

「専門医による膠原病・リウマチ診療の実際とシェーグレン症候群の臨床研究について」

福井赤十字病院リウマチ・膠原病内科科長／腎臓内科 鈴木 康倫 先生

令和7年4月12日に開催された福井県内科医会学術講演会では、福井赤十字病院リウマチ・膠原病内科科長の鈴木 康倫先生をお迎えし、『専門医による膠原病・リウマチ診療の実際とシェーグレン症候群の臨床研究について』との演題でご講演をいただいた。

先生からは、リウマチ・膠原病内科への紹介基準案として痛み、熱、臓器の3つを提案していただき、それに対してかかりつけ医がどのようにアプローチしていけば良いのかを具体的に教えていただいた。

まず痛みについては、みて触れることと病歴聴取のやり方が重要となる。フィジカルイグザミネーションでは、痛みが関節なのか関節以外なのかを見極める必要がある。関節以外の痛みとしては付着部炎があり、付着部炎が指に起これば指全体が腫脹する指趾炎となり、その原因としては乾癬性関節炎が最も多い。また、関節が腫れている（関節炎）かどうか、その分布がどうか、急性か慢性か、単関節か多関節かなども関節炎の鑑別には重要な情報で、特に関節リウマチでは **Squeeze test** が診断に有用である。さらに病歴聴取においては、想像力を持って聞く事が重要で、特に痛みがあるとどのような動きが困るのか、どのくらい困っているのか（**Impact on daily life**）を聞き出す必要がある。そして最終的にそれが苦痛なく出来るようになることが治療目標にもなり得る。

次に発熱については、プラスαの症状を探すことと、適切な感染症診療を行うことが基本となる。そのためには、ルーチンで全身の診察を行う事が必要で、自己抗体陽性に惑わされないことが大切となる。リウマチ因子や抗核抗体はスクリーニング検査としては適切ではなく、専門医への紹介の際にもその測定は必須ではない。まず「何故その検査をオーダーするのか？」が大事で、検査のみで診断が決まることはなく、実際に専門医は病歴、身体所見、検査・画像を総合的に判断しており、当初は診断がつかない症例も多々ある。

3つ目の臓器については、各臓器専門家が特定の膠原病疾患を疑う時（間質性肺炎から皮膚筋炎、ぶどう膜炎からサルコイドーシスなど）、またはいくつかの臓器病変が同時期に重なっている時などに紹介をしてもらいたいとの事であった。

リウマチ・膠原病の治療については、現在あらゆる疾患で脱コルチコイドの流れとなっており、投与したとしてもなるべく少量に抑えるのが原則である。

講演の後半は、先生がメンバーとなっているヨーロッパリウマチ学会(EULAR)のシェーグレン症候群のコホートとなった **Big Data Project** の詳細をご紹介いただいた。シェーグレン症候群については、今後『シェーグレン病』に名称変更される予定であるが、あらゆる診療科で遭遇する可能性がある。その診断においては、眼や口腔乾燥症状はもちろん大事だが、感覚症状のため訴えが多彩で、自覚症状と他覚所見が一致しない事も多い。このため、他の膠原病とは違って自己抗体の測定を合わせて行うことが診断には必須で、特に **SSA** 抗体に加えて抗核抗体（セントロメア型）を測定することが推奨された。

（三崎医院 三崎 裕史）