

表3 EULAR PsAの治療推奨

EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis: 2023 update

2023EULAR乾癬性関節炎のマネジメントの推奨update

包括的原則	LoA
A. 乾癬性関節炎は不均質で潜在的に重篤な病気であり、多職種による治療を必要とする	10.0±0.1
B. 乾癬性関節炎の患者の治療は最良のケアを目標とすべきで効果、安全、患者の好み、費用を考慮した患者とリウマチ医の間の共同意思決定に基づかなければならない	9.7±0.6
C. 乾癬性関節炎の患者の筋骨格系の症状を主としてケアすべき専門医はリウマチ医である; 臨床的に有意な皮膚症状には、診断とマネジメントに関してリウマチ医と皮膚科が協力すべきである	9.7±0.5
D. 乾癬性関節炎の患者の治療の主たる目標は、症状のコントロール、構造損傷の予防、機能の正常化、社会への参画を通じて健康関連の生活の質を最大限にすることである	9.9±0.3
E. 乾癬性関節炎の患者のマネジメントでは、それぞれの筋骨格症状とそれに従った治療の決断を考慮すべきである	9.8±0.4
F. 乾癬性関節炎の患者をマネージする時、非筋骨格系の症状(特に皮膚、眼、消化器症状)を考慮すべきである; 肥満、メタボリック症候群、心血管疾患や鬱などの合併症も考慮すべきである	9.7±0.7
G. 治療の選択のためには、ベネフィットリスクを最適化するために個々の作用機序に関して、安全性考察を考慮すべきである	9.9±0.4

推奨	LoE	Grade	LoA
1. Treat to target 治療は通常の疾患活動性の評価と適切な治療の調整によって寛解または代替として低疾患活動性の目標に到達することを狙うべきである	1b	A	9.5±1.0
2. 初期のマネージメント 非ステロイド抗炎症薬は筋骨格系の兆候や症状を和らげるために使用できるかもしれない; 局所糖質コルチコイド注射を補助療法として考慮できるかもしれない	1b/ 3b	A/C	9.5±0.7
3. 末梢関節炎 ファーストライン治療 多関節炎の患者または単/少関節炎で予後不良因子(例 構造損傷、炎症反応上昇、指趾炎、爪病変)の患者では、csDMARDをすぐに開始すべきである。MTXが臨床的に関連のある皮膚病変のある場合には好まれる	1b/ 4	B/C	9.3±0.8
4. 末梢関節炎 csDMARDの後で 末梢関節炎のある患者で少なくとも一つのcsDMARDで反応が不十分な時、bDMARDが開始されるべきである	1a	A	9.5±1.3
5. 末梢関節炎 JAK阻害薬 末梢関節炎の患者で、少なくとも一つのbDMARDに反応が不十分な時またはbDMARDが不適切な時、安全性考察を考慮した上で、JAK阻害薬を考慮しても良いかもしれない	1b/ 4	B/D	9.1±1.5
6. 末梢関節炎 アプレミラスト 軽度の病勢の患者で少なくとも一つのcsDMARDに対して不十分な反応の時、bDAMRDとJAK阻害薬が不適切な時、PDE4阻害薬を考慮しても良いかもしれない	1b	B	8.7±1.1

推奨	LoE	Grade	LoA
7. 付着部疾患 紛れもない付着部炎のある患者でNSAIDsや局所糖質グルコルチコイド注射に対して反応が不十分な場合、bDMARDによる治療を考慮すべきである	1b	B	9.5±0.9
8. 体軸性疾患 臨床的に関連のある体軸性病変のある患者で、NSAIDsに対して反応が不十分の場合、IL-17A阻害薬、TNF阻害薬、IL-17A/F阻害薬やJAK阻害薬を考慮すべきである	1b	B	9.4±1.3
9. 非筋骨格系症状 作用機序の選択には乾癬性関節炎関連の非筋骨格症状を反映させるべきである; 臨床的に関連のある皮膚病変には、IL-17A阻害薬、IL-17A/F阻害薬、IL-23阻害薬あるいはIL-12/23阻害薬を優先させるべきである ぶどう膜炎には抗TNFモノクローナル抗体を優先させるべきである 炎症性腸疾患には抗TNFモノクローナル抗体、IL-12/23阻害薬、IL-23阻害薬またはJAK阻害薬を優先させるべきである	1b	B	9.6±0.7
10. スイッチ bDMARDやJAK阻害薬に不十分な反応あるいは不耐性の患者では、同じクラスも含めて他のbDMARDやJAKへのスイッチを考慮すべきである	1a/4	C	9.5±0.7
11. 漸減 寛解維持ができている患者では、DMARDの漸減を考慮しても良いかもしれない	2b	B	9.4±1.2