

本邦には整形外科医が米国の 2.5 倍おり、筋骨格・皮膚軟部組織のプライマリケアを彼らが担ってきた経緯がある。ここに膠原病・リウマチ内科医が参画することで診療にどのような展開が起こるか、実際の症例を複数提示頂いた。また、病態生理・治療のアップデートとして炎症性筋疾患、IPAF(interstitial pneumonia with autoimmune features)、全身性強皮症・Raynaud 現象について言及された。

リウマチ科の診療対象としては、遷延する発熱(持続する微熱～古典的不明熱、周期的な発熱(間に無熱期))、筋骨格・軟部組織の疼痛、皮膚以外の徴候を伴う皮疹、血管病変(血管炎/血管異常・vasculopathy)、検査異常(偶然見つかった自己抗体陽性など)が挙げられる。身体診察としては明らかな皮疹を診る、筋骨格の痛いところをより一層痛い方向に曲げるなど心臓の聴診に比べてわかりやすい場合が多い。リウマチ性疾患の臓器障害は、1. 細胞浸潤(炎症)、2. 線維化、3. 血管病変という 3 要素の複合として表現される。原疾患、感染症、環境曝露(Exposome)、薬剤副反応などについて、何がどれぐらい関与しているかを整理することで診断・治療に繋げている。

診断としては、関節炎症候群においては関節の痛みとして表現されているのはなにか?を考え、痛みを因数分解すること、多臓器・慢性炎症症候群においては炎症・線維化・血管病変のサインを捉えること、不明熱症候群においては発熱「プラスアルファ」の症候として「訴え閾値」の高い所見を探す(患者自覚症状になりづらい:例 大型血管炎における狭窄症状、掻痒感などの自覚症状に乏しい皮疹)ことがポイントとなる。

手から肘の診察だけでも多くの疾患を疑うことが可能である。関節リウマチの 95%は手関節、MCP/PIP 関節が罹患することから、手指 MCP 関節および足趾 MTP 関節を両側からギュッと握って痛いかどうか(squeeze テスト)のほか、3ヶ所以上の関節腫脹、30分以上の朝のこわばりを確認することがプライマリケア医に向けた早期診断の要件として提唱されている。健診でリウマトイド因子陽性が判明したが、診察時点では関節リウマチの診断に至らなかった患者に対して今後の発症に備えたセルフチェックとして squeeze テストを提案する意見もある。指全体が腫れる指趾炎は付着部炎に由来する。Expert が診れば、手指を診ただけで「爪囲紅斑+Gottron 徴候+ばち指」の組み合わせから肺癌を合併した皮膚筋炎とまで推測できる症例もある。全身を診る膠原病内科医は、手掌の皮疹から梅毒、指尖の皮疹から心内膜炎(Janeway 斑)を見出す機会も少なくない。

炎症性筋疾患については、悪性腫瘍と関連する抗 TIF-1 γ 抗体、急速進行性間質性肺炎と関連する抗 MDA5 抗体をはじめとした自己抗体研究の進歩により病態の理解が進むとともに治療方針も大きく変わりつつあることを多くの論文を参照しながら概説された。IPAF は自己免疫的な要素を有する間質性肺疾患で、呼吸器・リウマチ・放射線・病理医の共通の議論の場が設定された一方、雑多な疾患群が含まれるものの ANCA が基準に含まれていないといった課題がある。

関節炎は、関節包内、関節周囲、皮膚、筋膜、神経などどの部位に原因があるかを因数分解する。プライマリケア医としては、関節外の問題なら関連痛、神経絞扼、皮膚などを想起し、関節包とその周囲の問題なら炎症性か非炎症性かを鑑別したい。リウマチ性多発筋痛症は多滑液包炎、関節リウマチは多滑膜炎、脊椎関節炎は付着部炎・腱炎/腱鞘滑膜炎を来す。

全身性強皮症に対してもリツキシマブ、トシリズマブといった生物学的製剤が使用される時代になっており、各疾患で治療の進歩は著しい。Raynaud 現象に対しては良い薬剤がなく、自販機で温かい飲み物を買ってもらうのが現実的な指導である。雪山などで利用されている防寒システム Vapor Barrier Liner にも言及された。極めて広範な膠原病の総論から各論に至るまで整理され、あっという間の 1 時間であった。