

高齢発症リウマチとPMRの病態

日高 滋紀 医療法人日高整形外科病院

(2001年、第2回博多リウマチセミナー)

1) はじめに

リウマチ性疾患の中でも、特に高齢者のみに発症する疾患に、高齢発症リウマチとリウマチ性多発筋痛症がある。

前者については、疾患単位としてはっきりした entity はなく、単に60歳以上の高齢者に初発した慢性関節リウマチ（以後、RAと略す）という意味で用いられている。通常の年齢に発症したRAとは、男女比、初発関節、関節破壊の予後などでやや臨床的特徴が異なる。

後者、リウマチ性多発筋痛症（以下、PMRと略す）については、側頭動脈炎と関連する自己免疫疾患と考えられ、赤沈値の亢進以外、臨床検査所見に特徴が少ないが、低用量副腎皮質ステロイドが劇的に有効であるという点で臨床的に重要な疾患である。

両者の鑑別は臨床上比較的容易であるが、PMRとリウマトイド因子陰性的高齢発症RAとの合併や移行例もあると言われ、両者をほぼ同一の病態であるとする捉え方もある。

2) 高齢発症リウマチ (Older age onset rheumatoid arthritis)

60歳以上の高齢者に初発したRAを高年齢発症リウマチという。RAの初発年齢のピークは40歳から60歳である。これを男女別に見ると、女性は40歳台、50歳台に高原状のピークを持つ年齢分布を示すが、男性については、高齢になればなるほど、罹患の頻度が高くなる（図1）。

高齢発症RAは発症のピークが70歳にあり、男女比もほぼ1:1である。しかも初発関節が膝、肩などの大関節が多く、膝については、初発時のレ線所見に変形性膝関節症と同様の骨棘が見られることが多い。肩関節の初発も多く、肩や股関節に起こった場合、リウマチ因子が陰性であれば、PMRとの鑑別が困難なこともある。

関節に関する予後は、比較的予後不良の例が多く、関節破壊が高度になる原因に、高齢に伴う骨の脆弱性や発症前に存在する軟骨変性などが考えられる。関節破壊の予後について、リウマチ因子の有無で分けて考えている文献もあるが、一般にリウマチ因子陰性例は関節破壊が少ないと言われている。経過が緩やかで関節炎所見の軽い、リウマチ因子陰性的高年齢発症リウマチはPMRやRS3PEとの鑑別が重要になる（表1）。

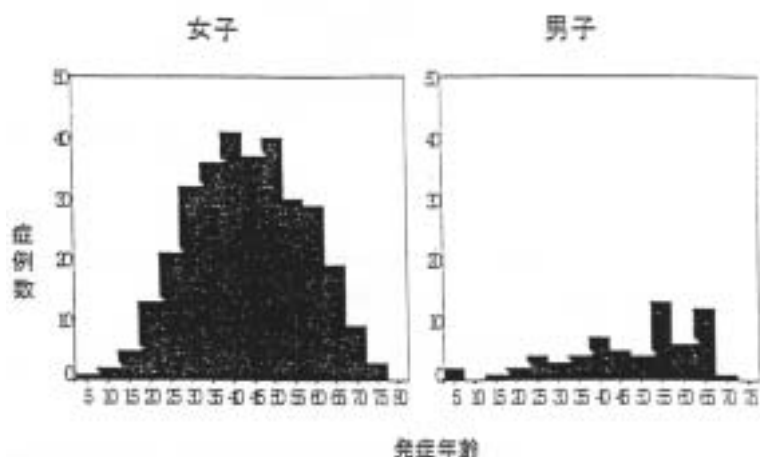


図1 RA発症年齢の分布 (滋賀医科大学整形外科 1996)

表1 高齢者のリウマチ性疾患の鑑別点

	RA	RS3PE	PMR
発病	急激、緩徐	急激	急激
人種	全人種	白人	白人
性(M:F)	1:2.6	2:1	1:2
発病年代	20~40歳代	60歳代	60歳代
罹患関節	手首、手指、足趾、 膝、腕鞘(屈筋-伸筋)	手首、手根、 腕鞘(屈筋)	肩、手首、膝
滑膜炎	強度	強度	軽度
浮腫	稀	全例(定義上)	なし
手根管症候	常時	常時	常時
IgM RF	陽性(80%)	陰性	陰性
HLA型	DR 1, 4	B 7	DR 3, 4
寛解	稀	ほぼ全例(3~36か月)	通常(2年以上)

(Russel 1990改変)

3) リウマチ性多発筋痛症 (Polymyalgia rheumatica)

PMRは、全身症状を伴った筋痛症候群に対し、Barber (1957) が提唱した病名である。発症に地域差、人種差があり、わが国では報告が少なく、1978年までに17例が報告されたにすぎなかったとされる(高杉)が、単に診断されていない可能性が非常に大きい。白人、北欧に多いこと(図3)、地域でも緯度の高いところに発症が多いこと(図4)から、原因として日光による皮膚内の動脈損傷の可能性を述べたものがある。

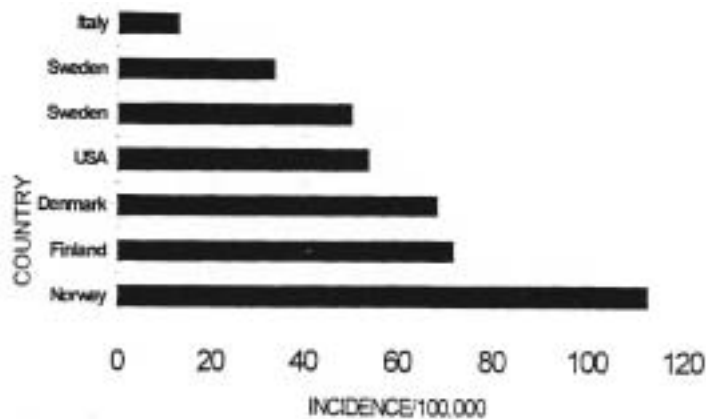


図3 リウマチの国別罹患率

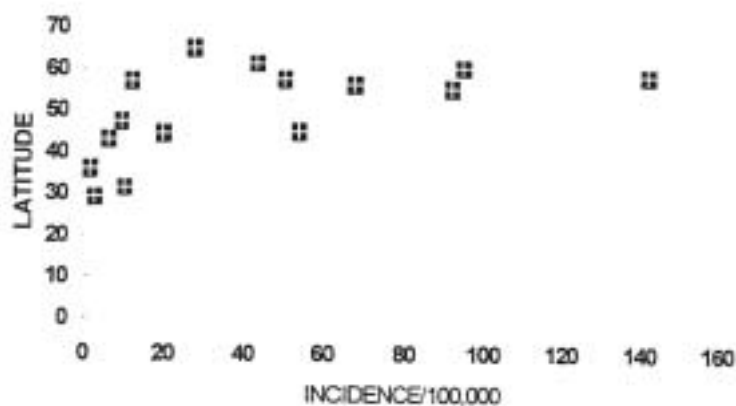


図4 緯度による発症率の差

診断はBirdらの診断基準(1979)が一般によく用いられている(表2)。また、この疾患には側頭動脈炎(以下、TAと略す)の合併が見られ(15~40%)、また、TAにはPMRの症状を示す症例がある(20~80%)ことから、病因からも興味を持たれる。関節破壊の進行は少なく、低用量(プレドニン換算10~15mg)のステロイドが劇的に奏効することから、前述のBirdらの診断基準にも治療的診断が含まれている。検査所見でもっとも重要視されるのは、赤沈値の亢進(1時間値が少なくとも40mm以上、ほとんどの症例で70mm以上)である。しかし、1時間値が40mmに満たない症例も20%存在して、それらの症例は臨床上軽症であると言われている。

治療については、前述のように、経口のステロイド剤が使われるが、寛解まで数年かかることが多く、長期のステロイド使用は、骨折と重症感染症の危険性があるために、より総量が少なくすむ、methylpredonisoloneの筋注やmethothrexate, azathioprineなどの使用の報告も見られる。

表2—PMRの診断基準

① 両目の疼痛 二つばり	
② 発症2週以内に症状出現	
③ 赤沈1時間値40mm以上	
④ 朝のこわばり(1時間以上)	
⑤ 65歳以上	
⑥ うつ状態および体重減少	
⑦ 同上薬の投与	
7項目のうち3項目	} probable PMR
1項目および側頭動脈炎の再来	
プレドニゾロンが有効—define PMR	

(Bird 1979)

【文献】

- 1) 赤真 秀人：I. 病態解明の進歩—9. リウマチ性多発筋痛症—。日本内科学会雑誌、88(10)：57-62、1999.
- 2) Anne Proven, Sherine E. Gabriel, W. Michael O'Fallon, and Gene G. Hunder：Polymyalgia rheumatica with low erythrocyte sedimentation rate at diagnosis. J. Rheumatol 26：6：1333~1337、1999.
- 3) C. Li, B. Dasgupta：Corticosteroids in polymyalgia rheumatica-A review of different treatment schedules. Clin Exp Rheumatol 18 (suppl. 20)：S56~S57、2000.
- 4) M. A. Cimmino, A. Zaccaria：Epidemiology of polymyalgia rheumatica. Clin Exp Rheumatol 18 (suppl. 20)：S9~S11、2000.
- 5) 武井 正美、澤田 滋正：巨細胞性動脈炎。リウマチ科、19(1)：85~88、1998.
- 6) 小出 純：側頭動脈炎。リウマチ科、17(1)：88~94、1997.
- 7) 西岡 淳一：加齢によるRA症状の変化。リウマチ科、18(1)：91-99、1997.
- 8) 後藤 真：老化と免疫系。リウマチ科、24(5)：475~479、2000.
- 9) 広川 勝彦、宇津山 正典、湧川 温子：老化による免疫現象の変動。リウマチ科、18(2)：183~193、1997.