

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター

J-ARAMIS委員会

◆ J-ARAMIS (ジェイアラミス) 調査とは

今回も、関節リウマチに関するJ-ARAMIS (ジェイアラミス) 調査にご協力いただきありがとうございます。今回のJ-ARAMIS ニュースでは、あらためてJ-ARAMISとはどのような調査かお知らせしたいと思います。

J-ARAMIS (ジェイアラミス) とは東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センターで2000年10月から半年毎に行われている関節リウマチ患者さんを対象にした調査です。米国では既に20年前から関節リウマチ患者さんに関する全国調査ARAMIS (アラミス：関節炎と加齢に関する調査) が行われており、それを大幅に改良して日本版アラミス、J-ARAMIS (ジェイアラミス) が生まれました。

J-ARAMIS 調査の特徴は、患者さんご自身に関節リウマチの「自己評価」をしていただいたり、それまでの6か月間の出来事や薬の実際の使用状況を記載していただくという、患者さんによる評価が大きなウェイトを占めることです。ご提出いただいた資料に対して、医師の評価、客観的な検査結果の3つを合わせてご協力いただいた患者さんにレポート結果をお返ししています。

このことについて皆様がJ-ARAMIS 調査参加後に手にされるレポートをもとに、もう少し具体的に述べましょう (図1)。

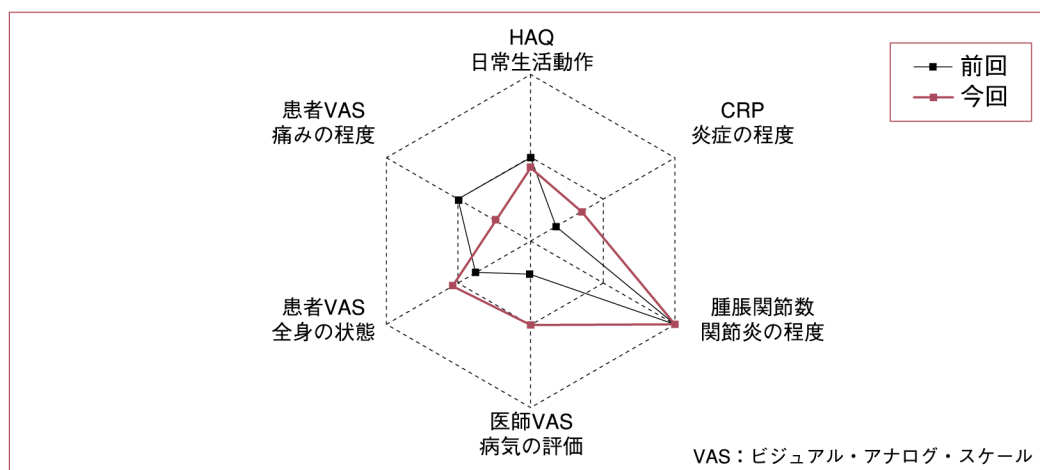


図1

六角形の一番上には「HAQ 日常生活動作」とあります。これは調査用紙の最初の見開きにある「身支度や起立など」の生活動作がどのくらい出来るかをみるものです。左側の2つ「患者VAS痛みの程度」「患者VAS全身の状態」は、調査用紙の次のページに記入していただいた結果に基づくもので、これら3つは、患者さん自身による関節リウマチの評価です。真下と右下の「医師VAS病気の評価」「腫脹関節数」は、担当医師が評価した病気の勢いのレベルを示します。右上の「CRP」は炎症の程度を示す検査結果です。

レポート結果をお渡しするとき、患者さんがご自身の病気をどのように評価なさっているかが担当医師にも伝わります。それが治療にも反映されますので「患者さんの自己評価」も非常に大切な指標です。

J-ARAMIS 調査は6か月毎に行われます。「1年ごとでも良いのでは」との声も聞かれます。J-ARAMIS には調査期間のあいだ「手術や入院など、何か出来事はありませんでしたか?」「どんなお薬を使いましたか?」ということも伺います。1年間あいてしまうと忘れてしまいますよね。薬もその間変更されることも多々あるでしょう。ですので、6か月毎にさせていただいています。先ほどのレポートの結果には前回分も記載されているので、6か月前との比較が一目瞭然で、その後の治療にも反映されることとなります。

日本ではまだ関節リウマチに関する長期的な臨床調査はありません。日本の関節リウマチ患者さんの約1%の方が通院されるこのセンターで、患者さん自身の評価も含めた関節リウマチの病気実態を明らかにしようというのがJ-ARAMIS 調査のねらいです。今後もいろいろな新しい治療法がでてきますが、新しい薬剤が関節リウマチの予後にどのような影響をもたらすかなど、長期的な結果をみていく調査です。継続して行くことが大切ですので、末永く調査にご協力いただけるようお願いいたします。

4～5月、10～11月のJ-ARAMIS 調査に参加できなくなった患者さんには、郵送で予後調査を依頼させていただいております。転居転院などのため当センターに通院できなくなった患者さんも、引き続きのご協力を宜しくお願いいたします。

◆関節リウマチと“抑うつ状態”

関節リウマチは糖尿病、心筋梗塞などとならび、目の前の痛みや将来の関節変形などが心配で気分的に“抑うつ状態”になりやすい病気です。うつ病と“抑う

うつ状態”とは異なりますが、うつ病の併発が高いことも指摘されています。実際、“抑うつ状態”を感じている関節リウマチの患者さんでどこの科を受診したらよいのかわからない、心療内科や精神科を受診するのは勇気がいると思っていらっしゃる患者さんも多いのではないのでしょうか。

うつ病や“抑うつ状態”の診断は、なかなか困難です。米国の疾病予防委員会は、2002年に2つのシンプルな質問で、うつ病である危険度が高いと考えられる人をスクリーニングし、うつ病である危険度が高いと判断された人には専門医を受診していただき、的確な治療を受けていただくよう推奨しました。

日本の関節リウマチ患者さんにおいてのうつ病や“抑うつ状態”の病態はよくわかっていません。そこで第5回のJ-ARAMIS調査では、この2つのシンプルな質問をさせていただきました。「この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか?」「この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか?」という質問です。

約4,600名の患者さんからご回答をいただきました。このなかでいずれかの質問に「はい」と回答され、うつ病である危険が高い“抑うつ状態”と考えられた患者さんは約40%でした。また、実際、うつ病と診断されて治療を受けていらっしゃる患者さんは、同じ第5回のJ-ARAMIS調査から35名と判明しています。“抑うつ状態”の患者さんは“抑うつ状態ではない”患者さんに比べ、関節リウマチの活動性が高く、日常生活動作に制限が強く、ご自分の健康状態があまりよくないと、とらえられていることも判明しました。

関節リウマチの治療は、リウマトレックス®の普及、昨年秋に発売されたアラバ®や生物学的製剤レミケード®により、確実に進歩しています。関節リウマチの勢いがコントロールされ、ご自分の健康状態が良いととらえられることより、“抑うつ状態”を感じる患者さんが少なくなることが望まれます。

(中島 亜矢子)

◆関節リウマチでの手術療法について

はじめに

関節リウマチは薬の内服や理学療法などを中心に治療を行いますが、関節破壊が進行してしまい、日常生活に支障を来たした場合には手術療法を考えます。もし、薬や理学療法、装具でも痛みや腫れ、可動域制限など日常生活にご不自由を

自覚される場合は、ご遠慮なくご相談頂きたいと思えます。

関節リウマチの手術治療は、損なわれた関節機能を再建、回復させるための治療方法ですので、薬物療法やリハビリテーション治療と組み合わせて行うことが大切です。

今回は、関節リウマチの手術について、当センターでの現状や、またどのような手術があるか、どのような時に手術を受けるかなどについて述べます。

手術歴

第1回目のJ-ARAMISでの結果ですが、センターに通院の方々に、これまでに関節リウマチに関連した手術を受けたことがある方が、全体の16.8%いらっしゃいました。(社)日本リウマチ友の会の1995年リウマチ白書では31.4%の方に、2000年には52.2%の方に手術歴がありました。参考ですが、アメリカのある施設での報告(Rochester)では、34.9%の方々に手術の既往がありました(図2)。経過が長くなれば自然に手術歴のある方々が増えてくると思われます。もちろん手術治療が全てではありませんが、早く行う事で、日常生活がより改善する事もありますし、また遅れたため手術がかえって大変になることもあります。手術を行うか、行わないかの決定は別にして、関節に障害が生じた時は一度整形外科医に相談して頂ければと思います。たとえ手術の適応がない場合にも、装具療法や関節内注射などの整形外科的治療法で対処することも可能です。

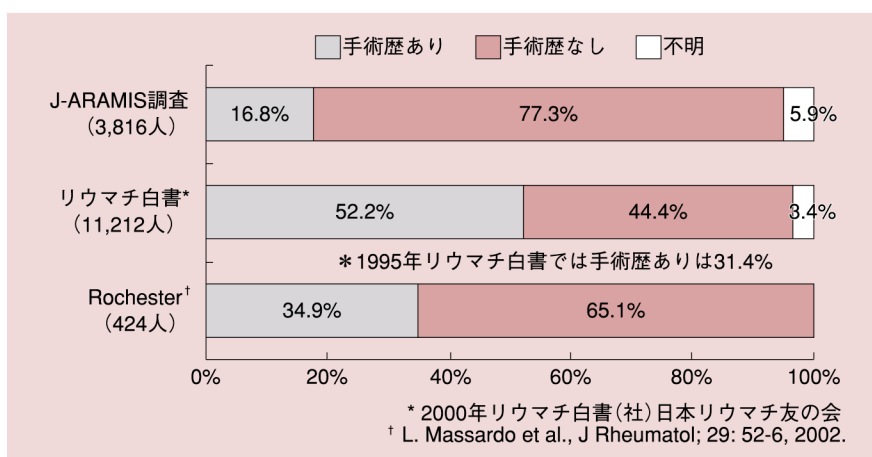


図2 手術歴の有無

手術の種類と部位

手術の内容としては、下記のものがあります。

1) 人工関節置換術

- 2) 炎症巣を取り除く滑膜切除術（外科的滑膜切除術、関節鏡視下滑膜切除術）
- 3) 関節鏡視下手術
- 4) 関節形成術
- 5) 支持性を高める関節固定術
- 6) 脊椎固定術

膝関節や股関節、肘関節では、変形が進んで関節の中の軟骨が減ってしまっている場合には、人工関節置換術が選択されます。膝関節や股関節などを受けた多くの方が、術前に比べ痛みが消失し、楽に歩行されています。もし、疼痛が強く、歩くこともつらい場合には、ご相談頂きたいと思います。ただし、感染、脱臼、塞栓などの合併症も皆無とは言えませんので、手術を考えた場合には、早めに危険因子を取り除くことも必要です。

滑膜切除術は、(1)慢性に腫れや痛みが続く、(2)変形が少ない、(3)著明な不安定性がない、(4)関節の動きの制限が少ない、(5)単純レントゲンの変化が少ない、といった場合に適応になります。関節によって多少切開して滑膜切除を行う外科的滑膜切除術と、小切開で内視鏡を使って行う関節鏡視下滑膜切除術があります。膝や肩は鏡視下滑膜切除術が一般的です。ただ、関節の変形が強いと適応にはなりません。

関節形成術は、手関節、肘関節、手指、足趾などの関節に対して、骨を一部切除したり、靭帯を再建したりして新しい関節を作る術式です。それぞれの関節での状態により術式が決まります。

支持性を高める関節固定術は、主に手指の一部、手関節、足関節で選択される術式です。もちろん、関節の動きを止めてしまう手術方法ですので、術後その関節は固定されて動きません。しかし手関節や足関節は固定することで安定し、機能障害も少なく痛みが取れるため比較的選択される術式です。

当センターでは、人工関節の手術を受けられた方が最も多く、続いて滑膜切除術、関節形成術の順でした(図3)。また、手術を受けた部位ですが、膝関節が一番多く、続いて手・手指、足・足趾の順でした(図4)。膝関節や手指での問題が多く、そのため手術件数も多いと思われます。

手術を行うタイミング

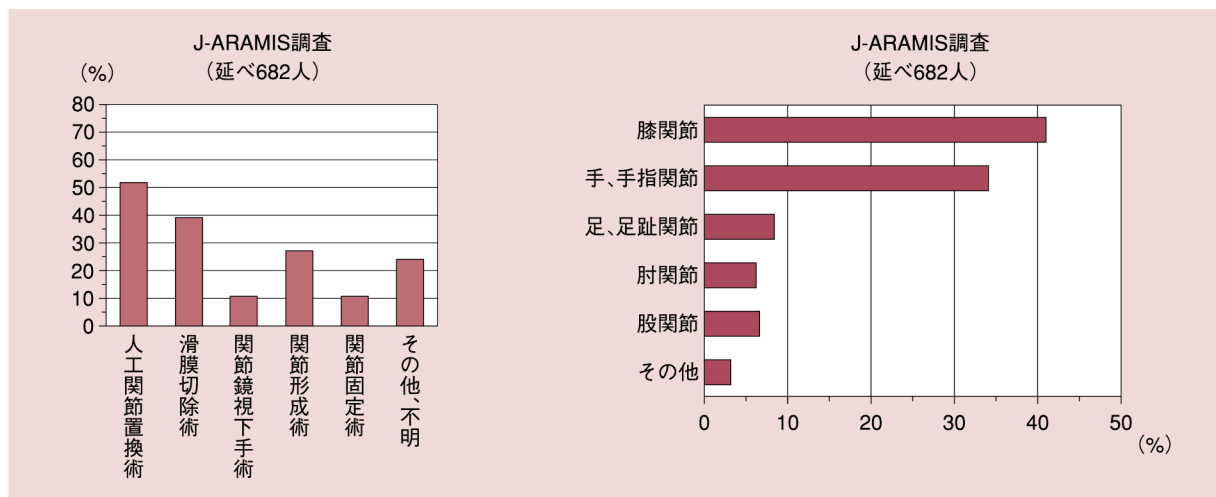
通常は、数か月間の薬の内服や注射、装具、理学療法でも関節局所の痛みや腫れがひかない場合に対して、手術療法が検討されます。上肢では洗面、食事等の

障害、下肢は疼痛や変形により歩行困難になった場合に手術治療が検討されます。その場合は、最も障害になるとと思われる関節の手術を考えます。しかし、個々の関節も他の関節と連動しており、その影響も考慮しなければなりません。

手術のタイミングが遅れると、関節変形がさらに進行し、日常生活の障害が悪化して他関節への影響もより強くなる危険性があります。局所では、関節破壊が進行すると骨吸収や骨欠損が生じて、手術がより難易度の高いものになる危険性もあります。

当センターでは、内科医師と整形外科医が連携して治療に当たっております。お困りの症状は担当医にご遠慮なく申し出て頂ければ幸いです。

(桃原茂樹、猪狩勝則)



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、J-ARAMIS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。

J-ARAMIS 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://member.nifty.ne.jp/crgc/>
 いつでもアクセスしてください。