

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 170

2022年1月号

令和4年1月1日発行

発行 公益財団法人 日本リウマチ財団
〒105-0004 東京都港区新橋5丁目8番11号 新橋エンタービル11階
TEL.03-6452-9030 FAX.03-6452-9031

※リウマチ財団ニュースは財団登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、財団登録医の登録料に含まれています。
編集・制作 株式会社ファーマ インターナショナル (担当 遠藤昭範・森れいこ)

日本リウマチ財団ホームページ <https://www.rheuma-net.or.jp/>

170号の主な内容

- 新年の挨拶 ● 脊椎関節炎の診断・治療のポイント 第1回
- 妊娠とリウマチの学会 (RHEUMAPREG 2021) 学会速報
- 皮膚科・歯科とリウマチ性疾患 歯科 第3回
- リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート：第7回 ひがみリウマチ・糖尿病内科クリニック



新年の挨拶

公益財団法人 日本リウマチ財団 代表理事 高久 史磨



新年あけましておめでとうございます。令和4年の年頭にあたり、一言ご挨拶申し上げます。日本リウマチ財団は昭和62年11月に設立後、今年で創立35年を迎えます。これもひとえに皆様方の当財団に対する深いご理解とご支援を賜りましたことによるものと確信し、財団を代表して心から御礼申し上げます。

令和元年11月に新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が発生し、令和2年には世界的な大流行となりましたが、日本においてはワクチン接種率の向上やマスク着用、密にならない行動制限等により、令和3年10月以降、急激な感染者の減少を実現いたしました。しかし行動制限の解除に伴い、再度感染者が増加する危険も有するため、油断は禁物です。我々医療関係者は今回の経験を基に、改めて感染症に対する備えの重要性を実感し、今後の医療体制の確立を進めていく必要があると考えます。特に、新型コロナウイルス感染症における重症例では、免疫機能が大きく関わることから、我々リウマチ性疾患に関わる者として、活躍の場があるのではと思っています。

さて当財団は「我が国におけるリウマチ性疾患の征圧の達成」を目的として活動してまいりましたが、身近な難病と言われてきました「関節リウマチ」の治療は、メトトレキサートの関節リウマチ保険適用、生物学的製剤の登場、更にJAK阻害剤の使用等により、劇的に変化を遂げ、現在は医学的な「寛解」が達成可能な状況へと大きく進歩しました。しかし、未だに関節リウマチの原因は判明せず、強力な免疫抑制作用による副作用も新たな問題であり、感染症の予防、小児や妊娠、高齢者に対する対応など、まだまだ多くの課題を抱えています。

このような状況の中、高度な医療実施には患者さん・家族を含めた多職種協働による医療が必要であることから、当財団ではリウマチ医療における「チーム医療」の重要性に着目した事業を進めています。

リウマチに関する専門職として、「リウマチ財団登録医」、「リウマチケア看護師」、「リウマチ財団登録薬剤師」、「リウマチ財団登録理学・作業療法士」の各制度を立ち上げ、医療従事者の育成事

業を行っています。リウマチのチーム医療とは、リウマチ患者さんに最適な医療を選択していただき、専門性の高い多職種による医療提供により、患者さんが良好な経過を維持していただくことを考えます。

そのためには、治療の方針決定、医療スタッフの意思統一、役割分担、多職種間の情報交換、経過のアセスメント、フィードバック等が求められますが、当財団の登録制度によるリウマチ専門職の皆様には、そのチーム医療の中核を担っていただきたいと期待しています。

医療に従事する皆様におかれましては、感染防止等にご配慮され、リウマチ性疾患の治療・研究にご尽力されることを切に願っております。

皆様にとりまして本年が良い年になることを祈念致しまして年頭の挨拶とさせていただきます。

令和4年 正月

シリーズ：脊椎関節炎の診断・治療のポイント

第1回

乾癬性関節炎 - 内科の立場から -

岸本 暢将 (きしもと・みつまさ) 氏
杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科 准教授

Key Words

- 乾癬
- 乾癬性関節炎
- 付着部炎
- EULAR 2019
- PsA治療推奨
- 生物学的製剤



はじめに

乾癬性関節炎 (psoriatic arthritis: PsA) は、皮膚の乾癬に関節炎を合併した慢性炎症性疾患である¹⁾。1818年にはその関連が指摘されていたが、1959年になって初めてWright医師により関節リウマチ (RA) や変形性関節症と異なる疾患としてPsAという疾患概念が提唱された。その後WrightとMoll医師らにより血清反応陰性脊椎関節症 seronegative spondyloarthropathy (その後、脊椎関節炎 spondyloarthritis: SpAとなる) という疾患概念が提言され、その中の一疾患として多くの類似する症候を有する。

欧米では一般人口の2~3%に乾癬がみられ、乾癬患者の最大で約40%に関節炎を合併するといわれ非常に頻度の高い疾患である。日本では乾癬の頻度は欧米の10分の1、アジア諸国で乾癬患者の関節炎合併は約5%、本邦の報告では1%前後とされ、PsAは稀な疾患と考えられ

てきた。しかし、昨今食生活の欧米化とともに、乾癬の有病率が増加していると考えられ、最近の報告では乾癬患者中のPsAの有病率も約10~15%と増加していた。PsA発症年齢の中央値は36歳とRAより若年発症で、男女比は海外では1:1であるが本邦では3:2と男性に多い²⁾。

診断

a. 臨床症状

PsAでは、関節炎の発症前に皮膚の乾癬病変がみられるのが約70%と圧倒的に多いため、関節炎を呈した患者が外来に受診した際には、PsAの可能性を考え、手足爪を含めた乾癬の好発部位の視診を必ず行う。特に、機械的刺激部位に皮疹が現れるケプネル現象により肘や膝の伸側が乾癬の好発部位、PsAのリスクとしても知られる頭皮の視診、また、単径部や陰部、臀裂部、臍周囲などはなかなか患者さんが言い出せない部位であり、忘れずに問診にて確認

する。頻度は低いが関節炎発症時、皮膚に乾癬のない関節炎先行型PsAも全体の10~15%にみられるため、RAでは通常みられない付着部炎 (踵部に多い)、指趾炎 (足趾では痛風との鑑別必要)、体軸性関節炎 (頸椎~腰椎、仙腸関節病変)、爪の変形などはPsAの診断を疑う所見となる。また、手指DIP関節に病変を有することが多く変形性関節症との鑑別も重要であるが、RAとの鑑別に有用である。

b. 病態に関連する合併症について

乾癬・PsAに合併することの多い合併症・併発症を図1に示す。日常診療において病診連携を行っていく。

c. 診断のポイント

乾癬・PsAの症状、家族歴 (2親等まで) も含め、臨床所見・画像所見を統合した分類基準CASPAR基準が診断の参考となるため表1に示す。

治療

治療戦略においては、2019 EULAR PsA治療推奨update³⁾が参考になるため以下簡潔に紹介する。共通する基本的な考え方 (overarching principle: A~Fの6つ) と個々の治療推奨 (1~12) から成り、治療推奨をアルゴリズム化して図示すると図2 (第I相~第IV相) のようになる。第I相は、推奨1~5を、第II相は推奨1、3~5、12を、第III相は推奨6、8~10、12を、第IV相は推奨7、11、12をそれぞれ参照すること。いずれの段階でもRA治療同様にTreat PsA To Target (T2T) が重視されており、3~6か月で治療目標を達成し、不十分であれば次の段階へ速やかに進むことが推奨されている。

● 12の治療推奨とポイント

1. 治療は寛解、または低疾患活動性を目標とする。日常使用する疾患活動性指標を使用し適切な治療調節を行う。

2. NSAIDsを筋骨格症候の緩和目的で使用してよい。

ポイント: RAと異なり、軽度の滑膜炎や体軸病変のような非滑膜炎病変ではNSAIDs単独治療(特に局所ステロイド注射を併用)のみで活動性をコントロールすることができる場合がある。ただし、末梢関節炎では1カ月以上使用しても活動性をコントロールでき

ない場合には他の治療を考慮すること。また、体軸病変や付着部炎の場合、4週間以内に症状緩和が得られても、最大で12週間はNSAIDsを継続することもできる。

3. ステロイドの局所注射はPsAの追加治療として考慮される。全身ステロイド投与は注意して使用し、必要最小限の量に留めるべきである。

4. 末梢関節炎、特に多発関節炎(≧5腫脹関節)がある患者では、従来型合成抗リウマチ薬(csDMARD)が考慮される。顕著な皮膚病変(特にBSA>10%、または、顔面・手足・陰部等QOL障害)がある場合はメトトレキサート(MTX)が推奨される。

ポイント: 上記のようにNSAIDsを初期治療で用いることもあるが、多発関節炎では

速やかに(通常2週間以内に)csDMARDを開始する。MTX治療は、エタネルセプトと比較したSEAM-PsA研究にてほぼ同等の皮膚病変、末梢関節炎、付着部炎、指趾炎、身体機能障害改善効果が示され、コストも考え第一選択薬として推奨している。肝障害も含めRA患者よりPsA患者のほうが耐用性が悪いことも考慮して慎重に副作用モニタリングも行う。他のcsDMARD(サラゾスルファピリジンやレフルノミド等*)も選択肢としてあるが、皮膚病変に対する有効性はMTXと比べると劣る。以前使用されたシクロスポリンは推奨しない。治療開始3カ月以内に50%以上の疾患活動性指標の改善がみられない場合や、6カ月以内に治療目標達成が得られない場合には次のフェーズに移動するよう推奨されている。

5. 単関節炎、または少関節炎患者で、特に予後不良因子(関節破壊、赤沈亢進/CRP上昇、指趾炎、爪病変)を認める場合、csDMARDが考慮される。

ポイント: 以前の推奨では、指趾炎は付着部炎と同列に扱っていたが、指趾炎は関節破壊との密接な関連があり、予後不良因子であり、「関節炎」と同等と考え治療を行う。指趾炎が多関節にみられる場合、多発関節炎の治療推奨をあてはめる(推奨4)。また、NSAIDsは指趾炎に対する有効性は示されていない。少関節炎PsAを対象としたエビデンスは限られ、推奨5はexpertオピニオンを基礎としている。

6. 末梢関節炎患者でcsDMARDの最低1剤に対して効果不十分の場合は、生物学的製剤(bDMARD: TNF阻害薬、IL-17阻害薬、IL-12/23阻害薬)を考慮する。顕著な皮膚病変を認める場合には、IL-17阻害薬やIL-12/23阻害薬が好まれる。

7. 末梢関節炎患者で、csDMARDおよびbDMARDのそれぞれ最低1剤に対して効果不十分で、他のbDMARDが適応とならない場合、JAK阻害薬を考慮する。

8. 軽度の病変(少関節炎または低疾患活動性、軽度皮膚病変)を有する患者でcsDMARDの最低1剤に対して効果不十分の場合、bDMARDもJAK阻害薬も適応とならない場合、PDE4阻害薬が推奨される。

9. 明らかな活動性のある付着部炎がある患者で、NSAIDsや局所ステロイド注射に不応の場合はbDMARDを考慮する。

10. 活動性のある体軸病変優位な患者で、NSAIDsや局所のステロイド注射に不応の場合は、bDMARDを考慮する。通常診療ではTNF阻害薬を選択する。また、顕著な皮膚病変がある場合、IL-17阻害薬が好まれる。

11. 1剤のbDMARDに不応/不耐性の患者では、別のbDMARDあるいは分子標的型合成抗リウマチ薬(tsDMARD)を選択する。それぞれの薬剤クラス内のスイッチも可能である。

12. 寛解維持を得られた患者では、DMARDの減量も考慮される。

図1 乾癬・PsAに合併することの多い合併症・併発症

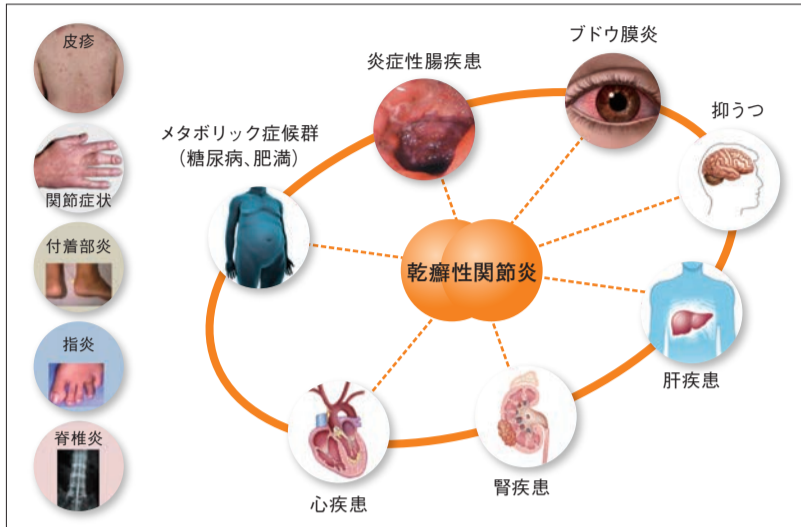
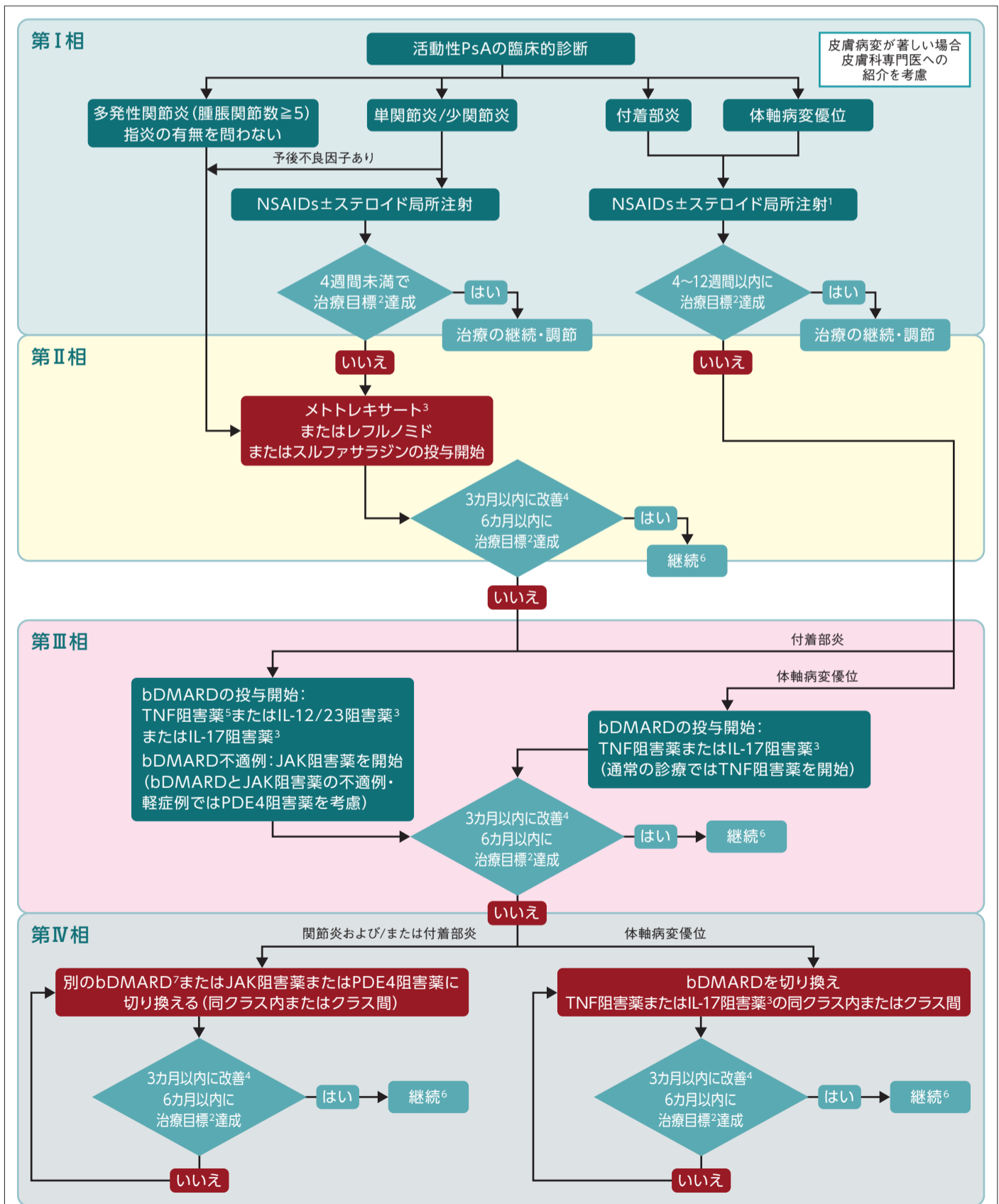


表1 乾癬性関節炎CASPAR(Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)基準

関節炎(末梢関節炎、体軸関節炎、付着部炎のいずれか)を有する患者で以下1項目1点(現症の乾癬は2点)とし、3点以上をPsAと診断する。

1. 乾癬の現症、既往または家族歴(2親等まで)
2. 爪病変
3. 血清リウマトイド因子陰性
4. 指趾炎の現症または既往(医師による診断)
5. 手足指単純X線で骨新生病変(関節近傍に骨棘とは異なる骨新生)

図2 EULAR 2019によるPsAの治療アルゴリズム



1. 体軸病変にはステロイドを用いない。
2. T2Tの治療方針に則り、治療目標は寛解または低疾患活動性(LDA)とする(特に病歴の長い患者の場合)。
3. 皮膚病変がある場合に推奨されるが、炎症性腸疾患やぶどう膜炎がある場合にはTNF阻害薬のほうが望ましい。
4. 改善は、疾患活動性の50%以上の低下と定義する。
5. メトトレキサートへの追加投与。
6. 寛解が持続する場合は、慎重な漸減を考慮する。
7. アバタセプトを含む。

最後に

EULAR 2019発表後、IL-23阻害薬、JAK阻害薬の数多くの臨床試験にて効果と安全性が示され⁴⁾、日常診療で使用されている。多くの薬剤選択肢があるが、治療開始前に各関節ドメインの評価および併発症・合併症の評価を行い、すべての病変に効果のある薬剤を選択することが重要である。日常診療に役立てていただきたい。

*: 本邦では適応外
文献
1) Ritchlin CT, et al.: N Engl J Med. 376(10): 957-970, 2017
2) Ohara Y, Kishimoto M, et al.: J Rheumatol. 42(8): 1439-1442, 2015 (*equally contributed)
3) Gossec L, et al.: Ann Rheum Dis. 79(6): 700-712, 2020
4) 岸本暢将, 駒形嘉紀, 要伸也: トピックスIII: 脊椎関節炎における分子標的治療薬の位置づけ. 日本内科学会雑誌, 110(10). 東京, 日本内科学会, 2021

妊娠とリウマチの学会 (RHEUMAPREG 2021)

11th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases

学会速報

北田 彩子 氏 / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center 医員

責任編集: 岡田 正人 編集員 / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長

コロナ禍で2度の延期を経て、2021年8月26日から28日までvirtual開催となった今回の国際学会。前回第10回のスイス・ベルンでの開催から、約3年後の開催となり、今回も多くの知見を得ることができたので、皆様と共有させていただく。



妊娠転帰悪化のリスク因子およびバイオマーカー

全身性エリテマトーデス (SLE) 合併妊娠に関する大規模コホートのPROMISSE studyでは、人種 (非ヒスパニック系白人)、直近の降圧薬使用、血小板低下、ループスアンチコアグラント陽性、高疾患活動性 (PGA > 1) が妊娠転帰悪化 (adverse pregnancy outcome: APO) のリスク因子として同定されている¹⁾。また、20~23週におけるベースラインからのC3の低下が23週以降のAPOのリスクとなりうることも報告されていた¹⁾が、さらに2018年の報告で妊娠12~15週の時点で補体活性化の指標となる、Bb、sC5b-9がAPOなし群と比較し、APOあり群で有意に上昇していることがわかった²⁾。また、古典経路活性化の指標となる、EC4dに関して、既に第1トリメスターから上昇がみられることがわかった³⁾。これらの指標は研究段階にあり、今後の臨床応用が望まれる。

妊娠高血圧腎症 (preeclampsia: PE) の予測に有用とされるsFlt-1/PIGF比⁴⁾ (図1⁵⁾) に関しては、ループス合併妊娠で妊娠12~15週までに、APOあり群でAPOなし群と比較して上昇すること⁶⁾や、ループス腎症とPEの鑑別にも有用である可能性があること⁷⁾などが報告されている。一般人口において、第1トリメスターでのPIGFの測定に関しては、10週以降でPE発症群と非PE発症群で増加幅に有意差が出てくること⁸⁾も鑑みると、SLE合併妊娠でも、10週以降15週までのスクリーニング検査が、よりハイリスク群の特定に有用な可能性がある。日本でも保険収載されたsFlt-1/PIGF比であるが実際に欧州の施設では入院決定の判断指標として用いられているとのことであり、さらなるデータの蓄積により、膠原病合併妊娠におけるスクリーニングや経過観察に関しての推奨が今後出てくるのではと期待している。

また、低用量アスピリンの使用でPEの予防に繋がるとの報告⁹⁾が出てきているが、ドイツのI. Hasse氏らのSLE合併妊娠190例での検討では、妊娠16週までに低用量アスピリンを開始した群ではPEの発症がOR 0.17 (95% CI: 0.04-0.76, p < 0.05) と有意に減少することがわ

かった (年齢、BMI、慢性高血圧、第1トリメスターの疾患活動性、ループス腎炎の有無、PEの既往、ハイリスク抗リン脂質抗体プロファイルあるいは抗リン脂質抗体症候群[APS]の診断で調整)。アメリカリウマチ学会 (ACR) ガイドラインでもSLE合併妊娠はPEのリスク因子であることが重要視されており、第1トリメスターから低用量アスピリンの開始が望ましいとされている¹⁰⁾。実際にSLE妊娠での予防のデータも出つつあり、日本でも今後処方率の向上に向けての啓蒙が必要と考える。

新生児ループス (NLE) および抗SS-A抗体陽性の女性の妊娠に関して

まず先天性心ブロック (CHB) に関するカナダからの報告をご紹介します。Kan氏らはELISA法による抗Ro抗体の力価に応じて、CHBのリスク層別化を行い、定期的な胎児心エコーの必要性を検討した¹¹⁾。抗Ro抗体のカットオフを50U/mLとし、高力価の母体のみ、前子NLEの既往の有無に応じてそれぞれ毎週の胎児心エコー、あるいは1~2週ごとの胎児心エコーを行った。189妊娠の結果、前子CHBの母体7例を含む、127妊娠がハイリスク (抗Ro抗体 > 50U/mL) であった。ハイリスクグループのうち、9妊娠で胎児心エコーの異常 (1度-3度房室ブロックあるいは心内膜線維弾性症) がみつき、その9例全例で抗Ro抗体 > 100U/mLであった。医療資源の限られている条件下では、連続的なエコーモニターはハイリスク症例に限定することも可能と考えられる。本研究では抗Ro抗体の測定はPhadia社のELISA法で行われており、結果の解釈には測定キット間の力価の差異が大きいことにも注意する必要があると考えられる¹²⁾。

また、2019年のACR年次総会でも発表されていた、多施設前向き研究のPATCH studyであるが、前子でCHBがあった場合、次子妊娠時のCHB予防として、妊娠10週までにヒドロキシクロロキンを開始し、予測では18%が7.4% (90% CI: 3.4%-15.9%) と半数以上CHBを予防できたとのことである¹³⁾。

最近の流行としてさらに研究が進んでいるの

は、シェーグレン欧州リウマチ学会 (EULAR) 推奨にも記載のある、ホームモニタリングである¹⁴⁾。1日2回の胎児超音波心音計による胎児心リズムのモニターで、リズム異常 (2度以上の房室ブロック) があればCHB発症超早期に検知できる¹⁵⁾。これまでの症例報告では、12時間以内に検知できた4例で、デキサメタゾンおよびIVIGによる治療で出生時に正常洞調律への復調が得られたとのことである^{11,13,15,16)}。

これまでCHBに対するデキサメタゾンおよびIVIG治療に関しては、175例の後ろ向き多施設研究では、治療効果に関して否定的な報告もあった¹⁷⁾が、発症超早期の治療開始で予後が改善されるのか、ホームモニタリングは大きな可能性を秘めていると言えるだろう。Buyon氏らのグループでは、1日3回のホームモニタリングにより、2度房室ブロック発症12時間以内の超急性期にデキサメタゾンおよびIVIG治療開始で予後改善が得られるかのSTOP BLOQスタディが進行中とのことであり、結果に期待が寄せられる。

児の長期予後に関して

児の長期予後に関しては、自己免疫性疾患やアレルギー性疾患の発症をアウトカムとした研究、および学習障害や発達障害などの精神神経発達に関して観察した報告が紹介されていた。

SLEの母親から生まれた子ども719人に関する観察研究では、リウマチ性疾患の発症リスクは一般人口と同等 (OR 0.71 [95% CI: 0.11-4.82]) であるが、非リウマチ性自己免疫性疾患に関してはOR 2.30 (95% CI: 1.06-5.03) とリスク上昇がみられた¹⁸⁾。またアレルギー性疾患に関しては、OR 1.35 (95% CI: 1.13-1.61) と軽度リスク上昇するという報告¹⁹⁾があり、また、喘息に関して観察した研究でもOR 1.46 (95% CI: 1.16-1.84) とリスクの上昇が報告²⁰⁾されている。RAの母親から生まれた子どもにおいては、若年性特発性関節炎 (HR 3.30 [95% CI: 2.71-4.03])、1型糖尿病 (HR 1.37 [95% CI: 1.12-1.66])、喘息 (HR 1.28

[95% CI: 1.20-1.36]) と発症リスクが上昇することなどが知られている²¹⁾。

精神神経発達に関する研究としては、SLEをもつ母親に生まれた60人の子どもにおいて、APS診断およびループスアンチコアグラント陽性が特別支援学習の利用率と関連ありとする報告²²⁾が挙げられていた。また別の既報では、一般人口における自閉症の診断率が0.6%と比較し、SLEの母親から生まれた子どもでの自閉症診断率は1.4%であり、絶対値ではごくわずかであるが増加の可能性 (OR 2.19 [95% CI: 1.09-4.39]) がある²³⁾ のことであった。

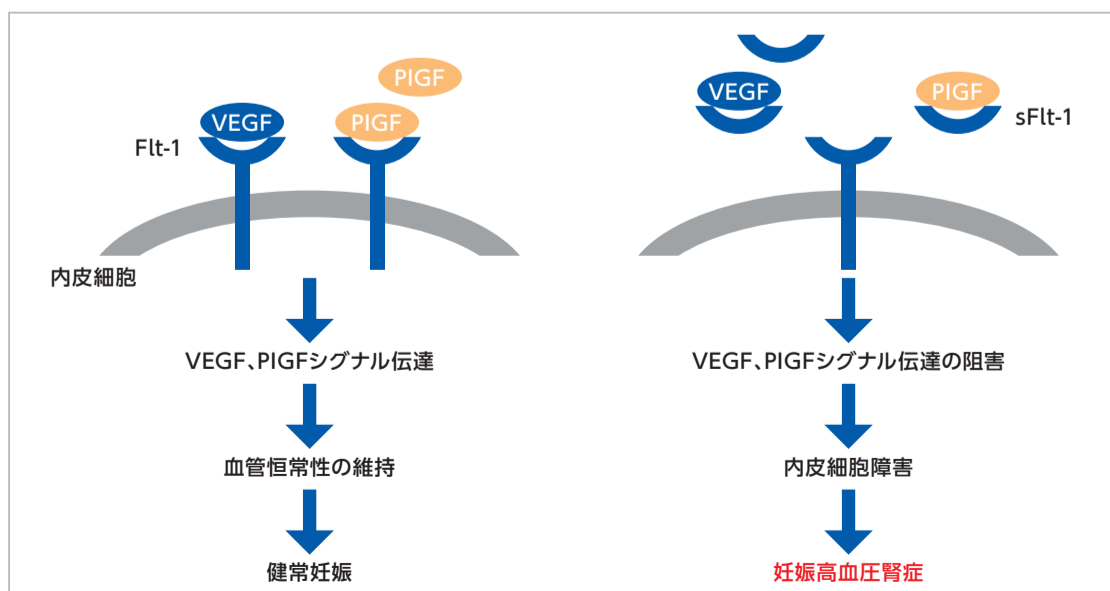
また、148例の膠原病疾患の母親から生まれた子どもに関するイタリアの多施設研究では、児299人中11例 (3.6%) に神経発達障害があり、うち6例は学習障害であった。母体のもつ自己抗体や抗リウマチ薬と神経発達障害には関連性はみられず、絶対数としても小さいものであった²⁴⁾。また、40例のSLE・APSの母親から生まれた子どもの精神神経学的検査および知能指数に関して、有意差はなかった。認知機能障害は3名 (7%)、学習障害は3名 (学童期の児の19%) に認めたとのことであった。学習障害を認めた児の母親は全て抗リン脂質抗体が3種とも陽性であった²⁵⁾。

これらの結果はより大規模な集団で検証する必要があるものの、膠原病合併の母親から生まれた子どもに関しては小児科あるいは児童精神科を含む多職種でより長期の経過観察をしていく必要があることを示唆すると考えられる。

最後に

以上、SLE妊娠転帰のリスク因子およびバイオマーカー、抗SS-A抗体陽性女性の妊娠における先天性心ブロック、膠原病合併妊娠の女性から生まれた児の長期予後の3つのトピックに関して内容をご紹介させていただいた。今回は日本からの参加者も増加傾向にあり、膠原病合併患者の妊娠出産に関する領域に一層の注目が集まっていることの現れと考えられた。ウェブ開催のため日本にいながらにして、同領域に関する最新の知見を得、病態への理解を深められる有意義な機会であった。

図1 妊娠高血圧腎症とsFlt-1/PIGF比



Phipps EA, et al.: Nat Rev Nephrol. 15(5): 275-289, 2019より改変

文献

- 1) Buyon JP, et al.: Ann Intern Med. 163(3): 153-163, 2015
- 2) Kim MY, et al.: Ann Rheum Dis. 77(4): 549-555, 2018
- 3) Buyon JP, et al.: ACR 2018. Abstract No. 1855, 2018
- 4) Zeisler H, et al.: N Engl J Med. 374(1): 13-22, 2016
- 5) Phipps EA, et al.: Nat Rev Nephrol. 15(5): 275-289, 2019
- 6) Kim MY, et al.: Am J Obstet Gynecol. 214(1): 108.e1-108.e14, 2016
- 7) De Jesus G, et al.: ACR 2019. Abstract No. 1899, 2019
- 8) Mosimann B, et al.: Hypertens Pregnancy. 39(1): 1-11, 2020
- 9) Rolnik DL, et al.: N Engl J Med. 377(7): 613-622, 2017
- 10) Sammaritano LR, et al.: Arthritis Rheumatol. 72(4): 529-556, 2020
- 11) Kan N, et al.: Prenat Diagn. 37(4): 375-382, 2017
- 12) 宮野 章ら: 臨床リウマチ, 24(4): 247-259, 2012
- 13) Izmirly P, et al.: J Am Coll Cardiol. 76(3): 292-302, 2020
- 14) Ramos-Casals M, et al.: Ann Rheum Dis. 79(1): 3-18, 2020
- 15) Cuneo BF, et al.: J Am Coll Cardiol. 72(16): 1940-1951, 2018
- 16) Cuneo BF, et al.: Am J Obstet Gynecol. 215(4): 527-528, 2016
- 17) Eliasson H, et al.: Circulation. 124(18): 1919-1926, 2011
- 18) Couture J, et al.: Arthritis Rheumatol. 70(11): 1796-1800, 2018
- 19) Couture J, et al.: Arthritis Care Res (Hoboken). 70(2): 315-319, 2018
- 20) Rossides M, et al.: Arthritis Care Res (Hoboken). 70(8): 1269-1274, 2018
- 21) Rom AL, et al.: Ann Rheum Dis. 75(10): 1831-1837, 2016
- 22) Marder W, et al.: Lupus Sci Med. 1(1): e000034, 2014
- 23) Vinet É, et al.: Arthritis Rheumatol. 67(12): 3201-3208, 2015
- 24) Andreoli L, et al.: Clin Rev Allergy Immunol. March 16, 2021 [Online ahead of print]
- 25) Nalli C, et al.: Lupus. 26(5): 552-558, 2017

この記事のロングバージョンを、財団ホームページで読むことができます。

画像クイズ

歯科
第3回

連載

皮膚科・歯科と リウマチ性疾患 顎骨壊死

松本歯科大学歯学部歯科放射線学講座主任教授 田口 明 氏
80歳代女性。左側下顎大臼歯部排膿のため抜歯を予定(図1)。ステロイドとビスホスホネート製剤(BP製剤)使用のため、3ヵ月休薬後抜歯を予定したが、休薬1ヵ月後に骨髄炎を発症し、急遽抜歯した。その後、抜歯窩治癒不全となり、左側下顎枝まで骨髄炎が拡大した(図2)。

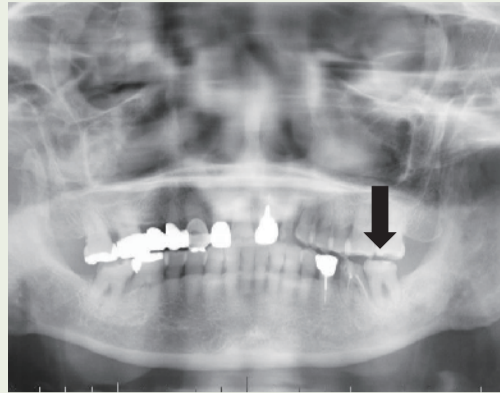


図1 左側下顎第二大臼歯(矢印)の歯根周囲は骨吸収。

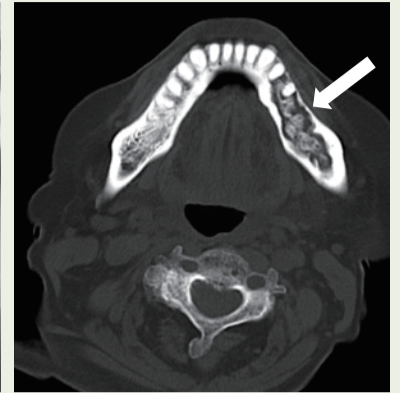


図2 抜歯窩治癒不全後、左側下顎骨体部から下顎枝まで骨髄炎が広がり、腐骨分離(矢印)

Q1. BP製剤関連顎骨壊死とはなにか。

A1. 2004年にMarxが高用量BP製剤使用悪性腫瘍患者の「avascular necrosis(阻血性骨壊死)」を初めて報告したが、翌年にはRuggieroらが低用量BP製剤使用骨粗鬆症患者の難治性骨髄炎を「osteonecrosis of the jaws(顎骨壊死)」として報告して以降、「BP製剤関連顎骨壊死」という名前が広く知られるようになった。しかしながら無症状の顎骨壊死患者

のMRIを撮像すると、画像所見としては顎骨骨髄炎の像を呈する(図3)。国内外での報告も同様であり(Wongratwanich P, et al.: Dentomaxillofac Radiol, 2021)。現在では「顎骨壊死」は「顎骨骨髄炎」と考えられている。これは抗ランクル抗体のデノスマブでも同様である(Khan AA, et al.: J Bone Miner Res, 2015)。顎骨骨髄炎であれば、予防法は感染対策となる。

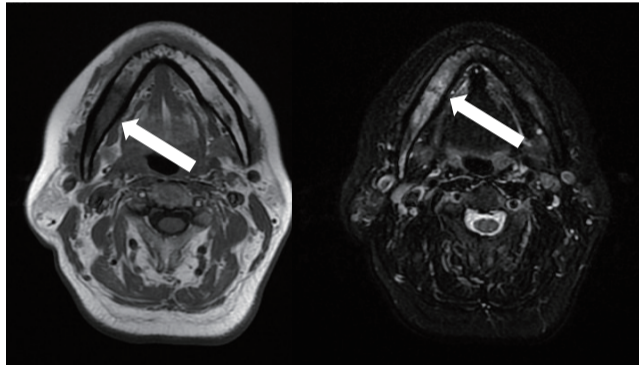


図3 無症状の右側下顎骨の顎骨壊死患者のMR画像。T1強調画像(左側)にて低信号、脂肪抑制T2強調画像(右側)にて高信号を呈する(矢印)

Q2. BP製剤使用中の抜歯は休薬が必要なのか。

A2. 2007年に米国口腔顎顔面外科学会(AAOMS)では顎骨壊死予防のための休薬基準をポジションペーパー内に掲載した。日本でもこの基準に従い、BP製剤使用中の患者での抜歯前後休薬が急速に広まった。骨粗鬆症患者のような低用量BP製剤使用患者の場合、投与3年以上、あるいはステロイド使用等のリスク因子があり、「骨折のリスクが高くない」場合は、抜歯前3ヵ月、抜歯後2週~3ヵ月の休薬を行うことが一般的となった。2014年のAAOMSの改訂ポジションペーパーでは休薬期間は2ヵ月になっている。しかしながら近年、日本骨粗鬆症学会での大規模調査(Taguchi A, et al.: Curr Med Res Opin, 2016)あるいは口腔外科医の多施設研究(Hasegawa T, et al.: Osteoporos Int, 2017)では、休薬に顎骨壊死発生の予防効果がないことが報告されている。これは悪性腫瘍患者でも同様である。そもそも感染巣となる歯を長期に残せば顎骨骨髄炎のリスクは高

くなる(図4)。休薬なく抜歯すべきことが現在は認知されている。ただしその前提として、国際顎骨壊死タスクフォースの答申(Khan AA, et al.: J Bone Miner Res, 2015)では、骨吸収抑制剤処方前に感染巣除去のために歯科治療を行うことや定期的な歯科受診による口腔衛生管理が推奨されている。

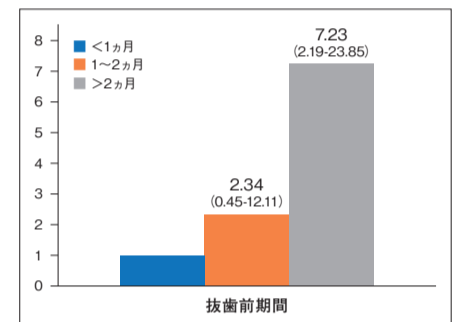


図4 抜歯を延期した際の抜歯窩治癒不全(8週以上持続)が発生するオッズ比。1ヵ月以内に抜歯した際を基準とする(Kamimura M, et al.: Osteoporos Int, 2019)



リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート

第7回 ひがみリウマチ・糖尿病内科クリニック

看護師 松村 陽美 氏



1. 私の仕事

リウマチ患者さんに疾患の正しい知識の提供を心がけ、治療選択における意思決定支援、自己注射指導、さらに体調変化時の対応、個々のリスクに応じた患者指導、フットケア、心理的サポート等を専門医、多職種と連携して行っています。

2. 資格を取るきっかけ

当院では、2008年からリウマチ教室を開催することで、患者さんに疾患、治療の正しい知識を提供し、前向きに治療に取り組んでいただくよう努めています。その過程で、専門知識を身につけてリウマチ患者さんに寄り添いたいと思ったこと、院長より背中を押されたこと、さらには一緒に資格を取得するスタッフ(仲間)がいたことが資格を取得するきっかけになりました。

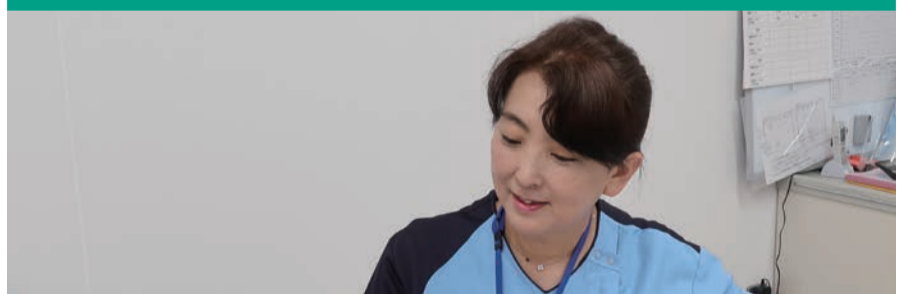
3. こんな時資格が役立っています

医師は、「リウマチケア看護師さんに治療選択について詳しい説明をしてもらいます!」「自己注射はリウマチケア看護師さんが指導します!」と患者さんに話されます。また患者さんから、「リウマチケア看護師〇〇さんに相談したいことがあります」と言ってこられることもあり、医師や患者さんに信頼されることが、やる気にもつながっています。

4. 今後の抱負

どんなに治療が進歩しても、突然の再燃、副作用、経済的な問題などで行き詰まる患者さん、治療を中断し関節破壊が進行して受診される患者さんもおられます。また医療者とのコミュニケーションに満足していないために治療を続けられないケースも経験します。看護師は、患者さんと一番身近な話しやすい存在として不安や悩みを傾聴していくことが必要です。そのためには最新の知識、技術の習得のみでなく、患者さんとの良好な関係性を築くためのコミュニケーション技術も培っていきたくです。

薬剤師 中川 志都子 氏



1. 私の仕事

クリニックの薬剤師として、メトトレキサート(MTX)中心に抗リウマチ薬を開始される外来患者さんに服薬指導をしています。一般的な用法用量や副作用のみならず、シックデイ時の休薬、ワクチン接種に関する注意点、帯状疱疹など起こりうる感染症など、患者さんに理解していただけるよう行っています。また、生物学的製剤の温度管理や在庫管理、リウマチ治療薬の治験や全例調査、各種観察研究の管理にも携わっています。

2. 資格を取るきっかけ

当クリニックの医師や看護師長の勧めもあり、チーム医療の一員として患者さんの治療や教育に携わりたいと考えたからです。

3. こんな時資格が役立っています

資格を取得したことで、MTXを服用している患者さんへのアンケート調査の結果報告など発表の機会をいただきました。専門的な勉強会で得られる知識を活かして、リウマチ患者さんからの質問や指導に活用することができています。

4. 今後の抱負

今後は、MTXや生物学的製剤、JAK阻害薬導入後の患者さんの理解度を再確認することで、継続的なかかわりや指導の質の向上につなげていきたいと考えています。またチーム医療の一員として、個々の患者さんにとって最適な治療薬を提案できるよう情報収集し、積極的に介入できるよう努力していきたく思います。

ノバルティス・リウマチ医学賞候補者募集

目的

リウマチ性疾患の病因、発生機序、あるいは画期的治療等に関する独創的な課題に取り組み、自然科学の発展に大きく寄与した研究を顕彰する。

対象課題

リウマチ性疾患の本態解明に関する研究で、(1)生命科学(2)情報科学(3)遺伝・環境科学(4)薬物科学等の分野に顕著な功績をあげた研究。

賞金 1課題300万円 締め切り 令和4年1月31日(当日消印有効)

詳細、要項、申請書等は財団ホームページをご覧ください。



日本リウマチ財団・海外派遣医募集

制度の趣旨

この制度は、若い優れたリウマチ専攻医を海外に派遣・研修させ、日本のリウマチ学およびリウマチ治療対策の進歩を期待するものである。

受入機関・時期・待遇

(1)派遣医は原則として、海外の1つのリウマチ・膠原病等診療研究機関に4ヵ月以上滞りて研修を受けるものとする。(2)派遣医は令和4年度中に出発するものとする。令和4年度中に出発しないときは、派遣医の資格は無効とする。(3)奨学金 各人100万円とする。

締め切り 令和4年3月31日

詳細、要項、申請書等は財団ホームページをご覧ください。



国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表に対する助成

助成対象の調査・研究発表

海外及び国内における国際学会において発表するリウマチ性疾患の病因、治療、予防、疫学等に関する調査・研究

助成対象の国際学会

- (1) ヨーロッパリウマチ学会 (EULAR)
- (2) アメリカリウマチ学会 (ACR)
- (3) アジア太平洋リウマチ学会 (APLAR)
- (4) その他リウマチ性疾患に関する国際学会で日本リウマチ財団が特に認める学会

助成対象者の推薦

リウマチ性疾患の調査・研究に意欲的に従事する若手の医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士である研究者等(学会発表時45歳以下)で、次の者の推薦を受けた者とし、次の推薦者は学会毎に各1名推薦するものとする。

- (1) 大学の場合は学長(総合大学は学部長、あるいは研究所長)
- (2) その他の機関の場合その代表者
- (3) 当財団の評議員

※新型コロナウイルス感染症等の対応により、現地に赴くことが無くWeb等により発表する場合においては、登録費用等の実費について助成対象としています。

締め切り 学会発表の日の2ヵ月前

詳細、要項、申請書等は財団ホームページをご覧ください。



令和4年度リウマチ財団登録理学・作業療法士募集

申請受付期間 令和4年2月1日～4月30日

資格(要件)

1. 申請時に3年以上の理学・作業療法士実務経験が有り、直近5年間に於いて通算1年以上リウマチ性疾患のリハビリテーションに従事している。
2. 直近の5年間に於いて
 - (1) リウマチ性疾患のリハビリの指導患者名簿……………10例*
 - (2) リウマチ性疾患リハビリ指導記録(上記名簿のうち)……………5例*
*関節リウマチ症例を含むことが望ましい。
*記載例は財団ホームページに掲載。
 - (3) 財団が主催し又は認定する教育研修会に参加(発表)……………3回(経過措置)
経過措置は、令和5年度の新規申請(令和5年4月30日)までの期間限定
審査料(申請時)……………1万円 登録料(審査に合格後)……………5千円

問い合わせ先

日本リウマチ財団事務局 E-mail:nursejrf@rheuma-net.or.jp

申請方法、申請書類等は財団ホームページに掲載します。



日本リウマチ財団ニュースメール配信

日本リウマチ財団では、リウマチ財団登録医、リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師、リウマチ財団登録理学・作業療法士の方々へ毎号財団ニュースのファイルをダウンロードできるURLや財団情報をメールで配信しています。

メール配信が届いていない、メール配信を希望する方は、お手数をおかけし恐縮ですが、配信先としてご希望のメールアドレスの登録をお願い申し上げます。

登録方法

以下送信先メールアドレスにお送りください。

- ① お名前 ② ご所属 ③ 財団登録番号 ④ 配信先としてご希望のメールアドレス

送信先:jrfnews@rheuma-net.or.jp(財団ニュース専用)

編集後記

新年あけましておめでとうございます。

昨年10月以降の新型コロナウイルス感染者数の急激な減少もあり、年末の除夜の鐘は昨年より少し心穏やかに聞くことができたのではないのでしょうか。もちろん油断は禁物ですが、まずはこの一年が皆様にとりまして健康で充実した年になりますことを心からお祈り申し上げます。

そんな中であって、リウマチ財団ニュースは

お陰様で無事に新しい年を迎えることができました。決意を新たに「リウマチ医療を地域格差なく受けられる未来のために」リウマチ性疾患に関する話題と知識を様々な角度から、丁寧かつスピーディーに取り上げて参ります。どうぞよろしくお願ひいたします。

振り返るまでもなく、昨年新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に翻弄された一年でした。東京オリンピックの開催とともにコロナの波が来るだろうと予想はしていたものの、あまりに大きな第5波と、逆に10月以降のちょっと不気味なくらいの鎮静化。このままコロナは収ま

令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会開催予定

開催地区	開催日	開催場所/開催形態	世話人
中国・四国	令和4年2/6(日)	JRホテルクレメント高松(ハイブリッド開催)	香川大学医学部附属病院 膠原病・リウマチ内科 病院教授 土橋 浩章

開催情報、詳細等は財団ホームページをご覧ください。



令和4年度リウマチ月間リウマチ講演会

メインテーマ

「多職種連携によるリウマチ性疾患征圧に向けて」

開催日:令和4年6月11日(土)

開催方法:会場とWeb配信によるハイブリッド開催

会場:都市センターホテル「コスモスホール」(東京都千代田区)

令和4年度リウマチ月間リウマチ講演会 実行委員会委員長

川合 眞一

公益財団法人日本リウマチ財団 理事

東邦大学 名誉教授 / 医学部炎症・疼痛制御学講座 教授

※詳細は令和4年2月頃に財団ホームページに掲載予定。

令和4年度リウマチ財団登録医

■新規登録医募集

申請受付期間 令和4年3月1日～5月31日

資格(要件)

1. 申請時に3年以上の臨床経験が有り、現在に至るまで通算1年以上リウマチ性疾患の診療に関わっている。なお、平成16年以降医師資格取得者は初期臨床研修修了者であること。
2. 直近の5年間に於いて
 - (1) リウマチ性疾患診療患者名簿……………10例
 - (2) リウマチ性疾患診療記録(上記名簿のうち)……………5例
 - (3) 財団が主催し又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)
審査料(申請時)……………1万円 登録料(審査に合格後)……………2万円
登録有効期間……………5年間

■資格再審査・更新手続き

申請受付期間 令和4年3月1日～5月31日

令和4年度資格更新該当者は、下記年度にリウマチ財団登録医を取得された方です。

平成24、29年度

申請方法、申請書類等は財団ホームページに掲載します。



令和3年11月 企画運営委員会議事録

令和3年11月開催企画運営委員会の審議概要を下記のとおり報告します。

企画運営委員会委員長 西岡久寿樹

日時:令和3年11月2日(火)18:00～19:00

【報告事項】

1. 委員会報告 医療情報委員会(10月5日)
ホームページのアクセス数、新規・更新掲載、検討事項等について報告された。「膠原病・リウマチ患者さんのための新型コロナウイルスについてのQ&A」は最大のアクセス数を記録。
2. 令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会について
今年度全国6会場のうち10月24日(日)に関東・甲信越地区を第1弾としてハイブリッド形式により開催した。11月以降は北海道・東北地区がWeb開催、他の4地区はハイブリッド開催となること報告された。
3. 令和4年度リウマチ月間リウマチ講演会について
令和4年6月11日(土)に千代田区の「都市センターホテル」を会場としてWeb方式と併用のハイブリッド形式による開催とし、その進捗状況が報告された。
4. 令和3年度リウマチケア看護師ならびにリウマチ財団登録薬剤師の申請状況について
新規申込者、更新申込者について報告された。新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言下であったが、申込者はそれぞれ昨年度より多かった。
5. 寄付金について
10月に製薬企業様から財団の教育・啓発活動への支援として1件の寄付金をいただいた。

【審議事項】

1. 令和4年度海外派遣医の推薦依頼について
例年通り推薦依頼を実施することが決定。推薦締め切りは令和4年3月31日。
2. 令和3年度日本リウマチ財団福祉賞の推薦依頼について
例年通り推薦依頼を実施することが決定。推薦締め切りは令和4年1月31日。
3. 第33回理事会・第13回臨時評議員会について
令和4年3月8日に学士会館で会場参加とWeb参加によるハイブリッド開催とした。

以上

リウマチの学会」をいち早く報告して頂きました。リレー連載「リウマチケア看護師、登録薬剤師のツイート」も順調に回を重ね第7回となりました。今後も全国の病院や診療所で奮闘中の看護師・薬剤師の方々にご登場いただきます。乞うご期待。

皆様にとりまして本年が良い年になることを祈念致しまして令和4年最初の編集後記とさせていただきます。本年もよろしくお願ひいたします。

仲村一郎 JCHO 湯河原病院 診療統括部長

るのか?オミクロン株による第6波は来るのか?そんな不安に加えて、3回目のワクチン接種、経口治療薬の登場など新型コロナとの付き合いはまだまだ続きそうです。1年後、この状況がさらに良くなっていることを信じて、新しい年を過ごしていければと決意を新たにしています。

さて紙面のご紹介ですが、令和4年の新年号からはシリーズ「脊椎関節炎の診断・治療のポイント」が始まります。第1回は杏林大学の岸本暢将先生に乾癬性関節炎について解説頂きました。また、聖路加国際病院の北田彩子先生には、昨年8月にバーチャル開催された「妊娠と