

症 例

頸髄症の急性増悪を契機に関節リウマチと診断した3例

佐々木克幸, 山田 高嗣

NTT 東日本関東病院整形外科

(平成30年4月27日受付・特急掲載)

要旨：関節リウマチの発症により頸髄症の症状が急性増悪した3例を経験したので報告する。3例とも頸髄症の診断で近医より紹介となり、それ以前に関節リウマチと診断されていなかった。

【症例1】77歳女性。頸髄症の症状に対し手術を予定していたが術前に関節リウマチの診断となり、関節リウマチの治療を優先した。【症例2】77歳女性。頸髄症の術前に関節リウマチの診断がついたが、切迫する症状に対し頸椎手術を先に行い、術後から関節リウマチの治療を開始した。【症例3】89歳女性。頸椎手術の術後に関節リウマチの診断がつき、術後に関節リウマチの治療を開始した。【考察】関節リウマチの症状は多関節にわたる腫脹・疼痛であるが、20～30%で頸椎病変を生じることが知られており、関節の不安定性や浮腫により頸部の運動制限、頸部痛、頸髄症を呈することがある。頸髄症の発症、増悪の重要な要因として脊柱管狭窄や軽微な外傷があるが、椎体のすべりを伴うと動的な狭窄の程度がより高度になり、頸髄症が悪化しやすい。また、高齢者ではとくに椎体不安定性が非高齢者よりも強く病態に関与するとの報告もあるため、頸椎椎間関節の不安定性により、頸髄症の症状が増悪したと考えられる。頸髄症の症状で手指の痺れが増悪すると手指の関節痛が目立たなくなり関節リウマチとの鑑別が難しく、画像所見でも高齢女性ではOAの変化が強いためにRA変化との鑑別が困難になることがある。【まとめ】頸髄症の症状の急激な悪化の原因として、関節リウマチの可能性を念頭に置く必要がある。

(日職災医誌, 66:315—321, 2018)

—キーワード—

関節リウマチ, 頸椎症性脊髄症, 急性増悪

緒 言

関節リウマチ (rheumatoid arthritis; 以下 RA) は70歳以降の高齢者でも発症することがあり、高齢者の疼痛の鑑別疾患として念頭に入れる必要があるが、診断に難渋することも多い¹⁾。今回、われわれは頸髄症の急性増悪を契機にRAと診断した高齢者の3例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症 例

症例1: 77歳, 女性。

主 訴: 両手痺れ

現病歴: 2週前から明らかな外傷なく両母指・示指の痺れと巧緻運動障害が増強し整形外科診療所を受診し頸髄症の診断で当科を紹介され受診した。

既往歴・家族歴: 特記事項なし。

初診時現症: 両母指～示指にかけて痺れあり。両手関節に腫脹あり。上腕二頭筋以遠で筋力低下(MMT4)、深

部腱反射は上腕二頭筋腱で減弱、上腕三頭筋腱以遠では亢進。巧緻運動障害あり。立位歩行障害はなく独歩可能。

初診時画像所見: 頸椎単純MRIでC4/5, 5/6高位に頸髄の圧迫所見あり、C4/5では髄内輝度変化もみられた。X線で環軸椎亜脱臼はなし(図1)。

経 過: 頸髄症に対し手術を考慮したが、両手関節の腫脹があったため、膠原病の検査を実施したところ抗CCP抗体、RF因子の高値がありRAと診断し、膠原病リウマチ専門医にRAの治療を依頼した。methotrexate (MTX; リウマトレックス[®])内服開始にて手関節の腫脹は軽快し、手指の痺れは軽度残存するも手術希望なく外来で経過観察となった。

症例2: 77歳, 女性。

主 訴: 両手痺れ

現病歴: 1カ月前から明らかな外傷なく両手関節以遠の痺れが増強し整形外科診療所を受診。頸髄症の診断で手術加療を勧められ当院を受診した。

既往歴・家族歴: 高血圧 狭心症。

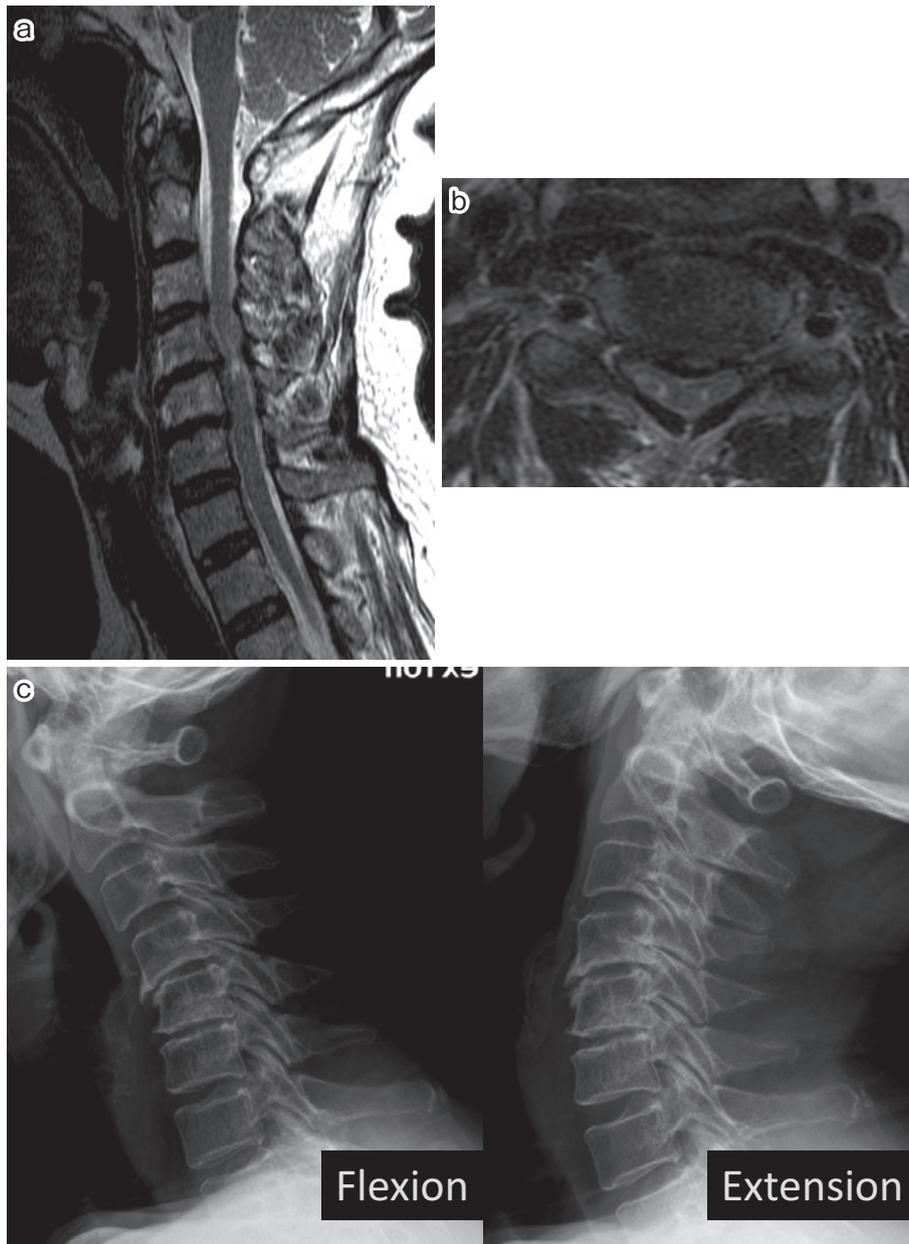


図1 (a), (b) : 症例1の初診時MRI. C4/5, 5/6高位で頸髄の圧迫所見あり, C4/5では髄内輝度変化もみられる. (a) 矢状断 (b) 水平断 (c) : 単純X線. C4/5・5/6で椎間板腔の狭小化あり. 環軸椎の亜脱臼なし.

初診時現症：両示指～環指にかけて痺れあり。両手MP関節腫脹，両下腿浮腫あり。上腕二頭筋以遠の筋力低下(MMT4)と握力低下(10/11kg)あり。巧緻運動障害あり。立位歩行障害はなく独歩可能。

初診時画像所見：頸椎単純MRIでC4/5, C5/6に頸髄の圧迫があり，X線で環軸椎の亜脱臼はないが，環軸椎関節周囲にMRI T2強調像で不均一な低信号域あり(図2)。

経過：両下腿浮腫があり，血液検査でD-dimerも高値であったため血栓症の除外のため造影CTを実施したところ膝関節で左右対称性に関節包に造影効果がみられ

た(図3)。RAを疑い検査を追加すると両手でMP関節に骨びらん，手根間裂隙の狭小化があり(図4)，抗CCP抗体とRF因子は陰性だがRAの診断となり，膠原病リウマチ専門医と相談のうえ，切迫する症状に対し頸椎手術を優先する方針とした。頸椎椎弓形成術を実施し(図5)，術後2週よりmethotrexateによるRAの治療を開始した。術後，上肢の巧緻運動障害は改善しmethotrexate投与後は両下腿浮腫も軽快した。

症例3：89歳，女性。

主訴：両手痺れ 巧緻運動障害

現病歴：1カ月前から明らかな外傷なく両手指の痺れ



図2 (a), (b)：症例2の初診時CT, MRI. C4/5, 5/6で頸髄の圧迫あり。環軸椎関節周囲にT2強調像で不均一な低信号域あり。後縦靭帯の骨化や骨折なし。(c)：単純X線。多椎間で椎間板腔の狭小化とすべりあり。環軸椎の亜脱臼なし。

が増強し、物がつかめなくなり整形外科診療所を受診し頸髄症と診断。手術加療を勧められ当院を受診した。

既往歴・家族歴：高血圧、骨粗鬆症。

初診時現症：両上腕～手指全体にかけて痺れあり。両膝関節裂隙に圧痛あり。三角筋筋以遠の筋力低下(MMT 4)あり。巧緻運動障害あり。両膝痛あり。シルバーカー使用するも歩行可能。

初診時画像所見：頸椎単純MRIでC3/4, C4/5で頸髄圧迫所見あり。X線で環軸椎亜脱臼はなし(図6)。膝関

節X線で骨棘形成は少ないものの、内側関節裂隙は消失し軟骨下骨の骨硬化がみられた(図7)。

経過：まず頸髄症に対し頸椎椎弓形成を実施(図8)。その後人工膝関節全置換術(Total knee arthroplasty; TKA)を予定していたが術後もCRP高値が持続したため膠原病を疑い精査を実施。抗CCP抗体、RF因子高値でありRAの診断となったが、膠原病リウマチ専門医と相談し、TKAを優先することにした。術後2週からbucillamine(BUC;リマチル[®])、salazosulfapyri-

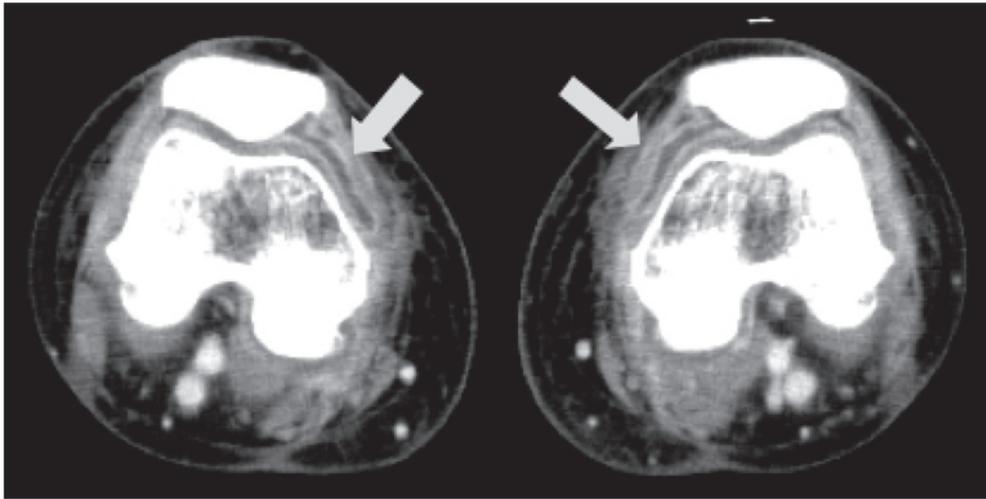


図3 症例2の膝関節CT. 両下腿浮腫, D-dimer 高値で血栓症除外のため造影CTを実施すると膝関節で左右対称性に関節包に造影効果がみられた.



図4 症例2の手X線. 両手でMP関節に骨びらん, 手根間裂隙の狭小化がみられる.

dine (SASP; アザルフィジン®)を開始し, 関節痛は軽快した.

考 察

3例とも高齢女性で, 明らかな外傷機転なく比較的急速に増悪する痺れを主訴に近医を受診. 頸髄症の診断で紹介受診されたが, その後RAの合併が判明した.

一般にRAは中年女性に多い疾患だが, 高齢でも発症する場合があると報告されている²⁾. そのため, 高齢者で既往がなくてもRAの合併を念頭に置くことは重要である. 高齢発症のRAでは, 大関節から発症する例やRF因子陰性例など, 初期には診断が難しい場合が多い²⁾. さらに高齢女性ではOAの変化が強くとRA変化との鑑別が困難になりやすく, 頸髄症による知覚障害があると, RAによる関節痛などの症状がマスクされることがある³⁾⁴⁾.

今回の症例は全て, RAの発症により頸髄症の症状が

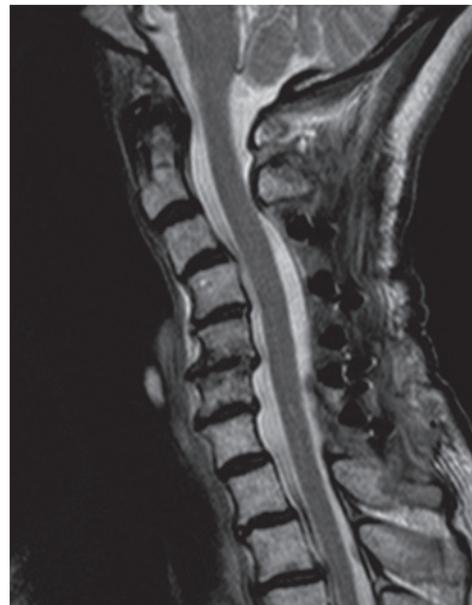


図5 症例2の術後MRI. 頸椎椎弓形成術を行い, 頸髄の圧迫は解除された.

急性増悪している. 頸髄症の発症や増悪の重要な要因として脊柱管狭窄や軽微な外傷があるが, 椎体のすべりを伴うと動的な狭窄の程度がより高度になり, 頸髄症が悪化しやすい⁵⁾. 本例ではいずれも外傷の病歴はなかったが, 高齢者ではとくに椎体不安定性が非高齢者よりも強く病態に関与するとの報告もあり⁶⁾, RAに伴うX線では同定できないような椎間関節の腫脹や, ごく軽度の不安定性が, 頸髄症の症状増悪に関与したのではないかと考えられる.

頸髄症の診療にあたり, MRI等の画像所見で脊柱管の狭窄が強くと, 巧緻運動障害をきたしている場合は, 本例で行ったような椎弓形成術による除圧術が考慮される⁷⁾.



図6 (a), (b)：症例3の初診時CT, MRI. C4/5, 5/6で頸髄の圧迫あり。後縦靭帯の骨化や骨折なし。(c)：単純X線。多椎間で椎間板腔の狭小化とすべりあり。環軸椎の亜脱臼なし。

症例2,3のいずれも椎弓形成術後は速やかに症状が改善した。

RAの治療と頸髄症の手術のどちらを優先させるかは、各症例で症状と所見を総合的に評価しながら膠原病リウマチ専門医と相談のうえ、検討する必要がある(表1)。症例1ではRAの治療を行うことで本人の愁訴が軽快し、結果的に頸椎手術を行う必要がなくなった。しかし、症例2,3では切迫する頸髄症の症状がみられたため頸椎手術を優先して行い、術後よりRAの治療を開始した。RAと頸髄症の治療でどちらを優先させるべきかについては、個々の症例で患者の症状と病態を適切に評価

したうえで、最適な方法を考えていくしかないと考え。

高齢者で、頸髄症の増悪を契機にRAが見つかったとの報告はほとんどないが、高齢化に伴い同様の症例は今後増えていくと考えられる。明らかな外傷等の誘因がないにも関わらず、頸髄症の増悪が生じた場合は関節リウマチの精査を行う必要があると考え。

結 語

今回われわれは頸髄症の急性増悪をきっかけにRAの診断が確定した3例を経験した。高齢化に伴い同様の症例は今後増加すると思われる。高齢者で、外傷などの原

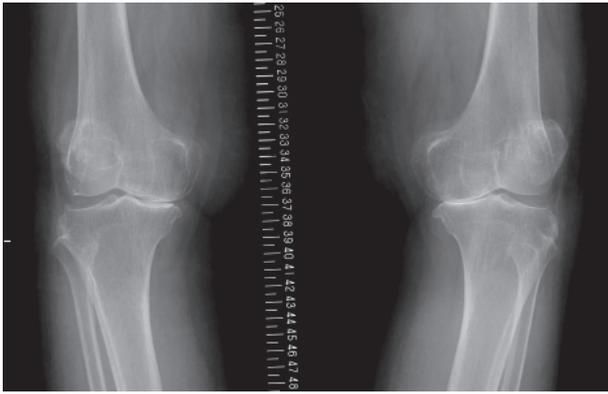


図7 症例3の膝関節X線。骨棘形成は少ないが、内側関節裂隙は消失し、軟骨下骨の骨硬化もみられOAの所見。



図8 症例3の術後MRI。頸椎椎弓形成術を行い、頸髓の圧迫は解除された。

因なく急性増悪した頸髄症の診療にあたる際は、RAの合併も念頭に置くべきである。

患者は得られた写真やデータが記載されることについて説明を

表1 3症例のまとめ

症例	症状	外傷歴	増悪時期	RAを疑った根拠→治療
77歳女性	手指しびれ	なし	2週間前	手関節腫脹 →MTX, 頸椎手術は未実施
77歳女性	手指しびれ	なし	1カ月前	下腿浮腫 →頸椎手術後, MTX
89歳女性	手指しびれ	なし	1カ月前	術後持続するCRP高値 →頸椎手術, TKA術後にBUC, SASP

受け、その内容について同意した。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文献

- 1) 杉原毅彦：高齢者の膠原病の診断と治療。日本老年医学会雑誌 47：1—10, 2010.
- 2) Deal CL, Meenan RF, Goldbenberg DL, et al: The clinical reatures of elderly-onset rheumatoid arthritis. A comparison with younger-onset disease of similar duration. Arthritis Rheumatism 28: 987—994, 1985.
- 3) 里村健志, 小島安弘, 鶴展 寿, 他：診断に苦慮した超高齢発症関節リウマチの1例。九州リウマチ学会誌 33：91—97, 2013.
- 4) 山岡弘明, 猿橋康雄, 森 幹士, 他：関節リウマチ患者が下肢に運動感覚障害を呈し、脊椎疾患由来症状と鑑別が困難であった2例。中部日本整形外科災害外科学会雑誌 54：149—150, 2011.
- 5) Yue WM, Tan SB, Tan MH, et al: The Torg-Pavlov ratio in cervical spondylotic myelopathy. Spine 26: 1760—1764, 2001.
- 6) Mattei TA, Goulart CR, Milano JB, et al: Cervical spondylotic myelopathy: Pathophysiology, Diagnosis, and Surgical techniques. ISRN Neurology 1—5, 2011.
- 7) Ratliff JK, Cooper PR: Cervical laminoplasty: a critical review. Journal of Neurosurgery 98: 230—238, 2003.

別刷請求先 〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地
三井記念病院整形外科
佐々木克幸

Reprint request:

Katsuyuki Sasaki
Mitsui Memorial Hospital, 1, Kanda Izumicho, Chiyoda-ku,
Tokyo, 101-8643, Japan

Rheumatoid Arthritis Diagnosed by Acute Exacerbation in Cervical Spondylotic Myelopathy: Report of Three Cases

Katsuyuki Sasaki and Takashi Yamada

Department of Orthopaedic Surgery, NTT Medical Center Tokyo

We report three cases in which symptoms of cervical myelopathy manifested due to the onset of rheumatoid arthritis (RA). All three patients were referred by local doctors after cervical myelopathy diagnosis, and had not been previously diagnosed with RA. RA diagnosed through conducting a careful examination. Although RA may develop in the elderly after the age of 70, it is often difficult to diagnose due to factors such as onset from major joints and negative rheumatoid factor in the early stages. Furthermore, if there are sensory disorders due to cervical myelopathy, symptoms such as arthralgia due to RA are difficult to confirm and confound diagnosis. As the number of similar cases is expected to increase with the aging of the population, the co-occurrence of RA should be kept in mind in cases where acute exacerbated cervical myelopathy is diagnosed without causes such as trauma.

(JJOMT, 66: 315—321, 2018)

—Key words—

rheumatoid arthritis, cervical spondylotic myelopathy, acute exacerbation