

疼痛の訴えがなく、うつ病と鑑別が必要であったリウマチ性多発筋痛症の一例

病歴要約番号 0000022800-000 領域 膠原病及び類縁疾患

患者の施設名 ○○診療所

患者ID	87654321	受持時患者年齢	82歳	性別	男性
受持期間 自	2017/03/02	受持期間 至	2017/03/29		
初診日	2017/03/02	最終診察日	2017/03/29		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input checked="" type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

確定診断名

- #1(主病名) リウマチ性多発筋痛症
- #2(副病名1) 慢性疾患に伴う貧血
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】 食欲不振・体重減少

【既往歴】 特記すべきことはない。

【社会生活歴】 妻と同居，症状が出現するまでは自営業を続けていた。飲酒：症状出現時まで日本酒2合/日。現在は医者に止められており，それがつらいとのこと。喫煙：なし。

【家族歴】 特記すべきことはない。

【病歴】 4か月前からの食欲不振と体重減少とを主訴に当院を受診した。食事は普段の半量程度しか摂取出来ず，体重は4か月で49 kgから40 kgに減少している。同時期より気分の落ち込みや睡眠障害を認める。特に環境の変化，ストレスなどの自覚はない。発熱や疼痛の訴えはないが，動作がにぶくなったと言い，ベッドからの起き上がりや坐位からの起立は困難である。全体的に起床時が最も症状が強く，午後になるとやや楽になる。手のこわばり，頭痛，顎跛行，視力障害を認めない。1か月前に他院にて抗うつ薬（SSRI）を処方されたが症状の改善はない。

【主な入院時現症】 意識は清明。身長 158 cm，体重 40 kg。BMI 16.0。体温 36.2℃。脈拍 57 bpm/regular。血圧 138/72 mmHg。脳神経所見なし。MMT：上下肢とも5。両側大腿四頭筋，両側三角筋の把握痛あり。上肢の挙上困難あり。椅子からの立ち上がりも困難。腱反射は正常。四肢の感覚に異常なし。皮疹なし。関節の腫脹，変形なし。側頭動脈触知良好，圧痛なし。心雑音なし，肺音は清。甲状腺腫大なし。浮腫なし。

【主要な検査所見】（下線は紹介先での検査値）

尿所見；尿定性，沈渣に異常はない。血液所見；赤沈 32 mm/1時間。Hb 10.8 g/dL，MCV 90.4 fl，白血球 4,800/ μ L，血小板 14.8万/ μ L。血液生化学所見；TP 6.6 g/dL，Alb 3.8 g/dL，フェリチン 250.0 ng/mL，総ビリルビン 0.4 mg/dL，AST 22 IU/L，ALT 9 IU/L，LD 154 IU/L，ALP 204 IU/L，CK 74 IU/L，BUN 16.0 mg/dL，Cr 0.92 mg/dL，Na 143 mEq/L，K 4.6 mEq/L，Cl 110 mEq/L，Fe 81 μ g/dL，TSH 0.703 μ U/mL，ACTH 34.27 pg/mL，コルチゾール 12.55 μ g/dL，エリスロポエチン 28.9 mIU/mL。CRP 0.4 mg/dL，リウマトイド因子陰性，抗CCP抗体陰性。胸部X線：正常範囲，上部消化管内視鏡：正常範囲。

【プロブレムリスト】

#1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症

#2.貧血 → 慢性疾患（リウマチ性多発筋痛症）に伴う貧血

【入院後経過と考察】 #1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症
食欲不振、体重減少、睡眠障害や気分の落ち込みはうつ病を示唆するが、飲酒をしたいなどの意欲が保たれている点やSSRIが効かない点で典型的とは言えない。

高齢者の比較的急性発症の食欲不振、体重減少などの全身症状と、朝方の動作の困難さ、および身体診察における近位筋・関節の疼痛からリウマチ性多発筋痛症（以下PMR）が最も疑われた。炎症マーカーの存在もこれを支持するものと考えられた。PMRの診断基準（Bird HA. Ann Rheum Dis 1979 ; 38 : 434）によれば「①両肩の疼痛およびこわばり、②症状完成までが2週間以内、③赤沈40 mm/1時間以上、④朝のこわばりの持続1時間以上、⑤65歳以上、⑥うつ状態あるいは体重減少、⑦両上腕部の圧痛、以上の3項目以上を満足、あるいは1項目以上と巨細胞性動脈炎が存在すればprobable PMRとする。probable PMRでステロイド治療反応性良好ならdefinite PMRとする」とされており、本症例でも同診断基準を満たす。鑑別疾患として、甲状腺機能亢進症、ACTH単独欠損症などが挙げられるが、血液ホルモン値からは否定的であった。臨床経過および所見よりPMRを疑い、少量ステロイド（プレドニゾロン 15 mg）内服を開始したところ、翌日より症状軽減し、2日で食欲が完全に回復した。3月29日より当院にて継続処方している。PMRの治療について統一的な見解はないが、プレドニゾロン 10～20 mgで開始し、漸減する方法が一般的である（Salvarani C. Lancet 2008 ; 372 : 234）。また骨粗鬆症の対策としてアレンドロン酸ナトリウムを開始した。他のステロイド長期投与に伴う合併症についても注意が必要と考えられる。本症例では認めなかったが、PMRの15%に巨細胞性動脈炎を合併するとされている（Brooks RC. Arch Intern Med 1997 ; 157 : 162）。巨細胞性動脈炎の1/3程度が身体診察上の異常を認めないとされており（Smetana GW. JAMA 2002 ; 287 : 92）、高熱や視力障害などの疑わしい徴候があれば身体所見がない場合でも側頭動脈生検を考慮する必要がある。なお、ステロイドの先行加療は生検結果に影響を与えないとされている（Achkar AA. Ann Intern Med 1994 ; 120 : 987）。

#2.貧血 → 慢性炎症（リウマチ性多発筋痛症）に伴う貧血

軽度の正球性貧血を認め、FER 250.0 ng/mLと上昇しており、CRPが持続的に上昇しているため慢性炎症に伴う貧血と考えられた。貧血にも関わらず、エリスロポエチン上昇が認められないのは、炎症性サイトカインの増加によると考えられた（Robert T. Stem Cell 1995 ; 13 : 32）。実際、プレドニン投与により貧血も改善傾向にある。

【退院時処方】 プレドニゾロン（5 mg）3T/1×朝、アレンドロン酸ナトリウム（35 mg）1T/週

【総合考察】 PMRは高齢者では廃用性の障害を合併することがあり、早期の診断が望まれる。しかし我慢強い高齢患者では疼痛の訴えが乏しくなりがちであり、易疲労感や抑うつ症状が前景に立つと診断が困難になる。本症例では高齢者の非特異的な症状が亜急性に発症した点に着目してPMRを想起し、近位筋の疼痛を確認できたことが診断につながった。プレドニゾロンは長期に及ぶ可能性があるため、骨粗鬆症の対策にも留意すべきである。

専攻医 所属施設名：〇〇診療所

専攻医： 内科 太郎

担当指導医： 日内 花子
