

Arthritis Care & Research

Vol. 0, No. 0, Month 2025, pp 1–25

DOI 10.1002/acr.25690

© 2025 American College of Rheumatology

AMERICAN COLLEGE
of RHEUMATOLOGY
Empowering Rheumatology Professionals

2025 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the Treatment of Systemic Lupus Erythematosus

膠原病 Jornal Club 2026.02.10

越田 祐旭

ACR SLEガイドライン2025の内容

- ループス腎炎以外のSLEの治療・管理について記載
- SLEの診断に関する記載なし
- SLEのtype2症状（疲労感、全身疼痛、ブレインフォグ）、メンタルヘルス（うつ病、不安症）、抗リン脂質抗体症候群（APS）の治療について記載なし
- SLEの併存疾患、感染症予防、骨粗鬆症、悪性腫瘍スクリーニング、妊娠・出産等の管理はガイドライン対象範囲外だが、他のガイドラインや情報源を参照した補足事項を記載

治療薬のガイドンスと治療のゴール：GPSとGC

推奨：治療薬のガイドンスと治療のゴール

GPS：SLE治療の目標は長期的な転帰改善に最適な疾患コントロール（例：寛解/低疾患活動性）の達成であるべき

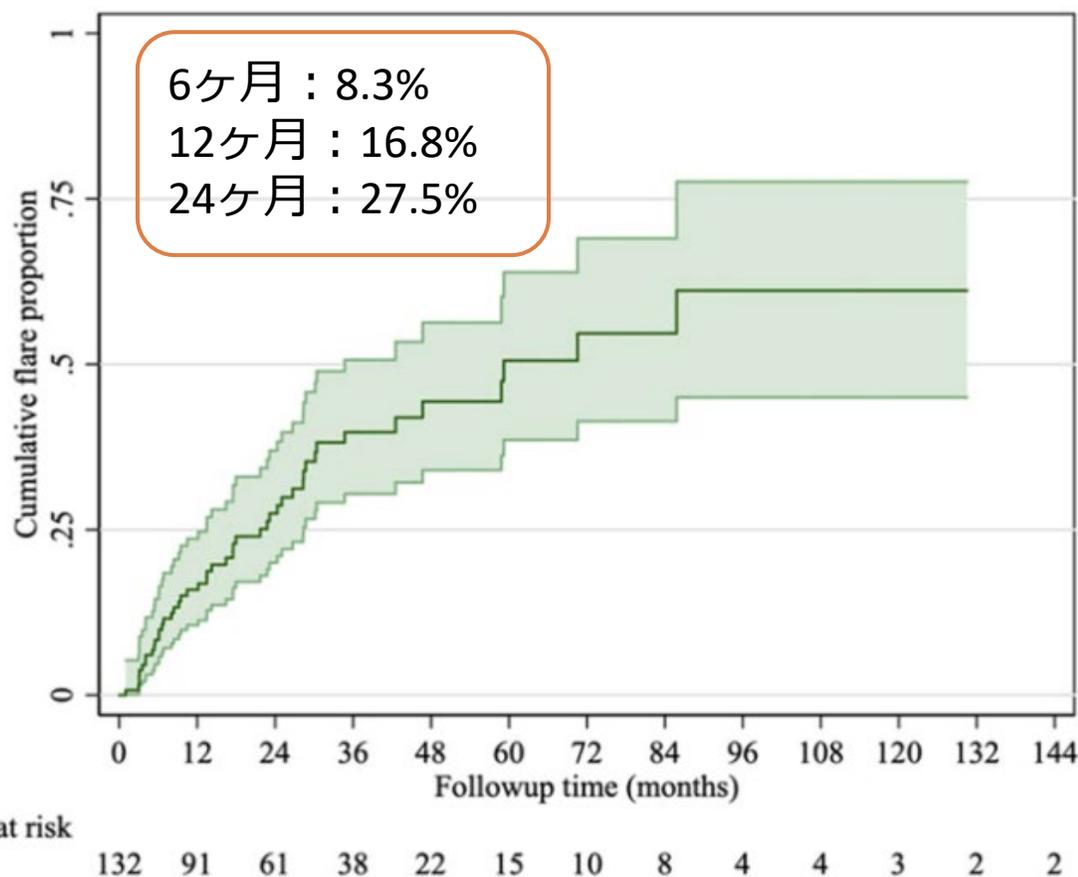
GPS：急性炎症を迅速に抑えるため、必要最小限の用量かつ期間で速やかにグルココルチコイド（GC）を処方し、GCの有害事象を最小限にするため早期に免疫抑制薬を開始する

推奨：GC	強さ	エビデンスの質
臓器または生命を脅かすSLEの増悪時： メチルプレドニゾン（mPSL）パルス療法（mPSL 250～1,000mg×1～3日） に続けての経口GCの漸減をパルス療法なしの高用量経口GC漸減より推奨	条件付き推奨	非常に低い
PSL > 5mg/日で安定時： 6か月以内にPSL ≤5mg/日（理想的にはゼロ）まで漸減すること推奨	強い推奨	低い
PSL ≤5mg/日で持続的寛解時：PSL offに向け緩やかに漸減する	条件付き推奨	非常に低い
PSL ≤5mg/日に減量できない時：免疫抑制療薬の開始または強化	条件付き推奨	非常に低い

治療薬のガイドンスと治療のゴール：GC

- GCは静注>経口で作用発現が速く、横断性脊髄炎や重症血小板減少症など重症病態は静注がbetter（文献なし）
- PSL 5mg/日で臨床的寛解維持中、HCQや他治療継続でPSL 1mg/日ずつ緩やかな漸減でPSL中止可能な可能性

GC中止後の累積再燃率



- SLE 132名、北京大学病院のコホート試験
- 再燃の独立した保護因子はHCQの使用
HR 0.29 (0.15-0.56) or HR 0.23 (0.17-0.62)
- 再燃の独立した危険因子
 - ・ 低補体：HR 2.53 (1.32-4.88)
 - ・ SACQ：HR 3.17 (1.44-6.97)
- GC減量ペースと再燃（1～2年で中止が再燃少ない）

Duration from prednisone 5 mg/day to complete withdrawal	n	Model 3, HR (95% CI)	P-value
Whole group ^a	132	0.68 (0.47, 0.99)	0.045
≤3 months	21	Reference	
3-12 months	33	0.41 (0.19, 0.91)	0.029
12-24 months	31	0.30 (0.11, 0.82)	0.019
≥24 months	47	0.36 (0.12, 1.11)	0.076

SACQ : serologically active clinically quiescent (抗ds-DNA抗体陽性+低補体)

Rheumatology 2022;62(1):181-189.

治療薬のガイダンスと治療のゴール：HCQ

推奨：HCQ	強さ	エビデンスの質
SLEでは禁忌でない限り、HCQをルーチンで使用	強い推奨	非常に低い～中等度
SLEでは寛解維持時もHCQを無期限に継続する	条件付き推奨	低い
HCQ投与中のSLE： 網膜毒性の最小限化のため、HCQの長期的な平均一日投与量は ≤5 mg/kgを> 5 mg/kgより推奨 治療開始時または疾患コントロール維持のため、 短期間の高用量HCQ（5～6.5 mg/kg/日）が必要となる場合もある	条件付き推奨	非常に低い～低い

- 高用量HCQは妊娠中にも正当化される
- HCQ網膜症の定期検査は無症状早期網膜症の同定が可能で、視力低下リスク軽減のため全HCQ長期使用者に重要
- HCQ血中濃度の最適な使用方法についてのコンセンサスは得られていない

治療薬のガイドランスと治療のゴール：HCQの用量

- HCQ使用 634名、平均追跡期間 7.6年、HCQ網膜症発症 11人、累積発生率：5年目 0%、10年目 3.9%

HCQ $\geq 5\text{mg/kg/日}$ 網膜症発生HR 3.59 (1.09-11.84)、HCQ累積投与量100g増加→網膜症リスク48%増加

Rheumatology 2022;61(8):3172-3179.

- HCQ使用 3325名、平均追跡期間 8.9年、HCQ網膜症発症 81人、累積発生率：10年目 2.5%、15年目 8.6%

15年目網膜症累積発生率：HCQ $> 6\text{ mg/kg}$ 21.6%、HCQ $5 \sim 6\text{ mg/kg}$ 11.4%、HCQ $\leq 5\text{ mg/kg}$ 2.7%

Ann Intern Med. 2023;176(2):166-173.

- HCQ使用SLE 342名、HCQ $\leq 5\text{mg/kg/日}$ 、全てのSLE再燃 HR 1.98 (1.03-3.79)

JAMA. 2022 Oct 11;328(14):1458-1460.

- HCQ使用SLE 2974名、1回以上の入院 584人、活動性のSLEによる入院リスク

HCQ $\leq 5\text{mg/kg/日}$ HR 4.20 (1.45-12.19)、HCQ $< 400\text{mg/日}$ HR 3.39 (1.31-8.81)

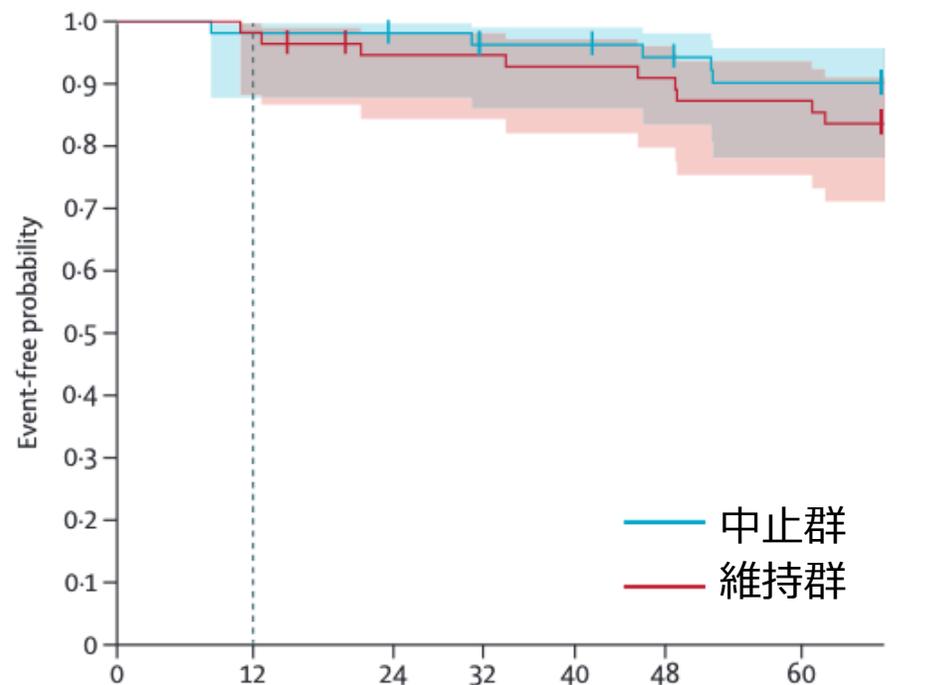
Arthritis Rheumatol. 2024;76(10):1512-1517.

- HCQ $\geq 5\text{mg/kg/日}$ は網膜症リスク増加するが、SLE再燃リスクは低下しリスクベネフィットを考慮した用量調整が必要

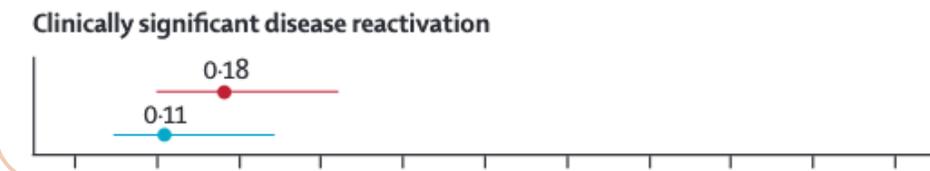
治療薬のガイドンスと治療のゴール

推奨：免疫抑制薬	強さ	エビデンスの質
臨床的寛解・低疾患活動性を維持しているSLE： 3～5年後に免疫抑制療法を漸減し中止を目標とすることを推奨	条件付き推奨	低い

臨床的に重要な疾患再燃



- 非盲検RCT非劣性試験、米国19施設、Clinical SLEDAI <4、MMF用量が安定・減量中（腎 ≥2年、腎以外 ≥1年）
- MMF中止群（12wで漸減off）、MMF維持群（60w）に1:1割り付け
- 結果：中止群 51名/維持群 49名、うちLN既往 76人
60wの臨床的に重要な疾患再燃（免疫抑制薬の増量or追加）
→中止群：9/51人（18%）、維持群：5/49人（10%）
- SLE寛解時MMF中止は維持と比較し臨床的に重要な疾患再燃は非劣性
※ただしMMF中止で臨床的に重要な疾患再燃リスクは7%増加



MMF：ミコフェノール酸モフェチル
Lancet Rheumatol. 2024;6(3):e168-e177.

臓器特異的症状

推奨：臓器特異的症状	強さ	エビデンスの質
初期治療に抵抗性を示すあらゆる臓器系における持続的なSLE疾患活動性に対して治療の強化を強く推奨	強い推奨	非常に低い～中等度
推奨：血液病変		
<p>白血球減少-無症候性好中球・リンパ球減少（いずれか絶対値<1,000/μL）： 他のSLE疾患活動性がない場合、免疫抑制治療（GC、従来型・生物学的免疫抑制薬）の開始を推奨しない</p>	条件付き反対	非常に低い
<p>血小板減少-慢性無症候性血小板減少症（<30,000/μL）： 経過観察やGC単剤治療より、追加療法（ミコフェノール酸アナログ（MPAA）、アザチオプリン（AZA）、カルシニューリン阻害薬（CNI）、抗CD20療法、ベリムマブ（BLM）、IVIG）を併用しGCを開始を推奨</p>	条件付き推奨	非常に低い
<p>血小板減少-症候性血小板減少症（つまり活動性の重大な出血を伴う）： 従来型免疫抑制薬の追加よりIVIG and/or 抗CD20療法を追加したGCでの初期治療を推奨</p>	条件付き推奨	非常に低い
<p>溶血性貧血-症候性自己免疫性溶血性貧血（虚血 and/or 血行動態不安定）： 従来型免疫抑制薬の追加よりIVIG and/or 抗CD20療法を追加したGCでの初期治療を推奨</p>	条件付き推奨	非常に低い

臓器特異的症状（血液病変）

- マクロファージ活性化症候群や血栓性微小血管障害を示唆する著明な血球減少など

生命を脅かす血液学的症状がある場合は、血液専門医との共同管理が推奨

- 好中球減少（好中球 $< 1,000/\mu\text{L}$ ）

- ・ 好中球減少が重症で感染症合併時にのみG-CSFを投与（G-CSF投与後のSLE再燃報告があり慎重に使用）

- 免疫性血小板減少性紫斑病（ITP）

- ・ 米国血液学会ガイドラインでは血小板 $< 30,000/\mu\text{L}$ であれば、経過観察ではなく治療を推奨

- ・ トロンボポエチン受容体作動薬（TPO-RAs）はSLEに有効だが、血液内科医と相談のうえ行うべき

- ・ 脾摘は最後の手段

- 溶血性貧血

- ・ 軽度で十分に代償している場合は、短期間GCや従来型・生物学的免疫抑制薬などの代替療法を考慮

臓器特異的症状：ITPとTPO-RAs

■ 本ガイドライン引用文献は以下のみ

- ・ バージニア大学、GC抵抗性SLE-ITP4名（うち1名はAPS併発）にTPO-RAsを使用
- ・ APS併発のない3名で血小板増加、出血予防達成。4名とも血栓症や背景の自己免疫疾患の悪化なし
Lupus. 2018;27(10):1723-1728.

■ ガイドライン発表後の新規論文

	Total patients (n=80)	①	②	③
Response to TPO-RAs				
Response after first TPO-RAs (n=80)				
CR, n (%)	49 (61.3)	27 (73.0)	15 (55.5)	7 (43.8)
R, n (%)	14 (17.5)	7 (18.9)	6 (22.2)	1 (6.3)
NR, n (%)	17 (21.3)	3 (8.1)	6 (22.2)	8 (50)
Response to second TPO-RAs in case of switch (n=27)				
CR, n (%)	16 (59.3)	4 (50)	10 (71.4)	2 (40)
R, n (%)	2 (7.4)	0 (0)	1 (7.1)	1 (20)
NR, n (%)	9 (33.3)	4 (50)	3 (21.4)	2 (40)
Thrombotic risk factors at the time of first TPO-RA exposure ^a				
At least one thrombotic risk factor	41 (63.1)	18 (66.7)	13 (52)	10 (76.0)
Thrombotic history				
Thrombotic history, n (%)	28 (35)	8 (21.6)	4 (14.8)	16 (100)
TEs under TPO-RA treatment				
Total (venous and/or arterial) TEs, n patients (%)	17 (21.3)	3 (8.1)	6 (22.2)	8 (50)
Venous TEs, n patients	7	2	4	1
Arterial TEs, n patients	14	2	5	7

■ フランス、多施設、ITP80名を3群に分けて後ろ向きに評価

- ① SLE or SLEの抗体陽性のみかつAPL-群：37名
- ② SLE or SLEの抗体陽性のみかつ非APSのAPL+群：27名
- ③ 原発性 or 2次性APS群：16名

■ 全体：53名（78.8%）に治療効果あり

- ① 34名（92%）、② 21名（77%）、③ 8名（50%）

■ 血栓症（TE）の発症

- ① 3名（8.1%）、② 6名（22.2%）、③ 8名（50%）

■ APL陰性SLE-ITPにおいてTPO-RAsは有効かつ安全な可能性

Am J Hematol. 2025;100(11):1972-1982.

臓器特異的症狀（精神神経病変）

推奨：精神神経病変	強さ	エビデンスの質
重篤な神経精神症候群		
活動性ループス視神経炎、ループス急性混迷状態、活動性ループス多発単神経炎： パルス／高用量GC漸減療法と静注シクロホスファミド（IVCY） or MPAA or 抗CD20療法での免疫抑制治療を併用する初期治療をパルス療法／高用量GC単剤より推奨	条件付き推奨	非常に低い
活動性ループス脊髄炎：パルス／高用量GCとIVCYの併用での初期治療を、 パルス／高用量GCと他の免疫抑制薬の併用での初期治療より推奨	条件付き推奨	非常に低い
活動性ループス精神病：抗精神病薬単独より抗精神病薬にGC or IVCY or MPAA or 抗CD20療法を併用することを推奨	条件付き推奨	非常に低い
けいれん -活動性SLEに起因するけいれん： 抗けいれん薬単独投与よりも抗けいれん薬に加え、GC or CY or MPAA or AZA and/or 抗CD20抗体療法を併用することを推奨	条件付き推奨	非常に低い
認知機能障害 -SLEに起因し神経心理学的検査で確認された孤立性の認知機能障害 認知療法単独に比べ、免疫抑制療法（GCを含む）の追加を推奨しない	条件付き反対	非常に低い

臓器特異的症状（精神神経病変）

- SLEによる精神神経症状の場合、活動性疾患（炎症性またはaPL免疫介在性）か慢性障害か評価する
- SLE患者の脳卒中治療は脳神経内科医が行うべきで、SLEによる炎症がある場合に免疫抑制療法を追加
- small fiver ニューロパチーはSLEに見られるが、免疫調整療法のコンセンサスが得られていない
- パネルメンバーは臨床経験、精神神経病変の重症度の幅の広さ、特に生殖可能年齢女性にIVCYを避けるか制限したいという希望に基づき、MPAAと抗CD20療法を選択肢に含めた
- IVCYを使用する場合は、生殖能低下を含む毒性を最小限に抑えるため、月1回投与を3回行い、その後に代替免疫抑制薬（通常はMPAA）へ切り替える治療を検討する
- 虚血による病変やNMOSDやMOG抗体関連疾患は代替診断となりうるため除外すべき
- 血漿交換やIVIGは重症または難治性疾患に対する妥当な追加治療法（症例報告レベル、有用性不明）

臓器特異的症狀（粘膜・皮膚病変）

推奨：粘膜・皮膚病変

GPS：SLE患者には皮疹と疾患の再燃リスクを下げるため、日焼け止めやその他の日焼け対策を講じるように指導すべき

GPS：皮膚ループスの初期治療はHCQに加えて、GC and/or CNIを含む外用療法を行うべき

初期治療には皮膚科と連携したGC局所注射 and/or 短期間の限定的な経口GC投与も含まれる

急性・亜急性・慢性皮膚ループス	強さ	エビデンスの質
HCQ and/or 外用薬治療で軽度皮膚ループスが持続： 免疫抑制薬追加より抗マラリア療法変更（キナクリン追加やクロロキンへ変更）を推奨	条件付き推奨	非常に低い
外用薬、抗マラリア薬 and/or 経口GCに抵抗性で持続する中～重度皮膚ループスで治療強化が必要： メトトレキサート（MTX） or MPAA or アニフロルマブ（ANI） and/or BLM追加を推奨	条件付き推奨	非常に低い～ 中等度
外用薬、抗マラリア薬、従来型・生物学的免疫抑制薬に抵抗性で持続する中等～重度の皮膚ループスで治療強化が必要： レナリドミドへの変更または追加を推奨	条件付き推奨	非常に低い

臓器特異的症状（粘膜・皮膚病変）

水疱性ループスエリテマトーデス（LE）	強さ	エビデンスの質
外用薬や抗マラリア薬治療でも軽度の水疱性LEが持続：GC開始よりダブソン追加を推奨	条件付き推奨	非常に低い
外用薬、抗マラリア薬 and/or 経口GCに抵抗性の中等～重度の水疱LEで治療強化が必要：従来型免疫抑制薬（MPAA、MTX、AZA） and/or 抗CD20療法を追加を推奨	条件付き推奨	非常に低い
凍瘡様ループス		
対症療法、局所療法、抗マラリア薬（キナクリンを含む）でも凍瘡様ループスが持続： ペントキシフィリン、PDE5阻害薬（例：シルデナフィル、タダラフィル）、 カルシウム拮抗薬（例：ニフェジピン）の追加を、免疫抑制療法の開始より推奨	条件付き推奨	非常に低い
白血球破碎性血管炎		
外用薬や抗マラリア薬でも軽度の皮膚血管炎が持続： ダブソンやコルヒチンの追加を経口GCを含む免疫抑制療法より推奨	条件付き推奨	非常に低い

臓器特異的症狀（粘膜・皮膚病変）

- 脱毛はSLEに多い苦痛な症状だが、多因子性であるため特別な治療推奨はない
- 日焼け止めはUVB・UVA両方のカットが必要：
化学的日焼け止めはSPF \geq 70、物理的日焼け止めはSPF \geq 50を推奨
- アレルギーを起こしやすい人には、物理的日焼け止めが望ましいかもしれない
- 皮膚病変に対してANIとBLMの比較試験はないがANIのより速い効果発現と奏効率の臨床経験を強調

臓器特異的症状（漿膜炎）

漿膜炎	強さ	エビデンスの質
胸膜心膜炎		
ループス性胸膜心膜炎： NSAID、コルヒチン、またはそれらの併用で初期治療を開始し、 GC療法への治療強化の閾値を低くすることを、GC単剤初期治療より推奨	条件付き推奨	非常に低い
HCQ、NSAID、コルヒチン and/or GCでループス性胸膜心膜炎が持続/再発し治療強化が必要： 従来型免疫抑制薬（MPAA、AZA）または生物学的免疫抑制薬を推奨	条件付き推奨	非常に低い

- 胸膜心膜炎を主症状とするSLEに推奨する生物学的製剤は主にIL-1阻害薬
- IL-1阻害薬の使用判断は主に間接的なエビデンスに基づくもので、他のSLE症状の有無にも依存する
- 引用文献のうちSLEの漿膜炎に言及した論文は以下のみ、他は特発性心膜炎中心の文献
 - ・ Johns Hopkins Lupus Center、再発性ループス心膜炎4名（26-44歳、2名はアナキンラで改善後再燃）
 - ・ 4名にリロナセプト使用し3名で寛解、1名で部分的奏効

臓器特異的症状（筋骨格病変）

推奨：筋骨格病変

GPS：SLE患者の急性or再発性の炎症性関節炎の初期治療には

推奨される長期治療が効果を発揮するまでNSAIDや短期間の経口GCが含まれる

関節炎

強さ

エビデンスの質

NSAIDや短期間のGC治療に関わらず、HCQ投与中の持続性/再発性の活動性SLE関節炎：
MTX or MPAA or AZAで初回治療を開始し、効果不十分な場合はBLMまたはANIの追加
または変更の閾値を低くすることを、生物学的製剤の初期治療より推奨

条件付き推奨

非常に低い

- 従来型免疫抑制薬を使用する際は重大な他臓器病変の既往のない関節炎優位の患者には、
まずMTXが考慮され他臓器病変の既往や現在臓器病変のある患者にはMPAAが望ましいかもしれない

臓器特異的症状（全身性血管炎）

全身性血管炎	強さ	エビデンスの質
活動性SLEに起因する血管炎： パルス/高用量GC漸減療法と従来型（IVCY、MPAA、AZA）または生物学的製剤（抗CD20療法、BLM、ANI）による免疫抑制療法による初期療法をGC療法単独よりも推奨	条件付き推奨	非常に低い～ 低い
SLEに起因する重症血管炎：初期治療としてIVCY or 抗CD20療法を他の免疫抑制療法より推奨	条件付き推奨	非常に低い
活動性SLEに起因する生命を脅かす血管炎（例：びまん性肺胞出血、腸間膜血管炎）： パルス/高用量GC漸減と免疫抑制薬に血漿交換 and/or IVIGを追加することをGCと免疫抑制薬単独より推奨	条件付き推奨	非常に低い

臓器特異的症状（心肺病変）

推奨：心肺病変

心筋炎	強さ	エビデンスの質
急性and/or悪化しているループス心筋炎： GCとIVCY or MPAA or 抗CD20療法 and/or IVIGによる治療をGC療法単独より推奨	条件付き推奨	非常に低い
非細菌性（Libman-Sacks）心内膜炎		
非細菌性（Libman-Sacks）心内膜炎：免疫抑制薬and/or抗凝固療法を推奨	条件付き推奨	非常に低い

- 心筋炎にはCYとMPAAの使用を支持するエビデンスが多いが、
caseシリーズからの抗CD20療法とIVIGが有効であるという報告もある
- Libman-Sacks心内膜炎はaPLの存在と密接に関連しており、抗凝固療法が一般的に推奨されている
- 小規模なケースシリーズ（n=17）では、従来の抗炎症療法と抗血栓療法の併用により弁膜機能が有意に改善し、疣腫のサイズが縮小したことが報告されている

SLEマネジメントの概略

HCQ（禁忌がない限り）

グルココルチコイド：必要な場合のみ、最小限の有効な用量かつ可能な限り短期間

6ヶ月以内に \leq 5mg/day（理想的にはoff）

重篤な臓器障害や生命関わる障害に対してステロイドパルス

初期治療に抵抗性の場合はいかなる臓器障害に対しても治療強化

グルココルチコイドの有害事象を最小限とするための免疫抑制薬早期導入

粘膜・皮膚病変	筋肉骨格病変	漿膜炎	血液病変	精神神経病変	心病変	血管炎
<p>日焼け止め/局所薬</p> <p>ACLE、SCLE、CCLE</p> <p>軽症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キナクリンの追加 ・HCQからCQへ変更 <p>中～重症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メトトレキサート ・MPAA ・アニフロルマブ ・ベリムマブ <p>治療抵抗性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レナリドミド <p>水疱性LE</p> <p>軽症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ダブソン <p>重症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アザチオプリン ・メトトレキサート ・MPAA ・抗CD20療法 <p>凍瘡様ループス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カルシウム拮抗薬 ・PDE5阻害薬 ・ペントキシフィリン <p>白血球破砕性血管炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コルヒチン ・ダブソン 	<p>関節炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アザチオプリン ・メトトレキサート ・MPAA <p>追加・置換のハードルが低い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アニフロルマブ ・ベリムマブ 	<p>胸膜心膜炎</p> <p>初期治療、軽症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コルヒチン ・NSAIDs ・and/or IVIG <p>持続性/再発性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アザチオプリン ・MPAA ・アニフロルマブ ・ベリムマブ ・IL-1阻害薬 	<p>白血球減少</p> <p>無症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他のSLE活動性がない限り 免疫抑制剤は使用しない <p>血小板減少</p> <p>無症状 < 3万/μL</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アザチオプリン ・カルシニューリン阻害薬 ・MPAA ・ベリムマブ ・抗CD20療法 and/or IVIG <p>症状あり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗CD20療法 and/or IVIG <p>溶血性貧血</p> <p>有症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗CD20療法 and/or IVIG 	<p>精神病・てんかん</p> <p>抗精神病薬/抗てんかん薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・MPAA ・抗CD20療法 ・IVCY <p>視神経炎、急性錯乱状態、多発性単神経炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVCY ・MPAA ・抗CD20療法 <p>脊髄炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVCY <p>認知障害</p> <p>認知療法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・免疫抑制剤は使用しない 	<p>心筋炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVCY ・MPAA ・抗CD20療法 and/or IVIG <p>Libman-Sacks心内膜炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗凝固薬 ・免疫抑制薬 	<ul style="list-style-type: none"> ・アザチオプリン ・IVCY ・MPAA ・抗CD20療法 ・アニフロルマブ ・ベリムマブ <p>重症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVCY ・抗CD20療法 <p>生命に関わる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血漿交換療法 and/or IVIG

- 強い推奨
- 条件付き推奨
- 行わないことを条件付き推奨
- good practice statement

ACLE：急性皮膚ループスエリテマトーデス、CCLE：慢性皮膚ループスエリテマトーデス、CQ：クロロキン、IVIG：静注免疫グロブリン
 IVCY：静注シクロフォスファミド、LE：ループスエリテマトーデス、MPAA：ミコフェノール酸アナログ、SCLE：亜急性皮膚ループスエリテマトーデス