

日本リウマチ財団ニュース

Japan Rheumatism Foundation News

NO.
71
年6回発行

発行 財団法人 日本リウマチ財団 〒170-0005 東京都豊島区南大塚2丁目39番7号 ヤマト大塚ビル5階 TEL.03-3946-3551 FAX.03-3946-7500
日本リウマチ財団への交通のご案内 ●JR山手線大塚駅・南口より徒歩3分 ●地下鉄丸の内線新大塚駅より徒歩6分 編集・制作 株式会社 ファーマ インターナショナル
リウマチ財団ニュースはリウマチ登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、リウマチ登録医の登録料に含まれています。

2005年7月号

2005年7月1日発行

リウマチ情報センターホームページアドレス <http://www.rheuma-net.or.jp/>

リウマチ治療を考える

平成17年度リウマチ月間 リウマチ講演会開催される

日本リウマチ財団恒例のリウマチ月間のスタートとなる講演会が5月30日、多くの熱心な聴講者を集めて東京三越劇場で開催された。

当日はあいにくの横なぐりの雨模様で、聴衆の患者さんたちにはとくに条件が悪かったが、訪れた患者さんは最後まで真剣なまなざしで講演に聞き入っていた。

はじめに

高久史磨 理事長がやむを得ない事情で欠席されたことによって、越智隆弘氏（独立行政法人国立相模原病院院長）が開会の挨拶を行った。越智氏は当日の湿度を配慮して、聴講中でも体をのびのびさせるよう、自由に動くことを勧めた。出席の患者さんたちを気遣ったこのやさしい一言が、リウマチ登録医のあるべき姿、リウマチ講演会であることをあらためて認識させた。

なお、この時季を「リウマチ月間」と定めたのは、その気象条件によるからである。



開会のご挨拶を述べる越智隆弘氏

患者さんに向けて、日本のリウマチ医療の最新状況を説明

越智氏の挨拶に引き続き、聖マリアンナ医科大学の西岡久寿樹氏が「リウマチ性疾患制圧へ向けて」と題して基調講演を行った。

この基調講演では、西岡氏らしい忌憚のない意見の発表が患者さんに向けて発せられた。たとえば、日本では新薬の認可が遅いという評価があり、医師側も海外での実例を知るにつけ早く認めて欲しいと思っていること。しかし、厚生労働省の認可が遅いということ、その安全性に過剰なほど注意



基調講演を行う西岡久寿樹氏

を払っているからである、と述べたことなどである。

講演の本論は、「コストパフォーマンス」つまり、患者さんが受けている治療が患者さんにとってどの程度満足のいくレベルであり、かつ妥当な金額であるかどうかという、治療上の重要なポイントについてであった。

その点、治療に関しては、日本のレベルは決して低くないとしつつ、先般、その副作用が話題になった肺癌治療薬を引き合いに、「MTXでの間質性肺炎死亡例も話題になったが、それではMTXの投薬を止めるべきか」という問いかけには、効果が良い薬なら止める必要はないと述べ、副作用の話題についてはマスメディアのセンセーショナルな報道を戒めることも必要であるが、それ以上に医師の説明と患者さんの理解が治療には重要なのだということ 강조했다。

そして、この点にはCRC（clinical research coordinator：臨床試験コーディネーター）の存在が果たす役割の向上が必要とも述べた。これは、医師が患者さんに説明するインフォームド・コンセントよりも、さらに一歩進んだ第三者的な立場から薬を説明するというシステムである。

このシステムの背景には、医師に対して患者さんは遠慮があるのか、処方された薬が実際に効いているのか効いていないのか現実には明確に答えられない場合が多いこと。その上、患者さん自身の判断で服薬遵守をしていない場合もあること。それでは施療する医師側から薬の正しい評価はできないこと。処方した薬を正しく飲んでることを条件に、通常は医師が患者さんと向かい合うものであることなどが正しく行われていない実態がある。

仮に、患者さん自身の判断で服薬を

中止していた場合、その行為を医師に伝えなければ、検査数値が悪ければ、医師はその薬がその患者さんには効かない薬であったと思ひこみ、さらに強い薬を出すという恐れもある。つまり、医師が患者さんに情報を正確に伝えても、患者さんが正しく情報を医師に伝えない、コミュニケーション不足が起こりうる状況があるというのだ。

薬代も含めたそのような薬効・治療に対して、患者さんの生の声を聞くためにも、ひいては医療の質向上のためにも、制度としてのCRC導入が必要であろうと西岡氏は患者さんに向かって力説した。

また、患者さんたちが現在一番気にしているであろう、生物学的製剤についての話題では、本論を語る前に、ご来場者に挙手で生物学的製剤の普及具合の実数を求め、レミケードについてはご来場者のうち3名が施療されており、最新のエンブレルではまだ会場に投薬されている患者さんはいなかった。

西岡氏自身、100例以上のレミケード治療者をこれまで診ているそうだが、レミケードの3年目投与についてはどうすべきか結論が出ていないということも話された。また、副作用の問題も含め、市販後調査で5,000例を集計する作業が、現在も行われていることもご紹介された。

最後の話題として西岡氏は、現在の生物学的製剤の有効性は認めるが、それらはほとんどが海外からの導入品であり、高額な治療費用がかかるのはそこにも原因があるとし、日本発の同系製剤の開発が求められることを強調。患者さんに対しては治療を

ける際には専門医を選ぶべきである、と慢性疾患での医師選びの重要性を述べ講演を締めくくった。

パネルディスカッションで患者、医師相互の意見交換

引き続き「リウマチ治療の最近の話題」としてパネルディスカッションが行われた。

はじめに「患者向け関節リウマチの治療ガイドライン」と題して、司会も担当した越智隆弘氏が話の口火を切った。

越智氏によると、現在厚生労働省の指導によって20の疾患についての治療ガイドラインが出ているが、その中で、リウマチに関する最新の医師向けガイドラインは「診断のマニュアルとEBMに基づく治療ガイドライン」と題して越智氏自らが総監修者として昨年日本リウマチ財団より刊行されたものである。この内容については、4月に開催された日本リウマチ学会でも何度となく取り上げられ、いかに多く

リウマチ月間リウマチ講演会 リウマチの治療を考える

主催

財団法人 日本リウマチ財団

後援

厚生労働省・日本医師会・日本リウマチ学会

プログラム

挨拶

越智 隆弘 独立行政法人国立相模原病院院長

基調講演

「リウマチ性疾患制圧へ向けて」

西岡 久寿樹 聖マリアンナ医科大学教授 / 難病治療研究センター長

パネルディスカッション

「リウマチ治療の最近の話題」

1. 患者向け関節リウマチの治療ガイドライン
患者が選ぶ治療の時代を迎えて
2. 小児リウマチの最新治療法

司会：越智 隆弘

シンポジスト：

「患者からみたリウマチ医への要望」

島田 廣子（社）日本リウマチ友の会創設者

名誉理事長

「薬物治療の進歩」

三森 経世 京都大学免疫・膠原病内科教授

「リハビリテーションの進歩」

村澤 章 新潟県立瀨波病院院長

「子どものリウマチにも光を」

横田 俊平 横浜市立大学小児科教授

の臨床医師に待ち望まれていたか、その反響の大きさに驚きばかりであったという。

その反響を受け、ガイドラインのうちで患者さんにあまり関係のない診断部分を除いた治療部分を中心に、平易な表現で情報提供をしようと患者向けガイドラインの作成を現在急いでいるところであるという。本書は書店売りされるので、多くの患者さんや関係者が手にすることとなるであろう。

刊行の主旨としては、「医師と患者さんがリウマチ医療の情報を共有して、薬を含めた治療のことを話し合おう、治療の決定権を医師にゆだねるのではなく相談して決めていこう」という、医師側が積極的に患者さん側に歩み寄ろうとする、画期的なものと言える。この新規のガイドライン紹介の後、越智氏司会の下で各パネラーがそれぞれの立場でリウマチ医療について見解を述べた。

患者友の会の立場から、医師と患者自らの精進を求め

「患者から見たリウマチ医への要望」と題しては、日本リウマチ友の会創設者・名誉理事長で自身若年性関節リウマチを発症し、62年にわたる闘病生活を続けている島田廣子氏が、先年の転居に伴う「よんごとない」かかりつけ医の変更がいかに大変であったかを中心に述べた。



リウマチ友の会名誉理事長 島田廣子氏

この顛末は、ステロイド服用中の治療はできないと断った医師や、リウマチ専門医のいる病院でありながらシェーグレン症候群についての知識が欠如していた事実などを切々と語り、40%近い患者は医師を変更しているのだと、リウマチ白書に記載されている患者像が実態とかけ離れている点も指摘した。その中でとくに強調されたのは、初診以来手も握らない医師、患者にやさしいひとこともない医師がいること。このような医師はいかなものかと島田氏は語り、患者のQOL向上のためにも、施療側のチーム医療・トータルマネジメントの重要性を訴えられた。

施療側への注文の後に島田氏は、患者さん側に向けて、自戒を込めながら、大地震をはじめとした災害に罹災した緊急時のために、自身の病歴・症状・使用薬剤のメモを常々とっておくこと、緊急時にも入院可能な病院を確保しておくことなど、患者側も治療の選択肢を持てるよう、態勢を整え、勉強しておくことが大事であると述べた。

早期リウマチと早期治療、生物学的製剤とMTXの医療経済的見地を述べる

「薬剤治療の進歩」と題して講演し

たのは京都大学の三森経世氏である。

三森氏は、治療の目標は、かつては痛みの緩和からQOLの向上までであったのを、現在はさらに一歩進んで寛解導入・関節破壊の防止というところまで来ていると、目標が変化していることをまず述べた。そして薬物療法については、NSAIDsは補助的な役割になり、現在はDMARDs(抗リウマチ薬)が主流であると、1997年当財団発行の「リウマチの診察・診療マニュアル」も改訂されているという治療の流れの変化を示した。

次に、抗リウマチ薬については、リウマチの診断がついたら早期(3カ月以内)に投与を開始することが大事で、薬効については治療開始後3カ月後に効果判定となると説明した。どの抗リウマチ薬を使うべきか、ということについては、薬剤の特性を重視し、医療経済学的な見地も見極める必要があると語った。さらに三森氏は、具体的に13種類の抗リウマチ薬を薬効別に図示したが、治療の趨勢としては最初に強い薬で叩くという海外で行われている発想が、日本でも浸透しつつあることを述べた。それは薬が早期ほど効くということに加え、リウマチは初期2年ほどの間の進行が早いからであるとした。



三森経世氏

また、三森氏はMTXの剤形・用量・適応について日米の差異を比較しながら述べた後、現状の生物学的製剤とMTXとの併用療法や関連についても述べ、併用療法を実施すれば高い有効率ではあるがその分年間の薬剤費が高いことは否めず、今後適正使用のガイドライン策定が求められるとした。

このほか、「薬剤の副作用は甘受すべきことかどうか」という三森氏は、利益(薬効)とのバランスから副作用の許容を判断すべきと述べ、先の西岡氏と同様の見解を示した。

リウマチ専門のリハビリテーションが実施されることを望む

続いてのパネラーは、新潟県立瀬波病院の村澤章氏である。村澤氏は「リハビリテーションの進歩」と題して最近のリハビリの技術や理念の進捗状況を披露された。

村澤氏は、リハビリを行うことについては、以前は1980年の国際障害分類を基準に考えて、「疾病がある」ということは、機能障害・能力障害に結びつき、結局は社会的に不利だから」という発想であったが、2001年の国際生活機能分類から、健康状態はもちろろん、個人因子や生活機能などが密接に関連しているのであって、リハビリを行う基準に疾病があるのではなく、むしろ時期ごとのリハビリ(初期の外來治療、活動期の入院治療、維持期の在宅治療)があるはずと患者さんに向

かって語った。このうち、維持期(安定期)におけるリハビリと運動療法については、家庭でできるリウマチ体操を毎日繰り返すことが重要であるとし、最もエビデンスがあるのは水中運動であることを強調された。これは、腰に負担の多い妊婦の水中運動と似通ったところがあるとも話された。

また、リウマチに関しては、医療(治療)とリハビリを同時に施行することが必要であることも説いた。施設に通って受けるケアも含めて、可能であればリウマチ在宅ケアシステムを利用するとよいとも述べ、これは、介護保険で受けられるサービスもあるはず、とのことである。



村澤章氏

在宅ケアと地域ケアそれぞれの違いはあるが、リウマチでのリハビリの最終目的は、「生きがいのある生活を送ることができるようにすること」であると、患者さんの生き方について、医師として望んでいることを述べられた。一方、残念ながら「リウマチのリハビリ」に関しては、現在、脳血管障害の後遺症に対するリハビリと同様に考えられているのはいかなものか、と村澤氏は問題提起も行い、氏の在住する新潟県に来年県立のリウマチセンターができるというので、村澤氏の理想とする、リウマチに特化した専門的なリハビリが新しい場において行われるはずであろう。

少数でリウマチ疾患に挑む小児リウマチ専門医が望むものは

パネリストの最後として横浜市立大学の横田俊平氏は、「子どものリウマチにも光を」と題して小児リウマチの最新治療法を語った。開会の辞で越智氏も言及したが、とかく忘れられがちな小児のリウマチに焦点をあてた発表であった。

横田氏は、リウマチは慢性疾患なので本来初期治療が大切なのであるが、患者が明瞭な意思表示ができないことなどから小児の診察は難しいことが問題点の一つであるとし、小児リウマチ専門医はリウマチ専門医3000名の中の30名程度しか存在せず、治療の際の地域格差が大きすぎることを訴えた。

次に治療の面で、成人に有効なDMARDsも小児には使用できないケースや無効の場合があり、小児にも治



横田俊平氏

療戦略はあるとして以下の実例を挙げた。

まず、小児のリウマチを関節型全身型に分け解説した。それによると関節型には、MAP療法(MTX+アスピリン+少量のステロイド:プレドニゾン)と呼ばれる治療法が行われつつあり、これは73%の有効性であった。この治療法は、初期治療としてNSAIDs投与を行って、寛解率が1~2%であったものに対して実施したものだが、このMAP療法からさらに進んだ治療法として、生物学的製剤を併用すると寛解率が90%に上がった(22例にエンブレル投与)ことを紹介した。全身型には、以前ではステロイド大量投与しか方法がなかったが、トシリズマブ(抗IL-6治療薬:治験中)



熱心な聴講者たち

が著効を示していること、副効用として身長伸びが見られたことを述べた。

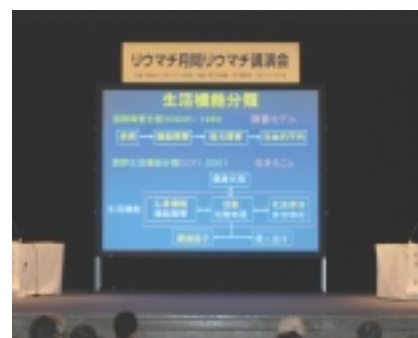
さらに横田氏は、小児リウマチ治療の地域間格差の解消には、地域ごとに小児リウマチ専門医を配置するようになりつつあることも患者さんに向けて説明。地域のネットワークの一例として、サテライトクリニックの体制が鹿児島大学小児科と宮崎県立病院小児外来の間で結ばれたこと、また患者さんの父母会「あすなる会」との協力も得られつつあることも述べた。

このように少しずつではあるが小児リウマチ治療全般において進歩が見られるが、今後はさらに、診療システムの構築、使用薬剤の認証の必要性、既存薬の小児への承認などが望まれるところである、とまとめて講演を終えた。

患者、医師の情報共有化と国の責任という総合的対応を期待

パネルディスカッションの最後として、越智氏が総括した。越智氏は、治療現場に最新薬が出現して非常に効果が高いことが知られ始めたこと、医師・患者双方の情報共有が大切であること、国(行政)は長い期間にわたり責任を持って現場を見ること、そして施療側は小児治療にも十分な配慮をすること、などを述べた。

関連な論議が交わされ、終了予定時間が大幅に伸びたが、現場に即した発表ばかりの有意義なリウマチ月間リウマチ講演会であった。



極東アジアのリウマチ医療連携の胎動

第1回EAGOR (East Asia Group of Rheumatology) が東京で開催される



会長 原 まさ子 氏

昨秋、韓国・済州島で開催された APLAR (環太平洋リウマチ学会議) 期間中において、1997年以来行われてきた日韓のリウマチ・カンファレンスが、2003年の第5回目を節目に中国を加えた東アジアの会として両国の開催者合意のもと発展的に解消し、新たにEAGORとして装いも新たに企画された。

そしてこの第1回目が、前身となった日韓リウマチ研究の関係者を中心に、去る5月28日土曜日に東京・新宿京王プラザホテルでとり行われた。

この会の趣旨は、2年ごとに開催される APLAR のスケジュールの合間を埋める隔年開催という設定からわかるように、進捗目覚ましいリウマチ医療の情報交換、治療技術の停滞を少しでも招かないようにすべく、また同時に、民族的に近い関係を持つ3カ国が緊密な人的交流や疫学データを融通しあうことのメリットを願ってのことである。つまりこのEAGORは、日、韓、中の東アジア(極東)におけるリウマチ医療の共同研究と情報交換の新たな場となるのがこれから大いに期待されているのである。

第1回目の主催は、韓国・済州島において President に指名された、東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 教授 原 まさ子 氏による。また、準備の都合で中国は今回招待者としての参加であった。

この原まさ子 氏に、今回開催された第1回目の注目点や今後のEAGOR像についてお話を聞きしたのでその一部を紹介する。

昨年、APLAR で今回開催の骨子が決まったとお聞きしていますが、EAGORの主たる目的は何ですか？

原 リウマチ研究発表の場には米国のACRとヨーロッパのEULAR、そして、アジアのAPLARが従来からありますが、遺伝学的あるいは民族学的に欧米人とは違うアジア人のリウマチ医療研究の深度、コラボレート研究をさらに進め、極東アジアの相互理解をより深めたいという意向から、隔年開催のAPLARを補完する意味でこの会は企画されました。特に中国の状況をより積極的に組み込みたいという意図があります。また、若い研究者に国際的感覚や発表の場、つまりチャンスをより多く与えていきたいという意義もあります。

中国や韓国の研究者との交流を深めるといえることが目的であるとし

て、今回の発表演題にはそれはどう反映しているのでしょうか？

原 中国からは準備の問題で今回は招待という立場上あまり多くの発表はありませんでした。また特に私たちが期待した疫学データは、国家体制の違いからか大規模なデータがないということですが、今後の可能性を示唆するような発表がスポンサーのセミナーで発表されていました。また、日本の疫学データの手法を学んで、これから始めようというきっかけを提供できたということもあります。同様な民族的背景を持つ人種として、今後、中韓とも大規模な疫学データが出てくることを強く期待しています。

2011年には中国で開催されますので、その折にはおそらく何らかの形となった発表が出るのではないのでしょうか。

応募演題数はいかがでしたか。

原 全部で70演題をプログラムしたのですが、日程が1日しかないということで、口演希望の研究を多数がポスター発表に回さざるをえないといううれしい悲鳴の状態でした。

特に力を入れた点は。

原 各国のリウマチ治療の違い、医療の違いということをはっきりとできればと思っていました。それから、本学の山中 寿 教授のJARAMISのような疫学データの発表が中韓からあればと、大きく期待していました。欧米との民族差の点はある程度明らかになったと思います。

たとえば間質性肺炎の発症などはいかがでしたか。

原 中韓の先生方のお話ではアラバによる間質性肺炎の発症はほとんどないとのことでした。日本と中韓にも薬剤に対する反応性において民族的相違があるということかもしれません。今後その解明に注力していこうという機運が関係者のコンセンサスとなったのは大きな成果だと思えます。

各国のリウマチ医療、研究の特徴を教えてください。

原 中国は米国留学者が多いという影響が色濃いせいか、基礎研究がかなり進んでいます。ただ、その反面的な研究がやや少ないという印象も受けます。学会や研究会を開催しても、基礎研究の比重が半分以上であることが歓迎されるようです。国家的に基礎研究を奨励しているところがあるからかもしれません。

韓国はどうかというと、研究の点では、やはり遺伝子レベルのものがとても盛んです。少ない研究者の数にもかかわらず活発といえます。今回も多くの基礎領域の応募演題が韓国からのものでした。ただ臨床研究ではやはり、全国レベルのものは日本ほど環境が整っていないのがあまり多くありません

でした。日本では厚生労働省の指導で市販後調査などが行われてもいますし、その違いかもしれません。

治療面では、薬剤の許認可が米国を踏襲しているということから、アラバの多用や日本では認可されていないクロロキニンなどの使用例が多いという事情があります。ただし、内科領域の研究の応募が多くて、整形外科領域の応募が少なかったという面は、日本と治療分野のセグメントの仕方が違うせいかもしれません。

今後のご予定はいかがでしょう。

原 2009年に韓国で開催予定、2011年に中国で開催することが既に決まっています。また、今後、若い研究者に対する奨励賞のようなものを授与していくことも検討しています。

開催概要

President

原 まさ子 氏 (東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター)

Advisory Board

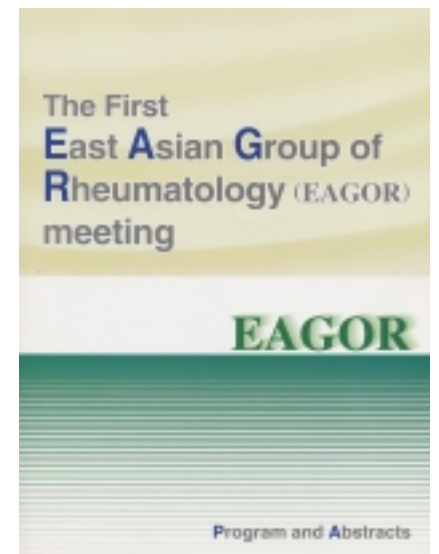
Heon-Ki Min, Myung-Sang Moon, Dong-Jip Kim, Byeong-Mum Park, Il-Yong Choi, Mok-Hyun Kim, Young-Kil Choi, Myung-Chul Yoo
安倍 達 氏 (埼玉医科大学総合医療センター), 粕川禮司 氏 (太田西の内病院), 京極方久 氏 (桐蔭横

浜大学先端医用工学センター), 小池隆夫 氏 (北海道大学大学院医学研究科病態内科学講座第二内科), 長屋郁夫 氏 (愛知糖尿病リウマチ痛風財団), 橋本博史 氏 (順天堂大学医学部膠原病内科), 松井宣夫 氏 (名古屋市総合リハビリテーションセンター), 水島 裕 氏 (東京慈恵会医科大学 DDS 研究所・聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター), 宮坂信之 氏 (東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科膠原病・リウマチ内科学)

Coordinators

Ho-Youn Kim (representative), Joong-Gon Kim, Eun-Mi Koh, Choong-Ki Lee, Soo-Kon Lee, Won Park, Sung-Hwan Park, Gwan-Gyu Song, Bin Yoo, Hyun-Ah Kim, Dae-Hyun Yoo, Sang-Cheol Bae, Young-Mo Kang, Sang-Heon Lee, Jung-Yoon Choe, Shun Le Chen, Zhan-Guo Li

(代表) 塩沢俊一 氏 (神戸大学医学部保健学科膠原病学講座・免疫内科), 江口勝美 氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病態解析・制御学講座), 尾崎承一 氏 (聖マリアンナ医科大学医学部リウマチ・膠原病・アレルギー内科学), 木村友厚 氏 (富山医科薬科大学整形外科教室), 北島 勲 氏 (富山医科薬科大学医学部臨床検査医学), 後藤 真 氏 (桐蔭横浜大学先端医用工学センター), 住田孝之 氏 (筑波大学大学院人間総合科学研究科先端応用医学専攻臨床免疫学), 高崎芳成 氏 (順天堂大学医学部膠原病内科), 竹内 勤 氏 (埼玉医科大学総合医療センター第二内科), 能勢 真人 氏 (愛媛大学医学部



Quality Health Care Worldwide

アボット ジャパン株式会社
本 社 東京都港区六本木1-9-9
医薬品事業部本社 大阪市中央区城見2-2-53

表1 炎症性筋疾患の病型分類 (Wortmannら) と臨床・病理学的特徴, 自己抗体

病型	臨床的・病理学的特徴	自己抗体と臨床特徴
多発性筋炎 Polymyositis	成人発症の定型的筋炎。慢性間質性肺炎の合併。筋線維の壊死。筋線維内にCD8+ T細胞/マクロファージ浸潤。	抗Jo-1抗体(間質性肺炎, 関節炎の合併) 抗SRP抗体(治療抵抗性筋炎)
皮膚筋炎 Dermatomyositis	成人発症で, 定型的皮膚症状を伴う。筋線維束周囲の萎縮。血管周囲にCD4+ T細胞/B細胞の浸潤。	抗Mi-2抗体(治療反応性良好)
小児の皮膚筋炎 Juvenile Dermatomyositis	小児発症のDM。血管炎や石灰沈着の合併。筋線維束周囲の萎縮(IIの成人型より高頻度)。	抗Mi-2抗体(治療反応性良好)
悪性腫瘍を合併する筋炎 Myositis associated with malignancy	DMが多く, ステロイド反応性不良。生命予後不良。悪性腫瘍の治療で, 筋症状が軽快することもある。	陰性
他の膠原病を合併する筋炎 Myositis associated with collagen vascular disease	SLE, 強皮症, MCTDなどに合併する筋炎。他の膠原病の多彩な臨床症状。治療反応性が比較的良好。	抗U1/U2 RNP抗体(治療反応性良好) 抗Ku抗体(軽症強皮症の合併, 日本人) 抗PM-Scl抗体(強皮症の合併, 白人)
封入体筋炎 Inclusion body myositis	高齢者。男性が多い。潜行性発症と緩徐な進行。遠位筋も障害。血清CK値上昇が軽微。ステロイド治療抵抗性。筋線維内の空胞。核内・細胞質内の線維状封入体の存在。	陰性

上記病型の他に, DMの一病型として, 「筋症状のない皮膚筋炎(Amyopathic Dermatomyositis): 臨床的に筋症状が明らかでないが, 定型的なDM皮疹とその生検所見を認める」が提唱されている。予後不良な急速進行性間質性肺炎を合併することがあり, 抗核抗体は陰性のことが多い。

表2 多発性筋炎・皮膚筋炎の厚生省診断基準

1 診断基準項目	
(1) 皮膚症状	(a)ヘリオトロープ疹:両側又は片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑 (b)ゴットロン徴候:手指関節背側面の角質増殖や皮膚萎縮を伴う紫紅色紅斑 (c)四肢伸側の紅斑:肘 膝関節などの背面の軽度隆起性の紫紅色紅斑
(2) 上肢または下肢の近位筋の筋力低下	
(3) 筋肉の自発痛または把握痛	
(4) 血清中筋原性酵素(クレアチンキナーゼ又はアルドラーゼ)の上昇	
(5) 筋電図の筋原性変化	
(6) 骨破壊を伴わない関節炎または関節痛	
(7) 全身性炎症所見(発熱 CRP上昇 または血沈亢進)	
(8) 抗Jo-1抗体陽性	
(9) 筋生検で筋炎の病理所見:筋線維の変性及び細胞浸潤	
2 診断基準判定	
多発性筋炎:	(2)(9)の項目中4項目以上を満たすもの
皮膚筋炎:	(1)の皮膚症状の(a)(c)の1項目以上を満たしかつ経過中に(2)(9)の項目中4項目以上を満たすもの
3 鑑別診断を要する疾患	
感染による筋炎, 薬剤性ミオパチー, 内分泌異常に基づくミオパチー, 筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患	

(自己免疫疾患調査研究班 平成4年度研究報告書より)

- e. 心病変: 心電図異常(ブロック, 期外収縮, ST-T変化など), 心筋障害による心不全などを認めることがある。心病変は予後因子として重要である。
- f. 消化器病変: 咽頭筋力低下, 食道の蠕動低下による嚥下障害が約30%にみられる。稀に, 小腸, 大腸の蠕動低下も認められる。
- g. 悪性腫瘍: 胃・肺・前立腺・子宮・卵巣・乳腺・大腸癌, 悪性リンパ腫など種々の悪性腫瘍を7~30%に合併する。とくに, DMと密接に関連し, 診断5年以内の発症が多いので, 注意を要する。悪性腫瘍の切除, あるいはその治療により, 筋症状が改善する例もある。

C 主要検査成績

1) 血液・尿検査: 血清 creatine kinase (CK; isozymeはMMが優位に上昇する), アルドラーゼ, LDH, ASTなどの筋原性酵素が上昇し, 筋炎の診断, 活動性・治療効果判定に重要な指標となる。筋障害が高度な場合, ミオグロビン尿症もみられる。

診断のコツ: アミノトランスフェラーゼ(AST, ALT)は肝障害で上昇するが, **血清CK値が筋炎と肝障害との鑑別に役立つ。**

2) 免疫血清学的検査: 筋炎に特異的な自己抗体(筋炎特異自己抗体)が見出され, これらは特徴的な臨床像と関連し, 診断, 病型分類, 予後の推定など臨床的に有用である(表1)。とくに, **抗Jo-1抗体は筋炎の診断マーカー抗体であると同時に, 同抗体陽性例は間質性肺炎, 関節炎を高頻度(90%以上)に合併する。**

3) 筋電図(electromyography: EMG): 自発活動性亢進や, 持続時間の短い, 低電位, 多相性の筋ユニット波などの筋原性変化を示し, 神経疾患との鑑別に有用である。

4) 画像検査: 筋炎の炎症性罹患部位がMRI(magnetic resonance imaging)検査のT2強調画像および脂肪抑制画像で高信号領域, T1強調画像で正常, 脂肪変性部位はT1, T2両強調画像で高信号に描出される。非侵襲的で, 筋生検部位の決定, 経時的観察に有用である。

5) 筋生検: 筋線維の大小不同, 変性

と壊死・再生像, 血管周囲や間質へのリンパ球浸潤, 間質の線維化を特徴的所見として認め, 確定診断に必要な検査である。

D 診断

PM/DMの診断は臨床症状(筋力低下, 特徴的な皮膚症状)および検査成績(血清筋原性酵素値, 筋電図, 筋生検所見)を組み合わせ, 診断基準(表2)を参考に, 総合的に診断する。

E 鑑別すべき疾患

筋力低下・筋痛をきたす疾患(筋ジストロフィー, 重症筋無力症, ミトコンドリア脳筋症, 急性横紋筋融解症など), 内分泌・代謝性疾患(甲状腺機能低下症, Cushing症候群, 糖尿病など), 電解質異常(低カリウム血症, 低・高カルシウム血症など), ウイルスなどの感染症(インフルエンザウイルス, コクサッキーウイルス, 肝炎ウイルス, HIV, ブドウ球菌など), 薬剤の影響(スタチン系脂血症薬, D-ペニシラミン, アルコールなど), 他の膠原病(リウマチ性多発筋痛症, 好酸球性筋膜炎, 線維筋痛症候群など)などが鑑別疾患として重要である。とくに, 筋ジストロフィーと筋外症状, 免疫異常の乏しいPMとの鑑別が困難なことがあり, 発症年齢, 家族歴, 遺伝子検査, 筋組織所見により鑑別する。

おわりに

PM/DMの臨床症状, 診断について概説した。PM/DMも他のリウマチ性疾患と同様に症例により異なる臨床経過を呈する。したがって, 症例ごとに症状, 経過, 検査所見を慎重に検討し, 他疾患を鑑別しながら診断を進めることが大切である。その際, 診断基準, 病型分類, 筋炎に特異的な自己抗体の測定は有用と考えられる。紙面の都合で詳細な診断技術, 検査法については割愛したが, 本症の診療の一助となれば幸いである。





科研製薬は「運動器の10年」世界運動を推進し、QOLの向上に貢献してまいります。

関節機能改善剤 (ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

特許医薬品 処方せん医薬品 注第一医療等の処方せんにより使用すること

アルツ®

特許医薬品 処方せん医薬品 注第一医療等の処方せんにより使用すること

アルツディスポ®

プリスター包装内滅菌済



【商品名】 科研製薬株式会社
東京都中央区本町2-2-2



抗NSAID潰瘍剤 (ミプロストール錠)

特許医薬品 処方せん医薬品 注第一医療等の処方せんにより使用すること

サイトテック®

錠100・錠200

【商品名】 ファイザー株式会社
東京都中央区本町2-2-2

- 各製品の効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照ください。
- 各製品共、薬価基準収載



科研製薬株式会社

【発売元・資料請求先】 〒113-8650 東京都文京区本郷2-2丁目28-8

85CK
©2005年4月作成

特別座談会

「臨床医が気をつけるべき 小児リウマチ患者 その特徴と留意点」

その1
診断編

リウマチ医療においては、整形外科領域、内科領域がその主たる臨床の場となっているが、小児に発症するリウマチ性疾患も見過ごすことはできない。一方、小児リウマチを診断し、治療する専門家は少なく、リウマチ財団登録医のもとに小児リウマチの患者が診療に訪れる機会も少なくないと思われる。今回は、そのようなケースの参考となるように、小児リウマチの専門家お二人に、弊誌レントゲンクイズでおなじみの大阪・協和会病院リウマチセンター・センター長 村田紀和氏のご司会で、最新の小児リウマチ医療の現状についてお話をいただいた。今号は診断法についてのお話をご紹介します。

御出席者

司会 協和会病院リウマチセンター・センター長 村田 紀和氏
横浜市立大学大学院医学系研究科発生
成育小児医療学 教授 横田 俊平氏
鹿児島大学医学部保健学科 教授
武井 修治氏

小児リウマチ患者の実数と 病形は？

村田 本日はお忙しいところをお集まりいただき、どうもありがとうございました。今回のテーマは、「臨床医が気をつけるべき小児リウマチ患者 その特徴と留意点」ということですが、小児リウマチというとき、日本ではまだまだ混乱があると思います。そこでまず、小児リウマチには各種タイプがあり、そのタイプによって経過ないし治療法が全く異なるということを述べていただきたいと思います。最初の受診はどうしても一般医ないしは一般の小児科医となると思いますので、このような症状の場合には絶対専門医に紹介してほしいなどというところに留意



村田 紀和氏

して、お話ししていただければと思います。

では、日本における小児リウマチということで、現況はいかがでしょう。
横田 まず、慢性関節炎というかたちでお話します。平成12年のデータですが、全国調査をしたところ、小児人口10万人あたりおよそ10人の罹患者がいました。それを統計学的解析にのせると、小児リウマチ患者はおよそその5倍ということが言われています。したがって全体としては小児人口10万人あたり50人ぐらいかと思っています。

村田 その隠れている、表に出てこない人というのはどういう状況と予想されるのでしょうか。

武井 一つは、少関節型、「オリゴタイプ」と言われる人たちです。その割合は日本では非常に少なく、このタイプはNSAIDsだけで治ってしまうことが多いですから、NSAIDsだけでコントロールされている状況で経過している人たちがかなりいると思います。

ただ、横田先生が実施された保健所を対象にしたサーベイもありますが、本当の人口比に対応した調査がなされていないので、この少関節型が日本でのどの程度存在するのかは、実は十分判明していないと思うのです。

村田 他の小児リウマチの専門家で、人口比に沿ったスタディを実施されている方はいらっしゃいますか。

横田 まったくないですね。

村田 コミュニティベースでなく、コミュニティに近い小学校ベースとかではどうでしょう。

武井 いません。横田先生が実施された保健所対象が今いちばん細かいデータです。

鹿児島県種子島は、わりと人の移動がない地域ですけど、そこにフィールドワークでRAの調査をされている松田剛正先生と一度一緒に島に行きチェックしましたが見つかったのは1人です。だから、それはちょうど横田先生のお話の頻度とほぼ合いますね。

タイプは臨床的に3つに 分類される

村田 外国の数字でけっこうですが、タイプごとのパーセントはいかがでしょう。

横田 慢性関節炎を呈する疾患として、私たちがリウマチと呼んでいるも

のは、大きく3つのタイプに臨床的に分けています。1つが全身型。2つ目は武井先生がさきほどふれた少関節型といって、4関節以下の炎症関節を持つもの。それからもう一つが多関節型で、5関節以上の炎症関節を持つものです。

こう分けますと、欧米では全身型が約20%です。それから少関節型が多く約50%。それで残り30%が多関節型というのがその数値です。

日本の場合、実は全身型の定義があまりはっきりしてなくて、関節炎のない全身型というのも組み込んでしまいます。すると全身型が40%になって、少関節型が40%で多関節型が20%という数値でした。

ところが、最近、鹿児島島の先生たちと調査したところ、全身型で関節症状のない人を数値に加えなければ、全身型は20%に過ぎないのです。欧米では関節炎のないものは含みませんので、関節炎があるという前提を置くと、欧米と日本はほとんど変わらないだろうという数値が出てきています。

村田 以前この症状を「JRA」(若年性関節リウマチとしてJRA: juvenile rheumatoid arthritis)と言っていた頃は、全身型は(関節痛は含んでいました)が関節炎がないものも含んでいたのですが、それは今現在どうなっていますか。

横田 わが国では、まだそのへんの仕切りができていません。しかし、欧米の先生方は、小児でもみんなリウマトロジストが診ていますから、関節炎のないものは別の疾患ですから、関節痛だけでは範疇に入れていないのです。

村田 関節痛だけでは入れないということですね。

横田 はい。

武井 オリゴタイプはわりと完治しやすいので、おそらく内科あるいは整形外科には患者さんとしてはそんなにたくさんいないと思います。それで多関節型の患者さんが治療でコントロールされてきて、症状として関節炎が生じている関節数としては少なくなってくるので、それがオリゴタイプというかたちで認識されているのかもしれないですね。

村田 そうですね、それはわかりません。

3タイプ診断のコツ

村田 全身型、少関節型、多関節型の

典型的症状と診断のコツを、それぞれ教えていただけますでしょうか。

横田 「全身型」は、9カ月、10カ月の幼児から10歳、15歳まである疾患ですが、まず弛張熱が続きます。定義上は2週間以上続くということが必要です。なかには稽留熱みたいな方もいますが、ほとんどがある時期は弛張熱という状態をとります。そして、多くはそのあとに数週間置いてから関節炎が始まる子が多いですね。

また発疹が出るということがあって、それは弛張熱の熱が高いときに発疹を呈するということになります。それが進行すると、場合によっては心嚢液が溜まってきたり、肝脾腫が生じてきたりします。これが典型的な病態の



横田 俊平氏

流れだと思います。

それに対して、「少関節型」「多関節型」は、全身性の炎症反応というのはごく少ないですけども、関節が大人のリウマチと同じように腫張してきて、そして手を当てると熱感があります。腫張と熱感、炎症があるわけですから、疼痛を訴えて、そしてそれを他動的に動かそうとすると可動域の制限がくる。これらのことが、臨床所見としてきちんと取れるものを「炎症関節炎」と呼びます。

先ほど述べたように、少関節型というのは、炎症を起こす関節が4カ所以下と定義されています。そしてこの4カ所以下の少関節型は、多くの場合、抗核抗体陽性の例、あるいはリウマトイド因子(RF)も陰性の例がほとんどです。

多関節型というのは、欧米ではRF陽性例はごく少ないというのですが、私たちが診ている患者さんの多くは陽性です。そして5カ所以上の炎症関節を持ちます。また炎症関節が多いほど、やはり重症感が高い。微熱が続き、痛みと熱のために食欲が落ちて、るい瘦を呈する子供さんもいます。そういう

意味では関節だけの病気ではなくて、全身性疾患であるということはそのとおりだと思います。

血清学的な反応も含めて、3病型はこのような内訳だと思います。

発症年齢別の定義

村田 発症年齢はいかがでしょうか。全身型は9カ月から……。

横田 はい、ずっとあります。

村田 少関節型はどうでしょう。

武井 全身型は発症年齢が低だけで、我々のデータでは、多関節型が9歳ぐらいで、少関節型が7歳ぐらい。ただ、少関節型も幼いうちに発症するタイプも年長からの場合もありますから、偏差値で表すとけっこうその幅が広がります。

それから多関節型は、どちらかというと年齢は高め、小学校の高学年、あるいは中学生ぐらいまで起こってくる場合がありますから、年齢の幅、バラつきからいくとわりと上の方でまとまるというかたちになるかと思えます。



武井 修治氏

村田 今も発症年齢が16歳未満という定義は存在していますか（英語でunder 16という16を含まないのですが、日本では16歳以下と訳している医師も多い）。

武井 定義上は生きています。

村田 16歳以下というのと未満というので、ぜんぜん違うと思います。1歳違いで、多関節型が急に増えてくると思いますので。

武井 誕生日を含まないのが定義です。

村田 16歳を何日が過ぎたという患者もありました。それはもう成人のRA。日時の特定は難しいですけどね。それと、少関節型に、今は脊椎関節炎と分類されるようなものがありますが、現在はそれを含んでいるのでしょうか。

武井 含んでいません。

村田 そうですか、でも発症したときはわからない場合がありますね。それが診断をつけた時点で分類すると、少関節型じゃなく、脊椎関節炎型にするということですね。

武井 とくに乾癬性関節炎（Psoriatic Arthritis）が難しいですね。その場合は皮疹の発症が関節炎に遅れることが多いので。HLA抗原測定（B27）などが役に立ちますけど、この病気を疑わない限り検査はしないですね。ですから、ほとんどが少関節型にまず入れ、所見が出揃ったところで、はじめて他のタイプに移すべきかどうか鑑別するというようにしてもなりますね。

村田 それはもう世界的コンセンサス

でそうになっているということですね。

横田 WHO/ILARの提唱している最近の分類に入っています。3病型のほかにそれが入っているというのが、私たちはあまり納得できないのですが……。

武井 典型的な症状に関して付け加えていただくと、少関節型のタイプというのは、わりと大きな関節が侵されて、指や頸椎のような小さな関節には発症しにくいという特徴が一つあります。

村田 とくに下肢に多いですね。

武井 膝、足首、そういう大関節。手首もありますけど、けっして指にはこないというのが少関節型で、逆に多関節型では大関節もありますけども指だとか、頸椎だとか、小さな関節にも起こってくる特徴があります。

もう一つは、少関節型では、「虹彩炎の合併」が見落とされがちな現状があります。これは、抗核抗体が陽性の少関節型のなかに、発生頻度が高いということがわかっています。そういう特徴も一つ追加したいと思えます。

村田 その時に、抗核抗体の有無ではいかがですか？

武井 抗核抗体とリンクして発症してまずので、抗核抗体陽性者は眼科的なフォローアップをすることが必要です。この症状はいつ出てくるかわからないというのがありますし、自覚症状がまったくなくても発症していますので。自覚症状が出てきたときにはもうかなり進んだ状態ということですから、無症状の段階で見つけるために、抗体が陽性の場合、年に3回～4回、陰性であっても年に2回ぐらい眼科的なフォローアップが必要です。

横田 炎症関節という面から光を当ててみると、一つは、成人と同じように、対称性関節炎で発症するケースが多いです。細菌性、あるいは化膿性の関節炎や整形学的な十字靭帯損傷とかでは対称性に発症することはごくまれだと思います。ですから、対称性に症状が出た場合は、リウマチを考えるのが普通だろうと思います。

また、全身型の関節炎の場合、股関節、脊椎がいちばん大きな問題として出てきますが、少関節型、多関節型の場合には、股関節の障害、あるいは炎症がくるといのはごく少ないということが特徴だと思います。

村田 全身型での発疹、サーモンピンク色の発疹という面はいかがですか。

横田 非常に淡いピンクからむしろ紫色がかかるような濃い紅色のピンクまで、いろんな発疹があると思います。

武井 結局、淡いか濃いかという違いで色調は変わってきます。それから熱が出ているときと下がっている時間帯で色も変わってきます。つまり、色ではなかなか判断しづらいと思えます。ただ、第三所見として、「ケブナー現象（Koebner phenomenon）」というのですが、発症の近くの健全な皮膚をこすったりするとそこが線状に赤くなってきます。それも「これはリウマトイド疹かな？」というときの判断材料の一つになるかもしれないです。

村田 まずはちょっとこすってもらって、それで出たら専門医にまわしていただくと言うようなかたちになるということですね。

診断のコツ

横田 きちんと関節炎の臨床所見を取ることが大事だと思うのです。当初、患者は「関節が痛いから整形外科へ行く」「熱があるから内科に行く」のですが、特徴的なのは「成長痛だよ」と言われてそのままになっちゃうということが意外にあることです。

また、「そんなに痛いのならレントゲンを撮ろう」と撮影しても、写真上骨破壊もないし、「これは大丈夫だよ」と言われて、そのままになっているケースがあります。

考えてみれば、成長痛というのは基本的に夕方から夜に痛くなることが多い。しかし、リウマチ性の関節炎による関節痛は、当然午前中、朝痛いのが普通です。また、レントゲンを撮って骨破壊が起きているかどうかの診断は、異常が1年～2年も続いてなければ骨破壊は起きないわけですから、発病初期のレントゲンがまったく無意味であるということも知っておいてほしいと思えます。

武井 それに加えて、炎症性マーカーのCRPを信用しすぎると見逃す可能性があります。少関節型ではCRP値が上がらない例が3割ぐらいあります。白血球なども増えない患者もいます。それでCRP陰性だから大丈夫というかたちで経過を診られているというのも経験します。関節の破壊だけが進行していく。検査値の異常が出にくい少関節型はとくに問題です。

村田 関節痛を訴えない場合も多くありませんか。

武井 慢性化している子供たちというのは、無意識に痛みを避ける暮らし方を身につけているのです。患児と会話をしながら「痛い？」と聞いても「痛くない」と言う。で、関節を手にとって動かしてみると「痛い」というケースが少なくない。

村田 それも注意すべきですね。子供はかばって動かさないとか、そう言う場合がありますよね。ですから、必ず

しも痛みの主張だけを指標にしてはいけないというのがあります。

武井 聞くだけじゃだめということですね。

横田 触りなさいということ。内科の先生方はあまり患部に触らないと聞いていますが本当ですか？

村田 その傾向は強いですね。それとさっきのCRP信奉。CRPを指標に治療が行われている。関節が腫れているがいがいが「いや、CRP値では異常は見受けられない」とか……。

横田 子供の診察の特徴がもしかたせんけど、触る際の表情を僕たちは観察するのです。痛くても「痛い」と言わない子もしばしばあるのです。「痛い」なんて言ったら何されるかわからない、と考えているからでしょう（笑）。

村田 注射されるかもしれないと

武井 そうです。僕らも診るときに何に気をつけているかという表情もですけども、たとえば関節触るときに、子供が何となく逃げようにするのです。それは触られると痛いのがわかっていまして、痛い目にあいたくなくて手を引く。それでだいたい目星がつかます「あ、この子痛いんだ」って。

村田 それも診断のコツですね。

横田 混合性結合組織病やエリテマトーデス、場合によっては若年性皮膚筋炎などの疾患でも関節が痛いということでも来院する場合があります。5歳の時に多関節型の慢性関節炎と診断され10年間治療してきたんだけど、最近、レイノー現象があって、関節だけじゃなくて全身の発熱がはじめてどうしよう、という相談がきたのです。よくよく過去のデータを見ると、RNP抗体陽性でIgGが3000もあって、混合性結合組織病ではないかと思われた患者さんでした。ですから、子供さんの関節痛からすぐに慢性関節炎、若年性関節炎と思わず、他の疾患をもう一度検討してみるということも必要と思えますね。

村田 結局いろいろな異常値をしっかりとチェックするというですね。（この回 了）

表1 若年性突発性関節炎の診断基準

16歳未満の小児期に発症する。

1関節またはそれ以上の関節で、少なくとも6週間以上持続する関節炎。

全身型は弛張熱が少なくとも2週間持続し、典型的皮疹、全身リンパ節腫大、肝脾腫大、漿膜炎のうち1つ以上あるのも。

表2 若年性突発性関節炎の分類

ILAR / WHO 分類案(1997)	横浜分類案
(1) 全身型	(1) 全身型
(2) 多関節型RF陰性	(2) 関節型
(3) 多関節型RF陽性	
(4) 少関節型	
・ 持続型	
・ 進展型	(3) 二次性関節炎
(5) 乾癬関連関節炎	(二次性慢性関節炎)
(6) 付着部炎関連関節炎	(二次性慢性関節炎)
(7) その他	

第3回 リウマチケースカンファレンス

CNS lupus とウイルス
脳炎の鑑別が困難で
あった1例

聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科
唐澤 里江



聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科 主治医 唐澤 里江
講師 菅田文彦 教授 尾崎承一（以上出席者）

菅田：今回は、CNS lupusとウイルス脳炎の鑑別に苦慮した症例を経験しましたので入院時鑑別診断およびその後の治療経過を含め検討を行いました。唐澤先生、症例を呈示してください。

唐澤：症例は27歳の男性です。主訴は意識障害、発熱、全身のリンパ節腫脹、発疹および口腔内・陰部潰瘍です。既往歴・生活歴は特記すべきことはありません。現病歴はH15年3月発熱し、近医にて化膿性扁桃炎の診断で抗生剤の投与を受けるも改善せず、4月には頸部リンパ節腫脹、発疹、有痛性口腔内潰瘍も出現し当院総合診療内科に入院となりました。入院時、汎血球減少、肝機能障害を認め骨髄穿刺を施行したところ血球貪食症候群と診断され、血液内科に転科となりました。4月11日より意識レベルの低下、奇声などの異常行動および性格変化と側頭葉症状、外陰部潰瘍も出現し、更に免疫学的異常も認められたため当科に転科となりました。転科時現症として、体温は37.8℃、意識レベルはE2V2M5、右頬粘膜に有痛性潰瘍、圧痛を伴うリンパ節および耳下腺腫脹を認めました。顔面から胸部・背部にかけて掻痒・疼痛を伴わない丘疹および水疱、肘部内側の注射痕に発赤を認め、陰部・肛門部に無痛性の浅い潰瘍および水疱を認めました（図1）。髄膜刺激症状、明らかな麻痺所見は認められませんでした。

菅田：検査所見と画像所見を述べてください。

唐澤：尿蛋白(2+)、潜血(2+)、沈渣にて顆粒円柱および封入体を認めました。赤沈30mm/hr、白血球3200/μL、ヘモグロビン12.3g/dL、血小板13.8万/μL、網赤血球0.3%と低下、生化学検査ではAST 155IU/L、ALT 52IU/L、LDH 1988IU/L（アイソザイム3.4上昇）、CRP 8.0mg/dL、フェリチン3800ng/mLと上昇、クレアチニン、ハプトグロビンは正常でした。凝固・線溶系検査ではPTおよびフィブリノー



図1 転科時に認められた顔面皮疹

ゲン正常、APTT 38.1sec. (29.8sec.)と軽度延長、Dダイマ - 9.9 μg/mLと上昇を認めました。免疫学的検査では抗核抗体は1280倍 (homogeneous・speck-led)、C1q 4.8 μg/mLと高値、CH50 10U/mL以下、C4 4mg/dLと低値でLA、抗CL・2GPI抗体、MPO-ANCAおよび免疫グロブリンはすべて正常でした。ASO(-)、EB virusは既感染であり、その他各種ウイルス抗体検査および各種培養検査はすべて陰性、2-5AS活性 556pmol/dL、sIL-2R 3210U/mL、PAIgG 44.7ng/107 cellと上昇し、HLA検査ではB51(-)でした。髄液所見では、潜血(3+)、細胞16/3(単核球)、蛋白55mg/dLと軽度上昇を認め、IgG index 0.84およびQアルブミン 10.35は共に高値でした。血清同様に各種ウイルス抗体検査は陰性でした。皮膚所見からはヘルペスウイルス感染症を含めウイルス感染症が疑われましたが、水疱および皮疹部のHSV抗体(-)でした。皮膚生検では毛膿炎所見を認めペーチェット病が疑われ、免疫蛍光抗体染色はすべて陰性でした。脳波検査、心電図および心エコー検査では特異的な所見は認められませんでした。胸部CTではリンパ節腫脹および軽度胸水、腹部CTでは脾腫を認めました。頭部MRI検査(図2)では、FLAIR(T2強調画像)で大脳皮質、橋、脳幹を含む広範囲で高吸収域が認められました。眼底は異常を認めませんでした。

菅田：多彩な症状を呈しているのので、この患者さんのここまでの問題点を簡潔にまとめてください。

唐澤：意識障害
血球貪食症候群 腎機能障害 皮膚所見
免疫学的異常を含む
血液学的異常 肝腫大を伴う肝機能障害
脾腫 が主な問題点と考えられました。

菅田：以上の経過および所見より鑑別疾患として何を考えました

か？

唐澤：CNS lupus 単純ヘルペスなどウイルス感染症 神経ペーチェットを考えました。

菅田：次に、この症例をどのように診断し、治療しましたか？

唐澤：まず神経ペーチェットに関しては、潰瘍が浅く無痛性と特異的でないこと、免疫学的異常の説明が困難であること、眼所見がなくHLA-B51が陰性であり、更に髄液所見および頭部MRI所見からも否定的と考えられました。入院時SLEの診断基準11項目中、口腔内潰瘍、漿膜炎、腎障害、神経障害、血液学的異常および抗核抗体の6項目を満たし、更にSLE DAI score; 29点でありSLEと診断しました。HPSですが貪食像が非常に軽度であり、免疫複合体陽性、低補体血症および高力価抗核抗体陽性である点はVirus-associated hemophagocytic syndrome (VAHS)よりもAcute lupus hemophagocytic syndrome (ALHS)を支持する所見と考えました。また補体系の動向と発症時より認められた腎炎所見からもSLEの活動性が疑われました。しかし頭部MRI所見および髄液所見のIgG indexとQアルブミンの両者上昇からはウイルス感染症、特に単純ヘルペス脳炎が強く疑われました。更に2-5ASの上昇もウイルス感染症の存在を示唆しております。しかし単純ヘルペスを含め数回にわたりウイルス抗体価の測定を血清および髄液中で測定しましたがすべて陰性であり、水疱を含め皮膚生検部からも特定のウイルス感染症の存在を示唆する所見は得られませんでした。以上を

要約しますとSLEの背景のもと、CNS lupusもしくは単純ヘルペス脳炎を含めウイルス脳炎が存在するかが問題点だと考えられました。ウイルス感染症も考えられましたが、意識障害のみで神経学的所見に乏しいこと、髄液所見もウイルス感染症を強く示唆するものではないこと、実際に特定のウイルス同定に至らなかったことから一元的にウイルス感染症のみですべての病態を説明することは困難と考えられました(表)。よって単純ヘルペス脳炎およびCNS lupusも考慮し、ステロイドパルス療法、ゾピラックス、ガンマグロブリン製剤を開始しました。菅田：ウイルス感染症としては、どのようなウイルスの可能性を考えましたか？

唐澤：まず、第1に単純ヘルペスウイルス感染症(HSV)を考えました。その他、脳炎および皮疹を認めるウイルスとしてエンテロウイルス群、パラミキソウイルス群、トガウイルス群、HSV以外のヘルペスウイルス群を考慮しました。鑑別診断の手段として、さらに、血清および髄液中の抗リボソームP抗体と髄液中の単純ヘルペスウイルスPCR測定、IL-6およびIFN-なども計画しましたが、実際は検体量が少なく測定できませんでした。

菅田：治療開始後の経過を説明してください。

唐澤：ステロイドパルス療法およびゾピラックス開始2日目より意識清明となりPSL70mg(1mg/kg/day)で後療法を行いました。意識レベル回復後、見当識障害および短期記憶障害はほぼ消失、パルス6日後に再施行した頭部MRI(図3)においても著明に改善が

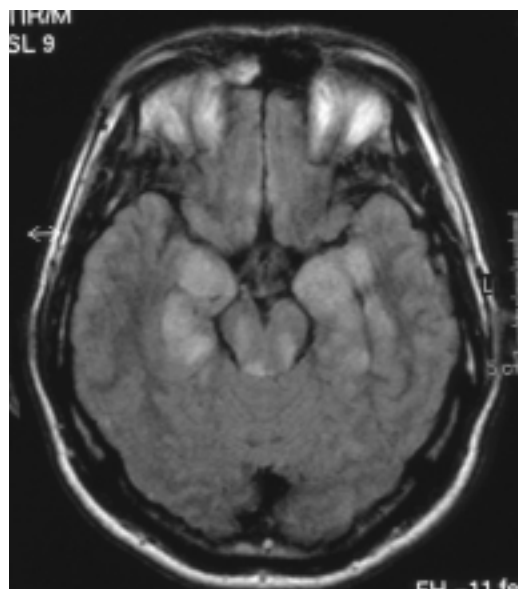


図2 治療前の頭部MRI(FLAIR): 大脳皮質、橋、脳幹を含む広範囲に高吸収域を認める

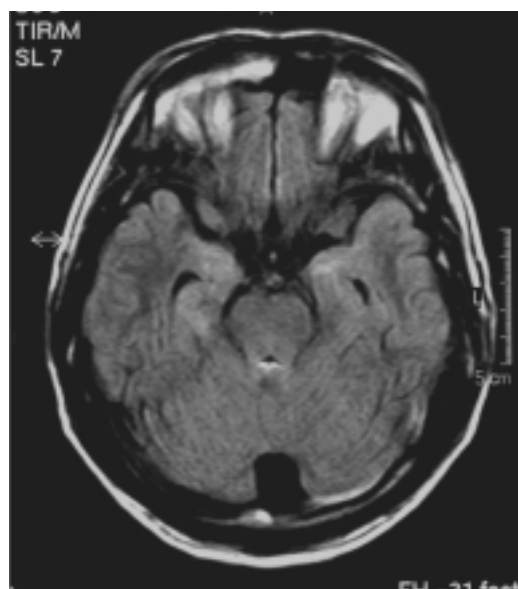
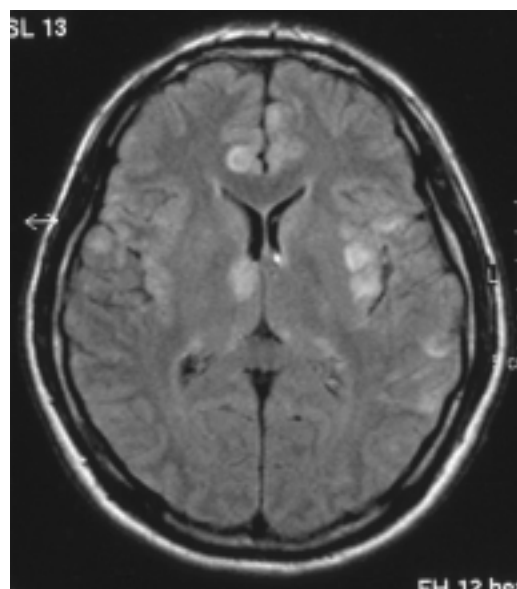
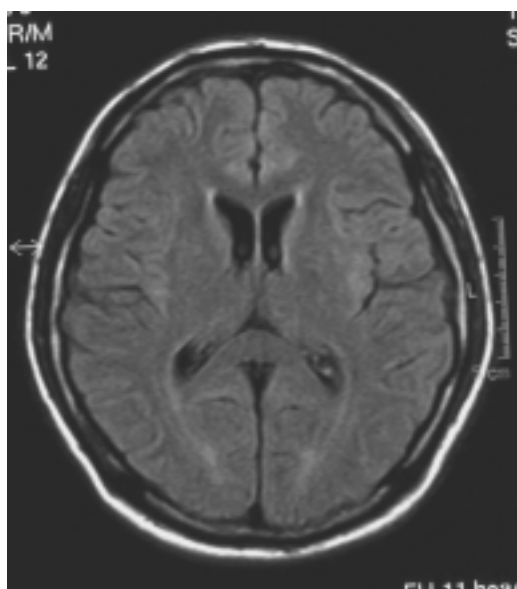


図3 治療9日目の頭部MRI(FLAIR): 治療前に比べ著しく改善している



見られました。肝機能障害、腎機能障害および血液学的異常もほぼ正常値まで改善し、ステロイド反応性は良好でした。口腔内・陰部潰瘍も消失し、発疹についても色素沈着を残すのみでした。PSL 20mg/dayで退院し外来にて経過観察を行っていますが、現在PSL 2mg/dayまで減量しましたが、抗核抗体(80~160倍)以外は異常は認められていません。神経学的所見を含め身体所見上も明らかな異常は認められませんが認知障害の訴えが強く、頭部MRIおよびSPECTを施行しましたが明

らかな異常は認められませんでした。

菅田：以上、CNS lupusとウイルス脳炎の鑑別に苦慮した症例を提示してもらいましたが、今回の症例に関して尾崎教授からコメントをお願いします。

尾崎：本症例はHPSとして血液内科に入院中に、ステロイド療法開始前に中枢神経症状を併発した症例で、SLEに合致する免疫異常と腎障害を認め、臨床症状からはCNS lupusと考えられます。しかし、皮疹や2-5AS活性上昇、頭部MRI所見および髄液所見から、抗体価は陰性ですが、ウイルス脳炎の

併発も完全には除外できない症例です。そこで、CNS lupusおよびウイルス脳炎の両者を考えた治療を行ったわけですが、ステロイド反応性を長期経過からみるとウイルス脳炎、特に単純ヘルペス(HSV)脳炎であった可能性も十分考えられます。

本症例では再三にわたるウイルス抗体検査が陰性でした。HSVの抗体検査に関しては、ELISAはCFの約100倍の感度を有しているとされますが、それでも10病日までに髄液抗体が検出できる率は45%(CFでは11%)と

の報告があります。またPCR法の感度も決して高くありません。新しい検査法としては尿中HSV抗体検査やLAMP法によるHSVの迅速診断法などがあります。今後はこのような検査法の導入によって抗体やウイルスの検出感度は上昇すると思われませんが、臨床の現場では進行する中枢神経症状に対して、迅速な対応が求められることが多く、CNS lupusおよびウイルス脳炎の両者を考えた治療を行って経過を注意深くみる必要があることあるという症例でした。

表 本症例の鑑別診断

		CNS lupus	ウイルス感染症	神経ペーシェット
身体所見 (皮膚所見を除く)	肯定	説明可能	下記以外説明可能	
	否定		神経学的所見に乏しい 髄膜刺激症状(-)	リンパ節および耳下腺腫脹
検査所見	肯定	2-5AS以外説明可能	2-5ASの上昇	
	否定		各種ウイルス抗体(-) ANA強陽性、補体系	免疫学的異常 HLA-B51(-)
画像所見	肯定		分布像から強く疑われる	
	否定	非特異的		非特異的
皮膚所見 (生検含む)	肯定			毛膿炎、針挿入部の発赤
	否定	皮疹、免疫蛍光抗体染色(-)	水疱・皮疹でのウイルス抗体(-)	陰部潰瘍が非特異的
髄液所見	肯定	細胞数・蛋白 IgG index	Qアルブミン値、IgG Index, キサントクロミー	
	否定	Qアルブミン値	細胞数	IgG index, IgM index
その他	肯定	HPS所見、ステロイド 反応性良好	ステロイド反応性良好	
	否定		腎所見、HPS所見	腎所見、HPS(+),眼底所見

平成17年度 日本リウマチ財団主催 リウマチケア研修会開催予定

当財団では、リウマチのケアの研修会を下記のように開催する予定です。医師、看護師、その他保健、医療、福祉、介護、行政等に従事する方ならどなたでも受講できます。

〔受講料〕無料 参加ご希望の方は、下記の方法で事前にお申し込み下さい。

〔申込方法〕「地区リウマチのケア研修会申込」とし、氏名、勤務先、科名、連絡先住所、電話番号を書き、返信用封筒(宛先を書き80円切手貼付)を同封の上申込先へ申込みください。

〔研修単位〕登録医教育研修単位 2単位(2,000円)

地区名	開催場所	開催日	世話人・申込先
東海・北陸	津市 三重県医師会館	8月20日 (土)	細井 哲 副院長 山田赤十字病院整形外科 (〒516-0805 度会郡御園村高向810)
中・四国	高知市 ふくし交流プラザ	9月10日 (土)	谷 俊一 教授 高知大学整形外科 (〒783-8505 南国市岡豊町小蓮)
近畿	奈良市 奈良県文化会館	10月1日 (土)	高倉 義典 教授 奈良県立医科大学整形外科 (〒634-8521 橿原市四条町840)
北海道・東北	福島市 コラッセ福島	10月29日 (土)	佐藤 由紀夫 教授 福島県立医科大学 リウマチ・膠原病・免疫内科 (〒960-1295 福島市光が丘1)
九州・沖縄	那覇市 沖縄県女性 総合センター	11月26日 (土)	潮平 芳樹 副院長 豊見城中央病院 (〒901-0295 豊見城市上田25)

上記研修会に関する問合せ先：

日本リウマチ財団 Tel.03-3946-3551

〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-39-7 ヤマト大塚ビル5F

(財)日本リウマチ財団からのお知らせ

「リウマチ基本
テキスト」
第2版 発行

B5判 684頁 定価 5000円(税込)

リウマチ治療の基本を規定する「リウマチ基本テキスト」が平成14年の初版発行から3年を経て、このたび第2版が発行されました。わずか3年の間ですが、リウマチ治療には新たな製剤の投入があり、めまぐるしく変化しています。これらの変化を踏まえて大幅に増補してあります。是非お手元に1冊を。

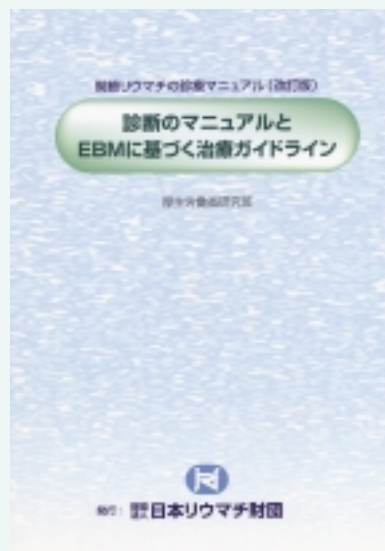
関節リウマチの
EBMに基づく
治療ガイドライン

好評
発売中

近時はEBMに基づく治療が求められています。このガイドラインは厚生労働省の研究班がまとめたもので、平成16年4月発行しました。

リウマチ診療医必携の書としてぜひお求め下さい。

なお、患者さん等一般向ガイドラインも今年度内には書店にて発行される予定です。



編集 越智 隆弘
山本 一彦
龍 順之助

内容 A4判 166頁
診療のマニュアル 41頁
治療のガイドライン 103頁
文献検索資料 他 12頁

定価 5,250円(含消費税・送料別)
日本リウマチ財団リウマチ
登録医特別価格
4,700円(含消費税・送料別)

申込 FAXで日本リウマチ財団へ
どうぞ
FAX 03-3946-7500

財団法人 日本リウマチ財団 事務局

〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-39-7 ヤマト大塚ビル5F

TEL 03-3946-3551 FAX 03-3946-7500

Announcement

[登録医研修単位認定講演 H17.7～11]

お問い合わせは連絡先または財団へ、時間は認定講演開始時間。

この研修会は医師のみを対象に開かれています。

開催日 開始時間 単位数 (開催場所) 研修会名称 連絡・問い合わせ先

7/1(金) 19:45 1単位 (埼玉) 第45回埼玉リウマチ研究会 三村 俊英 Tel.049-276-1462 埼玉医科大学リウマチ膠原病科

7/2(土) 18:00 1単位 (東京) 第5回東京骨関節フォーラム 笠井 達矢 Tel.03-5325-5122 帝人ファーマ株式会社

7/2(土) 17:00 1単位 (兵庫) 姫路市整形外科学会学術講演会 細谷 徹 Tel.0792-72-8555 ツカザキ病院

7/2(土) 17:00 1単位 (東京) 第13回南関東リウマチ学会 地宗 秀樹 Tel.03-3355-9481 ワイス株式会社支店首都圏病院第一営業所

7/3(日) 11:15 1単位 (石川) 第31回北陸リウマチ・関節研究会 山本 実英 Tel.076-244-7548 科研製薬株式会社営業所

7/5(火) 20:00 1単位 (東京) 第14回東京整形外科・内科合同リウマチ性疾患研究会 秋山 真久 Tel.03-3844-6980 ノバルティスファーマ株式会社

7/9(土) 16:00 2単位 (和歌山) 和歌山臨床RAフォーラム(第14回) 木浦 賢文 Tel.0724-71-3321 阪南市立病院整形外科

7/9(土) 16:00 1単位 (神奈川) 第8回神奈川臨床整形外科学会学術講演会 近藤 秀久 Tel.03-7055-7055 近藤整形外科クリニック

7/9(土) 18:50 1単位 (東京) 京都臨床骨代謝フォーラム 高田 淳 Tel.042-323-7811 万有製薬株式会社分社事業所

7/9(土) 16:40 2単位 (京都) 京都整形外科学会学術講演会 今西 岩男 Tel.075-241-5511 田辺製薬株式会社

7/9(土) 15:05 2単位 (大阪) 大阪リウマチカンファレンス 西 浩司 Tel.06-6385-4195 ゼリア新薬株式会社第1営業所

7/9(土) 18:00 2単位 (大阪) 第9回神RA研究会 大坪 有一郎 Tel.078-222-7277 田辺製薬株式会社大阪支店阪神営業所

7/9(土) 16:00 2単位 (大阪) Dr. Rockwood 講演会 池田 佳也 Tel.06-6879-3552 大阪大学整形外科

7/9(土) 18:00 1単位 (北海道) 第19回北海道コラーゲン研究会 須田 一宏 Tel.011-241-6698 三共株式会社

7/12(火) 19:30 1単位 (埼玉) 第6回埼玉県東部リウマチ研究会 守田 浩一 Tel.048-737-6300 守田内科医院

財団主催の教育研修会および単位認定講演については、リウマチ情報センターのサイト(http://www.rheuma-net.or.jp/)で見ることができます。 問い合わせ先: 日本リウマチ財団 TEL.03-3946-3551

7/23(土) 15:00 2単位 (福岡) 第12回福岡県リウマチ医の会(福岡県リウマチ登録医の会) 近藤 正一 Tel.092-762-2380 近藤リウマチ・整形外科クリニック

7/23(土) 18:00 1単位 (長野) 第3回Shinshu Orthopaedic Seminar 清水 富永 Tel.0263-37-2659 信州大学整形外科

7/23(土) 16:15 1単位 (東京) 第12回臨海リウマチ性疾患研究会 松元 秀一郎 Tel.03-3355-9481 ワイス株式会社

7/23(土) 15:00 3単位 (宮崎) 第18回飛騨県リウマチ医の会 水瀧 伸敏 Tel.0985-28-2736 旭化成ファーマ株式会社宮崎出張所

7/23(土) 17:00 1単位 (大阪) 第29回大阪整形外科症例検討会 山口 利泰 Tel.06-6489-1322 参天製薬株式会社・兵庫抗リウマチ薬チームオフィス

7/23(土) 15:30 2単位 (兵庫) 第17回兵庫臨床整形外科研究会 塚澤 俊一 Tel.078-796-4543 神戸大学保健学科

7/28(土) 19:30 1単位 (富山) 富山サイトカインセミナー 川越 健司 Tel.076-444-0500 田辺製薬株式会社

7/28(土) 19:15 1単位 (福井) 福井県臨床整形外科研究会 清水 宏和 Tel.0776-28-6667 清水整形外科クリニック

7/29(金) 19:30 1単位 (群馬) リウマチアカデミー2005 桜井 武男 Tel.027-322-3660 井上病院

7/30(土) 17:00 1単位 (岐阜) 第17回岐阜県リウマチ研究会 福田 淳司 Tel.058-251-3155 旭化成ファーマ株式会社岐阜営業所

7/30(土) 17:20 1単位 (兵庫) 兵庫県統合性骨代謝異常研究会 藤村 和寿 Tel.078-261-9851 帝人ファーマ株式会社

8/6(土) 18:30 1単位 (愛知) 豊橋サイトカイン治療研究会 谷村 卓磨 Tel.052-963-8243 田辺製薬株式会社

8/6(土) 14:45 2単位 (大阪) 第5回大阪リウマチカンファレンス 長久 哲也 Tel.06-4807-3003 参天製薬株式会社

8/8(土) 18:00 1単位 (神奈川) 第370回横浜市立大学整形外科同門会 談話会 上杉 昌章 Tel.045-787-2655 横浜市立大学整形外科

8/8(月) 19:30 1単位 (沖縄) 第3回沖縄リウマチ医の会 川端 正則 Tel.06-6321-7068 参天製薬株式会社事業部

8/19(金) 19:00 2単位 (鹿児島) 第4回サイトカイン制御療法研究会 林 協司 Tel.099-275-5381 鹿児島大学整形外科

8/19(金) 19:00 1単位 (宮崎) リウマチ疾患・クローン病治療学術講演会 蔡 昭生 Tel.0985-32-9205 田辺製薬株式会社

8/20(土) 16:00 1単位 (大阪) 第6回なにわリウマチフォーラム 浅井 謙和 Tel.06-4807-3003 参天製薬株式会社

8/20(土) 13:35 2単位 (北海道) TKA記念セミナー in 札幌 藤 順之助 Tel.03-3972-8111 (内2492) 日本大学整形外科

8/20(土) 16:45 1単位 (大阪) 中河内エタナルセプト研究会 小暮 達次 Tel.06-6204-2501 武田薬品工業株式会社マーケティング部

8/25(木) 19:00 1単位 (神奈川) 第52回相模原市医師会整形外科学会学術研究会 吉川 幸弘 Tel.042-750-5043 吉川整形外科

8/26(金) 20:00 1単位 (福岡) 第65回福岡リウマチ研究会 近藤 正一 Tel.092-762-2380 近藤リウマチ・整形外科クリニック

8/27(土) 18:00 1単位 (広島) 備後整形外科研究会 榎浦 生白 Tel.084-945-3106 日本鋼管福山病院整形外科

8/27(土) 19:00 2単位 (熊本) リウマチアカデミー2005 本田 五男 Tel.096-366-3666 熊本整形外科病院

8/27(土) 18:15 1単位 (静岡) 浜松整形外科研究会 河合 麻穂 Tel.053-455-1231 田辺製薬株式会社東海支店浜松営業所

8/27(土) 17:00 1単位 (滋賀) 第24回滋賀リウマチ膠原病臨床研究会 小林 雅雄 Tel.077-554-1422 科研製薬株式会社滋賀営業所

8/27(土) 19:30 1単位 (鳥根) 第17回鳥根西部リウマチセミナー 伊住 潤一 Tel.0859-33-8513 武田薬品工業株式会社

8/27(土) 15:00 2単位 (北海道) 第7回北海道整形外科手術フォーラム 中村 稔 Tel.011-851-6171 エーザイ株式会社

8/27(土) 12:00 2単位 (東京) 第34回リウマチの外科研究会 藤原 茂 Tel.03-3752-3151 池上総合病院リウマチ科

8/27(土) 18:00 2単位 (埼玉) 埼玉県関節リウマチフォーラム 上野 二 Tel.048-665-5213 田辺製薬株式会社埼玉東営業所

8/27(土) 17:00 2単位 (岩手) 岩手抗TNF セミナー 津田 忠衛 Tel.019-651-1766 田辺製薬株式会社盛岡営業所

8/27(土) 9:00 2単位 (岩手) 第16回安比夏季セミナー 西田 淳 Tel.019-651-5111 岩手医科大学整形外科

8/28(日) 11:15 1単位 (福井) 第12回福井県リウマチケア研究会 藤 寛一 Tel.0776-22-1118 エーザイ株式会社

9/1(木) 19:00 1単位 (山口) 第3回山口県サイトカイン研究会 清水 克時 Tel.083-972-5311 田辺製薬株式会社山口営業所

9/3(土) 16:30 1単位 (岐阜) 第5回岐阜骨粗鬆症フォーラム 清水 克時 Tel.058-230-6330 岐阜大学整形外科

9/7(水) 18:30 2単位 (山形) 第13回山形リウマチ研究会 高木 理彰 Tel.023-628-5355 山形大学整形外科

9/8(木) 18:30 2単位 (大阪) 奈良県臨床整形外科研究会 中西 達也 Tel.072-254-2710 田辺製薬株式会社大阪営業所

9/9(金) 19:30 1単位 (富山) 第20回富山県リウマチ性疾患研究会 片山 耕司 Tel.076-433-5001 住友製薬株式会社富山営業所

9/10(土) 16:30 1単位 (奈良) 奈良県臨床整形外科研究会 佐野 真彦 Tel.0744-43-0223 佐野整形外科医院

9/10(土) 17:00 1単位 (兵庫) 第19回神戸臨床リウマチ研究会 阿部 修治 Tel.0794-38-0621 甲南病院加古川病院整形外科

9/10(土) 17:45 2単位 (岩手) 第3回岩手臨床リウマチ研究会 木皿 尚哉 Tel.090-9039-0686 ワイス株式会社

9/10(土) 18:00 1単位 (北海道) 第16回京都運動器疾患フォーラム(講演会) 阿部 敬 Tel.0154-41-6121 市立釧路総合病院内科

9/10(土) 17:30 1単位 (大阪) 大阪医科大学整形外科教室同門会教育研究会 木下 光雄 Tel.072-683-1221 大阪医科大学整形外科

9/12(月) 18:30 1単位 (京都) 第16回京都運動器疾患フォーラム 藤岡 幹浩 Tel.075-251-5549 京都府立医科大学整形外科

9/15(木) 19:30 2単位 (東京) 第4回リウマチと骨代謝研究会 横田 京一 Tel.03-5159-2542 住友製薬株式会社東京支店

9/16(金) 19:00 1単位 (愛知) 第1回新築会リウマチ研究会 関谷 勇人 Tel.052-853-8236 名古屋市立大学整形外科

9/17(土) 18:35 1単位 (東京) 第5回桜整形外科セミナー 西郷 喜一郎 Tel.03-3972-8111 日本大学整形外科

9/17(土) 18:30 1単位 (岐阜) オステオポロシスセミナー 清水 克時 Tel.058-230-6330 岐阜大学整形外科

9/17(土) 19:30 1単位 (広島) 第134回広島県整形外科医会学術講演会 原田 英男 Tel.082-810-5555 原田リハビリ整形外科

9/17(土) 16:00 1単位 (兵庫) 兵庫県の外科症例検討会特別講演会 山下 仁司 Tel.0794-26-8800 やました整形外科

9/18(日) 16:20 2単位 (兵庫) 第4回日本リウマチ学会地医会 井手尾 健太 Tel.06-6321-7068 参天製薬株式会社事業部

9/22(木) 19:00 1単位 (千葉) 第5回千葉リウマチ研究会 平栗 雅樹 Tel.0476-22-2311 成田赤十字病院内科

9/24(土) 16:30 1単位 (岐阜) 第24回岐阜県関節フォーラム 大橋 俊郎 Tel.058-268-0567 山内ホスピタル整形外科

10/1(土) 18:00 1単位 (山口) 山口県整形外科研究会 馬山 昌士 Tel.083-973-8860 科研製薬株式会社広島支店

10/6(木) 19:30 1単位 (神奈川) 平成17年度KCOA関節症研究会 紺野 勉 Tel.045-862-2551 紺野整形外科医院

10/8(土) 15:00 2単位 (京都) 第18回新築会骨粗鬆症研究会 高月 邦明 Tel.075-212-5288 エーザイ株式会社コミュニケーションオフィス

10/13(木) 19:00 1単位 (山口) 山口県臨床整形外科研究会 尾村 大輔 Tel.083-972-5311 田辺製薬株式会社山口営業所

10/13(木) 19:30 1単位 (新潟) 第3回新潟県整形外科学会学術講演会(講演会) 荒井 勝光 Tel.025-227-2272 新潟大学整形外科

10/15(土) 17:00 2単位 (奈良) 第3回奈良県リウマチ研究会 高倉 義典 Tel.0744-22-3051 奈良県立医科大学整形外科

10/22(土) 17:50 1単位 (大阪) 大阪臨床整形外科医会研究会(第164回) 長谷川 利雄 Tel.06-6701-5815 長谷川整形外科医院

10/28(金) 19:30 1単位 (愛知) 第28回種福卒後研修セミナー 関谷 勇人 Tel.052-853-8236 名古屋市立大学整形外科

11/10(木) 20:00 1単位 (東京) 第36回多摩リウマチ研究会 水野 卓 Tel.03-5322-6001 武田薬品工業株式会社

11/12(土) 16:25 2単位 (東京) 第53回神奈川リウマチ研究会 中林 公正 Tel.0422-47-5512 杏林大学第一内科

11/19(土) 17:00 2単位 (神奈川) 第16回神奈川リウマチ研究会 森 俊仁 Tel.042-742-8311 国立病院機構相模原病院整形外科

平成17年度 日本リウマチ財団主催 リウマチ教育研修会開催予定

日本リウマチ財団主催によるリウマチ教育研修会は、下記のように開催する予定です。リウマチ学の研究、リウマチ診療に携わる方ならどなたでも受講できます。奮ってご参加ください。

- 研修単位は次の資格条件の単位数に充当できます。
日本リウマチ財団登録医資格取得単位 (直近5年間で20単位)
" 資格維持単位 (直近3年間で12単位)
日本リウマチ学会専門医資格取得単位 (直近5年間で30単位)
" 資格維持単位 (直近5年間で50単位)

研修会に参加ご希望の方は、事前申込が必要です。

[申し込み方法]「中央または、地区リウマチ教育研修会申込」と書き、氏名、勤務先、科名、連絡先住所、電話番号、日本リウマチ財団登録医は登録番号をお書きのうえ返信用封筒(あて先を書き80円切手貼付)を同封し、申込先へ申込ください。

[受講料] 中央研修会: 財団登録医 21,000円 一般医 30,000円
地区研修会: 財団登録医 7,000円 一般医 10,000円

[テキスト] 「リウマチ基本テキスト」(平成17年度新版)を使用します。受講者には単位取得証明書(教育研修単位記載)をお渡しします。

教育研修単位は、自己管理となりますので、証明書用紙は必要期間保存願います。財団主催および単位認定講演については、リウマチ情報センター・ホームページで見ることができます。

URL: http://www.rheuma-net.or.jp
問い合わせ先: 日本リウマチ財団 TEL.03-3946-3551

地区名(単位数)	開催場所	開催日	世話人・申込先
中央(14単位)	京都市 京都市勤業館 みやこめっせ	7月30日(土) 31日(日)	世話人: 中村 孝志 三森 経世 京都大学免疫・膠原病内科教授 京都大学免疫・膠原病内科教授 申込先: 日本リウマチ財団 〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-39-7 ヤマモト大塚ビル6F 受付中
新潟(6単位)	新潟市 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター	9月11日(日)	村澤 章 新潟県立瀬波病院院長 村上市瀬波温泉2-4-15 受付中
岐阜(6単位)	岐阜市 長良川国際会議場	9月18日(日)	世話人: 清水 克時 岐阜大学整形外科教授 申込先: 伊藤 芳毅 岐阜大学整形外科 〒501-1194 岐阜市柳戸1-1 受付中
兵庫(6単位)	西宮市 ノポータル甲子園	10月16日(日)	世話人: 佐野 統 兵庫医科大学リウマチ・膠原病科教授 申込先: 立石 博臣 神戸海星病院院長 佐野 統 兵庫医科大学リウマチ・膠原病科 〒663-8501 西宮市武庫川町1-1 受付中
徳島(6単位)	徳島市 徳島大学永井記念ホール	9月25日(日)	安井 夏生 徳島大学整形外科教授 〒770-8503 徳島市蔵本町2-50-1 受付中
宮崎(6単位)	宮崎市 宮日会館	11月20日(日)	帖佐 悦男 宮崎大学整形外科教授 〒889-1692 宮崎県宮崎郡清武町木原5200 受付中

リウマチ診療の基本手技

関節所見の取り方 - リウマチ性疾患へのアプローチ - そのV



道後温泉病院
リウマチセンター
理事長 高杉 潔

最終回の今回は足・足趾関節所見の取り方を述べる。

足・足趾関節

足根部、中足部、前足部の各々を触っていく。

1. 足関節

足関節自体の腫脹は両側の内踝と外踝を結んだラインに沿って出てくるので、これを手掌でしっかり包み込むようにして診る(図1)。malleolus(踝)の遠位端直下を多くの腱が通過しており、ここにも腱



図1

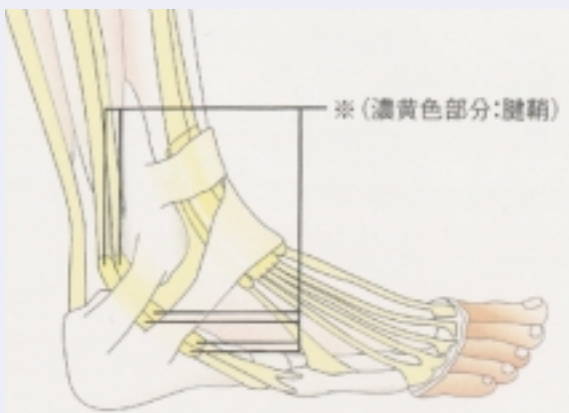


図2

鞘炎が出てきやすいのでしっかりと鑑別する(図2の部分)。

2. 中足部

中足部のリスフラン(Lisfranc)関節とかショパール(Chopart)関節の腫脹は、触れることによってわかる。疑わしい場合には、運動痛を診るために前足部をつかんでrotationを加えることによって、その疼痛を示すことができる(図3)。

中足部の小趾側に calcaneocuboid joint があり、上から触れば簡単にわかる(図4)。



図3



図4

3. 前足部

RAの診断に特異的な所見が中足・足趾関節(metatarsophalangeal joint: MTP関節), すなわち足趾の付け根の関節の腫脹である(図5)。

自分の指で前後から挟み込んで疼痛・腫脹の有無を診る(図6)。わからない場合には、必ず自分の足

と比較する癖をつけること。

MTP関節に炎症が出現し腫脹が甚だしくなると、罹患した足趾の開排像が出てくることがある。また、この関節全体を内外両側から挟み込むようにすると(図7)、疼痛を容易に認めることができる。



図5



図6



図7

レントゲンクイズ

Qu'est-ce que c'est ???

協和会病院リウマチセンターセンター長 村田 紀和



第7問

【症例】45歳, 男性

5年前に右膝関節痛から発症し, 徐々に多関節におよぶ。手, 背部に皮疹がみられる。

第7問解答 多中心性細網組織球症

(Multicentric reticulohistiocytosis)

【解説】

多中心性細網組織球症は, 皮下に組織球性の肉芽を形成し皮膚科からの報告が多いが, 滑膜組織にも肉芽を形成し関節周囲の骨を浸食するので, 関節リウマチと鑑別を要する疾患である。

自然治癒することも稀ではないが, 本例では全身の大小関節のみならず脊椎にも病変がおよんでいる。10年後のXPでは中節骨以下がまるで切断されたかのように消失し, オペラグラス様外観を呈している。XPでも爪は部分的に残存しているのがわかる。末梢のムチランズ変化が高度な割に手関節の構造は比較的保たれていることも特徴的である。



第8問

【症例】56歳, 女性

20年来の多発性関節炎があるが, 大関節, 下肢の機能は比較的保たれている。

連載

自分でできるリハビリ

札幌山の上病院 清水 兼悦

● 肩こり・後頭部痛のセルフチェック

リウマチ患者は、非炎症期においても関節周囲の筋痛を訴えることが多い。比較的症状が安定している外来患者においては、肩こり・後頭部の痛み・後頭部の違和感を訴えることも多い。今回は、肩こり・後頭部痛のチェックポイントと対策について述べる。

● 肩こり・頸部痛を起こしやすい姿勢

肩こりや頸部痛を訴える患者は、**図1**のように、骨盤を後傾し、脊柱を大きく後彎（猫背）させ、顔を前に突き出して座っていることが多い。椅子坐位は、股関節を屈曲させる筋肉と腰椎を前彎・伸展させる筋肉の力で骨盤を起し、脊柱をリラックスさせて、頭部をまっすぐにして座るのが機能的である。しかし、股関節を伸展させる殿部・大腿後面の筋萎縮や、上述の骨盤を起す筋力が低下していると（一般的にも疲れやすい）必然的に骨盤が後傾していく。また、骨盤と脊柱・肋骨の間にある筋肉が萎縮したり、脊柱の靭帯が短縮していると、必然的に脊柱が猫背となる。さらに肩甲～上腕骨周囲筋の萎縮や筋力低下により、頭部を支える頸部の筋肉や骨の連結に影響が出て、痛みとなることが多い。即ち、習慣的な姿勢不良が肩こり・頸部痛を生じさせやすいといえよう。

● 肩こり・頸部痛のチェックポイント

まずは、頸椎～腰椎のレントゲンやMRIなどを用いて、関節破壊の有無について正確な診断を主治医に求める。異常が見出された場合には専門的な治療を受ける。また、股関節を人工関節に置換されている患者は、専門医の指導のもとに行う。

破壊が軽度・或いは安定している場合のチェックポイントとして、**①**

大腿～坐骨～股関節周囲、**②** 骨盤～脊柱・肋骨周囲、**③** 肩甲～上腕骨周囲、**④** 頸部の筋肉、が重要である。**③④**に関しては次回に述べる。

① 大腿～坐骨～股関節周囲

前面；椅子坐位で脊柱を伸展し、大腿遠位上面を手で押さえ、その手を脚ではねのけるように膝を上げる。そのときに骨盤や体幹が後ろに逃げたり、股関節に痛みが出たり、はねのけられなかったら、骨盤を引き起こす股関節周囲の筋力低下がある。

この場合、筋力強化が必要となる。

筋力強化は、**図2**のように、椅子に座し、膝を伸ばし足首を背屈させ、大腿を指一本分だけ座面から離し、10秒静止を10回する。その際に後ろに倒れず骨盤を前傾させる。**図3**のように、椅子に座し、テーブルにつかまりまっすぐ上に立ちあがるように力を入れ、10秒静止を5回する。その際に立ち上がれなくても立ち上がるように力を入れる。

殿部後面；後面の表層には大きな大殿筋があるので、まず全体的につまんでみる。痛みが出たら、筋萎縮している可能性が高い。

次に、立位で坐骨と大転子（下肢の付け根外側の出っ張り）と腸骨を触る。**図4**左のように、大転子下部から坐骨に向かっての筋肉、大転子から尾骨に向かっての筋肉、大転子から腸骨に向かっての筋肉を、大腿の長軸方向（上下方向）に強く指で押してみる。痛みが出たら、殿部の深層の筋肉が萎縮している可能性が高い。この場合、下記のストレッチが必要となる。

大腿後面；**図6**のように食卓の椅子に座し、一方に両脚を伸ばす。その肢位で骨盤を前傾させたときに、大腿後面に痛みが出たり、膝が曲がってきた

ら大腿後面の筋肉が萎縮している（**図4**右参照）。

この場合、ストレッチが必要となる。

ストレッチは図5のように、食卓の椅子に座し、膝を90度程度曲げた状態で、坐骨で座るように（大腿前面とお臍が近づくように）骨盤を起す。その肢位でゆっくりと3秒吸って7秒吐くような呼吸を行いながら30秒静止する。

坐骨で座れるようになったら、**図6**のように、ゆっくりと膝を伸ばし足首を背屈させていく。痛みが出てきたら、その肢位でゆっくりと3秒吸って7秒吐くような呼吸を行いながら30秒静止する。

② 骨盤～脊椎・肋骨周囲

後面；いわゆる脊柱起立筋があり、脊柱を伸展させたり、ねじったりする。これらの筋群は骨盤を前傾させ、腰椎の前彎を増強させることが出来る。これらの筋力低下は姿勢不良の原因となる。

前～側面；いわゆる腹筋があり、脊柱を猫背にしたり、ねじったりする。

これらの筋群は強く息を吐くときに有効であるが、萎縮すると猫背を生じやすくなる。

立位で、腸骨（骨盤の一番高いところ）と肋骨の間をつまんで、痛みが出たら萎縮している可能性がある。

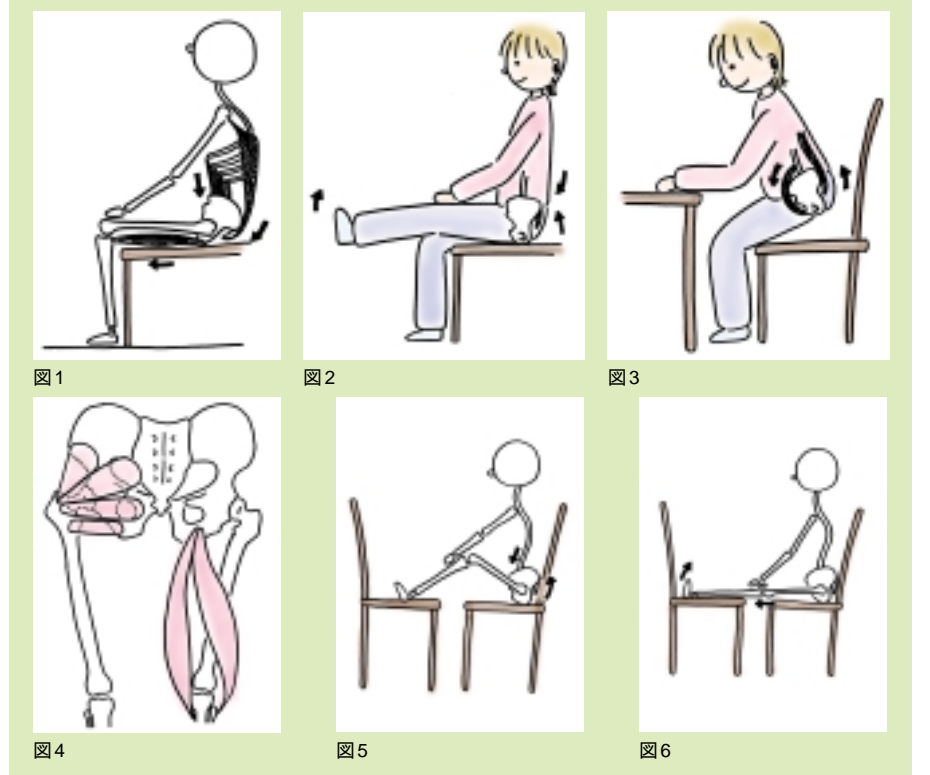
● 日常生活の留意点

日常的な姿勢不良を回避することが最も望ましい対策である。ソファなどの柔らかい座面は避け、食卓の椅子など固い椅子に座すことを心がける。硬い椅子で坐骨などの痛みを訴える方には低反発のクッションを敷くことを勧める。

まず、椅子に深く座し、骨盤を起し（やや前傾気味が望ましい）脊柱を伸展、特に腰椎を伸展させる。

その姿勢で、骨盤の上部から肋骨下部にかけて、低反発のクッションやタオルを丸めて挿入する（ランバーサポート）。また、読書やパソコンなどは前を見たまま、下目使いで見ると練習すると良い。

しかし、それでも疲労するので、30分に一回以上は立ち上がり全身の体感を少しでもすることを勧める。



事務局だより

リウマチ登録医募集

財団では、平成18年度登録医を募集しています。いつでもどこでもリウマチ専門医に診てほしいという患者さんの声に応えるため、リウマチ診療医はぜひ登録医の手続きをお願い致します。財団では患者さんに登録医を紹介しています。

主な資格

- 1. 5年以上リウマチ診療に従事している医師（平成13年3月31日までの医師免許取得者）
- 2. リウマチ診療患者名簿40例あり（含

RA3例以上）
3. リウマチ教育研修単位20単位あり（財団の証明書によるもの）
なお、申請期間は平成18年1月1日から3月31日までです。

リウマチ登録医の資格更新

リウマチ登録医で下記年度に登録医になられた方は、来年度、資格更新者に該当いたしますので、更新の条件により研修単位取得等をお心掛けください。

昭和63年度、平成3年度、平成6年度、平成9年度、平成12年度、平成15年度の登録医
なお、申請書類は11月頃にお送りいたします。

日本リウマチ財団 寄金ご協力をお願い

目標額 10億円

用途 当財団のリウマチ病基礎調査・研究奨励基金として、リウマチの予防と治療に関する調査・研究およびその助成に充当させていただきます。

申込先 ご寄附いただける方は、下記にご一報下さい。

（財）日本リウマチ財団
〒170-0005
東京都豊島区南大塚2-39-7
ヤマモト大塚ビル5階
TEL 03-3946-3551

お知らせ 各種お祝い等、また香典返しに代えての寄附もお受けしています。その際、匿名扱いは厳守しますので、財団に氏名、住所等お知らせ下さるようお願いいたします。

寄附金に対する免税措置 個人の場合、所得税法第78条第2項第3号の規定により、その年（1月1日から12月31日）に支出した寄附金の額が、または所得の合計額の25%相当のいずれか低いほうの額から1万円を控除した金額が寄附金控除の対象となり、所得の合計額から控除され所得税が減額されますので、事務局にお申し出下さい。

編集後記

本間様には、およびも無いが

堀内淑彦・東大名誉教授がライバル視されていた、本間光夫・慶応大学名誉教授がお亡くなりになってはや5年が経ちます。リウマチの研究会などで、「後藤先生

の話では、リウマチには、アルツハイマーが少ないそうです」と、ことある毎に私の発言を採り上げて可愛がって下さいました。これは恐らくこんなエピソードからではないでしょうか。十数年前のリオデジャネイロでの国際リウマチ学会のことです。うろろしている私を、ホテルのロビーの片隅から、おいでおいでしている日本人に気づきました。本間先生でした。それまで恐れ多くて、あまりお話したこともありませんでしたが、海外という気軽な環境のせい、つ

いふらふらとお話させていただくことになりました。何時間経って、ふと目を覚ましますと、隣のベッドからものすごいいいびきでした。本間先生でした。部屋は私の部屋のようなでした。シャワーを浴びた私は、早朝のカフェテリアで、昨夜のことを思い出そうとしましたが、何一つ思い出せませんでした。帰国後、私のネームプレートは、本間光夫になっていました。どうやら酔っぱらった挙句の結果のようでした。あわてて本間先生にプレートをお送りしますと、すぐお電話

があって、「楽しい旅の思い出に、後藤さんのネームプレートはいただいておきますよ」と、そのままになってしまいました。本間先生が、学会場でどのような目に会われたのかは、聞き漏らしましたが、私は、ネームプレートの威光で、連日無料の大御馳走にありつけました。私のネームプレートの行方は、本間先生とともに、この世から消えてしまいました。遅ればせながら、故人のご冥福をお祈りしたいと思います。

（後藤 眞）