

## 若年性関節リウマチの臨床的研究

分担研究者	鹿児島大学小児科	寺	脇		保
研究協力者	信州大学小児科	赤	羽	太	郎
	宮崎医大学小児科	早	川	国	男
	福岡大学小児科	小	田	禎	一
	杏林大学小児科	渡	辺	言	夫
	日本大学小児科	藤	川		敏
	横浜市立大学小児科	植	地	正	文

### 1. 若年性関節リウマチの疫学的研究

#### 1) 全国実態調査（第一次）

全国主要病院 1363 施設にアンケート調査を行い、517 施設（38%）の返答があり、JRA 患児、男 195 名、女 279 名、計 474 名の患児がいることがわかった。

#### 2) 全国実態調査（第二次）

第一次調査で患児がいた 211 施設に第二次調査用紙を患児数に応じて送付し 101 施設（47.9%）より回答が得られ、275 名の患児のリストが集まった。

#### 結果

- (1) 発病は 1～6 才に多かった。
- (2) 男女比は、1 対 1.4 であった。
- (3) 家族歴で RA のあるもの 5.5%，リウマチ熱のあるもの 1.8%，SLE 0.4% であった。
- (4) 既往歴で先行感染のあるもの 14.9%，上気道感染症 8.4%，外傷 2.5% であった。
- (5) 初発症状は、発熱、関節症、関節腫脹、発疹の順であった。
- (6) 関節症状以外の症状は、発熱、朝のこわばり、発疹の順に多く、心膜炎 7.2%，虹彩炎 2.9% であった。
- (7) 単関節炎は、診断確定時 13.3% にみられた。
- (8) 侵襲関節は、膝、足、手、肘の順に多かった。
- (9) 診断確定時の臨床検査所見は、貧血（Hb 10.0 以下）26.7%，白血球増多（2 万以上）11.0%，赤沈亢進（20mm/h 以上）90.8%，CRP 陽性 85.5%，RAtest 陽性（± 以上）24.3%，抗核抗体陽性 11.7%， $\gamma$ -gl（20% 以上）上昇 41% であった。
- (10) 治療については、全経過中に使用していた薬剤の頻度はサリチル酸剤 86.5%，ステロイド剤 69.8%，インドメサシン 21.1%，金製剤 18.9%，免疫抑制剤 17.8% の順であった。第一選択として選ばれるのは、サリチル酸剤（44.0%），ステロイド剤（27.3%）の順で、他のものは非常に少なかった。
- (11) 予後調査では、Stage は、Ⅲが 8.4%，Ⅳが 2.2% で、Class は、Ⅲが 6.8%，Ⅳが 1.7% で、死亡例は 4 例、1.7% であった。

## 2. 診断基準について

臨床症状検査所見など病像について、3年間各研究者の間で検討した結果、表1のような診断の手引きを作成した(表1)。

表1 若年性関節リウマチ診断の手引き

- 
1. 6週間以上続く多関節炎
  2. 6週間未満の多関節炎(または単関節炎, 少関節炎)の場合には次の1項目を伴うもの。
    - a. 虹彩炎
    - b. リウマトイド疹
    - c. 朝のこわばり
    - d. 弛張熱
    - e. 屈曲拘縮
    - f. 頸椎の疼痛またはレントゲン像の異常
    - g. リウマトイド因子陽性
  3. 下記疾患と確定したものは除外し、鑑別不能の場合は「疑い」とする。  
 リウマチ熱, 全身性エリテマトーデス, 多発性動脈炎, 皮膚筋炎, 進行性全身性硬化症, 白血病, 敗血症, 骨髄炎, 感染性関節炎, 川崎病。
- 注意すべき点
- 1) 関節炎は移動性でなく固定性であること。
  - 2) リウマトイド疹とは、直径数mm～1cmの鮮紅色の紅斑で、発熱とともに出現し、下熱時に消退することもある。
  - 3) 弛張熱とは、日差が3～4℃で、下降時は平熱またはそれ以下となることがあり、1週間以上つづくこと。
  - 4) リウマトイド因子(RAテスト)は、肝疾患や他の自己免疫疾患でも陽性となることがある。
- 

## 3. 治療の原則について

治療については、全国実態調査による薬剤使用頻度からも明らかのように意外にステロイド剤(約70%)、金製剤、免疫抑制剤などの使用が多く、小児における副作用の点に留意すべきことがうかがえる。そこで研究班会議では、表2のような原則案を作成した(表2)。

表2 若年性関節リウマチ治療の原則

- 
1. 一般的療法
  2. 薬物療法
    - 1) 第一選択剤: サリチル酸剤
    - 2) 非ステロイド性抗炎症剤
    - 3) 金製剤
    - 4) D-ペニシラミン
    - 5) ステロイド剤
    - 6) 免疫抑制剤

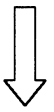
いづれの薬剤も副作用があるのでそれをよく知り注意して使用すること。
  3. 理学的療法
  4. 整形外科的療法
- 注意すべき点
1. 一般的療法: 活動性の時期には、安静が必要であるが、非活動期には、関節の機能障害を防ぐため適度の運動が必要である。長期の病状に対する不安、学業に対する不安などの、心理的療法も大事である。
  2. 薬物療法
    - 1) サリチル酸剤の副作用として肝機能障害の頻度が高いが、慎重な投与により必ずしも中止する必要はなく、増量(80～120mg/kg/日)も可能であり、再投与でも有効である。但し、大量投与時は、血清サリチル酸濃度を測定しながら使用する必要がある。
    - 2) 非ステロイド性抗炎症剤で本症に有効性が認められているものは、インドメサシン、イブプロフェン、メフェナム酸、トルメチン、ナプロキセンなどがある。インドメサシンは、小児には制限されているが、本症には有効であるので、副作用に注意して使用したい。

慢性型のものには、金製剤、D-ペニシラミンも用いられるが、いずれもサリチル酸剤、非ステロイド性抗炎症剤との併用が望ましい。

- 3) ステロイド剤は本症では離脱困難になりやすく、重篤な副作用もあるのでなるべく使用しない方がよい。適応としては、重症の虹彩炎、心膜炎を伴う場合などである。
  - 4) 免疫抑制剤は、上記の薬剤療法で寛解が得られないときに試みられるべきである。
3. 理学的療法  
関節の機能障害防止のため、活動性に応じてリハビリテーションを行う。家族にも指導し、毎日運動療法を行わせる。
4. 整形外科的療法  
専門の整形外科医と小児科医の相談の上、適応が、決定されるべきである。
-



**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



1. 若年性関節リウマチの疫学的研究
2. 診断基準について
3. 治療の原則について