

刈谷豊田総合病院様では関節リウマチを疑う初診患者に対し、当社一般撮影システム RADspeed Pro EDGE package によるトモシンセシス撮影を実施されています。本稿では「関節リウマチ診療におけるトモシンセシス撮影の有用性」と題し、Part 1 では臨床面での有用性を、Part 2 では撮影・運用方法をご紹介します。

関節リウマチ診療におけるトモシンセシス撮影の有用性

Part 1 薬物療法におけるトモシンセシス撮影の臨床的意義

豊田会 刈谷豊田総合病院 リウマチ科
舟橋 康治



舟橋 康治 先生

1.1 関節リウマチの診断について

関節リウマチは何らかの抗原提示を受けた病的な細胞が免疫応答の異常を生じ、結果として関節内に滑膜炎を引き起こし関節構造の破壊をもたらす疾患であり日本国内に82.5万人の患者がいるとされている¹⁾。関節破壊を防ぐためには早期診断、早期治療が重要であり近年では2010年に米国/欧州リウマチ学会(ACR/EULAR)が提示した関節リウマチ分類基準²⁾を参考にして診断が行われる。その分類基準をTable 1に示すが診断における大原則として関節滑膜炎の存在が必須であり近年では関節超音波検査による関節滑膜炎の検出が診断精度の改善をも

たらしことが知られている³⁾。診断後の治療の基本は関節破壊抑制効果の示されている抗リウマチ薬(csDMARDs)や生物学的製剤(bDMARDs), Jak阻害薬などの薬物療法である。各薬物の作用機序, 薬効などの詳細に触れるのは本稿の趣旨から逸れるので割愛させていただくが、日本リウマチ学会が刊行している「関節リウマチ診療ガイドライン」⁴⁾のフローチャート(Fig.1)に沿って薬物の選択が進められる。

薬物選択において予後不良因子の有無で治療の選択肢が変わることがある。リウマチ因子・抗CCP抗体の高力価、発症早期から観察される骨びらんの存在は予後不良因子とされており、より積極的かつ

Table 1 米国/欧州リウマチ学会(ACR/EULAR)が2010年に提示した関節リウマチ分類基準

ACR/EULAR新診断基準のスコア	
関節病変	
中・大関節に1つ以下の腫脹または疼痛関節あり	0点
中・大関節に2~10個の腫脹または疼痛関節あり	1点
小関節に1~3個の腫脹または疼痛関節あり	2点
小関節に4~10個の腫脹または疼痛関節あり	3点
少なくとも1つ以上の小関節領域に10個を超える腫脹または疼痛関節あり	5点
血清学的因子	
RF、ACPAともに陰性	0点
RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で低力価	2点
RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で高力価	3点
滑膜炎持続期間	
<6週	0点
≥6週	1点
炎症マーカー	
CRP、ESRともに正常	0点
CRP、ESRのいずれかが異常	1点

6点以上でRAと分類