

Q 痛風患者に対する薬物療法が発達したなか、どの程度手術が行われているのでしょうか？

A

はじめに

痛風に対する外科手術の頻度は不明である。しかし、手術の適応となるのは内科的治療では対応できない痛風結節が起こすさまざまな合併症であり、その適応も限られると考えられるため、件数は非常に少なく、実際日本ではさまざまな学会で1例報告が可能な程度である。痛風外来を2014年に開設した当院でも、痛風による手術例は1例(結節除去術)のみであった¹⁾。外科治療の対象となる痛風結節の疫学・外科治療適応について述べる。

痛風結節の疫学

そもそも痛風患者での明らかな痛風結節の保有率は痛風患者の12~35%といわれている²⁾⁻⁵⁾が、日々の外来診療では明らかな痛風結節を有するような痛風患者に遭遇するのは稀である。2007~2008年の東京女子医大の痛風患者422例中、結節保有率は5%と報告されている⁶⁾。また、フェブキソスタット治験での日米の対象症例背景をみると同期間での結節保有率の比較ができるが、米国は痛風760例中24%⁷⁾、日本は237例中1.3%⁸⁾で、大きく異

なっていた。これには人種・体格やライフスタイル、皆保険制度からくる医療機関へのアクセスの容易さ、痛風と痛風結節を尿酸降下療法治療対象とする米国のガイドラインと無症候性高尿酸血症を治療対象に含める日本のガイドラインとの差などが反映されていると考えられる⁹⁾。実際、米国では痛風患者で尿酸降下薬を服用しているのは約3分の1以下¹⁰⁾、日本の痛風患者では約7割と推定¹¹⁾されており、日本で痛風が重症化しにくく痛風の末期像である痛風結節の頻度やその合併症も少なくなるのも必然である。一方で、レセプト上の尿酸降下薬処方が多くとも、内服アドヒアランスや治療継続率がよくない代表の疾患が痛風¹²⁾である。日本でも痛風の有病率は年々増加しており約115万人を超え(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¹¹⁾。コントロールが不十分で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の頻発・痛風結節を生じ、結節の増大化や関節破壊、変形、そのための運動障害や機能障害が生じる。薬物治療

の発達があっても尿酸塩結晶を溶解限界である血清尿酸値6 mg/dL以下¹³⁾(痛風結節が存在する場合は5 mg/dL以下が望ましいともされる)にする目標を達成維持できない理由には、服薬アドヒアランスの問題だけでなく、医療側と患者側の痛風治療についてのリテラシー不足、患者の内科的合併症・併用薬の制限、患者の高齢化などがある。痛風結節が縮小するには数年以上要するため、その間に関節破壊の進行、結節の自壊や感染の機会も多くなり、手術の対象にならざるを得ない場合もある。また結晶沈着による変形性関節症変化が膝などの大関節に生じれば、今後は人工関節置換術の適応になることが増えるかもしれない。

痛風結節の外科治療

痛風結節は、痛風性関節炎の頻発化、慢性化が進行するにつれ、徐々に結晶沈着が増大し膨隆する塊となって、関節・皮下や腱などに生じ顕在化巨大化することで、さまざまな合併症を引き起こす。痛風結節の外科治療についてのまとまった報告はほとんど外国からの症例集積研究しか存在せず、