

Clinical question
2023年7月6日
分野: 膠原病
テーマ: 診断・治療

リウマチ性多発筋痛症 -再燃・再発時の治療は?-

地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター
作成者: ジュニアレジデント 冨江祥生
監 修: 総合内科 比森千博、小嶋祐介



当院マスコットキャラクター
星のきらり

【症例】

88歳 女性

【主訴】

発熱、全身浮腫、関節痛

【現病歴】

1年ほど前に施設に入所し、来院3か月前から両肩関節痛、両上肢挙上のしにくさ、左股関節痛がみられた。

来院3日前から全身の浮腫が目立つようになり、来院前日に発熱を認め、熱源精査目的に当院総合内科外来受診した。

【既往歴】

高血圧症、右下肢深部静脈血栓症

【バイタル】

血圧137/67mmHg、脈拍数95回/分、呼吸数22回/分、SpO2 97%(room air)
体温36.8°C

【入院時身体所見】

両三角筋把握痛あり、両肩関節自動時痛あり、両肩関節他動時痛なし、
左股関節外側筋把握痛あり、左股関節自動時痛あり、左股関節他動時痛なし

【検査所見】

血液検査

WBC11300/ μ l CRP14.6mg/dl Alb2.3g/dl
MMP-3 909ng/ml 抗CCP抗体 0.6U/ml RF 1U/ml

入院後経過

入院当日 偽痛風による関節痛の可能性考え、NSAIDs投与開始。

入院4日目 発熱継続し、血液検査でCRP13.1mg/dlと高値で関節痛改善ないが、general appearanceはsickな印象ではない。
外注検査の結果から、MMP-3高値、RF陰性、抗CCP抗体陰性確認。
3か月前から両肩関節痛、肩のこばわり、股関節痛みられることから
リウマチ性多発筋痛症と考え、PSL15mg/日開始。

入院5日目 解熱。

入院10日目 血液検査でCRP1mg/dlへ改善。

ステロイド効果あるし、
リウマチ性多発筋痛症
で良さそう



診断

リウマチ性多発筋痛症

(polymyalgia rheumatica:PMR)

しかし

入院12日目 38度の発熱みられ、血液検査でWBC15000/ μ l、CRP2mg/dlへ上昇。
両肩の違和感の訴えあり。

Fever work upとして、尿培養、血液培養、CD抗原毒素、新型コロナウイルス抗原、
胸部CT検査を行った。

尿培養・血液培養陰性、CD抗原毒素陰性、新型コロナウイルス抗原陰性、胸部CT
検査で明らかな陰影はみられなかった。偽痛風を疑う関節所見もみられなかった。

PMR治療中,疼痛と朝のこわばりが診られるなら再燃を考える

Clinical Question

PMRが再燃・再発した場合の治療方針は？



PMRの一般的な治療(投与量)

- ・初期投与量は、PSL15mg/日が推奨。
(最大でもPSL25mg/日)
症状が軽微であったり、不安定型糖尿病であれば、PSL7.5~10mg/日。
- ・1週間以内に症状が緩和なければ、PSL20mg/日へ増量。
- ・痛みやこわばりが消失してから2~4週間投与量を維持し、以後10mg/日までは2~4週毎に2.5mg/日ずつ減量。
10mg/日未満では月に1mg/日ずつ減量。
約半数の患者で1、2年後に治療中止可能。

投与量	投与期間
12.5mg~25mgで開始	4~8週で10mgまで減量
10mg	4週
9mg	4週
8mg	4週
7mg	4週
6mg	4週
5mg	4週
4mg	4週
3mg	4週
2mg	4週
1mg	4週
中止	

PMR治療中のマネージメント

- ・PMRの初期治療は、巨細胞性動脈炎 (giant cell arteritis:GCA) の症状を制御するために使用する用量より少ないため、PMRの投与量でGCAの進行は妨げられない。
- ・大部分の患者は、症状が長年あっても、治療開始から数日以内に大幅に改善。
- ・筋骨格系の症状は治まるが、全身症状 (発熱、倦怠感、疲労、抑うつ、食欲不振、体重減少など) が続く場合、GCAなど他の疾患を考慮。
(次ページ **鑑別疾患** 参照)
- ・末梢関節炎、PSLの反応が不十分、PSLの漸減が困難、非典型例 (若年、発熱) があれば、リウマチ膠原病専門医へ紹介。

鑑別疾患

炎症性疾患	非炎症性疾患
巨細胞性動脈炎	線維筋痛症
高齢発症関節リウマチ	両側回旋筋腱板炎
血清反応陰性脊椎関節炎	頸椎、肩の変形性関節症
炎症性筋疾患	両側肩関節周囲炎
全身性エリテマトーデス	悪性腫瘍、多発性骨髄腫
ANCA関連血管炎	骨髄異形成症候群
結晶誘発性関節炎、偽痛風	甲状腺機能低下症
感染症(ウイルス、敗血症、感染性心内膜炎、抗酸菌)	パーキンソン病
高齢発症乾癬性関節炎	ミオパチー
	薬剤性

再燃・再発を考えるタイミング

- ・再燃は50%以上の患者で報告され、治療開始後1～2年でPSLが10mg/日未満の場合に多い。
- ・治療終了後、数か月、数年後にPMRの再発が起こり得る。
- ・PSL漸減過程での症状再発は一般的で、PSLの投与量がわずかな変更で対処できれば治療の失敗と解釈する必要はない。

注意点：

血液検査で軽度CRP増加しても無症候であれば、PSL投与量の変更は必要ない。
著明なCRP増加があれば、GCAの評価が必要。

再燃・再発以外の原因による症状悪化

- ・回旋筋腱板炎、変形性関節症などの非炎症性筋骨格系疾患による可能性。
- ・手指の関節や足趾の関節といった遠位の滑膜炎の症状は、Seronegative RA、高齢発症関節リウマチの可能性。
- ・新たに発症した頭痛、顎跛行、視力喪失、視野障害、全身症状（発熱、倦怠感、疲労、抑うつ、食欲不振、体重減少など）があれば、GCAの可能性。
GCAはPMR患者の16～21%で診断され、GCA患者の35～50%にPMR様症状を呈する。
- ・こわばりと疲労を伴った広範囲の筋肉痛は、PSL長期投与の漸減中に生じる可能性あるが、真のPMR再燃とは異なり、CRPの上昇と関連しない。

再燃・再発時治療

- ・治療中に再燃した場合、PSLの用量は、症状が改善する最低用量まで増量する。
(1～2mgのPSL増量で軽快する再燃であればCRP増加が伴わない場合あり)
(現行のPSL投与量の10～20%増量が目安)

- ・数回再燃・再発した場合は、PSL漸減間隔を4週間ではなく、6～8週間に延長する。

再燃・再発時の補助療法

- ・PMRのコントロールは通常低用量のPSLで達成できるため、補助療法を日常的に使用することは推奨しない。

- ・PSLに補助療法を追加する適応は、既往症（骨粗鬆症、インスリンを要する糖尿病、コントロール不良の糖尿病など）、PSLによる重篤な副作用の発現、複数回の再燃・再発に対してある。

再燃・再発時の補助療法

▪ ingectable Glucocorticoids

筋肉内へのmPSLの投与は3週間毎で120mgから開始し漸減していく。ポリファーマシーの高齢者、経口PSL漸減途中で問題が発生した患者、コンプライアンスに問題がある患者にとって、経口PSLの代替手段となるが、さらなる研究が必要な段階である。

▪ メトトレキサート (MTX)

7.5～10mg/週が開始用量。PSLのレジメンに加えてMTXを使用すると、PSLのみと比較して再発リスクが低く、PSL中止の可能性が高いことが実証されたが、再発性PMRに対しての有効性は評価されていない。

そのため条件付きであるが、例えば治療初期のESRが40mm/hを超えたり、末梢関節炎がみられたり、PSLで併存疾患が悪化するような女性患者といった再発リスクが高い場合に考慮される。

再燃・再発時の補助療法

・IL-6阻害薬

トシリズマブはGCAに有効であることが示されているためPMRの治療法として研究されている。GCAを有している患者がトシリズマブを使用した群とPSL漸減治療の群とを比較すると、トシリズマブを使用した群で有意にPMR様の症状が良くなったという研究結果がある。データはまだ蓄積中であり、現段階では投与は慎重に検討する必要がある。

・TNF阻害薬

PMRの治療には推奨されない。

・アザチオプリン

アザチオプリンの使用に関するデータは非常に限られており、ACR/EULARは推奨していない。

本症例の経過

入院15日目 自然に解熱し、血液検査でWBC10000/ μ l、CRP1mg/dlへ改善。

入院18日目 PSL12.5mg/日へ減量。

入院25日目 退院し、外来フォロー。

退院後 再燃なくPSL漸減し経過。



TAKE HOME MESSAGE

- ・PSLの初期投与量は15mg/日が推奨されプロトコールに沿って漸減するが、全身症状の継続、PSL反応不十分、PSL漸減困難、末梢関節炎、非典型例であれば、他の疾患を考慮し、リウマチ膠原病専門医への紹介も検討。
- ・再燃は50%以上の患者で報告され、治療開始後1～2年でPSLが10mg/日未満の場合に多い。
- ・治療中に再燃した場合、PSLの用量は、症状が改善する最低用量まで増量する。
- ・PMRのコントロールは通常低用量のPSLで達成できるため、補助療法を日常的に使用することは推奨しない。

