町医者だより

令和08年06月号

＜発行・お問合せ先＞
おおわだ内科呼吸器内科
院長　大和田　明彦
市川市南八幡４－７－１３
ｼｬﾝﾎﾟｰﾙ本八幡２階
ＪＲ本八幡駅南口(シャポー改札口)
２分ミスタードーナツ並び
ヘアサロンAsh向かいビル2階
電話０４７-３７９-６６６１

おおわだ内科呼吸器内科

リウマチ性多発筋痛症

リウマチ性多発筋痛症筋と言う病名ですが、筋肉の痛みではなく、初期は片側でも数日ないし数週間以内に両側になる肩関節の痛みを特徴とします。頻度的にはやや低くなりますが首や骨盤の痛みも訴えます。「こわばり」も伴いますが関節の腫脹は伴わないことになっています。５０歳以上に多く７５％は女性です。この病気に特徴的な検査はなく、CRPや血沈などの炎症反応が高いだけです。リウマチ性とついていますが、関節リウマチとは別の病気で関節リウマチは抗環状シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）を有する自己免疫疾患で、リウマチ性多発筋痛症では自己抗体はありません。巨細胞性動脈炎（以前は側頭動脈炎と呼ばれていた）という50歳以上の高齢者に発症する大型～中型動脈の血管炎を発症する患者の４０～５０％にリウマチ性多発筋痛症を合併するといわれています。病気の主座も異なります。リウマチ性多発筋痛症は関節包炎、滑液包炎、腱鞘炎と言われる炎症で、関節リウマチにみられる滑膜炎や骨・軟骨の破壊とは異なります。関節リウマチにしばしばみられる骨びらんもリウマチ性多発筋痛症には通常みられません。PET-CT、MRI、関節超音波検査で関節の炎症部位の確認ができるようになってきており画像検査の重要性が増しています。

それではなぜリウマチ性とリウマチ性多発筋痛症ではついているのでしょうか、それは以前は関節リウマチの診断基準で強調されていた「朝のこわばり」があって関節リウマチに似ていたからだと考えられますが、病気の発症機序もかかわる細胞の種類も異なりますが実は共通する部分が多いことに驚かされます。リウマチ性多発筋痛で起こる関節内の変化は血管増生とマクロファージやTリンパ球の浸潤を認め、好中球の浸潤は少なく、Bリンパ球やNK細胞の浸潤はありません。全身性に単球の活性化が見られIL-6（インターロイキン）IL-1β産生が増加した状態が続き、全身性の炎症に関連します。最近の研究ではTリンパ球などの免疫細胞の表面に発現する免疫チェックポイント分子PD-1（プログラム細胞死タンパク質1）が関与しているといわれています。PD-1はそのリガンドのPDL1との結合することで免疫反応が過剰にならないようにブレーキをかける役割がありますが、この調節がうまくいかず過剰な免疫反応が惹起されているようです。一方関節リウマチでは、抗シトルリン化ペプチド抗体が免疫複合体を形成し滑膜で炎症が引き起こされますが、T細胞、B細胞が動員されて炎症を起こします。この炎症に関与するのがTNFα、IL-6、IL-1です。最近、リウマチ性多発筋痛症の総説がLancet（２０２３）、ニューイングランド医学雑誌（２０２６年）と大きな雑誌に立て続けに掲載されています。リウマチ性多発筋痛症の第一選択薬は内服のステロイドですが、内服ステロイドからな脱却がこの分野でも見られ抗IL-6抗体を用いた治療が行われていますし、IL-6の過剰生産に関係するIL-17に対する抗体治療もリウマチ性多発筋痛症のステロイド積算量を減らせることがニューイングランド医学雑誌の今年の６月３日号に掲載されています（ちなみに前月号に続いてこの論文にも山梨大学医学部と岡山日本赤十字病院の医師２名の名前が共著者として挙がっています。素晴らしいことです。）IL-6、IL-17は関節リウマチでも治療に使用されていて、リウマチ性多発筋痛症に　リウマチ性という名前がついていることに改めて深い意味を感じます。