

福井県内科医会学術講演会（2022年9月3日）

診療ガイドライン 2022 からみた RA トータルマネジメント

演者 金沢医科大学リハビリテーション医学科教授 松下功先生

<座長コメント>

2014年のガイドラインの改訂版である「慢性関節リウマチ（RA）診療ガイドライン（GL）2020」が作成されました。

本GLは4つの章で構成されています。主軸となる第3章には治療方針と題し治療目標や治療アルゴリズム、55のクリニカルクエスション（CQ）と推奨が掲載。第4章では高額医療費による長期治療を余儀なくされる疾患ならではの医療経済的な側面について触れられています。

RAの薬物治療はこの20年で大きく様変わりし、80年代のピラミッド方式、90年代の逆ピラミッド方式を経て、本編にて新たな治療アルゴリズム「T2T（Treat to Target）の治療概念である“6ヵ月以内に治療目標にある『臨床的寛解もしくは低疾患活動性』が達成できない場合には、次のフェーズに進む”を原則にし、フェーズIからフェーズIIIまで順に治療を進める」が確立されました。

薬物治療アルゴリズムの概略は以下のとおり。

<薬物治療アルゴリズム>（対象者：RAと診断された患者）

○フェーズI（CQ：1～4、26～28、34を参照）

メトトレキサート（MTX）の使用を検討、年齢や合併症などを考慮し使用量を決定。MTXの使用が不可の場合はMTX以外の従来型抗リウマチ薬（csDMARD）を使用。また、MTX単剤で効果不十分の場合は他のcsDMARDを追加・併用を検討する。

○フェーズII（CQ：8～13、18、19、35を参照）

フェーズIで治療目標非達成の場合。MTX併用・非併用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）阻害薬の使用を検討する。ただし、長期安全性や医療経済の観点からbDMARDを優先する。また、MTX非併用の場合はbDMARD（非TNF阻害薬>TNF阻害薬）またはJAK阻害薬の単剤療法も考慮できる。

○フェーズIII（CQ：14を参照）

フェーズIIでbDMARDまたはJAK阻害薬の使用で効果不十分だった場合、ほかのbDMARDまたはJAK阻害薬への変更を検討する。TNF阻害薬が効果不十分の場合は非TNF阻害薬への切り替えを優先する。

新参者の JAK 阻害薬、高齢者でとくに注意

今回の改訂で治療のスタンダードとして新たに仲間入りした JAK 阻害薬。ただし、高齢者では一般的に有害事象の頻度が高いため、導入の際には個々の背景の考慮が必要。処方可能な 5 つの JAK 阻害薬はそれぞれ肝代謝、腎排泄が異なるので、注意をした上で処方する必要があります。

非薬物療法や外科的治療—患者は積極的？手術前後の休薬は？

RA は QOL にも支障を与える疾患であることから、薬物治療だけで解決しない場合には外科的治療などの検討が必要になる。そこで、非薬物治療・外科的治療のアルゴリズムも作成されている。「RA は治療の 4 本柱（薬物療法、手術療法、リハビリテーション、患者教育・ケア）を集学的に使うことが推奨されてきた。

< 非薬物治療・外科的治療アルゴリズム >

○フェーズ I

慎重な身体機能評価（画像診断による関節破壊の評価など）を行ったうえで、包括的な保存的治療（装具療法、生活指導を含むリハビリテーション治療、短期的ステロイド関節内注射）を決定・実行する。

○フェーズ II

保存的治療を十分に行っても無効ないし不十分な場合に実施。とくに機能障害や変形が重度の場合、または薬物治療抵抗性の少数の関節炎が残存する場合は、関節機能再建手術（人工関節置換術、関節 [温存] 形成術、関節固定術など）を検討する。場合によっては手術不適応とし、可能な限りの保存的治療を検討する。

患者も手に取りやすいガイドライン

近年、GL は患者意見も取り入れた作成を求められるが、本 GL は非常に患者に寄り添ったものになっている。

RA 治療に関する知恵が詰まった GL の解説をお聞きし、治療に関する知見が深まり、有意義な講演でした。

（あらい内科クリニック 新井 芳行）