

2018年5月21日 月朝刊に リウマチ膠原病センター長 吉永 泰彦 医師が掲載されました

13 メディカ 2018年(平成30年)5月21日 月曜日

関節リウマチに対する主な合成抗リウマチ薬

- ① 従来型
- 【免疫調節薬】
- 金チオリンゴ酸ナトリウム(シオゾール®) 筋注: 蛋白(たんぱく)尿、間質性肺炎に要注意
 - サラソスルファピリジン(アザルフィジンEN®) 経口: 薬疹、肝障害に要注意
 - プシラミン(リマチル®) 経口: 蛋白尿、間質性肺炎に要注意
 - イグラチモド(ケアラム®、コルベット®) 経口: 肝障害、間質性肺炎に要注意
- 【免疫抑制薬】
- メトトレキサート(リウマトレックス®) 経口: 肝障害、間質性肺炎に要注意
 - レフルノミド(アラバ®) 経口: 肝障害、間質性肺炎に要注意
 - タクロリムス(プログラフ®) 経口: 糖尿、腎障害、併用薬剤に要注意
- ② 分子標的型
- 【JAK阻害薬】
- トファシチニブ(ゼルランツ®) 経口: 帯状疱疹(ほうしん)、肝障害に要注意
 - バリシチニブ(オルミエント®) 経口: 帯状疱疹、肝障害に要注意

関節リウマチに対する主な生物学的製剤

- ① TNF阻害薬
- 【抗TNFα抗体】
- インフリキシマブ(レミケード®): 3-10mg/kgを6-8週毎点滴(初回、2週後、4週後)
 - アダリムマブ(ヘムリマ®): 40-80mgを2週毎皮下注(自己注可)
 - ゴリムマブ(シンボニー®): 50-100mgを4週毎皮下注(自己注可)
 - セルトリズマブ・ベゴル(シムジア®): 400mgを0、2、4週後、200mgを2週毎皮下注(自己注可、症状安定後は400mgを4週毎可)
- 【可溶性TNF受容体-IgG1融合蛋白】
- エタネルセプト(エンブレル®): 25mgを週2回または50mgを週1回皮下注(自己注可)
- ② 抗IL-6受容体抗体
- トシリズマブ(アクテムラ®): 8mg/kgを4週毎点滴、または162mgを(1-)2週毎皮下注(自己注可)
 - サリルマブ(ケプザラ®): 150/200mgを2週毎皮下注(自己注可)
- ③ 抗T細胞(CTLA4-IgG1融合蛋白)
- アバタセプト(オレンシア®): 体重<60kgは500mg、60-100kgは750mg、>100kgは1000mgを4週毎点滴、または125mgを毎週皮下注(自己注可)

知っておきたい最新治療

よしなが やすひこ 山口県立学部高等学校、岡山大学医学部卒、岡山大学医学部研究科修士。医学博士。岡山赤十字病院、尾道市立市民病院、岡山大学病院、南岡山医療センターなどを経て倉敷成人病センター勤務。2004年からリウマチ膠原病センター長、13年から副院長。岡山大学医学部医学科臨床教授、日本リウマチ学会、日本臨床リウマチ学会、日本内科学会中国地区評議員、指導医、日本腎臓学会指導医、日本透析学会専門医、日本種痘学会理事、日本リウマチ友の会理事、ふれ愛の会顧問。



倉敷成人病センター 副院長・リウマチ膠原病センター長 吉永 泰彦

倉敷成人病センター 副院長・リウマチ膠原病センター長 吉永 泰彦

④ 進んでいる関節リウマチの薬物療法(上)

リウマチとは? 関節の「火事」。

リウマチの治療とは? → 「火事」を消すこと

- 「水」 抗炎症薬
- 「消火剤、合成抗リウマチ薬」 非ステロイド性抗炎症薬、ステロイド薬
- 「化学消火剤、分子標的薬」 抗リウマチ薬(従来型)、抗リウマチ薬(標的型)、生物学的製剤

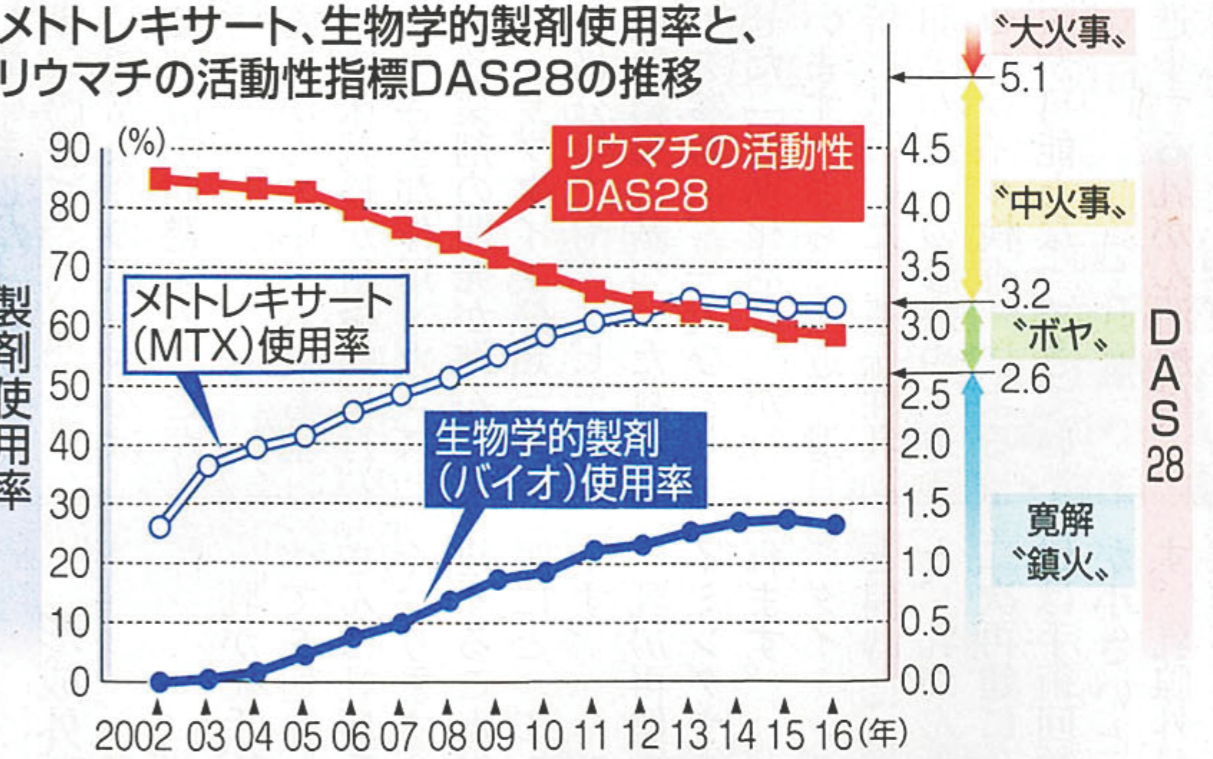
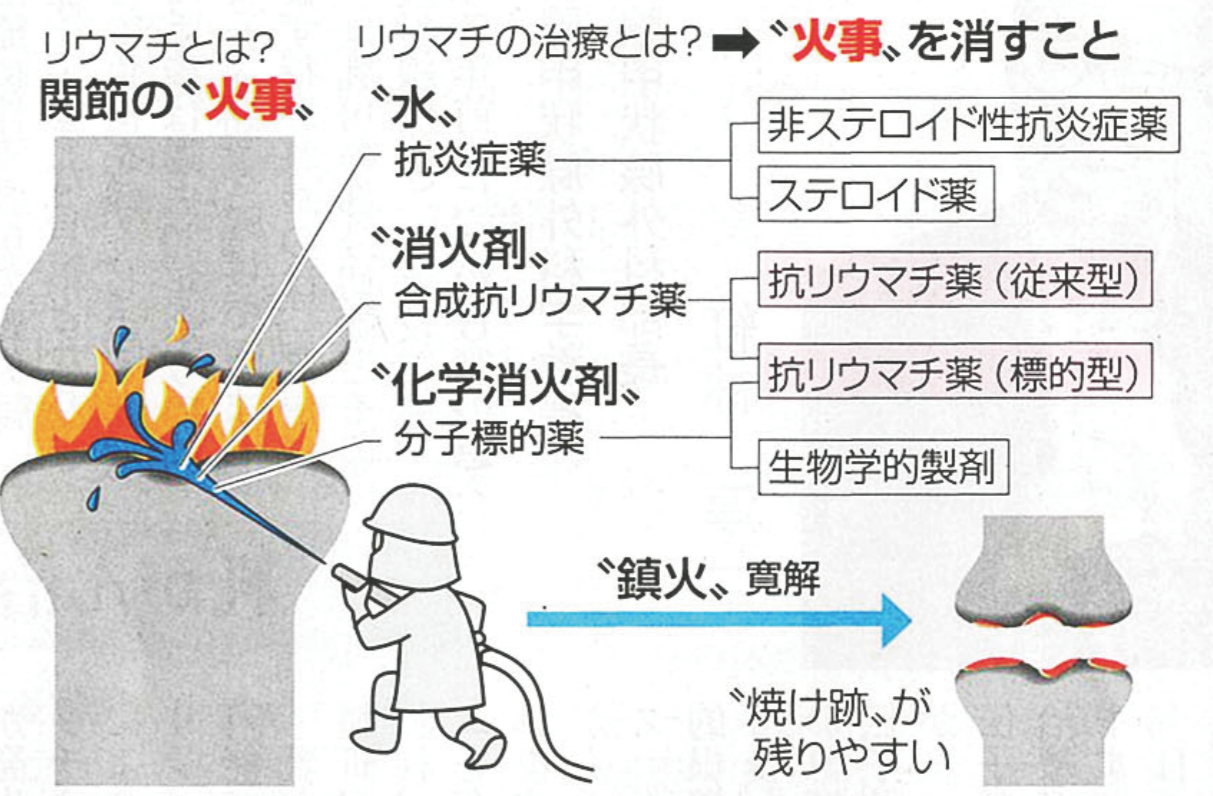
「鎮火、寛解」 → 「焼け跡、が残りにくい」

① 従来型抗リウマチ薬 ② 効果は持続するが、やがて弱まる ③ 薬の効く人と効かない人がいる ④ 時に重大な副作用がある → ⑤ 共通の特徴があります。免疫調節薬と免疫抑制薬に分類され、免疫抑制薬は感染症や貧血、白血球・血小板減少のリスクがあり、移植医療でも使用される薬剤は高価です。メトトレキサートがリウマチの薬物療法の中心となる薬です。2014年に日本リウマチ学会が作成した診療ガイドラインでも、リウマチと診断がつけば、禁忌でない限り、できるだけ早くメトトレキサートの服薬を開始するよう勧められています。メトトレキサートの禁忌とは、① 妊娠・授乳中 ② 本剤過敏症 ③ 重症感染症 ④ 重大な血液・リンパ系障害 ⑤ B型・C型肝炎の活動期 ⑥ 高度な腎障害 ⑦ 胸腹水 ⑧ 高度な呼吸器障害 ⑨ 副作用軽減の目的で薬酸が併用されますが、間質性肺炎は薬酸でも予防できません。発熱や

咳が続く場合は休薬し、早めに外来を受診してください。高齢者では脱水など腎障害が増悪し、副作用が生じやすいため要注意です。認知症患者では連日服用しないよう、服薬管理が必要です。

■ 生物学的製剤(バイオ)使用率

生物学的製剤は、生物学的製剤から産生される物質を利用した薬剤で、自然界にある抗体や受容体などのタンパク質であり、化学的に合成した薬剤ではありません。「バイオ医薬品」とも呼ばれます。これらは臓器に負担が少ないため、① 標的分子のみと結合し、その活性を抑制する ② サイトカイン阻害薬はTNFやIL-6など炎症性サイトカインをブロックする ③ 生産コストが高く、薬価が高い ④ 長所として、① 効果発現が早い ② 有効率が高い ③ 骨破壊の抑制効果が挙げられます。メトトレキサートが使えない患者のうち、妊婦や高度な腎障害を有する患者にも、慎重に使用することにより投与可能な製剤もあります。



われわれも参加している全国多施設共同研究のデータをグラフで紹介いたします。2003、04年と15、16年度を比べると、メトトレキサート使用率は38%から63%に、生物学的製剤使用率は1%から27%に大きく伸び、これに伴ってリウマチの活動性は「中等度の火事」から「ボヤ」にまで改善されています。

問題点として、① 効果の減弱 ② 反復投与が必要 ③ 薬剤が高価 ④ 易感染、特に結核の再燃 ⑤ 悪性腫瘍や自己免疫疾患の誘発などがあり、長期の安全性が確立されていません。次回は最新の分子標的型抗リウマチ薬などについてお話しします。

倉敷成人病センター (086) 422-2111

気になる症状がある方は
リウマチ科外来 までお問い合わせください

記事デジタル版は
こちらから

