

3) 肺炎

慶應義塾大学 医学部 リウマチ内科

○亀田 秀人¹

関節リウマチ (RA) 患者の 10-30%に何らかの肺合併症が認められ、肺は RA による異常免疫応答と病原微生物に対する免疫応答が交錯する場となっている。生物学的製剤として最初に腫瘍壊死因子 (TNF) の活性阻害製剤が登場した際に、結核や悪性腫瘍などが懸念されたが、実際には頻度の点からも細菌性肺炎やニューモシスチス肺炎が最も重要な有害事象であった。世界に類を見ない製造販売後全例調査の結果から、肺炎の頻度は TNF 阻害製剤、インターロイキン (IL) -6 阻害製剤ともに 1-3%であった。そのリスク因子として、高齢、既存肺病変の存在、副腎皮質ステロイドの併用などが共通して見られ、患者要因の関与の大きさが明らかとなった。患者側のリスクを軽減させるためには、肺を含めた臓器障害を生じないように活動性を早期から十分にコントロール (Treat to Target) すること、副腎皮質ステロイドの安易な投与や漫然投与を避けること、そして肺炎球菌ワクチンをはじめとした予防接種の活用などが挙げられる。従って、治療開始前に胸部画像評価を行うことと、予防接種を十分に検討することが、RA 治療の変化とともに見られた変化である。今後は呼吸機能検査がさらに普及すべきであり、また胸部 CT 検査の適正化に向けた議論が進むであろう。さらに治療のリスクベネフィットバランスを最適化するために、ヒト免疫、そして各治療薬の詳細な作用機序の双方を明らかにして、特定の病原体の感染症リスクを最小化するためには、メトトレキサート、TNF 阻害製剤、IL-6 阻害製剤、そして副腎皮質ステロイドなどをどのように選択するかが議論されねばならない。そして、細菌性肺炎を併発した際の、各薬剤の休薬の期間やその要否自体に関しても洞察と議論を深めていく必要がある。