



# 第33回 日本リウマチ学会関東支部 学術集会



## Stand United!

会期

2023年12月16日(土)

会場

パシフィコ横浜会議センター

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1

会長

持田 勇一

横浜市立大学附属市民総合医療センター  
リウマチ膠原病センター

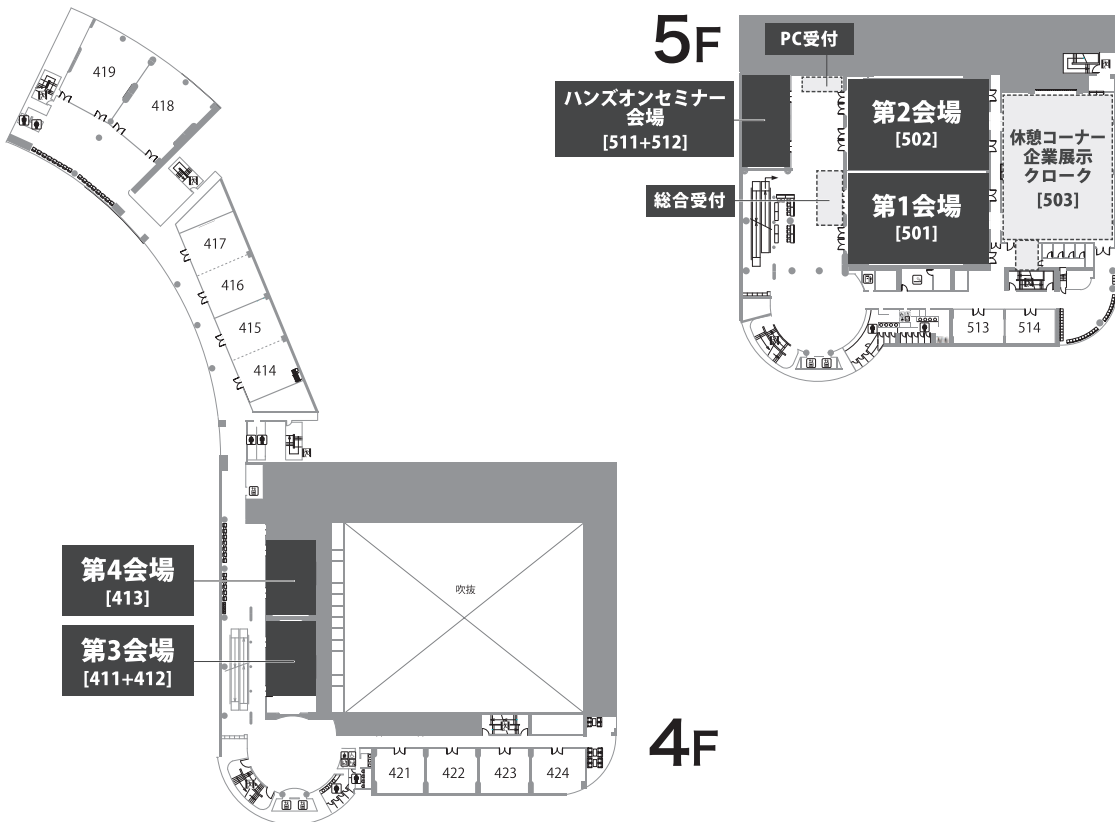
プログラム【2023年12月16日(土)】

	第1会場 501 (5F)	第2会場 502 (5F)	第3会場 411+412 (4F)	第4会場 413 (4F)	ハンズオンセミナー会場 511 + 512 (5F)	その他 424
9:00	8:50-9:00 開会式 9:00-9:50 "Stand United!" セッション1 好微球増多に伴う末梢神経障害を 考える ファシリテーター: 天野 宏一 ディスカッサント: 永田 真 海田 賢一	9:00-9:50 "Stand United!" セッション2 ループス腎炎のタンパク尿管理基準 は 0.7g/gCr でよいか? ファシリテーター: 金子 祐子 ディスカッサント: 菊池 潤 川上 貴久	9:00-9:50 "Stand United!" セッション3 間質性肺炎 (ILD) 合併関節 リウマチの管理を考える: 抗炎症療法と抗線維化療法 ファシリテーター: 有沢 和宏 ディスカッサント: 田中 彩絵 萩原 晋也	9:00-9:50 "Stand United!" セッション4 RA 関連リンパ増殖性疾患 発症後の RA 治療 ファシリテーター: 田中 栄一 ディスカッサント: 末田 半 花岡 洋成	9:00-11:50	
10:00	10:00-10:50 "Stand United!" セッション5 3剤併用療法に抵抗性の抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎 / 間質性肺疾患の 治療 (JAK 阻害薬 vs. 血漿交換療法) ファシリテーター: 佐藤 慎二 ディスカッサント: 新井 聡子 佐々木剛子	10:00-10:50 "Stand United!" セッション6 徹底討論! 関節エコーでのみ検出 される慢性炎症の診断、治療に おける意義について議論する! ファシリテーター: 大野 滋 ディスカッサント: 池田 啓 小笠原倫大	10:00-10:50 "Stand United!" セッション7 整形外科手術前後期の JAK 阻害薬の休薬と再開のタイミング ファシリテーター: 中島 新 ディスカッサント: 針金 健吾 萩原 茂生	10:00-10:50 "Stand United!" セッション8 小児リウマチ性疾患に潜る原発性免 疫不全症、免疫異常症 〜疑わしいミツはいつ〜 ファシリテーター: 森 雅夫 ディスカッサント: 野澤 智 金子 修也	エコーハンズオンセミナー 全体統括: 吉見 竜久 講師: 鈴木 毅、小倉 剛久、 峯岸 薫、近藤 泰、 三好 雄二、平原 理紗	
11:00	11:00-11:50 "Stand United!" セッション9 ANCA 関連血管炎の治療: IVCY, RTX, C5a 阻害薬の使用法 ファシリテーター: 廣村 桂樹 ディスカッサント: 倉沢 隆彦 坂入 徹	11:00-11:50 "Stand United!" セッション10 ループス腎炎において IVCY には MMF に対する 2nd line 治療以上の意義があるのか? ファシリテーター: 奥 健志 ディスカッサント: 平本 和音 有沼 良幸	11:00-11:50 "Stand United!" セッション11 クローン性通血と それに基因するリウマチ性疾患: VEXAS 症候群 ファシリテーター: 土屋 尚之 ディスカッサント: 坂田麻実子 桐野 洋平	11:00-11:50 "Stand United!" セッション12 レアケースから考える RA 足部への治療アプローチ ファシリテーター: 猪狩 諒則 ディスカッサント: 安井 哲郎 松本 卓巳		
12:00	12:00-13:00 ランチョンセミナー1 シンプルな関節リウマチ治療を 目指して 〜ワパシチニブの可能性〜 演者: 川畑 仁人 座長: 持田 勇一 共催: アッヴィ合同会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー2 リウマチ診療をアードする 〜診療スキル向上のための Tips と TNF 阻害薬の有効性〜 演者: 林 太智 座長: 保田 晋助 共催: サンセファーマ株式会社 / 田辺三菱製薬株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー3 腎機能を意識した関節リウマチの 治療戦略〜高関節リウマチ患者の 治療戦略を考える〜 演者: 花岡 洋成 座長: 望月 猛 共催: 中外製薬株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー4 進化する SLE 治療: 臨床研究の最新動向を探る 演者: 矢嶋 宣幸 座長: 奥 健志 共催: アストラゼネカ株式会社		
13:00	13:10-14:10 スポンスードセミナー1 リウマチ診療に携われた課題と リアルワールドによる治療戦略 〜Real-world data やサリルマブ 222 例の Alternative data からの 検討を含め〜 演者: 山前 正臣 座長: 山岡 邦宏 共催: 旭化成ファーマ株式会社	13:10-14:10 スポンスードセミナー2 関節リウマチにおける JAK 阻害薬の有効性と安全性 演者: 池田 啓 座長: 金子 祐子 共催: ギリアド・サイエンス株式会社 / エーザイ株式会社	13:10-14:10 スポンスードセミナー3 RA 治療における JAK 阻害薬の可能性 演者: 天野 宏一 座長: 田中 栄 共催: 日本イーライリリ株式会社	13:10-14:10 スポンスードセミナー4 *次世代抗抗体薬品への期待 〜VHh 抗体の臨床応用からわかること〜 演者: 津本 浩平 ベイクンジャーニマップに 寄り添った関節リウマチ治療 〜オゾラズマブを含め〜 演者: 吉田 智彦 座長: 亀田 秀人 共催: 大正製薬株式会社	13:10-14:40 関節注射のハンズオンセミナー① 講師: 小林 明裕、都竹 伸哉、 山田 学、針金 健吾	
15:00	14:20-15:20 一般演題1 関節リウマチ 座長: 中島 新 (O1-1 ~ O1-8)	14:20-15:20 JCR 臨床研究推進委員会教育講演 論文の書き方 演者: 中山田真吾 競争的研究資金の獲り方 演者: 矢嶋 宣幸 座長: 針金 正祥	14:20-15:20 アフタヌーンセミナー1 抗リウマチ薬の作用機序からみた関 節リウマチ治療の適正化 演者: 奥名 正隆 座長: 北 靖彦 共催: プリストル・マイヤーズスクイブ株式会社 / 小野薬品工業株式会社	14:20-15:20 アフタヌーンセミナー2 関節リウマチにおける HLA-DRB1 shared epitope を考える 演者: 廣瀬 桓 関節リウマチ発症病態における JAK 阻害薬とその有用ポイント 演者: 松本 功 座長: 佐藤 慎二 共催: ファイザー株式会社	14:50-16:20	
16:00	15:30-16:30 一般演題2 SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1 座長: 三村 俊英 (O2-1 ~ O2-7)	15:30-16:30 JCR 関東支部地域教育研修会1 リウマチ性疾患の遺伝子発現解析か らの疾患活動性と治療抵抗性 へのアプローチ 演者: 藤尾 圭志 座長: 田村 直人	15:30-16:30 アフタヌーンセミナー3 CTD-ILD 診療の今後の展望 演者: 井畑 淳 座長: 松井 利浩 共催: 日本ベーリンガーインゲルハイム 株式会社	15:30-16:30 アフタヌーンセミナー4 関節リウマチの治療戦略 〜関節超音波の有用性と合併症の 病態を踏まえた治療〜 演者: 田口 博章 座長: 河野 肇 共催: あゆみ製薬株式会社	関節注射のハンズオンセミナー② 講師: 小林 明裕、都竹 伸哉、 山田 学、針金 健吾	15:30-17:00 メディカル スタッフを対象と した RQ ブラッシュアップ ワークショップ 講師: ファシリ テーター: 矢嶋 宣幸 紙谷 可 藤井 亮
17:00	16:40-17:40 一般演題3 SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2 血管炎1 座長: 澤 直樹 (O3-1 ~ O3-7)	16:40-17:40 JCR 関東支部地域教育研修会2 整形外科医から 医療安全管理責任者へ 〜立場が変わって学んだこと〜 演者: 内山 篤文 座長: 舟久保ゆう	16:40-17:40 イブニングセミナー1 高齢 RA 患者に求められる マネージメント 演者: 望月 猛 座長: 門野 夕峰 共催: アステラス製薬株式会社	16:40-17:40 イブニングセミナー2 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の 長期治療戦略とステロイドフリー 演者: 高桑由希子 座長: 大野 滋 共催: グラクソ・スミスクライン株式会社		
18:00	17:50-18:50 一般演題4 血管炎2 座長: 駒形 嘉紀 (O4-1 ~ O4-7)	17:50-18:50 一般演題5 血管炎3 座長: 佐藤 健夫 (O5-1 ~ O5-7)	17:50-18:50 一般演題6 血管炎4・その他のリウマチ性疾患1 座長: 北村 登 (O6-1 ~ O6-7)	17:50-18:50 一般演題7 その他のリウマチ性疾患2 座長: 岸本 暢特 (O7-1 ~ O7-7)		
19:00	18:50-19:05 表彰式 / 閉会式					

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい1-1-1 TEL. 045-221-2155 (総合案内)



フロア図



# 第33回日本リウマチ学会 関東支部学術集会

## プログラム・抄録集

会 期：2023年12月16日（土）

会 場：パシフィコ横浜会議センター

会 長：持田 勇一（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

### 運営事務局

株式会社グレス

〒105-0012 東京都港区芝大門 1-16-4 第二高山ビル 6階

TEL：03-6435-9885 / FAX：03-6435-9886

E-mail：jcrkanto2023@gressco.jp

### 学術集会ホームページ

<http://gressco.jp/jcrkanto2023/>

## CONTENTS

---

会長挨拶	4	抄録	
一般社団法人 日本リウマチ学会関東支部	5	JCR 関東支部地域教育研修会	30
参加者の皆様へ	6	JCR 臨床研究推進委員会教育講演	32
座長・演者の皆様へ	7	ランチョンセミナー	34
利益相反の開示について	8	スポンサードセミナー	39
単位取得のご案内	9	アフタヌーンセミナー	44
単位を取得できる講演一覧	10	イブニングセミナー	49
プログラム	12	“Stand United!” セッション	51
		一般演題	57
		協賛企業・団体一覧	85

## 会長挨拶

2023年12月16日(土)に、第33回日本リウマチ学会関東支部学術集会をパシフィコ横浜会議センターで開催させていただきます。

人類にとって青天の霹靂だったコロナ禍も3年を経過し、世の中は「コロナウイルス感染症2019」後の新しい生活へ舵を切り始めました。今後社会はどのように変化していくのでしょうか?学会の存在意義自体も微妙に変化してくるかもしれません。そのような背景の中で今回はメインテーマを「Stand United!」としました。今まで様々な立場でリウマチ診療に携わってきた支部会員に、改めてリウマチ診療に今後協力して取り組むため、共に頑張っていこう!という意味を込めるとともに、日本リウマチ学会は元々多様な背景を持つ複合的臨床集団ですので、今一度それぞれの良さを十分に発揮して日本のリウマチ診療に寄与していこう!という意味を込めました。

本会は日本リウマチ学会の支部集会としては最大規模の伝統ある支部集会です。前回の針谷会長が様々な新しい取り組みをしていただきましたので、今回はそれを引き継ぐ部分は引継ぎ、また新たな取り組みも入れて特色ある学術総会にすべく、事務局一同準備を進めてまいりました。一日開催という時間的制約のある中で、朝から夕まで非常に内容の濃いスケジュールになりました。午前中に開催予定の“Stand United!”セッションでは関東支部運営委員の先生方を中心に、敢えて重箱の隅をつつくような話題を議論していただくこととしました。ミニJCRのような多彩な内容を目指すのではなく、非常に多様な先生方が集まっている関東支部で、1つの話題を深堀するようなディスカッションを期待しております。一方で夕方の一般演題のセッションではたくさんのご応募をいただきありがとうございました。前回同様、一般演題の中から優秀演題の表彰も行う予定です。さらに昨年好評であったエコーハンズオンセミナーと関節注射のハンズオンセミナーも継続して行う予定です。

本会を通じて、少しでも多くの将来のリウマチ学を担う人材が、関東支部より全国そして世界に羽ばたけるよう、実りある会にしていきたいと考えております。何卒よろしくご願ひ申し上げます。

第33回日本リウマチ学会関東支部学術集会

会 長 持田 勇一

(横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター)

# 一般社団法人 日本リウマチ学会関東支部

## ■関東支部代表（敬称略、順不同）

桑名 正隆（日本医科大学大学院医学研究科 アレルギー膠原病内科学分野）

門野 夕峰（埼玉医科大学病院 整形外科・脊椎外科）

（任期：2023年4月24日～2025年4月25日）

## ■関東支部運営委員

天野 宏一（埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科）

猪狩 勝則（東京女子医科大学 整形外科 リウマチ性疾患先進的集学医療寄附研究部門）

大野 滋（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

金子 祐子（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

倉沢 和宏（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）

佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

田中 栄一（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

土屋 尚之（筑波大学医学医療系 分子遺伝疫学研究室）

中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

廣村 桂樹（群馬大学大学院医学系研究科 腎臓・リウマチ内科学分野）

（任期：2021年12月11日～2023年12月17日）

# 参加者の皆様へ

## 1. 参加受付

学術集会にご参加いただくにあたり、必ず参加受付を行ってください。

場 所：パシフィコ横浜会議センター 5階 501・502 前ホワイエ

受付時間：12月16日（土） 8：00～18：00

参加費：一般（会員・非会員問わず）5,000円 ※現金のみの取り扱いとなります。

医学部生・医学研究科大学院生・臨床研修医 無料

※参加受付用紙に必要事項をご記入の上、参加費を添えて参加受付にお申し込みください。事前参加登録はございません。

※学生・大学院生の方は学生証、臨床研修医の方は所属長からの証明書（書式自由）を受付にご提示ください。

※証明書の書式は学術集会ホームページからダウンロードできます。

※証明書がない場合は、参加費（5,000円）を申し受けます。

※後日証明書を提出いただいても、参加費の返金はいたしません。

## 2. 抄録集

- ・会員の皆様には、会期前に1冊をお送りいたします。必ず学術集会当日にご持参ください。
- ・学生・臨床研修医の方には、受付にて1冊を無料でお渡しいたします。
- ・追加購入をご希望の方には、1冊1,000円にて販売いたします。（数量限定）

## 3. クローク

手荷物は利用時間内にお引き取り下さい。傘、貴重品のお預かりはできません。

場 所：パシフィコ横浜会議センター 5階 503

利用時間：12月16日（土） 8：00～19：10

## 4. 休憩コーナー・企業展示

ドリンク、お菓子などをご用意しております。是非お立ち寄りください。

場 所：パシフィコ横浜会議センター 5階 503

利用時間：12月16日（土） 8：00～18：00

## 5. ランチョンセミナーについて

お弁当をご用意いたします。整理券の配布は行いません。数量に限りがございますのでご了承ください。

## 6. その他注意事項

- ・講演会場内では、携帯電話の電源を必ず切るかマナーモードに設定してください。
- ・講演会場内での撮影・録画・録音はご遠慮ください。

# 座長・演者の皆様へ

## 1. 座長の先生方へ

- ・ご担当のセッションの開始時間 15 分前までに会場にお越しいただき、会場内右手前方の次座長席にお着き下さい。
- ・セッション開始のアナウンスはございません。定刻になりましたら、座長の先生の進行で開始をお願いいたします。
- ・進行は時間厳守でお願いいたします。
- ・一般演題の発表時間は発表時間 5 分、質疑応答 2 分です。
- ・一般演題座長の先生には下記「優秀演題賞」の選考をお願いいたします。

## 2. 優秀演題賞について

- ・本学術集会では、一般演題の各セッションから 1 名に「優秀演題賞」を授与いたします。一般演題座長の先生には当日、「優秀演題賞」の選考をお願いいたします。  
※当日、セッション開始前に、会場の運営スタッフから選考用紙をお渡しいたします。  
1 名を選考のうえ、運営スタッフにお渡しください。
- ・閉会式において優秀演題賞の表彰を行います。

## 3. 演者の先生方へ

### 1) 発表方法、PC受付、次演者席への待機

- ・発表方法は、PowerPointなどを用いた PC プレゼンテーションに限ります。
- ・セッション開始の 40 分前までに PC 受付においてデータの登録並びに出力確認を行ってください。
- ・PC 持込みの場合も、PC 受付で外部出力および動作確認を行ってください。

< PC 受付 >

場所：パシフィコ横浜会議センター 5 階 501、502 ホワイエ

受付時間：12 月 16 日（土） 8:00 ～ 18:00

- ・発表者ツールの使用はできません。
- ・ご発表時間の 15 分前までに、会場左手前方の次演者席にお着き下さい。

### 2) 発表データについて

- ・発表データは、Microsoft PowerPoint 2016、2019、2021 のいずれかで動作するように作成してください。
- ・スライドのサイズは、16:9 を推奨しております。（4:3 でもご発表は可能です。）
- ・動画は、Media Player で再生可能なものを使用してください。
- ・ファイル名は【セッション名\_氏名】としてください。  
例：一般演題 1\_リウマチ太郎

### 3) PC の持ち込みについて

- ・Mac を使用の場合は、パソコン本体をご持参ください。
- ・PC を持ち込む場合の出力端子は HDMI のみ対応しております。
- ・HDMI 出力端子が無い PC の場合は、必ず変換コネクタをご持参ください。



# 利益相反の開示について

## 1. 開示について

本学術集会での演題発表者は、利益相反の有無にかかわらず、発表時にその開示を行う必要があります。

詳細は【一般社団法人日本リウマチ学会における事業活動の利益相反（COI）に関する指針】をご確認ください。

<https://www.ryumachi-jp.com/guidance/coi/>

## 2. 開示方法

必ずタイトルスライド（スライドの1枚目）に記載してください。

スライド見本は学術集会ホームページからダウンロードできます。

## 3. 申告の対象者

筆頭発表者、及びその配偶者、一親等内の親族、生計を共にする者も含めて、演題提出時から遡り過去3年間における利益相反状態の有無を申告してください。

詳細は【一般社団法人日本リウマチ学会「事業活動の利益相反に関する指針」の細則】、をご参照ください。

<https://www.ryumachi-jp.com/pdf/COI.pdf>

## 4. 利益相反の基準

【一般社団法人日本リウマチ学会「事業活動の利益相反に関する指針」の細則】に記載の項目を基準として申告ください。

<https://www.ryumachi-jp.com/pdf/COI.pdf>

## 5. 利益相反に関するお問い合わせ

一般社団法人 日本リウマチ学会

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-9-6 浜松町エムプレスビル 3階

TEL: 03-6435-9761 / FAX: 03-6435-9762

Email: [gakkaih@ryumachi-jp.com](mailto:gakkaih@ryumachi-jp.com)

# 単位取得のご案内

## 1. 日本リウマチ学会 専門医

- ・本学術集会への参加で5単位を取得できます。
- ・専門医の方は専門医手帳をご持参ください。

## 2. 各種講演単位の申請に関するご注意

- ・単位を取得される方は次ページの一覧にてご確認ください。
- ・単位申請書は単位受付（501・502 ホワイエ）で配布いたします。単位申請をご希望の方は講演開始時刻までに、申請書を単位受付にご提出ください。
- ・講演会場へは定時に入場して下さい。途中入退場される場合は単位を取得できません。
- ・申請料の払戻しは致しませんのでご注意ください。
- ・単位を必要としない方の聴講は無料です。

## 3. 日本リウマチ学会 教育研修会

- ・教育研修会の受講で各1単位取得できます。
- ・ご希望の方は申請料(1単位につき1,000円)を添えて申請書を単位受付にご提出ください。

## 4. 日本リウマチ財団 登録医／リウマチケア専門職 教育研修会

- ・ご希望の方は申請料(1単位につき1,000円)を添えて申請書を単位受付にご提出ください。
- ・申請と引き換えに単位取得証明書をお渡しいたします。

## 5. 日本整形外科学会 教育研修会

- ・ご希望の方は申請料(1単位につき1,000円)を添えて申請書を単位受付にご提出ください。
- ・講演受講の際に日整会 IC 会員カードが必要です。会場入り口のカードリーダーで出席登録をしてください。
- ・研修医の方は、研修手帳の押印欄に「ホームページ参照」と記載してください。
- ・会員カードが手元にない場合は、「教育研修講演受講確認書」を記入いただき、単位受付までご提出をお願いいたします。

## 単位を取得できる講演一覧

時間	セッション名	演者	演題名	リウマチ学会	リウマチ財団登録医 リウマチケア	日整会
12:00～ 13:00	ランチョン セミナー 1	①川畑 仁人	シンプルな関節リウマチ治療を目指して ～ウバダシチニブの可能性～		05-277	N-6,R
	ランチョン セミナー 2	②林 太智	リウマチ診療をアートする ～診療スキル向上のための Tips と TNF 阻 害薬の有用性～		05-277	N-6,R
	ランチョン セミナー 3	③花岡 洋成	腎機能を意識した関節リウマチの治療戦略 ～高齢関節リウマチ患者の治療戦略を考える～		05-277	N-6,13,R
		③望月 猛	身体機能からみた関節リウマチ治療戦略			
ランチョン セミナー 4	④矢嶋 宣幸	進化する SLE 治療：臨床研究の最新動向を探る		05-277		
13:10～ 14:10	スポンサード セミナー 1	⑤山前 正臣	リウマチ診療に残された課題とサリルマブに よる治療戦略 ～ Real-world data やサリルマブ 222 例の Alternative data からの検討を含め～		05-278	N-6,R
	スポンサード セミナー 2	⑥池田 啓	関節リウマチにおける JAK 阻害薬の有効性 と安全性		05-278	N-6,R
	スポンサード セミナー 3	⑦天野 宏一	RA 治療における JAK 阻害薬の可能性		05-278	N-6,R
	スポンサード セミナー 4	⑧津本 浩平	"次世代型抗体医薬品"への期待 ～VHH 抗体の医療応用からわかること～		05-278	N-1,6,R
⑧吉田 智彦		ペイシエントジャーニーマップに寄り添った 関節リウマチ治療 ～オゾラリズマブを含めて～				
14:20～ 15:20	アフタヌーン セミナー 1	⑨桑名 正隆	抗リウマチ薬の作用機序からみた関節リウ マチ治療の適正化		05-279-01	N-1,6,R
	アフタヌーン セミナー 2	⑩廣瀬 恒	関節リウマチにおける HLA-DRB1 shared epitope を考える		05-279-01	N-1,6,R
⑩松本 功		関節リウマチ難治病態における JAK 阻害薬 とその有用ポイント				
15:30～ 16:30	JCR 関東支部 地域教育研修会 1	⑪藤尾 圭志	リウマチ性疾患の遺伝子発現解析からの 疾患活動性と治療抵抗性へのアプローチ	研修単位	05-276-01	
	アフタヌーン セミナー 4	⑫田口 博章	関節リウマチの治療戦略 ～関節超音波の有用性と合併症の病態を踏ま えた治療～		05-279-02	N-6,R
16:40～ 17:40	JCR 関東支部 地域教育研修会 2	⑬内山 勝文	整形外科医から医療安全管理責任者へ ー立場が変わって学んだことー	医療安全 等の単位	05-276-02	N-14-5
	イブニング セミナー 1	⑭望月 猛	高齢 RA 患者に求められるマネージメント		05-280	N-6,R

※ JCR 関東支部地域教育研修会 2 は専門医共通講習（医療安全）として認定されています

〔日本リウマチ財団 リウマチケア専門職  
看護師 [05-288K-1～5]

【認定番号】カリキュラムコード  
①②④⑤⑥⑦⑨⑩⑫ 2-1 ③⑪⑭ 2-2  
⑧ 2-1、2-2 ⑬ 3-2

薬剤師 [05-288Y-1～5]

①②④⑪⑫⑭ 2-1 ③⑩ 2-1、2-2  
⑤⑥⑦⑧⑨ 2-2 ⑬ 3-2

理学・作業療法士 [05-288R-1～5]

①②⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫ 2-1 ③ 2-1、2-3  
④ 2-2 ⑬ 3-2 ⑭ 2-3

〔日本整形外科学会の単位について〕

取得単位：N：専門医資格継続単位 R：リウマチ医資格継続単位

必須分野：[1] 整形外科基礎科学 [6]：リウマチ性疾患、感染症

[13]：リハビリテーション（理学療法、義肢装具を含む）

[14-5] 1～13 ならびに 14-1～4 に当てはまらないもの

---

# プログラム

---

9:00-9:50

“Stand United!” セッション 1 :

P.51

好酸球増多に伴う末梢神経障害を考える

ファシリテーター：天野 宏一（埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科）

ディスカッサント：永田 真（埼玉医科大学病院 呼吸器内科）

海田 賢一（埼玉医科大学総合医療センター 脳神経内科）

10:00-10:50

“Stand United!” セッション 5 :

P.53

3剤併用療法に抵抗性の抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎 / 間質性肺疾患の  
治療 (JAK 阻害薬 vs. 血漿交換療法)

ファシリテーター：佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

ディスカッサント：新井 聡子（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）

佐々木 則子（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

11:00-11:50

“Stand United!” セッション 9 :

P.55

ANCA 関連血管炎の治療：IVCY, RTX, C5a 阻害薬の使用法

ファシリテーター：廣村 桂樹（群馬大学大学院医学系研究科 腎臓・リウマチ内科学分野）

ディスカッサント：倉沢 隆彦（埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科）

坂入 徹（群馬大学医学部 腎臓・リウマチ内科）

12:00-13:00

ランチョンセミナー 1

P.34

座長：持田 勇一（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

共催：アッヴィ合同会社

LS1 シンプルな関節リウマチ治療を目指して～ウパダシニブの可能性～

聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

○川畑 仁人

13:10-14:10

## スポンサーセミナー 1

P.39

座長：山岡 邦宏（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

共催：旭化成ファーマ株式会社

- SS1 リウマチ診療に残された課題とサリルマブによる治療戦略  
～ Real-world data やサリルマブ 222 例の Alternative data からの検討含め～  
新横浜山前クリニック  
○山前 正臣

14:20-15:20

## 一般演題 1：関節リウマチ

P.57

座長：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

- O1-1 化膿性腱鞘炎・関節炎と関節リウマチの再燃に鑑別を要した 1 例  
<sup>1</sup> 亀田総合病院 卒後研修センター、<sup>2</sup> 亀田総合病院 リウマチ・膠原病内科  
○建部都志子<sup>1</sup>、小田 修宏<sup>2</sup>、大矢 直樹<sup>2</sup>、小森宏太郎<sup>2</sup>、本村 芳一<sup>2</sup>、  
木内 朝海<sup>2</sup>、葉末 亮<sup>2</sup>、六反田 諒<sup>2</sup>
- O1-2 トシリズマブ投与中の関節リウマチ患者に発症した古典的ホジキンリンパ腫型リンパ増殖性疾患の 1 例  
河北総合病院 リウマチ科  
○秋山 優弥、松本 拓実、岡井 隆広
- O1-3 潜在性結核感染症に対する化学予防後に播種性結核を発症した関節リウマチの 1 例  
<sup>1</sup> 日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup> 日本医科大学付属病院 リウマチ・膠原病内科  
○石井 昌嗣<sup>1</sup>、渡邊 晋二<sup>2</sup>、五野 貴久<sup>2</sup>、岳野 光洋<sup>1</sup>、桑名 正隆<sup>2</sup>
- O1-4 発熱、右足関節痛にて発症し、診断に至った、高齢者の末梢関節炎合併強直性脊椎炎の一例  
国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院 腎センター  
○杉本 悠、栗原 重和、大庭 悠貴、山内 真之、諏訪部達也、乳原 善文、  
澤 直樹
- O1-5 急性の両側感音難聴をきたし全聾に至った関節リウマチの一例  
昭和大学病院  
○落田 淳平、羽多野美香、小黒 奈緒、矢嶋 宣幸
- O1-6 人工膝関節置換術後に診断された血清反応陰性関節リウマチの一例  
横浜市立大学附属病院 整形外科  
○仁田原千晃、熊谷 研、崔 賢民、山田 俊介、釜田 祥史、川島 大輔、  
安部 晃生、稲葉 裕

- 01-7 橈骨遠位骨接合材料により伸筋腱断裂をきたした関節リウマチの一例  
<sup>1</sup>横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター、  
<sup>2</sup>横浜市立大学附属市民総合医療センター 整形外科、<sup>3</sup>横浜市立大学附属病院 整形外科  
 ○野村 綾子<sup>1</sup>、持田 勇一<sup>1</sup>、針金 健吾<sup>1</sup>、長岡亜紀子<sup>1</sup>、小林 直実<sup>2</sup>、  
 稲葉 裕<sup>3</sup>
- 01-8 白血病化した骨髓異形成症候群の肺胞浸潤と悪性関節リウマチによる間質性肺炎の鑑別を要した剖検例  
<sup>1</sup>順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター 膠原病内科、<sup>2</sup>順天堂大学付属順天堂医院 膠原病内科  
 ○吉田英太郎<sup>1</sup>、松平 蘭<sup>1</sup>、西 卓也<sup>1</sup>、安倍 能之<sup>2</sup>、箕輪健太郎<sup>2</sup>、  
 山路 健<sup>2</sup>、田村 直人<sup>2</sup>

15:30-16:30

**一般演題 2：SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1**

P.61

座長：三村 俊英（埼玉医科大学 リウマチ膠原病科）

- 02-1 複数の薬剤による免疫抑制治療中に進行性多巣性白質脳症を合併した SLE の 1 例  
<sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター 臨床研修センター、  
<sup>2</sup>埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科  
 ○井原 佑基<sup>1</sup>、柴田 明子<sup>2</sup>、吉永 正一<sup>2</sup>、酒井 亮太<sup>2</sup>、倉沢 隆彦<sup>2</sup>、近藤 恒夫<sup>2</sup>、  
 天野 宏一<sup>2</sup>
- 02-2 無石性胆嚢炎に続き精神神経症状で再燃した全身性エリテマトーデス（SLE）の 1 例  
<sup>1</sup>日本医科大学附属病院 リウマチ膠原病内科、<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ膠原病内科  
 ○光永 周平<sup>1,2</sup>、川端真里佐<sup>2</sup>、白井悠一郎<sup>1</sup>、五野 貴久<sup>1</sup>、岳野 光洋<sup>1,2</sup>、  
 桑名 正隆<sup>1</sup>
- 02-3 皮膚エリテマトーデスの精査中に中毒性表皮壊死症様皮疹をきたし全身性エリテマトーデスの診断に至った症例  
<sup>1</sup>慶應義塾大学 医学部、<sup>2</sup>慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科  
 ○鈴木 悠史<sup>1</sup>、鈴木 浩司<sup>2</sup>、秋山 光浩<sup>2</sup>、近藤 泰<sup>2</sup>、齋藤俊太郎<sup>2</sup>、菊池 潤<sup>2</sup>、  
 花岡 洋成<sup>2</sup>、金子 祐子<sup>2</sup>
- 02-4 全身性エリテマトーデスに伴う肺動脈性肺高血圧症に、ミコフェノール酸モフェチルを含む多剤併用療法が奏功した一例  
 東京女子医科大学 医学部 内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野  
 ○藤崎真由子、市村 裕輝、安藤 由夏、本山 亮、廣瀬 光、根田 直子、  
 岡本 祐子、勝又 康弘、川口 鎮司、針谷 正祥

- 02-5 潰瘍性大腸炎に対するゴリムマブ治療中に多様な抗体産生を背景としたループス様症候群と嚥下障害を発症した1例  
 東京大学医学部附属病院 アレルギー・リウマチ内科  
 ○山里 怜央、清水 寿顕、河野 正憲、原田 広顕、庄田 宏文、藤尾 圭志
- 02-6 SLE 加療中にループス腎炎が再燃し、難治性の podocytopathy を認めた一例  
 防衛医科大学校病院 内科学講座 膠原病アレルギー内科  
 ○清水 建、多田 堯央、草薙 恭圭、藤澤 梨花、吉田 良知、伊藤 健司
- 02-7 抗 SRP 抗体陽性免疫介在性壊死性ミオパチーと全身性強皮症のオーバーラップ症候群の一例  
 獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科  
 ○長 櫻子、池田 啓、佐藤 理華、吉田 雄飛、相澤 有紀、檜山 知佳、長谷川杏奈、深澤恵理子、宮尾 智之、田中 彩絵、新井 聡子、前澤 玲華、有馬 雅史、倉沢 和宏

16:40-17:40

**一般演題 3 : SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2、血管炎 1**

P.65

座長：澤 直樹 (虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科)

- 03-1 関節リウマチと全身性強皮症に合併した間質性肺炎に、リツキシマブが有効であった1例  
 群馬大学大学院腎臓・リウマチ内科学  
 ○伍井 友哉、佐藤 広宣、田部井彬史、中里見征央、渡辺 光治、浜谷 博子、池内 秀和、坂入 徹、金子 和光、廣村 桂樹
- 03-2 急激な筋傷害と全身性浮腫で発症し、薬剤性横紋筋融解症との鑑別を要した抗 NXP-2 抗体陽性 dermatomyositis sine dermatitis の一例  
<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属柏病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup>名古屋大学 医学部 皮膚科学教室、<sup>3</sup>国立精神・神経医療研究センター 神経研究所疾病研究第一部  
 ○峯川 えみ<sup>1</sup>、大藤 洋介<sup>1</sup>、室 慶直<sup>2</sup>、西野 一三<sup>3</sup>、浮地 太郎<sup>1</sup>
- 03-3 急速進行性間質性肺炎を合併した抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の一例  
 埼玉医科大学病院 リウマチ膠原病科  
 ○志賀野美翔、矢澤 宏晃、横田 和浩、荒木 靖人、秋山 雄次、三村 俊英
- 03-4 悪性腫瘍との関連が示唆された抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体陽性全身性強皮症の一例  
<sup>1</sup>帝京大学 医学部 内科、<sup>2</sup>帝京大学 医学部 病理診断科  
 ○竹田 七海<sup>1</sup>、井上 直紀<sup>1</sup>、中島 壘<sup>1</sup>、冨塚 崇史<sup>1</sup>、大久保麻衣<sup>1</sup>、浅子 来美<sup>1</sup>、菊地 弘敏<sup>1</sup>、河野 肇<sup>1</sup>、羽賀 敏博<sup>2</sup>、笹島ゆう子<sup>2</sup>



- 03-5 ステロイド剤が下腿皮膚潰瘍、肺高血圧症に著効した関節リウマチ合併抗中心体抗体陽性全身性強皮症の1例  
総合病院国保旭中央病院 アレルギー膠原病内科  
○伊藤 康彦<sup>1</sup>、村松 瑤紀<sup>1</sup>、杉山 隆広<sup>1</sup>、竹村 浩至<sup>1</sup>、松浦 功<sup>1</sup>、加々美新一郎<sup>1</sup>
- 03-6 MPO-ANCA 値弱陽性ながらアバコパン単剤にて腎炎の再燃なく寛解維持されている顕微鏡的多発血管炎の1例  
<sup>1</sup> 虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科、<sup>2</sup> 虎の門病院 病理診断科  
○大山 節子<sup>1</sup>、大庭 悠貴<sup>1</sup>、栗原 重和<sup>1</sup>、関根 章成<sup>1</sup>、山内 真之<sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>1</sup>、諏訪部達也<sup>1</sup>、河野 圭<sup>2</sup>、大橋 健一<sup>2</sup>、和田 健彦<sup>1</sup>、乳原 善文<sup>1</sup>、澤 直樹<sup>1</sup>
- 03-7 筋炎が主症状の顕微鏡的多発血管炎 (MPA) の1例  
<sup>1</sup> 埼玉医科大学総合医療センター 臨床研修センター、<sup>2</sup> 埼玉医科大学総合医療センター リウマチ膠原病内科  
○関 あずさ<sup>1</sup>、柴田 明子<sup>2</sup>、吉永 正一<sup>2</sup>、酒井 亮太<sup>2</sup>、倉沢 隆彦<sup>2</sup>、近藤 恒夫<sup>2</sup>、天野 宏一<sup>2</sup>

17:50-18:50

**一般演題 4：血管炎 2**

P.69

座長：駒形 嘉紀 (杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科)

- 04-1 寛解導入時のアバコパン併用で早期にグルココルチコイドを終了しえた顕微鏡的多発血管炎の1例  
横浜市立みなと赤十字病院膠原病リウマチ内科  
○楊 天芸<sup>1</sup>、中原 隆裕<sup>1</sup>、近藤 文彬<sup>1</sup>、萩山 裕之<sup>1</sup>
- 04-2 リツキシマブが奏功した顕微鏡的多発血管炎による肥厚性硬膜炎の1例  
東京慈恵会医科大学附属病院 リウマチ膠原病内科  
○守山 昌利<sup>1</sup>、伊藤 晴康<sup>1</sup>、浮地 太郎<sup>1</sup>、黒坂大太郎<sup>1</sup>
- 04-3 ベンラリズマブを含む寛解維持療法中に再燃した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に対しリツキシマブが奏効した1例  
東海大学 医学部 内科学系 リウマチ内科学  
○中島 尚子<sup>1</sup>、太田裕一朗<sup>1</sup>、大久 俊輝<sup>1</sup>、石井 晶<sup>1</sup>、杉山 麻衣<sup>1</sup>、佐々木則子<sup>1</sup>、山田 千穂<sup>1</sup>、佐藤 慎二<sup>1</sup>
- 04-4 メポリズマブ投与による好酸球性多発血管炎性肉芽腫症患者のグルココルチコイド減量効果  
北里大学医学部 膠原病・感染内科学  
○木下 菜々<sup>1</sup>、長谷川靖浩<sup>1</sup>、安藤 彬乃<sup>1</sup>、阪本 陽介<sup>1</sup>、京田 俊介<sup>1</sup>、宍戸 瑛理<sup>1</sup>、田中 知樹<sup>1</sup>、松枝 佑<sup>1</sup>、有沼 良幸<sup>1</sup>、和田 達彦<sup>1</sup>、奥 健志<sup>1</sup>、山岡 邦宏<sup>1</sup>

- 04-5 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に対し mepolizumab 治療中に肝臓に好酸球浸潤を来した一例  
<sup>1</sup> 虎の門病院 リウマチ膠原病科、<sup>2</sup> 虎の門病院 病理診断科  
 ○岸岡 歩<sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>1</sup>、原 理沙<sup>1</sup>、関根 章成<sup>1</sup>、木脇 圭一<sup>2</sup>、  
 澤 直樹<sup>1</sup>、和田 健彦<sup>1</sup>
- 04-6 顕微鏡的多発血管炎の外来治療中に排尿困難、両下肢の麻痺が出現し脊髄肥厚性硬膜炎を認めた1例  
 総合病院国保旭中央病院 アレルギー膠原病内科  
 ○村松 瑠紀、杉山 隆広、伊藤 康彦、竹村 浩至、松浦 功、加々美新一郎
- 04-7 ベンラリズマブ投与下にギラン・バレー症候群様症状で発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例  
 国立国際医療研究センター 膠原病科  
 ○若槻 実祐、桑田 亮、青崎真太郎、山地 実紗、原田 拓弥、本村 杏子、  
 中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志

## プログラム — 第2会場

9:00-9:50

### “Stand United!” セッション 2 :

P.51

#### ループス腎炎のタンパク尿管理基準は 0.7g/gCr でよいか？

ファシリテーター：金子 祐子（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

ディスカッサント：菊池 潤（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

川上 貴久（杏林大学 腎臓・リウマチ膠原病内科）

10:00-10:50

### “Stand United!” セッション 6 :

P.53

#### 徹底討論！関節エコーでのみ検出される潜在性病変の診断・治療における意義について議論する！

ファシリテーター：大野 滋（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

ディスカッサント：池田 啓（獨協医科大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

小笠原 倫大（順天堂大学医学部 膠原病内科学講座）

11:00-11:50

### “Stand United!” セッション 10 :

P.55

#### ループス腎炎において IVCY には MMF に対する 2nd line 治療以上の意義があるのか？

ファシリテーター：奥 健志（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

ディスカッサント：平本 和音（慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

有沼 良幸（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

12:00-13:00

**ランチョンセミナー 2**

P.35

座長：保田 晋助（東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科）

共催：ヤンセンファーマ株式会社 / 田辺三菱製薬株式会社

LS2 リウマチ診療をアートする～診療スキル向上のための Tips と TNF 阻害薬の有用性～

医療法人 NT クエストリウマチ膠原病内科クリニック

○林<sup>はやし</sup> 太智<sup>たいち</sup>

13:10-14:10

**スポンサードセミナー 2**

P.40

座長：金子 祐子（慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社 / エーザイ株式会社

SS2 関節リウマチにおける JAK 阻害薬の有効性と安全性

獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科

○池田<sup>いけだ</sup> 啓<sup>けい</sup>

14:20-15:20

**JCR 臨床研究推進委員会教育講演**

P.32

座長：針谷 正祥（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

CL-1 論文の書き方

産業医科大学医学部 第1内科学講座

○中山田<sup>なかやまだしんご</sup>真吾

CL-2 競争的研究資金の獲り方

昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門

○矢嶋<sup>やじま</sup> 宣幸<sup>のぶゆき</sup>

15:30-16:30

**JCR 関東支部地域教育研修会 1**

P.30

座長：田村 直人（順天堂大学医学部 膠原病内科学講座）

EL1 リウマチ性疾患の遺伝子発現解析からの疾患活動性と治療抵抗性へのアプローチ

東京大学大学院医学系研究科 内科学専攻アレルギー・リウマチ学

○藤尾<sup>ふじお</sup> 圭志<sup>けいし</sup>

16:40-17:40

## JCR 関東支部地域教育研修会 2

P.31

座長：舟久保 ゆう（埼玉医科大学医学部 リウマチ膠原病科）

- EL2 整形外科医から医療安全管理責任者へ - 立場が変わって学んだこと -  
Patient safety management officer from orthopedic surgeon  
北里大学医学部 医学教育研究開発センター 医療安全・管理学研究部門  
○内山 勝文  
うちやま かつふみ

17:50-18:50

## 一般演題 5：血管炎 3

P.73

座長：佐藤 健夫（自治医科大学内科学講座 アレルギー膠原病学部門）

- O5-1 顕微鏡的多発血管炎に合併した肺ノカルジア症と肺アスペルギルス症の混合感染の一例  
自治医科大学附属病院 アレルギー・リウマチ科  
○森川 晃平、山本翔太郎、近藤 春香、石澤 彩子、佐藤 健夫、釜田 康行、佐藤浩二郎  
もりかわ こうへい
- O5-2 リウマチ多発筋痛症＜PMR＞の治療経過中に筋炎を呈し好酸球性多発血管炎性肉芽腫症＜EGPA＞と診断した一例  
<sup>1</sup> 国立国際医療研究センター国府台病院 リウマチ・膠原病科、<sup>2</sup> 東京大学医学部附属病院 脳神経内科  
○堀中 萌<sup>1</sup>、増井 良則<sup>1</sup>、杉田 研人<sup>1</sup>、小泉 諒<sup>1</sup>、津田 尚法<sup>1</sup>、猪熊 茂子<sup>1</sup>、狩野 俊和<sup>1</sup>、久保田 暁<sup>2</sup>  
ほりなか もえ
- O5-3 肝生検にて好酸球浸潤を認める肝胆道系酵素上昇を伴った好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例  
国立国際医療研究センター病院 膠原病科  
○山崎 里紗、若槻 実祐、青崎真太郎、桑田 亮、山地 実紗、原田 拓弥、本村 杏子、中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志  
やまさき りさ
- O5-4 腹部大動脈炎と自己免疫様病態を合併し、高用量ステロイドとリツキシマブ併用で治療を行った薬剤関連 ANCA 関連血管炎の一例  
東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科  
○岡 慎平、馬場 洋行、内田 嶺花、傳田竜之介、小宮 陽仁、保田 晋助  
おか しんぺい
- O5-5 アバコバン併用・多相的寛解導入療法が奏功した重症 ANCA 関連血管炎の1例  
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 膠原病科  
○原田 拓弥、若槻 実祐、青崎真太郎、桑田 亮、山地 実紗、本村 杏子、中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志  
はらだ たくや

- O5-6 O-6 感染後の肉眼的血尿で発症し、C-ANCA 陽性の ANCA 関連血管炎であった若年男性の一例  
 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院 腎センター  
 ○杉本<sup>すぎもと</sup> 悠<sup>ひさし</sup>、栗原 重和、大庭 悠貴、山内 真之、諏訪部達也、乳原 善文、  
 澤 直樹
- O5-7 左総頸動脈瘤を合併した高安動脈炎の一例  
 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 リウマチ膠原病アレルギー内科  
 ○長尾<sup>ながお</sup> 史門<sup>しもん</sup>、本村 芳一、大矢 直樹、小森宏太郎、木内 朝海、小田 修宏、  
 葉末 亮、六反田 諒

## プログラム — 第3会場

9:00-9:50

### “Stand United!” セッション3： P.52 **間質性肺炎（ILD）合併関節リウマチの管理を考える：抗炎症療法と抗線維化療法**

ファシリテーター：倉沢 和宏（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）  
 ディスカッション：田中 彩絵（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）  
 萩原 晋也（水戸済生会総合病院 リウマチ・膠原病内科）

10:00-10:50

### “Stand United!” セッション7： P.54 **整形外科手術周術期の JAK 阻害薬の休薬と再開のタイミング**

ファシリテーター：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）  
 ディスカッション：針金 健吾（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）  
 萩原 茂生（千葉大学 整形外科）

11:00-11:50

### “Stand United!” セッション11： P.56 **クローン性造血とそれに基因するリウマチ性疾患：VEXAS 症候群**

ファシリテーター：土屋 尚之（筑波大学医学医療系 分子遺伝疫学研究室）  
 ディスカッション：坂田 麻実子（筑波大学医学医療系 血液内科）  
 桐野 洋平（横浜市立大学 血液・免疫・感染症内科）

12:00-13:00

### ランチョンセミナー 3

P.36

座長：熊谷 研（横浜市立大学医学部 運動器病態学）

共催：中外製薬株式会社

LS3-1 腎機能を意識した関節リウマチの治療戦略  
～高齢関節リウマチ患者の治療戦略を考える～  
慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科  
○花岡<sup>はなおか</sup> 洋成<sup>ひろなり</sup>

LS3-2 身体機能からみた関節リウマチ治療戦略  
鎌ヶ谷総合病院  
○望月<sup>もちづき</sup> 猛<sup>たけし</sup>

13:10-14:10

### スポンサードセミナー 3

P.41

座長：田中 栄（東京大学大学院医学系研究科 整形外科学）

共催：日本イーライリリー株式会社

SS3 RA 治療における JAK 阻害薬の可能性  
埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科  
○天野<sup>あまの</sup> 宏一<sup>こういち</sup>

14:20-15:20

### アフタヌーンセミナー 1

P.44

座長：北 靖彦（独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院 リウマチ・膠原病センター）

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 / 小野薬品工業株式会社

AS1 抗リウマチ薬の作用機序からみた関節リウマチ治療の適正化  
日本医科大学大学院医学研究科 アレルギー膠原病内科学分野  
○桑名<sup>くわな</sup> 正隆<sup>まさたか</sup>

15:30-16:30

### アフタヌーンセミナー 3

P.47

座長：松井 利浩（独立行政法人国立病院機構相模原病院臨床研究センター リウマチ性疾患研究部）

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

AS3 CTD-ILD 診療の今後の展望  
独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 膠原病・リウマチ内科  
○井畑<sup>いはた</sup> 淳<sup>あつし</sup>

16:40-17:40

## イブニングセミナー 1

P.49

座長：門野 夕峰（埼玉医科大学病院 整形外科・脊椎外科）

共催：アステラス製薬株式会社

ES1 高齢 RA 患者に求められるマネージメント

鎌ヶ谷総合病院

○望月 猛

17:50-18:50

## 一般演題 6：血管炎 4・その他のリウマチ性疾患 1

P.77

座長：北村 登（日本大学医学部 内科学系 血液膠原病内科学分野）

O6-1 非感染性心内膜炎を併存した巨細胞性動脈炎の 1 例

東京大学 医学部附属病院

○四柳 敬之、駒井 俊彦、鈴木 智博、庄田 宏文、藤尾 圭志

O6-2 潰瘍性大腸炎の寛解経過中に紫斑病性腎炎を発症した一例

筑波大学医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科

○杉田 直輝、田淵 大貴、浅島 弘充、頼 哲誼、黒田 有希、川島 朗、  
杉田 稔貴、本田 文香、大山 綾子、安部 沙織、三木 春香、萩原 晋也、  
近藤 裕也、坪井 洋人、松本 功

O6-3 細気管支炎を呈した irAE シェーグレン症候群の一例

<sup>1</sup>川崎市立井田病院 リウマチ科、<sup>2</sup>川崎市立井田病院 呼吸器内科、<sup>3</sup>川崎市立井田病院 消化器内科

○嶋貫佳奈子<sup>1</sup>、阿南 隆介<sup>1</sup>、奥 佳代<sup>1</sup>、栗原 夕子<sup>1</sup>、西尾 和三<sup>2</sup>、  
伊藤 大輔<sup>3</sup>、鈴木 貴博<sup>1</sup>

O6-4 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した VEXAS 症候群の一例

<sup>1</sup>東京医科大学八王子医療センター 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>東京医科大学八王子医療センター リウマチ性疾患治療センター、<sup>3</sup>東京医科大学八王子医療センター 皮膚科、

<sup>4</sup>東京医科大学八王子医療センター 病理診断科

○宮城 佑衣<sup>1</sup>、小林 弘<sup>2</sup>、梅林 芳弘<sup>3</sup>、中津川宗秀<sup>4</sup>、青木 昭子<sup>2</sup>

O6-5 超音波により隆起を伴う炎症性滑膜炎がみられた多中心性細網組織球症の一例

聖マリアンナ医科大学病院 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

○穂坂 聡、水島万智子、鈴木翔太郎、吉岡 耕平、殿岡久美子、大岡 正道、  
川畑 仁人

O6-6 ベーチェット病様症状を契機に診断に至ったトリソミー 8 を伴う自己炎症症候群の一例

横浜市立大学附属病院 血液・リウマチ・感染症内科

○市川 健斗、北堀 弘大、本多 主悦、濱田 直樹、副島裕太郎、仲野 寛人、  
峯岸 薫、吉見 竜介、桐野 洋平、中島 秀明

## 06-7 トシリズマブが奏効したステロイド抵抗性 TAFRO 症候群の一例

横浜市立大学附属病院 血液・リウマチ・感染症内科

○北堀<sup>きたほり</sup> 弘大<sup>こうだい</sup>、市川 健斗、本多 主悦、濱田 直樹、副島裕太郎、仲野 寛人、  
峯岸 薫、吉見 竜介、桐野 洋平、中島 秀明

## プログラム — 第4会場

9:00-9:50

## “Stand United!” セッション 4 :

P.52

## RA 関連リンパ増殖性疾患発症後の RA 治療

ファシリテーター：田中 栄一（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

ディスカッサント：本田 卓（東京女子医科大学病院 膠原病リウマチ内科）

花岡 洋成（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

10:00-10:50

## “Stand United!” セッション 8 :

P.54

小児リウマチ性疾患に潜む原発性免疫不全症・免疫異常症  
～疑うタイミングはいつ？～

ファシリテーター：森 雅亮

（聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科 /

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 生涯免疫難病学講座）

ディスカッサント：野澤 智（横浜市立大学大学院医学研究科 発生成育小児医療学）

金子 修也（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 発生活達病態学分野）

11:00-11:50

## “Stand United!” セッション 12 :

P.56

## レアケースから考える RA 足部への治療アプローチ

ファシリテーター：猪狩 勝則

（東京女子医科大学 整形外科 リウマチ性疾患先進的集学医療寄附研究部門）

ディスカッサント：安井 哲郎（帝京大学医学部附属溝口病院 整形外科）

松本 卓巳（東京大学 整形外科）



12:00-13:00

**ランチョンセミナー 4**

P.38

座長：奥 健志（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

共催：アストラゼネカ株式会社

- LS4 進化する SLE 治療：臨床研究の最新動向を探る  
 昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門  
 ○矢嶋 宣幸  
やじま のぶゆき

13:10-14:10

**スポンサードセミナー 4**

P.42

座長：亀田 秀人（東邦大学医学部 内科学講座膠原病学分野）

共催：大正製薬株式会社

- SS4-1 “次世代型抗体医薬品”への期待～VHH抗体の医療応用からわかること～  
 東京大学大学院工学系研究科 バイオエンジニアリング専攻  
 ○津本 浩平  
つもと こうへい
- SS4-2 ペイシエントジャーニーマップに寄り添った関節リウマチ治療  
 ～オゾラリズマブを含めて～  
 世田谷リウマチ膠原病クリニック  
 ○吉田 智彦  
よしだ ともひこ

14:20-15:20

**アフタヌーンセミナー 2**

P.45

座長：佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

共催：ファイザー株式会社

- AS2-1 関節リウマチにおける HLA-DRB1 shared epitope を考える  
 医療法人社団光城会ひろセクリニック  
 ○廣瀬 恒  
ひろせ わたる
- AS2-2 関節リウマチ難治病態における JAK 阻害薬とその有用ポイント  
 筑波大学医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科学  
 ○松本 功  
まつもと いさお

15:30-16:30

## アフタヌーンセミナー 4

P.48

座長：河野 肇（帝京大学医学部 リウマチ膠原病内科）

共催：あゆみ製薬株式会社

- AS4 関節リウマチの治療戦略  
～関節超音波の有用性と合併症の病態を踏まえた治療～  
川崎市立川崎病院 リウマチ膠原病・痛風センター  
○田口 博章

16:40-17:40

## イブニングセミナー 2

P.50

座長：大野 滋（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

- ES2 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の長期治療戦略とステロイドフリー  
聖マリアンナ医科大学病院 リウマチ・膠原病・アレルギー内科  
○高桑由希子

17:50-18:50

## 一般演題 7：その他のリウマチ性疾患 2

P.81

座長：岸本 暢将（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

- O7-1 両側対称性の近位指節間関節周囲の腫脹と朝のこわばりを呈し、若年性特発性関節炎と鑑別を要した Pachydermodactyly の 1 例  
<sup>1</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 リウマチ科、<sup>2</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 皮膚科、<sup>3</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 整形外科、<sup>4</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部  
○伊藤 綾香<sup>1</sup>、津野 宏隆<sup>1</sup>、矢野 裕介<sup>1</sup>、野木 真一<sup>1</sup>、宮木 春佳<sup>2</sup>、田平 敬彦<sup>3</sup>、松井 利浩<sup>4</sup>
- O7-2 木村病（軟部好酸球肉芽腫症）にシェーグレン症候群を合併した一例  
筑波大学 医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科学  
○頼 哲誼、萩原 晋也、杉田 直輝、黒田 有希、川島 朗、田淵 大貴、杉田 稔貴、本田 文香、大山 綾子、安部 沙織、浅島 弘充、近藤 裕也、坪井 洋人、松本 功
- O7-3 高安動脈炎との鑑別を要した TIPIC 症候群の一例  
横浜南共済病院 膠原病リウマチ内科  
○三木 智代、小宮 孝章、渡辺 武俊、鶴澤 侑司、五十嵐俊久、長岡 章平

- 07-4 当院における膠原病疾患合併間質性肺疾患 (CTD-ILD) に対する nintedanib (NTB) 治療の実際  
北里大学病院 膠原病感染内科  
○阪本 陽介<sup>さかもと ようすけ</sup>、田中 知樹、安藤 彬乃、木下 菜々、京田 俊介、宍戸 瑛理、長谷川靖浩、松枝 佑、有沼 良幸、和田 達彦、奥 健志、山岡 邦宏
- 07-5 IgG4 関連疾患による骨髄病変によって汎血球減少を呈した 1 例  
<sup>1</sup> 昭和大学 横浜市北部病院 内科系診療センター 内科、<sup>2</sup> 昭和大学 医学部内科学講座 リウマチ・膠原病内科学部門  
○道津 侑大<sup>みちづ ゆうた</sup><sup>1,2</sup>、石高絵里子<sup>いしかい えりこ</sup><sup>1,2</sup>、小西 典子<sup>こにし のりこ</sup><sup>1,2</sup>、西見慎一郎<sup>にしみ しんいちろう</sup><sup>1,2</sup>、三輪 裕介<sup>みづら ゆうすけ</sup><sup>1,2</sup>
- 07-6 溶血性貧血や補体低下をきたした TAFRO 症候群の一例  
<sup>1</sup> 虎の門病院 腎センター内科、<sup>2</sup> 虎の門病院病理部、<sup>3</sup> 東京医科歯科大学歯学部総合研究科人体病理学分野、<sup>4</sup> 東京山手メディカルセンターリウマチ・膠原病内科  
○吉本 雅俊<sup>よしもと まさとし</sup><sup>1</sup>、大庭 悠貴<sup>おほにわ ゆうき</sup><sup>1</sup>、井熊 大輔<sup>いぐま だいすけ</sup><sup>1</sup>、諏訪部達也<sup>すわいぶ たつや</sup><sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>はせがわ えいこ</sup><sup>1</sup>、河野 圭<sup>かの けい</sup><sup>2,3</sup>、金子 駿太<sup>かねこ しゅんた</sup><sup>4</sup>、三森 明夫<sup>みもり あきお</sup><sup>4</sup>、乳原 善文<sup>ちゆげん ぜんぶん</sup><sup>1</sup>、和田 健彦<sup>わだ けんげん</sup><sup>1</sup>、澤 直樹<sup>さわ なおき</sup><sup>1</sup>
- 07-7 Cutaneous leukocytoclastic vasculitis を併発した TAFRO 症候群の一例  
東京都立墨東病院 リウマチ膠原病科  
○仲山 達也<sup>なかつやま たつや</sup>、杉森 祐介、菅原 啓太、児玉 理恵、西川 卓治、島根 謙一

## プログラム — ハンズオンセミナー会場

9:00-11:50

### エコーハンズオンセミナー

全体統括：吉見 竜介（横浜市立大学医学部 血液・免疫・感染症内科学）

講師：鈴木 毅（日本赤十字社医療センター アレルギーリウマチ科）

小倉 剛久（東邦大学医療センター大橋病院 膠原病リウマチ科）

峯岸 薫（横浜市立大学大学院医学研究科 幹細胞免疫制御内科学）

近藤 泰（慶應義塾大学病院 リウマチ・膠原病内科）

三好 雄二（東京都立多摩総合医療センター 膠原病リウマチ内科）

平原 理紗（横浜市立大学 幹細胞免疫制御内科学）

① 13:10-14:40 ② 14:50-16:20

### 関節注射のハンズオンセミナー①②

講師：小林 明裕（相模原協同病院 整形外科）

都竹 伸哉（相模原協同病院 整形外科）

山田 学（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

針金 健吾（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

15:30-17:00

## メディカルスタッフを対象とした RQ ブラッシュアップワークショップ

講師・ファシリテーター：矢嶋 宣幸（昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門）  
紙谷 司（京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター 臨床研究教育・研修部）  
柳井 亮（昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門）

---

---

# 抄 録

---

座長：田村 直人（順天堂大学医学部 膠原病内科学講座）

[取得可能単位]

日本リウマチ学会：研修単位

日本リウマチ財団：登録医 [05-276-01]、看護師 [05-288K-4/2-2]、薬剤師 [05-288Y-4/2-1]

理学・作業療法士 [05-288R-4/2-1]

## EL1

# リウマチ性疾患の遺伝子発現解析からの 疾患活動性と治療抵抗性へのアプローチ

東京大学大学院医学系研究科 内科学専攻アレルギー・リウマチ学  
藤尾 圭志

分子標的薬の出現はリウマチ性疾患の治療を大きく進歩させ、現在なお多くの新薬の臨床試験が進んでいる。今後リウマチ専門医は多くの治療選択肢を手にするようになるが、それらをどう使いこなすかが重要な課題となると考えられる。これまでの研究により、リウマチ性疾患の層別化には、臨床情報以外にゲノム、トランスクリプトーム、免疫細胞のイミュノフェノタイプリングなどが有用であることが分かってきた。全身性エリテマトーデス（SLE）や関節リウマチ（RA）において、臓器症状や治療薬あるいは治療抵抗性と関連するパラメータの解析が進行しつつある。SLEでは、我々も含めた様々なグループの研究から、IFN経路、ミトコンドリア経路、形質細胞経路、好中球経路などの疾患活動性や臓器障害との関連が分かってきた。また我々は、臓器症状および治療薬と関連する免疫細胞と免疫経路を明らかにし、有効な治療薬はSLEの疾患活動性と関連する経路を標的にしていることを示した。難治性SLEに対してはCD19に対するCAR-T細胞療法の有効性が注目されているが、我々の解析でも特定のIGHV遺伝子を発現するメモリーB細胞がSLEDAIと強い相関を示しており、今後の治療標的となる可能性がある。SLEの再燃についてはCD8陽性T細胞のexhaustion関連遺伝子が抑制的に関連するという報告があり、今後の検証が待たれる。RAでは、滑膜のシングルセルRNAシーケンスにより、免疫細胞の構成の詳細な情報が得られつつある。サイトカイン発現と関係が強いのは滑膜線維芽細胞であるが、海外のR4RAコホートではDKK3陽性の滑膜線維芽細胞集団が治療抵抗性と関連することが報告された。一方、末梢血の解析ではRAの治療抵抗性は、感受性遺伝子であるHLA-DRを高発現する樹状細胞と関連していた。このような情報の臨床への還元にはまだ時間が必要であるが、疾患活動性や治療抵抗性の背後の免疫応答は着実に明らかになりつつある。本講演ではこのようなリウマチ性疾患の遺伝子発現解析について概説し、疾患活動性と治療抵抗性へのアプローチについて考えてみたい。

座長：舟久保 ゆう（埼玉医科大学医学部 リウマチ膠原病科）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ学会：医療安全等の単位

日本リウマチ財団：登録医 [05-276-02]、看護師 [05-288K-5/3-2]、薬剤師 [05-288Y-5/3-2]

理学・作業療法士 [05-288R-5/3-2]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [14-5] 1～13 ならびに 14-1～4 に当てはまらないもの

日本専門医機構認定共通講習：医療安全

## EL2

### 整形外科医から医療安全管理責任者へ －立場が変わって学んだこと－

## Patient safety management officer from orthopedic surgeon

北里大学医学部 医学教育研究開発センター 医療安全・管理学研究部門  
うちやま かつふみ  
内山 勝文

#### 【はじめに】

1999年に大学病院で心臓と肺の手術患者を取り違えて手術が施行された。翌月には都立病院の整形外科でリウマチ患者に対する指の滑膜切除後に、消毒液が誤注入されて患者が死亡した。その事故以来、我が国においては1999年が医療安全元年と呼ばれている。この時を境に、日本でも医療事故や医療過誤について、多くの報道がされるようになった。

私自身、整形外科医（股関節外科医）として、数多くの手術を執刀してきたが、術後早期の死亡事例を経験している。2020年5月から医療安全管理部門の室長（専従医師）、2021年7月から特定機能病院における医療安全管理責任者となり、院内における数々の事例報告を受け、原因と対策につき多職種で検討を行ってきたが、そこから得られた学びは大きい。

#### 【医療安全文化の醸成】

近年、医療の質を高めることの重要性が認識されつつある。その中で医療安全における患者安全の取り組みは重要である。安全文化の重要な4つの要素は、報告する文化、正義の（公正な）文化、柔軟な文化、学習する文化であり、これらの文化を醸成することが組織として求められる。特にインシデントレポートを記載する意義は、報告された有害事象に病院が速やかに介入することで部署横断的な適切な治療を提供できること、発生した事象を単一部門の問題ではなく、病院管轄の問題として共有できること、透明性が確保できること、報告事例が係争に発展しても病院から支援を受けることができること、院内システムの不備に対して組織的な対応が可能となることが挙げられる。

#### 【まとめ】

日本医療評価機構では2004年に法令に基づき医療事故の報告、医療事故情報収集等事業の運営を開始し医療事故の再発防止を目的として事例を収集し分析を行っている。特定機能病院や国立病院機能の病院には、医療事故情報を報告することが義務付けられており、そのほかの病院も任意で報告することができる。報告書には具体的な事例や背景要因、改善策がまとめられており他施設での事例から多くのことを学ぶことができる。本講演では、医療安全の基本を学んでいただき、皆さんの施設において安全で質の高い医療を提供するための参考していただければ幸いです。

座長：針谷 正祥（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

## CL-1

# 論文の書き方

産業医科大学医学部 第1内科学講座

なかやまだ しんご  
中山田 真吾

医学の進歩は、世界中の研究者が執筆した数多くの論文がもたらした成果である。学会発表は、新しい知見をいち早く公開する点で重要であるが、臨床経験、研究結果を論文化することはさらに重要であり、論文を書かなければ何も残らないといっても過言ではない。

論文を投稿する側だけでなく、査読する側の立場を経験することで、論文作成に役立ついくつかのコツに気付く。例えば、アブストラクト、タイトルを簡潔かつ魅力的に書くことは重要である。多忙な査読者（あるいは読者）に本文を読んでもらう可能性を高めるために、論文のエッセンスが一目でわかるようなアブストラクト、タイトルを作成したい。英文論文では、海外の査読者に正確に理解してもらうために投稿前に英文校正を依頼するべきである。

症例報告であれ原著論文であれ、研究の「新規性」は最も重視される点である。まず、PubMedなどで文献検索を行い過去に同様の研究が行われていないか、研究の新規性を確認する必要がある。イントロダクションには、先行研究で明らかにされたこと、及び、明らかにされていないことを述べながら臨床的なクリニカル・クエスチョンを明確にして研究の重要性を強調する。臨床研究では、適切な研究方法、特に適切な対照群を設定することで得られた結果から適正な結論を導くことが可能となる。結果には、客観的事実を端的に記載するようにし、ディカッションには研究の鍵となる結果を強調すべきであるが、研究結果から導かれない主張をしないことも大切である。また、研究のリミテーションは必ず記載する。

日々忙しい臨床医にとって論文執筆に割く時間は限られており、段階的に論文を作成してゆくことが必要である。方法、図、表の作成は機械的に出来るため、限られた時間内で取り組みやすい部分である。最後にディカッションを書き上げた後に、研究のストーリーを明確にしながら、アブストラクト、タイトルを付けるのが効果的な手順と思われる。

本講演では、臨床医が論文を執筆する際に参考になるかもしれないいくつかのポイントについて、発表者の経験と私見にもとづいて発表したい。



座長：針谷 正祥（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

## CL-2

### 競争的研究資金の獲り方

昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門  
やじま のぶき  
矢嶋 宣幸

研究の進行には研究資金の確保が不可欠です。近年、寄付金の減少を背景に、競争的な研究資金の取得がより重要となっています。

良質な申請書は、有意義な研究課題の提示が基本ですが、それだけではなく、視覚的な図表の利用、研究体制の工夫といったその他の要素も求められます。今回のセッションでは、効果的な申請方法のヒントを共有します。

臨床研究の領域では、卒業前後の教育カリキュラムに系統的な研究教育が含まれていないこと、公衆衛生大学院などでの臨床研究リテラシー教育への進学が少ないこと、専門家や統計家とのコラボレーションの機会不足、そして利用可能なデータベースの限られた状況など、多くの課題が存在します。このような背景を踏まえ、日本リウマチ学会は、高品質な臨床研究の推進や学会員の研究リテラシー向上、専門家の育成を目的に「臨床研究推進委員会」を設立しました。現在、JCR 総会でのシンポジウムの開催や臨床研究の集中研修、医療統計のコンサルティングなどを行っており、その成果と活動内容についても紹介いたします。

座長：持田 勇一（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-277]、看護師 [05-288K-1/2-1]、薬剤師 [05-288Y-1/2-1]

理学・作業療法士 [05-288R-1/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：アッヴィ合同会社

## LS1

# シンプルな関節リウマチ治療を目指して ～ウパダシチニブの可能性～

聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

かわはた きみと  
川畑 仁人

関節リウマチの診療は、治療薬や治療法の進歩とともにこの約20年間で大きな変化を遂げた。その結果、2000年頃は約10%程度であった寛解率が今や40～50%になっている。しかし、この間も日本は高齢化が進み、一層の治療成績の向上のためには重要な課題を乗り越える必要がある。例えば治療抵抗性例や併存症、合併症例への治療である。更に、超高齢化とともに患者の高齢化また発症高齢化が顕著であり、高齢者では寛解率もやや低いことから、これらの患者への治療の最適化も重要な課題となっている。

高齢関節リウマチ治療には併存症や合併症による治療の制限やポリファーマシー、副作用マネージメント、地域医療の中での専門的治療の進め方など様々な実地診療上の問題を多く含んでいる。このような諸問題の中で、特に近年の治療薬、特に分子標的薬の進歩を安全かつ効果的に個々の治療に反映させていくことは重要な治療選択肢となりうる。本講演では、高齢発症関節リウマチの診療実態とともに、その診療においてJAK阻害薬が果たすべき役割、特に安全性や代謝機能、ポリファーマシーに配慮した治療戦略について述べる予定である。

座長：保田 晋助（東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-277]、看護師 [05-288K-1/2-1]、薬剤師 [05-288Y-1/2-1]

理学・作業療法士 [05-288R-1/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：ヤンセンファーマ株式会社 / 田辺三菱製薬株式会社

## LS2

# リウマチ診療をアートする ～診療スキル向上のための Tips と TNF 阻害薬の有用性～

医療法人 NT クエストリウマチ膠原病内科クリニック

はやし たいち  
林 太智

関節リウマチ診療はおおよそ 20 年で大きな進歩を遂げた。2023 年現在、私たちは 4 系統 14 剤の分子標的薬とバイオシミラー、複数の従来型の抗リウマチ薬を手にしており、その組み合わせで RA はほぼ解決できると確信する。しかし、一般にはすでに寛解達成率が頭打ちになっているのも事実である。これを受けて学術的には、Difficult to treat RA (D2T-RA) の存在とその原因の解析が盛んであるが、これは問題の本質を捉えていない。できない理由を患者に求めるのではなく、できる方法をアイデアと戦略、そして診療スキルの向上に求めるべきである。

戦略はエビデンスやガイドラインそのものではなく、臨床医がこれらをもとに導き出すものである。それがなければ絵画はただの模写でしかない。ナラティブな思考ができるようになると診療に様々なアイデアが生まれ、ブラッシュアップされる。それを極めていくことはさながら芸術と言っても良いだろう。診療スキルの要諦はコミュニケーションであり、D2T-RA の最も根源的で、最大の問題である。患者と医師の双方が有するさまざまな認知バイアスが速やかな診療の実現を阻害している。その解決は「気づき」と「Shared Decision Making: SDM」にある。それぞれが問題に目を瞑ったり先送りすることなく、それぞれに主体性を持って臨むことで、合格点ではなく最高の状態、最高の絵画を描くことができる。

ゴリムマブは用量調節可能な完全ヒト型抗 TNF 阻害薬であり、さまざまな状況で使用できる関節リウマチの重要な治療選択肢の一つである。本講では、その有用性と具体的なスキルを紹介しながら、実臨床に有益な情報、治療戦略をできるだけ具体的に、そして俯瞰的に描いていきたいと思います。

座長：熊谷 研（横浜市立大学医学部 運動器病態学）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-277]、看護師 [05-288K-1/2-2]、薬剤師 [05-288Y-1/2-1・2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-1/2-1・2-3]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症 [13] リハビリテーション（理学療法，義肢装具を含む）

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：中外製薬株式会社

LS3-1

## 腎機能を意識した関節リウマチの治療戦略 ～高齢関節リウマチ患者の治療戦略を考える～

慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科

はなおか ひろなり  
花岡 洋成

関節リウマチの発症年齢は高齢化している。高齢関節リウマチでは、身体活動や移動能力が低下する。そのため疾患活動性の制御が不十分で、治療が遅れるとフレイルや寝たきりになるリスクがある。従って、高齢関節リウマチ患者の治療は可能な限り日常生活動作を保てるよう診断・治療をスピーディに進める必要がある。一方で、年齢とともに臓器予備能や薬剤代謝能が低下するため、認知力の低下によるアドヒアランスや誤内服の可能性を念頭におきながら、副作用の発現に十分注意する必要がある。さらに、自覚症状が乏しく、重篤な副作用の発見も遅れることがあるため、患者の状況に応じて投薬量をこまめに調節できる薬剤や、医療機関で投与が完了する点滴・皮下注射製剤が重宝される。特に高齢関節リウマチ患者において注意したいのは慢性腎臓病 (CKD) への進展およびその合併である。関節リウマチは健常人と比較して慢性腎臓病 (CKD) の合併率が高いことが知られ加齢とともにその頻度は上昇する。しかし活動性沈渣が出現することは稀で、緩徐に腎機能が悪化する事が多い。そのため意識的に診療しないと CKD の進展を予防する事が難しい。腎機能障害には疾患活動性に伴うものの、合併症・併存症や薬剤に起因するものなどがあり、その出現によって抗リウマチ薬の使用やその投与量の制限が生じる。特にアンカードラッグであるメトトレキサートは腎機能障害合併例では注意が必要であり、他の治療薬の併用を考慮するケースもある。さらに腎機能障害の発現に伴い、他の治療薬へのスイッチを余儀なくされる場合もある。また腎機能障害は既存の肺病変や年齢と同等の重篤感染症のリスクと考えられており、腎臓を保護しながら関節リウマチの診療をすることは重要なポイントの一つと言える。本講演では、高齢者や CKD を合併する関節リウマチの治療戦略について考察する。

座長：熊谷 研（横浜市立大学医学部 運動器病態学）

[取得可能単位]

日本リウマチ財団：登録医 [05-277]、看護師 [05-288K-1/2-2]、薬剤師 [05-288Y-1/2-1・2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-1/2-1・2-3]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症 [13] リハビリテーション（理学療法，義肢装具を含む）

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：中外製薬株式会社

## LS3-2

# 身体機能からみた関節リウマチ治療戦略

鎌ヶ谷総合病院  
もちづき たけし  
望月 猛

関節リウマチは関節炎を惹起し、関節破壊、機能障害をきたす疾患である。薬物治療では、ガイドラインやリコメンデーションにより、MTX、生物学的製剤、JAK 阻害薬などを用いた治療戦略が確立され、更新されている。JCR 診療ガイドライン 2020 では、治療目標として、疾患活動性の低下と関節破壊進行抑制とともに QOL の最大化が掲げられている。また、今回、非薬物治療のアルゴリズムも示され、身体機能維持が注視されている。身体機能の総合評価は Health Assessment Questionnaire(HAQ) スコアが幅広く使用されている。関節破壊に伴う HAQ スコアの経年的悪化が知られている。近年、健康寿命が意識され、サルコペニア、フレイル、ロコモティブシンドロームのような身体評価が注目されている。関節リウマチは身体機能低下を来たしやすい疾患であるため、既報やわれわれの研究でもサルコペニアやロコモティブシンドロームの割合が高いと報告されている。身体機能を維持するためには、薬物治療における疾患活動性の治療目標だけでなく、関節破壊や身体機能の治療目標も意識する必要がある。さらに非薬物治療である運動療法も取り入れることで、身体機能の維持につながると考えている。本講演を通して、身体機能を意識して頂けると幸いである。

座長：奥 健志（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

[取得可能単位]

日本リウマチ財団：登録医 [05-277]、看護師 [05-288K-1/2-1]、薬剤師 [05-288Y-1/2-1]  
理学・作業療法士 [05-288R-1/2-2]

共催：アストラゼネカ株式会社

## LS4

# 進化する SLE 治療：臨床研究の最新動向を探る

昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門

やじま のぶゆき  
矢嶋 宣幸

全身性エリテマトーデス (SLE) は全身のさまざまな臓器に炎症や障害を起こす自己免疫疾患である。関節、皮膚、腎臓、神経など全身臓器に障害をきたし、障害臓器により治療方法が変わり、治療のエビデンスが蓄積され、基礎的な研究でも解析が進んでいる。

近年、anifrolumab、belimumab、rituximab など新規薬剤が保険適応となり、治療のバリエーションが増え、着実に診療アウトカムが改善してきている。また、ループス腎炎に対するさまざまな分子をターゲットした phase II / III trial が実施されている。さらに、CART 療法の SLE への適応が試みられ、EULAR2023 では単回投与により長期の寛解が得られる可能性も報告された。これらの新規の治療薬に関して解説を行う。

EULAR2023 では SLE recommendation2023 が発表された。ループス腎炎に対する新たな治療薬、ループス腎炎での免疫抑制剤の使用期間などについて言及がなされた。新規に取り上げられた項目の背景となる研究を紹介し、その適切性などに触れたい。

最後に、我々が構築している SLE 多施設レジストリである LUNA レジストリから発信された研究をご紹介します。全国 23 施設から 2038 例を集積し、少量ステロイドにおける感染症発症 (2022 ART)、PSL 量と精神的健康感 (2021 ART)、罹病期間とステロイドフリーとの関連 (2022 Lupus Sci Med) などの臨床研究のご紹介と、LUNA レジストリをコアとして実施した SLE 医師患者間信頼研究についても紹介する。また、レジストリ研究の課題についてもお話する予定である。

座長：山岡 邦宏（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-278]、看護師 [05-288K-2/2-1]、薬剤師 [05-288Y-2/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-2/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：旭化成ファーマ株式会社

## SS1

# リウマチ診療に残された課題とサリルマブによる治療戦略 ～ Real-world data やサリルマブ 222 例の Alternative data からの検討含め～

新横浜山前クリニック  
やまさき まさおみ  
山前 正臣

本邦で日常診療においてサリルマブを投与できるようになって、ちょうど5年が経過します。サリルマブは IL-6R  $\alpha$  サブユニットに対する最初の完全ヒト型モノクローナル抗体製剤であるため、中和活性を持つ抗製剤抗体の発現が低いことが期待され、継続率が高い特徴を持ちます。さらにトシリズマブと同じように膜型 IL-6 受容体および可溶性 IL-6 受容体に結合しますが、IL-6 受容体に対する結合力がより高くなっています。

サリルマブの第 III 相試験では、1) MOBILITY part B(MTX-IR) において、placebo と比較して 24 週時の ACR20 達成率、16 週時の HAQ-DI の改善、52 週時の mTSS の変化のいずれの評価項目においてもサリルマブ群において有意な改善を認めました。2) TARGET 試験 (TNF 阻害剤 1 剤以上に効果不十分) では、placebo と比較して 24 週時の ACR20 達成率、12 週時の HAQ-DI 変化率のいずれの評価項目においてもサリルマブ群において有意な改善を認めました。3) MONARCH 試験 (サリルマブ単剤投与と アダリルマブ単剤投与の比較試験) では、24 週時の DAS28-ESR 改善率で有意な改善を認めました。

ところで、実臨床において我々リウマチ診療チームにはさまざまな課題が残されています。1) 格段な治療の進歩をもってしても存在する治療抵抗性の患者さん、2) 高齢者の RA 患者さん、高齢発症の RA 患者さんの治療、3) アンカードラッグである MTX を投与できない患者さん、4) 合併症を持っている患者さん、および 5) D2TRA 患者さんの治療および、6) いかにか D2TRA 患者さんを増やさないかが議論されています。さらに抗リウマチ薬の安全性プロファイルは全ての患者さんに適合するわけではなく、個々の患者さんによって異なります。これら実臨床に残された課題をもつ RA 患者さんに対して、サリルマブを用いた治療戦略の有効性を Real-world data や当院サリルマブ投与 222 例の Alternative data をもとに検討します。また安全性を配慮した効果的な投与方法についても考えます。

サリルマブが関節リウマチ診療において、ファーストバイオとしてだけでなく、これら残された課題に対する多目的な DMARD として、さらに多くの RA 患者さんの痛みや腫れをとり、関節破壊を抑制し、より充実した日常生活をおくれるようにする役割を考察します。

座長：金子 祐子（慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-278]、看護師 [05-288K-2/2-1]、薬剤師 [05-288Y-2/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-2/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社 / エーザイ株式会社

## SS2

# 関節リウマチにおける JAK 阻害薬の有効性と安全性

獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科

いげだ けい  
池田 啓

関節リウマチ（RA）の治療は、生物学的製剤の普及により進歩し、ヤヌスキナーゼ（JAK）阻害薬の登場により更に新たな局面を迎えた。より多い選択肢により、より高い診療アウトカムを目指せるようになった反面、薬剤の選択に迷う場面も多くなった。JAK 阻害薬の特性を考える場合、主な比較対象は生物学的製剤ならびに他の JAK 阻害薬となり、様々な臨床研究のデータを組み合わせて解釈する必要がある。

有効性において最も強力な判断材料となるのは、主に TNF 阻害薬と直接比較を行った head-to-head の臨床試験の結果である。RA の有効性には、疾患活動性指標とそのコンポーネント、身体機能、関節破壊抑制などが挙げられるが、それらのデータには薬剤ごとの特徴が垣間見られ、最適な薬剤選択を行うための材料になり得る。

安全性においては、治験併合解析、および数少ない安全性のための head-to-head 試験が信頼性の高い情報を提供してくれる。一方、それらが実診療を反映する保証はなく、市販後調査・レジストリ研究・データベース研究などの結果と併せて総合判断する必要がある。

他方、分子標的薬における有効性・安全性の薬剤間の差は小さい。実際には患者さんの嗜好・利便性・アドヒアランス・合併症などを加味した共有意思決定、そしてその後の丁寧なモニタリングが診療アウトカムの最大化に重要と考えられる。



座長：田中 栄（東京大学大学院医学系研究科 整形外科学）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-278]、看護師 [05-288K-2/2-1]、薬剤師 [05-288Y-2/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-2/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：日本イーライリリー株式会社

SS3

## RA 治療における JAK 阻害薬の可能性

埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科

あまの こういち  
天野 宏一

JAK 阻害薬は高い有効性が臨床試験で証明され、現在 5 剤が RA に使用可能である。しかし ORAL Surveillance 試験で、TNF 阻害薬に比べ、悪性腫瘍や主要心血管系イベント (MACE)、静脈血栓塞栓症 (VTE) の頻度が高いことが指摘され、2022 年の EULAR recommendation でも、初期 MTX に効果不十分な場合、JAK 阻害薬より生物学的製剤が優先されている。しかし、baricitinib (Smolen JS et al.: J Rheumatol 2019; 46:7-18) や upadacitinib (Fleischmann R, et al.: Ann Rheum Dis 2023; Jun 12) の臨床試験の統合解析結果、米国の実臨床の registry (Kremer JM, et al.: ACR Open Rheumatol 2021; 3: 173-184) および日本における baricitinib の市販後調査の成績 (Takagi M, et al.: Mod Rheumatol 2023; 33: 647-656) などでは、これらの有害事象が有意に増加するという結果は得られていない。これらの有害事象は、upadacitinib の多くの使用例での検討 (Burmester GR, et al.: RMD Open 2023; 9: e002735) から、薬剤自体より、年齢、喫煙、併用ステロイド、糖尿病などの合併症、悪性腫瘍の家族歴など患者背景が大きく関与していると思われる。

一方 MTX の長期使用もリンパ増殖性疾患の合併など懸念があるが、JAK 阻害薬は MTX 非併用での有効性も示されている。そこで、JAK 阻害薬と MTX との併用で長期寛解を達成した後に MTX を漸減・中止する、という戦略は、特に高齢者や合併症のある患者での polypharmacy を避け、薬剤併用の有害事象を防止する観点からも妥当な戦略と考える。

最後に、現時点では保険適用外であるが、初期からの JAK 阻害薬の使用が MTX より臨床的効果のみならず、骨破壊抑制効果や HAQ の改善効果などにおいて勝ることがすでにいくつかの臨床試験で確認されており、将来の RA 治療戦略において JAK 阻害薬の位置付けが変わる可能性も期待される。

座長：亀田 秀人（東邦大学医学部 内科学講座膠原病学分野）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-278]、看護師 [05-288K-2/2-1・2-2]、薬剤師 [05-288Y-2/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-2/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [1] 整形外科基礎科学 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：大正製薬株式会社

## SS4-1

# “次世代型抗体医薬品”への期待 ～VHH抗体の医療応用からわかること～

東京大学大学院工学系研究科 バイオエンジニアリング専攻

つもと こうへい  
津本 浩平

抗体医薬品は登場して以来、医療に多大な貢献を果たしてきた。がん領域・免疫領域を中心として数多くの抗体医薬品が上市され、各疾患における薬物治療において、従来の常識を覆すほどの素晴らしい効果を示す例も珍しくない。しかしながら、近年は抗体医薬品の標的抗原の枯渇が言われて久しく、この状況を打破するため、天然の抗体分子に新たな機能を付与した次世代型の抗体医薬品の研究開発が進められている。

次世代型の抗体医薬品とは、IgG抗体などの部分構造を活用しつつ、低分子化合物の付加、複数種類の部分構造のミックス、エンジニアリングしやすい低分子抗体の利用等、抗体工学技術をフル活用して構築される分子である。その一つとして、VHH (variable domain of heavy chain of heavy chain antibody) 抗体が注目を集めている。VHH抗体とは、ラクダ科の動物が軽鎖を持たず重鎖のみで機能する重鎖抗体を有することが発見され、その後、この重鎖抗体の可変領域を切り出して作製され開発されたものである。シングルドメインで標的に特異的に結合できる特徴がある。創薬モダリティとして見ると、血中滞留性が短い、エフェクター機能がない、結合面が小さく標的親和性が低い、などの課題はあるものの、組織浸潤性の高さ、IgGとは異なるエピトープ構造、抗体工学技術の活用の容易さなどの長所があり、新たな医薬品開発のフォーマットとして注目を集めている。

2022年12月にVHH抗体である新規TNF阻害薬オゾラリズマブが世界に先駆け国内で上市された。VHH抗体はナノボディ<sup>®</sup>分子とも呼ばれ、オゾラリズマブは2つの抗ヒトTNF $\alpha$ ナノボディ<sup>®</sup>分子と1つの抗ヒト血清アルブミン(HSA)ナノボディ<sup>®</sup>分子をもつ三量体構造のヒト化融合タンパク質であり、従来のIgG抗体の約1/4の分子サイズである約38kDaの低分子抗体である。なお抗HSAナノボディ<sup>®</sup>分子を導入することで、低分子化抗体の弱点である短い血中半減期を克服できることが、オゾラリズマブの類似抗体を用いたマウスの検討で示されている。

本セミナーでは、次世代型の抗体医薬品の今後の可能性や課題およびVHH抗体の医療応用例について日本初のヒト化ナノボディ<sup>®</sup>製剤オゾラリズマブの構造的特性を含めて概説したい。

座長：亀田 秀人（東邦大学医学部 内科学講座膠原病学分野）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-278]、看護師 [05-288K-2/2-1・2-2]、薬剤師 [05-288Y-2/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-4/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [1] 整形外科基礎科学 [6] リウマチ性疾患，感染症  
リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：大正製薬株式会社

## SS4-2

# ペイシェントジャーニーマップに寄り添った関節リウマチ治療 ～オゾラリズマブを含めて～

世田谷リウマチ膠原病クリニック

よしだ ともひこ  
吉田 智彦

関節リウマチ（RA）診療は、この20年の間で生物学的製剤、JAK阻害剤など多くの薬剤が登場し、低疾患活動性や寛解が現実的な目標となり、各学会からはガイドラインやリコメンデーションも提唱され、患者の予後も劇的に改善してきている。一方では、疾患多様性が存在するRAは、病態の進展具合、合併症、治療に対する反応性、副作用などが個々の患者により異なる疾患であり、さらに若年者から高齢者までの幅広い世代で発症するために、患者の生活の質を高く維持するために、就学/就労問題、家族、社会、精神的、経済的なことなど多くの問題を解決していく必要がある。

このため、RAは個別医療（テーラーメイド医療）を推奨すべき疾患の1つであると考えられ、実臨床においては患者の治療の希望と医療者の治療目標を一致させるために治療目標、情報、責任を患者と医療者が共有しながら治療を進める“Shared Decision Making（SDM: 協働意志決定）”の実践が求められる。

2022年12月に日本初のナノボディ<sup>®</sup>製剤として発売されたTNF阻害薬オゾラリズマブ（OZR）は国内試験であるMTX治療効果不十分のRA患者を対象とした第II/III相臨床試験（OHZORA試験）およびMTX非併用のRA患者を対象とした第III相臨床試験（NATSUZORA試験）において安全性・有効性および薬物動態が報告されている。特にOHZORA試験では、高い有効性と速やかな効果発現が示唆され、安全性に関しては既存のTNF阻害薬における安全性プロファイルと明らかな違いを示すものではなく、新たに患者背景によるサブグループ解析のデータも報告されてきており、幅広い患者を治療対象にすることができる薬剤となってきた。2023年7月には、オートインジェクターが承認されて今後は患者の注射の利便性が向上することが期待される。

本講演では、ペイシェントジャーニーに寄り添ったRA診療をする上で、OZRの特性を活かした治療のポイントを実臨床でのSDMの工夫を含めて紹介する。

座長：北 靖彦（独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院 リウマチ・膠原病センター）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-279-01]、看護師 [05-288K-3/2-1]、薬剤師 [05-288Y-3/2-2]

理学・作業療法士 [05-288R-3/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [1] 整形外科基礎科学 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 / 小野薬品工業株式会社

## AS1

# 抗リウマチ薬の作用機序からみた関節リウマチ治療の適正化

日本医科大学大学院医学研究科 アレルギー・膠原病内科学分野

くわな まさたか  
桑名 正隆

関節リウマチ（RA）治療の飛躍的な進歩には臨床的寛解を目標に薬物調整を頻繁に行う治療ストラテジーに加えて、抗リウマチ薬の中でも特にメトトレキサートに加えてバイオ製剤、JAK 阻害薬など分子標的薬が果たした役割が大きい。一方、現状でも治療に難渋して治療ゴールを維持できない例が残されており、それらに対して difficult-to-treat (D2T)-RA という用語が提案された。D2T-RA をきたす要因として、病態そのものが現状の抗リウマチ薬に抵抗性の場合もあるが、薬剤副作用や腎機能障害、呼吸器疾患などの合併症のために十分な治療強化ができないケースも多い。D2T-RA を増やさないための対策の一つとして、バイオ製剤と低分子化合物の特性の違いを理解し、個々の抗リウマチ薬の作用機序、薬物代謝、有効性エビデンス、安全性情報に基づいた適正使用により、個々の薬剤のもつポテンシャルを最大に診療に生かすことが重要である。抗リウマチ薬の治療選択肢が大きく広がっているものの、保険診療で使用可能な薬剤に限りがある中で、個々の患者における病態や合併症の評価に基づいた薬剤選択、用量・用法・投与経路の調整、安全性対策を行い、一剤一剤を大切に使用する姿勢が大切である。また、効果が十分に得られない場合も、一時無効、二次無効などそのメカニズムを考察し、その対策を行うことが望ましい。本セミナーではRA治療のさらなる適正化に役立つ情報を整理したい。

座長：佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

[取得可能単位]

日本リウマチ財団：登録医 [05-279-01]、看護師 [05-288K-3/2-1]、薬剤師 [05-288Y-3/2-1・2-2]  
理学・作業療法士 [05-288R-3/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [1] 整形外科基礎科学 [6] リウマチ性疾患，感染症  
リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：ファイザー株式会社

## AS2-1

# 関節リウマチにおける HLA-DRB1 shared epitope を考える

医療法人社団光城会ひろせクリニック  
ひろせ わたる  
廣瀬 恒

関節リウマチ (RA) は、慢性滑膜炎によって引き起こされる関節破壊を主症状とする原因不明の自己免疫疾患である。RA 発症に寄与する因子として遺伝的要因と環境要因がともに重要であり、最近のゲノムワイド解析では、100 個以上の RA 疾患感受性遺伝子座が特定されている (Okada Y, et al., Ann Rheum Dis 2019;78:446-53)。特に、HLA-DRB1 はこれまでのところ最も強力な RA の疾患感受性遺伝子である。RA に対する感受性は、DR β 鎖の第三超可変領域の 70 から 74 番目のアミノ酸配列に起因すると考えられ、shared epitope (SE) と総称されている。SE 仮説は当初、RA に対する遺伝的感受性を説明するために提案されたが、その後の研究により、SE はより重症な疾患症状の発現と関連することが明らかとなった。例えば抗 CCP 抗体価は、SE 陽性 RA 患者でより高値を示し (Van der Helm-van Mil AHM, et al., Arthritis Rheum 2006;54:1117-21)、SE コピー数は関節破壊の進行と関連する。最近の研究では、SE 以外の HLA-DRB1 の第 11 アミノ酸残基が valine の場合に、関節破壊がより進行することが明らかとなっている (Van Steenberg HW, et al., Arthritis Rheumatol 2015;67:877-86)。さらに、SE の存在は RA に対する薬剤の治療効果に影響を与える可能性が示唆され、これまでに各種の抗リウマチ薬の治療効果に与える SE の影響が報告されてきた (Oryoji K, et al., Ann Rheum Dis 2018;77:1234-6)。我々は多施設共同、縦断観察研究により 187 例のトファシチニブ使用患者 (TOF 群) と 183 例のアバタセプト使用患者 (ABT 群) において 52 週間の薬剤効果に与える SE の影響を検討した。本演題では、RA における SE の役割を概説するとともに、SE が抗リウマチ薬の有効性に及ぼす影響について我々のデータを含めて最近の知見を紹介する。

座長：佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-279-01]、看護師 [05-288K-3/2-1]、薬剤師 [05-288Y-3/2-1・2-2]  
理学・作業療法士 [05-288R-3/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [1] 整形外科基礎科学 [6] リウマチ性疾患，感染症  
リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：ファイザー株式会社

## AS2-2

# 関節リウマチ難治病態における JAK 阻害薬とその有用ポイント

筑波大学医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科学  
まつもと いさお  
松本 功

関節リウマチ（RA）治療では、早期診断のもと、寛解達成と維持を目標にし、アウトカムとして関節破壊などの構造的変化の抑制を目指す。メトトレキサート、生物学的製剤など多くの有効な薬剤が適応追加され、RA の治療成績は大きく進歩した。しかしながらまだ壁が存在し、炎症は沈静化できても、こわばりや疼痛などの自覚症状の改善が不十分なことも実臨床では遭遇し、また合併症の多い患者群に対する対応に苦慮することは多い。生物学的製剤に劣らぬ効果を持つ JAK 阻害薬が本邦で登場してすでに 10 年が経過し、RA では 5 種類の製剤が使用可能である。JAK 阻害薬はサイトカイン受容体下流のキナーゼ活性を阻害する低分子化合物で、ターゲットも多岐にわたる。また、経口薬であるメリットは大きく、医療側の指導が簡便で、患者側の負担が少ないことが考えられ、現在では潰瘍性大腸炎などへの適応も広がっている。一方、肝あるいは腎代謝であることや、細胞内シグナル伝達を広く阻害する故、安全性に関する懸念は生物学的製剤より少ないとは言えない。臨床試験と実臨床の両者を理解したうえでの適切な医療が望まれる。

本セミナーでは RA 治療において、寛解達成維持の障壁となりうるこわばりや痛み、自験例を含む多剤抵抗性因子、骨芽細胞を含む関節への影響などの最新情報をまとめ、JAK 阻害薬の特性・注意点にも触れながら RA 難治病態医療に関して概説する。

座長：松井 利浩（独立行政法人国立病院機構相模原病院臨床研究センター リウマチ性疾患研究部）

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

## AS3

# CTD-ILD 診療の今後の展望

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 膠原病・リウマチ内科  
井畑 淳

間質性肺疾患 (ILD) はリウマチ性疾患 (CTD) の主な死因のひとつであり、リウマチ医としては常に念頭におかなければならない臓器障害である。

CTD-ILD は実臨床においてしばしば遭遇するにもかかわらず診断や管理、治療開始時期、治療選択において迷うことも多い難しい病態である。CTD-ILD とひとことで言ってもその基礎疾患は多彩であり、発現様式も多様であるため標準的な治療は定めにくい。更に CTD ならではとと言っても過言ではないが、その診療過程においては他科との連携が要求され、総合的な判断が必要になる点も難易度を上昇させている。

現時点でも CTD-ILD のマネジメントには様々な問題が山積しており、その中にははっきりとした回答が得られていないものもある。

近年新しい機序の薬剤が開発された結果として、従来のようにステロイドを含む抗炎症効果を免疫抑制薬によって得るだけでなく抗線維化薬によって肺の線維化を抑制することが可能となった。また、薬剤の開発だけでなく、治療効果の検証においても免疫抑制療法では SLS I, II, III, FocuSSced, DESIRES, RECITAL trial、抗線維化療法では INBUILD, SENCIS, SLSIII, TRAIL 1 study など evidence level の高い報告が数多くあがっており、治療をどう進めるかに対する情報の欠片は提示されてきている。

これらの進歩は治療戦略を検討するにあたって助けにはなるものの、どのように情報を統合・活用し、目の前にいる患者にあてはめていくかについては迷うことも多い。本講演では診療上生じるであろう Clinical Question を想定し、それに回答しながら、現状での問題点を列記し、今後の見通しについて語ってみたい。

座長：河野 肇（帝京大学医学部 リウマチ膠原病内科）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-279-02]、看護師 [05-288K-4/2-1]、薬剤師 [05-288Y-4/2-1]

理学・作業療法士 [05-288R-4/2-1]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：あゆみ製薬株式会社

## AS4

# 関節リウマチの治療戦略 ～関節超音波の有用性と合併症の病態を踏まえた治療～

川崎市立川崎病院 リウマチ膠原病・痛風センター

たぐち ひろあき  
田口 博章

生物学的製剤や JAK 阻害剤の登場により、RA の治療目標は年々高くなっており、早期診断、早期治療、疾患活動性評価の重要性が増している。RA の発病初期は、window of opportunity と呼ばれ、治療の好機である。発症初期に十分な治療を行えば、関節破壊の進行を抑え、寛解導入の可能性が高くなるため、速やかに抗リウマチ薬による治療を開始する必要がある。2010 年に ACR と EULAR が合同で、RA の新分類基準を発表した。2010 年には、さらに、Treat to Target (T2T) という概念も発表され、RA の治療ゴールが、臨床的寛解であることが明示された。臨床的疾患活動性の指標としては、以前より、EULAR の DAS28 が用いられていたが、DAS28 で寛解基準を満たした場合でも関節破壊が進行する例が存在するため、ACR と EULAR が合同で、RA の新寛解基準を発表した。新寛解基準では、臨床的疾患活動性の指標としては、SDAI、CDAI、Boolean 法が採用された。csDMARDs、boDMARDs、bsDMARDs、tsDMARDs を、最大限有効に使用し、早期に RA を寛解へ導くことが大切である。

関節エコーにおける PDUS は、急速に発展し、RA の滑膜炎の評価法として注目されている。PDUS により、肥厚した滑膜内の異常な血流シグナルを検出することが可能で、さらに 4 段階 (0-3) の半定量評価も行える。Brown らの報告で、1 年間寛解を維持できた RA 患者において単純 X 線上、19% に進行を認めた。関節痛、関節腫脹などの臨床症状や、CRP などの検査所見や DAS28 より、強い関連が、PD シグナルと骨破壊の進行との間にみられた。PDUS は、滑膜の炎症を強く反映する検査法であると考えられる。

RA の合併症としては、間質性肺炎、腎障害、MTXLPD、PCP、B 型肝炎などが問題になる。D2TRA を増やさないためには、RA の合併症の病態を踏まえた治療が重要である。

本講演では、早期診断、早期治療、疾患活動性評価における関節超音波の有用性と、RA の合併症の病態を踏まえた治療について解説する。



座長：門野 夕峰（埼玉医科大学病院 整形外科・脊椎外科）

〔取得可能単位〕

日本リウマチ財団：登録医 [05-280]、看護師 [05-288K-5/2-2]、薬剤師 [05-288Y-5/2-1]

理学・作業療法士 [05-288R-5/2-3]

日本整形外科学会：専門医資格継続単位 [N]：必須分野 [6] リウマチ性疾患，感染症

リウマチ医資格継続単位 [R]

共催：アステラス製薬株式会社

## ES1

# 高齢 RA 患者に求められるマネジメント

鎌ヶ谷総合病院  
もちづき たけし  
望月 猛

関節リウマチにおける薬物治療は治療目標に向かって Phase1 からすすめられ、必要に応じて、治療強化を行い Phase2、Phase3 へ移行する。関節リウマチでは疾患特異的に多いとされる心血管障害、慢性腎臓病、肺疾患、感染、骨粗鬆症などがあるが、高齢者ではこれらが顕著になってくるため、治療が難渋していくことにつながりかねない。いずれの合併症も疾患活動性の抑制が悪化や発症の抑制につながるため、また、合併症の悪化は治療の難渋につながるため、私は‘先制治療’を意識して治療を行っている。

慢性腎臓病においては、本邦では一般人口においても 70 歳代では約 30%、80 歳超では 40% を超え、関節リウマチ患者ではそれ以上である。関節リウマチ患者の肺疾患も 30% 程度あるとされ、とくに RA-ILD は生命予後に影響するため、慎重に経過観察する必要がある。骨粗鬆症では閉経後、疾患特異性、ステロイドなど複数のリスク因子を有している。

薬物治療においては、ステロイド使用の是非についても議論したい。ステロイドは炎症や関節破壊に対する有効性も散見される。一方、感染症や前述の骨粗鬆症のリスクを増大させるため、使用は限定された症例にすべきである。さらに、JAK 阻害薬の使用が広まりつつあるが、使用にあたっての注意点では带状疱疹、悪性腫瘍が注視されている。また、腎機能に応じた用量設定が必要である。骨粗鬆症の薬物治療の基本的な考え方についても言及したいと考えている。

高齢 RA 患者が増えているため、その身体的特徴、治療目標、合併症の知識を得ておくことは実臨床では必要である。高齢 RA 患者に対するマネジメントとして、本講演が実臨床に役立てば幸いである。

座長：大野 滋（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

## ES2

# 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の長期治療戦略とステロイドフリー

聖マリアンナ医科大学病院 リウマチ・膠原病・アレルギー内科  
高桑 由希子<sup>たかくわ ゆきこ</sup>

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis : EGPA) は、好酸球増多を伴う全身性壊死性血管炎であり、神経病変、呼吸器病変、皮膚病変等、多彩な症状を引き起こす疾患である。MIRRA 試験により、EGPA の寛解導入療法における、抗 IL-5 抗体であるメポリズマブ (MPZ) の有効性と安全性が明らかになったが、一方で、患者背景として ANCA 陽性率が低いこと、重症例が組み込まれていないこと、寛解維持期に対する有効性や免疫抑制剤の減量効果に対するエビデンスが不足していることが課題である。そこで MIRRA 試験では得られなかったエビデンスを実臨床において検証した。

2017年6月1日～2022年5月31日に、EGPA の維持療法として、MPZ を使用した症例に対し、カルテを後方視的に調査した。再燃の定義は BVAS > 0、プレドニゾロン (PSL) や免疫抑制剤の増量または追加、EGPA の悪化に関する入院とした。結果、診断時の ANCA 陽性例陰性例ともに、MPZ は寛解維持期において PSL と免疫抑制剤の減量効果と再燃抑止効果があり、有害事象も免疫抑制剤と比較して少ない傾向にあった。また、再燃例は、全例、診断時に ANCA が陽性で且つ寛解導入療法後も ANCA が持続陽性であった。ANCA 陽性が持続している症例は、それ以外の症例より再燃率が高い可能性があるため、寛解維持期において、免疫抑制剤の併用や PSL 少量内服が必要になる可能性があることが示唆された。

上記を踏まえ、本講演では、EGPA の病態・診断とともに、実臨床のデータも含めて概説する。

## 好酸球増多に伴う末梢神経障害を考える

ファシリテーター：天野 宏一（埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科）

ディスカッサント：永田 真（埼玉医科大学病院 呼吸器内科）

海田 賢一（埼玉医科大学総合医療センター 脳神経内科）

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症は末梢神経障害を高頻度に合併し、治療後も長く感覚障害や運動障害が残ることが多く臨床的に大きな問題である。この末梢神経障害が血管炎によるか、好酸球による組織障害か、またその臨床像が多発性単神経炎（mononeuritis multiplex）か、多発性神経障害（polyneuropathy）と言うべきか、アレルギー専門家と神経の専門家を交えて discussion する。

## ループス腎炎のタンパク尿管理基準は 0.7g/gCr でよいか？

ファシリテーター：金子 祐子（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

ディスカッサント：菊池 潤（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

川上 貴久（杏林大学 腎臓・リウマチ膠原病内科）

全身性エリテマトーデスにおけるループス腎炎は、罹患率が高く予後を規定する重要な臓器病変である。治療目標は寛解達成であるが、寛解基準における尿蛋白量は、2019 年 EULAR・ERA-EDTA の提唱で 0.5-0.7g/24hr となった。また、外来では尿蛋白／クレアチニン比で推定することが多いが、24 時間畜尿との乖離も指摘されている。本セッションでは、蛋白尿管理基準について 2 名のエキスパートを中心に議論する。

## 間質性肺炎 (ILD) 合併関節リウマチの管理を考える：抗炎症療法と抗線維化療法

ファシリテーター：倉沢 和宏（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）

ディスカッサント：田中 彩絵（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）

萩原 晋也（水戸済生会総合病院 リウマチ・膠原病内科）

RA-ILD は患者の予後を決めるのみならず、治療を制限し RA 自身のコントロールも困難にする。その管理は RA 治療で重要である。ILD は炎症による肺胞障害のみならず、障害治癒の異常により進行する。前者に抗炎症療法、後者には抗線維化療法が使用される。しかし、RA-ILD は多彩な病態を示し、どのような患者に、いかなる治療を、いつ行うかは不明である。本セッションは2人の演者とともに RA-ILD の管理について考えたい。

## RA 関連リンパ増殖性疾患発症後の RA 治療

ファシリテーター：田中 栄一（東京女子医科大学医学部内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野）

ディスカッサント：本田 卓（東京女子医科大学病院 膠原病リウマチ内科）

花岡 洋成（慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科）

関節リウマチ (RA) ではリンパ腫の発症リスクが高く、標準化罹患比 (SIR) は 2～6 倍と報告されている。最近 RA 治療経過中に発症するリンパ増殖性疾患 (RA-LPD) の本邦報告例が増加している。RA に対する MTX や TNF 阻害薬などの免疫抑制療法中に発症する LPD は WHO 分類では医原性免疫不全症関連リンパ増殖性疾患に分類されている。LPD 発症後、MTX などの RA 治療の中止に伴う RA の再燃と RA 治療に関するエビデンスは十分であるとは言えず、日常診療の現場においては苦渋する例が多いのが現状である。本セッションでは、この問題点と現状における解決案を皆で共有する貴重な機会としたい。

### 3 剤併用療法に抵抗性の抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎 / 間質性肺疾患の治療 (JAK 阻害薬 vs. 血漿交換療法)

ファシリテーター：佐藤 慎二（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

ディスカッサント：新井 聡子（獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科）

佐々木 則子（東海大学医学部 内科学系 リウマチ内科学）

抗 MDA5 抗体陽性の皮膚筋炎に併発する急速進行性間質性肺疾患 (RP-ILD) に対して、早期からの大量コルチコステロイドにシクロホスファミド大量間歇静注療法 / カルシニューリン阻害薬の 2 剤併用療法が推奨されているが、同治療に対して抵抗性で予後不良の症例が存在する。本セッションでは JAK 阻害薬と血漿交換療法による治療に焦点を当てて、各治療法の RP-ILD 治療に対する有用性について発表いただき、さらなる予後改善を目指すための実践的な治療法について考えていきたい。

### 徹底討論！関節エコーでのみ検出される潜在性病変の診断・治療における意義について議論する！

ファシリテーター：大野 滋（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

ディスカッサント：池田 啓（獨協医科大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

小笠原 倫大（順天堂大学医学部 膠原病内科学講座）

関節エコーは、関節局所の炎症やダメージの検出能に優れ、触診では判断できない潜在性病変の検出に有用である。潜在性病変の存在を根拠に関節リウマチの早期診断や早期治療を行うこと、あるいはより徹底した寛解導入治療が試みられているがその有益性は必ずしも証明されていない。本セッションでは潜在性病変をいかに解釈し診断や治療に活用するかについて議論したい。

## 整形外科手術周術期の JAK 阻害薬の休薬と再開のタイミング

ファシリテーター：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

ディスカッサント：針金 健吾（横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター）

萩原 茂生（千葉大学 整形外科）

JAK 阻害薬が RA に使えるようになって 10 年が経過し、JAK 阻害薬で治療中の RA 患者に対する手術機会は徐々に増加しています。ACR/AAHKS 2022 では JAK 阻害薬は術前 3 日間の休薬、術後再開の時期については創傷治癒に問題のない 2 週間頃が推奨されていますが、この間の関節炎再燃が懸念されます。本セッションでは合併症を最小化するための JAK 阻害薬の周術期管理について議論したいと思います。整形外科以外の先生方も是非ご参加ください。

## 小児リウマチ性疾患に潜む原発性免疫不全症・免疫異常症 ～疑うタイミングはいつ？～

ファシリテーター：森 雅亮

（聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科 /

東京医科歯科大学 生涯免疫難病学講座）

ディスカッサント：野澤 智（横浜市立大学大学院医学研究科 発生成育小児医療学）

金子 修也（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 発生発達病態学分野）

膠原病・リウマチ性疾患の多くは、環境・遺伝因子によって発症する多因子疾患である。近年、全エクソン解析（WES）などの手法により、膠原病・リウマチ性疾患を合併する原発性免疫異常症（PID）の原因遺伝子が同定されるようになった。小児においては、幼少期発症例、家族歴の濃厚例、非特異的な経過をたどる症例については、遺伝子異常を想定する思考が必要となってきた。それでは、いつどの時点で、どのような症状から疑い、どのようなアプローチをすべきか？

本セッションでは、小児リウマチ性疾患でみられる免疫異常症について概説し、臨床面および検査・基礎面から本疾患の病態に迫ってみたい。

## ANCA 関連血管炎の治療：IVCY, RTX, C5a 阻害薬の使用法

ファシリテーター：廣村 桂樹（群馬大学大学院医学系研究科 腎臓・リウマチ内科学分野）

ディスカッサント：倉沢 隆彦（埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科）

坂入 徹（群馬大学医学部 腎臓・リウマチ内科）

ANCA 関連血管炎の治療では、従来のシクロホスファミド間欠静注療法（IVCY）に加えて、リツキシマブ（抗 CD20 抗体）やアバコパン（C5a 阻害薬）が導入され、治療選択肢が拡大した。また、ステロイド投与量や血漿交換に関する新たな知見も得られている。本セッションでは、重篤な急速進行性糸球体腎炎を伴う中年患者の顕微鏡的多発血管炎症例と、比較的緩徐な腎機能低下を示す高齢患者の顕微鏡的多発血管症例を取り上げ、治療方針について、2名の専門家を交えて討論を行う。

## ループス腎炎において IVCY には MMF に対する 2nd line 治療以上の意義があるのか？

ファシリテーター：奥 健志（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

ディスカッサント：平本 和音（慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科）

有沼 良幸（北里大学医学部 膠原病・感染内科学）

ループス腎炎は、SLE の機能 / 生命予後を規定する重要な合併症だが、ミコフェノール酸モフェチル（MMF）の臨床応用を一つの契機としてその予後は近年大きく改善している。

従来から用いられてきたシクロホスファミド静注療法（IVCY）は、各種ガイドラインで MMF と並び第 1 選択薬と評価されるが、主に卵巣機能障害などの合併症のため MMF に次ぐ選択肢と解釈されることも多い。しかし用量設定や投与症例の選定などを通して IVCY のより積極的で有効な投与が可能かもしれないし、MMF でも重症感染症のリスクのため用量設定に苦慮するケースがある。

このセッションでは、両薬剤の用量や投与症例における工夫を議論することでループス腎炎患者のより良い寛解導入療法について検討したい。

## クローン性造血とそれに基因するリウマチ性疾患：VEXAS 症候群

ファシリテーター：土屋 尚之（筑波大学医学医療系 分子遺伝疫学研究室）

ディスカッサント：坂田 麻実子（筑波大学医学医療系 血液内科）

桐野 洋平（横浜市立大学 血液・免疫・感染症内科）

体細胞バリエーションは、臨床現場では腫瘍との関連が重要視されてきましたが、次世代シーケンシングの発展とともに、体細胞バリエーションに基因するクローン性造血が、心血管疾患、動脈硬化性疾患など、非腫瘍性疾患のリスク・ファクターとなることが明らかになりました。リウマチ性疾患では、再発性多発軟骨炎、皮疹、クローン性造血などを伴う VEXAS 症候群が 2020 年に報告されました。企画者も 30 年以上前に皮疹、再発性多発軟骨炎を伴う骨髄異形成症候群の症例を経験しており、本症候群は決して稀ではないと思われます。

本セッションでは、血液疾患の最先端の研究を展開されている坂田麻実子先生（筑波大学血液内科学）と、本邦における多数の VEXAS 症候群の解析を報告されている桐野洋平先生（横浜市立大学血液・免疫・感染症内科学）をお招きし、クローン性造血および VEXAS 症候群の分子病態、診断、治療法等についてご紹介いただき、会場の先生方との質疑応答の時間を持ちたいと思います。

## レアケースから考える RA 足部への治療アプローチ

ファシリテーター：猪狩 勝則

（東京女子医科大学 整形外科 リウマチ性疾患先進的集学医療寄附研究部門）

ディスカッサント：安井 哲郎（帝京大学医学部附属溝口病院 整形外科）

松本 卓巳（東京大学 整形外科）

リウマチ性疾患における足部病変に対する治療では、隣接関節の状態など手技の選択において術前に考慮すべきことが多くある。本セッションでは特に高度な変形を有する具体的な症例に対して、どうアプローチしていくかについて経験豊富な先生方に解説していただくセッションとなっている。前足部、中足部、後足部それぞれについて症例提示を行う。



## 関節リウマチ

座長：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

### O1-1 化膿性腱鞘炎・関節炎と関節リウマチの再燃に鑑別を要した1例

○<sup>なてべととしこ</sup>建部都志子<sup>1</sup>、小田 修宏<sup>2</sup>、大矢 直樹<sup>2</sup>、小森宏太郎<sup>2</sup>、本村 芳一<sup>2</sup>、木内 朝海<sup>2</sup>、  
葉末 亮<sup>2</sup>、六反田 諒<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 亀田総合病院 卒後研修センター、<sup>2</sup> 亀田総合病院 リウマチ・膠原病内科

【症例】関節リウマチに対してメトトレキサート、イグランチモド、トシリズマブで低活動性を示していた69歳男性。【現病歴】来院の2か月前に漁業網で左指を受傷し、3日前から左手腫脹を自覚したため当科外来を受診した。超音波検査で左手屈筋腱鞘炎所見と左遠位橈尺関節に液体貯留を認め、腱鞘内にステロイド注射を行った。その後症状改善なく、右手関節にも腫脹が出現したため、プレドニゾロン15mgを隔日内服で開始し、血液培養を採取して帰宅となった。翌日血液培養が陽性であることが判明し、精査・加療目的に入院となった。【入院後経過】超音波ガイド下で左手屈筋腱鞘内から採取した膿性液体のグラム染色でグラム陽性球菌と白血球貪食像を認め、化膿性腱鞘炎の診断となった。菌血症に対して入院第1病日からバンコマイシンを開始し、抗リウマチ薬中止とした。第3病日には腫脹は改善傾向を示した。培養の結果、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌菌血症と判明したためセファゾリンへ変更した。4週間の抗菌薬点滴治療を行い第32病日に退院となった。入院中に造影MRIを撮像し両側手関節・腱鞘炎を認めたが骨髄炎所見は認めなかった。退院後に関節炎が増悪したため、イグランチモドを再開の上、サラゾスルファピリジンを開始した。【考察】関節リウマチの加療中に化膿性腱鞘炎・関節炎を併発した症例を経験した。関節リウマチの再燃と化膿性関節炎の鑑別について文献的考察を踏まえ報告する。

[利益相反の有無：無]

### O1-2 トシリズマブ投与中の関節リウマチ患者に発症した古典的ホジキンリンパ腫型リンパ増殖性疾患の1例

○<sup>あきやま ゆうや</sup>秋山 優弥、松本 拓実、岡井 隆広

河北総合病院 リウマチ科

【症例】73歳女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-30年関節リウマチ(RA)と診断。X-6年当院転医し、メトトレキサート(MTX)と少量プレドニゾロン(PSL)で加療継続した。X-4年11月左嗅裂に腫瘍性病変が指摘され、リンパ増殖性疾患(LPD)疑いでMTXからタクロリムス(TAC)へ変更した。薬剤変更後に腫瘍は消退した。その後、アバタセプト(ABT)+TAC+サラゾスルファピリジン(SASP)で治療した。X-2年10月トシリズマブ(TCZ)に変更。X年1月sIL-2R上昇しTAC中止、TCZ+SASP+PSL0.5mgで治療継続した。X年4月より労作時呼吸困難、下腿浮腫が出現し、全身リンパ節腫大を認めたため、当科へ入院した。【経過】頸部リンパ節針生検から古典的ホジキンリンパ腫型LPDと診断した。TCZ休薬20日経過後も発熱や倦怠感が持続したため、血液内科へ転科した。腫瘍はCD20陽性細胞が混在しており、リツキシマブ(RTX)投与を開始し、LPDの病勢は改善傾向であったが、尿路感染症から敗血症に至り死亡した。【考察】MTXとTACはRA治療中の免疫不全関連LPDの治療薬関連因子であるが、TCZとLPDの関連は明らかではなく、LPD発症後のRA治療として選択されることもある。しかしTCZ使用下においてもLPDを発症することはあり、注意深い経過観察を続けることが重要である。

[利益相反の有無：無]

## 関節リウマチ

座長：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

### 〇1-3 潜在性結核感染症に対する化学予防後に播種性結核を発症した関節リウマチの1例

〇石井 昌嗣<sup>1</sup>、渡邊 晋二<sup>2</sup>、五野 貴久<sup>2</sup>、岳野 光洋<sup>1</sup>、桑名 正隆<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 リウマチ・膠原病内科

【症例】83歳女性。X-7年に関節リウマチ(RA)を発症。家庭内暴露歴とインターフェロン $\gamma$ 遊離試験陽性より潜在性結核感染症としてX-3年のメトトレキサート(MTX)、X-2年のゴリムマブ開始時にイソニアジド(INH)予防内服をそれぞれX-3年は6ヶ月間、X-2年は8ヶ月間意欲なく行った。上記2剤でRAは低・中疾患活動性であった。X年Y月に4週間続く発熱と腹部膨満感を主訴に当科受診。CTにて大量腹水や左鎖骨上リンパ節腫脹を認め、結核、癌性腹膜炎、MTX関連リンパ増殖性疾患を鑑別とし上記2剤を中止。腹水・喀痰・尿の抗酸菌塗抹や結核菌PCR陰性。また、上下部内視鏡検査や腹水細胞診では悪性所見を認めなかった。第14病日CT上、両肺野に新規のびまん性粒状影が出現した。第25病日に施行した左鎖骨上リンパ節生検の病理にて広範な凝固壊死とFite染色陽性の菌体を認め播種性結核の暫定診断で抗結核薬4剤を開始。第46病日にリンパ節の培養から結核菌が同定され、CTでも腹水消退と肺粒状影の改善を確認。第90病日自宅退院された。RAに関してはサラゾスルファピリジンのみで低疾患活動性を維持している。【考察】本例では化学予防のアドヒアランスは良好であり、INH感受性菌であった。潜在性結核の顕性化でなく、新規の一次結核の可能性も考慮される。TNF- $\alpha$ 阻害薬使用中には化学予防後であっても1%程度に結核を発症しうることを念頭に、高リスク例では投与期間の延長を検討すべきである。

[利益相反の有無：無]

### 〇1-4 発熱、右足関節痛にて発症し、診断に至った、高齢者の末梢関節炎合併強直性脊椎炎の一例

〇杉本 悠<sup>ひさし</sup>、栗原 重和、大庭 悠貴、山内 真之、諏訪部達也、乳原 善文、澤 直樹<sup>すげもと</sup>

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院 腎センター

72歳男性。30歳より腰痛。40歳以降右足関節の疼痛、腫脹を繰り返したが経過観察で改善していた。1年前より右足関節の疼痛、腫脹が持続。抗生剤投与に不応で血液検査所見上リウマチ膠原病を示唆する所見を認めず当科初診。椎体、仙骨部CT施行し胸椎前縦靭帯骨化と仙腸関節炎の癒合を認めた。MRIで仙腸関節炎を認めた。HLAB27陰性、ぶどう膜炎や炎症性腸疾患の合併を認めなかった。足のCT、MRIで腱鞘炎と附着部の著名な骨化、足根骨の変形、癒合を認めた。以上より末梢関節炎合併強直性脊椎炎と診断。BAS-DAIは3.64であった。セクキヌマブを導入し、右足関節の疼痛、腫脹は改善した。本症例は当初、足の単関節炎として受診されたが、椎体、仙骨部CTの撮影にて末梢関節炎合併強直性脊椎炎の診断に至った。高齢者の末梢関節炎症例でも、脊椎関節炎の鑑別診断は重要であり、文献的考察と合わせて報告する。

[利益相反の有無：無]

## 関節リウマチ

座長：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

### O1-5 急性の両側感音難聴をきたし全聾に至った関節リウマチの一例

○<sup>ふきた</sup>落田 <sup>じゅんぺい</sup>淳平、羽多野美香、小黒 奈緒、矢嶋 宣幸

昭和大学病院

【症例】53歳、女性【主訴】難聴【現病歴】X-2年前にMP関節、手関節の腫脹を自覚したため、近医を受診し、RAの診断となった。当初MTXおよびサラゾスルファピリジンによる治療を受けるも寛解には至らず、薬剤調整を経て、MTX、サリプマブ、プレドニゾロンを併用し寛解維持していた。X年10月に右耳難聴と水平性眼振を認め前医受診した。右突発性難聴の診断で入院となりヒドロコルチゾンが開始されたが聴力は改善を認めなかった。その後約3週間後、左耳難聴を認め、左突発性難聴の診断で再度ヒドロコルチゾンで加療されたが全聾となった。X年11月自己免疫疾患の疑いで当院当科紹介となり同日入院となった。【臨床経過】当科受診時、両側感音性難聴に加え、右強膜炎と両手関節の腫脹を認め、リウマチ性血管炎を疑い、ステロイドパルス療法（メチルプレドニゾン500mg/日、3日間）2コース、シクロフォスファミド静注療法1コースを実施した。強膜炎、関節炎は速やかに改善認めたものの、聴力の改善は得られず、MTX、エタネルセプトを併用した。後日、他院で人工内耳埋め込み術が施行された。【考察】急速に感音難聴が進行し、免疫抑制療法が無効であったRAの1例を経験した。RAの関節外症状として内耳障害は一般的ではなく、診断や加療に難渋した稀な症例を経験したため、文献的考察を踏まえ報告する。

[利益相反の有無：無]

### O1-6 人工膝関節置換術後に診断された血清反応陰性関節リウマチの一例

○<sup>にたばらちあき</sup>仁田原千晃、熊谷 研、崔 賢民、山田 俊介、釜田 祥史、川島 大輔、  
安部 晃生、稲葉 裕

横浜市立大学附属病院 整形外科

【症例】65歳 女性【経過】60歳頃より左膝痛が出現し、変形性膝関節症の診断にて近医で保存加療が行われたが症状が改善せず、手術目的で紹介された。初診時に左膝関節の腫脹とCRP高値を認め、関節リウマチ(RA)や化膿性関節炎が疑われたが、リウマトイド因子、抗CCP抗体、関節液培養はいずれも陰性であった。関節鏡視下に行った滑膜生検組織像においては、滑膜被覆細胞は重層化し、内部に多数の形質細胞やリンパ球の浸潤がみられた。その後、人工膝関節置換術が行われ、症状は改善したが、術後8ヵ月で左肩、左肘、左手指の腫脹、疼痛が出現した。RAの診断でMTXを開始し、16mgまで増量した。MTX投与開始から2ヵ月経過しても疾患活動性のコントロールが不十分のため、GLMを導入し、さらにその7ヵ月後にSARへ変更し、寛解が得られた。【考察】臨床的にRAと他の疾患との鑑別が困難である場合には、診断目的での生検がなされるが、RAの診断に有用な特異的な組織学的マーカーは見いだされていないため、病理学的所見のみで診断することは困難な場合が多い。本症例もRAに矛盾しない病理組織像であったが、他の慢性滑膜炎でもみられる非特異的な所見のため、病理組織所見のみでは疾患の鑑別は困難であった。【結語】本症例は単関節に発症し、血清反応陰性であったため、RAの診断が困難であった。その後の経過でRAと診断し、生物学的製剤による治療が有効であった。

[利益相反の有無：無]

## 関節リウマチ

座長：中島 新（東邦大学医療センター佐倉病院 整形外科）

### 〇1-7 橈骨遠位骨接合材料により伸筋腱断裂をきたした関節リウマチの一例

〇野村 綾子<sup>1</sup>、持田 勇一<sup>1</sup>、針金 健吾<sup>1</sup>、長岡亜紀子<sup>1</sup>、小林 直実<sup>2</sup>、  
稲葉 裕<sup>3</sup>

<sup>1</sup>横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター、

<sup>2</sup>横浜市立大学附属市民総合医療センター 整形外科、

<sup>3</sup>横浜市立大学附属病院 整形外科

【症例】70歳女性、関節リウマチ（RA）

【主訴】示指のMP関節伸展障害

【現病歴】66歳時発症のRA患者。タクロリムス3mg/day、ブシラミン200mg/day、イグラチモド50mg/dayで低疾患活動性を維持していた。2022年11月に転倒し、右橈骨遠位端骨折を受傷、他院にて観血的整復固定術を施行された。2023年7月より右示指のMP関節伸展が困難であることに気づいた。8月の定期受診時に前述の症状の訴えがあり、診察上は示指総指伸筋腱（EDC2）および固有示指伸筋腱（EIP）の断裂が疑われた。陳旧性の断裂と考え、腱移植術を予定した。入院時現症では中指のMP関節伸展障害も認め、中指総指伸筋腱（EDC3）断裂が疑われた。

【術中所見】伸筋腱周囲に多量の活動性腱鞘滑膜炎を認め、EDC2,3ともに完全断裂を認めた。断裂した伸筋腱の直下には橈骨遠位端骨折に対する遠位スクリューが6mm程度突出しており、伸筋腱断裂の原因と考えられた。スクリューはエアトームで削った。EDC2,3の断裂に対し、長掌筋腱移植による再建術を施行した。

【考察】本症例は、低疾患活動性のコントロールが良好なRA患者であった。骨折術後のスクリュー突出に起因する機械的刺激に伴いEDC2,3の完全断裂をきたしたと考える。

[利益相反の有無：無]

### 〇1-8 白血病化した骨髓異形成症候群の肺胞浸潤と悪性関節リウマチによる間質性肺炎の鑑別を要した剖検例

〇吉田英太郎<sup>1</sup>、松平 蘭<sup>1</sup>、西 卓也<sup>1</sup>、安倍 能之<sup>2</sup>、箕輪健太郎<sup>2</sup>、山路 健<sup>2</sup>、  
田村 直人<sup>2</sup>

<sup>1</sup>順天堂大学附属順天堂医院 膠原病内科、<sup>2</sup>順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター 膠原病内科

【症例】76歳、女性。X-7年多関節炎、抗CCP抗体陽性から関節リウマチと診断。PSL、MTX、BUCでコントロール良好であったが、細菌性肺炎を契機にMTXとBUCは中止。その後関節症状増悪認めたため、X-6年にABTを導入し症状は改善するもX-5年にMDSを発症してABTはGLMに変更。GLM変更後に脱毛が出現してX-2年にBARIに変更した。その後、胸腰椎圧迫骨折を契機に当院へ転医。X年10月に意識障害で救急搬送となり、誤嚥性肺炎の診断で当院総合診療科に入院となった。抗生剤加療と吸痰で一時的状態は改善するも、画像上両肺気管支周囲浸潤影と肺底部すりガラス影を認めて間質性肺炎が疑われ膠原病内科に転科となった。抗生剤加療を継続したが、第10病日に酸素化悪化と意識状態悪化を認め死亡した。病理解剖では両肺に白血病細胞の浸潤を認め、間質性肺炎を疑っていた像はMDSの白血病化に伴う肺胞浸潤であることが分かった。加えて消化管や肝などの血管にフィブリノイド壊死を認め悪性関節リウマチも併存していたと考えた。【考察】RA患者のMDS発症および白血病化リスクは健常人より高いとする報告がある。本症例については、剖検により血管にフィブリノイド壊死がみられたことからMRAの診断としたが、画像所見上は間質性肺炎と白血病肺浸潤の鑑別は難しく、血液悪性腫瘍を合併したRAの肺病変の鑑別に白血病による肺浸潤も考慮する必要があると考えられた。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1

座長：三村 俊英（埼玉医科大学 リウマチ膠原病科）

### O2-1 複数の薬剤による免疫抑制治療中に進行性多巣性白質脳症を合併した SLE の 1 例

○井原 佑基<sup>1</sup>、柴田 明子<sup>2</sup>、吉永 正一<sup>2</sup>、酒井 亮太<sup>2</sup>、倉沢 隆彦<sup>2</sup>、  
近藤 恒夫<sup>2</sup>、天野 宏一<sup>2</sup>

<sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター 臨床研修センター、<sup>2</sup>埼玉医科大学総合医療センター リウマチ・膠原病内科

【症例】44歳女性【臨床経過】X-1年2月、顔面紅斑、抗核抗体陽性、抗dsDNA抗体陽性、低補体血症、ループス腎炎（ISN/RPS分類 Class 4+5-G(A)）よりSLEと診断。PSL、IVCYおよびベリムマブで寛解導入治療を行い、寛解維持治療はPSL、タクロリムス、MMF、ベリムマブで加療継続。X年3月、進行する左上下肢の脱力、運動障害を自覚。その後施行された頭部MRI上、白質に脳浮腫を伴わない高信号病変を認め、髄液検査上JCウイルス検出、成人発症の亜急性進行性の脳症であることから進行性多巣性白質脳症（PML）と診断。ステロイド以外の免疫抑制治療は中止し、入院の上PML治療ガイドライン2023を参考にメフロキンとミルタザピンを併用した。治療開始後、左上下肢脱力は改善し、MRI上の高信号領域は縮小し退院となった。【考察・結語】MMFはリウマチ性疾患の治療において頻用されるが、厚生労働省重篤副作用マニュアルにおいてPMLリスク分類class2である。本症例のような非HIV性PMLは有効な治療法がなく、免疫抑制薬の中止により宿主免疫の再構築、JCウイルスに対する免疫の賦活化が主であるが、文献的に有効性の報告のあるメフロキンとミルタザピン併用によりPMLが改善傾向にある稀な症例を経験したので報告する。

[利益相反の有無：無]

### O2-2 無石性胆嚢炎に続き精神神経症状で再燃した全身性エリテマトーデス (SLE) の 1 例

○光永 周平<sup>1,2</sup>、川端真里佐<sup>2</sup>、白井悠一郎<sup>1</sup>、五野 貴久<sup>1</sup>、岳野 光洋<sup>1,2</sup>、  
桑名 正隆<sup>1</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学附属病院 リウマチ膠原病内科、<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ膠原病内科

【症例】21歳女性、X-7年にレイノー現象、口内炎、関節炎、脱毛、血小板減少、抗核抗体陽性よりSLEと診断。抗DNA抗体（RIA）は陰性だった。プレドニゾロン（PSL）30mg/日単剤で治療開始。X-3年に当院にPSL 8mg/日で当院転院し、ヒドロキシクロロキン併用を開始し、免疫抑制薬は副作用で継続できなかった。X-2年に抗DNA抗体が陽転化し、LLDASは未達成だった。X年12月にPSL 7mg/日に減量後、発熱で入院。セフトリアキソンを開始し、感染源を検索した。第13病日、心窩部痛、嘔吐、好中球優位の白血球増多、CRP上昇に加え、造影CTで胆嚢壁の肥厚や緊満、壁内血腫を認め、無石性胆嚢炎と診断した。翌日、手袋靴下型の多発神経障害が出現し、髄液検査で蛋白細胞解離、IL-6 170 pg/mL、末梢神経伝導速度検査で正中神経、脛骨神経に軸索障害を認め、入院時の抗DNA抗体（7.5 → 16.1 IU/mL）と合わせ、SLE再燃としてメチルプレドニゾロンパルス療法、後療法PSL 50mg/日を開始した。その後、気分障害、統合失調様症状が出現し、頭部MRIは正常だったが一連の臨床経過から精神神経ループスとして向精神薬に加えてシクロホスファミド間欠静注療法6コースを施行し、再燃より6ヶ月後にLLDASを達成した。[考察]本症例は再燃時に無石性胆嚢炎に引き続いて精神神経ループスを発症した。SLEにおいて無石性胆嚢炎が活動性の初期徴候となる場合があり、その出現時に全般的な活動性評価を行うことが推奨される。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1

座長：三村 俊英（埼玉医科大学 リウマチ膠原病科）

## O2-3 皮膚エリテマトーデスの精査中に中毒性表皮壊死症様皮疹をきたし全身性エリテマトーデスの診断に至った症例

○鈴木 悠史<sup>1</sup>、鈴木 浩司<sup>2</sup>、秋山 光浩<sup>2</sup>、近藤 泰<sup>2</sup>、齋藤俊太郎<sup>2</sup>、  
菊池 潤<sup>2</sup>、花岡 洋成<sup>2</sup>、金子 祐子<sup>2</sup><sup>1</sup>慶應義塾大学 医学部、<sup>2</sup>慶應義塾大学 リウマチ・膠原病内科

【症例】69歳女性。X-3年1月に顔面の紅斑が出現したがステロイド外用で改善した。X年8月に同部位の紅斑が再燃し、皮膚生検でループスバンドテスト(LBT)が陽性だった。この際は皮膚以外の臓器障害はなく、抗核抗体は陰性で皮膚エリテマトーデス(CLE)が疑われた。しかし10月から紅斑が拡大し、3週間後には中毒性表皮壊死症(TEN)のような表皮剥離や出血を伴う状態に増悪し、精査加療目的に入院した。この間に新規の薬剤開始歴はなかった。入院時には背部、前胸部、上腕にかけて広範な発赤疼痛、表皮剥離を伴う紅斑を認めたが粘膜病変は無かった。その他発熱、脱毛、蛋白尿、低補体血症を認め、抗核抗体、抗ds-DNA抗体も陽転化していた。皮膚生検では、表皮の全層性壊死と境界部皮膚炎を伴う炎症細胞浸潤を認め、LBT陽性だった。上記からTEN様皮疹を伴うSLEと診断し、プレドニゾロン50mg/day(1mg/kg/day)とヒドロキシクロロキンの投与を開始した。治療開始後、発熱・皮膚所見・抗ds-DNA抗体・補体のいずれも速やかに改善し、外来加療に移行した。

【考察】CLEの精査中にTEN様皮疹を来した一例を経験した。SLEに合併する皮膚症状の中でTEN様の重篤な皮疹は稀であり、臨床経過や皮膚生検がTENとの鑑別に重要である。初発症状となることがあり、TEN様皮疹を見たときにSLEを鑑別に挙げる必要がある。

[利益相反の有無：無]

## O2-4 全身性エリテマトーデスに伴う肺動脈性肺高血圧症に、ミコフェノール酸モフェチルを含む多剤併用療法が奏功した一例

○藤崎真由子、市村 裕輝、安藤 由夏、本山 亮、廣瀬 光、根田 直子、  
岡本 祐子、勝又 康弘、川口 鎮司、針谷 正祥

東京女子医科大学 医学部 内科学講座 膠原病リウマチ内科学分野

【症例】30代女性

【主訴】下腿浮腫、労作時呼吸困難

【臨床経過】12年前に関節炎、白血球減少、抗dsDNA抗体陽性、抗Sm抗体陽性、抗核抗体陽性から全身性エリテマトーデス(SLE)と診断された。プレドニゾロン(PSL)20mg/日により改善し、PSL4mg/日まで減量され、低疾患活動性であった。入院3か月前より下腿浮腫、労作時呼吸困難を自覚した。2週間前より発熱、労作時呼吸困難が悪化したため当科に入院した。発熱、白血球減少、低補体血症、抗dsDNA抗体上昇よりSLEの再燃と診断された。胸部X線写真で肺動脈本幹の拡張を認め、心臓超音波検査でRVSP70.8mmHgと高値であった。右心カテーテル検査を行い、平均肺動脈圧42mmHg、肺血管抵抗7.9WUより、肺動脈性肺高血圧症(PAH)と診断された。ステロイドパルス療法後、高用量ステロイドが投与され、ミコフェノール酸モフェチル(MMF)、マシテンタン、タダラフィルが併用された。治療後、下腿浮腫、労作時呼吸困難は軽快し、治療開始1か月後のRVSPは40.8mmHgまで改善した。

【臨床的意義】全身性エリテマトーデス診療ガイドライン2019では、SLEに伴うPAHの治療は、免疫抑制療法と肺血管拡張薬の併用が推奨される。シクロホスファミド大量静注療法による卵巣機能障害が懸念される症例では、高用量ステロイドに併用する免疫抑制剤としてMMFが治療選択肢となる可能性が示唆された。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1

座長：三村 俊英（埼玉医科大学 リウマチ膠原病科）

### O2-5 潰瘍性大腸炎に対するゴリムマブ治療中に多様な抗体産生を背景としたループス様症候群と嚥下障害を発症した1例

○山里 怜央、清水 寿颯、河野 正憲、原田 広颯、庄田 宏文、藤尾 圭志

東京大学医学部附属病院 アレルギー・リウマチ内科

57歳女性。X-37年発症の潰瘍性大腸炎(UC)に対して当院大腸外科で複数回に亘る外科治療後であった。X-2年9月に関節炎が出現し炎症性腸疾患関連関節炎が疑われゴリムマブが導入された。その後関節炎は改善が得られたが、X年3月に口唇腫脹、食道浮腫が出現し、徐々に嚥下障害が進行し、内服も困難となった。手指の凍瘡様皮疹、頬部紅斑、眼瞼浮腫も出現し、X年5月に当科を初診した。汎血球減少や補体低下、抗核抗体陽性、抗ssDNA抗体陽性、直接クームス陽性、尿蛋白を認めゴリムマブによるループス様症候群と診断した。骨髓生検では血球貪食像を認め、マクロファージ活性化症候群合併と判断し、ゴリムマブは中止し高用量ステロイドによる治療を開始した。その後凍瘡様皮疹や頬部紅斑、眼瞼、口唇、食道の浮腫は徐々に改善が得られ血球数も回復したが、重度の嚥下障害は改善傾向なもの遷延した。神経筋疾患を疑い免疫学的評価を行ったところ、重症筋無力症と関連する抗AchR抗体とギラン・バレー症候群と関連が指摘されている抗Gal-C IgG抗体の陽性が確認された。神経学的評価ではいずれの疾患の典型像ではなかったものの、多様な抗体産生の結果としてこれらの免疫介在性神経疾患の局所的な側面を呈しているものと考えられた。IVIg療法も実施し最終的に嚥下障害は改善した。TNF阻害薬による自己免疫病態の誘導について文献的考察も含めて発表する。

[利益相反の有無：無]

### O2-6 SLE加療中にループス腎炎が再燃し、難治性のpodocytopathyを認めた一例

○清水 建、多田 亮央、草薙 恭圭、藤澤 梨花、吉田 良知、伊藤 健司

防衛医科大学校病院 内科学講座 膠原病アレルギー内科

【本文】49歳女性。20歳でSLE（蝶形紅斑、抗核抗体陽性、抗ds-DNA抗体陽性、リンパ球数減少など）及びループス腎炎（WHO2型）と診断された。26歳と38歳時に再燃し38歳時の腎生検結果ではISN/RPS分類3(C)型であった。近年はプレドニゾロン(PSL)5mg/日とタクロリムス3mg/日とヒドロキシクロロキンで病勢は安定していた。X年1月20日より尿の泡立ちを自覚し、他院を受診、尿蛋白3+を指摘された。30日には4kgの体重増加及び下腿浮腫を認め、当院を受診、尿蛋白19.3g/g・Cr、Alb 1.7g/dL、Cr 2.04mg/dLと急性腎障害、ネフローゼ症候群の診断で入院となった。ループス腎炎再燃として、3日間のステロイドパルス療法およびPSL 50mg (1mg/kg/日)で後療法を行った。腎生検結果ではISN/RPS分類3(A/C)型のループス腎炎の所見に加えて、新規にpodocytopathyを認め、蛋白尿の原因と考えられた。ステロイドの反応性が不良で高度血管内脱水を呈したため、アルブミン製剤を補充しつつミコフェノール酸モフェチルとベリムマブを追加し、尿蛋白や全身浮腫は改善を認めた。3月13日に不完全寛解1型を達成し退院となった。

【考察】Lupus podocytopathyはループス腎炎の約1%と稀な病態とされるが、今回難治性のLupus podocytopathyを経験したため報告する。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 1

座長：三村 俊英（埼玉医科大学 リウマチ膠原病科）

### O2-7 抗SRP抗体陽性免疫介在性壊死性ミオパチーと全身性強皮症のオーバーラップ症候群の一例

- 長 <sup>ちよう</sup> 櫻子、池田 <sup>さくらこ</sup> 啓、佐藤 理華、吉田 雄飛、相澤 有紀、檜山 知佳、  
長谷川杏奈、深澤恵理子、宮尾 智之、田中 彩絵、新井 聡子、前澤 玲華、  
有馬 雅史、倉沢 和宏

獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科

【症例】76歳女性。X-2年3月にCK 200 U/Lと高値を認めていた。その後通院せず、X年1月より下肢筋力低下、5月に嚥下障害、6月には起立が困難となり前医入院となった。四肢近位筋優位の筋力低下、嚥下機能障害、Gottron丘疹、CK 4290 U/L、大腿MRIでSTIR高信号を認め、皮膚筋炎としてステロイドパルス、後療法プレドニゾロン（PSL）60 mg + タクロリムス 3 mg が開始された。症状増悪なく経過したが抗SRP抗体陽性が判明し、精査のため同年7月に当院転院となった。皮膚硬化はないが、爪郭毛細血管異常、Raynaud現象、食道拡張、間質性肺炎、抗核抗体320倍（Discrete-Speckled型）を認めたことから全身性強皮症の併発を疑った。筋病理にて壊死性ミオパチーに矛盾しない所見と合わせ、抗SRP抗体陽性免疫介在性壊死性ミオパチー（anti-SRP iNM）と全身性強皮症のオーバーラップ症候群と診断した。寛解導入療法としてリツキシマブを併用し、PSL 40 mgまで漸減したが再燃なく経過し、第29病日にリハビリテーション目的に転院となった。【結語】抗SRP抗体陽性免疫介在性壊死性ミオパチーと全身性強皮症の合併は稀であり、文献的考察を加え報告する。

[利益相反の有無：無]



## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2、血管炎 1

座長：澤 直樹（虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科）

### O3-1 関節リウマチと全身性強皮症に合併した間質性肺炎に、リツキシマブが有効であった 1 例

○伍井 友哉、佐藤 広宣、田部井彬史、中里見征央、渡辺 光治、浜谷 博子、池内 秀和、坂入 徹、金子 和光、廣村 桂樹

群馬大学大学院腎臓・リウマチ内科学

【症例】60代、女性【主訴】関節痛【現病歴】X-11年に前医にて関節リウマチ(RA)と診断され、メトトレキサート(MTX)などの抗リウマチ薬で治療を受けていた。X-1年、手指の皮膚硬化、抗セントロメア抗体陽性より、全身性強皮症の合併と診断された。CTにて間質性肺炎やリンパ節腫脹を認めたため、MTXは中止され、プレドニゾロン10mg/日、アザルフィジンが開始された。しかし、肺病変が進行し、関節炎も認めるため、X年Y月に当科紹介となった。【治療経過】MTX休薬後、リンパ節腫脹は不変であったが、EBV-DNA定量3.78LogIU/mLと高値であり、医原性免疫不全症関連リンパ増殖性疾患(LPD)が懸念された。血液内科と相談の上、RAならびに強皮症に合併した間質性肺炎の治療として、Y+3月よりリツキシマブ(RTX)を開始した。RTX開始後、肺病変の進行は停止し、KL-6も改善傾向となった。関節炎も改善し、EBV-DNAは陰性化した。【考察】RTXは全身性強皮症の皮膚症状や肺病変に有効であることが報告されている。また、海外ではRAの治療にも使用されており、米国リウマチ学会の診療ガイドライン2021では、LPDの既往を有するRA患者に対して、RTXの使用が提案されている。これらの点を考慮し、本例ではRTXによる治療を選択し、良好な治療経過を得た。【結論】LPDの懸念を有する患者において、RAと全身性強皮症に合併した間質性肺炎に対して、RTX治療は関節炎、肺炎の両者に有効であった。

[利益相反の有無：無]

### O3-2 急激な筋傷害と全身性浮腫で発症し、薬剤性横紋筋融解症との鑑別を要した抗NXP-2抗体陽性dermatomyositis sine dermatitisの一例

○峯川 えみ<sup>1</sup>、大藤 洋介<sup>1</sup>、室 慶直<sup>2</sup>、西野 一三<sup>3</sup>、浮地 太郎<sup>1</sup>

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属柏病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup>名古屋大学 医学部 皮膚科学教室、<sup>3</sup>国立精神・神経医療研究センター 神経研究所疾病研究第一部

【症例】42歳男性。X-13日から両肩と両大腿の疼痛が持続し、ジクロフェナクを服用したが改善せずX-6日に前医を受診した。高CK血症のため入院し輸液したが血清CK値の上昇が続き、X日に当院に転院した。四肢の筋力低下と全身性の浮腫を認めたが皮疹はなく、保険収載の筋炎特異的自己抗体/筋炎関連自己抗体は陰性で薬剤性横紋筋融解症を疑った。被疑薬を中止して輸液を続けCK値は2週間で32000から3200U/Lに低下したが、リハビリ中に再上昇し、嚥下障害と2型呼吸不全により人工呼吸器管理に至った。特発性炎症性筋疾患(IIM)を疑い筋生検を実施し、筋病理組織でperifascicular atrophyとMxA陽性の筋線維を認め、抗NXP-2抗体が陽性で、dermatomyositis sine dermatitis(DMSD)と診断した。ステロイドパルス療法、プレドニゾロン1mg/kg/日、メトトレキサート、免疫グロブリン大量静注療法で呼吸状態、四肢筋力、嚥下機能は改善しX+112日に退院した。【考察】抗NXP-2抗体は皮膚筋炎の筋病理組織所見を呈するが皮疹を欠く皮膚筋炎(DMSD)と関連することが報告されており、筋痛、嚥下障害、四肢の浮腫とも関連する。本症例のように皮疹を欠き急激な筋傷害で発症すると横紋筋融解症との鑑別が難しい。病歴から他の疾患を疑ってもCK値が正常化しない際は本疾患を念頭に積極的な筋生検実施や自己抗体検査が必要である。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2、血管炎 1

座長：澤 直樹（虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科）

### O3-3 急速進行性間質性肺炎を合併した抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の一例

○志賀野美翔<sup>1</sup>、矢澤 宏晃、横田 和浩、荒木 靖人、秋山 雄次、三村 俊英  
埼玉医科大学病院 リウマチ膠原病科

【症例】60歳代男性。

【経過】X-5年に当院呼吸器内科で間質性肺炎と診断され、以後経過観察されていた。X年2月から両側上下肢近位筋優位の筋力低下と筋把握痛、労作時呼吸困難を自覚するようになった。同年4月にCKおよび炎症反応上昇から筋炎が疑われ、当科に入院となった。入院後、抗ミトコンドリアM2抗体が陽性であり、左大腿外側広筋の筋生検にてリンパ球浸潤を伴う筋線維の変性・脱落が認められたことから抗ミトコンドリア抗体（AMA）陽性筋炎と診断した。呼吸機能検査にて拡散障害および拘束性換気障害を認めた。一方、心電図および心エコーにおいては、心病変の合併は認められなかった。入院第11病日からプレドニゾロン60mg/日の投与を開始し、筋症状、CKおよび炎症反応は改善傾向を認めた。しかし、入院第14病日に呼吸状態が急激に悪化し、胸部CTでは両側肺野にびまん性のすりガラス陰影を認め、感染症は否定し間質性肺炎の急性増悪と判断した。ステロイドパルス療法および非侵襲的陽圧換気を導入したが、さらに呼吸状態は悪化し、入院第17病日に人工呼吸器管理を要した。その後、シクロホスファミド大量静注療法およびタクロリムスの併用療法を開始したが、呼吸状態の改善は認められず、入院第33病日に永眠した。

【臨床的意義】AMA陽性筋炎に急速進行性間質性肺炎を合併した報告は稀であり、貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

[利益相反の有無：無]

### O3-4 悪性腫瘍との関連が示唆された抗RNAポリメラーゼIII抗体陽性全身性強皮症の一例

○竹田 七海<sup>1</sup>、井上 直紀<sup>1</sup>、中島 壘<sup>1</sup>、富塚 崇史<sup>1</sup>、大久保麻衣<sup>1</sup>、  
浅子 来美<sup>1</sup>、菊地 弘敏<sup>1</sup>、河野 肇<sup>1</sup>、羽賀 敏博<sup>2</sup>、笹島ゆう子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>帝京大学 医学部 内科、<sup>2</sup>帝京大学 医学部 病理診断科

【症例】70歳代の男性。X年7月に労作時呼吸困難、左鎖骨上窩に腫瘤を自覚した。X年12月に当院を紹介受診し、頸部から肺門部、縦隔にわたる多発リンパ節腫大（低分化癌）及び平滑筋由来の骨盤内腫瘍の合併が認められた。縦隔原発肺癌としてX+1年5月から8月にかけて計4クルールの抗癌化学療法を行った。左鎖骨上窩リンパ節および縦隔リンパ節は縮小傾向となり、他の病変も増大なく部分奏効を維持していた。X年9月頃から両側前腕の浮腫性硬化および両手の屈曲制限を自覚し、X+1年1月に測定した抗RNAポリメラーゼIII抗体が84.3と陽性であり、皮膚生検で真皮中層から深層にかけての太い膠原繊維増生が認められ、強皮症に矛盾しない所見であった。抗癌化学療法施行後、臨床的な皮膚硬化所見は改善した。【臨床的意義】抗RNAポリメラーゼIII抗体陽性全身性強皮症と悪性腫瘍との関連は近年度々報告されており、本症例も既報を支持する一例であった。また本症例は悪性腫瘍の発症後に全身性強皮症を発症し、抗癌化学療法後に改善傾向となったことから、悪性腫瘍に伴う腫瘍随伴症候群としての側面も示唆された一症例であったと言える。抗RNAポリメラーゼIII抗体陽性全身性強皮症患者においては、可能な範囲で悪性腫瘍のスクリーニングを行い、早期発見と治療に努めることが大切と考えられる。

[利益相反の有無：無]

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2、血管炎 1

座長：澤 直樹（虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科）

## O3-5 ステロイド剤が下腿皮膚潰瘍、肺高血圧症に著効した関節リウマチ合併抗中心体抗体陽性全身性強皮症の1例

○伊藤<sup>いとう</sup> 康彦<sup>やすひこ</sup>、村松 瑤紀、杉山 隆広、竹村 浩至、松浦 功、加々美新一郎

総合病院国保旭中央病院 アレルギー膠原病内科

【症例】74歳女性【主訴】呼吸苦

【現病歴】X-12年関節痛、レイノー現象の精査目的に当科受診。このとき関節リウマチと診断されMTXが導入された。また皮膚硬化も認め、核抗体陰性、抗セントロメア抗体陰性、抗Scl70抗体陰性であったが抗中心体抗体陽性であることから抗中心体抗体陽性の全身性強皮症と診断した。X-11年肺高血圧症を指摘され血管拡張薬を開始したが酸素化は増悪傾向でありX-4年より在宅酸素療法を導入した。X-5年より両側下腿に難治性の潰瘍が出現したがコントロール不良であった。X年4月に呼吸苦増悪を主訴に受診。このとき右下腿軟部組織感染症が疑われ精査加療目的に入院となった。

【入院後経過】各種抗菌薬を投与したが難治性であった。経過中薬剤性肺炎による呼吸状態の悪化を認めステロイドセミパルス療法を施行した。以降呼吸状態は著明に改善し、最終的に酸素需要は消失した。下腿潰瘍もステロイド開始後徐々に消退、両側で上皮化認めたことからPSL10mg/日まで減量したところで退院となった。

【考察】抗中心体抗体陽性全身性強皮症は肺高血圧症、難治性の指尖潰瘍を合併することが多いとされるが、その臨床像は不明な点が多い。本症例では関節リウマチの合併があるもののステロイド剤が皮膚潰瘍、肺高血圧症に著効した。抗中心体抗体陽性全身性強皮症ではステロイド剤が臓器障害の治療に有益である可能性が示唆された。

〔利益相反の有無：無〕

## O3-6 MPO-ANCA値弱陽性ながらアバコパン単剤にて腎炎の再燃なく寛解維持されている顕微鏡的多発血管炎の一例

○大山<sup>おおやま</sup> 節子<sup>せつこ</sup><sup>1</sup>、大庭 悠貴<sup>1</sup>、栗原 重和<sup>1</sup>、関根 章成<sup>1</sup>、山内 真之<sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>1</sup>、諏訪部達也<sup>1</sup>、河野 圭<sup>2</sup>、大橋 健一<sup>2</sup>、和田 健彦<sup>1</sup>、乳原 善文<sup>1</sup>、澤 直樹<sup>1</sup><sup>1</sup>虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科、<sup>2</sup>虎の門病院 病理診断科

【症例】76歳女性【既往】特記事項なし【主訴】なし【現病歴】X年1月近医受診時の血清クレアチニン1.37mg/dlであり経過観察されていたが、X年12月に腎機能低下の増悪と新規に尿潜血、尿蛋白を認め入院となった。入院時検査所見にて血清クレアチニン2.57mg/dl、eGFR14.7ml/min/1.73m<sup>2</sup>、尿中赤血球10-19/HPE、尿蛋白1.21g/g・Cre、MPO-ANCA333IU/mlであった。腎病理所見にて半月体形成性糸球体腎炎の所見を認め、顕微鏡的多発血管炎と診断した。ステロイドパルス療法を開始し、プレドニロゾン(PSL)30mg/日にて後療法を行い、尿所見、MPO-ANCA値の改善を認めた。その後PSL漸減中止する過程で、X+1年11月よりアバコパンを開始し、アバコパン単剤にて継続療法を行った。MPO-ANCA値が20IU/ml前後に陽転化しているが、腎機能低下の進行、尿所見の増悪なく寛解維持されている。【考察】ADVOCATE試験においてアバコパン併用群はeGFRの改善、アルブミン尿の改善において優越性が示されている。本症例においてもアバコパン投与にて腎限局ANCA関連腎炎の寛解維持が可能であった。

〔利益相反の有無：無〕

## SLE・強皮症・PM/DM・MCTD 2、血管炎 1

座長：澤 直樹（虎の門病院 腎センター・リウマチ膠原病科）

### O3-7 筋炎が主症状の顕微鏡的多発血管炎 (MPA) の 1 例

○関 あずさ<sup>1</sup>、柴田 明子<sup>2</sup>、吉永 正一<sup>2</sup>、酒井 亮太<sup>2</sup>、倉沢 隆彦<sup>2</sup>、  
近藤 恒夫<sup>2</sup>、天野 宏一<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 埼玉医科大学総合医療センター 臨床研修センター、<sup>2</sup> 埼玉医科大学総合医療センター リウマチ膠原病内科

【症例】60歳男性【臨床経過】X年5月中旬より38℃台の発熱が持続。近医での血液検査でMPO-ANCA陽性のため当院紹介受診となり精査のため入院。右優位の両側腓腹筋の自発痛があり、血液検査ではWBC 19000/ $\mu$ L、CK 124 U/L、LD 188 U/L、CRP 8.18 mg/dL、MPO-ANCA 244.3 U/mL。下腿MRI(STIR)画像上は両側下腿部筋肉内にまだら状に広がる高信号域を認め、筋生検所見で骨格筋間の小型動脈にフィブリノイド壊死、周囲にはリンパ球、形質細胞の浸潤、弾性繊維の断裂、また骨格筋束間の毛細血管周囲性にリンパ球、形質細胞の浸潤を認めた。腎病変、肺病変など他に特記すべき臓器病変はなかった。EMEAアルゴリズムおよび2022年ACR/EULAR分類基準から顕微鏡的多発血管炎と分類され臨床的にも診断。寛解導入治療はPSL0.5mg/kg/日およびリツキシマブで行い、良好な治療反応性が得られ退院となった。【考察・結語】文献的に筋生検は感度70%前後と報告されており、本症例においても採血では筋原性酵素上昇を認めなかったが、自覚症状および画像検査から筋病変が主体であり筋生検による病理学的診断によりMPAの確定診断に至った症例を経験したので報告する。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 2

座長：駒形 嘉紀（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O4-1 寛解導入時のアバコパン併用で早期にグルココルチコイドを終了しえた顕微鏡的多発血管炎の一例

○楊 <sup>よう</sup> 天芸、<sup>てんい</sup> 中原 隆裕、近藤 文彬、萩山 裕之

横浜市立みなと赤十字病院膠原病リウマチ内科

【症例】79歳女性【主訴】呼吸困難【病歴】X年5月、下腿浮腫・全身倦怠感が出現。6月、呼吸困難が出現し増悪、急性心不全の診断で当院循環器内科入院となった。炎症反応高値、腎機能障害、心エコーにて心尖部肥大型心筋症及び重度の僧帽弁閉鎖不全症を示唆する所見を認めた。腎機能障害の進行とともにMPO-ANCA 473IU/mLが判明、腎生検でPauci-immune型の半月体形成性糸球体腎炎の所見を認め、顕微鏡的多発血管炎と診断した。mPSL 32mg/day (PSL 1mg/kg/day相当)で治療開始、Rituximab (RTX) 480mg/week (375mg/m<sup>2</sup>/week) 併用のもと、心不全などのリスクを踏まえ早期にグルココルチコイド (GC) 減量の方針とした。RTXは2回目投与後、感染症発症のため終了を余儀なくされたが、治療開始6週目にアバコパン 60mg 開始、GCの早期減量に努め、治療開始13週目にGCフリーを達成した。経過中、細菌性肺炎、菌血症、サイトメガロウイルス再活性化、気腫性膀胱炎、肺真菌症などの感染症や心不全増悪などを合併するも乗り切り、MPO-ANCA抗体価の一過性の上昇を認めたものの、アバコパン単剤で血管炎の再燃なく経過し、腎機能障害は治療開始時eGFR 14 mL/min/1.73m<sup>2</sup>から1年後eGFR 50 mL/min/1.73m<sup>2</sup>前後まで改善した。【考察】心不全や感染症などの合併症の懸念から早期のGC減量あるいは終了が不可欠と考えられる場合、アバコパン併用は有効な選択肢と考えられた。

[利益相反の有無：無]

### O4-2 リツキシマブが奏功した顕微鏡的多発血管炎による肥厚性硬膜炎の1例

○守山 <sup>もりやま</sup> 昌利、<sup>まさより</sup> 伊藤 晴康、浮地 太郎、黒坂大太郎

東京慈恵会医科大学附属病院 リウマチ膠原病内科

【背景】肥厚性硬膜炎は硬膜肥厚および隣接する脳や脊髄に炎症を来す稀な病態である。肥厚性硬膜炎を発症する疾患としてANCA関連血管炎、IgG4関連疾患、サルコイドーシス、感染症、悪性リンパ腫などあげられる。臨床症状として頭痛、脳神経障害、痙攣を来しうするため、迅速な診断と治療が重要である。今回、リツキシマブ (RTX) が奏功した顕微鏡的多発血管炎 (MPA) による肥厚性硬膜炎の1例を経験したので報告する。

【症例】48歳女性。既往に全身性強皮症、潰瘍性大腸炎がある。経過中に両下腿の筋痛、手・足関節炎、間欠熱が出現し、少量のプレドニゾロン (PSL) が開始された。PSL投与により筋痛・関節炎は軽快したが、その後、右前頭部・側頭部に頭痛を自覚するようになった。頭部MRIで硬膜の肥厚を認め、肥厚性硬膜炎が疑われた。同時期にMPO-ANCAが新規に陽性と判明した。以上より厚生労働省の診断基準を用いてprobable MPAと診断した。高用量PSLおよびRTXで寛解導入を行った。治療開始後、頭痛は消失し、頭部MRIで硬膜肥厚も消退した。治療開始6ヶ月後にRTXで維持療法を行った。その後も肥厚性硬膜炎の再燃なく経過した。

【考察】MPAによる肥厚性硬膜炎に対してRTXで寛解導入・維持療法を行った報告は限られている。MPAによる肥厚性硬膜炎の寛解導入・維持療法にRTXが有効である可能性が示唆された。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 2

座長：駒形 嘉紀（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O4-3 ベンラリズマブを含む寛解維持療法中に再燃した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に対しリツキシマブが奏効した一例

○中島<sup>なかじま</sup> 尚子<sup>しょうこ</sup>、太田裕一郎、大久 俊輝、石井 晶、杉山 麻衣、佐々木則子、山田 千穂、佐藤 慎二

東海大学 医学部 内科学系 リウマチ内科学

【症例】56歳、男性【主訴】四肢脱力【現病歴】2015年に難治性喘息、末梢好酸球増多、多発性単神経炎、MPO-ANCA陽性より好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)と診断された。ステロイド大量療法とシクロホスファミド(CY)による寛解導入療法が奏効したが、プレドニゾロン(PSL)5mg/日の時点で喘息が再燃し、ベンラリズマブが開始された。2023年3月に両上下肢の異常感覚が再発し、再燃を疑われて同年4月に当科へ入院した。【入院後経過】両側四肢の多発性単神経炎型の運動感覚障害、末梢好酸球増加、急速進行性糸球体腎炎、MPO-ANCA上昇よりEGPA再燃と診断した。ステロイドパルス療法を3日間施行し、後療法としてPSL50mg/日を開始した。CYは累積投与量25gであるため二次性発癌のリスクを考慮し、リツキシマブ(RTX)を選択したところ、炎症反応陰性化、末梢好酸球数減少、運動感覚障害、腎機能異常の改善を認めた。PSLを25mg/日まで減量した時点で退院し、その後もPSLの漸減を続けているが、再燃を認めていない。【考察】EGPAの寛解導入療法にRTXは通常第一選択ではないが、その有効性を示唆する複数の報告がある。本症例も、ベンラリズマブを含む寛解維持療法中の重症再燃に対して、ステロイド大量療法とRTXによる寛解導入療法が奏効した。RTXはPSL単剤で効果不十分例やCY投与が困難なEGPA症例の寛解導入療法のひとつの選択肢になり得ると考える。

[利益相反の有無：無]

### O4-4 メポリズマブ投与による好酸球性多発血管炎性肉芽腫症患者のグルココルチコイド減量効果

○木下<sup>きのした</sup> 菜々<sup>なな</sup>、長谷川靖浩、安藤 彬乃、阪本 陽介、京田 俊介、宍戸 瑛理、田中 知樹、松枝 佑、有沼 良幸、和田 達彦、奥 健志、山岡 邦宏

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

【目的】実臨床における好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)に対するメポリズマブ(MEP)追加投与の長期効果を検証する。【方法】MEPを12か月以上継続投与したEGPA患者を解析対象とした。MEP開始時点から最大36か月間の臨床情報を後方視的に収集した。疾患活動性、グルココルチコイド(GC)使用量、再燃率を評価した。疾患活動性はBVAS(Birmingham Vasculitis Activity Score)、再燃は疾患活動性悪化によるGC増量時と定義した。GC使用量はプレドニゾロン(PSL)4mg/日達成率、あるいはPSL free達成率を評価し、Cox比例ハザードモデルを用いて各因子の寄与度を算出した。【結果】28人の患者が選定された。罹病期間は29.5か月(最短3-最長59)、観察期間は36か月(12-36)だった。BVASは3(最低0-最高6)から0(0-6)へ改善を認めた。観察終了時のPSL4mg/日達成者は18人(64.3%、 $P < 0.001$ )、PSL free達成者は14人(50.0%、 $P < 0.001$ )だった。PSL4mg/日達成に寄与する因子としてMEP開始時好酸球数 $100/\mu\text{L}$ 以上(ハザード比3.922、95%信頼区間1.077-16.50、 $P=0.038$ )が有意に検出された。一方、PSL free達成の有意な因子は見いだせなかった。再燃は7人(25.0%)にみられ、うち2人は高用量PSLと免疫抑制剤での再寛解導入療法を必要とした。【結論】MEPの追加投与はEGPAの疾患活動性を改善し、GC使用量を有意に減量した。好酸球の残存する患者ではMEPによるGC減量効果を期待できる。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 2

座長：駒形 嘉紀（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### 04-5 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に対し mepolizumab 治療中に肝臓に好酸球浸潤を来した一例

○岸岡 <sup>きしおか</sup> 歩<sup>あゆみ</sup><sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>1</sup>、原 理沙<sup>1</sup>、関根 章成<sup>1</sup>、木脇 圭一<sup>2</sup>、  
澤 直樹<sup>1</sup>、和田 健彦<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 虎の門病院 リウマチ膠原病科、<sup>2</sup> 虎の門病院 病理診断科

【緒言】好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の肝病変は少なく、かつ血中好酸球増多なく臓器病変のみ再発する例は稀と考え報告する。【症例】気管支喘息の既往の有る 53 歳男性。X 年 1 月に咳嗽、4 月に 39°C 発熱が出現。好酸球増多、胸部異常陰影を指摘され当院紹介。入院時好酸球 35,056/ $\mu$  L (82.0%)、ANCA 陰性、CT で両側肺浸潤影、心臓超音波で EF39.1% とびまん性壁運動低下を認めた。気管支肺生検で好酸球性肺炎、食道～直腸生検で好酸球性胃腸炎、心筋生検で好酸球性心筋炎であった。末梢神経障害なく、骨髄検査は異常なかった。気管支喘息の既往、好酸球増多、発熱、組織所見より EGPA と診断。プレドニゾロン (PSL)60mg を開始し好酸球数、心機能は改善した。PSL 漸減にて好酸球上昇ありアザチオプリン (AZP) 併用も PSL のさらなる減量困難のため、X+2 年 1 月に mepolizumab 300mg/月を開始し、PSL、AZP は中止できた。X+3 年 8 月に肝酵素上昇、肝生検で門脈域に高度の好酸球、形質細胞浸潤あり、EGPA の肝病変や自己免疫性肝炎 (AIH) が鑑別であった。抗核抗体 40 倍、IgG 正常上限で AIH に非典型であった。薬剤性肝障害も考慮し mepolizumab 中止も肝酵素は改善せず、PSL 30mg 開始で速やかに改善、現在 PSL 5mg、AZP100mg にて好酸球上昇なく経過している。【考察】EGPA に抗 IL-5 抗体製剤を併用し PSL、AZP を一時中止できた。しかし好酸球増多はないが肝障害と肝臓への好酸球浸潤を認め、EGPA の肝病変と考えられた。

[利益相反の有無：無]

### 04-6 顕微鏡的多発血管炎の外来治療中に排尿困難、両下肢の麻痺が出現し脊髄肥厚性硬膜炎を認めた 1 例

○村松 <sup>むらまつ</sup> 瑤紀<sup>たまき</sup>、杉山 隆広、伊藤 康彦、竹村 浩至、松浦 功、加々美新一郎

総合病院国保旭中央病院 アレルギー膠原病内科

【症例】74 歳女性。【主訴】排尿困難、両下肢の麻痺【現病歴】X-3 年 4 月、両上腕大腿の筋痛・異常感覚、両強膜炎、上腕皮下結節で発症し、MPO-ANCA 陽性、皮膚病理組織から顕微鏡的多発血管炎 (MPA) と診断した。プレドニゾロン (PSL)、シクロホスファミド大量療法 (IVCY) にて寛解導入を行い外来では PSL5mg/日、アザチオプリン (AZP)50mg/日にて通院されていた。X-1 年 11 月頃から前胸部の異常感覚、両大腿部の疼痛を自覚し、X 年 2 月に両大腿の筋力低下、膀胱直腸障害が出現した。硬膜外膿瘍疑いにて手術施行するも診断確定に至らず症状の増悪寛解を繰り返した。6 月中旬に発熱、炎症反応上昇と胸部背部・両下肢の異常感覚と両下肢の筋力低下の増悪を認め、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】脊髄造影 MR I にて頸髄から腰髄に非連続性の脊髄肥厚性硬膜炎が指摘された。MPO-ANCA 陰性であるが MPA の再燃と考えた。過去に IVCY、AZP にて治療歴があることから PSL 増量とリツキシマブ投与を行った。画像上胸髄病変は残存したが頸髄、腰髄病変は消退傾向となり両下肢筋力低下は改善した。【考察】頭蓋内病変を伴わない脊髄肥厚性硬膜炎は再燃を繰り返し、ステロイド剤に免疫抑制剤の併用が必要とされる。本症例ではリツキシマブを投与したが MPA による硬膜病変にも効果が期待できる。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 2

座長：駒形 嘉紀（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O4-7 ベンラリズマブ投与下にギラン・バレー症候群様症状で発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

○若槻<sup>わかつき</sup> 実祐<sup>みゆ</sup>、桑田 亮、青崎真太郎、山地 実紗、原田 拓弥、本村 杏子、中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志

国立国際医療研究センター 膠原病科

【症例】81歳、女性【主訴】下痢、両下肢しびれ・脱力【現病歴】好酸球增多症、難治性気管支喘息があり、半年前にベンラリズマブ（抗IL-5受容体 $\alpha$ 抗体）が導入された。1ヶ月前から両側足趾のしびれがあり、その後下痢が出現した。1週間前よりしびれは両下腿までに拡がり、経口摂取困難となり入院した。下肢遠位より上行する感覚障害、運動障害があり、下痢の経過と合わせてギラン・バレー症候群（GBS）が疑われ、免疫グロブリン静注療法（IVIg）を行った。第3病日より低ナトリウム血症が進行し、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）の合併が明らかになった。髄液検査では蛋白細胞解離や血清抗糖脂質抗体を認めず、下痢出現前に足趾しびれを認めていた点がGBSに特徴的ではなく、気管支喘息の既往、好酸球増加と同時に出現した左右非対称性の軸索障害型末梢神経障害や足背の紫斑、手・足関節炎から、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）と診断した。第4病日よりステロイドパルスを開始し、IVIg 2コース目も行い、しびれの自覚症状及び下肢筋力は徐々に改善した。【考察】EGPAは上行性の神経障害を生じた際にGBSと類似するが、両者で治療は異なるため鑑別が重要である。GBSの5%にSIADHを合併することがある一方、EGPAで合併することは極めて稀である。難治性気管支喘息の治療経過を踏まえたEGPA発症誘因と今後の治療についても合わせて報告する。

[利益相反の有無：無]



## 血管炎 3

座長：佐藤 健夫（自治医科大学内科学講座 アレルギー膠原病学部門）

### O5-1 顕微鏡的多発血管炎に合併した肺ノカルジア症と肺アスペルギルス症の混合感染の一例

○森川 晃平<sup>1</sup>、山本翔太郎<sup>1</sup>、近藤 春香<sup>1</sup>、石澤 彩子<sup>1</sup>、佐藤 健夫<sup>1</sup>、釜田 康行<sup>1</sup>、佐藤浩二郎<sup>1</sup>

自治医科大学附属病院 アレルギー・リウマチ科

【症例】77歳の女性。入院7か月前に間質性肺炎、発熱、MPO-ANCA陽性から顕微鏡的多発血管炎(MPA)としてブレドニゾロン(PSL)20mg/日で発熱は改善した。PSL漸減したが2か月前から足の異常感覚が出現し、1か月前にPSL20mg/日に増量され、2週間前にアザチオプリンが開始された。入院前日に異常感覚の増強があり、当科に紹介、入院した。CRP8.35mg/dL、MPO-ANCA28.3U/mLからMPAによる多発単神経炎としてステロイドパルス、その後PSL55mg/日(1mg/kg/日)、シクロホスファミド静注療法で加療し、Day15にCRP0.10mg/dLとなった。Day27にCRP0.19mg/dLと上昇し、 $\beta$ -D-グルカン488pg/mL、胸部CTで間質影と右S10に3~8mmの小結節影を4つ認めた。Day29の喀痰で*Nocardia nova*、*Aspergillus fumigatus*、*A. flavus*が培養され、肺ノカルジア症、肺アスペルギルス症としてDay33からST合剤、イミペネム(IPM/CS)、ポリコナゾール(VRCZ)を開始した。Day36にCRPは正常となり、 $\beta$ -D-グルカンも低下傾向、胸部CTで結節影は縮小した。IPM/CSを5週間投与後はST合剤とVRCZのみ継続した。【考察】本症例は肺ノカルジア症と肺アスペルギルス症の混合感染であった。肺ノカルジア症は他の感染症との混合感染が稀ではなく、排ノカルジア症の10%はアスペルギルス属との合併がある。【結語】肺ノカルジア症を診断した場合にはアスペルギルス属を始めとした他の感染症の検索が重要である。

[利益相反の有無：無]

### O5-2 リウマチ多発筋痛症<PMR>の治療経過中に筋炎を呈し好酸球性多発血管炎性肉芽腫症<EGPA>と診断した一例

○堀中 萌<sup>1</sup>、増井 良則<sup>1</sup>、杉田 研人<sup>1</sup>、小泉 諒<sup>1</sup>、津田 尚法<sup>1</sup>、猪熊 茂子<sup>1</sup>、狩野 俊和<sup>1</sup>、久保田 暁<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 国立国際医療研究センター国府台病院 リウマチ・膠原病科、<sup>2</sup> 東京大学医学部附属病院 脳神経内科

【症例】69歳女性【主訴】両側大腿の筋痛、筋力低下【現病歴】喘息の治療中、58歳時に筋痛が出現し他院でPMRの診断となった。PSL開始前は好酸球数600/ $\mu$ L。初期治療により寛解し直近ではPSL2.5mg/dayで安定していた。X-4日に発熱、X-2日より筋痛が出現。両側大腿前面の筋痛と筋力低下のため歩行困難となりX日に当院受診した。両側手指と足趾のしびれ、両側足底の異常感覚も認めた。炎症反応上昇(WBC34800/ $\mu$ L、CRP8.7mg/dL)、好酸球増加(23500/ $\mu$ L)、CK高値(5960U/L)を認め入院した。【入院後経過】喘息の先行、好酸球増加、多発神経炎、下肢の筋痛・筋力低下からEGPAと診断し、X日よりPSL40mg( $\approx$ 0.8mg/kg/day)内服を開始した。MPO-ANCAは陽性(43.2U/mL)。MRIT2強調画像で両側大腿外側広筋に高信号域を認め、X+11日に左側外側広筋より生検を実施。筋病理で一部の筋束内部に壊死・再生線維及び炎症細胞浸潤を認め、血管障害に伴う筋梗塞を疑った。初期治療により筋痛、炎症反応、好酸球数、CK値は改善した。X+21日よりPSLを漸減し、リハビリにより筋力も緩徐に回復傾向を認めX+37日に退院した。【考察】筋炎を呈したEGPAの筋病理の報告は少ない。本症例でEGPAを示唆する好酸球浸潤や肉芽腫形成、壊死性血管炎は認めなかったが、PSLによる修飾の可能性も考えられる。筋束の血管障害に伴う筋梗塞の報告は少数であった。筋炎を呈し非典型的だが筋病理所見が得られたEGPAの一例を経験した。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 3

座長：佐藤 健夫（自治医科大学内科学講座 アレルギー膠原病学部門）

## O5-3 肝生検にて好酸球浸潤を認める肝胆道系酵素上昇を伴った好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

○山崎<sup>やまさき</sup> 里紗<sup>りさ</sup>、若槻 実祐、青崎真太郎、桑田 亮、山地 実紗、原田 拓弥、本村 杏子、中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志

国立国際医療研究センター病院 膠原病科

【症例】39歳男性【主訴】両下肢痺れ、運動障害、紫斑、黄疸、全身倦怠感、下腿浮腫、腹痛  
 【既往歴】気管支喘息、好酸球性副鼻腔炎【病歴】X-7年前より気管支喘息、X-2年前より中耳炎を発症した。X-12日前より来院日まで徐々に紫斑、黄疸、腹痛、下腿浮腫症状などが出現し始め、前医受診し好酸球57%と好酸球増多を認めており、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）が疑われたため当院受診となった。同日施行されたCTにて総胆管壁肥厚と周囲脂肪織混濁を認めていた。  
 【経過】臨床経過と下腿紫斑に対する皮膚生検結果よりEGPAと診断された。来院時症状として、黄疸、右下腹部痛、両側下腿と足背に紫斑、右足背血腫を認めた。また、両足背の痺れや右足首底屈困難などの運動障害を認め、神経伝導検査で多発単神経炎が指摘された。採血で肝胆道系酵素上昇あり、造影CTより胆嚢壁・総胆管壁肥厚、MRCPでは肝内胆管の口径不同を認め肝生検を実施した。肝生検では門脈域に好酸球の浸潤、小葉内や中心静脈に炎症細胞を認めた。第3病日よりステロイドパルス施行した後、後療法としてプレドニゾロン（PSL）60mg/日を投与開始し、40mg/日まで漸減した。ステロイド治療に伴い、紫斑消失、末梢血好酸球数改善、肝胆道系酵素低下を認めた。自他覚症状の改善を認め第36病日に退院とした。【考察】好酸球浸潤による肝胆道系酵素上昇を伴うEGPAに関する報告は稀で貴重な症例として報告する。

〔利益相反の有無：無〕

## O5-4 腹部大動脈炎と自己免疫様病態を合併し、高用量ステロイドとリツキシマブ併用で治療を行った薬剤関連ANCA関連血管炎の一例

○岡<sup>おか</sup> 慎平<sup>しんぺい</sup>、馬場 洋行、内田 嶺花、傳田竜之介、小宮 陽仁、保田 晋助

東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科

【症例】26歳、女性。【主訴】発熱。【現病歴】来院5年前から、バセドウ病に対してプロピルチオウラシル（PTU）で治療中だった。来院2ヶ月前から、39℃台の発熱と両側強膜炎、両側下腿に紫斑、紅斑が出現した。血液検査でCRP 6.4 mg/mL、抗核抗体<40倍、MPO-ANCA 91.6 IU/mL、抗カルジオリピンIgG抗体 23.2 U/mL、CT検査で左下葉にすりガラス陰影、脾腫、腹部大動脈腎動脈分岐以遠に全周性の壁肥厚、紅斑部の皮膚組織検査で血栓性静脈炎を認めた。PTUによる薬剤関連ANCA関連血管炎（AAV）と自己免疫疾患様病態と診断し、PTUを休薬することで、病態は改善した。しかし、休薬約1週間後に症状が再発し、CRP、MPO-ANCA値とも上昇した。高用量ステロイド内服治療（0.8 mg/kg/日）を開始しても改善せず、ステロイドパルス療法とリツキシマブ（RTX）を併用し、寛解導入を行った。【考察】薬剤関連AAVは多彩な症状を来しうるが、本症例のように、大動脈炎と自己免疫疾患様病態を合併した報告はない。更に、多くの症例では被疑薬中止後に病態が自然に改善するが、本症例ではステロイド高用量に加えてRTXの併用を要した。【結語】薬剤関連AAVでは、被疑薬中止後に病態が改善しない場合において、大動脈炎や自己免疫疾患の合併を考慮し、速やかな全身治療が必要である。

〔利益相反の有無：無〕

## 血管炎 3

座長：佐藤 健夫（自治医科大学内科学講座 アレルギー膠原病学部門）

### O5-5 アバコパン併用・多相的寛解導入療法が奏功した重症 ANCA 関連血管炎の 1 例

○原田 <sup>ほらだ</sup>拓弥、若槻 <sup>たくや</sup>実祐、青崎真太郎、桑田 亮、山地 実紗、本村 杏子、  
中道 悠介、山下 裕之、金子 礼志

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 膠原病科

【症例】80歳女性【主訴】発熱【病歴】2型糖尿病があった。2週間からの発熱と全身倦怠感のため前医に入院となった。入院時、BUN 52.7 mg/dL、血清 Cre 5.34 mg/dL、CRP 20.37 mg/dL、MPO-ANCA 1340 U/mL、尿沈査赤血球 30-49/HPF を認め、急速進行性糸球体腎炎を主体とする顕微鏡的多発血管炎と診断され、ステロイドパルス療法、続いて水溶性プレドニゾロン 60 mg 点滴が開始された。治療開始後、BUN 88 mg/dL に上昇し、急性心不全と高血糖高浸透圧症候群を合併し、集学的加療目的で1週後に当科転院となった。治療第1相 [寛解導入療法] では低腎機能及び Performance Status(PS) 4 で感染症リスクが高く、リツキシマブやシクロホスファミドは保留とし、経口プレドニゾロン (PSL) 40 mg を用い、尿毒症回避・サイトカイン吸着のため持続的血液ろ過透析を開始した。異化亢進や易感染性を考慮し、PSL 40 mg 2週の後、30 mg に減量し、アバコパン 60 mg を併用した。第12病日に透析を離脱した。転院後4週でPS 3に向上し、治療第2相 [強化療法] に入り、尿沈査異常の持続に対しリツキシマブ 375 mg/m<sup>2</sup>/1.73m<sup>2</sup> を2回投与した。重症感染症を合併することなく、転院後8週でPSL 10mg まで漸減した。Cre 1.35 mg/dL、MPO-ANCA 17.5 U/mL に改善し、リハビリ転院となった。【結語】重症 ANCA 関連血管炎では、原疾患の重症度だけでなく、患者のPSに応じて治療を調節していくアバコパン併用・多相的寛解導入療法が有用である。

[利益相反の有無：無]

### O5-6 O-6 感染後の肉眼的血尿で発症し、C-ANCA 陽性の ANCA 関連血管炎であった若年男性の一例

○杉本 <sup>すぎもと</sup>悠、栗原 <sup>ひさし</sup>重和、大庭 悠貴、山内 真之、諏訪部達也、  
乳原 善文、澤 直樹

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院 腎センター

検尿異常の指摘なく、腎疾患の家族歴のない29歳男性。ステーキを食べた数日後に下痢、嘔吐、肉眼的血尿が出現し、近医にてO-6感染に伴う腸炎と診断された。抗生剤内服で経過見られていたが、腎機能低下を認め当院紹介となった。WBC10600/mcL、Hb13.2g/dL、Plt34万/mcL、Cre2.08mg/dL、尿潜血3+(20-29/HPF)、尿蛋白1.10g/gCrであった。ELISA法でのMPO/PR3-ANCAは陰性で、その他の自己抗体も陰性であった。腎生検では、半月体形成性糸球体腎炎であり、臨床的に腎限局型の血管炎としてステロイド加療を開始した。後日蛍光抗体法にてC-ANCAが陽性となったことから、ANCA関連血管炎としてアバコパン、リツキシマブの治療を追加した。ANCA関連血管炎は感染を契機に発症することが知られているがO-6による腸炎後に発症したという報告はない。また、ELISA法で陰性のANCA関連血管炎が存在することが知られている。さらに、腸炎合併した症例でC-ANCA陽性例血管炎が報告されていることから、組織状血管炎が疑われる場合は蛍光抗体法での精査が必要であると考えられる。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 3

座長：佐藤 健夫（自治医科大学内科学講座 アレルギー膠原病学部門）

### O5-7 左総頸動脈瘤を合併した高安動脈炎の一例

○<sup>なが</sup>長尾 <sup>しもん</sup>史門、本村 芳一、大矢 直樹、小森宏太郎、木内 朝海、小田 修宏、  
葉末 亮、六反田 諒

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 リウマチ膠原病アレルギー内科

【症例】特記既往のない21歳男性。【現病歴】来院の7週間前より悪寒、発熱を自覚していた。4週間前に他院を受診し、抗菌薬を処方されたが改善に乏しく、当科外来を紹介受診した。発熱、倦怠感、頭痛の他に自覚症状はなく、身体診察では左頸動脈拍動音の増大を認めた以外は特記所見はなかった。頸部リンパ節腫脹や皮疹、口腔内潰瘍、陰部潰瘍、眼症状もなかった。臨床検査では赤沈およびCRPの上昇を認めたが、抗核抗体・ANCA・梅毒RPRは陰性であり、造影CTで上行弓部大動脈、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈起始部に壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇、および最大径23mmの左総頸動脈瘤を認め、高安動脈炎疑いで精査加療目的に入院した。【入院後経過】入院後のPET-CTでも同部位の集積を認めたため高安動脈炎と臨床診断し、第2病日より静注メチルプレドニゾロン60mg/日で寛解導入療法を開始した。その後は発熱、倦怠感の消失、炎症反応の改善がみられたため、第10病日より経口プレドニゾロン50mgへと切り替え、第11病日に退院した。退院後も寛解維持しておりステロイドの漸減を行なっているが、左総頸動脈瘤は2か月後も大きさの変化なく、今後は心臓血管外科で人工血管置換術を検討している。【考察】総頸動脈のみに限局した動脈瘤を伴う男性例の高安動脈炎の報告はこれまでにない。高安動脈炎における動脈瘤の局在及び表現形の性差について、文献的考察を交えて報告する。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 4・その他のリウマチ性疾患 1

座長：北村 登（日本大学医学部 内科学系 血液膠原病内科学分野）

### O6-1 非感染性心内膜炎を併存した巨細胞性動脈炎の1例

○四柳 <sup>よつやなぎ</sup> 敬之、<sup>たかゆき</sup> 駒井 俊彦、鈴木 智博、庄田 宏文、藤尾 圭志  
 東京大学 医学部附属病院

【症例】87歳女性。X年6月から右眼の急な視力低下があり、7月上旬に当院眼科にて cherry-red spot と右網膜内層浮腫から右網膜中心動脈閉塞症と診断されラタノプロスト点眼治療となった。しかし、4日後の再診にて左側に視神経乳頭腫脹、相対性求心性瞳孔反応欠損を認め、左虚血性視神経炎と診断され、当科紹介となった。顎跛行、側頭動脈怒張及び拍動減弱を認め、CRP 1.37 mg/dl, ESR 74 mm と炎症反応上昇があり、他疾患除外の上で2022年のEULAR/ACR基準を満たしていることから、巨細胞性動脈炎（GCA）を疑い、緊急入院となった。寛解導入療法として mPSL 1g のパルス療法を3日間施行し、後療法で PSL 1mg/kg/日 を行いつつ、治療下での精査を実施した。側頭動脈超音波と頭部造影 MRI では有意所見を認めなかったが、FDG-PET にて側頭動脈を含む頭頸部動脈、左上腕骨回旋動脈、両大腿動脈に FDG 集積を認め、側頭動脈生検にて内弾性板の断裂、単核球、リンパ球、多核巨細胞の浸潤があり、GCA と確定診断した。左眼底の視神経乳頭浮腫は、治療開始後に改善し、右眼も光角弁から手動弁に改善した。【考察】側頭動脈超音波や頭部造影 MRI で有意所見に乏しい中で PET-CT での側頭動脈を含む頭頸部動脈の炎症を認めた例は稀であり、先行文献や当院の GCA 症例における画像検査特性を検討として合わせ報告する。

[利益相反の有無：無]

### O6-2 潰瘍性大腸炎の寛解経過中に紫斑病性腎炎を発症した一例

○杉田 <sup>すぎた</sup> 直輝、<sup>なおき</sup> 田渕 大貴、浅島 弘充、頼 哲諄、黒田 有希、川島 朗、  
 杉田 稔貴、本田 文香、大山 綾子、安部 沙織、三木 春香、萩原 晋也、  
 近藤 裕也、坪井 洋人、松本 功  
 筑波大学医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科

【症例】58歳男性、X-24年から潰瘍性大腸炎で通院し、メサラジン、アダリムマブで寛解維持していた。X年6月上旬に両下腿に隆起性紫斑および打ち抜き様潰瘍を認め、急激な病変悪化で同月下旬に入院した。IgA 高値（597mg/dL）、第13因子低値（35%）に加え、皮膚生検で血管壁に C3、IgA の沈着があり、IgA 血管炎と診断された。薬剤性 IgA 血管炎の可能性を考慮しアダリムマブを休薬するも、同時期より腎機能障害が進行し、尿蛋白も 3～4g/日と高度に認めた。腎生検で巣状の壊死性半月体形成性糸球体腎炎を認め、蛍光抗体法でも C3、IgA のメサンギウム沈着があり、紫斑病性腎炎と診断された。メチルプレドニゾロン（mPSL）500mg を3日間、後療法 PSL30mg を4日間の計7日間を1コースとして3コース施行し、以後は PSL30mg を隔日投与した。治療開始1ヶ月で皮膚病変と共に尿蛋白は 0.5g/日まで減少し、今後は PSL を漸減する方針である。

【考察】本症例は潰瘍性大腸炎の寛解経過中に紫斑病性腎症を発症した症例である。炎症性腸疾患において糸球体腎炎、特に紫斑病性腎炎の合併例は散見されるものの潰瘍性大腸炎の増悪期に併発する症例が多い。一方本症例では潰瘍性大腸炎の寛解維持期に腎炎が生じ、薬剤誘発性血管炎の鑑別を要した。現在は潰瘍性大腸炎と紫斑病性腎炎いずれも PSL 加療で寛解している。潰瘍性大腸炎患者では現病の病勢に関わらず腎炎合併に注意する必要がある。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 4・その他のリウマチ性疾患 1

座長：北村 登（日本大学医学部 内科学系 血液膠原病内科学分野）

### O6-3 細気管支炎を呈した irAE シェーグレン症候群の一例

○嶋貫佳奈子<sup>1</sup>、阿南 隆介<sup>1</sup>、奥 佳代<sup>1</sup>、栗原 夕子<sup>1</sup>、西尾 和三<sup>2</sup>、  
伊藤 大輔<sup>3</sup>、鈴木 貴博<sup>1</sup>

<sup>1</sup>川崎市立井田病院 リウマチ科、<sup>2</sup>川崎市立井田病院 呼吸器内科、<sup>3</sup>川崎市立井田病院 消化器内科

【症例】71歳、男性。【主訴】口渇、乾性咳嗽。【現病歴】2020年に胸部中部食道癌、大動脈リンパ節転移 cT1bN2M0 に対してフルオロウラシル・シスプラチン、2次治療としてパクリタキセルにより加療された。2022年3月14日にニボルマブの投与を開始したところ、3月28日より口渇、4月11日の第3コース終了後には乾性咳嗽が出現した。歯科口腔外科を受診し、ガム試験陽性、唾液腺シンチグラフィーにて高度唾液腺機能障害、抗SSA抗体陽性を認め、免疫関連有害事象(irAE)のシェーグレン症候群と診断された。乾性咳嗽は徐々に増悪し、5月16日の胸部CT検査にて両側末梢気管支壁の肥厚、小葉中心性粒状影の出現を認め、シェーグレン症候群に伴う細気管支炎と診断された。Grade2のirAEとしてニボルマブの投与を中止し、デキサメタゾン4mg/日の内服を開始した。治療開始後は速やかに咳嗽症状の改善を認めた。5月30日よりプレドニゾロンの内服に変更し、同年10月には乾燥症状も軽快し、プレドニゾロン加療を終了した。【考察】irAEのシェーグレン症候群では、乾燥症状のみならず、細気管支炎をはじめとした腺外症状もときに出現し、副腎皮質ステロイドによる治療が必要となる可能性があることに留意することが重要である。

[利益相反の有無：無]

### O6-4 新型コロナワクチン接種後に発症した VEXAS 症候群の一例

○宮城 佑衣<sup>1</sup>、小林 弘<sup>2</sup>、梅林 芳弘<sup>3</sup>、中津川宗秀<sup>4</sup>、青木 昭子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東京医科大学八王子医療センター 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>東京医科大学八王子医療センター リウマチ性疾患治療センター、<sup>3</sup>東京医科大学八王子医療センター 皮膚科、  
<sup>4</sup>東京医科大学八王子医療センター 病理診断科

【症例】70歳台男性【病歴】X-1年6月、2回目の新型コロナワクチン接種翌日、38℃の発熱と全身に皮疹が出現し、近医で結節性紅斑と診断された。11月インフルエンザワクチン接種後にも同様の症状があり、その後微熱、倦怠感が続き、顔や左耳介の腫脹を自覚し精査を受けた。炎症反応高値と正球性貧血、CTにて胸水を指摘も血液培養や各種自己抗体は陰性だった。発熱と共に出現する1-2cm大の硬結を伴う紅斑を繰り返し、異なる部位から生検したが、真皮全層から皮下にかけて好中球浸潤と核破砕物を伴う慢性炎症細胞浸潤を認め、結節性皮膚炎と診断された。X年1月、高熱、多関節炎、筋痛と強膜炎が出現した。悪性リンパ腫を疑い骨髓生検を実施したが異常を認めなかった。5月当科受診し、VEXAS症候群を疑い再度骨髓標本を見直した所、骨髓球系・赤芽球系前駆細胞に液胞が確認され、UBA1遺伝子変異検査でUBA1バリエーション(Met41Leu)を認めた症候群と診断した。プレドニゾロン30mg/日内服にて症状は軽快した。【考察】新型コロナワクチンによる多様な自己免疫反応がこれまでに指摘され、新型コロナワクチン接種後のVEXAS症候群も海外で報告されているが、本邦での報告はない。本症例はワクチンと体細胞変異による新たな自己炎症性疾患との関連性を示唆する重要な症例と考えられ、今後同疾患の周知と症例の蓄積が重要である。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 4・その他のリウマチ性疾患 1

座長：北村 登（日本大学医学部 内科学系 血液膠原病内科学分野）

### O6-5 超音波により隆起を伴う炎症性滑膜炎がみられた多中心性細網組織球症の一例

○穂坂<sup>ほさか</sup> 聡<sup>さとし</sup>、水島万智子、鈴木翔太郎、吉岡 耕平、殿岡久美子、大岡 正道、川畑 仁人

聖マリアンナ医科大学病院 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

【症例】78歳女性【主訴】多関節痛【現病歴】X-1年8月誘因なく多関節痛が出現し近位整形外科にて診察を受けるも、抗CCP抗体、CRP陰性であり、両側手指の腫脹のみで経過観察となった。X-1年12月両側手背に光沢のある紅色の丘疹が出現した。X年4月皮膚の症状持続するため当院皮膚科にて右手指背側より皮膚生検を行い、多関節痛を認めたため、同年5月に当科受診され、全身精査のため入院となった。【経過】多関節に腫脹と可動域制限を認め、両側手指、手背、足趾、前額部、前胸部に光沢のある紅色丘疹の多発を認めた。皮膚生検では真皮内にCD68陽性の組織球と多核巨細胞の増殖を認めた。単純X線検査では、遠位指節間関節・近位指節間関節・中手指節関節に骨びらんを認めた。造影MRIでは位指節間関節・近位指節間関節・中手指節関節・手根骨に造影効果を伴う関節包の腫脹と骨びらんを認めた。関節エコーでは手指・手・足関節に血流シグナルを伴う著名な滑膜肥厚を認め、その滑膜にて多数の隆起を認めた。皮膚生検結果と多数の関節炎の存在より多中心性細網組織球症と診断した。悪性腫瘍合併の除外後、少量ステロイドとメトトレキサートにて治療を開始した。【考察・臨床的意義】本症例において関節エコーにて隆起を伴う滑膜炎を認めた。多中心性細網組織球症は稀な疾患であり関節所見の特徴の報告はないため希少例として報告する。

[利益相反の有無：無]

### O6-6 ベーチェット病様症状を契機に診断に至ったトリソミー8を伴う自己炎症症候群の一例

○市川<sup>いちかわ</sup> 健斗<sup>けんとう</sup>、北堀 弘大、本多 主悦、濱田 直樹、副島裕太郎、仲野 寛人、峯岸 薫、吉見 竜介、桐野 洋平、中島 秀明

横浜市立大学附属病院 血液・リウマチ・感染症内科

症例は75歳の男性。難治性口腔内多発潰瘍、膿痂疹様皮疹、周期性発熱で前医入院。治療抵抗性のカンジダ菌血症を併発し、前医で9か月間の入院治療を行っていた。陰茎潰瘍や腹痛が出現し、不全型ベーチェット病が疑われ、当科に転院となった。口腔・咽喉頭潰瘍、好中球主体の細胞浸潤を認める皮疹、周期性発熱、回盲部・上行結腸の多発潰瘍を認め、真菌菌血症を併発しており、後天的な免疫系障害による免疫不全症の鑑別を行ったが、確定診断には至らなかった。前医で実施した骨髄検査の染色体検査で、トリソミー8が確認され、皮膚・粘膜症状はトリソミー8に関連した後天性自己炎症性疾患に伴う症状と診断した。ステロイド投与により、皮疹の改善が得られたが、手技的に止血困難な大腸の潰瘍性病変からの出血が持続し、転院から32日目に死亡となった。近年、トリソミー8と自己炎症性疾患との関連が多数報告されているが、その症状は多彩であり、最初から同疾患を疑うことは難しい。ステロイド抵抗例も多く、治療方法は確立されていないため、本症例における診断過程や治療経過について、文献的考察を加えて報告する。

[利益相反の有無：無]

## 血管炎 4・その他のリウマチ性疾患 1

座長：北村 登（日本大学医学部 内科学系 血液膠原病内科学分野）

### O6-7 トシリズマブが奏効したステロイド抵抗性 TAFRO 症候群の一例

○北堀<sup>きたほり</sup> 弘大<sup>こうだい</sup>、市川 健斗、本多 主悦、濱田 直樹、副島裕太郎、仲野 寛人、  
峯岸 薫、吉見 竜介、桐野 洋平、中島 秀明

横浜市立大学附属病院 血液・リウマチ・感染症内科

症例は 66 歳女性。腹部膨満・炎症反応高値 (CRP24 mg/dL) で前医に入院。抗菌薬の点滴投与は無効で、2 週間の経過で低 Alb 血症、リンパ節腫大、腹水貯留が進行し、精査加療目的で当院に転院となった。腋窩リンパ節生検を行い、Castleman 病に類似した組織所見を認め、トシリズマブ 8mg/kg 投与を開始するも、腎障害・血小板減少・体液貯留は急速に増悪した。骨髓生検を実施し、TAFRO 症候群と診断してプレドニゾロン 1mg/kg 使用するも、低 Alb 血症と高 CRP 血症の改善が得られなかった。血管外漏出に伴う腎前性腎障害が遷延し、うっ血による呼吸不全が出現したことから、血液透析導入に至った。破碎赤血球の出現から、血栓性微小血管症合併が疑われたため、血漿交換療法を追加するも、尿路感染症による敗血症を合併し中止。トシリズマブ投与を継続し、ステロイドを漸減することで、全身状態は徐々に改善を認め、血液透析を離脱することができた。低 Alb 血症、血小板減少も改善が得られたが、長期入院で ADL 低下が進行し、治療開始後 4 か月目にリハビリテーション目的で転院となった。ステロイド抵抗性 TAFRO 症候群の一例を経験した。本症例における診断過程や治療経過について文献的考察を加えて報告する。

[利益相反の有無：無]



## その他のリウマチ性疾患 2

座長：岸本 暢将（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O7-1 両側対称性の近位指節間関節周囲の腫脹と朝のこわばりを呈し、若年性特発性関節炎と鑑別を要した Pachydermodactyly の 1 例

○伊藤 綾香<sup>1</sup>、津野 宏隆<sup>1</sup>、矢野 裕介<sup>1</sup>、野木 真一<sup>1</sup>、宮木 春佳<sup>2</sup>、  
田平 敬彦<sup>3</sup>、松井 利浩<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 リウマチ科、<sup>2</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 皮膚科、<sup>3</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 整形外科、<sup>4</sup> 独立行政法人国立病院機構相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部

【症例】14 歳男性。【現病歴】受診 5 か月前から、両示指、中指、環指 PIP 関節周囲の腫脹と 1-2 時間続く朝のこわばりが持続したため当科紹介受診した。同関節側面に硬い腫脹を認めたが、自発痛や圧痛、発赤、熱感、可動域制限は認めなかった。血液検査上、リウマトイド因子、抗 CCP 抗体および抗核抗体は陰性で、赤沈、CRP も正常であった。手指 X 線と MRI 検査では関節周囲軟部組織の腫脹のみで関節裂隙狭小化や骨びらんは認めず、関節エコーでも滑膜肥厚や血流増加像は認めなかった。ぶどう膜炎がないことを確認した上で経過観察としたところ、朝のこわばりは自然軽快したが、PIP 関節周囲の腫脹は持続したため生検を実施した。表皮に著明な過角化を伴う肥厚層、真皮内に膠原線維と線維芽細胞の増生を認め、Pachydermodactyly と診断した。【考察】Pachydermodactyly は若年男性に好発し、PIP 関節周囲の腫脹をきたす稀な良性疾患である。自覚症状は乏しいとされるが、本症例では朝のこわばりを呈したため、若年性特発性関節炎との鑑別を慎重に行った。典型例では神経精神疾患と機械的ストレスとの関連が指摘されており、本症例では発症前から不登校気味で、手指関節を鳴らす癖もあり合致すると思われた。Pachydermodactyly は若年発症が多く、成人診療科で経験することは稀であると考え、文献的考察を加えて報告する。

[利益相反の有無：無]

### O7-2 木村病（軟部好酸球肉芽腫症）にシェーグレン症候群を合併した一例

○頼 哲諠<sup>1</sup>、萩原 晋也、杉田 直輝、黒田 有希、川島 朗、田淵 大貴、  
杉田 稔貴、本田 文香、大山 綾子、安部 沙織、浅島 弘充、近藤 裕也、  
坪井 洋人、松本 功

筑波大学 医学医療系 膠原病リウマチアレルギー内科学

【症例】66 歳男性、X-24 年に左耳下部に弾性軟の腫瘍が出現した。X-22 年、心筋梗塞発症を機に血液検査で好酸球増多を認め、左耳下腫瘍の生検が施行された。病理所見から木村病と診断され、プレドニゾロン (PSL)10mg で加療開始されたが不応であり、X-8 年に PSL は終了されていた。その後腫瘍は緩徐に増大し、X 年 6 月に生検が再度施行され、リンパ濾胞や周囲間質への著明な好酸球浸潤から木村病と再度診断された。その際の血液検査にて抗 SS-A 抗体陽性を認めたことからシェーグレン症候群が疑われた。小唾液腺生検では陽性所見を認めなかったが、眼科所見陽性、左耳下腺造影陽性であったことからシェーグレン症候群と診断された。PSL40mg で加療開始され耳下部の腫瘍は縮小した。【考察】木村病は、アジア地域の男性の頭頸部に好発する炎症性肉芽腫であり、Th2 細胞の活性化に伴う IgE 増加や好酸球増多、浸潤により生じる。一方でシェーグレン症候群は外分泌腺にリンパ球が浸潤することにより生じ、その病態は Th1 細胞が主要と考えられ異なる。当症例では病理学的に木村病が証明され、シェーグレン症候群の診断基準も満たした。シェーグレン症候群と木村病を合併した症例は報告がなく、希少な症例であると考えたため報告する。頭頸部の弾性軟腫瘍を認めた際には木村病、IgG4 関連疾患等を疑う必要があり、中にはシェーグレン症候群が合併している可能性がある。

[利益相反の有無：無]

## その他のリウマチ性疾患 2

座長：岸本 暢将（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O7-3 高安動脈炎との鑑別を要した TIPIC 症候群の一例

○三木 智代、小宮 孝章、渡辺 武俊、鶴澤 侑司、五十嵐俊久、長岡 章平  
横浜南共済病院 膠原病リウマチ内科

【目的】TIPIC 症候群は頸動脈分岐部周囲の炎症により頸部痛を呈する希な疾患であり、以前は Carotidynia として扱われていた概念である。今回、併存疾患に潰瘍性大腸炎（UC）があり、検査所見から高安動脈炎（TAK）が疑われたが、最終的に TIPIC 症候群と考えられた症例を報告する。【症例】49 歳男性【主訴】左頸部痛【現病歴】X 年 7 月 22 日に発熱、咽頭痛が出現し、25 日に左頸部痛が出現したため、当院耳鼻咽喉科を受診した。頸動脈エコーにて血管周囲の軟部組織肥厚、造影 CT にて左頸動脈遠位から左内頸動脈・左外頸動脈起始部周囲に軟部陰影を認め、動脈炎が疑われたため、31 日に当科を紹介受診した。CRP 6.5mg/dl と高値であり、UC の既往から TAK が疑われた。頭頸部 MRA では血管狭窄や拡張は無く、PET-CT では両側頸動脈に沿った FDG 集積を認めたが、他の血管に FDG 集積は認めなかった。副鼻腔炎も併存しており、抗菌薬と NSAIDs の使用で経過をみたところ、症状、検査所見とも改善を認めた。【考察】頸動脈分岐部に限局する画像所見は TIPIC 症候群に典型と考えられたが、TIPIC 症候群では炎症反応が軽度であることが多く、本症例は CRP 高値であったことや UC の既往があったことから TAK との鑑別を要した。ステロイドを用いずに改善を認めた経過から、TIPIC 症候群であったと考えられた。

[利益相反の有無：無]

### O7-4 当院における膠原病疾患合併間質性肺疾患 (CTD-ILD) に対する nintedanib (NTB) 治療の実際

○阪本 陽介、田中 知樹、安藤 彬乃、木下 菜々、京田 俊介、宍戸 瑛理、長谷川靖浩、松枝 佑、有沼 良幸、和田 達彦、奥 健志、山岡 邦宏  
北里大学病院 膠原病感染内科

【目的】NTB は CTD-ILD に対して、進行性の線維化を伴う例 (PF-ILD) を中心に投与され、ILD の進展抑制効果を示す一方、副作用や費用対効果の面から治療への導入が必ずしも速やかではない。当科での NTB 治療の実際を検討した。【方法】2020 年 4 月から 2023 年 7 月までに当科で NTB を投与された CTD-ILD 患者を抽出し、背景因子や呼吸機能の変化、継続率、有害事象などを解析した。【結果】症例数は 45 例 (女性 32 例) で年齢は 55 (40~83) 歳、基礎疾患は SSc 18 例、PM/DM 11 例、RA 8 例、MCTD 5 例、SLE 3 例、SJS 3 例、MPA 3 例であった。免疫抑制薬の併用率は 75.6% であった。主な有害事象は消化器症状 34 例 (下痢 16、悪心 18、食思不振 3、胃痛 3、胃食道逆流症 2)、肝障害 5 例、中毒性表皮壊死症 1 例であった。内服開始後 1 年以内に中止した症例は 25 例であり、投与中止に至った原因は消化器症状 18 例、肝障害 1 例、中毒性表皮壊死症 1 例、死亡 5 例 (4 例が呼吸不全) であった。併用薬剤と比較すると、TAC を併用した 14 例中 10 例で NTB 投与中止に至っており、有意差は確認できなかったが、多い傾向を認めた。副作用出現時に薬剤減量や対象薬の使用により継続できた例も 13 例みられた。【結論】NTB 開始後の継続率は既報と同等であった。有害事象による中止例が多いが、TAC 併用で中止に至った例が多い傾向にあり、何らかの薬剤相互作用などがある可能性が示唆された。

[利益相反の有無：無]

## その他のリウマチ性疾患 2

座長：岸本 暢将（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O7-5 IgG4 関連疾患による骨髄病変によって汎血球減少を呈した 1 例

○道津 侑大<sup>1,2</sup>、石高絵里子<sup>1,2</sup>、小西 典子<sup>1,2</sup>、西見慎一郎<sup>1,2</sup>、三輪 裕介<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 横浜市北部病院 内科系診療センター 内科、<sup>2</sup>昭和大学 医学部内科学講座  
リウマチ・膠原病内科学部門

特記すべき既往のない 89 歳男性。両下腿浮腫・汎血球減少で紹介となり、CT にて腋窩・腹腔内領域を含めた横隔膜上下のリンパ節腫大、心拡大、左腎盂周囲の軟部陰影が指摘された。血液検査で IgG4 1,453 mg/dL (IgG4/IgG 55.8%)、骨髄生検で IgG4 陽性細胞を多数認めたが異形成はなかった。右腋窩リンパ節生検で濾胞間に IgG4 陽性細胞が多数認められ、IgG4/IgG は 70-80% 程度であった。PSL 0.8 mg/kg/日を開始し、IgG4 値の低下・汎血球減少の回復がみられた。IgG4 関連疾患による骨髄病変によって汎血球減少を呈し、リンパ腫・血液疾患と鑑別を要した 1 例である。IgG4 関連疾患における骨髄浸潤の報告はこれまで乏しく、汎血球減少の原因としては骨髄浸潤による造血障害が考えられている。本症候は骨髄悪性腫瘍の合併が報告されており、むしろ IgG4 関連疾患が腫瘍随伴症候群としての表現系とする仮説もある。本症診断後にも悪性腫瘍・リンパ腫の発症に注意を払う必要がある。

[利益相反の有無：無]

### O7-6 溶血性貧血や補体低下をきたした TAFRO 症候群の一例

○吉本 雅俊<sup>1</sup>、大庭 悠貴<sup>1</sup>、井熊 大輔<sup>1</sup>、諏訪部達也<sup>1</sup>、長谷川詠子<sup>1</sup>、  
河野 圭<sup>2</sup>、大橋 健一<sup>2,3</sup>、金子 駿太<sup>4</sup>、三森 明夫<sup>4</sup>、乳原 善文<sup>1</sup>、  
和田 健彦<sup>1</sup>、澤 直樹<sup>1</sup>

<sup>1</sup>虎の門病院 腎センター内科、<sup>2</sup>虎の門病院病理部、<sup>3</sup>東京医科歯科大学医歯学総合研究科人体病理学分野、<sup>4</sup>東京山手メディカルセンターリウマチ・膠原病内科

69 歳男性 .3 ヶ月前からの発熱、下腿浮腫、労作時呼吸困難で近医受診。両側胸水と頸部リンパ節腫脹を認め前医入院。頸部リンパ節生検と骨髄検査では明らかな悪性所見なし。発熱、炎症反応上昇、多発リンパ節腫脹、全身浮腫、血小板減少あり TAFRO 症候群と診断。PSL60mg で治療開始するも反応性に乏しく最大 160mg まで増量、シクロスポリンとトシリズマブの投与を行うも効果が乏しく当院に転院。溶血性貧血・補体低下が出現。直接クームス試験、SSA 抗体・SSB 抗体陽性、ds-DNA 抗体も 19 IU/mL と弱陽性に注目。腎機能は正常であるものの、治療導入前の尿蛋白は最大 1.2g/gCre、糸球体血尿の検出歴もあり。抗核抗体は 40 倍だが、SLE の合併有無の確認のため腎生検を施行した。腎病理では、光顕で係蹄壁の二重化、内皮細胞腫大、メサンギウム融解を伴い、蛍光抗体法は有意な陽性所見はなく、電顕では内皮下浮腫による内皮細胞障害を認めたが免疫沈着物はなく TAFRO 症候群に伴う glomerular microangiopathy に相当し、ループ腎炎の所見はなかった。また、腹水貯留がなく、頸部リンパ節は、リンパ濾胞過形成と濾胞間の形質細胞増生がみられるものの、胚中心の萎縮や血管増生が目立たない点は従来報告されている典型的な TAFRO 症候群として異なる点が多く報告する。

[利益相反の有無：無]

## その他のリウマチ性疾患 2

座長：岸本 暢将（杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科）

### O7-7 Cutaneous leukocytoclastic vasculitis を併発した TAFRO 症候群の一例

○仲山 <sup>なかやま</sup> 達也、<sup>たつや</sup> 杉森 祐介、菅原 啓太、児玉 理恵、西川 卓治、島根 謙一

東京都立墨東病院 リウマチ膠原病科

【症例】51 歳男性。【主訴】倦怠感【現病歴】2023 年 4 月に倦怠感のため当院を受診した。白血球の上昇はあったが、その他に特記所見なく原因を指摘できずに経過観察された。5 月に両下腿に多数の点状紫斑が出現した。その後、両下腿の圧痕性浮腫、乏尿性急性腎障害、胸腹水貯留、血小板減少、CRP 著増が出現した。利尿薬に不応で腎障害が進行したため血液透析が導入された。CT では、胸腹水に加えて、肝脾腫とリンパ節の腫大があった。紫斑の皮膚生検は leukocytoclastic vasculitis を呈し、血管壁に IgA が沈着していた。骨髓生検では巨核球の過形成を認めた。リンパ節生検ではリンパ濾胞が萎縮して濾胞間に樹状の血管増生が強く見られ、過剰血管型が疑われた。他疾患の鑑別を行い、臨床・検査・病理所見から重症度分類 grade 5 の TAFRO 症候群と診断した。パルスを含む高用量ステロイド、リツキシマブ、タクロリムスを投与した。血小板減少には短期間エルトロンボパグを併用した。薬物治療開始後速やかに下腿の紫斑は消退した。腎機能と血小板数は回復し、透析を離脱した。ステロイドの減量を進め第 60 病日に退院した。【考察】IgA 血管炎と TAFRO 症候群が合併した報告は検索した範囲では見当たらなかった。本症例について文献的考察を交えて報告する。

[利益相反の有無：無]

## 協賛企業・団体一覧

第33回日本リウマチ学会関東支部学術集会を開催するにあたり、多大なるご支援を賜りました。  
ここに心より御礼申し上げます。

旭化成ファーマ株式会社  
アステラス製薬株式会社  
アストラゼネカ株式会社  
アッヴィ合同会社  
あゆみ製薬株式会社  
アレクシオンファーマ合同会社  
株式会社アンカーメディック  
エーザイ株式会社  
小野薬品工業株式会社  
京セラ株式会社  
ギリアド・サイエンシズ株式会社  
グラクソ・スミスクライン株式会社  
小林製薬株式会社  
ジンマー・バイオメット合同会社  
第一三共株式会社  
大正製薬株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
中外製薬株式会社  
帝人ヘルスケア株式会社  
日本イーライリリー株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
ファイザー株式会社  
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社  
丸紅情報システムズ株式会社  
ヤンセンファーマ株式会社  
株式会社ヤクルト本社  
一般社団法人横浜市立大学医学部医学科同窓会倶進会

(2023年11月現在 五十音順)

第33回日本リウマチ学会関東支部学術集会  
会長 持田 勇一



ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤 薬価基準収載

# ゼルヤンツ<sup>®</sup>錠5<sub>mg</sub>



XELJANZ<sup>®</sup> 5mg Tablets トファシチニブクエン酸塩錠

劇薬、処方箋医薬品<sup>注)</sup>

注意— 医師等の処方箋により使用すること

- 「効能又は効果」、「効能又は効果に関連する注意」、「用法及び用量」、「用法及び用量に関連する注意」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売

**ファイザー株式会社**

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：  
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467  
<https://pfizerpro.jp/> (PfizerPro) にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：  
0120-407-947  
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

# まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)



低ホスファターゼ症治療剤 薬価基準収載

## ストレンジック®

アスホターゼ アルファ STRENSIQ® for Subcutaneous Injection

皮下注12mg/0.3mL 皮下注18mg/0.45mL  
皮下注28mg/0.7mL 皮下注40mg/1mL  
皮下注80mg/0.8mL

アスホターゼ アルファ (遺伝子組換え) 製剤  
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>※1</sup> (注意-医師等の処方箋により使用すること)

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

アレクシオンファーマ合同会社

メディカル インフォメーション センター

フリーダイヤル:0120-577657

受付時間:9~18時(土、日、祝日及び当社休業日を除く)

**ALEXION®**  
AstraZeneca Rare Disease

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細については製品添付文書をご参照ください。 2021年8月作成 STQ-AD7(2)-2108

私たちは、

明日につながる医療機器を

お届けしています。

**ANCHOR MEDIC**  
株式会社アンカーメディック

本社 / つきみ野営業所：大和市つきみ野 5-18-1 TEL 046-278-3511  
横浜営業所：横浜市港南区上永谷 4-19-11 TEL 045-849-2488



**KYOCERA**

その膝は、  
世界を見る。

**Initia**<sup>®</sup>  
Total Knee System

-InitiaトータルニーステムCR 22900BZX00353000  
-InitiaトータルニーステムPS 22900BZX00352000  
-InitiaトータルニーステムPS VEインサート&パワラ 30100BZX00125000  
-InitiaトータルニーステムCR VEインサート 30100BZX00124000

京セラ株式会社 メディカル事業部  
<http://www.kyocera.co.jp/medical/initia/>

\*Initiaは京セラ株式会社の登録商標です。  
©2017 KYOCERA Corporation







神経障害性疼痛治療剤

**タリージェ<sup>®</sup>錠** 2.5mg・5mg  
**OD錠** 10mg・15mg

薬価基準収載



一般名：ミロガバリンベシル酸塩 (Mirogabalin Besilate)  
 処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等の詳細については、電子添文等をご参照ください。



製造販売元（文庫請求先及び問い合わせ先を含む）

**第一三共株式会社**

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2023年5月作成

# 科学するヤクルト



人も地球も健康に

**Yakult**

**株式会社ヤクルト本社 中央研究所**

〒186-8650 東京都国立市泉5-11