

## 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂第3版発刊のお知らせ

この度、『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂第3版（2019年改訂）』を発刊いたしましたのでお知らせいたします。本ガイドラインは1996年の初版、2002年の改訂第2版を経て、最新のエビデンスをもとに改訂されたものです。

高尿酸血症は痛風との関わりで話題になることが多いですが、現在では高血圧や糖尿病・肥満などの生活習慣病、腎障害、脳・心血管障害との関連性が判明し、危険因子である可能性が分かってまいりました。さらに、わが国発の新規の尿酸降下薬が開発され、以前より副作用が少なく、腎障害を有する患者さんにも安心して使えるようになりました。

本ガイドラインはMindsの方法に準拠して、数多くのエビデンスを統合し、益と害のバランスならびに患者の価値観や医療経済の観点から治療の推奨度を決定しました。臨床的に重要度の高いクリニカルクエスチョンを7つに絞り、患者と医療者の意思決定を支援するためのガイドラインとして提案するものです。

### 1. 本治療ガイドライン作成の背景と目的

治療ガイドラインとは診療上の重要度の高い医療行為について患者と医療者の治療方針の決定を助けるのに最適と考えられる推奨を提示する文書を言います。近年、痛風関節炎の治療と予防の進歩や臓器障害のリスクとしての尿酸の意義や薬物治療の進歩があります。そこで、わが国での高尿酸血症・痛風の治療レベルを標準化し、患者さんが日本全国どこでも標準治療が受けられることを目的に、治療ガイドラインの改訂を行いました。

### 2. 本治療ガイドラインの使い方

本治療ガイドラインのなかで、診療の場において意見が分かれる、あるいは判断に迷う時に利用できる部分が『第2章：クリニカルクエスチョンと推奨』です。上記以外の高尿酸血症・痛風の治療で利用できる部分は『第3章：高尿酸血症・痛風の診療マニュアル』で、最新でかつ公平な教科書的記載を心掛けました。

### 3. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版の主な変更点

#### a) 第2章：クリニカルクエスチョンと推奨（新規に作成しました）

診療の現場において意見が分かれる、あるいは判断に迷うポイントを疑問文で表したものをクリニカルクエスチョン（CQ）と言い、CQに対する回答が推奨文です。これ

までの治療に関する情報および患者さんの意見のまとめと医療費に関する資料などを用いて、高尿酸血症・痛風の診療に関わる医師および治療ガイドライン専門家が一同に会して合議で決定しました。その推奨の内容は以下の通りになります。

CQ1 急性痛風関節炎（痛風発作）を起こしている患者において、NSAID・グルココルチコイド・コルヒチンは非投薬に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
急性痛風関節炎（痛風発作）を起こしている患者において、NSAID・グルココルチコイド・コルヒチン（低用量）は非投薬に比して条件つきで推奨する。	「実施する」ことを条件つきで推奨する。	B（中）

CQ2 腎障害を有する高尿酸血症の患者に対して、尿酸降下薬は非投薬に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
腎障害を有する高尿酸血症の患者に対して、腎機能低下を抑制する目的に尿酸降下薬を用いることを条件つきで推奨する。	「実施する」ことを条件つきで推奨する。	B（中）

CQ3 高尿酸血症合併高血圧患者に対して、尿酸降下薬は非投薬に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
高尿酸血症合併高血圧患者に対して、生命予後ならびに心血管病発症リスクの軽減を目的とした尿酸降下薬の使用は積極的には推奨できない。	「実施しない」ことを条件つきで推奨する。	D（非常に弱い）

CQ4 痛風結節を有する患者に対して、薬物治療により血清尿酸値を 6.0 mg/dL 以下にすることは推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
痛風結節を有する患者に対して、薬物治療により血清尿酸値を 6.0 mg/dL 以下にすることは推奨できる。	「実施する」ことを推奨する。	C（弱）

CQ5 高尿酸血症合併心不全患者に対して、尿酸降下薬は非投薬に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
高尿酸血症合併心不全患者に対して、生命予後改善を目的とした尿酸降下薬の投与は積極的には推奨できない。	「実施しない」ことを条件つきで推奨する。	C（弱）

CQ6 尿酸降下薬投与開始後の痛風患者に対して、痛風発作予防のためのコルヒチン長期投与は短期投与に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
尿酸降下薬投与開始後の痛風患者に対して、痛風発作予防のためのコルヒチン長期投与は条件つきで推奨できる。	「実施する」ことを条件つきで推奨する。	C（弱）

CQ7 無症候性高尿酸血症の患者に対して、食事指導は食事指導をしない場合に比して推奨できるか？		
推奨	推奨の強さと方向	エビデンスの強さ
無症候性高尿酸血症の患者に対して、食事指導は食事指導をしない場合に比して推奨できる。	「実施する」ことを推奨する。	C（弱）

b) 特記すべきことは、CQ2 と CQ3 にありますように臓器保護のために尿酸降下薬を使用すべきか否かという問題です。腎臓保護と心血管保護で意見が分かれました。

腎機能低下を抑制する目的に尿酸降下薬を用いることを条件つきで推奨するとしました。欧米のガイドラインでは痛風発作を起こしていない腎障害を有する無症候性高尿酸血症に対して尿酸降下薬の投与は推奨されていません。この点は改訂第3版での初めての推奨となります。

一方、心血管病発症リスクの軽減を目的とした尿酸降下薬の使用は条件つきで推奨されないとしました。ただし、降圧薬使用中の高血圧患者さんでは痛風や腎障害を合併しやすいため、痛風や腎障害の抑制を目的に尿酸降下薬の投与は推奨されることとなります。

c) 第3章、高尿酸血症・痛風の診療マニュアルの追加・変更点は、「高尿酸血症の新規病型分類」・「動脈硬化」・「心不全」・「腫瘍崩壊症候群」・「小児の高尿酸血症」に加えて、「医療経済」の項目を新規に追加しました。結果として第2版より50頁ほど厚くなりかつ充実しました。

以上、今回の改訂第3版の概要を記述いたしました。ガイドライン作成の質を評価する Minds から「非常に完成度が高い」ときわめて高い評価をいただくことができました。医療従事者はもちろん治療を受ける方々も、是非とも手に取っていただき最新のエビデンスと価値観に基づいた高尿酸血症と痛風に対するわが国の治療の最前線を感じ取っていただき、実際に普及していただければ望外の喜びです。

一般社団法人 日本痛風・核酸代謝学会  
ガイドライン広報委員長 内田 俊也  
ガイドライン改訂委員長 久留 一郎  
理事長 上田 孝典

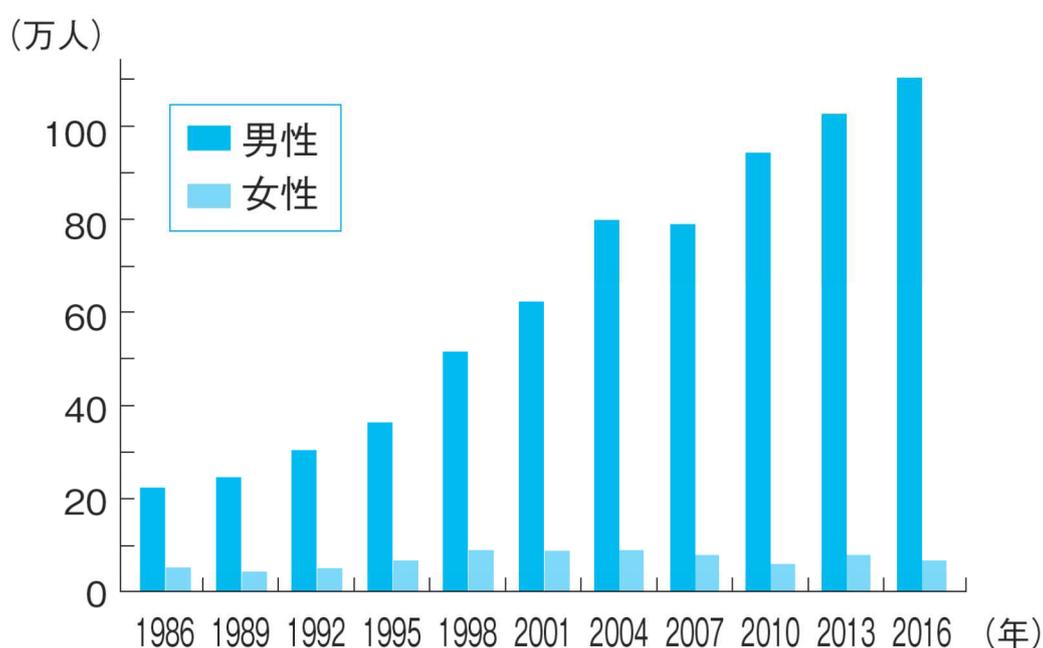
学会ホームページ <http://www.tukaku.jp/>  
電話 03-3597-9394  
ファックス 03-3593-8303  
メールアドレス [info@tukaku.jp](mailto:info@tukaku.jp)

2018年12月吉日

## 【参考資料とその説明】

### 1. 痛風患者100万人時代に突入！尿酸高値は1,000万人！

この図は、国民生活基礎調査から推定されるわが国の痛風患者数の推移を描いたものです。痛風関節炎を発症する患者さんの数は直線的に増加しています。明治時代には痛風はいなかったと記載されていますので隔世の感があります。遺伝子が大きく変化するとは考えられませんので、この変化は、食生活・生活習慣の欧米化、さらにはメタボリックシンドロームの急増によるものであることは間違いありません。女性は男性に比べますと少ないですが、これは女性ホルモンの影響なども考えられています。痛風の原因となる高尿酸血症の患者さんは10倍と推定されていますので、1,000万人以上になります。他の生活習慣病として高血圧が4,000万人、糖尿病が予備軍合わせて2,000万人、慢性腎臓病が1,300万人とされていますので、極めて多いことが分かります。



**図2** 国民生活基礎調査から推定される痛風患者数

[厚生労働省ホームページ 国民生活基礎調査 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html> より算出]

### 2. 高尿酸血症は脳・心・血管病の原因です！

高尿酸血症の1割の人が痛風を発症しますが、のこり9割の患者さんは心配しなくてよいのでしょうか？そんなことはありません。痛風以上に恐ろしいことが分かってきました。それは尿酸が高いと将来、脳梗塞や脳出血、心筋梗塞や狭心症、さらには慢性腎臓病から血液透析などの怖い病気を発症することが分かってきたのです。まだ

観察研究の段階ではありますが、高尿酸血症が日本人の死因の多くを占めるそれらの病気の原因、あるいは促進因子になっている可能性は十分にあります。

そこで痛風がなくとも尿酸上昇は放置しないで気にかかけましょうという啓発活動が必要と考えられます。実際、本学会では、この治療ガイドラインの発刊に続きまして、2019年春過ぎから2年くらいかけて全国的に本ガイドラインの啓発・普及活動を積極的に推し進めます。全国のかかりつけ医および市民のかたがたに広く理解していただけるように努めます。そのことが結果として、生活の質の向上、メタボリックシンドロームにより亡くなる方の減少に大きく貢献すると信じています。

### 3. 高尿酸血症の病型分類のあらたな考え方を記載しました。

血清尿酸値が上昇する病態の考え方は長い間、プリン体から尿酸が多く産生される場合と尿酸の出口であります腎臓から尿酸排泄が低下する2つのタイプに分けて考えられてきました。この捉え方は、尿の検査で簡単に分かるため理解しやすい考えでした。そこに新しい病気の成り立ちを提案したのが日本からの研究です。すなわち出口である腸からの排泄に着目し、それが低下するために血清尿酸値が上昇するという腎外排泄低下型という概念です。日本人の痛風患者さんの場合、約8割がこのタイプと考えられています。今後、ますます注目される病態と思います。

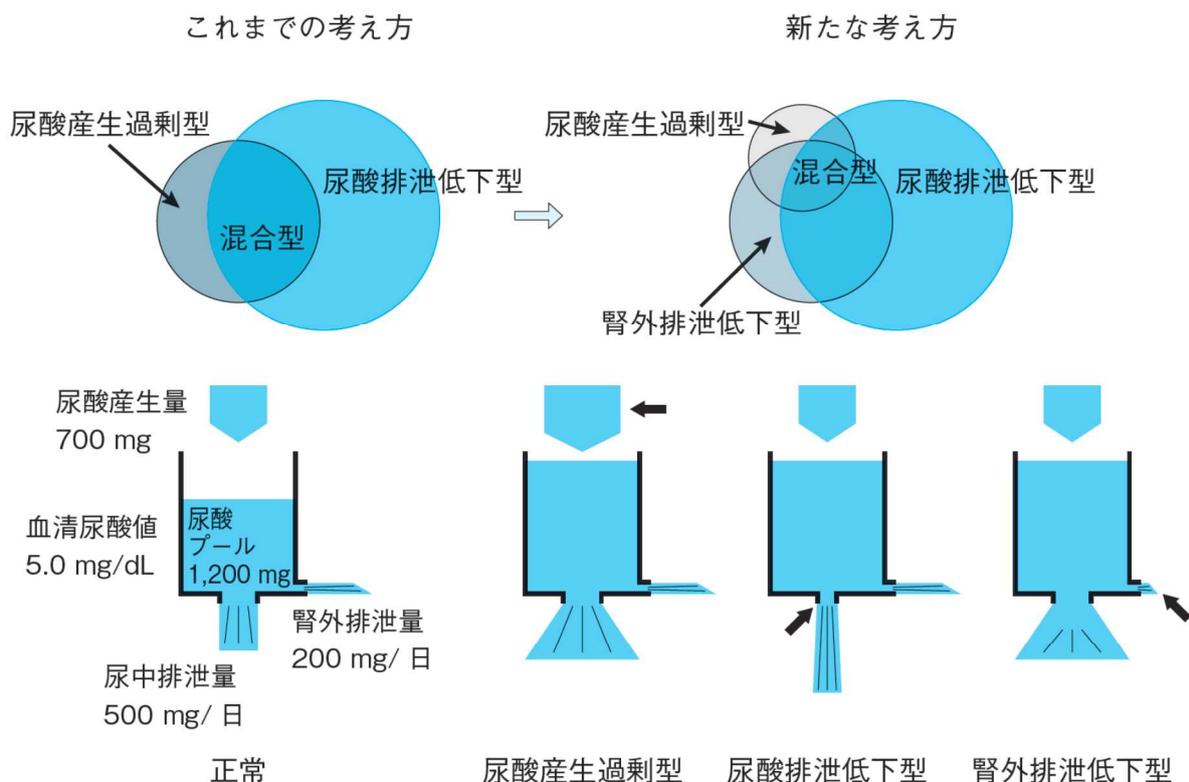


図1 高尿酸血症の病型分類

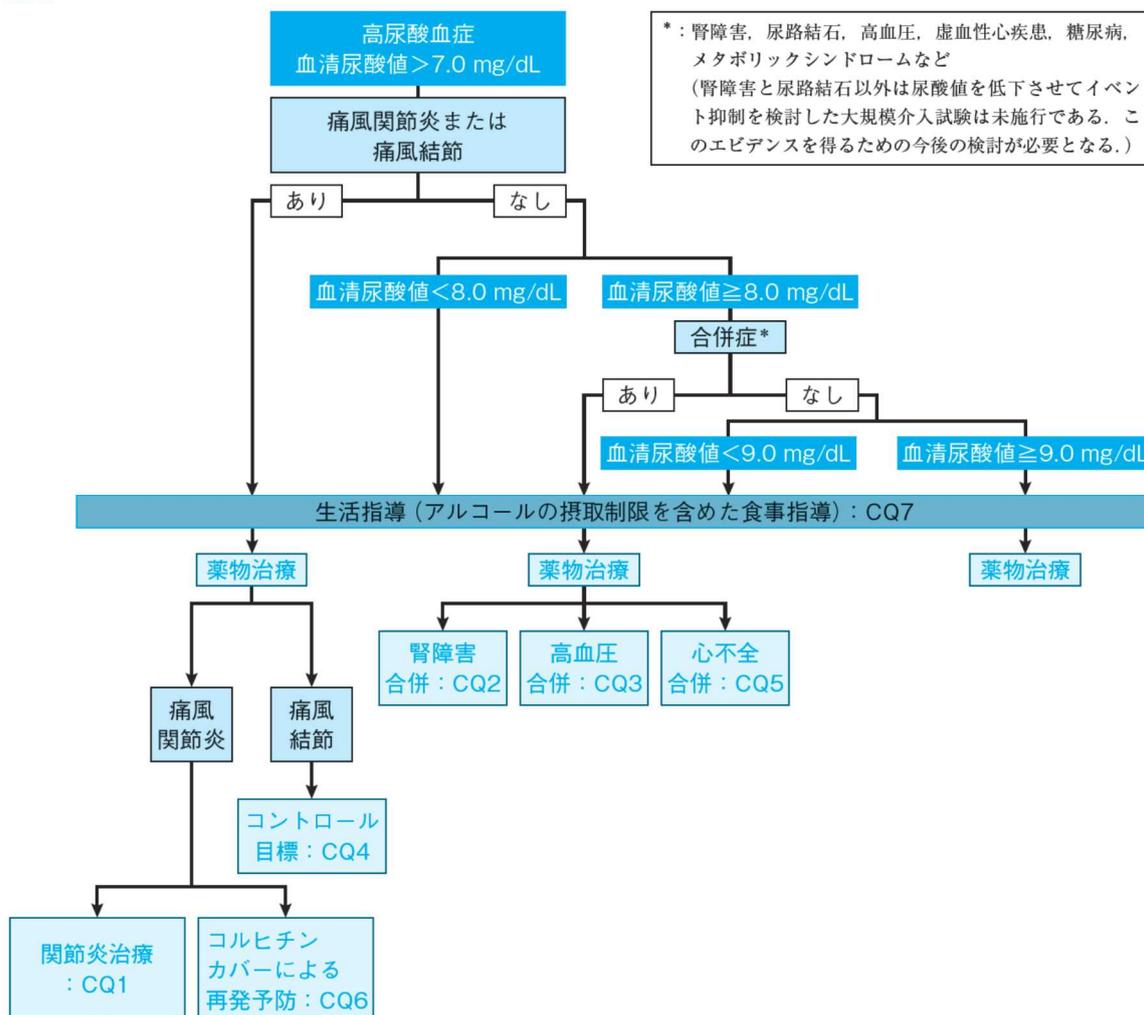
➡：原因部位.

[Ichida K, Matsuo H, Takada T, *et al.* : Decreased extra-renal urate excretion is a common cause of hyperuricemia. *Nat Commun* 3 : 764, 2012 より改変]

#### 4. 高尿酸血症・痛風の治療アルゴリズムが新しくなりました！

ガイドライン改訂第3版の発刊で大きく変わったのがこの治療アルゴリズムです。本ガイドラインのエッセンスが盛り込まれている集大成と言っても過言ではありません。これを診療室の手元において日々の診療にお役立ていただければ、診療する医師・スタッフも、診療を受ける患者さんも安心して世界で最先端の治療を行うことができると思います。

高尿酸血症・痛風の治療アルゴリズム



以上、さわりだけ触れました。参考になりましたら幸いです。