

リウマチ性多発筋痛症

リウマチ性多発筋痛症とは：

リウマチ性多発筋痛症（polymyalgia rheumatica：PMR）は頸部、肩、腰部、大腿など四肢近位部の痛みやこわばりを生じる原因不明の炎症性疾患です。男女比は 1:2 で、50 歳以上の中高年に多く発症します。ステロイドが奏功し予後良好な疾患ですが、PMR の約 20%に巨細胞性動脈炎（側頭動脈炎）を合併することがあります。

症状・検査：

後頸部～肩、上腕にかけてと、腰背部～股関節、大腿部に筋肉痛やこわばりを生じ、痛みで首、肩、股関節を動かしづらくなります。そのため、「痛くて寝返りをうてない」「痛みやこわばりで起き上がれない」「肩や腕があがらなくなった」などの症状を訴えます。発症日を覚えているくらい比較的急性に発症し、起床時から午前中に症状が強くて関節痛を伴うこともあります。関節痛は手指や足趾などの小関節よりも肩や股関節などの大関節にみられ、関節の腫脹を呈する例は少ないことが、関節リウマチとの鑑別点です。全身症状として発熱、全身倦怠感、食欲低下、抑うつ状態、体重減少があります。血液検査では赤血球沈降速度の亢進や CRP の上昇など炎症反応を認めます。リウマトイド因子、抗 CCP 抗体、抗核抗体といった自己抗体は通常陰性です。

診断：

PMR の診断には、ヨーロッパリウマチ学会・米国リウマチ学会によるリウマチ性多発筋痛症の分類基準（ACR/EULAR 2012）が用いられています。この基準では、① 50 歳以上 ② 両肩の痛み ③炎症反応（CRP または赤沈）の上昇を満たすことが必須条件で、さらに臨床症状（45 分以上持続する朝のこわばり、臀部痛または股関節の可動域制限、肩関節と股関節以外に関節症状がない）、検査所見（リウマトイド因子、抗 CCP 抗体が陰性）、関節エコー所見（肩峰下滑液包炎、三角筋下滑液包炎、転子滑液包炎を検出）などから PMR を疑います。しかしながら PMR に特異的な検査所見がないため、除外診断（感染症、悪性腫瘍、他のリウマチ性疾患）を行ったうえでの診断確定となります。

治療：

治療の第一選択薬は副腎皮質ステロイドで、一般にプレドニゾロン 10～20mg/日程度の少量ステロイドが使用されます。ステロイド反応性は比較的良好ですが、ステロイド減量中の再燃や、ステロイドによる副作用がある場合は、関節リウマチの治療薬であるメトトレキサートを併用することがあります。

生活上の注意点：

ステロイド治療中は、感染症予防のためにうがい、手洗い、外出時のマスク着用を励行してください。ステロイド反応性は良好ですが、すぐに中止すると再燃する恐れがあるので、症状が改善しても自己判断でステロイドを減量、中止しないでください。こめかみの頭痛や視力障害、顎跛行（噛み続けると顎が痛くなる）、高熱が続く場合は巨細胞性動脈炎の合併を疑いますので、病院を受診しましょう。

専門医への相談のポイント：

ステロイド治療抵抗性の場合は、他の疾患との鑑別が必要であり、巨細胞性動脈炎の合併も疑われますので、専門医への相談をお勧めします。