

認知症を合併したリウマチ性多発筋痛症の1例

国立病院機構函館病院 消化器科 ○久保 公利・松田 宗一郎
間部 克裕・加藤 元嗣

【要旨】

症例は80歳、男性。2017年9月末より大腿部の痛みを認め、近医整形外科に入院したがせん妄のため数日で退院となった。10月に近医精神科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。その後脱力感が出現し歩行困難となったため、10月31日に当院入院となった。発熱と炎症反応の高値を認め、感染症を疑い抗生剤治療を行ったが解熱せず投与を中止した。抗核抗体、リウマチ因子、抗CCP抗体は陰性であり、Gaシンチグラフィで両側肩関節と右膝関節に集積が認められた。リウマチ性多発筋痛症を疑い、第24病日よりPSL20mgの投与を開始したところ翌日には解熱した。また入院時より幻覚、見当識障害、記憶力障害が認められたため、精神科を受診し内服加療が開始された。その後PSLを漸減し第94病日に退院となった。症状出現時から診断まで2ヶ月を要したリウマチ性多発筋痛症の1例を経験した。アルツハイマー型認知症を有する症例のため、自覚症状を正確に表現することが困難であり、診断に苦慮したが貴重な症例と考え報告する。

【キーワード】：認知症、リウマチ性多発筋痛症

【はじめに】

リウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica : PMR) は高齢者に好発し、四肢近位部の肩・腰部を中心とした痛みやこわばりを特徴とする慢性炎症性疾患であり、臨床的には発熱・倦怠感・食欲不振・体重減少などの多彩な症状がみられる¹⁾。一方で認知症は65歳以上の高齢者において3.8~11.0%と報告されており、その有病率は増加傾向にある²⁾。今回、認知症を合併したリウマチ性多発筋痛症の1例を経験したので報告する。

【症例】

80歳代、男性

主訴：微熱、倦怠感

現病歴：2017年9月頃から倦怠感、脱力感を自覚し近医に入院したが、せん妄に伴い退院となった。10月に他院でアルツハイマー型認知症と診断された。その後も微熱と倦怠感が続き、10月末に当院循環器科を受診し入院となった。原因不明で入院10日目に当科転科となった。

既往歴：洞不全症候群 (73歳)、腰部脊柱管狭窄症 (76歳)、アルツハイマー型認知症 (80歳)

生活歴：飲酒：機会、喫煙：なし

家族歴：特記事項なし

入院時現症：身長 165.3cm、体重 68.4kg。

体温 37.6℃、血圧 134/74mmHg、脈 50/分、整。

腹部平坦、軟、圧痛なし、表在リンパ節触知せず。

入院時血液検査所見 (表1)：末梢血ではHb 9.0 g/dL、

Ht 27.1%と軽度の小球性貧血を認めた。血液生化学では赤沈の亢進とCRPの上昇を認めた。抗核抗体、リウマチ因子、抗CCP抗体は陰性でMMP-3の上昇を認めた。また軽度の肝障害を認めた。

腹部CT (図1)：異常所見を認めなかった。

Gaシンチグラフィ (図2)：両肩関節、右膝関節に集積を認めた。

入院後経過 (図3)：37℃台の発熱と炎症反応の上昇を認め、感染症を疑い抗生剤 (CPZ/SBT : 2g/day) を1週間投与した。その後投与を中止し、第10病日に転科した。経過から高齢発症の関節リウマチやPMRを疑っていたが、転科日に38℃以上の発熱を認めたため抗生剤

(MEPM : 2g/day) の投与を再開した。各種培養検査は陰性で明らかな感染源を認めなかった。第14病日に下痢が出現し、CDトキシンが陽性であったことから偽膜性腸炎と診断した。MEPMの投与を中止し、VCMの内服 (2g/day) を開始した。第15病日に施行したGaシンチグラフィでは両肩関節と右膝関節に集積が認められた。認知症を合併しており自覚症状を訴えることができず、本邦PMR研究会の診断基準 (表2) 3項目 (赤沈40mm/h以上、発熱 (37℃以上)、全身倦怠感)、当院初診時のカルテ記載 (大腿部筋痛)、Gaシンチグラフィから総合的にPMRと診断した。偽膜性腸炎改善後の第24病日からPSL20mgの投与を開始したところ翌日には解熱した。第30病日よりリハビリを開始した。また入院時より幻覚、見当識障害、記憶力障害が認められたため、精神科を受診しアルツハイマー型認知症、非活動型せん妄の診断で内服加療が開始された。その後せん

妄は改善傾向にあり PSL による精神症状への影響も認められなかった。PSL を漸減し第94病日に退院となった。日常生活動作 (ADL) の Barthel Index³⁾は受診時65点、治療前0点から治療2ヶ月後25点、治療4ヶ月後60点に回復したが (表3)、認知機能の改善は認められなかった。

【考察】

PMRは高齢者に好発し、四肢近位部の肩・腰部を中心とした痛みやこわばりを特徴とする慢性炎症性疾患である¹⁾。筋痛はあるが筋力低下や筋萎縮がないのが特徴で、関節痛を伴うことが多いため関節リウマチ (rheumatoid arthritis: RA) との鑑別が問題となる⁴⁾。診断にはBirdら (表2) の基準が用いられることが多いが⁵⁾、本邦PMR研究会の診断基準 (表2)、ACR/EULAR (American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism) による暫定分類基準⁶⁾など複数の基準が提唱されている。いずれにおいても本人の自覚症状が大事である。本症例は認知症を合併しており、自覚症状を訴えることができず、赤沈の亢進、発熱 (37℃以上)、全身倦怠感、当院初診時のカルテ記載 (大腿部筋痛)、Gaシンチグラフィから総合的に診断した。

PMR に特異度の高い臨床検査はないが、通常急性期反応物質が上昇する。また軽度から中等度の炎症性の貧血、白血球増加、反応性血小板増加、低アルブミン血症、軽度の肝機能障害を認める。CPK、アルドラーゼなどの筋原性酵素の上昇は認められず、抗核抗体、リウマチ因子、抗 CCP 抗体は通常陰性である⁷⁾。本症例では赤沈の亢進、CRPの上昇、貧血、低アルブミン血症、軽度肝機能障害がみられた。またRAの活動性マーカーであるMMP-3 (matrix metalloproteinase-3) が本邦の検討でPMR38例中32例において上昇したことが報告されており、補助検査としての有用性が示唆されている⁸⁾。本症例でも上昇しており診断の一助となった。

認知症を合併したPMRは医中誌でリウマチ性多発筋痛症、認知症をキーワードに検索したところ、これまでに3例が報告されている (表4)^{9),10)}。いずれも自覚症状を訴えることができず、2例は介護者 (施設職員や家族) の観察や手足の浮腫、関節の腫脹、発熱を総合して診断し⁹⁾、1例は感染症を除外しBirdらの診断基準を3項目満たしていることから診断していた¹⁰⁾。本症例は感染症を除外し本邦PMR研究会の診断基準 (表2) を3項目以上満たしていることから診断したが、幻覚、見当識障害、記憶力障害を有しており治療過程において精神科との連携が必要であった。またADLの改善にリハビリの介入が必要だった。認知症患者でPMR

を疑った場合には、介護者の観察も参考にして診断し、必要があれば精神科やリハビリ部門と連携して治療を行っていく必要があると考えられた。

認知症を合併したPMRの1例を経験した。高齢化社会を反映し高齢認知症患者数は増加しており、同様の症例は今後も増えてくると考えられる。

【参考文献】

- 1) Salvarani C, Cantini F, Boiardi L et al: Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med* 2002; 347:261-271.
- 2) 日本神経学会 “認知症疾患診療ガイドライン作成委員会”: 認知症疾患診療ガイドライン2017, 医学書院, 東京, 2017.
- 3) Hebert LE, Scherr PA, Beckett LA et al: Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. *JAMA* 1995; 273:1354-1359.
- 4) 保田晋助, 堀田哲也: リウマチ性多発筋痛症. *日内会誌* 2015; 104:2157-2162.
- 5) Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS et al: An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis* 1979; 38:434-439.
- 6) Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-kremers H et al: 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European league against rheumatism/American college of rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2012; 71:484-492.
- 7) 杉山英二: リウマチ性多発筋痛症. *日内会誌* 2010; 99:2472-2477.
- 8) 青木葉子, 岩本雅弘, 蓑田清次: 当科におけるリウマチ性多発筋痛症の臨床的特徴. *日臨免疫会誌* 2009; 32:274-278.
- 9) 青木昭子, 坂本 洋, 石ヶ坪良明: 認知症を合併したリウマチ性多発筋痛症の2例. *臨リウマチ* 2009; 21:266-272.
- 10) 野呂瀬準, 山下直子, 鈴木達也, 他: 診断に難渋した高齢者リウマチ性多発筋痛症 (PMR) の1例. *老年医学* 2005; 43:817-820.

本論文内容に関連する著者の利益相反なし

表1 入院時血液検査所見

Peripheral blood			Blood Chemistry					
WBC	8	×10 ³ /μl	TP	6	mg/dl	Na	135	mEq/l
RBC	309	×10 ⁴ /μl	Alb	2.2	g/dl	K	3.5	mEq/l
Hb	9	g/dl	T-Bil	0.9	mg/dl	Cl	97	mEq/l
Ht	27.1	%	AST	46	IU/l	FBG	149	mg/dl
Plt	39.3	×10 ³ /μl	ALT	53	IU/l			
			LDH	274	IU/l	抗核抗体	(-)	
			ALP	720	IU/l	リウマチ因子	3	IU/ML
Serological test			γGTP	288	IU/l	抗CCP抗体	<0.5	U/ML
CRP	12.9	mg/dl	CK	26	IU/l	MMP-3	488	NG/ML
ESR	73	mm/hr	BUN	19.2	mg/dl			
			Cr	0.77	mg/dl			

表2 リウマチ性多発筋痛症の診断基準

	Birdら ⁹ (1979)	本邦PMR研究会(1985)
1	両肩の疼痛 および/または こわばり	赤沈値40mm/h以上
2	2週間以内の急性の発症	両側大腿部筋痛
3	赤沈値40mm/h以上	食欲減退、体重減少
4	1時間以上持続する朝のこわばり	発熱(37℃以上)
5	65歳以上	全身倦怠感
6	抑うつ症状 および/または 体重減少	朝のこわばり
7	両上腕部の圧痛	両側上腕部筋痛
	*上記7項目中3項目以上で診断	*60歳以上、3項目以上でdefiniteとする

表3 機能的評価 (Barthel Index)

	外来受診時	治療前	治療2か月後	治療4か月後
食事	10: 自立	5: 部分介助	10	10
車椅子からベッドへの移動	10: 監視を要する	5: ほぼ全介助	10	10
整容	0: 全介助	0	5: 自立	5
トイレ動作	5: 部分介助	0: 全介助	0	10: 自立
入浴	0: 部分介助	0	0	0
歩行	10: 45m以上介助時可行	0	0	0
階段昇降	5: 介助を要する	0: 不能	0	0
着替え	5: 部分介助	0: 全介助	0	5
排便コントロール	10: 失禁なし	0: 全介助	0	10
排尿コントロール	10: 失禁なし	0: 全介助	0	10
合計点数	65点	10点	25点	60点

表4 本邦報告3例のまとめ

	症例1 ⁹⁾	症例2 ⁹⁾	症例3 ¹⁰⁾
年齢、性	91歳、女性	80歳、女性	91歳、女性
主訴	手足の浮腫を指摘 歩行困難	発熱、膝関節腫脹 一過性右手関節腫脹	発熱、食欲低下 歩行困難
診断	年齢、赤沈値56mm/h 介護職員の助言	年齢、炎症所見 感染症の否定	年齢、赤沈値104mm/h 左肩痛、右大腿部痛
治療	PSL 10mg	PSL 10mg	PSL 20mg
診断までの期間	14日	32日	35日

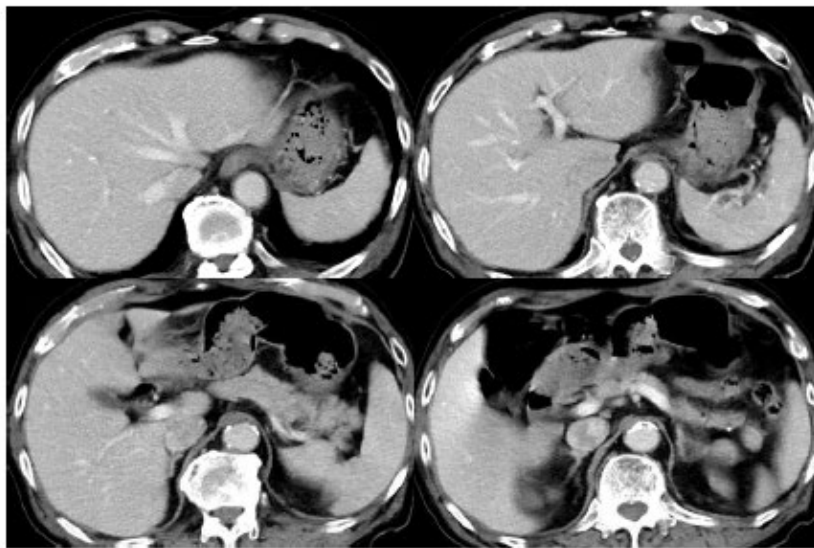


図1 腹部CT

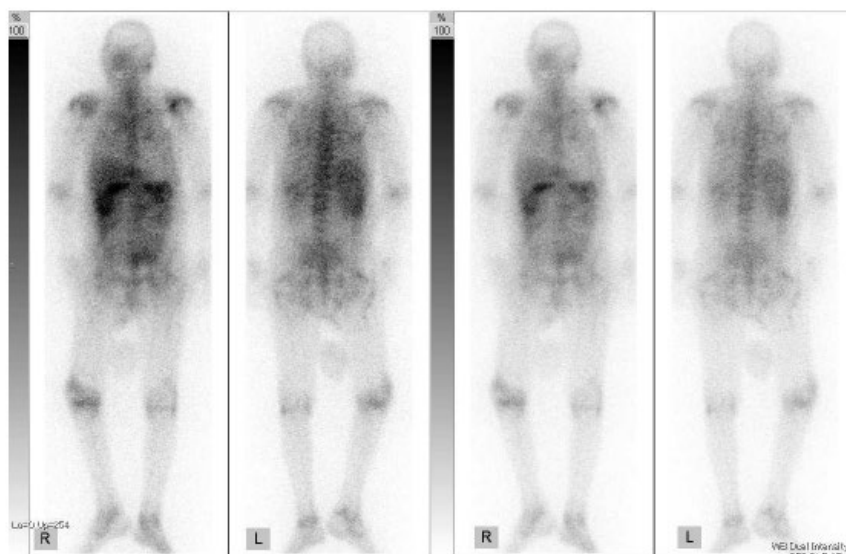


図2 Ga シンチグラフィ

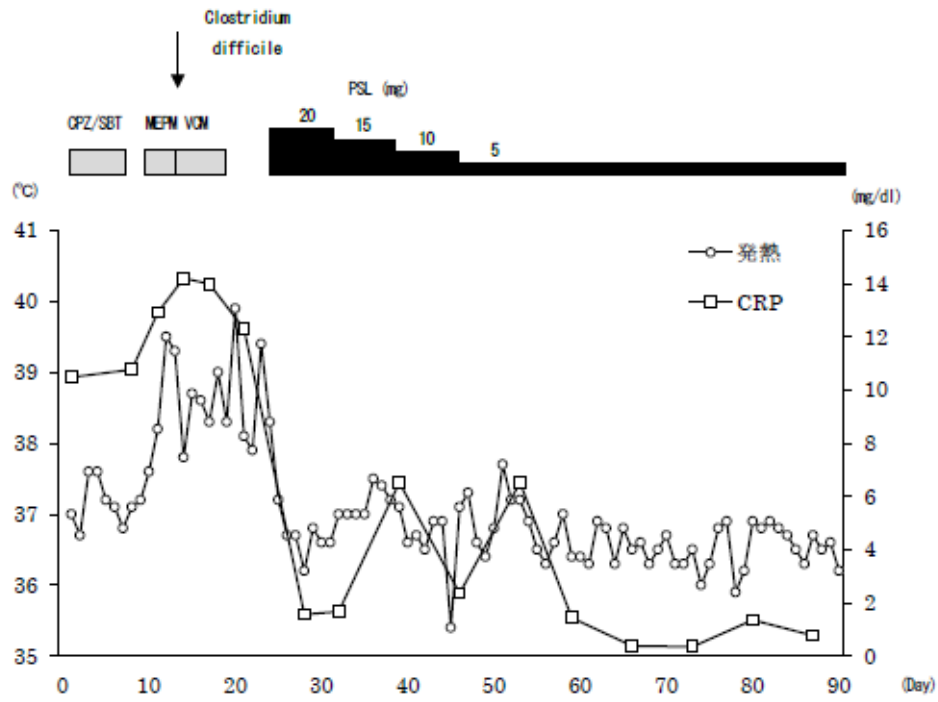


図3 入院後経過