

第15回リウマチ膠原病診療連携の会 開催報告

1月16日(金)20時から当院5階会議室の現地参加とWEB(Zoom)参加によるハイブリッドで開催しました。4名の現地参加の先生方とWEB参加の先生方(今回はCo-medicalの参加はなしでした)など多くの方々にご参加いただきました。ありがとうございました。

今回の薬剤情報提供は、ベーリンガーインゲルハイム(株)の小出さんからオフエブ(一般名:ニンテダニブ)について情報をいただきました。

その後の話題提供としては、『関節リウマチの周辺疾患②(ウイルス感染に伴う関節炎、特発性炎症性筋疾患、全身性硬化症)』についてお話をさせていただきました。

ウイルス感染に伴う関節炎とは、例を挙げると風邪をひいたときに関節を含めて体の節々が痛くなるような現象の延長と考えていただいても良いと思います。このような症状は多くの場合4~5週間で自然消退するので、関節リウマチとの鑑別のポイントの一つは、2010年ACR/EULARの関節リウマチ分類基準にも挙げられているように、6週間症状が続いているかどうかです。また、日本で遭遇する可能性のある特に関節炎(関節痛)を来しやすいウイルスは、風疹ウイルス、ヒトパルボウイルスB19、HIV、HTLV-Iなどです。

風疹ウイルスは免疫のない妊娠20週までの妊婦に感染する可能性があり、胎児に先天性風疹症候群(CRS)を起こす可能性があることはよく知られていますが、妊婦以外の男女問わず免疫がなければ成人でも感染する可能性はあり、発熱や皮疹に続いて関節炎を来します。(予防接種政策の歴史的変化の影響で、1962~1978年生まれの男性、1989~1993年生まれの女性は抗体陰性率が2~3割とのこと)

また、風疹ワクチン接種による関節炎も起こる可能性あり。接種後1~3週間後に発症し、数日~1週間程度で消退することがほとんどです。

ヒトパルボウイルスB19感染は、成人でも約半数しか抗体を保有していないので、年配の方でも感染する可能性があり、これによって起こる関節炎は罹患関節の分布だけでなく、RFや抗CCP抗体、抗核抗体が陽性となることもしばしばあり、関節リウマチやSLE等との鑑別が問題となります。成人でも皮疹が高率に出現するので、関節リウマチを疑うが説明のつかない皮疹を伴う場合はりんご病を疑う患児との接触歴の聴取と“抗ヒトパルボウイルスB19IgM抗体”の提出が重要です。<訂正>提示したスライドでは保険適応が「妊婦へのHPV-B19感染が疑われたとき」としていましたが、2018年以降に改訂され「紅斑が出現している15歳以上の成人」に拡大されています。共有するスライドでは訂正済みです。

<質問に対する回答>

会の中でご質問をいただいた2018年以前に妊婦に限定されていた理由ですが、確認したところ、妊婦がHPV-B19感染を受けた場合、30~50%の確率で径胎盤感染が発生し、特に妊娠初期~中期の感染時には胎児水腫が高頻度に発症、その結果として胎内感染例の約10%が流産または死産に至るといった報告があります。そのため、妊婦の感染状況把握と診断確定による周産期管理の重要性・緊急性が高かったため妊婦に保険適応となりました。しかしその後、成人患者のHPV-B19感染例が上記のように関節リウマチ、SLEなどと誤診

されやすいということが判明し、保険適応の拡大に至った、というのが経緯です。

HIV 感染でも約 10%前後で多関節炎を発症します。罹患関節は下肢優位（足関節、膝）の多関節炎で、発症しても約 6 週間程度で自然軽快することが多いと言われていますが、HIV 感染者の約 40~50%で自己抗体（ANA、RF、抗 CCP 抗体など）が低力価で陽性となることがわかっており、注意が必要です。（Treg に機能異常による自己寛容の喪失が理由の一つと言われています）

HTLV-I 関連多関節炎は、HTLV-I 感染者の約 15~20%で発症するとされていますが、関節破壊は起こりにくいという点で関節リウマチ患者とは臨床像が異なります。治療は NSAIDs が中心となりますが、難治例では IL-6 阻害剤などの有効例が報告されています。HTLV-I 感染者の対処については、日本 HTLV-I 学会の「HTLV-I キャリア診療ガイドライン 2024」をご参照ください。また、HTLV-I 陽性関節リウマチは非感染関節リウマチ症例と比較して疾患活動性が高く難治な傾向があることがわかっています。これについては、日本リウマチ学会から「HTLV-I 陽性関節リウマチ患者診療の手引き（Q&A）第 3 版」が出ていますので参照してください。

特発性炎症性筋疾患は、以前から多発性筋炎、皮膚筋炎として呼ばれてきた筋炎疾患がこのように呼ばれることが正式となりました。現在は、皮膚病変があるなしなどの分類よりも「筋炎特異抗体」と呼ばれる疾患の病像を左右する自己抗体で分類する事が主流となってきています。特発性炎症性筋疾患の多くは関節症状を来しますが、筋炎症状・筋逸脱性酵素の上昇、そして皮膚病変に注意して炎症性筋疾患を見逃さないようにすることが大切です。

症例検討では、①高齢関節リウマチ患者さんの治療、②血液検査では異常所見のない関節痛の訴えの強い関節リウマチ患者の対応、についてディスカッションしました。①は年齢が高くても、腎機能が多少低下していても、グルココルチコイドを使用するより積極的に MTX などの使用を検討することが大事であり、足りない薬効は、タクロリムス、サラゾスルファピリジン、ブシラミン、イグラチモドなどを上手く併用していくことも重要となります。②においては、そもそも関節リウマチで診断があっているか、また、関節リウマチに合併している疾患はないかとして、脊椎関節炎、内分泌疾患、更年期障害、薬剤性関節症、線維筋痛症、免疫チェックポイント阻害薬関連関節症などに注意していく必要があります。

今回の連携の会は、第 16 回リウマチ膠原病診療連携の会として 2026 年 2 月 20 日（金）20 時から開催予定です。話題提供として、関節リウマチの周辺疾患③（脊椎関節炎（強直性脊椎炎、乾癬性関節炎、IBD 関連関節炎、反応性関節炎）、線維筋痛症）についてお話しします。症例検討としては、①腎不全を合併した関節リウマチ症例、②MTX を使用しても病勢の抑えられない関節リウマチ症例、について検討したいと思います。いずれの場合も正解の治療というのではないのが関節リウマチ治療ですので、ご参加いただき積極的にご意見をいただけると幸いです。