浦 図2に示すとおり、まずCOPDと診断されている患者から喘息様の症状を起こし得る鑑別疾患を除外する必要があります。これは、第5章4の表1を参照としており、実際には『喘息予防・管理ガイドライン』⁵⁾を参考に、喘息症状と類似する疾患群を

抜粋して示しています(表2)。次に、喘息の合併を疑う特徴1~4の有無を確認します。1つめの変動性あるいは発作性の呼吸器症状は、喘息に特異的な症状であり、こうした呼吸器症状を有する場合は積極的に喘息の合併を疑うべきです。2つめの40歳以前の喘息の既往は、スペインのACO診断基準⁶⁾、SinらのRound Table Discussionの基準⁷⁾、ECLIPSE研究における診断基準⁸⁾など、他のACOの診断基準や目安にも採用されている項目です。3つめのFeNO>35ppbについては、FeNOは喘息の2型気道炎症マーカーであり、喘息の補助診断としての有用性が高く、健常者の正常上限である37ppbをカットオフ

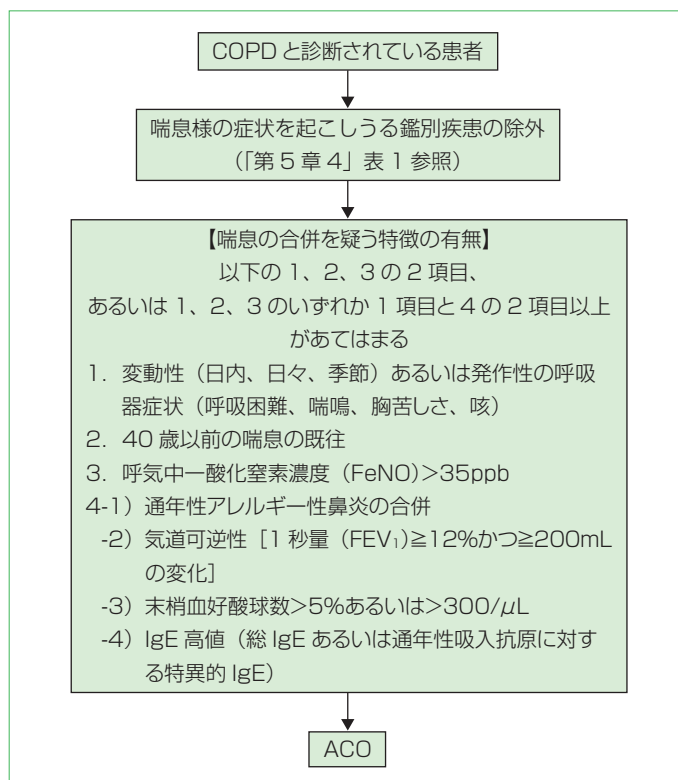


図2 COPD患者において喘息の合併を診断するフロー
(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用)

とした場合に、喘息診断の特異度は99%であることが報告されています⁹⁾。4つめの項目には、1)～4)の小項目があります。1) 通年性アレルギー性鼻炎の合併は、成人の喘息患者の60%以上に認められ、重要なポイントとなります。2) 気道可逆性 ($FEV_1 \geq 12\%$ かつ $\geq 200\text{mL}$ の変化) は、喘息の診断の目安のなかでも重要な指標であり、多くのACOの診断基準において採用されています。3) 末梢血好酸球数 $> 5\%$ あるいは $> 300/\mu\text{L}$ については、一般に喘息患者では健常者と比較して末梢血好酸球は増加するといわれており、 $> 5\%$ あるいは $> 300/\mu\text{L}$ という数値は治療に対する反応性も加味して設定しています。4) IgE高値に関しては、アトピー素因の存在を示唆し、アトピー型喘息の診断の一助となります。これらを総合してCOPDと診断されている患者から喘息の要素を拾い出し、最終的にACOと診断します。

室 COPD患者において喘息の合併を診断するフローに関しては、初版のACOの診断基準(表1)の「喘息の特徴」の部分がそのまま採用されており、これが第2版でもそのまま採用さ

れているということは、やはり臨床的に意義があるということがまた再確認できるかと思います。診断の前段階として表2を参照し、鑑別診断を適切に行うことが特徴となっています。鑑別すべき他疾患は、非常に臨床的に役に立つと思います。また、第7章「多面的評価」にACOの全身併存症の記載を新たに設け、骨粗鬆症、心血管疾患、GERD、うつなどに注意喚起しています。

3. 治療(第8章)の改訂点

室 第2版では、表3に示す1～8をACOの管理目標としています。1～8のうち、2、4、7が初版とは若干異なります。まず「2. 呼吸機能障害・気道過敏性亢進の改善」は、気道過敏性を実臨床で測定することは難しく、気道炎症であればFeNOなどで容易に評価できることから、「2. 呼吸機能障害の改善および気道炎症の制御」に変更しました。「4. 疾患の進行・気道リモデリングの抑制」に関しては、気道リモデリングは喘息を強く意識した表現であり、COPDでは気道病変と

いう表現になることから、「4. 呼吸機能の経年低下および疾患進行の抑制」に変更しました。「7. 生命予後の改善」については、『COPD診断と治療のためのガイドライン第6版』¹⁰⁾において、COPDの管理目標として「疾患進行の抑制および健康寿命の延長」という記載が追加になったこと、社会全体が平均寿命と健康寿命の差をなくして、健康寿命の延長を目指すようになったことから、「7. 生命予後の改善と健康寿命の延長」に変更となりました。先生方、ACOの管理目標について、コメントをいただけますか。

権 喘息の場合、最近では寛解を目指すことが治療目標の1つになっていますが、ACOの場合は背景にCOPDの病態があるため、喘息で目指すような寛解がゴールになり得るのが問題になると思います。一方、ACOであっても喘息合併という点では、生物学的製剤を使用できる患者さんもいると思いますし、適切な病態評価と薬剤選択によって、経口ステロイド薬(OCS)を使用しない治療に切り替えることで、副作用の回避が期待できます。ACOの管理目標を改訂したことで、寛解という概念に近いよ

1. 上気道疾患：喉頭炎、喉頭蓋炎、vocal cord dysfunction (VCD)
2. 中枢気道疾患：気管内腫瘍、気道異物、気管軟化症、気管支結核、サルコイドーシス、再発性多発軟骨炎
3. 気管支～肺泡領域の疾患：びまん性汎細気管支炎
4. 循環器疾患：うっ血性心不全、肺血栓塞栓症
5. 薬剤：アンジオテンシン変換酵素阻害薬などによる咳
6. その他の原因：自然気胸、迷走神経刺激症状、過換気症候群、心因性咳嗽

表2 喘息と鑑別すべき他疾患

(喘息予防・管理ガイドライン2021. より引用改変)

1. 症状およびQOLの改善
2. 呼吸機能障害の改善および気道炎症の制御
3. 運動耐容能・身体活動性の向上および維持
4. 呼吸機能の経年低下および疾患進行の抑制
5. 増悪の予防
6. 合併症・併存症の予防と治療
7. 生命予後の改善と健康寿命の延長
8. 治療薬による副作用の回避

表3 ACOの管理目標

(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用)

うな治療目標を設定できるようになったことは意義があると感じています。

杉浦 第2版のACOの管理目標は、喘息、COPDそれぞれの最新の管理目標が融合されており、初版と比較してバランスがとれている印象があります。

室 パブリックコメントにおいてもACOの管理目標に対する指摘はありませんでした。喘息、COPDそれぞれの管理目標がうまく統合されているのだと思っています。

次に、ACOの重症度についてですが、初版では、ACOの重症度判定として、喘息の重症度分類（軽症間欠型～最重症持続型）とCOPDの病期分類（Ⅰ期～Ⅳ期）から、ACO重症度をグレード1～4に分類し、喘息の重症度とCOPDの病期が一致しない場合は、より重症度の高いほうを採用するとしていました。そのため、喘息はステップ1でもCOPDはステージⅣと重症の場合、ACO重症度はグレード4と判定され、本来ICSは低用量が適している患者さんに対して中～高用量のICSが投与されることが懸念さ

れました。こうした課題を解決すべく、第2版では、初版で提唱されたACOの重症度判定に加えて、増悪と症状を重視してACOのタイプを6つ（タイプ1A/B、タイプ2A/B、タイプ3、タイプ4）に分類し（表4）、タイプに応じた薬物治療を提唱しています（表5）。このタイプ分類は、COPD視点からのACOにおけるICSのunder use or over use、喘息視点からの気管支拡張薬のunder useの改善を念頭に置いたものです。たとえば、喘息が軽症間欠型で呼吸困難が軽度の患者さんはタイプ1Aとして、ICS（低用量）＋長時間作用性 β_2 刺激薬（LABA）またはICS（低用量）＋長時間作用性抗コリン薬（LAMA）を検討します。一方、喘息が軽症間欠型でも呼吸困難が強い患者さんはタイプ1Bとして、ICSの強化よりも気管支拡張薬に注目し、LAMA＋LABA＋ICS（低用量）を検討します。このように第2版では呼吸困難にも注目していることが大きな変更点であり、たとえ喘息が最重症持続型であっても、呼吸困難の程度によっては、ICSは高用量ではなく中用量を選択することもあるため、

ICSの用量は中～高用量としています。

私は、GOLD（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease）¹¹⁾、GINA（Global Strategy for Asthma Management and Prevention）¹²⁾のいずれもACOの存在は認めているものの、治療は喘息に準じて行うといったスタンスだと理解しています。第2版に掲載されたACOのタイプに応じた薬物治療（表5）に関しては、GOLDやGINAで不足している部分、要するにLAMAの使い方を提示できたと考えています。先生方は、今回の改訂で提示されたACOのタイプに応じた薬物治療（表5）について、どのようにお考えですか。

杉浦 初版の問題点として、COPDの重症度が呼吸機能のみで規定されていたことが挙げられます。こうした問題点を解決すべく、COPDの重症度をPRO（Patient-Reported Outcome：患者報告アウトカム）で判定することにした点は画期的だと思います。また、COPD重症・喘息軽症の患者に高用量のICSが投与されるリスクを避ける必要がありますが、今

COPD 重症度 *1		喘息重症度	軽症間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型～最重症持続型
基本治療	PRO *2	m MRC 0-1 CAT < 10	タイプ1A	タイプ2A	タイプ3	タイプ4
		m MRC ≥ 2 CAT ≥ 10	タイプ1B	タイプ2B		

*1：COPD 増悪は喘息増悪と同等に考える。

*2：patient-reported outcome。

表4 ACOのタイプ分類（2023年改訂）

（喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用）

回の改訂では、各疾患の重症度を現行のガイドラインに合わせて細分化しており、より適切な治療を行うことが可能になったと思います。

権 COPDの重症度はPRO、喘息は増悪を含めて重症度を判定することから、ACOの特徴を踏まえた薬物治療を行うことができると思います。おそらく多くの呼吸器専門医は、すでに表5のような治療を行っていると考えられ、違和感はないと思います。また、プライマリケアの先生方には呼吸器専門医の判断に近い薬物治療が行えるようになって考えています。

室 権先生のご指摘どおり、呼吸器専門医はすでにこうした治療を行っ

ていると思いますが、それを第2版で明文化し視覚的にも表現できたことに意義があると感じています。また、私たち呼吸器専門医にとっては、PRO、mMRC、CATはなじみがありますが、プライマリケアの先生方にとってはあまりなじみがないと思います。これらについて、プライマリケアの先生方にもわかりやすく説明する必要があると思いますが、先生方はどのようにお考えですか。

杉浦 PROは耳慣れない言葉かもしれませんが、息切れの程度であるmMRCは問診で分かりますから、それほど複雑ではないと思います。CATに関しては患者さんに記入してもら

うという手間がかかりますから、プライマリケアの先生方にとっては少し煩わしいかもしれません。

権 専門医の役割の1つとして、プライマリケアの先生方に対する専門的な治療に関する啓発・教育も担っていく必要があると考えています。そのため、本手引きを介して、数種類ある吸入薬の使い方、推奨される治療を提案していくことも専門医の役割だと思っています。

室 本手引きでは、生物学的製剤、喀痰調整薬、禁煙といった吸入療法以外の治療についても解説しています。特にプライマリケアの先生方は喀痰調整薬を使用する機会が多いと思い

COPD 重症度		喘息重症度	軽症間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型～ 最重症持続型
基本治療	PRO *1	m MRC 0-1 CAT < 10	ICS（低用量）+ LABA or ICS（低用量）+LAMA	ICS（低～中用量）+LABA or ICS（低～中用量）+LAMA	LAMA+LABA+ICS （中～高用量）*2	LAMA+LABA+ICS （中～高用量）*2.7
		m MRC ≥ 2 CAT ≥ 10	LAMA+LABA+ICS （低用量）*2.3	LAMA+LABA+ICS （低～中用量）*2.3		
追加治療			LTRA、テオフィリン徐放製剤、喀痰調整薬		左記に加えて マクロライド、（一部の 生物学的製剤*4）	左記に加えて 生物学的製剤*4、 経口ステロイド薬
			アレルギー免疫療法*5			
増悪時ないしは頓用吸入として			吸入 SABD 頓用*6			

*1 : patient-reported outcome。

*2 : Single-inhaler triple therapy (SITT) が望ましい。

*3 : LAMA+LABA+ICS は、LABA/ICS+LAMA、LAMA/LABA+ICS いずれも可。

*4 : 生物学的製剤の適応については、添付文書、『喘息予防・管理ガイドライン2021』、『喘息診療実践ガイドライン2023』を参照のこと。

*5 : ダニアレルギーで特にアレルギー性鼻炎合併例で、安定期の % FEV₁ ≥ 70% の場合に考慮。

*6 : Short acting bronchodilators。通常は SABA が頻用されるが、COPD では症状緩和に SAMA の有効性も示されている。

*7 : 重症喘息の場合は高用量 ICS が必要である。一方で COPD の要素が大きい場合、肺炎リスクの上昇を考慮して、ICS の用量は中～高用量とした。

注：気管支喘息・COPD ともに ICS は用量依存性に気道感染リスクを上昇させるという報告がある。必要に応じて ICS 用量の増減は常に念頭に置く必要がある。

表5 ACOのタイプに応じた薬物治療

(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用)

ます。ACOの治療では禁煙も非常に重要になるため、本手引きを手に取っていただき、改めてご確認いただきたいと考えています。また、第2版

では、ACOの治療方針と治療評価の図に、非薬物療法が追加されました(図3)。ACOの治療には薬物療法だけでなく、非薬物療法もあることを

念頭に置いていただく際に、この図が役に立つことを期待したいと思います。

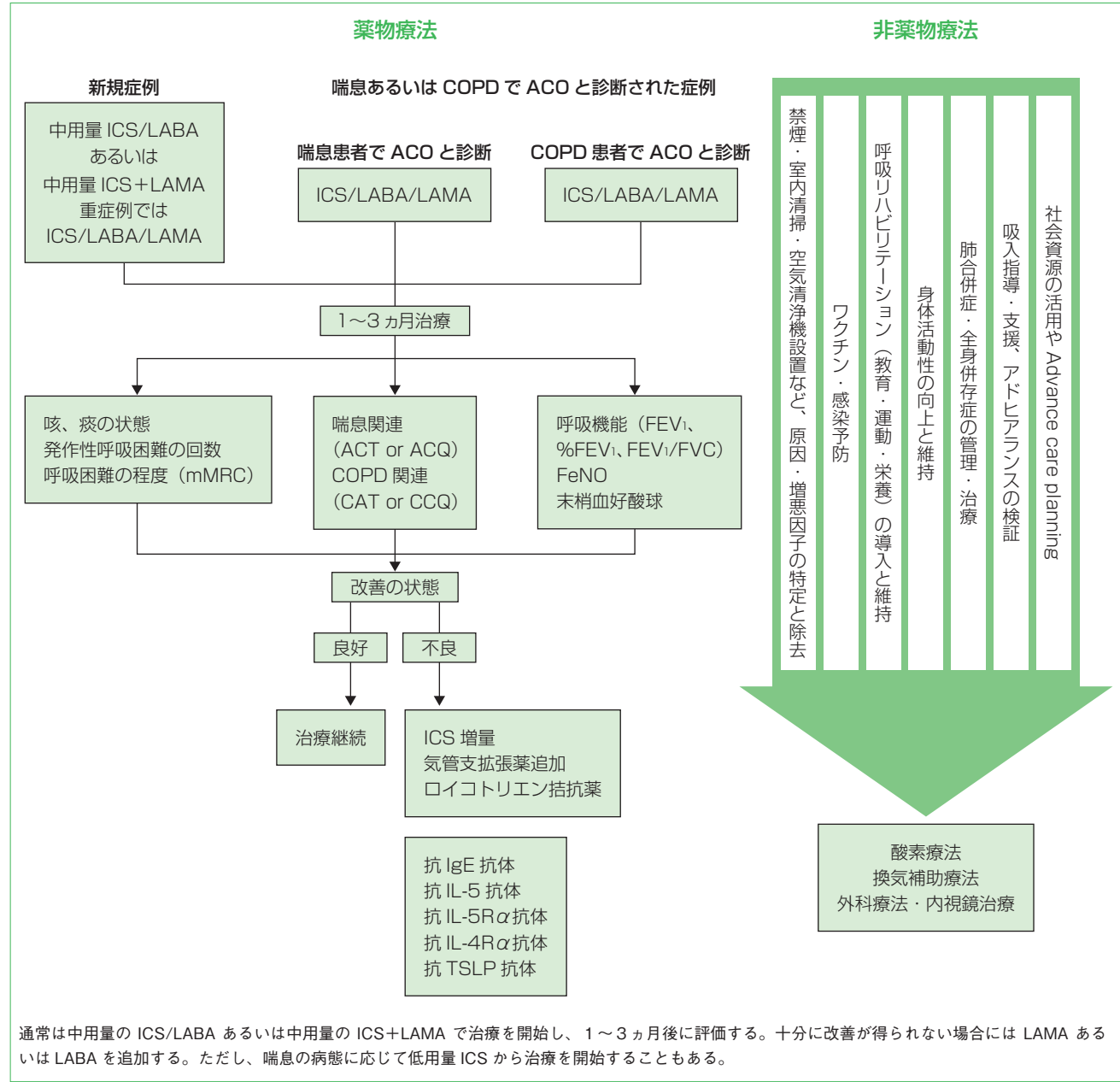


図3 ACOの治療方針と治療評価

(喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. より引用)

4. ACO診療の課題

室 ACO診療の課題として、高齢の患者さんに対する聞き取りや診断の難しさがあると思いますが、実臨床において苦慮されていること、あるいは工夫されていることはありますか。

杉浦 高齢の患者さんのなかには認知機能が低下している方も見受けられ、吸入指導の際に問題になることがあります。喘息、COPDのいずれも治療の中心は吸入薬ですから、適切に吸入できるかどうか、またアドヒアランスを維持できるかどうかは重要なポイントになります。そのため、患者さん本人や家族などの介助者に繰り返し指導するといった工夫も必要だと思います。

権 高齢者とアレルギーは結び付きにくいようで、高齢のCOPD患者さんの背景にアレルギー炎症があったとしても、見落とされてしまうこともあるようです。ICSが必要な方を見逃さないためにも、診断フローに基づいて適切な評価を行うことが大切です。また、副作用の回避はACOを管理していく上で重要ですが、ICSによる肺炎リスクが生じる可能性もありますから、手引きの重症度に基づいて適切に管理する必要があると思います。そのためには、まずは手引きの普及が課題だと感じています。

室 高齢の患者さんに対しては、いわゆるclinical inertia（臨床的惰性）として昨今問題となっていますが、例えば高用量ICSを一度処方したら、見直すこともなく漫然と使い続け、結果として感染リスクを高めていたと

いったことが起こり得ると思います。そうした事態を招かないためにも、実臨床において第2版のACOの治療方針と治療評価の図を参考にしていただけると私たちも非常に嬉しく思います。吸入指導に関しては、ACOに限らず、吸入薬を使用する気道疾患の患者さんには繰り返し指導する必要があります。権先生、何かご意見などはありますか。

権 吸入指導は吸入薬を使用し続ける限り、永遠のテーマだと思います。

室 薬剤師、看護師といったメディカルスタッフの方々にも協力していただきたいですね。

権 そうですね。ACOの場合、喘息とCOPDがオーバーラップしている患者さんに対する吸入指導であることを認識する必要があります。今後は、医師のみならず、薬剤師や看護師など吸入指導に携わるさまざまな職種に対して広く疾患啓発を行う必要があると思います。

5. ACO診断と治療の手引き第2版の読者の先生にお願いしたいこと

室 最後になりましたが、『ACO診断と治療の手引き第2版』をご覧になる先生方をお願いしたいこととして、まずはお手元に置いていただき、初版をお持ちの場合は第2版と比較して何か新しくなったのか実際にご確認いただきたいと思います。また、第2版には改訂のポイントが記載されたページがありますので、そちらをご覧くださいと、今回の改訂の意図を理解していただけたらと思います。前述のとおり、GOLD¹¹⁾、GINA¹²⁾のい

ずれも、ACOは喘息として治療を行うスタンスですが、実臨床ではより細かな対応が求められます。ACOの喘息の部分だけに注力すると、ICSや気管支拡張薬の使い方が不適切になってしまうかもしれません。第2版をご覧になる先生方には、そうしたメッセージを汲みとっていただきたいと思っています。

杉浦 第2版は初版の良い点や実臨床で果たした役割をうまく継承していると思います。2017年の初版の発行から6年間で明らかになった疫学データ、新規治療薬、有効性などのエビデンスが多く取り入れられています。おそらく世界的に見ても、これほど精緻なACOの手引き、ガイドラインは存在しないのではないかと思います。特に治療に関しては、初版の課題であったACOの重症度の評価を見直し、実臨床での治療と齟齬が生じないように配慮されています。第2版はわが国の高い医療水準に合った手引きになったとわれわれも自負しています。ACOの病態を見逃さずに的確に診断して治療を行うことで、多くの患者さんの症状が改善するとともにQOLも向上し、健康寿命の延伸につながると思っています。ぜひ本手引きをお手元に置いていただき、実臨床に役立てていただきたいと思います。

権 同感です。専門医だけでなく、ACOの診療に携わるすべての先生方に本手引きをお手元に置いていただき、適切な治療を行っていただきたいと思います。

室 先生方、本日は有意義なお話をありがとうございました。

References

- 1) 日本呼吸器学会喘息と COPD のオーバーラップ (ACO) 診断と治療の手引き第2版作成委員会(編). 喘息と COPD のオーバーラップ診断と治療の手引き第2版 2023. 東京: メディカルレビュー社; 2024.
- 2) 日本呼吸器学会喘息と COPD のオーバーラップ診断と治療の手引き2018作成委員会(編). 喘息と COPD のオーバーラップ診断と治療の手引き2018. 東京: メディカルレビュー社; 2017.
- 3) Hashimoto S, Sorimachi R, Jinnai T, Ichinose M. Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap According to the Japanese Respiratory Society Diagnostic Criteria : The Prospective, Observational ACO Japan Cohort Study. *Adv Ther.* 2021 Feb ; 38(2) : 1168–1184.
- 4) Hashimoto S, Yoshida Y, Makita N, et al. Real-World Evidence on the Diagnostic and Clinical Characteristics of Asthma in Japanese Patients with COPD : The ACO Japan Cohort Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2023 Jan 19 ; 18 : 37–46.
- 5) 「喘息予防・管理ガイドライン2021」作成委員(編). 喘息予防・管理ガイドライン2021. 東京: 協和企画; 2021.
- 6) Soler-Cataluña JJ, Cosío B, Izquierdo JL, et al. Consensus document on the overlap phenotype COPD-asthma in COPD. *Arch Bronconeumol.* 2012 ; 48 : 331–7.
- 7) Sin DD, Miravittles M, Mannino DM, et al. What is asthma-COPD overlap syndrome? Towards a consensus definition from a round table discussion. *Eur Respir J.* 2016 ; 48 : 664–73.
- 8) Wurst KE, Rheault TR, Edwards L, et al. A comparison of COPD patients with and without ACOS in the ECLIPSE study. *Eur Respir J.* 2016 ; 47 : 1559–62.
- 9) Matsunaga K, Hirano T, Akamatsu K, et al. Exhaled nitric oxide cutoff values for asthma diagnosis according to rhinitis and smoking status in Japanese subjects. *Allergol Int.* 2011 Sep ; 60(3) : 331–7.
- 10) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第6版作成委員会(編). COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第6版. 東京: メディカルレビュー社; 2022.
- 11) <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.1wms.pdf>
- 12) <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>