

薬の副作用を少しでも減らすために - オーダーメイド医療とは

薬の副作用の問題は新聞などでたびたび報道されています。例えば、関節リウマチで最も使用されているメトトレキサート（リウマトレックスなど）においても、一時、新聞をにぎわせました。関節リウマチ以外の薬でも、副作用の話はしばしば耳にします。

担当の先生からお聞きかと思いますが、メトトレキサートには肺炎の副作用が起きることがあります。重症の副作用が起きることは稀ですが、「息切れ、からげき、発熱」があれば膠原病リウマチ痛風センターに連絡し、場合によっては受診をお願いしたいと思います。また、メトトレキサートによる副作用の肺炎と同じような肺炎が、関節リウマチだけでも起きることがあります。副作用と合併症の区別は、実はそんなに簡単ではないのです。

それでは副作用がこわいからといって、メトトレキサートをまったく使わなくなるとどうでしょうか。

これまで関節リウマチの治療薬として多くの薬が開発されましたが、メトトレキサートは現在最も標準的な治療薬として世界的に使われています。実際に、IORRAの大規模な調査でもメトトレキサートにより痛みや機能障害などの症状が大幅に軽くなり、しかも関節変形や骨破壊も大幅に防止できることがわかっています。

また、メトトレキサートを服用している関節リウマチの患者さんと、服用していない患者さんを比較した大規模な調査結果が少なくとも世界で2回発表されています。どちらの結果も、メトトレキサートを服用している方が死亡率が低いという結果でした。

つまり平均的には、メトトレキサートを服用している患者さんの方が関節リウマチの症状が軽く、進行も遅く、また死亡率も低いということは間違いのないのです。ただ、稀には重症の副作用が起きる可能性があるということなのです。

一番の問題は、どの患者さんにメトトレキサートが効くのか、どの患者さんで副作用が起きるのが薬を飲む前にわからないということです。またメトトレキサートが効くにしても、どの程度の量で効くのがわからないことも問題です。1週間に2mg（1錠）で十分効果がある患者さんもおられる一方、15mg服用しても十分効かない患者さんもおられます。これもできるだけ早く、適切なメトトレキサートの量がわかることが望ましいわけです。

我々のリウマチ治療の最終目標は、ある薬で効く人、効かない人、さらには副作用が出る人、出ない人を、薬を服用する前に完全に見分けることです。これがこれからの理想的な医療です。我々はそのような理想的な医療を目指したいと思います。しかし、残念ながら、現段階の医療はそのような完全な形ではありません。

我々はそれでも、できる限り個人個人に合った薬を選択し、最適な投与量を知るために2005年からオーダーメイド医療を始めています。対象は、関節リウマチの患者さんで、今のところメトトレキサート（リウマトレックスなど）、スルファサラジン（アザルフィジンEN）のみです。これに加えて、関節リウマチの合併症である続発性アミロイドーシスの起きやすさを判定するための研究を始めています。具体的には遺伝子を調べ、メトトレキサートの副作用の出やすさ、必要用量、スルファサラジンの副作用の出やすさ、続発性アミロイドーシスの起きやすさを判定するものです。

現段階では、残念ながらまだ完全な予測はできません。しかし、ある程度の予測はつけることができるようになっていきます。例えば、このオーダーメイド医療を行えば、スルファサラジンによる重症副作用の半分は防げると予測できるようになりました。

このようなオーダーメイド医療をご希望の患者さんは主治医にご相談ください。
(鎌谷直之)

関節リウマチに対するリハビリテーションの効果

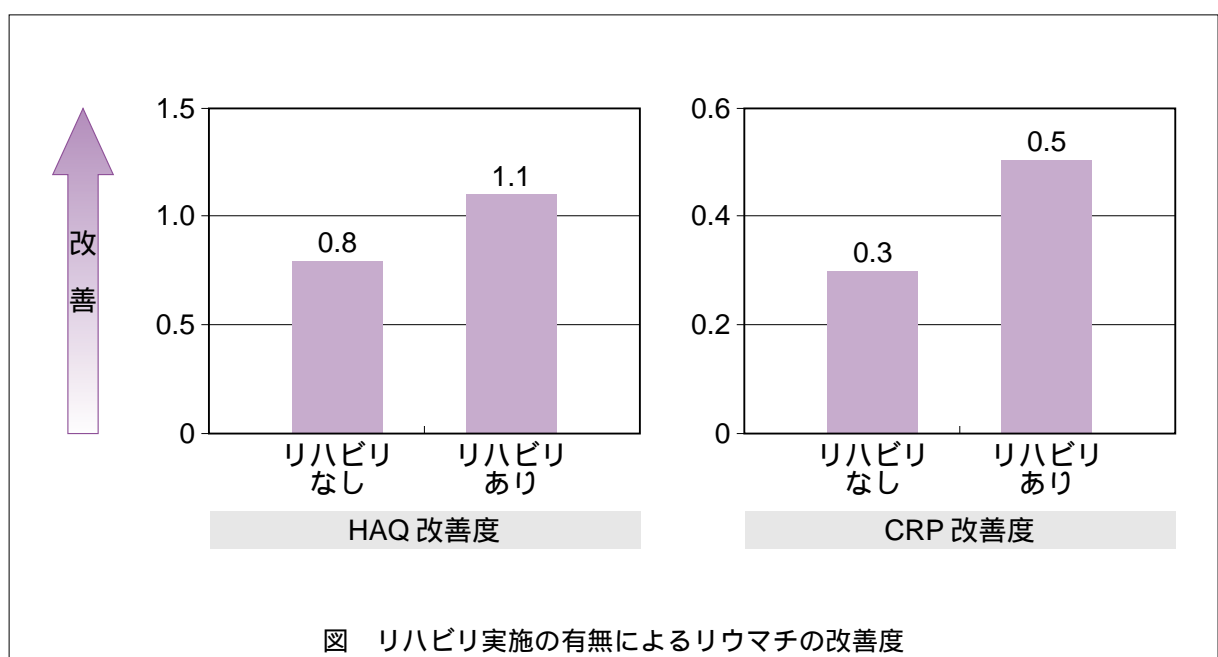
皆様にご協力いただいた IORRA 調査の結果から、リハビリテーション（以下リハビリ）が関節リウマチの治療に非常に有効だという結果が出ているのでご報告いたします。

関節リウマチの診断を受けて、当センターで継続的にリハビリを6ヵ月間行っている方と、全く行っていない方（内服治療のみを行っていた方）で、関節リウマチの活動性を比較いたしました。

HAQ（日常生活の評価法）、CRP（血液検査からわかるリウマチの炎症程度）の2つの項目を取り上げて検討しました。このHAQとCRPですが、数値が大きいほどリウマチの活動性が高い（リウマチが悪い）状態にあるという指標です。皆様からのデータを統計処理し、年齢、発症年齢、治療期間、投薬、手術歴、骨折歴、性別の影響を取り除きリハビリの効果について検討したところ、以下のよう結果を得ました。

リハビリを行っている方は、行っていない方に比べると、リウマチが重い傾向にあった。

しかし、リハビリを行った方は、行っていなかった方に比べ、HAQが改善（＝日常生活が行いやすくなっている）していた。



IORRA 調査 2～4 ページの「健康評価の質問」の項目にあたるものです。日常生活をどれだけ行えているかを主にみています。

また、炎症の強さを表すCRPが、リハビリを行っていた方でより改善を示した。

これらは、リハビリをしていた方の方がリウマチの改善効果が大きいという結果を示しています。つまりお薬だけの治療ではなく、さらにリハビリを追加することでよりリウマチの治療効果が増すことが判明いたしました。

リハビリによって日常生活動作の改善は見込めると考えておりましたが、炎症の指標であるCRPまで下げる効果がみられた事には、正直言って私達も驚いております。

リハビリは、がむしゃらに行えば良いというわけではありません。炎症の強い関節は保護し、そして関節機能を落とさないように、可動域訓練や筋力の強化が必要となります。つまり一人ひとりに応じた適切な指導が必要です。

当センターには経験豊富な理学療法士、作業療法士がおります。リハビリを希望される方は、現在おかけの主治医にご相談ください。

(村越 薫)

皆さまの状態が少しでも良くなりますようにお祈り申し上げますとともに、私も職員一同も力を尽くす所存です。

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センターでは、IORRAで皆さまから集めた調査結果を、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います。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

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター
ホームページ <http://homepage3.nifty.com/ior/>
いつでもアクセスしてください。