

連載 第45回

## 重症痛風結節に対する 集学的治療

益田 郁子

十条武田リハビリテーション病院リウマチ科 部長

### はじめに

痛風結節は慢性痛風の合併症の1つであり、欧米においては痛風患者の12~20%に合併するとされている<sup>1)</sup>。しかし本邦では『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン』が世界に先駆けて作成され(2002年に初版, 2010年に第2版<sup>2)</sup>, 2012年に第2版追補版, 2018年に第3版出版予定), 疾患管理は発達し, 皆保険制度により医療機関へのアクセスの容易さもあるためか, 日常診療で明らかな痛風結節を呈する患者を診ることはきわめて少ないのかもしれない<sup>1)</sup>。しかしわが国でも痛風の有病率は年々増加しており約110万人を超え(2016年厚生労働省国民生活基礎調査 総傷病者数より), その10倍の頻度で高尿酸血症患者が存在するといわれている。治療せず高尿酸血症が続けば尿酸塩結晶沈着による結晶誘発性の痛風発作を起し, それが頻発する頃になれば痛風結節を生じ, 結節は次第に増大し, 関節破壊, 変形, そのための運動障害や機能障害を引き起こす<sup>3)</sup>。こういった痛風の最終病態である重症痛風結節を生じた症例の治療には難渋することが多い。

今回は, 上下肢に多発痛風結節を生じ, 両踵部の結節自壊のため外科的に結節除去術を要し, さらに集学的に治療を行った重症痛風結節症例を提示する。

### 症例

患者: 70歳, 女性

現病歴: 阪神・淡路大震災後の48歳頃より大量飲酒するようになり, 55歳頃より急性関節炎を間欠的に生じ近医整形外科にて非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)にて加療した。下肢浮腫に対し利尿薬の使用を開始, 発作の頻発化もありNSAIDsによって腎機能が悪化した。3年前に近医内科にて多関節炎は重症痛風が原因と診断され尿酸降下療法(ULT)を開始, 発作はコルチコステロイド内服(5~10mg/日)にて治療した。しかし服薬アドヒアランスは不良で, 本人のNSAIDs坐剤, 利尿薬への依存も強く, 血清尿酸値(UA)のコントロールに難渋し, 尿酸降下薬併用+生活指導を施行も, UAは7mg/dL前後であった。2年前から慢性関節炎化し, 両足・手・膝などに多発痛風結節を生じた。69歳時より左踵部の痛風結節が自壊した。疼痛のため歩行困難となり, 自壊部から白いチョーク様の浸出液を排出して難治皮膚潰瘍化し連日の創処置が必要となったため当院痛風外来を紹介された。手術目的にて車椅子にて入院となった。入院時の投薬はフェブキソスタット40mg/日, ベンズプロマロン50mg/日, プレドニゾロン(PSL)5mg/日, フロセミド40mg/日, ジクロフェナク坐剤50mg頓用。