

【主訴】

全身の痛み、体動困難

【現病歴】

高血圧症で当院内科外来に通院している90代女性。

入院1か月前から転倒歴はなく、肩の痛みや腕が上がりにくくなった。

入院9日前ごろから全身の痛みで歩行が困難になってきた。

入院8日前、定期受診でLVFX、NSAIDs処方され帰宅。

入院当日に再診となっていたが、本人は体動困難で家族のみ受診した。

その後帰宅すると体動困難が悪化していたため、本人を連れて内科外来受診した。

【既往歴】

高血圧

【アレルギー】

なし

【常用薬】

ノルバスク2.5mg 2錠分2

ロキソニン 2錠分2

ガスター 2錠分2

【嗜好品】

飲酒：なし

喫煙：なし

【ADL / IADL】

D：介助、E：介助、A：介助、T：介助、H：介助

S：依存、H：依存、A：依存、F：依存、T：依存

もともとは杖歩行、ADL自立していた

【生活背景】

長男と同居

【ROS】

全身症状：痛みで会話もできない、食欲(－)

皮膚：かゆみ(－)、発疹(－)

頭頸部：頭痛(－)、頸椎圧痛(－)

呼吸器：呼吸困難(－)、咳(－)、痰(－)

循環器：胸痛(－)、動悸(－)、

消化器：腹痛(－)、悪心(－)、嘔吐(－)

尿路：排尿障害(－)

内分泌・代謝系：発汗異常（－）、寒がり（－）

造血器：出血傾向（－）

精神・神経系：失神（－）、痙攣（－）、感覚障害（－）、麻痺（－）、
うつ症状（＋）

筋・骨格系：頸部痛（＋）、両肩関節痛（＋）、股関節痛（＋）、膝
関節痛（＋）

【身体所見】

バイタル：BP 119/69、P 101、BT 37.4、SPO2 96、RR 20

全身症状：痛みで苦悶用表情

頭部：リンパ節腫脹（－）、口腔内乾燥（＋）、口内炎（－）

胸部：呼吸音清、心雑音なし

腹部：平坦・軟、圧痛（－）

背部：CVA叩打痛（－）

四肢：手指関節変形（－）、関節腫脹（－）、右手背浮腫（＋）、
下肢浮腫（－）、皮下出血（－）

- もっともあり得る疾患
リウマチ性多発筋痛症
- 次にあり得る疾患
ウイルス性関節炎、関節リウマチ、変形性関節症、RS3PE、
シェーグレン症候群、全身性エリテマトーデス
- 見逃してはいけない疾患
巨細胞性動脈炎

【血液検査】

総蛋白：6.4、アルブミン：2.3、尿素窒素：29.5、クレアチニン：0.5、Na：136、Cl：100、K：3.5、Ca：8.6、総ビリルビン：0.6、AST：72、ALT：54、LDH：174、ALP：449、CK：60、
血糖：124、CRP：24.4、HbA1c：5.9、
白血球数：11200、赤血球数：422万、Hb：13.3、Ht：38.3、
血小板：40.3、MCV：90.8、MCH、31.5、MCHC：34.7、
好中球：82.7、リンパ球：8.2、単球：8.2、好酸球：0.8、
好塩基球：0.1

【血液検査】

甲状腺刺激ホルモン(TSH)：1.17、FT4：0.508

血沈1時間値：75、血沈2時間値：108

*結果は入院後に

リウマトイド因子(RF)：4

抗シトルリン化ペプチド(CCP)抗体：0.5未満

- 抗核抗体（ANA）染色型

Homogeneous（均質型）：40未満

Speckled（斑紋型）：40

Nucleolar（核小体型）：40未満

Peripheral（辺縁型）：40未満

Discrete Sp.（セントロメア型）：40未満

Cytoplasmic（細胞質型）：（－）

GRANULAR：40未満

【尿検査】

ケトン（2+）、白血球（-）、亜硝酸塩（-）、細菌（-）

【胸部レントゲン】

心拡大、肺野に浸潤影なし

【胸腹部CT】

感染症、悪性腫瘍示唆する所見はなし

NSAIDs や抗菌薬投与でも症状の改善はなく、
入院時の検査においても感染症を強く疑う所見は認めず。
特に両肩や骨盤周囲の痛みが強く、他動・自動で
も疼痛が誘発され、関節の腫脹や手関節の変形は認めず。
(関節リウマチの評価として抗CCP抗体、リウマチ因子測定)

➡ リウマチ性多発筋痛症として入院、治療開始

* EULAR/ACR リウマチ性多発筋痛症の分類基準：5点

【入院後経過】

入院当日から「プレドニゾン錠 15mg分1」内服開始した。

<ステロイド合併症予防>

高血糖：血糖測定（入院時 HbA1c：5.9）

潰瘍：タケプロン15mg

易感染：TSPOT提出、HBV(－)HCV(－)、バクタ錠

骨粗鬆症：骨密度検査、ビスフォスフォネート製剤、Vit D製剤

不眠：経過観察

【入院後経過】

入院翌日には痛みは軽減し会話も可能になった。

リハビリ介入。

入院3日後には、右肩の痛みはあるが自分で食事ができるほどになり、浮腫も改善。

入院中も朝のこわばりを認めていたが、徐々に身の回りのことも出来るようになり、入院14日目に杖歩行で退院となった。

退院後、PSLは外来主治医のもとで漸減していくこととなった。

リウマチ性多発性筋痛症

- 頸部、肩、上肢、骨盤帯の筋痛、朝のこわばり
- 50歳以上の高齢者において、両肩、骨盤帯の疼痛が1-2週間の経過で急性に出現し、発熱や全身症状を伴い炎症反応が上昇している場合にPMRを疑う。
- 薬剤性、甲状腺機能、リウマトイド因子、抗CCP抗体、抗核抗体、免疫蛋白電気泳動の評価を行う。
- 血液培養陽性、頸椎圧痛があれば頸椎偽痛風や化膿性脊椎炎の画像評価を行う。
- ステロイド使用により症状が改善すればよりPMRを疑う。

リウマチ性多発筋痛症

- 治療

PSL 10 – 20 mg/日で治療開始、初期投与量は 15 mg/日以上。

症状が安定していれば減量を開始。

減量速度はPSL10mg/日となるまで10-20%/月で減量する。

PSL10mg/日からは 1 mg/1-2か月で減量する。

ご清聴ありがとうございました。