# 強直性脊椎炎

順天堂大学整形外科・スポーツ診療科講師
**井　上　　久**
（聞き手　池脇克則）

**33歳男性、腰背部痛、股関節痛にて受診。また１カ月ほど前より微熱もあるという。はっきりとした診断もできず、NSAIDsの内服と外用剤を処方し、いったん帰宅した。３カ月後、再診。しだいに「上を見上げる姿勢がつらい」「和式トイレにしゃがみにくい」などの症状が加わってきたとのことで、他院整形外科に紹介入院となった。なかなか診断に難渋したようであるが「強直性脊椎炎」が最終診断であった。この疾患の概要、診断のポイントなどについてご教示ください。**

＜岡山県開業医＞

**池脇**　井上先生、強直性脊椎炎（AS）に関して、まず概要、簡単なところから教えてください。

**井上**　リウマチ性疾患に分類される病気ですが、関節リウマチ（RA）の場合は、手足の末梢の関節に初発して、その後もそこが病態の主体となることが多いのですが、こちらは体軸関節といいますか、脊柱、それから骨盤の仙腸関節が主に侵されます。時には四肢の関節、たとえば股関節とか膝関節、まれに足関節や肩関節が侵されることがあります。指や趾の関節には絶対出ないというわけでもありません。10代、20代で、頑固な腰殿部痛を主体に全身あちこちの痛みやこわばりから始まって、だんだん脊柱や関節の運動性が低下して、一部の重症例では最終的に全脊柱が骨性に強直して一本の棒のようになるbamboo spineという状況になってしまうことがある病気です。

**池脇**　リウマチ性疾患ということでしたが、RAとはかなり様相が異なる疾患で、RAの場合は滑膜が炎症の場ですが、強直性脊椎炎ではどこの炎症なのでしょうか。

**井上**　靭帯の骨への付着部に始まり、その後もここが主たる炎症の場になり

ます。つまり関節外です。要するに、あちこち骨の出っ張った所で、そこに圧痛が生じるのが初期の特徴です。

**池脇**　関節の病変とは違うということですね。

**井上**　そうです。X線像で骨萎縮や破壊による骨関節の変形が見られるRAに対して、ASではその変形は少なく、関節をつなぐ靭帯の骨化が特徴的です。

**池脇**　日本での発症頻度は、どうでしょうか。

**井上**　世界でもよく知られていることなのですが、日本人には非常に少ない病気でして、したがって、日本の医師の診断能力が高いとはいえず、そのため確定診断が遅れたり、誤診もしくは過剰診断も多く、ASの患者さんがたくさん埋もれていると思います。こんな状況ですから、わが国の有病率に関する正確な統計はほとんどなかったのですが、最近、診断力のあるこの分野の専門医たちが某県の住民調査を行った結果によると、その有病率は0.015～0.025％と推察されます。

**池脇**　少ないですね。

**井上**　日本の人口を１億3,000万人としますと、２万～３万人前後になりますか。積極的な治療が不要な軽症の人も含まれると思いますが。

**池脇**　遺伝に関してはどうなのでしょうか。

**井上**　これだけはよく知られていることですが、AS患者のほぼ９割がHLA-B27型が陽性で、これがかなり遺伝的浸透性がありますので、やはり遺伝的要因は決して無視できないものです。家族発生率は十数％ですから、親がASだと、子どもが６人いると１人に出る可能性があるというように患者さんには話しています。ただし、ケースによって重症度や病状経過に大きな差があって、日常生活や社会生活に強い支障を生じるほどになる重症例はそのうち１～２割程度だから、あまりご心配なく……と必ず付け加えます。

**池脇**　患者の年齢分布はどうなのでしょうか。

**井上**　初発は、ほとんどが30歳前です。

**池脇**　若いですね。

**井上**　30歳までに８～９割が発症します。96％が40歳前に発症するという欧米の統計もあります。50歳過ぎてから出たという人もいますけれども、よく聞いてみると、やはり10代、20代で腰が痛かったというエピソードがあるようです。

**池脇**　この病気はゆっくりと進行するということですから、初発時には、この病気特有の症状、所見というのはなかなかないのでしょうね。

**井上**　そうです。ですから、診断が遅れがちになります。2010年、患者さんたちにアンケート調査を行ったのですが、初発から診断までが平均9.3年で

した。そのぐらい初期診断が難しい病気です。

**池脇**　そんなにかかるのですか。どんな症状で始まるのですか。

**井上**　初発部位としては、これもアンケートやその他の文献によると、一番多いのが腰背部・殿部痛で、７～８割の人がここの痛みで初発します。坐骨神経痛ということで初診する場合も多く、整形外科で「腰椎椎間板ヘルニア」と診断されてしまう。これが一番多い誤診です。

**池脇**　整形外科の先生でも誤診してしまう。

**井上**　そうです。特に成人では、MRIを撮影すると無症候性のヘルニアが多く見られることもあって、画像所見に引きずられて、明確な下肢の神経学的所見がないのにヘルニアとして手術がなされてしまうのです。当然、治りません。それから脊椎炎とはいうものの、股、膝、足などの末梢関節炎（痛）で初発するケースが３割ぐらいあって、脊椎炎という病名にとらわれていると、ついつい見逃してしまいます。末梢関節から初発する場合もあることは覚えておくべきです。

**池脇**　質問の症例に関して、先生の解釈をいただきたいのですが、いかがでしょうか。

**井上**　ASとして典型的なケースではないかと思います。ただ、腰背部痛が本当にこのときに初発したのかどうかがわかりません。とにかく初期は、ASに特有な症状はなく、しかも病状の波が激しいのが特徴ですから、実際はもっと前から発症していたのではないかと思います。３カ月後から上を見上げる姿勢がつらいと訴えておられますが、これは主に痛みとか筋の過緊張によって起こった現象だと思います。靭帯骨化、つまり強直は年単位の長い経過で徐々に起こるものですから、そんなに急にくっついたわけではないと思います。もしかすると、前々から動きが悪かったけれど、痛みがないので気にならなかったのかもしれません。

**池脇**　トイレでしゃがみにくいというのはどう説明されますか。

**井上**　これは股関節の罹患によるものでしょう。３～４割は股関節も罹患します。ただし、すべてが関節強直に至り人工関節置換術が必要になるわけではありません。むしろまれです。おそらく股関節の屈曲障害のためでしょう。それから歩き方が、いわゆるガニ股になったという訴えも多いです。これも初期徴候として覚えておくべきです。

**池脇**　強直性脊椎炎の痛みは、動くと楽で、じっとしていても良くならないというのは、通常の腰痛とはやや違うという理解でよろしいですか。

**井上**　そうですね。あまりに痛みが激しいときとか、動き始めは確かに痛いのでしょうが、一般的には、動いて

いるほうが痛みが軽快し、安静では良くならないというのが特徴です。このことは、この病気の診断基準にも入っているほどに特徴的なことです。じっとしていると、かえって痛みが増してしまいます。心理的な影響もあるのでしょうけど。

**池脇**　先生から見ると、この症例は典型的ということですが、専門でない先生が診る際の要点はありますか。

**井上**　初期診断のコツというものをよく聞かれるのですけれど、腰背部痛または坐骨神経痛を頑固に繰り返す、そしてその痛みには大きな波があるという40歳以下の人を見たら、ASという病気を頭の隅に思い浮かべることが大切です。痛みが強くて身動きできないほどだったのに、数日後にはケロッとしてしまうというようなことがあって、若年者が多いですから、周囲から根性がないとか、怠け者と言われてしまうことがあるのも、この病気の不幸なところと言えます。それから、ASは男性の病気だと思い込んでいると、女性患者を見逃してしまいます。男女比はだいたい３～４：１で、決して女性もまれではないということも忘れてはなりません。

このように、ASかもしれないという思いが頭を過れば、診断はわりと簡単な病気といえます。思い浮かばなければまったくわかりません。

**池脇**　疑った場合の検査はどうでしょうか。

**井上**　ASでは仙腸関節炎はほぼ100％に起こりますから、仙腸関節にいろいろストレスを与えるテストがあって、上から押してみたり、骨盤を横から圧迫してみたり、これらの誘発テストを行うと陽性、つまり痛みが生じます。あとは、炎症の初発が靱帯の骨への付着部ですから、あちこち骨の出っ張った部位の圧痛が特徴です。多いのは大腿骨の大転子、それからアキレス腱や足底腱膜の付着部である踵骨、さらには脊椎の棘突起、腸骨稜とか、鎖骨とか肋骨などです。要するに骨が出っ張っているところです。

脊柱の可動域は必ず調べなければならないのですが、最初は伸展が悪くなりますので、通常は前傾姿勢になり、うつ伏せで寝るのが辛くなります。もう少し進むと、上を見られない、上のものが取れない、うがいができなくなった、後ろを振り返れず自動車の運転が危なくなったという訴えが増えます。首が前屈位になって伸展ができなくなりますと、人を上目づかいで見てしまうとか、座ったときにふんぞり返るために、態度が大きいと人格的に誤解されてしまいがちになります。このような特殊な心理的・社会的ストレスもこの病気では特徴的です。

次に血液検査ですが、ASに特異的なものはなく、CRPや赤沈値が上昇するくらいです。しかし、全例にみられ

るわけではありません。そして、X線検査で仙腸関節のびらんや硬化像、強直像を見つけることです。正面像だけでは誤診しますので、必ず斜位像、つまり仙腸関節撮影をすることが大切です。X線で異常が出る前に炎症所見や微細な骨変化が出るCTやMRIも有用です。

**池脇**　RAその他の病気とはだいぶ違うなという印象なのですけれども、結局そういった症状が出てくるのに時間がかかるから、診断がつくまでに10年近くかかるという難しさがあるということでしょうか。

**井上**　症状は出ているのですが、それがこの病気のためと気がつかなかったり、良くなったり悪くなったりと病状の波が激しいために、つい本人も放置してしまい、医師にもASがなかなか思い浮かばずに、結局、診断が遅れてしまうということだと思います。

**池脇**　治療に関して、生物学的製剤の適用があるというふうにうかがったのですけれども、そのあたり、治療も進歩しているのでしょうか。

**井上**　他のリウマチ性疾患と同じく根治療法はまだないのですが、2010年、生物学的製剤の適応が承認されてから劇的な展開がありました。ただ、これとて対症療法ですし、副作用の危険性や経済的負担には大きいものがありますし、やはり有効性とその持続性に限界があることもわかってきました。治療としては、やはりまずはNSAIDsです。これだけで６～７割のケースがコントロール可能です。一つ大事なことは、RAではMTXとかSASPその他種々のDMARDsが使われますが、これらがASに対して有効であるというエビデンスはほとんどないことです。日本のリウマチ医の先生方は、ASでもRAと同じ方針で薬物療法を開始されますが、これらはほとんど効かないということに留意すべきです。ただ、若年者で末梢関節炎が主体のケースには有効な場合がありますし、やはり有効とのエビデンスのないステロイドの全身投与も有効なことはありますが……。つまり、ASというのは有効な薬剤の選択肢が非常に少ないということです。NSAIDsを２種類使って、見るべき効果がなかったら、次は直ちに生物学的製剤をといわれているぐらい選択肢が少ないのです。2010年、ASにインフリキシマブとアダリムマブが承認され、ここ１年で使用例が急増していますが、確かに効く人には非常によく効きます。学業、仕事、結婚、趣味にと「人生これから」という若者に多い病気ですし、根治療法でないにしてもQOLの向上にはたいへん有意義な薬だと思います。NSAIDsがまったく不要になるケースも少なくありません。それに適応となるケースは若年者ですから、有害事象もあまり重いものは出ませんし、中年になると自然に病勢が沈静化するケースが多い

のもASの特徴ですから、人生の大切な時期に生物学的製剤をうまく使用することで、より有意義な人生を送れるという点からも、この薬のASに対する使用価値は高いといえます。しかし、だからといって、安易に生物学的製剤を開始してよいということではありません。副作用と経済的負担は無視できませんし、２割ほどには無効例もあり、当初有効でもしだいに効きめが落ちるケースもあるため、次の手段も考慮しつつ慎重に使うべき薬だと思います。それにもかかわらず、最近、安易に使われているケースが目につくのは残念なことです。

**池脇**　ありがとうございました。