

**IORRA ニュース No.36**  
**(2019年4月)**

東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センター  
IORRA 委員会

---

## **IORRA とともに 18年**

---

東京女子医科大学病院膠原病リウマチ痛風センター教授 山中 寿

### ●はじめに

いつもIORRA調査ではお世話になっておりますことを、まず冒頭で感謝申し上げます。

私は、今から20年近く前にIORRA調査を考案し、入念に準備し、2000年から開始した責任者です。その責任者である私が、この度、2019年4月末で東京女子医科大学を定年で退職することになりましたので、一言ご挨拶申し上げます。

### ●IORRA 調査の目的

IORRA調査を開始したのは2000年10月、今から18年半も前の事でした。当時、日本には関節リウマチの患者さんの症状や合併症、服用薬などを総合的、経時的に調査したデータは存在しませんでした。このようなデータは、適正な診療を行うためにとても重要なのですが、どこにもなかったのです。

2000年と言えば、今日のリウマチ治療の中心になっているメトトレキサート（リウマトレックス®、メトレート®）が認可された直後で、まだ生物学的製剤は影も形もありませんでした。しかし、これから関節リウマチの症状を劇的に改善する薬剤がいくつも開発中であり、これからリウマチの治療はずいぶんよくなるらしいという話がありました。

東京女子医科大学では、いろいろな臨床研究を行ってきた経験がありましたので、その経験を最大限に活用してデータを収集し、当センターを受診中の患者さんのためになる研究をしようと考えました。研究することが目的ではなく、研究の成果が患者さんに還元できるようにしなければならぬと考えて、システムを作りました。

ご存知のように、IORRA調査は、年に2回、約30ページの調査用紙を患者さんにお渡しし、郵送で回収するシステムです。当初は半数ぐらい返送があるぐらいかと思っておりましたが、患者さんの理解に助けられ、毎回98%もの患者さんから返信をいただきました。この回収率は奇跡的に高い数字であり、学会等でも、どのようにすればそんな高い回収率が得られるのかと話題になりましたが、私は、ひとえに患者さん方の熱意であると思っております。この調査に参加すれば、自分たちが受けている医療がより良いものになるのではないかと、そのように考えていただいたのだと思います。私たちは、そのような患者さんの思いに応えねばならぬと考えて、調査用紙に記入していただいたいろいろな意見を形にするべく、まとめ、分析し、そして多くの学術的論文を発表してきました。

現在までに135編の英文論文を書き、世界的にも注目されています。その成果は、このIORRAニュースでもお知らせしてきました。

## ● IORRA 研究の成果

このIORRA研究に一度でも参加していただいた患者さんは、14,000名を超えます。そして、リウマチ診療が2000年から2018年まで確実に進歩していることを示してきました。図に示すように、寛解と呼ばれる、症状がほとんどなくなって、病気の進行が抑制されている状態になった患者さんは、2000年の8%から2018年の56%まで著増しました。関節が壊れて人工関節などの手術を受ける患者さんが減っていることも示しました。その間にメトトレキサートの服用が増え、生物学的製剤の使用も増えたことが示されました。また、以前は週に8mgまでしか使えなかったメトトレキサートを16mgまで使用が可能と厚生労働省が認めたのも、このIORRA研究のデータを分析した結果です。

いろいろ薬剤の副作用の頻度も分かり、どの薬剤をどのような患者さんに使っていただくのと安全に効果が得られるか、どのような患者さんには使わないほうが良いか、高価な生物学的製剤は、どのような患者さんに使うべきであるかも明らかにしてきました。

その他、とても多くの学術的研究を行い、それが現在のリウマチ診療の質の向上に役立っています。

もしIORRAがなかったら、現在のように薬物を上手く使って寛解に持ち込むことは難しかったとさえ思っています。東京女子医大だけで行っているIORRA研究ですが、全国の患者さんの、そして全世界の患者さんのお役に立っていることを、私はとても誇らしく思っています。

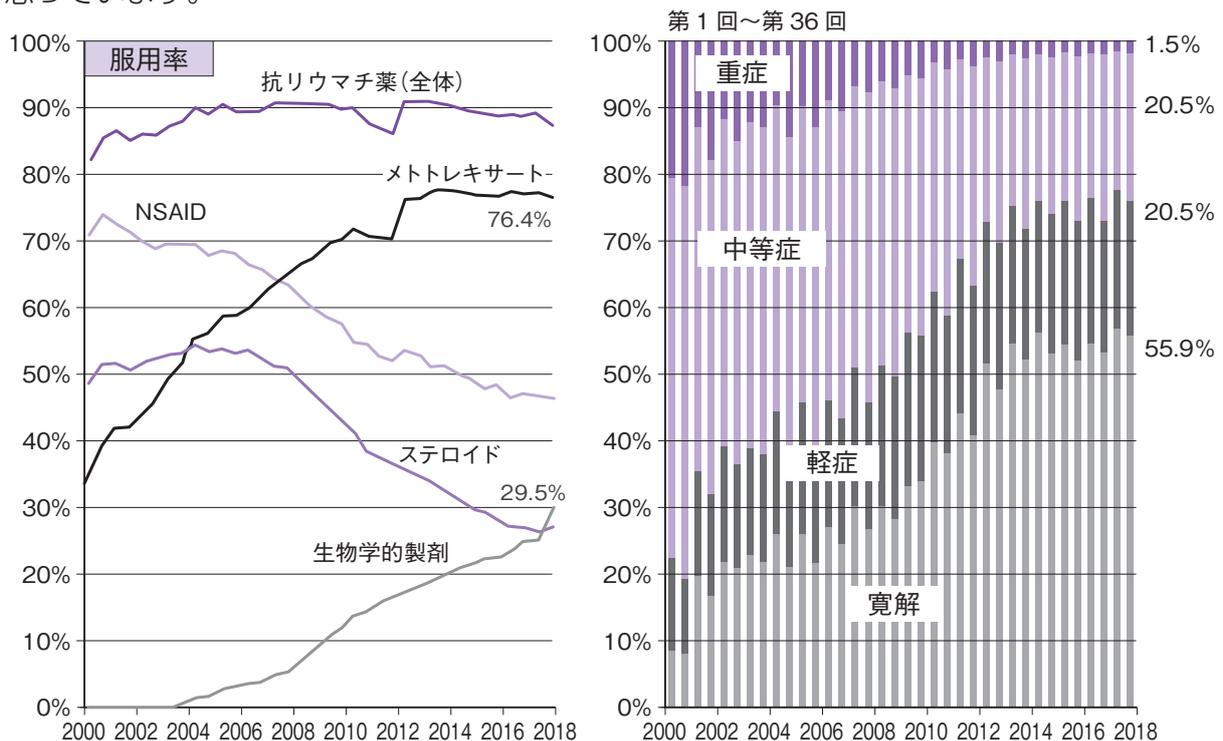


図 RA治療の進歩 IORRA2000～2018

## ●終わりに

本年4月で私は東京女子医科大学を退職しますが、田中榮一准教授をはじめ、多くの先生方に今後もIORRA研究を引き継いでいただきます。2018年5月から東京女子医大附属膠原病リウマチ痛風センターは、東京女子医大病院の一部になりましたが、貴重なIORRA研究は継続していく予定です。どうぞこれからも、IORRA調査にご協力いただきたく、ここにお願い申し上げる次第です。 (山中 寿)

## 足から発症した関節リウマチの特徴

### ●はじめに

みなさんは、関節リウマチが足（足関節や足部）から発症することがあるのをご存知ですか？ 世間一般的には関節リウマチと言えば手指の変形、というイメージが強いようですし、患者さんの中にも足の変形は関節リウマチとは関係ないと思っておられる方もいらっしゃるようです。しかし関節リウマチは全身の関節に炎症を生じうるため、当然足にも痛み・腫れ・関節破壊・変形が出現する可能性があります。つまり関節リウマチが足から発症することもあるのです。

私は「リウマチ足外来」を行っているため、足の症状に困っている患者さんを診察する機会が多いです。そしてその中には足から発症したばかりでまだ治療の始まっていない関節リウマチ患者さんも含まれています。そのような患者さんは、まず抗リウマチ薬の内服を開始していただきます。しかし、足以外から発症した患者さんと比較すると、どうも足から発症した関節リウマチ患者さんは薬の効き具合がイマイチである印象を常日頃から感じていました。一般的な抗リウマチ薬（主にメトトレキサート）を開始しさらに増量していても、足の痛みや腫れがなかなかとれない患者さんが多いのです。いままでそのような話は世界中の文献を漁ってもどこにも記載されていなかったため、足から発症した関節リウマチ患者さんの特徴を当院にて調査してみました。

### ●足から発症した関節リウマチの経過

2016年春の第32回IORRA調査にて、まず足から発症した患者さんがどれだけいらっしゃるのか調査してみました。結果は、有効回答を得られた5,479名のうち2,402名（43.8%）が足から関節リウマチを発症していたことが判明しました。つまり4割強の患者さんが足から発症していたのです。

では足から発症した患者さんと足以外から発症した患者さんに何か違いはあるのか、同じ第32回IORRA調査にて調べてみました。その結果は以下の表の通りです。なお、表中の「足発症群」は足から発症した患者さん、「非足発症群」は足以外から発症した患者さんを指しています。

表 足発症と非足発症の関節リウマチの違い

薬物治療 抗リウマチ薬使用割合 メトトレキサート使用割合 生物学的製剤使用割合	足発症群も非足発症群も同じ
疾患活動性（関節リウマチの病状）	足発症群のほうが悪い
痛みのある関節の数	足発症群のほうが多い
腫れのある関節の数	足発症群のほうが多い
血液検査による炎症反応	足発症群のほうが悪い
機能障害	足発症群のほうが悪い
QOL（生活の質）	足発症群のほうが悪い
ADL（日常の生活動作）	足発症群のほうが悪い
痛み止め・ステロイド使用割合	足発症群のほうが高い
自己抗体陽性率*	足発症群のほうが高い

\*自己抗体が陽性の方が重症化しやすいと報告されています

この表をまとめると、「足発症群も非足発症群も関節リウマチの薬物治療は同じように行っているにもかかわらず、疾患活動性・痛み/腫れのある関節数・炎症反応・機能障害・生活の質・日常の生活動作など全てが足発症群の方が悪い」ということになります。つまり、同じように治療していても足から発症した患者さんのほうが経過が不良であると言えます。逆に言うと、足から発症した患者さんは、より強い治療が必要であるとも言えるかもしれません。

今回の結果はPLoS Oneという国際雑誌に2018年8月に掲載されましたので、今後世界中の医師への啓発につながることを期待しています。（矢野 紘一郎）

（注意：今回のデータは5,000名以上の患者さんから得られた様々な指標の平均値などを比較した結果です。足から発症した患者さん全員のデータが悪いという意味ではありません。足から発症した患者さんでも極めて良好なコントロールを達成できている患者さんはたくさんいらっしゃいます）



皆さまの状態が少しでも良くなりますよう、私ども職員一同も力を尽くす所存です。

東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センターでは、IORRAで皆さまからいただいた調査結果を、日本の、世界のリウマチ患者さんがよりよい医療を受けられるための資料にしようと考えております。今後とも引き続き、皆さまのご協力をお願いいたします。

IORRA委員会

東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センター  
ホームページ <http://www.twmu.ac.jp/IOR> 上で  
過去のIORRAニュースをご覧ください。  
いつでもアクセスしてください。