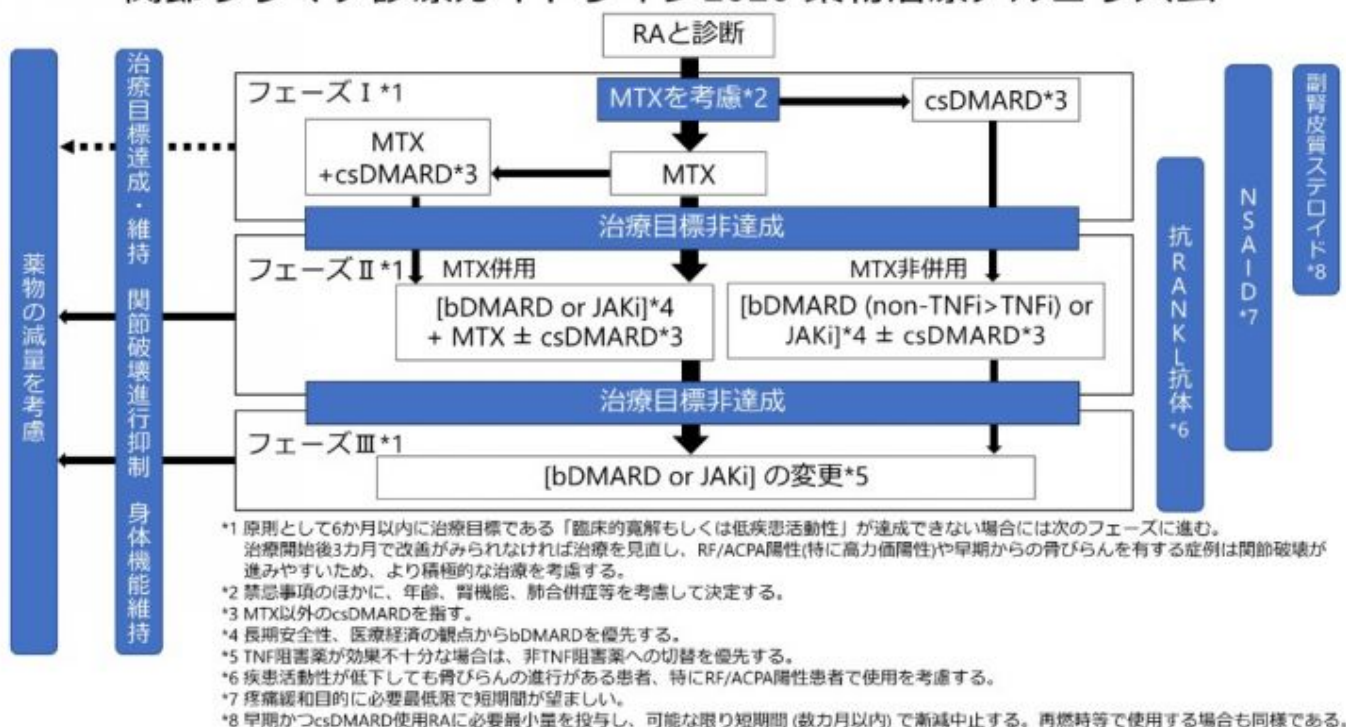


第60回 関節リウマチの治療の進め方と治療の効果

関節リウマチの治療法や予後は過去20年で格段に進歩しています。診療ガイドラインも年々改訂され、患者さんの満足感を向上することに貢献しています。今回は関節リウマチの治療の進め方、当院での現況などにつきご紹介したいと思います。

1. 関節リウマチの治療の進め方

関節リウマチ診療ガイドライン2020 薬物治療アルゴリズム



上の図は、日本リウマチ学会による関節リウマチ (RA) の治療の進め方を示したものです。

関節リウマチの診断がついたら、治療によって速やかに「臨床的寛解」を目指して、達成されたら「寛解維持」を続け、経過を見ながら薬物の減量を試みます。

上の図で、「6か月以内に治療目標の<臨床的寛解あるいは低疾患活動性>が達成できない場合は、次のフェーズに進む」ことを治療原則として、フェーズIからフェーズIIIまで順番に治療を進めていきます。

フェーズIでは、まずMTX (メトトレキサート) の使用を検討します。MTXが何らかの理由で使用できない場合はMTX以外の抗リウマチ薬 (サラゾスルファピリジン、ブシラミン、イグラチモド、タクロリムスなど) を使用します。また、MTX単独で効果不十分の場合は、他の抗リウマチ薬を追加併用して試みます。

フェーズIIでは、MTX併用・非併用のいずれの場合も生物学的製剤 (bDMARD) またはヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害薬を使用します。MTX非併用の場合、生物学的製剤は非TNF阻害薬をTNF阻害薬より優先しますが、この場合IL-6 阻害薬が非TNF阻害薬として主に使用されます。MTX非併用の場合はJAK阻害薬の単独療法も行われます。

フェーズIIIでは他の生物学的製剤またはJAK阻害薬への変更を行います。

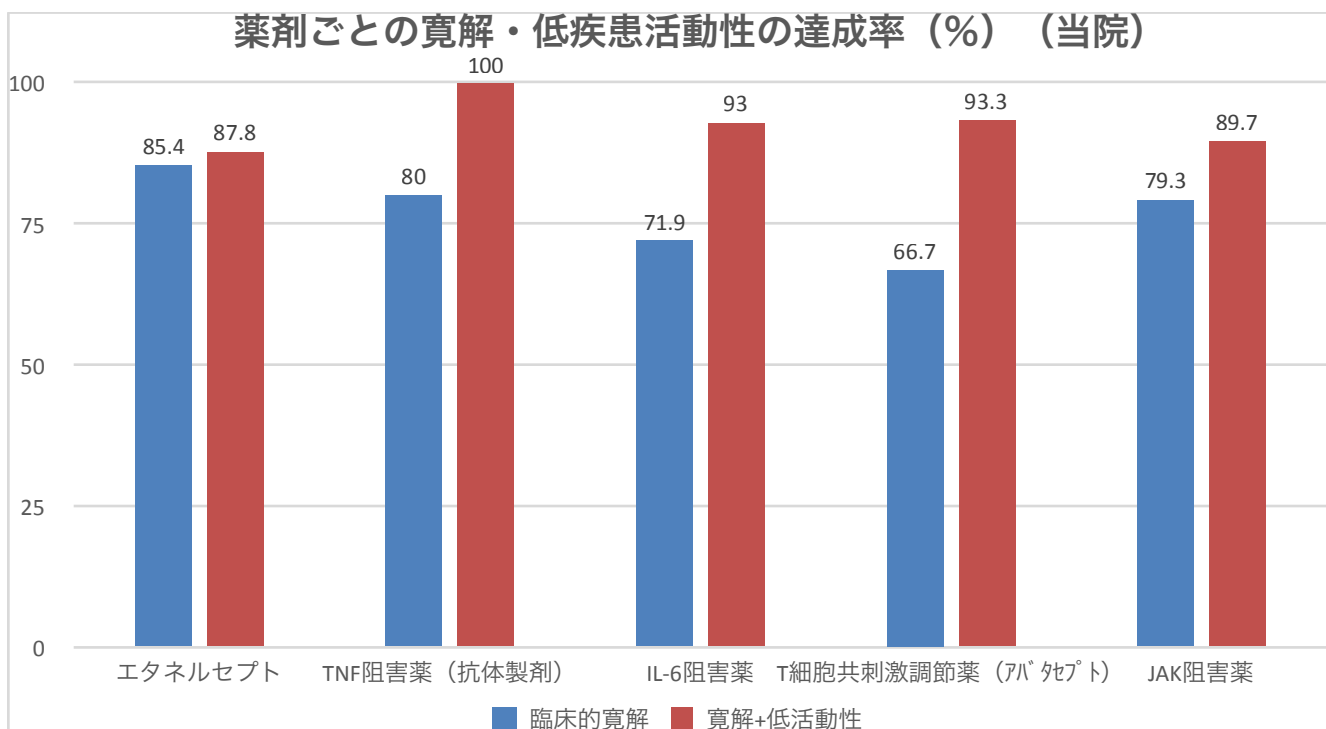
フェーズI~IIIで臨床的寛解や関節破壊抑制が十分達成されれば、つぎに薬剤の減量を検討します。

以前は治療の中心だったステロイド薬は、副作用 (骨粗鬆症、感染症、血糖上昇など) の予防の観点から発病早期の患者さんへの短期間の使用にとどめて、可能な限り早めに減量中止します。抗RANKL抗体 (製品名: プラリア、骨粗鬆症の治療薬でもあります) は関節リウマチの骨破壊を抑制する効果があるため、疾患活動性が低下しても骨びらの進行がある場合に使用を検討します。

2. 関節リウマチの治療成績の向上

東京女子医科大学から公表されている関節リウマチのデータベース（IORRA）によりますと、日本で関節リウマチに生物学的製剤による治療が開始される前の2000年頃は、関節リウマチ患者さん全体で、DAS28による臨床的寛解は10%程度、低疾患活動性と合わせても20%程度でした。しかし、生物学的製剤が導入されると、2012年には臨床的寛解は50%程度、低疾患活動性と合わせると70%を超えるようになりました。

当院において、生物学的製剤あるいはJAK阻害薬を使用している患者さんの2023年現在の臨床的寛解、および、臨床的寛解+低疾患活動性の達成率をみたものが下の図です（DAS28-CRP）。TNF阻害薬は、エタネルセプト（融合蛋白製剤；製品名エンブレルとエンブレルの後続薬）（41名）と抗体製剤（レミケード、シンボニー、シムジア）（5名）に分けて表示しています。IL-6阻害薬はアクテムラ、ケブザラが含まれ（57名）、T細胞共刺激調節薬はオレンシア（15名）、JAK阻害薬にはゼルヤンツ、オルミエント、スマイラフ、リンヴォック、ジセレカが含まれています（29名）。これらの治療薬により、臨床的寛解は70～80%程度、臨床的寛解+低疾患活動性は90%程度と、非常に良好な効果を得られています。



医療・医学の進歩とともに関節リウマチの予後は改善され、病気になる前とほぼ同じ生活を取り戻すことが可能になってきています。病気による離職が減り、運動を楽しみ、健常人と同じ日常生活を送れる患者さんが増えてきています。関節リウマチはもはや「不治の病」ではなく、十分にコントロールできるようになりました。