

2025年1月9日
PCLS/PCC

リウマチ性多発筋痛症や その類縁疾患について

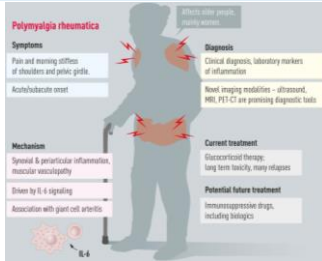
総合病院国保旭中央病院
アレルギー・膠原病内科
杉山隆広

Mail: agh060815@hospital.asahi.chiba.jp

目次

1. リウマチ性多発筋痛症
2. RS3PE症候群
3. CPP結晶性関節炎
4. 血清反応陰性関節リウマチ

■ リウマチ性筋痛症（Polymyalgia Rheumatica）とは 3



- > 50歳以上に発症し、多くは70歳以上で、女性に多い
- > 急性・亜急性の経過で発症（発症日が明確）
- > 両肩、頸部、腰部～骨盤にかけて疼痛・朝のこわばり
- > 炎症反応上昇あり、ステロイドが著効

Lundberg E, et al. J Intern Med. 2022.

■ PMRのゲシュタルト 4

ゲシュタルトとは…

「何度も経験を重ねることによって得られるある疾患のイメージ」

診断のゲシュタルトとデギュスタシオンより

PMRの典型的な症例のゲシュタルトは…

「70歳以上の元々は元気だった高齢者が、肩甲帯・骨盤帯への負荷をきっかけに四肢近位部の疼痛のため段々と体動困難に」

元々が寝たきりやADLが低かった方のPMR疑いはPMRの可能性低い
結晶や感染症、悪性腫瘍を探しに行く

※完全に患者の個人的意見

■ PMRよく聞か話 5

- 「～してから急に肩/腰が痛くなってきて筋肉痛/五十肩と…」
“100歳の父の病院受診で長時間椅子を押した”
“腿木鉢をたくさん運んで移動させた”
- 「腕が上がりません…」
“海辺でハマグリを拾いまくった”
“根を詰めて連日農作業を頑張った”
“普段5000歩歩くのを12000歩歩いた”
“若い衆とアーケード街をひたすら繰り返いた”
- 「夜は体が痛くて寝返りが打てません…」
- 「朝布団/ベッドから起き上がるのが大変で…」
- 「お昼を過ぎてくるといくらかまします…」

肩や腰が痛くなった時期を覚えている場合はその前日などに体に負担がかかる労作の病歴があることが多い

■ ACR/EULAR PMR 分類基準（2012年） 6

必須項目：50歳以上、両側の疼痛、CRPおよび/または赤沈値異常	超音波所見なし	超音波所見あり
特徴的な症状や所見		
朝のこわばり > 45分	2点	2点
肢関節の痛みまたは可動域制限	1点	1点
リウマトイド		2点
他の関節障害		1点
超音波検査所見		
少なくとも1つ and/or 両甲上 or 軟部組織液炎症を認める		1点
両側関節において三角筋下滑液包炎、上腕二頭筋腱鞘滑膜炎、肩関節滑膜炎のいずれかを認める	NA	1点
超音波検査所見がない場合は合計4点以上を、超音波検査所見がある場合は5点以上をPMRと分類する。 NA = not applicable		

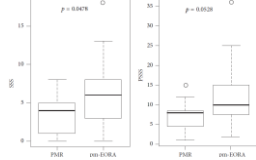
罹患関節が肩の血清反応陰性関節リウマチであれば大抵分類基準を満たしてしまう

高齢発症関節リウマチとの見分けは？

滑膜増生、血流シグナルの強さはPMR<EORA

Grade (score)	PMR n = 30				pm-EORA n = 30				Fisher's exact test p-value
	0	1	2	3	0	1	2	3	
LHB GS (%)	20.0	46.7	30.0	3.3	30.0	26.7	26.7	16.7	0.176
LHB PD (%)	33.3	26.7	36.7	3.3	33.3	13.3	30.0	23.3	0.108
Bursa GS (%)	60.0	30.0	6.7	3.3	40.0	13.3	23.3	23.3	0.0037
Bursa PD (%)	76.7	10.0	13.3	0.0	46.7	16.7	20.0	16.7	0.0424
GHJ GS (%)	80.0	16.7	3.3	0.0	66.7	10.0	16.7	6.7	0.141
GHJ PD (%)	86.7	10.0	3.3	0.0	70.0	20.0	0.0	10.0	0.104

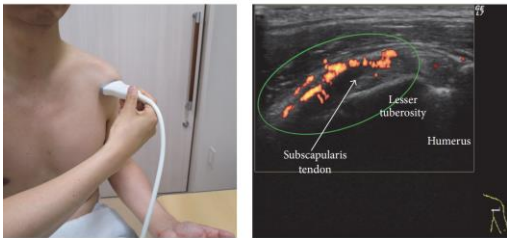
GHJ: glenohumeral joint; GS: gray scale; LHB: long head of biceps tendon sheath; PD: power Doppler; pm-EORA, elderly-onset rheumatoid arthritis with



SSS=LHB (上腕二頭筋長頭腱), Bursa (滑液包), GHJ (肩甲上腕関節)のGS・PDスコアの合計点

Suzuki T, et al. Biomed Res Int. 2017;2017:4272560.

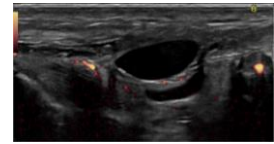
PMRでは棘上筋・肩甲下筋腱の炎症所見が多い



矢印の肩甲下筋腱の表層に血流シグナルが目立つ
Suzuki T, et al. Biomed Res Int. 2017;2017:4272560.

provisional classification criteria (2021年)

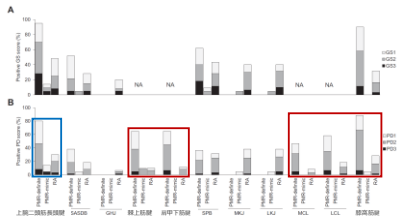
従来分類基準に肩と膝関節周囲のエコー所見を加えることで診断能が向上



※自験例

Kobayashi K, Nakagomi D, et al. Rheumatology (Oxford). 2021. 61;1185-1194.

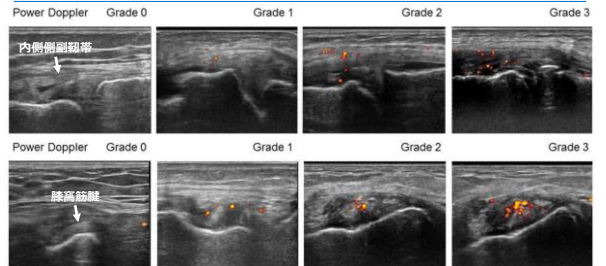
棘上筋・肩甲下筋だけでなく膝周りにも炎症所見あり



Shown are the frequencies of positive GS scores (A) and power Doppler scores (B) at each joint site in patients in the PMR-definite, PMR-likely and RA groups. GS score: gray-scale score; PD score: power Doppler score; NA: not applicable; LHB: long head of biceps tendon; SASDB: subacromial/subdeltoid bursa; GHJ: glenohumeral joint; SScT: subscapularis tendon; SScT: supraspinatus tendon; SFB: suprapatellar bursa; MCL: medial aspect of knee joint; LCL: lateral aspect of knee joint; MCL: medial collateral ligament; LCL: lateral collateral ligament; PopT: popliteus tendon.

Kobayashi K, Nakagomi D, et al. Rheumatology (Oxford). 2021. 61;1185-1194.

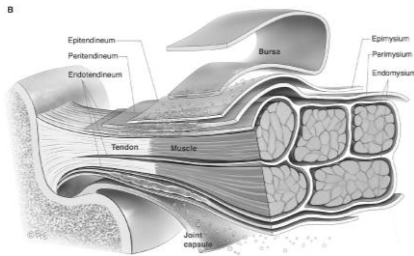
内側側副靭帯・膝窩筋腱のエコー所見



Kobayashi K, Nakagomi D, et al. Rheumatology (Oxford). 2021. 61;1185-1194.

■ 仮説: PMRは筋/腱周囲組織の炎症が中心病態?

13



Owen CE, et al. J Rheumatol. 2019;46(12):1552-1555.

■ Pearl 1: 典型的にはGC投与後24-48時間で改善

14

- PSL 10~20mgで開始. 10mgはほとんどの例で, 15mgはいくらかの例で少なすぎる. 25mgはほとんどの例で多すぎる.
- 同時にNSAIDsを投与しない(他の鎮痛剤も同様).
- Partial responseである場合は, 分割投与に変更する.

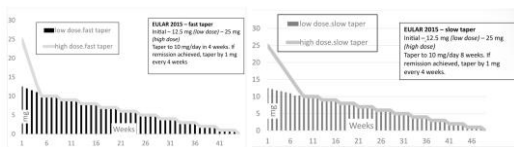
A Clinician's Pearls & Myths in Rheumatology より引用

個人的には…

日本では大体15mgで事足りる(0.3mg/kg/日を指標にする医師も).
午前中に関節注射を行ってその日の夕方には症状が軽快する例も.

■ GC減量レジメンは?

15



Dejaco C, et al. Arthritis Rheumatol. 2015 Oct;67(10):2569-80.

- 日本人であれば10~20mgでの開始でよいと思われる.

■ Pearl 2: 再燃時は再燃前のGC doseに増やす

16

- PMRのflare時はGCを再燃前のdoseに戻す.
- 増量後は4-8週間は同量で継続した後減量していく.
- 再燃を繰り返す場合はPMR mimickerを再検討する.

Dejaco C, et al. Arthritis Rheumatol. 2015 Oct;67(10):2569-80.

A Clinician's Pearls & Myths in Rheumatology より引用

■ Pearl 3: PSL 1mgの増量がQOLを劇的に変える

17

- 高齢患者では, PSLの用量を低用量域で少量増やすだけで劇的に調子が良くなることもある.
- PMRの治療反応性が鋭敏であるためなのか, 副腎不全が関与しているのかは定かではない.

A Clinician's Pearls & Myths in Rheumatology より引用

■ PMRの鑑別診断

18

PMR疑いの患者の鑑別診断とclinical clues	
鑑別診断	Clinical clues
肩・頸椎・股関節の変形性関節症	慢性経過, 短時間の朝のこわばり, 全身症状なし, CRP正常
高齢発症関節リウマチ	未梢関節の腫脹, リウマトイド因子, 抗CCP抗体
石灰沈着性腱板炎	朝のこわばりなし, 全身症状なし, CRP正常
CPPD/痛風関節炎	発作的な関節炎
凍結肩	全方向性の可動域制限, 全身症状なし, CRP正常
感染症(ウイルス/細菌/結核)	全身症状あり, 進行性
高齢発症脊椎関節炎	背部痛, ぶどう膜炎, 炎症性腸疾患, 尋常性乾癬
RS3PE症候群	びまん性の手の腫脹
悪性腫瘍	全身症状あり, 臓器由来の症状あり
線維筋痛症	慢性経過, 肩・股関節の可動域制限なし, CRP正常
薬剤性(特にスタチン, ICI)	最近開始された薬剤, CRP正常
特発性炎症性筋疾患	筋力低下, 限局した疼痛, CPK高値

※個人的には巨細胞性動脈炎は勿論, ANCA関連血管炎も鑑別に加えたい(両の痛みから始まる症例あり)

Keller KK, et al. Ann Rheum Dis. 2013 Dec 1;ard-2023-225134.

PMRの22.8%にsubclinical GCAが隠れている 19

	PMR without GCA (n = 267)	PMR with GCA (n = 79)	P-value
Age, years, mean (s.d.)	72.86 (8.73)	77.16 (8.27)	0.001
Morning stiffness presence, n (%)	228 (85.4)	63 (79.7)	0.21
Morning stiffness, min ² , mean (s.d.)	72.3 (80.9)	34.6 (52.1)	0.001
Female sex, n (%)	147 (55.1)	32 (51.9)	0.70
Hip pain ¹ , n (%)	212 (79.4)	77 (97.5)	0.001
Neck pain, n (%)	160 (59.9)	44 (55.7)	0.52
Weight loss, n (%)	69 (25.8)	18 (22.8)	0.56
Fever, n (%)	27 (10.1)	8 (10.1)	0.69
Peripheral arthritis, n (%)	77 (29.1)	24 (30.4)	0.89
CRP, mg/l, mean (s.d.)	52.23 (48.97)	47.65 (47.85)	0.46
ESR, mm/h, mean (s.d.)	56.12 (28.24)	57.75 (34.53)	0.68

Miguel ED, et al. Rheumatology (Oxford). 2023 May 2;kead189.

- PMRと診断された346例に浅側頭・頸・鎖骨下・腋窩動脈エコーを実施
- 79例 (22.8%) が subclinical GCAの診断
- 過去のGCAコホートと比べ Large vessel pattern が多かった

GCA-PMR spectrum disease (GPSD) 20

- Interleukin-6 signature
- GCへの良好な反応
- 慢性経過で再発を起こす傾向
- 高齢発症
- PMRの15-20%でGCAと関連あり
- PMRの20-30%でsubclinicalな血管病変あり
- GCAの40-60%でPMRの徴候あり

Tomelleri A, et al. Nat Rev Rheumatol. 2023 Jul;19(7):446-459.

PMRと思っていた症例で血管炎を疑うシチュエーション 21

- 再燃を繰り返すPMR
- 炎症反応の持続
- 顕著な全身症状
- 腰痛
- PMRとして十分な量のGCへの反応不良
- GC依存
- 上肢跛行

Tomelleri A, et al. Nat Rev Rheumatol. 2023 Jul;19(7):446-459.

小括1 -PMR- 22

PMRでは肩のrotator cuffに加え、MCL・LCL・膝窩筋腱など膝周りの炎症所見も診断の参考になる

※肩周囲を観察する際に腋窩・鎖骨下動脈もみるとGCAを拾い上げられるかも

目次

- リウマチ性多発筋痛症
- RS3PE症候群
- CPP結晶性関節炎
- 関節リウマチ・脊椎関節炎

RS3PE症候群とは 24



Remitting : 寛解
Seronegative : 血清反応陰性
Symmetrical : 対称性
Synovitis : 滑膜炎
with
Pitting Edema : 圧痕性浮腫

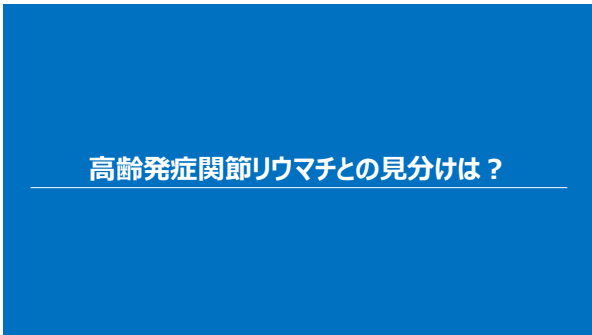
- 急性発症の浮腫を伴う四肢の対称性関節炎
- 高齢男性に多く、多くは70歳以上
- 25~30%程度に悪性腫瘍
- 炎症反応上昇、ステロイド著効

※自験例

■ RS3PE症候群の臨床的特徴

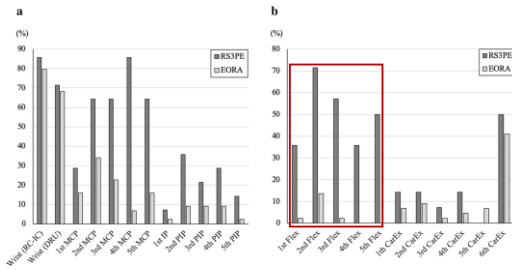
25

Characteristics	Patients with RS3PE
Male, n (%)	211 (63%)
Age at onset (years ± SD)	71 ± 10.4
Clinical features*	
Symmetrical pattern, n (%)	297 (95%)
Hand, n (%)	294 (95%)
Foot, n (%)	140 (45%)
Wrist, n (%)	71 (23%)
Ankle, n (%)	27 (9%)
Shoulder, (%)	20 (6%)
Elbow, n (%)	21 (6%)
Other constitutional signs, n (%)†	12 (4%)
Laboratory tests	
WBC (mm ³) (mean ± SD)	8721 ± 3896
Anemia (hgb <10 mg/dL), n (%)	12 ± 1.9
ESR (mm/h) (mean ± SD)	61 ± 33
CRP (mg/dL) (mean ± SD)	261 ± 213.8
Negative RF titer, n (%)‡	232 (97%)
Negative ACPA, n (%)	19 (100%)
Negative ANA titer, n (%)	176 (93%)
Imaging features	
Presence of erosions, n (%)‡	6 (5%)
Presence of tenosynovitis, n	66



■ RS3PEでは手指屈筋腱の腱鞘滑膜炎が目立つ

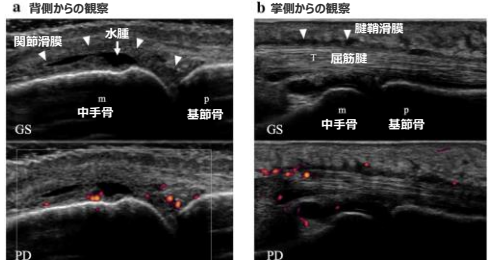
27



Kawashiri SY, et al. Clin Rheumatol. 2020;39:1981.

■ RS3PEでは手指屈筋腱の腱鞘滑膜炎が目立つ

28



Kawashiri SY, et al. Clin Rheumatol. 2020;39:1981.

■ 小括2 -RS3PE症候群-

29

RS3PE症候群ではMCP, DRUJ, ECUでの炎症所見に加え、手指屈筋腱の腱鞘滑膜炎が特徴的である
PMRと同様の肩・股関節周囲の病変もよくある



1. リウマチ性多発筋痛症
2. RS3PE症候群
3. CPP結晶性関節炎
4. 血清反応陰性関節リウマチ

■ Calcium pyrophosphate crystal deposition 31



- ピロリン酸カルシウムによって引き起こされる関節炎¹⁾
(CPP沈着による石灰化はみられないこともあり)
- 従来の偽痛風は急性CPP結晶性関節炎と呼ばれ、慢性CPP結晶性関節炎と区別される¹⁾
- 一般の画像検査では結晶沈着を必ずしも証明できない²⁾
- 単純X線の感度は高い³⁾
- 関節液で結晶を検出してもcoincidenceであることも⁴⁾

1) Rosenthal AK, et al. N Engl J Med. 2016;374(26):2575-2584.
 2) Mac Macmillan, et al Ther Adv Musculoskelet Dis. 2012;4:121-131.
 3) Ea HK, et al. Rheum Dis Clin N Am. 2014;40(2):207-229.
 4) Abhishek A, et al. Rheum Dis Clin N Am. 2014;40:177-191.

■ Acute CPPD and chronic CPPD 32



Acute CPPDはRS3PE, Chronic CPPDはRAのmimickerになる

Pascart T, et al. Lancet Rheumatol. 2024 Nov;6(11):e791-e804.

■ Spectrum of Chronic CPPD 33

- Pseudo-RA
- **Pseudo-PMR**
- Pseudo-Tumor
- Compression Neuropathy
- Fever of Unknown Origin

“Chronic” CPPDは様々な病態を模倣する

■ CPPDとPMRの鑑別：肩鎖関節所見の有用性 34

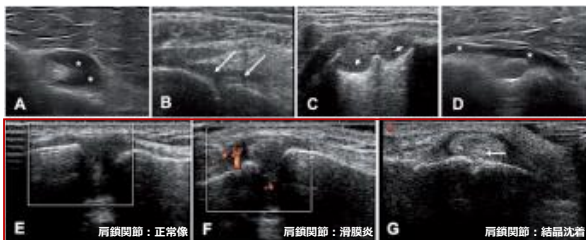
Table III. US performance for PMR and CPPD diagnosis.

US features	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
For PMR diagnosis				
SAD bursitis	96.3	35.8	37.7	96.0
Long-head biceps tenosynovitis	85.2	44.8	38.3	88.2
Gleno-humeral effusion	48.1	64.2	35.1	75.4
For CPPD diagnosis				
Humeral bone erosion	40.7	71.0	35.5	75.4
AC synovitis	59.3	85.5	61.5	84.3
AC chondrocalcinosis	85.2	97.1	92.0	94.4

PMR: polymyalgia rheumatica; CPPD: calcium pyrophosphate disease; AC: acromioclavicular; SAD: subacromial and subdeltoid; PPV: positive predictive value; NPV: negative predictive value

Ottaviani S, et al. Clin Rheumatol. 2020;38(6):1170-1175.

■ CPPDとPMRの鑑別：肩鎖関節所見の有用性 35



Ottaviani S, et al. Clin Rheumatol. 2020;38(6):1170-1175.

■ CPPD - Imaging Atlas 36

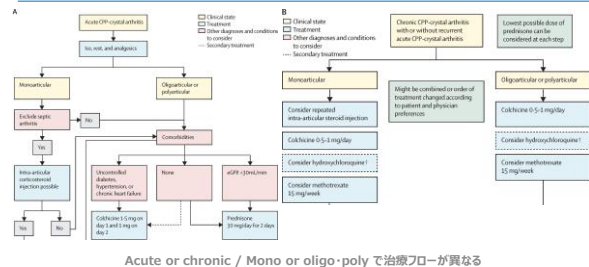
MERACT (Musculoskeletal Research and Assessment Tool)

Scale: Absence of visible signs (Etiology: hypermobility) to the bone cortex (osteoporosis)
 Localization: location and extent of the disease (location)
 Behavior of the disease: changing extent of fluid and tissue together with the percentage during dynamic assessment (i.e. joint movement and patient symptoms)

	Normal	Increasing deposition			
Definition					関節半月
Examples					三角線維軟骨複合体
Shoulder range	Extrinsic HD				股関節部
	Intrinsic HD				肩鎖関節
AC joint					

Ann Rheum Dis. 2018;77:1195-1200.

■ CPPDの治療フローチャート



Acute or chronic / Mono or oligo-poly で治療フローが異なる

Pascart T et al. Lancet Rheumatol. 2024 Nov;6(11):e791-e804.

■ 小括3 -CPPD症-

CPPD症は多くのリウマチ性疾患のmimickerとなり得る
PMRとの鑑別に肩鎖関節の炎症・高エコーの所見が役立つかも

目次

1. リウマチ性多発筋痛症
2. RS3PE症候群
3. CPP結晶性関節炎
4. 血清反応陰性関節リウマチ

■ 高齢発症関節リウマチ (EORA)

➢ 近年、60歳代後半の高齢発症の関節リウマチの増加が報告

Kojima M, et al. Mod Rheumatol 2020;30:941.

高齢発症関節リウマチの臨床的特徴

- 急性発症が多く、炎症の程度が高い
- 大関節（肩、膝）からの症状が多い
- 血清反応陰性が多い
- リウマチ性多発筋痛症との鑑別がしばしば困難

Deal CL, et al. Arthritis Rheum. 1985;28:987.

■ 診断当初PMRと思われたEORA症例の特徴

Table 3. Qualification of each factor obtained on multivariate logistic analysis for RA diagnosis within 1 year of PMR diagnosis.

	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Accuracy (%)
RF positivity	27.8	98.1	83.3	80.3	77.8
GS≥2 of hand joints	66.7	94.4	80.0	89.5	87.5
PD≥1 of hand joints	61.1	96.3	91.7	86.3	88.9
At least one of the above three	88.9	92.6	80.0	90.3	91.7
At least two of the above three	55.6	98.1	90.9	86.9	87.5
All three of the above three	11.1	100.0	100.0	77.1	77.8

PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value.

- 診断時の関節超音波検査が行われたPMR 72例が対象
- 1年以内に診断名がEORAに変わった症例 (n=18) のEORA診断に関連する因子を解析
- RF陽性、手関節のGS≥2、PD≥1のいずれかがみられればEORAを発症する可能性が高い

Nawata M, et al. Mod Rheumatol. 2023;33(2):318-22.

■ 血清反応陰性関節リウマチとされた症例の10年後

Does early seronegative arthritis develop into rheumatoid arthritis? A 10-year observational study

K. Paalanen¹, K. Rämö², T. Rämö³, J. Aiskanen⁴, P. Hämäläinen⁵, T. Sokka¹
¹Department of Rheumatology, ²Department of Radiology, ³Central Hospital of Central Finland, ⁴Pyhäjärvi, Finland

Abstract
Objective
To investigate the 10-year clinical course of patients with seronegative arthritis with the emphasis of reclassification of diagnosis when applicable.

Methods
A total of 1000 patients including 415 seronegative cases were classified as early RA in 1997-2005 at Pyhäjärvi Rheumatology Centre and prospectively scheduled for a ten-year follow-up. Clinical data from the follow-up visits and the case reports used and including the 10-year visit or death, whichever happened earlier, were retrospectively collected and reviewed with re-classification of the cases when applicable. Diagnostic sensitivity were used.

Results
Among the 415 seronegative cases (69% women, median age at onset 50 years), 111 (26%) could be reclassified as seropositive or remitted RA. A total of 304 patients (73%) remained seronegative. At 10-year follow-up, 17 (4%) patients had been reclassified as RA, 11 (3%) as seropositive RA, 6 (2%) as seronegative RA, 10 (3%) as remitted RA, 1 (0.2%) as psoriasis arthritis, 6 (1.5%) as juvenile arthritis, 10 (2.5%) as ankylosing spondylitis, 1 (0.2%) as gout, 1 (0.2%) as osteoarthritis and 1 as osteoarthritis. The other 287 patients (69%) could not be reclassified in any clear-cut diagnosis and had features of remitted arthritis (n=41), seronegative spondyloarthritis (n=27), still RA (n=22) remained unclassified.

Conclusion
Over a 10-year follow-up period, reclassification revealed significant heterogeneity in the diagnosis of seronegative RA. Therefore, seronegative arthritis should not be treated as a homogeneous entity.

- Seronegative RAと診断 435例を10年間追跡
- 3%が血清反応陽性 or ひらん性RAに再分類
- PMR-16%, PsA-11%, OA-10%, SpA-8.7%, ReA-3.4%, 痛風-2.3%, CPPD-3.9%に再分類
- 32%は未分類関節炎

Paalanen K, et al. Clin Exp Rheumatol. 2019;37(1):37-43.

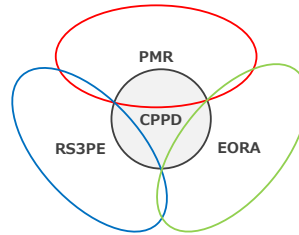
■ 小括4 -血清反応陰性関節リウマチ-

43

真の血清反応陰性関節リウマチは思っているよりも少ない

■ PMRと類縁疾患の個人的イメージ

44



➢ PMR・RS3PE・EORAの各疾患の切り分けが難しいグレーゾーンの症例がある

➢ CPPDはいずれの疾患のmimickerにもなり得る

滑液が抜ける場合は可能な限り穿刺し結晶の鏡検を行う！

演者作図

■ Take home message

45

PMRの典型像は「70歳以上の元々は元気だった高齢者が肩甲帯・骨盤帯への負荷をきっかけに四肢近位部の疼痛のため段々と体動困難に」

PMRとRS3PE症候群と高齢発症関節リウマチは境界が不明瞭鑑別に関節超音波検査が役に立つ

CPPDはどの疾患のmimickerにもなり得る

■ 宣伝：エコーハンズオンセミナー

46

The poster features an illustration of a male doctor and a female doctor. Text on the poster includes:

- ACP Japan Chapter
- 臨床現場で明日からすぐ活用できるPOCUSとしての関節・運動器エコー
- 開催日時: 2025年2月2日(日) 13:00~16:30
- 開催形式: 現地開催 + web配信(講義部分のみ)
- *オンデマンド配信あり
- *セミナー終了後、希望者で懇親会あり
- ACP(米国内科学会)日本支部 Early Career Physicians Committee (ECPC)

 A QR code is located in the bottom left corner of the poster.

ご質問への回答

■ 質問1: 他疾患の除外をどこまで行って治療するか

48

- (本来的には行うべきと思いますが) 個人的には全例の血液培養提出は行っていない
※顕著な好中球上昇や発熱などがあれば行う
- 「この病気が見つかったことをきっかけに一度は悪性腫瘍がないかの検索はしておきましょう」
→造影CT+上部消化管内視鏡検査 (+USPSTF推奨に沿って)
- PMRの蓋然性が高い症例(発症日を覚えており、その前に明らかな負荷がある、それらしいエコー所見があるなど)ではその日に治療開始

■ 質問2: リウマトイド因子陽性患者

49

- 関節滑膜炎・腱鞘滑膜炎が前面に立つようであればあまり気にせずに対応，末梢関節炎が出てこないかはfollow up
- 一度は抗CCP抗体やMPO/PR3-ANCA，甲状腺機能はみておく

■ 質問3: PSL減量で再燃を繰り返す症例

50

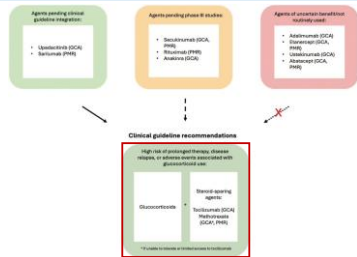
- 基本に戻って他疾患の除外を可能な限り行う
(GCA, RA, 腫瘍随伴症候群, 結晶沈着性関節炎 etc.)
- (RCTで効果は否定されたが) メトレキサートを追加
(エビデンスはないが) イグランチモドを追加
(関節リウマチとしてしまって) トシリズマブを追加 (→明らかに効く)

再発PMRへサリルマブ (ヒト化抗ヒトIL-6
モノクローナル抗体) を使用したRCT



■ 質問3: PSL減量で再燃を繰り返す症例

51



Sun MM, et al. Curr Opin Rheumatol. 2025;37(1):32-28.

■ 質問4: 血清反応陰性関節リウマチの鑑別

52

- (評価可能な医師・技師がいれば) 関節超音波検査
(いなければ) 肩関節+他の罹患関節のMRI
関節滑膜炎や腱鞘滑膜炎あり→RAらしい
腱や靭帯など関節周囲の炎症あり→PMRらしい
- (個人的に行うことはないが) FDG-PET/CT
肩関節周囲，棘突起や坐骨結節，股関節周囲→PMRらしい



■ 質問5: 片側のPMR/RS3PEはあるか？

53

- 特にRS3PEは“Remitting”とあるように，症状が出たり消えたりすることがあり，フェーズによっては片側性にみえることがある
(紹介時は全くども浮腫んでいなかったが，その後四肢末梢が浮腫みRS3PEと診断できた症例もいた)
- PMRの症例でも，「最初は右肩が痛かったんだけど，痛みが左肩に移って今は右肩は(左と比べればそこまで)痛くないよ」というケースはまずまず経験する (エコー所見も左右差があったりする)

■ 質問6: 敗血症後に発症するRS3PEはある？

54

- 個人的な経験はなく，またリウマチ医の中で聞く話ではない
GPC菌血症などで四肢を痛がつており一過性に末梢が腫脹する例に出会うことはあるが，RS3PE症候群と考えると治療した症例はいない
- TSSの経過中にRS3PE症候群と診断されたCase reportあり
- 敗血症によってIL-6やVEGFなどがupregulateされ，RS3PE症候群様の病態が起きる可能性はある

