

2014. **4.25** (金)
11:45~12:45

グランドプリンスホテル新高輪・国際館パミール 1階
第10会場(瑞光)

〒108-8612 東京都港区高輪1-13-1 TEL:03-3442-1111(代表)

DMARDsを駆使した T2T治療戦略の実際

座長

松原 司 先生

松原メイフラワー病院 院長

講演1

DMARDs治療の世界的潮流
グローバルRecommendationから

岡田 正人 先生

聖路加国際病院 アレルギー膠原病科(SLE、関節リウマチ、小児リウマチ) 部長

講演2

発症早期関節リウマチに対する生物学的製剤と
経口DMARDs併用療法の治療効果の比較
—多施設共同研究JaSTAR Study による解析—

松野 博明 先生

松野リウマチ整形外科 院長 / 東京医科大学医学総合研究所 客員准教授

認定
単位

日本整形外科学会教育研修会【専門医資格継続単位(N)】1単位
必須分野『06:リウマチ性疾患、感染症』
または、日本整形外科学会教育研修会【リウマチ医資格継続単位(R)】1単位

●ランチョンセミナーはチケット制です。

【事前参加登録をされた方】学会参加証と一緒にチケットを発券いたします。

【当日参加の方】学会参加証に記載のQRコードを使用し、チケットを発券してください。

発券日時 / 4月25日(金) 7:15 - 11:15(定員になり次第終了) 発券場所 / グランドプリンスホテル新高輪 国際館パミール2階

※チケットはお弁当の引換券です。聴講を制限するものではありません。

※会場にはチケットをお持ちの方から優先的にご入りいただけます。 ※セミナー開始後、チケットは無効となります。

講演1

DMARDs治療の世界的潮流 グローバルRecommendationから

聖路加国際病院 アレルギー膠原病科(SLE、関節リウマチ、小児リウマチ) 部長 岡田 正人 先生

関節リウマチの初期治療は、発症から治療開始までの期間、関節予後因子、臨床的関節炎の活動性、合併症、妊娠の希望、日常生活上の寛解導入の早急性など多彩な因子を考慮し個別化医療がおこなわれる。早期に短期間生物学的製剤を併用し、寛解導入をしたのちに経口疾患修飾性抗リウマチ薬にて維持をするという治療法も効果が確認されているが、経口疾患修飾性抗リウマチ薬による単剤および併用治療の後に、効果不十分例のみ生物学的製剤を使用する方法が一般的である。有効性を確保するための経口疾患修飾性抗リウマチ薬の単剤治療の選択、併用療法の開始基準、各薬剤の用量設定などは、経口疾患修飾性抗リウマチ薬による寛解導入率の改善だけでなく、その後の必要となった場合の生物学的製剤の有効性にも影響を与えうる重要なものと考えられる。また、初期には経口疾患修飾性抗リウマチ薬や生物学的製剤のような長期に疾患をコントロールするためのコントローラーのみではなく、早期に炎症を抑え急性の炎症をとり症状の改善を得るリリーバーとして非ステロイド系消炎鎮痛薬、ステロイドなども適宜併用することも、一般的な治療の一環となっている。

米国リウマチ学会の関節リウマチ薬物療法推奨が2012年に発表され、DMARDの単剤だけでなく3剤併用療法による初期治療が推奨されている。2013年に発表された欧州リウマチ学会の関節リウマチ治療推奨においても、DMARD単剤にて十分な効果が得られなかった症例ではDMARDの併用療法が選択肢として推奨されている。実際に英国からの報告で3剤併用療法の実施率が過去10年間で飛躍的に上昇していることが示されている。関節リウマチにおいても活動性の高い時期に寛解導入をするための薬物療法と、寛解が達成された時点での状態を維持するための薬物必要度が異なることは他のリウマチ膠原病疾患と同様である。一般的には、まずはステロイド、非ステロイド系抗炎症鎮痛薬の減量、中止が優先され、その後に経口疾患修飾性抗リウマチ薬、もしくは生物学的製剤の減量、中止が試みられる。

いずれにせよ、患者背景に応じた経口疾患修飾性抗リウマチ薬や生物学的製剤の選択により、個別化医療を実践しながら早期に寛解を導入し、最低限の薬物療法により確実に寛解を維持することが目標となる。

講演2

発症早期関節リウマチに対する生物学的製剤と

経口DMARDs併用療法の治療効果の比較

—多施設共同研究JaSTAR Study による解析—

松野リウマチ整形外科 院長／東京医科大学医学総合研究所 客員准教授 松野 博明 先生

関節リウマチ(RA)の治療は、生物学的製剤(バイオ)の登場により寛解を目指した治療へと大幅に進歩を遂げた。

しかし、全ての症例がバイオの適応となるわけではなく、国際的には、まずメトトレキサート(MTX)を中心とした既存の経口DMARDsさらにはこれらの併用療法を行い、これに抵抗するような難治例に限りバイオを導入するよう推奨している。このことはEULAR recommendation, ACR recommendation, NICE guidanceいずれにも明記されている。特にバイオ使用前のDMARDs併用療法としてはMTX, サラズルファピリジン(SASP), ハイドロキシクロロキン(HAQ)の3剤療法がエビデンスも高く推奨されている。米国ではTEAR studyやRACAT studyによりMTX, SASP, HCQの3剤併用療法とエタネルセプトの比較試験が行われ、効果において差がないことが示された。またスウェーデンではSwefot trialによりインフリキシマブとMTX, SASP, HCQの3剤併用の比較試験が行われ、3剤療法は治療後年でレントゲンの骨破壊でわずかに劣るが(TSSで約1.5)、臨床症状の改善や労働の損失に差がないことが示された。これら海外多施設臨床比較試験により3剤併用療法のMTX不応例に対する有効性が示されている。しかし、本邦では副作用のためHCQはRAで承認されていない。そこでHCQを国内で頻用されMTXとの併用効果も確認されているブシラミン(BUC)におきかえたMTX, SASP, BUCの3剤併用療法とTNF阻害薬の比較試験を行いその可能性を検討した。試験は全国32施設の実地医により既存DMARD治療によってもなおDAS28>3.2を維持する発症3年未満の早期RAを対象にTNF阻害薬との比較試験を行った。

治療1年後、DAS28, CDAIの平均値ならびにこれら臨床評価による臨床的寛解達成率や治療継続率において3剤群とTNF群で有意な差は示されなかった。また3剤併用群に実際用いられた使用量は中央値でBUCが100mg/日、SASPが500mg/日、MTXが7mg/週でありいずれも承認使用極量を大幅に下回っていることが確認された。

以上よりMTX, SASP, BUCの3剤併用療法は効果が期待出来るRA治療であると考えられた。