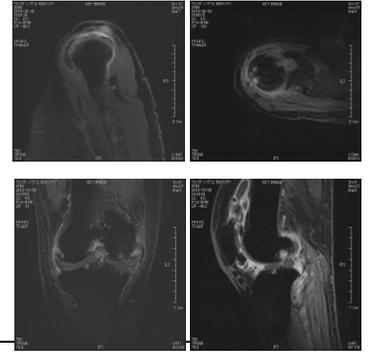
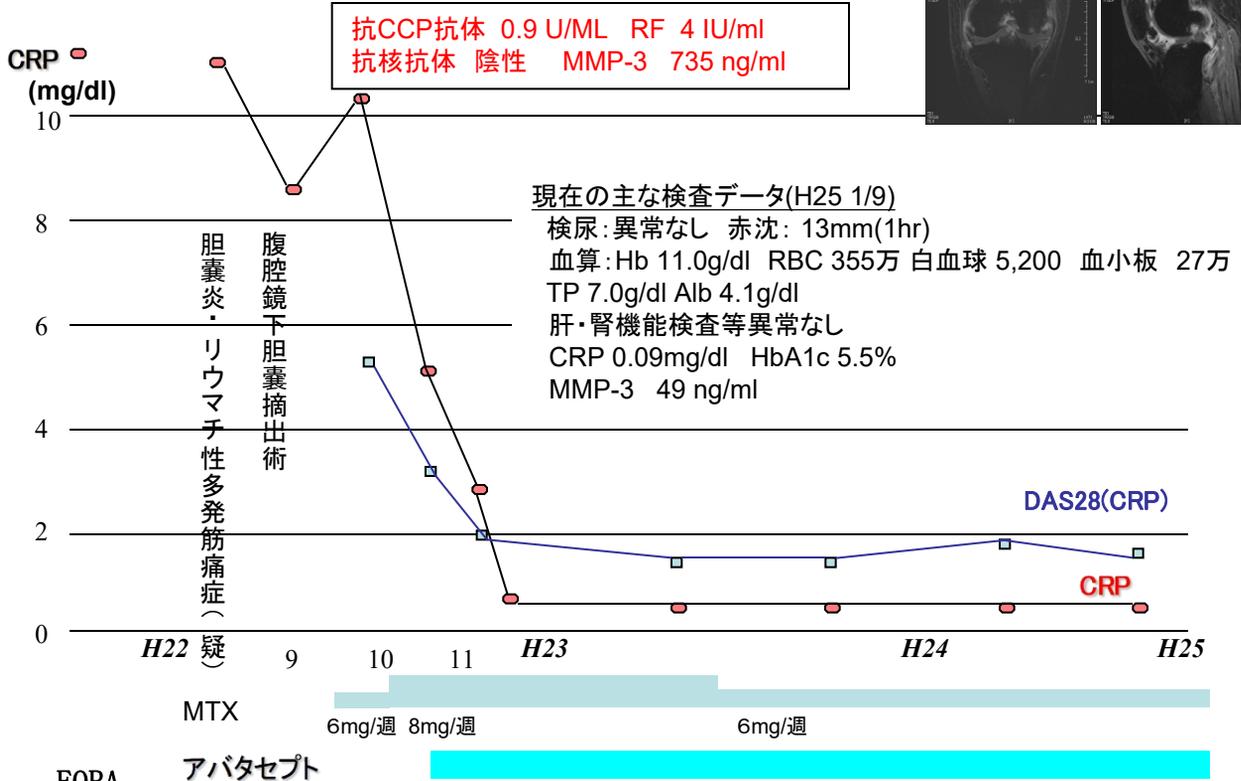


症例1 85歳女性

病歴・現症・検査：糖尿病、高血圧症で経過観察中 H22初：原因不明のCRP上昇。
両肩・腰背部・下肢痛強く入院。関節腫脹は不明瞭。



(H22 8.25) 検尿異常なし 赤沈：73mm(1hr)
Hb 10.4 RBC 405万 白血球 12,800 血小板 46万 TP 6.9 Alb 2.9
肝・腎機能検査等異常なし CRP 11.1mg/dl HbA1c 8.2% 胆石胆嚢炎(+)



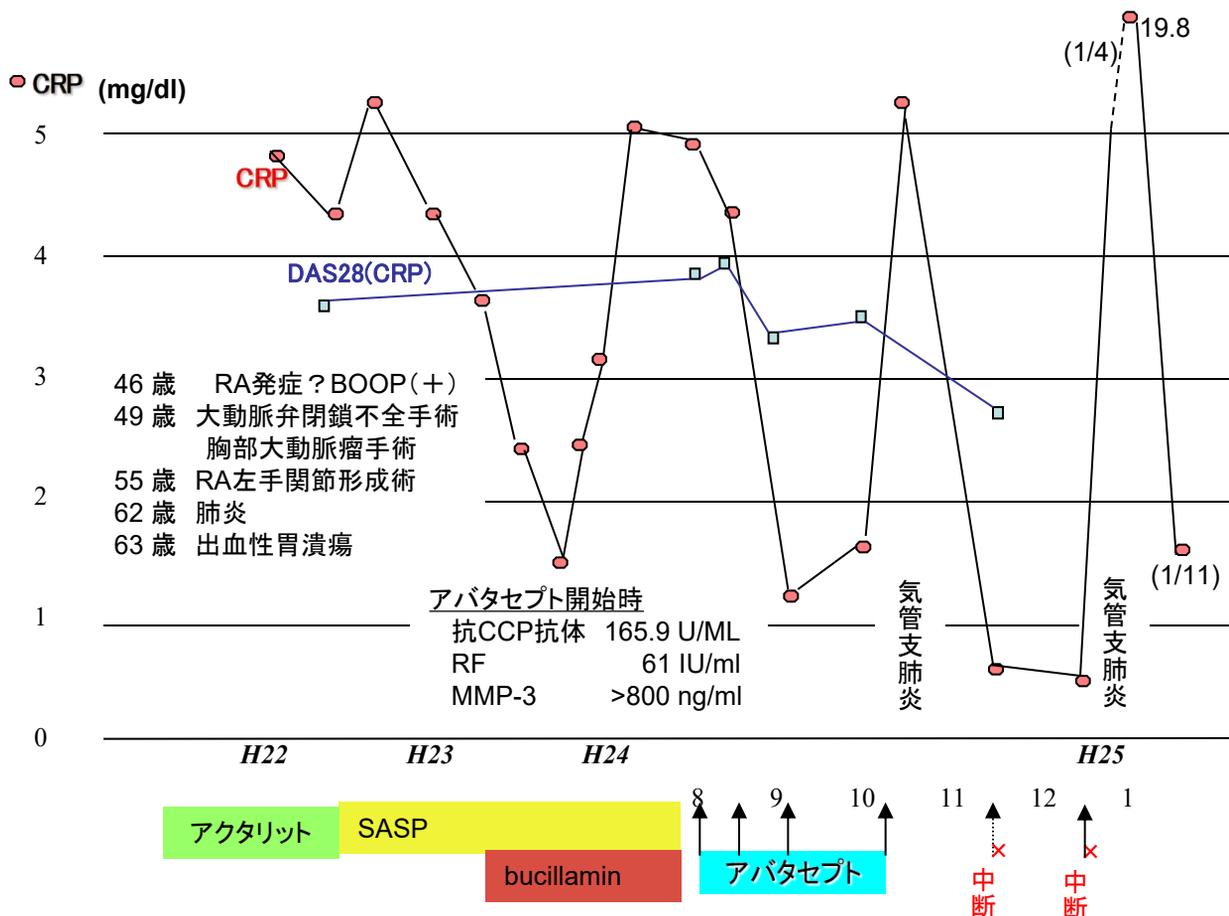
EORA アバタセプト

高血圧、糖尿病により近医で通院治療中、約半年前（84歳）から原因不明のCRP上昇が続き、両肩・腰背部・下肢痛強いためH22年9月に入院した。入院時現症では関節腫脹は明らかでなかった。白血球増多があり炎症反応やMMP-3は上昇していたがRF・抗CCP抗体ともに陰性であった。リウマチ性多発筋痛症(PMR)と考えたが、腹部エコーで胆石胆嚢炎が明らかとなったために腹腔鏡下胆嚢摘出術を先行した。しかし、CRPの低下は軽微であり、両肩を中心に全身痛が続くため、肩・膝関節に対してMRI撮影を行った(図1右上写真)。その結果、関節液貯留はないものの、滑膜増殖像を両関節に認めたため、高齢発症のRAと診断した。術後経過も順調であったことから、同年10月にメトトレキサート6mg/週を開始した。さらに8mg/週に増量し、臨床症状や検査所見の改善傾向を認めたが、ADLの改善はやや遅い感があった。元来、本を出版するなどして積極的な人生を送っておられ、糖尿病はあるものの呼吸器や肝腎機能などに大きな問題点はないと考えられた。本人・家族と相談の結果、アバタセプト併用に踏み切った。現在も臨床的寛解を維持している。

当初PMRと診断したが、当院ではステロイド治療を開始する前に感染症や腫瘍性疾患の合併の有無を検査している。その結果、胆石胆嚢炎(無症候性)治療を優先した。しかし、術後も自他覚所見は軽快せず、関節MRI検査によって増殖性滑膜炎が明らかになったため、EORAとして治療開始すべきと考えた。MTXを6mg/週より開始して有効性を確認したのち8mg/週に増量した。MTX増量によって寛解に持ち込める可能性もあったが、本人と家族にRA治療の現状を説明しアバタセプトを開始した。約2年が経過したが、RAの臨床的寛解とともに貧血も改善し、糖尿病のコントロールも良好である。

今後、MTXとアバタセプト併用を持続すべきかどうか検討中である。

症例2 66歳女性



YORA

44歳右卵巣腫瘍切除術、46歳頃RA発症? BOOP (+)、49歳で大動脈弁閉鎖不全手術・胸部大動脈瘤手術、55歳でRA左手関節形成術を施行し、その後も気管支肺炎や胃潰瘍などの既往歴がある。

実年齢は本編で紹介する3例の中で最も若い、循環器・呼吸器・消化器系の機能は低下していて、合併症を併発しやすい素質を持っている。一方、RA治療には各種DMARDsを用いたが、いずれも臨床的寛解を持続させることはできなかった。

本人との相談のうえ、H24年8月よりアバタセプトを開始した。第1回目の投与後より自覚所見は急速に改善したが、投与開始後約2か月で気管支肺炎を併発したために、第5回目の注射は中断した。約1か月で肺炎は治癒し、本人はアバタセプト注射を希望したがRAが再燃するならば再開を考えることで合意した。残念ながら、H25年正月4日に気管支肺炎を再発し、抗生剤にて1週間後には肺炎症状はかなり改善している(1/11 CRP=1.78mg/dl)。RA活動性は高くない。NSAIDs・ステロイド剤・抗リウマチ薬などはいずれも使用していない。多臓器の機能低下とそれに伴う多くの薬剤を定期服用中である。

アバタセプト投与により、これまでに経験したことのないRA症状の劇的緩和があったために、この治療に対する患者の期待は高い。しかし、アバタセプトを開始して短期間のうちに2度の気管支肺炎を合併してしまった。積極的治療が関節機能を劇的に改善するとは考えられないが、機能障害の拡大予防は図りたいところである。

今後のRA治療をどのようにしていくのか、66歳という年齢を考えると積極的に動きたいところではある。

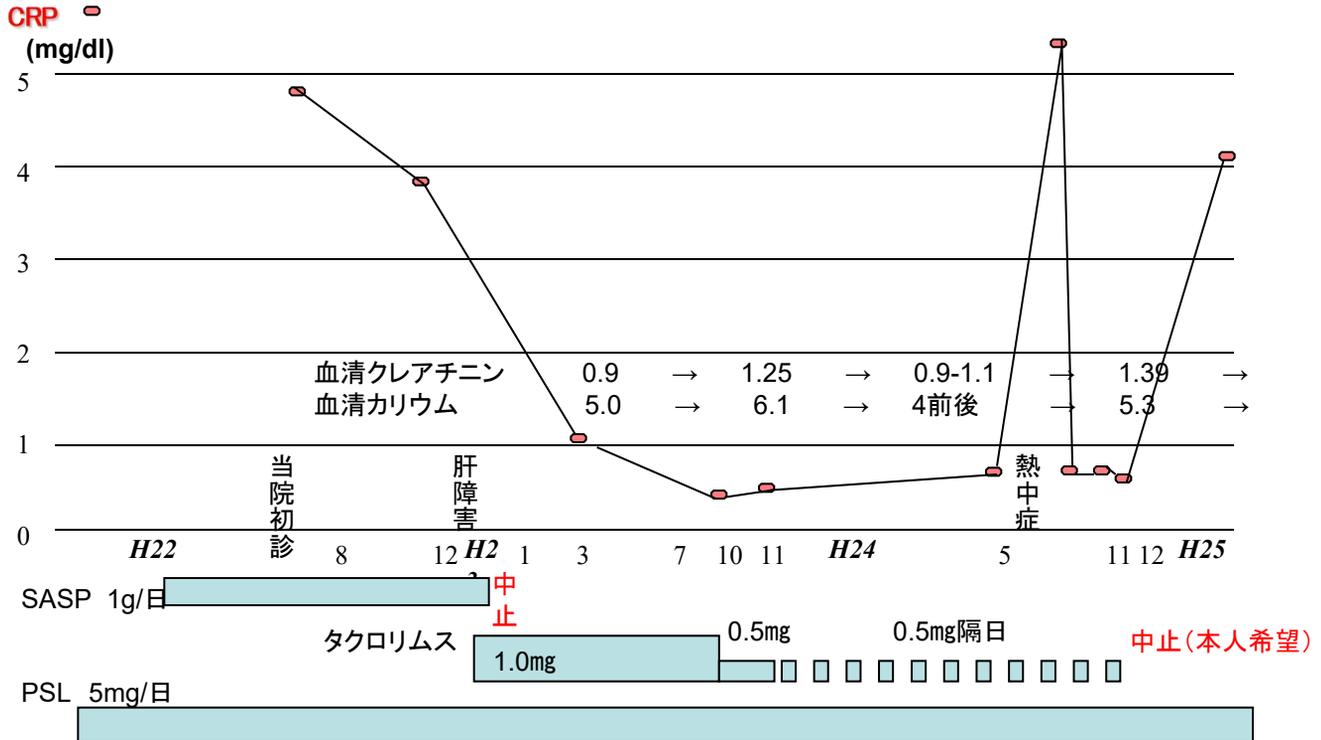
症例3 91歳男性

現病歴 H18両側TKA。PSL5mgに各種DMARDsを使用してきたが、CRP 4~8mg/dl。H22 7月来院。

初診時 検尿:異常なし 赤沈: 79mm(1hr) 血算:Hb 11.8 RBC 333万 白血球 6,400 血小板 25万

TP 6.9g/dl Alb 3.2g/dl 肝・腎機能検査等異常なし CRP 4.96mg/dl HbA1c 5.6%

RF 5 IU/ml 抗核抗体 陰性 MMP-3 262ng/ml



YORA

40~50歳頃にRA発症し種々のDMARDs (MTXを含む)を使用したが寛解に至らず、84歳で両側膝関節の人工関節置換術を受けた。SASP服用後RA症状は軽快傾向にあったが、肝機能障害のために中止した。

当院初診時より下肢機能は保たれていて、歩行は年齢相応である。RA炎症は右肘が主であり、その他の関節には明らかな活動性を認めない。当院受診中の同世代男性患者と比べて、ADLが極端に劣っているとはいえなかったが、本人の希望により抗リウマチ療法を検討した。

薬剤としてタクロリムス(プログラフ)を選択し、1mg/日より開始した。自他覚所見は比較的良好であったが、血清クレアチニンが軽度上昇し、血清カリウムが6.1mEq/lに達した。循環器系などには異常を特に認めなかったが、RAコントロールも比較的良好であると考えたので、プログラフ0.5mg/日よりさらに0.5mgの隔日投与にまで減量した(12)。

H24年夏に熱中症に罹り脱水補正などの対症療法にて軽快し、その後もRA活動性は高くならなかったが、本人の希望によりプログラフを中止した。H25年に入りRA活動性はやや高くなっているものの、右肘関節の軽い痛みと機能障害のみが本人の苦痛である。

両膝人工関節置換術後の現状は日常生活を年齢相応に保つことのできる状態と考えている。本来、活動的な生活を続けてきた方と思われるものの、薬剤使用により肝・腎機能障害を発現しやすい。PSL 5mg/日の対症療法のみで今後の経過観察をするべきか、生物学的製剤治療に踏み切るべきか検討中である。