

Impact of disease activity on the long-term progression of wrist joint deterioration over 10 years in patients with rheumatoid arthritis

関節リウマチ患者における疾患活動性が10年間にわたる手関節破壊進行に及ぼす影響

和田 紘幸

本研究は、生物学的製剤が使用可能となった後のリウマチ手関節の長期経過について検討したものです。治療初期からMTXが使用できなかった時代の報告では発症後10年が経過するとほぼ全ての手関節で関節破壊が認められていましたが、本研究により現在では発症後10年経過しても半数以上の患者で手関節破壊が認められないことが明らかになりました。

また、手関節破壊が進行した群ではグルココルチコイドの累積投与量が多く、発症後早期の高い疾患活動性を示し、10年を通してHAQスコアの上昇が認められました。手根骨高の低下は発症後2年で大きく進行しており、これらの結果から、発症早期からの厳格な疾患活動性コントロールが長期的な手関節構造破壊および身体機能障害の予防に重要であると考えられました。

最後に、患者背景をマッチさせ発症後早期から生物学的製剤を使用した群と、10年間一度も生物学的製剤を使用しなかった群を比較したところ、生物学的製剤使用群で手根骨圧潰が抑制される傾向を認めました。しかしながら、特に発症後早期の疾患活動性のコントロールが不十分であった数例の外れ値が存在したため統計学的な有意差を認めませんでした。生物学的製剤を発症後早期に導入した場合でも疾患活動性が抑えられていなければ手関節破壊を抑制することが困難であることがわかりました。

<https://doi.org/10.1093/mr/roaf120>

RA発症後10年経過しても約半数(53%)の患者で手関節に破壊性病変はみられないが、一方で18%の患者で中等度(Larsen grade III)以上の関節破壊が生じている手関節破壊が進んだ群ではGlucocorticoidの累積投与が多い

Table 1. Clinical characteristics at the baseline and medication of each group.

	LG 0 (n=231)	LG I, II (n=124)	LG ≥ III (n=79)
Age (years)	56 (46–64)	58 (48–67)	56 (46–64)
Female	177 (76.6)	86 (69.4)	64 (81)
RF positive	150 (64.9)	93 (75)	69 (87.3)*
ACPA positive	149 (65.6)	91 (75.8)	74 (93.6)*†
Disease duration from onset (months)	3 (2–6)	3 (2–6)	4 (3–6)
DAS28-ESR	4.18 (3.36–5.09)	4.64 (3.82–5.74)*	4.41 (3.73–5.59)*
HAQ	0.38 (0.25–0.5)	0.42 (0.13–1)	0.5 (0.13–0.97)
Glucocorticoid dose at year 10 (mg/day)	0 (0–1)	0 (0–2.4)	0 (0–3)*
Cumulative glucocorticoid dose (g)	2.2 (0–8.14)	3.05 (0–8.82)	5.57 (2.24–10.58)*†
MTX dose at year 10 (mg/week)	4 (0–8)	6 (0–9)	6 (0–9)
Biologics usage during follow-up	65 (28.1)	39 (31.5)	39 (49.4)*†
MTX initiated within 6 months	129 (55.8)	79 (63.7)	52 (65.8)
Biologics initiated within 6 months	16 (7.4)	16 (12.9)	7 (8.9)

Values are shown as n (%), or median (interquartile range). *: $P < .05$ versus LG 0; †: $P < .05$ versus LG I, II.

手関節破壊が進行した群では
特に発症後早期の疾患活動性が高く、10年を通してHAQスコアが上昇

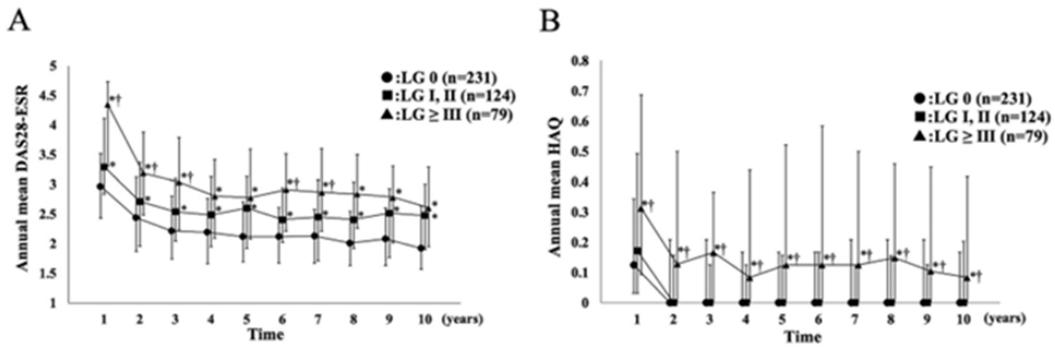


Figure 2. Changes in DAS28-ESR and HAQ over time. (a) Secular change in the annual mean DAS28-ESR. (b) Secular change in the annual mean HAQ. Lines represent the median and interquartile range. *: $P < .05$ versus LG 0; †: $P < .05$ versus LG I, II.

Wada H, et al. Mod Rheumatol 2025 Dec 8;roaf120, Figure 2

発症後早期の疾患活動性がコントロールできなければ
生物学的製剤を早期に導入しても関節破壊を抑制できない

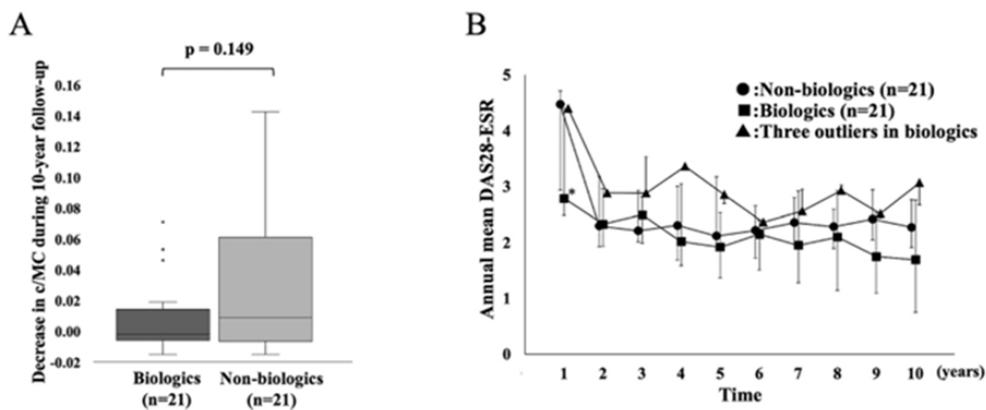


Figure 4. Comparison of the biologics and non-biologics groups using the baseline DAS28-ESR. (a) The decrease in c/MC during the 10-year follow-up. Values represent the median and interquartile range. (b) Secular change in the annual mean DAS28-ESR, including three outliers in the biologics group. Lines represent the median and interquartile range. *: $P < .05$ versus non-biologics group.

Wada H, et al. Mod Rheumatol 2025 Dec 8;roaf120, Figure 4