



リウマチ性疾患の診断の心得

リウマチ性疾患の診断は、病歴と身体所見、検査所見を基に、

- ① 見た目
- ② 一定の決まったルール
- ③ 診断基準

を疫学と経験をふまえながら当てはめて診断する、さながら刑事コロンボのようです。これらの要素についてちょっとご説明します。

①の「見た目」で“一発診断” がかっこいいですね。皮膚科の先生は非常に得意です。しかし、落とし穴（“わな”）もあります。例えば鞍鼻とくれば、そうです。見た目で一発診断“GPA（ウエゲナー肉芽腫症）”ですね。エンドキサン[®]とステロイドパルス療法がゴールドスタンダード。よし行け～！っと。ところが、実は梅毒、ハンセン病、コクシジオイデスなどの感染症による鞍鼻変化であった場合、われわれが行った治療が命取りになることもあります。でももちろん知っておくべきClinical pearlはたくさんあります。特に第1章では、この「見た目」を中心にまとめてみましたので、参考になるでしょう。

②の「一定の決まったルール」とは、例えば“指圧で消退しなければ紫斑、消えれば紅斑”や、少しマニアックですが“蕁麻疹は通常一つの部位にとどまらず移動するが24時間以上同じ場所に残存すれば血管炎を疑い生検を行え”などの臨床家に知られているルールのことです。しかし、これも不明熱などルールに当てはまらない場合には通用しないことがあります。そこで、本書の第1～5章が参考になるでしょう。

③の「診断基準」は、診断に役立つ情報を効率よく引き出した検査を選択するために必須ですが、いくつもの診察所見や検査法が載っててなかなか覚えられません。また、一つ一つ診断基準に載っている項目をこなしていくと時間がかかりすぎてしまい患者さんの状態が悪化してしまったら、いくつかの疾患がオーバーラップしているとどれがメインなのか決断するには経験も必要になります。ここでも、本書の第1～5章が参考になるでしょう。

このような3つの要素とともに疾患それぞれの持つ疫学的背景も考慮して診断をつけていきます。疫学的背景とは、例えば、20歳の男性の多関節炎では全身性エリテマトーデスはあまり鑑別の上位には挙がってきませんが（SLEは一般的に10：1で女性に好発する疾患）、女性では上位に挙がってくる、といった特徴のことです。高齢者ではどうでしょうか。関節炎をみたらリウマチ性多発筋痛症、偽痛風、変形性関節症、高齢発症の関節リウマチなどが挙がってくるでしょう。

さらに、リウマチ性疾患をお持ちの患者さんは同じ病気でも一人として全く同じ症候あるいは訴えであるということはなく、これがまた診断を難しくしています。しかし、この患者さんの訴えに謙虚に耳を傾けましょう。何気なく言っていた情報が実は診断に直結することもあります。

これらの要素を意識して、この本をみなさんの日常診療にぜひ役立ててください。それでは、はじまりはじまり。

