

# 臨床と検査

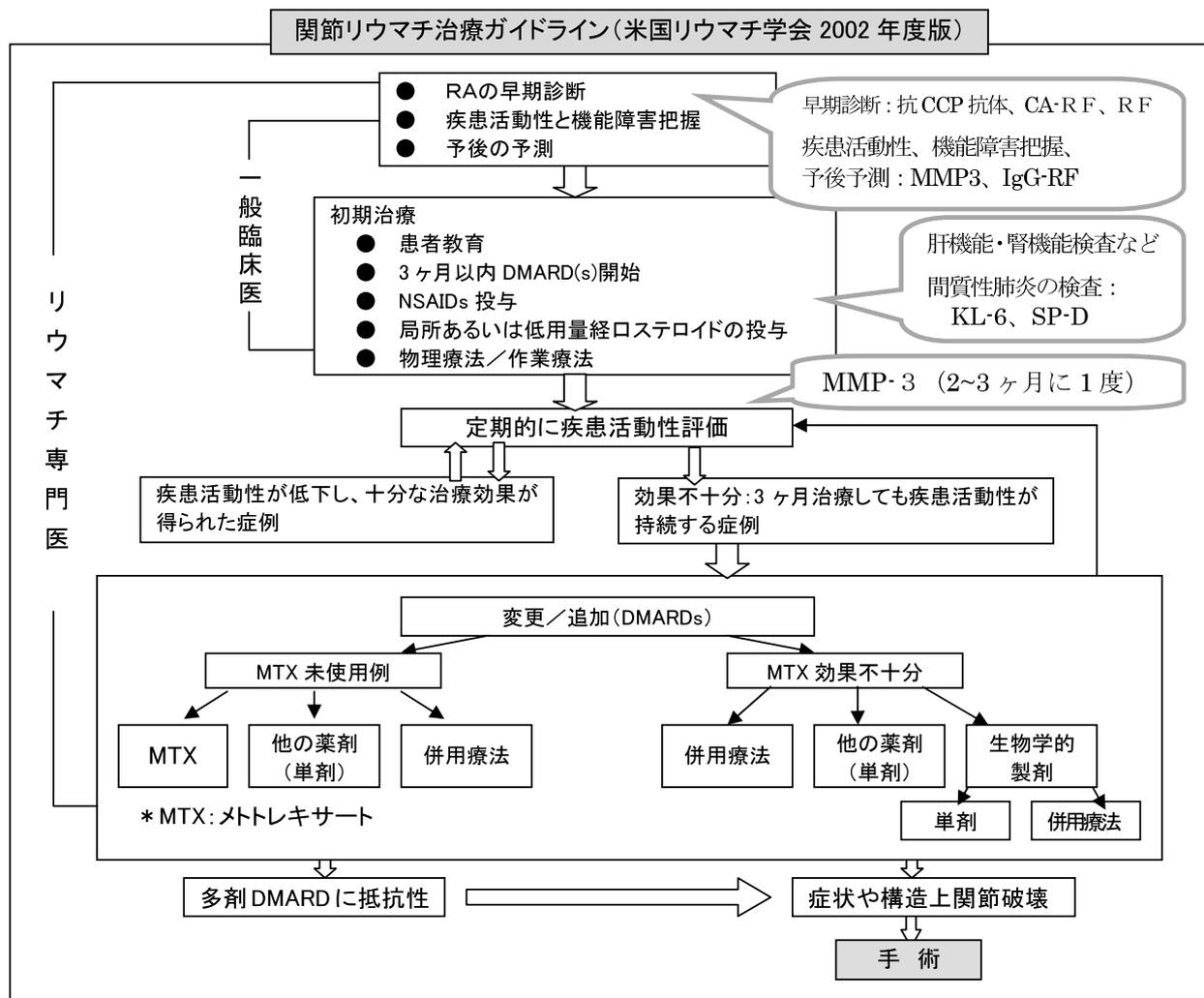
## 一病態へのアプローチ (VOL.36)

### 関節リウマチの診断と治療

関節リウマチ (RA) は原因不明の慢性持続性の多発関節炎を特徴とし、軟骨や骨を破壊しつつ関節の変形をきたす疾患です。そのため患者は日夜の関節の痛みに悩まされ、やがては身体機能が障害され日常生活が大きく制限されかねません。また、RAの病態は関節だけにとどまらず、様々な臓器病変を伴う全身性の疾患でもあります。本邦におけるRA患者数は約60～100万人といわれ、超高齢化社会を迎えるにあたってその疾患コントロールの社会的重要性はますます増大しています。

RAの治療は従来疼痛除去が主たる目標とされてきましたが、近年、優れた抗リウマチ薬や生物学的製剤の登場によりその治療法は大きく変容し、短期的な痛みや炎症の抑制よりも関節破壊の阻止による長期的な機能保持が図られるようになってきました。

新たな治療法の登場とRAの病態解析が進んだことで、わが国でもRAの早期診断と早期治療の意義が注目され、2002年に発表された米国リウマチ学会のRA診療ガイドラインに従って、早期からの強力な抗リウマチ薬使用や抗TNF製剤などの生物学的製剤による治療が導入されています。



## 関節リウマチの早期診断

米国リウマチ学会のRA診療ガイドラインの特徴は、できるだけ早期からRAの診断を下し、疾患活動性と関節破壊の程度を評価した後、適切な治療を開始することにあります。DMARDsの開始時期は診断後3ヵ月以内とされており、さらに3ヵ月後に効果の評価を行い、有効or無効によってその後も積極的な治療が行われます。

関節破壊は最初の1年間が最も速く進むと言われているため、RAは早期に診断されなくてはなりません。

これまでのRA診断はアメリカリウマチ学会の1987年改訂分類基準（ACR分類基準）や日本リウマチ学会の早期RA診断基準に基づき行われてきましたが、この基準で診断されたRAは関節炎発症から9ヵ月～3.5年（平均12ヵ月）経っており、これらの基準は早期にRAを診断することには向いていません。

最近、このACR分類基準に代わり、MRIと血清マーカーを組み合わせ関節炎発症から3ヵ月以内の「超早期RA」を診断するという注目すべき方法が厚生労働省の「関節リウマチの早期診断法の確立及び臨床経過の予測に関する研究」班から報告されています。

これは〔抗CCP抗体and/or IgM-RF陽性：2点、MRI画像による骨びらん像：2点、MRI画像による対称性手・指滑膜炎：1点〕とスコア化して、これらの合計が3点以上の場合を早期RAと診断する方法で、この報告によると感度81.5%、特異度95.2%とACR分類基準に比べ良い成績が得られています。

抗CCP（anti-cyclic citrullinated peptide）抗体試薬は、2006年11月に厚労省より製造承認を受け、2007年4月1日から新規保健収載（210点）された関節リウマチの新しいマーカーです。早期RA診断において従来のRFやCA-RF、IgG-RFに比べ感度、特異性、診断効率ともに同等あるいはそれ以上の成績を上げています。さらに関節症を訴えながらRAの診断基準を満たさない症例でも、抗CCP抗体陽性であれば、後にRAと診断される確立が高くなることが報告されており、早期診断の切り札として注目されています。

| ACR1987年分類基準   | 早期関節リウマチ診断基準 <sup>1)</sup><br>(厚生労働省江口班)                        |
|--|---|
| 1. 少なくとも1時間以上持続する朝のこわばり<br>2. 3個以上の関節の腫脹<br>3. 手関節、中手指関節、近位指関節の腫脹<br>4. 対称性関節腫脹<br>5. 手指、手関節のX線所見<br>6. 皮下結節（リウマトイド結節）<br>7. リウマトイド因子<br>*1～3は6週間以上持続することが必要 | MRI画像による対称性手・指滑膜炎(1点)<br>MRI画像による骨びらん像(2点)<br>抗CCP抗体やリウマチ因子(2点) |
| 上記項目中4項目以上を満たすものをRAと診断<br>【感度：41.5%】<br>【特異度：90.0%】  | スコア3点以上を早期RAと診断<br>【感度：81.5%】<br>【特異度：95.2%】                    |

1)厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業「関節リウマチの早期診断法の確立及び臨床経過の予測に関する研究」  
(主任研究者 江口勝美)平成16年度研究報告書より