



# 長寿医療研究センター病院レター

## 高齢化時代における関節リウマチ診療

### — 当センターの治療方針 —

近年、関節リウマチ（RA）治療は大きく進歩し、早期診断と適切な薬物治療により寛解を目指すことが可能な疾患となりました。一方で、高齢化社会の進展に伴い、高齢発症 RA や長期罹患 RA 患者の増加がみられ、併存症や感染症リスクを考慮した包括的な診療が求められています。

当センターでは、高齢者医療の経験を活かし、薬物治療と外科治療の両面から関節リウマチ診療に取り組んでおります。本稿では、当院における RA 診療の特徴についてご紹介いたします。



整形外科医師  
佐藤 良

#### 1. 関節リウマチ診療の現状

RA は、わが国で約 1%（およそ 70～80 万人）が罹患するとされる代表的な自己免疫性疾患であり、関節の腫脹や疼痛をに加え、炎症が持続すると骨びらんや関節破壊を来し、日常生活動作（ADL）や生活の質（QOL）に大きな影響を与える疾患です。また、RA は滑膜炎を主病変とする疾患ですが、本質的には全身性炎症性疾患として理解する必要があります。慢性的な免疫異常は関節滑膜にとどまらず、肺・血管・心臓など全身臓器に炎症を波及させ、多彩な関節外症状を引き起こします。実際、関節外症状は RA 患者の約 40%に認められると報告されており、罹病期間が長くなるほどその頻度は高くなることが知られています。

関節外症状を伴う RA 患者では、伴わない患者と比較して死亡率が約 3 倍高いと報告されています。また疾患活動性が十分にコントロールされていない RA では、慢性的な炎症により動脈硬化が進行し、心血管疾患リスクが著しく上昇することが知られています。このように RA は単なる関節疾患ではなく、全身炎症の制御が生命予後にも影響する疾患として認識することが重要です。

近年はメトトレキサート（MTX）を中心とした疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）に加え、生物学的製剤や JAK 阻害薬などの分子標的治療の登場により治療成績は大きく向上しました。早期から適切な治療を開始することで、関節破壊の進行を抑制し、寛解に到達することも十分に期待できる時代となっており、寛解または低疾患活動性に到達する患者は約 80%に達すると報告されています。しかしながら、薬剤による合併症や感染症リスク、併存疾患などの問題もあり、依然として疾患活動性が十分に抑制されなかったが一定割合存在し、RA 診療には依然として unmet needs が残されています（図 1）。

さらに、わが国では高齢化の進展に伴い、高齢発症 RA（late-onset RA）や長期罹患 RA 患者が増加しています（図 2）。高齢発症 RA では、急性発症で肩や膝などの大関節炎を呈することが多く、リウマチ性多発筋痛症（PMR）や RS3PE 症候群などの疾患との鑑別に苦慮する症例も少なくありません。また高齢 RA 患者では、心血管疾患、腎機能障害、呼吸器疾患などの併存症を伴うことが多く、感染症リスクやフレイルの問題も加わるため、単なる炎症制御にとどまらず、ADL や生活機能の維持を含めた包括的な診療が求められます。

このように RA 診療は大きく進歩した一方で、全身性炎症疾患としての側面や高齢化に伴う新たな課題も明らかになっており、早期診断・適切な薬物治療に加え、併存症管理や関節外症状への対応を含めた総合的な診療がますます重要となっています。

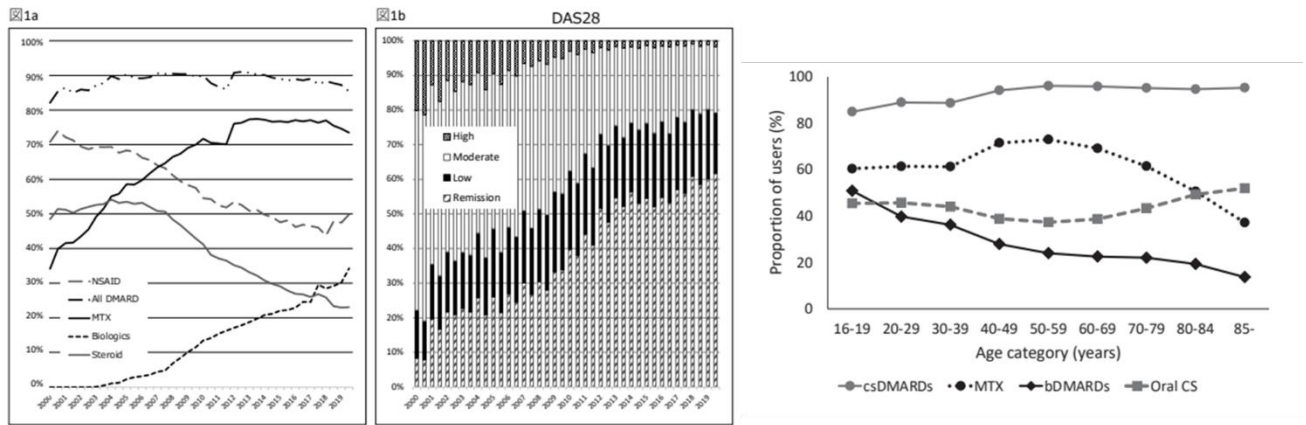


図1 関節リウマチ治療の進歩と疾患活動性の変化と年齢別関節リウマチ治療の実態

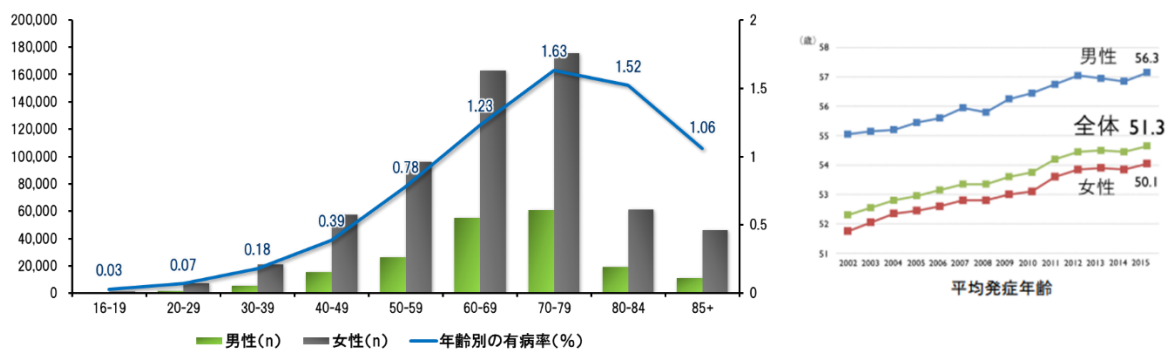


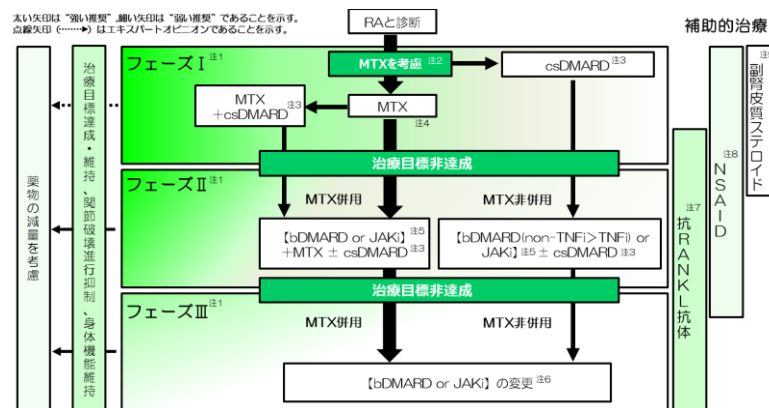
図2 近年の関節リウマチ患者の年齢分布

## 2. 当院における薬物治療

当センターでは、関節リウマチ診療ガイドライン 2024 (図 3) に示される Treat-to-Target (T2T) 戦略に基づき、疾患活動性を定期的に評価しながら治療を段階的に最適化することを基本方針としています。MTX を中心とした csDMARDs 治療を基盤とし、治療開始後 3 か月での改善および 6 か月以内の治療目標達成を指標として、効果不十分例には生物学的製剤や JAK 阻害薬などの分子標的治療を適切に導入しています。

一方で、当センターでは高齢発症関節リウマチ (RA) や長期罹患患者が多く、併存症や高齢に伴う臓器機能低下の影響により、ガイドラインに基づく標準的な治療がそのまま適用できない症例も少なくありません。特に高齢患者では、腎機能障害や肝機能障害、呼吸器疾患、低栄養などを背景に、MTX の使用が困難・十分量の投与ができないケースがしばしば認められます。このような症例では、全身状態や生活背景を踏まえた柔軟な治療方針が重要になります。当センターでは、疾患活動性のみならず、併存疾患や ADL、感染リスクなども総合的に評価しながら治療方針を決定しています。

具体的には、腎機能・肝機能や呼吸器疾患の状態に応じて MTX の使用可否・減量・中止の判断を適切に行い、他の csDMARDs による治療や MTX 非併用での分子標的薬を慎重に導入しています。また、ワクチン接種の確認と推奨、定期的な血液検査や画像評価などを行い、安全性に十分配慮した診療を心がけています。高齢の RA 患者さんでは「強い治療ができない」と考えられがちですが、適切に患者背景を評価し治療を選択することで、無理のない範囲で良好な疾患コントロールを得ることが可能です。当センターでは今後も、地域の先生方と連携しながら、安全性と有効性のバランスを重視したリウマチ診療を提供してまいります。



- 注1: 原則として6か月以内に治療目標である「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。治療開始後3か月で改善がみられなければ治療を見直し、RF/ACPA陽性(特に高力価陽性)や早期からの骨びらんを有する症例は関節破壊が進みやすいため、より積極的な治療を考慮する。
- 注2: 禁忌事項のほかに、年齢、腎機能、肺合併症等を考慮して決定する。
- 注3: MTX以外のcsDMARDを指す。
- 注4: 皮下注射投与は、内服よりも優れた有効性と同等以上の安全性が期待されるが、コスト面からMTX未投与患者では内服を優先する。
- 注5: 短期的治療ではTNF阻害薬とJAK阻害薬の有効性はほぼ同等だが、長期安全性、医療経済の観点からbDMARDを優先する。JAK阻害薬使用時には、悪性腫瘍、心血管イベント、血栓イベントのリスク因子を考慮する。
- 注6: TNF阻害薬が効果不十分な場合は、他のTNF阻害薬よりも非TNF阻害薬への切り替えを優先する。
- 注7: 疾患活動性が低下しても骨びらんの進行がある患者、特にRF/ACPA陽性患者で使用を考慮する。
- 注8: 疼痛緩和目的に必要な最小量で短期間が望ましい。
- 注9: 早期かつcsDMARD使用RAに必要な最小量を投与し、可能な限り短期間(数か月以内)で漸減中止する。再燃時など使用する場合も同様である。

図3 関節リウマチ診療ガイドライン2024

### 3. 外科的治療

薬物治療の進歩により RA の炎症制御は大きく改善し、実際に RA による大関節手術は減少していますが、その分純粋に加齢に伴う変形性関節症(OA)は増加しております(図 4)。

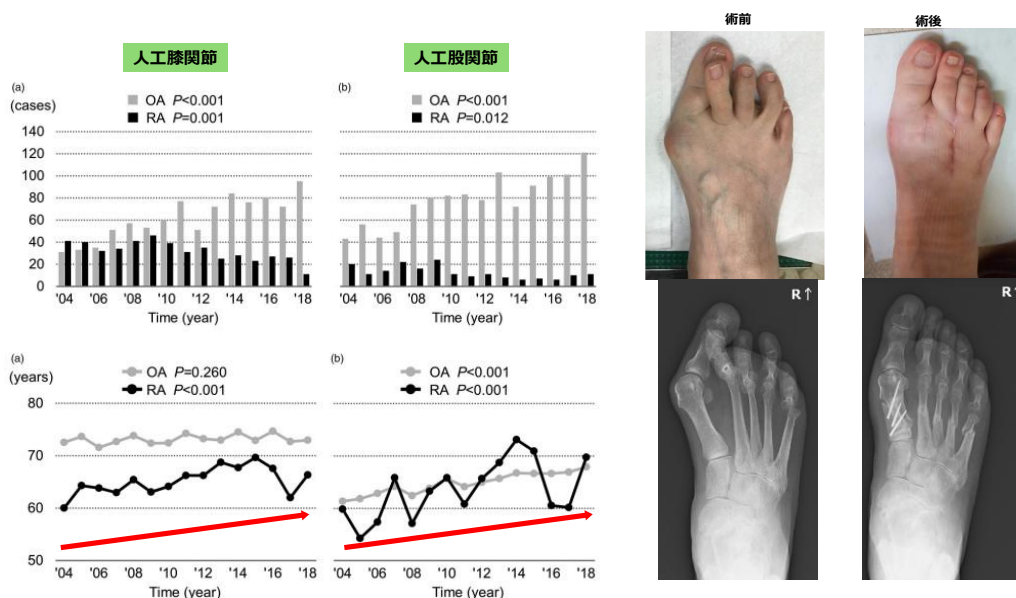


図4 人工膝関節および人工股関節置換術を受けた関節リウマチ患者の数と年齢に関する推移(変形性関節症との比較)と前足部手術の実際

また、既存の関節破壊による疼痛や機能障害が残存する症例は未だ少なくなく、ガイドラインにも記載がある通り手術も含めた非薬物療法も非常に重要です(図 5)。

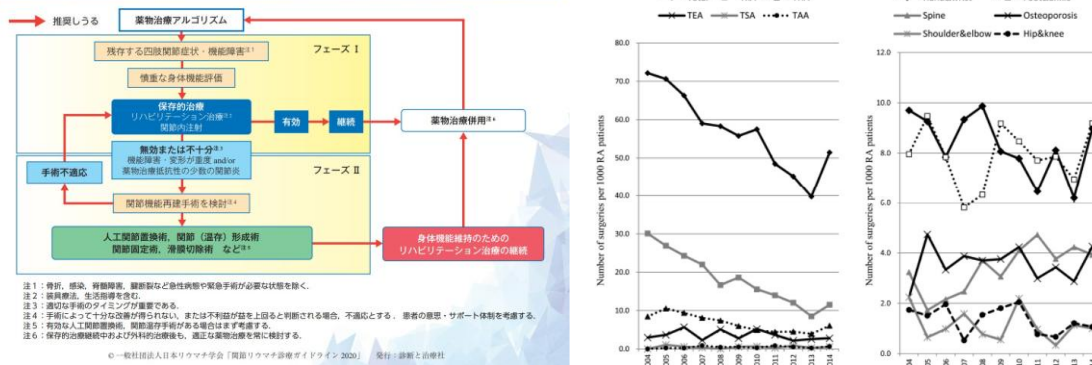


図5 関節リウマチ診療ガイドライン非薬物治療・外科的治療アルゴリズムと最近のRAにおける手術の動向

当センターでは整形外科関節科が中心となり、人工膝関節置換術や人工股関節置換術などの関節再建手術を含めた外科治療にも対応しています。また、今後は機能温存を目指した前足部の変形（外反母趾、足趾変形）に対する手術も行っていく予定です。当院でリハビリテーションも連携させた包括的な治療体制を整えており、疼痛の改善や歩行能力の回復など患者の生活の質の向上を目指しています。

#### 4. おわりに

RA 診療では、早期診断と適切な薬物治療に加え、長期的な関節機能の維持や併存症管理を含めた包括的な診療が重要です。特に高齢 RA 患者では、多くの併存症を背景に薬物療法による有害事象のリスクが高く、高齢者特有の問題への配慮が不可欠となります。

また、たとえ薬物治療により疾患活動性が良好にコントロールされていたとしても、骨粗鬆症、変形性関節症、脊椎疾患、サルコペニアなど加齢に伴う運動器疾患の影響により、ADL や QOL が低下する症例は少なくありません。そのため、今後の RA 診療においては「炎症性疾患」としてのみならず、「運動器疾患」として捉えた包括的なアプローチがますます重要になると考えられます。

当センターでは、診断目的の紹介や治療方針の相談のみでも対応しております。診断確定後には地域の先生方へ逆紹介し、共同でフォローさせていただく体制も整えております。関節痛や関節腫脹が持続する症例、薬物治療に難渋している症例、機能障害に伴い外科的治療が必要と考えられる症例などがございましたら、ぜひお気軽にご紹介いただければ幸いです。

## 参考資料

1. NinJa (National Database of Rheumatic Diseases in Japan) より引用
2. Nakajima A, et al.; Int. J. Rheum. Dis. 2020;23:1676–1684.より作図
3. 関節リウマチ診療ガイドライン 2024 改訂. 診断と治療社
4. Clin Rheumatol Rel Res,33:6~13.2021
5. Asai S, et al. Mod Rheumatol. 2021 May;31(3):768-771
6. Matsumoto T. et al J Rheumatol. 2017;44(11):1575-82

長寿医療研究センター病院レター第 122 号をお届けいたします。

今回は関節リウマチに関する課題について、整形外科医長 佐藤 良先生に執筆していただきました。本稿は、治療の進歩により寛解が目指せる時代となった一方で、高齢化に伴い複雑化する関節リウマチ診療の現状と課題をわかりやすく示した内容となっています。

当センターでは、薬物療法を基盤に外科的治療やリハビリテーションを組み合わせ、併存症や生活機能にも配慮した包括的な診療を行っています。今後も中部圏のナショナルセンターとして、地域の医療機関・介護施設の皆様と連携しながら、高齢者の関節リウマチ診療の質向上に努めてまいります。

診断に迷う症例や治療に難渋する症例、機能障害を伴う症例などがございましたら、ぜひ当センターへご相談ください。

病院長 松浦俊博

