

最新医療紹介

関節リウマチ診断の進歩

内科医長 寶來 吉朗



分類基準～1987年基準から2010年基準へ～

関節リウマチ(RA)は関節滑膜が侵され、次第に周囲の軟骨や骨に波及し関節の破壊や変形をきたす炎症性疾患です。診断には長らくアメリカリウマチ学会(ACR)1987年分類基準が用いられてきました。しかし1987年基準はRAの早期診断には不向きで、発症早期からの速やかな治療導入により関節破壊防止を目標とする現在のRA診療には十分でないという指摘があり、2010年にACR/ヨーロッパリウマチ学会(EULAR)より新分類基準が発表されました(表1)。この分類基準は罹患関節の部位・数のスコアリングに加え、血液検査項目で新たに抗環状シトルリン化ペプチド(CCP)抗体が追加されているという特徴があり、1987年基準よりも早期のRA診断に有用であることが示されています(Arthritis Rheum 2011; 63: 37-42)。

1か所以上の関節腫脹かつ、他疾患を鑑別できる	関節病変	
	中・大関節に1つ以上の腫脹または圧痛関節あり	0点
新分類基準6点以上	中・大関節に2～10個の腫脹または圧痛関節あり	1点
	小関節に1～3個の腫脹または圧痛関節あり	2点
RA	小関節に4～10個の腫脹または圧痛関節あり	3点
	少なくとも1つ以上の小関節領域に10個を超える腫脹または圧痛関節あり	5点
	血清学的因子	
	RF、ACPAともに陰性	0点
	RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で低力価	2点
	RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で高力価	3点
	炎症マーカー	
	CRP、ESRともに正常	0点
	CRP、ESRのいずれかが異常	1点
	滑膜炎持続期間	
	CRP、ESRともに正常	0点
	CRP、ESRのいずれかが異常	1点
	大関節:肩、肘、股、膝、足	
	小関節:PP、MCP、2-MTP、1P、手	
	DIP、ICMG、IMTPは除外	

表1 2010年ACR/EULAR 関節リウマチ分類基準

画像診断

上記1987年分類基準にはX線での異常所見が項目に含まれていますが、X線異常所見は進行したRAで見られるものであり早期診断には有用ではありません。また、2010年基準に画像所見は含まれていません。現在でもRAの診断には身体診察が重要ですが、関節評価には習熟が必要であり、また専門医でも手指に症状をきたす他疾患との鑑別が困難な症例も少なくありません。また2010年基準でもごく早期のRAは基準に合致しない場合もあります。診断の精度を高める画像検査としてMRI、エコーの有用性が示されています。MRIはX線より優れた骨びらん検出能を有し、またMRIでの骨髄浮腫の所見は2010年基準を

満たさない早期関節炎でのRA進展予測における有用性が示されています(Ann Rheum Dis 2014; 73: 2219-20)。また近年は関節超音波(エコー)で骨びらん・滑膜炎評価が簡便に行えるようになり、特にパワードップラーで早期から滑膜炎を検出し、活動性を評価するのが可能(Rheumatology (Oxford) 2014; 53: 562-9)となったことはリウマチ診療に大きな影響を与えました。

当院でのRA診療

当院リウマチ科ではRAをはじめとした各種リウマチ・膠原病疾患の外来診療を行っていますとともに、入院を要する患者様には総合診療科と協力のうえ診療にあたっております。RAの診断や病勢評価には関節エコーも活用しております(図1)。また今後も県央地区のリウマチ診療に尽力していきたいと思っておりますので、地域の先生方からの引き続きの御支援をお願い申し上げます。またリウマチ・膠原病は不明熱の鑑別における重要な疾患群ですが、当科では診断が確定していない不明熱の鑑別診断にも注力しており、こちらも総合診療科と共同して診断・治療を行う体制をとっています。原因不明の発熱や炎症反応高値が持続し、診断に苦慮する患者様がおられましたら是非ご紹介ください。



図1 関節リウマチ診療における関節エコー検査