

シンポジウム 5 強直性脊椎炎、乾癬性関節炎および類縁疾患

1. 乾癬性関節炎の診断と治療 内科の立場から

乾癬性関節炎の診断→爪の関節が重要、指の観察を、指炎

OA、痛風との鑑別が重要

XP では骨新生と骨びらんが混在（腱の付着部に骨新生と骨びらん）

実臨床では PsA に OA の合併があると診断は困難

いわゆる付着部炎セオリー(synovio-entheseal complex)

アキレス腱付着部炎、deep Koebner 現象：踵骨（アキレス腱、足底腱膜）

海外の報告では PsA に FM の合併が多い

仙腸関節炎は非対称なことが多い

PsA の 10%～30%に関節炎を合併する

治療には TNFi を使用、そのあとは IL-12、IL-23 や IL-17 をターゲット

GRAPPA では皮膚、爪の治療含んだ、EULAR では含まないガイドライン

2. 乾癬性関節炎の臨床像と治療

腱付着部炎は機械的ストレスも関与→関節炎が発症する

腱付着部炎は subclinical な場合でもエコーで確認されることが多い

乾癬の 20%くらいは関節炎が先行して発症する

エコー所見では腱に沿って PD でシグナルが確認される

早期診断、早期治療が重要である

3. 脊椎関節炎の最近の動向

脊椎関節炎の新しい分類（ASAS）：軸性と末梢性に分けて考える

脊椎炎症状、付着部炎症状、指炎、皮膚症状を考えて分類

RA、OA との鑑別診断が重要である

反応性関節炎、掌蹠膿疱症、(SAPHO 症候群)、炎症性腸疾患関連 SpA

4. 強直性脊椎炎の診断

AS は SpA の代表的疾患

椎間板変性は少ない、棘間靭帯の効果が特徴

炎症性腰痛→nr-axial SpA→AS と進行する

ASAS の classification criteria

整形外科で腰痛の患者が来院したら仙腸関節を観察しないとイケない

SpA の症状として付着部炎、特に heel pain(アキレス腱付着部炎)は重要

早期に分類するには MRI の STIR 像で骨髄浮腫の存在を確認は重要

5. 強直性脊椎炎の薬物療法について

海外では OA の THA 手術数は増加している

しかし、AS における THA の手術症例は減少傾向にある

BIO の導入が影響していると考えられる

治療は①NSAID、②TNFi、③SAARD、GC

①NSAID は持続的に使用すべき→骨化の抑制効果があると考えられている

②TNFi は効果あり

③SAARD は SASP や MTX 等の遅行性抗リウマチ薬は末梢性の関節炎に効果

GC の全身投与は推奨していない、局所投与は有効な場合がある

BASDI のスコアが 4 以上→TNFi を使用すべき

MTX の効果に関しては？（不要とする意見が多いが）

薬物療法が奏効してもドラッグフリー症例は稀とされる

薬物療法を止めると再燃傾向が高い

早期からの TNFi 使用は効果がある

特に罹病期間が短い症例、CRP 高値例、若年症例で効果高い

きちんとした薬物療法で脆弱した骨が改善、骨密度が増加するとされる

しかし、薬物療法を中断することで症状の再燃率は高い

以上、11月5日に札幌市でシンポジウムが開催された。

5名の発表があり、これらをまとめると

整形外科の外来で診る腰痛患者の中に SpA 症例が混じっている確率が高い

SpA の分類基準を把握して早期に患者を選択する

NSAID、TNFi を用いた早期からの治療を念頭に

進行した AS 症例を作らない努力が必要

PsA の診断に普段から指炎、付着部炎の概念を有することは重要である