

## リウマチ性多発筋痛症 (Clinical Practice) NEJM, March 12/19, 2026

「僻地で世界最先端」西伊豆健育会病院早朝カンファ 2026.4

### Polymyalgia Rheumatica (Clinical Practice)

付けたり:C3PO、RS3PE?、スターウォーズ、銀河系基本語 (galactic basic, 英語)、甲賀忍者屋敷、忍びいろは、風魔小太郎、忍術大会、安倍晋三回顧録、隠密剣士、仮装行列

#### 著者

•Christian Dejaco, M.D., Ph.D

Department of Rheumatology, Medical University Graz, Austria

•Eric L. Matteson, M.D., M.P.H.

Division of Rheumatology, Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, MN

NEJM, March 12/19, 2026 にリウマチ性多発筋痛症 (PMR) の総説 (clinical practice) が出ました。日常的に診る疾患ですのでまとめました。

著者はオーストリア、グラーツ大学と米国メーヨーの医師です。

リウマチ性多発筋痛症 (PMR) NEJM, March 12/19, 2026 の最重要点は下記8点です。

- ① PMR は  $\geq 50$  歳, 3/4 女, 肩痛 7-9 割 > 骨盤, 頸部痛 5 割。再発 43%。1/4 は > 5 年。
- ② 分類クライテリア: > 50 歳, 両肩痛, ESR/CRP  $\uparrow$  は必須。こわばり, 股痛, RF/抗 CCP 陰性, エコー。
- ③ 鑑別: 高齢発症 RA, 偽痛風, OA, 膠原病, 筋炎, 甲状腺  $\downarrow$ , 副腎  $\uparrow$ , 副甲状腺  $\uparrow$ , 癌, 感染, ICI。
- ④ PMR は滑液包炎、腱周囲炎があり CPK、aldolase 上昇せず筋炎との鑑別点。
- ⑤ PSL 12.5-25mg 朝 1 回で開始、4-8 週で 10 mg、以後 1 mg/月毎減量、1 年内終了。
- ⑥ 43% 再発, PSL < 10mg で多く前回量に。PSL < 7.5 mg で副腎不全 (痛み, 悪心, 疲労, 炎症なし)。
- ⑦ PSL に IL-6 拮抗薬 (アケテムラ, ケフザラ) 併用は寛解率高く PSL 蓄積量を減量できる。
- ⑧ RF, 抗 CCP, 電気泳動 (骨髄腫), TSH (甲状腺  $\downarrow$  で筋痛) 確認, IL-6 阻害併用で PSL 減量。

過去のトップジャーナルで PMR の総説には以下があります。今回 2026 NEJM 総説はそれほど目新しいことはありませんでした。

#### ● [conference\\_2024\\_20.pdf](#)

リウマチ性多発筋痛症 (セミナー) The Lancet, Oct. 21, 2023 西伊豆早朝カンファ

#### ● [conference\\_2022\\_10.pdf](#)

リウマチ性多発筋痛症と巨細胞性動脈炎 (Clinical Update) JAMA, Sep. 8, 2020 西伊豆早朝カンファ

#### ● [conference-29\\_13.pdf](#)

リウマチ性多発筋痛症 (セミナー) The Lancet, Oct. 7, 2017 西伊豆早朝カンファ

1. PMR は $\geq 50$  歳, 3/4 女, 肩痛 7-9 割 > 骨盤, 頸部痛 5 割。再発 43%。1/4 は > 5年。

たまたま先月小生、外来で両手背の著明な腫脹を主訴とする PMR の方を見ました。

RS3PE (Remitting Seronegative Symmetric Synovitis with Pitting Edema) が前景の PMR で小生初めて見ました。

小生いつも頭の中で、スターウォーズの主人公 C3PO が邪魔してなかなか RS3PE にたどり着けません。

スターウォーズ (1976) は学生の時、映画館にテープレコーダーを持ち込んで音声だけ録音し英語ヒアリングを繰り返しやりましたのでとても懐かしい映画です。

麻酔科の研修医の頃、そのころ ICU に入り始めたパソコンのキーボードを打ちながら「うーん、スターウォーズの主人公になった気分だなあ」と言ったところ口の悪い同僚が後ろから「チューバッカですか?」と言ってました。小生はハンソロに成り切ったつもりでした。

患者さんは 68 歳男性で 3 月より両肩、両手首の 9/10 の痛みがあり、来院 2 週間より両手背の著明な腫脹があり当科初診されました。CRP 6.35、血沈 88/h、MRI T2 で棘上筋、肩甲下筋、棘下筋、小円筋周囲に液貯留ありますが、筋自体に変化はありません。プレドニゾン 15 mg 朝 1 回開始して急速に鎮静化しました。

PMR は「50 歳以上」の慢性炎症性疾患であり典型的には「両肩、骨盤、頸部の疼痛が、特に朝方や不活動(physical inactivity)後に悪化」します。肩の痛みは 70-90%で見られます。疼痛は最初片側から始まりますが数日から数週で両側となります。

約半数の患者は骨盤 (pelvic girdle)、大腿 (thighs)、頸部痛を訴え、肩挙上や立ち上がりが困難になることもあります。

小生、骨盤痛や大腿痛を主訴とする PMR はあまり見たことがありません。

25%は末梢関節の膝や手関節の痛みを訴え腱鞘炎 (tenosynovitis) や「非」破壊性関節炎 (nonerosive arthritis) によります。

12%で手や足のびまん性腫脹を訴えます。これは手足の伸筋腱腱鞘炎によるようです。

今回、前記の患者さんで手のカラードップラーをやってみましたがいして所見はありませんでした。

PMR では 40%で軽度発熱、強い疲労感、体重減少があります。

ほぼ全員で ESR (赤沈)、CRP の上昇が見られ、これらが正常の場合は診断に疑いがあります。老人では関節リウマチに次ぐリウマチ疾患です。「75%は女性」です。

北欧系出身者に多く 50 歳以上で 34-113 人/10 万人/年、南欧系は 3-27/10 万人/年です。

PMR の生涯リスクは女性 2.4%、男性 1.7%です。

今まで小生が診てきた PMR はフレイルの高齢女性が多く、2-3 カ月前に来られた 83 歳男性は 167 cm、79 kg で大変違和感を感じました。

まとめますと PMR は発症年齢 $\geq 50$  歳, 3/4 女, 肩痛 7-9 割 > 骨盤, 頸部痛 5 割。再発 43%。1/4 は > 5年以上持続します。

2. 分類クライテリア: > 50 歳, 両肩痛, ESR/CRP ↑ は必須。こわばり, 股痛, RF/抗 CCP 陰性, エコー。

NPPV を使う時、自分の顔に face mask を着けて横のナースの方をおもむろに振り返ると気分はもうすっかりダースペーダーで「A long time ago in a galaxy far, far away」のナレーションとともにスターウォーズのテーマ音楽が湧き起こって来るような気がします。

関節リウマチと同様、PMR 診断に特異的所見、検査所見はないので「診断クライテリア (diagnostic criteria)」はありません。あるのは「分類クライテリア(classification criteria)」  
です。小生、長いことこの診断クライテリアと分類クライテリアの違いが分かりませんでした。  
PMRと確定診断するのでなく「PMR であろうと分類する」 のです。膠原病はどれも  
たいてい診断クライテリアはなく分類クライテリアで、この辺が膠原病のすっきりしないところ  
です。  
膠原病では「たぶん膠原病じゃねえんかい」「んだ」としか言えないのです。  
山形にきた米国人が「日本語には“ん”で始まる言葉はない」と聞いていたのに  
「んだ」というのに驚いたとのこと。

本日の総説に PMR の分類クライテリアは載っていませんので便宜のため以下に掲げておきます。

### **【EULAR and ACR の PMR「分類」クライテリア 2012】**

「50 歳以上の患者で両肩疼痛があり CRP または ESR 上昇があり(以上は必須3項目)、かつ下記の 4 点(エコーを使用しない時)または 5 点(エコーを使用する時)を満たす時、PMR とする。」

- 45 分以上続くこわばり(2 点)
- 股関節痛または股関節運動制限(1 点)
- RF あるいは抗 CCP 抗体が陰性(2 点)
- その他の関節障害がない(1 点)
- エコーが使える時、最低「1つの肩」に三角筋下滑液包炎、上腕二頭筋腱鞘炎、肩関節 (glenohumeral joint) 滑液包炎がある(1 点)。同様に最低 1 つの股関節に滑膜炎か大転子滑液包炎がある。(1 点)
- エコーが使える時、「両肩」に三角筋下滑液包炎、上腕二頭筋腱鞘炎、肩関節滑膜炎ある(1 点)。つまり両肩にあったら 2 点になる。

まとめますと PMR 分類クライテリアはこわばり > 45 分、股痛、RF/抗 CCP 陰性、他関節痛なし、エコー所見などです。

3. 鑑別: 高齢発症 RA, 偽痛風, OA, 膠原病, 筋炎, 甲状腺 ↓, 副腎 ↑, 副甲状腺 ↑, 癌, 感染, ICI.

スターウォーズでは英語が銀河系基本語(galactic basic)とされ文字も創作されており Aurebesh (アウレベッシュ)と言います。下記に Aurebesh のアルファベット表があります。

[Languages in Star Wars - Wikipedia](#)

異星人が話す言葉もケチュア語(ペルー)、ハヤ語(タンザニア)、チベット語などの非英語言語から作られ聴衆の99%以上は理解できません。

R2D2等、ロボットの言語はbinary(2進法)と言ってビープ音や合成音を使用しています。

C3POロボットは600万の言語の通訳です。

銀河系の文化まで創作してしまうこのスターウォーズの本気度には感動します。

「PMRと誤診される類似疾患(mimicker)で最も多いのは高齢発症関節リウマチ(late-onset rheumatoid arthritis)と偽痛風(pseudogout)」です。

へーと思ったのは高齢発症関節リウマチは若年発症と異なり近位筋帯(proximal muscle girdles)のこわばり(stiffness)で始まり著明な急性期反応(CRP, ESR)を伴うのだそうです。

PMRとの鑑別点は高齢発症関節リウマチでは手足の小関節が侵され画像上、関節びらん(joint erosion)がありRF(リウマチ因子)や高CCP陽性であることです。

PMRでは1章のように稀に Remitting seronegative symmetric synovitis with pitting edema(RS3PE)を起こし手足の伸筋腱鞘炎による浮腫を起こしステロイドで迅速に消退します。

偽痛風ではX線上、関節の石灰化があり関節穿刺で calcium pyrophosphate dihydrate crystals(CPPD)を証明します。当院には偏光顕微鏡があり偏光板のγ軸(またはZ軸:最大の屈折率を持つ方向)を結晶長軸に合わせると尿酸は黄色に、CPPD結晶は青色に見え一発診断できます。

小生は「尿は黄色(尿酸結晶はγ軸に合わせた時黄色)」と憶えております。

その他の鑑別には変形性関節症、膠原病疾患、小径・中径血管炎、筋炎、感染、内分泌疾患、癌、神経変性疾患、薬剤性筋症があります。

小生、へーと思ったのは Immune-checkpoint inhibitor による PMR があるのだそうで、irAE(immune related adverse events)であり末梢関節が多くESR/CRPは正常-軽度上昇、男>女です。

PMRとGCA(巨細胞性動脈炎)は関連疾患であり最初PMRと診断しても再発例や治療抵抗性(refractory)の場合GCAのことがあります。PMRとGCAは密接な関係がありGCA患者の42%でPMRの特徴が見られます。

またPMRの3-46%で大血管炎(large-vessel inflammation)が画像で見られ、PMRとGCAは同じ範疇(same spectrum)にあるとする研究者もいます。

PMRの網羅的な鑑別診断を以下に掲げます。

観察研究ではPMR患者の1/3はその他の疾患であり炎症性関節炎35%、非炎症性筋骨格系疾患13%、血管炎12%、感染9%、癌9%でした。

この表を見て、へーと思ったのは「筋肉痛を見た時、こわばり(muscle stiffness)の有無の確認は重要」であることです。

こわばりのないのは、血管炎、多発筋炎、皮膚筋炎、血液疾患、癌などです。

この表を見て、PMRの鑑別に甲状腺機能低下(びまん性筋痛)や骨軟化症(びまん性筋骨痛)なんてなかなか思いつかないよなあと思いました。

## 【PMRの鑑別診断】

### i) リウマチ性筋骨格疾患

- 変形性関節症、腱炎症：片側性が多く炎症がない。
- 巨細胞性動脈炎：頭痛、顎跛行、視覚症状(一過性黒内障 amaurosis fugax)、側頭動脈生検陽性、MRI、CTA、PET-CT
- 高齢発症 RA：指の対称性多発関節炎、RF 陽性、抗 CCP 陽性、骨びらん
- RS3PE：腱鞘炎による手、時に足の浮腫、腫瘍随伴症候群(paraneoplastic)でも。PMRの稀な合併症、男対女 2:1、RF 陰性、抗 CCP 陰性、ステロイドに反応。
- 偽痛風：大関節に多い。副甲状腺機能亢進、甲状腺機能低下、ヘモクロマトーシス、低 Mg に合併も。関節軟骨石灰化、関節液に CPPD 結晶。
- Fibromyalgia：びまん性の筋肉痛、50 歳以上、炎症なし、疲労、IBS、うつ。
- 全身性血管炎：多発血管炎性肉芽腫症(c-ANCA 陽性)、顕微鏡的多発血管炎(p-ANCA 陽性)、結節性多発動脈炎  
多彩な全身臓器症状、びまん性筋肉痛あるがこわばりはない。
- 高齢発症多発筋炎/皮膚筋炎：筋力低下、疼痛(-)、こわばり(-)、CPK ↑、aldolase ↑、筋電図以上、筋生検
- 高齢発症脊椎関節炎：炎症性腰痛、大関節炎、enthesitis、HLA-B27 陽性、仙腸関節炎、脊椎炎
- 高齢発症 SLE：手足小関節炎、抗核抗体、抗 Smith、抗 Ro、抗 La、抗 dsDNA、C3 ↓、C4 ↓。

### ii) その他の疾患

- 心内膜炎、結核等の慢性感染：慢性筋肉痛、発熱  
培養陽性、心エコー
- 薬剤関連筋炎(スタチン)：筋力低下±筋肉痛、CPK ↑、aldolase ↑、筋電図異常、抗 HMGCR 抗体(スタチンの薬理学的標的でありコレステロール合成の律速酵素)
- 甲状腺機能低下症、クッシング病、副甲状腺機能亢進症：びまん性筋肉痛、振戦、筋けいれん、検査：TSH、T3、T4、甲状腺抗体、cortisol、Ca、P、PTH
- 白血病、MDS、形質細胞腫、アミロイドーシス  
こわばりのない筋肉痛、検査：血算、スミア、血清蛋白電気泳動、生検
- 固形腫瘍：こわばりのないびまん性筋肉痛、
- パーキンソン病、ALS 等の神経変性疾患  
こわばりはあるが筋肉痛(±)、炎症無し。
- 骨軟化症：びまん性の筋骨格痛、ビタミン D 低値、X 線で典型像。

まとめますと鑑別診断で最多は高齢発症 RA、偽痛風であり、その他に OA、膠原病、筋炎、甲状腺 ↓、副腎 ↑、副甲状腺 ↑、癌、感染、ICI による PMR があります。

4. PMR は滑液包炎、腱周囲炎があり CPK、aldolase 上昇せず筋炎との鑑別点。

以前、家内と甲賀忍者屋敷を見学しました。ここは子供さんと行くと絶対面白いです。大変驚いたのはスターウォーズの Aurebesh みたいに忍者文字(忍びいろは)があり仲間同士での通信に使われていたことです。

#### [忍びいろはゴシック GSR - nukosuki - BOOTH](#)

これを見て感心するのは、いろは 49 文字を7文字ずつに分けて漢字の右側の旁(つくり)を色、青、黄、赤、白、黒、紫の7文字とし、左側の偏(へん)を木、火、土、金、水(さんずい)、人、身の7文字の組み合わせで発音を決め、覚えやすくしていることです。

上述の PMR+RS3PE 症候群の方の肩 MRI を撮ったところ、肩峰下滑液包、三角筋下滑液包の液体貯留があり滑膜肥厚は目立ちませんが滑膜炎、滑液包炎がありました。また棘上筋腱、肩甲下筋周囲の液体があり腱鞘炎がありました。

この総説によると MRI では肩峰下滑液包炎、棘上筋の腱周囲炎(peritendinitis)、筋膜炎が見られます。骨盤では大転子滑液包炎、hamstring muscle の腱周囲炎(peritendinitis)です。

結局、「滑液包炎と腱周囲炎が本体であって筋肉自体の炎症ではない」ようです。それで CPK、aldolase などが上昇しないのかなあと思います。

PMR で CPK、aldolase などが上昇しないことは多発筋炎や皮膚筋炎との鑑別点でもあります。

PMR の特殊検査はなく診断は臨床診断であるため日常診療では不明確さが残ります。観察研究では PMR 患者の1/3はその他の疾患、炎症性関節炎 35%、非炎症性筋骨格系疾患 13%、血管炎 12%、感染 9%、癌 9%でした。

PMR と GCA とは密接な関係があります。GCA 患者の 42%で PMR の特徴が見られます。PMR の 3-46%で大血管炎(large-vessel inflammation)が画像で見られます。PMR と GCA は同じ範疇(same spectrum)にあるとする研究者もいます。

「PMR 患者の 3-46%で大血管炎(large vessel inflammation)が見られ特に腋窩動脈 axillary artery に見られる」のだそうです。しかしこの場合、普通の PMR 患者と症状からは区別できません。診断は PET-CT かエコーでできます。

大血管炎のある場合、PMR とすべきか GCA とすべきかは分かっていません。大血管炎のある場合、再発率、PSL 使用量は多くなります。しかし現在、PMR で大血管炎の精査をすることは一般的ではありません(not current practice)。

まとめますとPMRは滑液包炎、腱周囲炎がありCPK、aldolase上昇せず筋炎との鑑別点になります。

5. PSL12.5-25mg 朝1回で開始、4-8週で10mg、以後1mg/月毎減量、1年内終了。

甲賀忍者屋敷は玄関を入った直後に三和土(たたき)が30cm程下がっていて落とし穴になっており下を見ないで入ると、ここで転び上がり框(かまち)に脛をしたたか強打するのです。囲炉裏も衝撃的でした。囲炉裏の灰全体が木箱に入っており追手が迫った場合、この囲炉裏の木箱全体をスライドして床下の隠し通路に逃れることができます。木箱を元に戻せば、よもや囲炉裏が脱出口になっているなんて思いもよりません。床下は迷路になっています。

隣の部屋への入り口は壁が回転ドアになっており右回転で隣室に逃れますが連続して追いかける場合、今度は左回転でないと入れません。掛け軸の裏は秘密の通路入口です。

また別の部屋への4枚の板襖(ふすま)も真ん中の2枚の間に2cmほど間隙があり向こうの部屋が見えますから、当然ここを開けようとします。

しかし実はこの2枚の襖は固定されており開けることができません。

両側の2枚の襖しか開かないようになっています。

また天井が低く刀を大上段に振り上げられません。忍者の衣装は甲賀の農民の野良着でした。常識を破り意表を突く数々のアイデアにほとんど感心しました。池では水の上を歩く水蜘蛛を子供たちが試していましたが股が開いてしまい随分難しそうでした。

伊賀上野の伊賀忍者屋敷も以前、子供たちと訪れました。手裏剣投げのアトラクションがあって小学生だった長男が忍たまのTシャツをもらっていました。

glucocorticoidは治療の第1選択であり症状軽快、炎症サイン消失は迅速です。

PMRは寿命には影響しませんがQOLを大きく損ないます。

またステロイドの副作用は長期治療では大きな重荷となります。

ACR(American College of Rheumatology)とEULAR(European League Against Rheumatism)の推奨ではPSL12.5-25mgをステロイドの日内リズムに合わせて朝1回で開始、副作用やステロイド治療期間が長い場合は適宜変更します。糖尿病や心不全、骨粗鬆症のある場合はより低量が好まれます。

PSL5mg以下で夜間痛が強い場合は分2も可です。PSLよりもmethylprednisoloneによく反応することもあります。

寛解したら 4-8 週で漸減し 10 mg を目標とし以後 1 mg/月ずつ減量して再発がなければ 1 年以内に終了します。37%以上の患者はより早く終了できます。

特に interleukin-6 receptor inhibitors(tocilizumab アクテムラ, sarilumab ケブザラ)併用で 11-14 週で中止できることもあります。

PMR 患者に対する treat-to-target (T2T) approach (目標達成型アプローチ)は、寛解するまで 1-4 週毎に通院させ寛解したら 3-6 カ月毎に経過を見ます。毎回 ESR、CRP、血算、必要に応じて腎機能、血糖を確認します。

NSAIDs は初期治療薬ではありませんが変形性関節症や肩回旋腱板障害を合併している時は症状軽減に有効です。

ステロイドの三角筋下滑液包注入が行われることもありますが一般的ではありません。

「ステロイドで数日で症状の 70%は寛解し、患者の 40-96%は 4 週までに軽快し PMR に診断的」です。しかし類似疾患(mimickers)でも同様のことは有り得ますから PMR に特異的というわけではありません。

まとめますと PSL12.5-25mg 朝 1 回で開始、4-8 週で 10 mg、以後 1 mg/月毎減量、1 年以内に終了します。

6. 43%再発,PSL<10mg で多く前回量に。PSL<7.5 mgで副腎不全(痛み,悪心,疲労,炎症なし)。

忍者と言えば伊豆・箱根にも戦国時代に 200 人ほどの忍者がいて、風魔党と呼ばれました。領袖を風魔小太郎と言い北条に仕えました。北条五代記に出てくるのですが、1581 年頃、北条と武田が争った時、北条側乱波 (らっぱ、忍者)の領袖、風魔小太郎が武田側を三カ月に亘り夜襲、攪乱工作を行いました。

沼津黄瀬川の河原で、風魔党がミーティングを開きます。

しかしその中に、武田側の透破(すっぱ、諜報者)も混じっていたのです。

風魔小太郎は突然呪文を唱えます。すると一斉に風魔党の忍者達が立ち上がります。武田側の忍者達はその意味がわからなくて立ち上がりず、その場で斬り殺されるのです。つまり呪文は敵味方を鑑別する方法だったのです。

患者さんに「風間(かざま)」という方がいて風魔党の子孫かなあと思いました。

「再発は患者の 43%で起こり特に PSL<10 mg/日になると増加」します。

再発するとステロイド治療を延長せざるを得ません。再発時は PMR 診断の再評価が必要です。

「再発が起こった場合のコンセンサスは有効だった前回の量に戻すこと」です。

たいていの患者はこれで対処できますが重症の場合は更なる増量が必要です。

実際には再燃したら PSL を

5 mg増量して 1-2 週観察、再評価します。以後の漸減は 4-8 週で再発が起こった量に戻し、それ以後は最初のプロトコルに従います。

再発があるとプレドニンを増やしますから治療期間が延長します。メタ解析では PMR 患者の 51%は 2 年後も PSL2.5-5.0 mg 内服しており、25%は 5 年以上継続します。 体重増加、体型変化を患者は気にします。  
PSL5 mg/日以下でも感染や心血管イベントは増加します。

真の副腎不全は患者の 2-11%で起こりますが、副腎不全の症状即ち関節痛、筋痛、悪心(malaise)、疲労感は PSL 減量中 7.5 mg 以下になると 1/3 位の患者で起こります。  
この際、炎症マーカーは典型的には正常です。PSL 漸減とともに症状は普通軽快します。

まとめますと PMR は 43%で再発し PSL<10mg で多く前回量に戻します。  
PSL<7.5 mgで副腎不全(痛み,悪心,疲労,炎症なし)の危険があり要注意です。

7. PSL に IL-6 拮抗薬(アクテムラ,ケブザラ)併用は寛解率高く PSL 蓄積量を減量できる。

以前、フランクフルトに行った時、書店で「Ninjyutsu (忍術)」と書いた豪華本を見つけました。最初のページに米国人著者のカラー写真があり大きなメダルを首にかけてにっこり笑っています。メダルには「賞」と書いてあります。写真の説明を読むと、なんでも 1970 年代に長野の戸隠(とがくし)の戸隠流忍術道場で修業し何と日本の忍術大会で優勝したというのです。

柔道、剣道、空手、相撲大会はあるけど、忍術大会ってどこかでやっていましたっけ？

PMR 治療中、PSL 蓄積量(cumulative dose)が高値となり問題になります。  
2015 年の ACR と EULAR の推奨では 再発患者全員、新たに PMR 診断された患者、またステロイドの副作用がある患者には methotrexate 使用を考慮するとしていますが、ただしその根拠は説得力に欠けます(not compelling)。

新たなオプションとして interleukin-6 receptor inhibitors(tocilizumab アクテムラ)が最もよく検討されました。 PMR 患者の滑膜、関節周囲で interleukin 6 が豊富です。  
MTX よりも tocilizumab の方がステロイド減量には有用です。

1つの RCT で 36 人の新規 PMR で PSL 開始 2 週以内の患者、そして 101 人の PSL 依存性(PSL<10 mgで再発)の PMR 患者でアクテムラは PSL の中止、PSL 蓄積量の軽減に有用でした。

最低 1 回以上再発を起こした 118 人の PMR 患者で、14 週に亘る PSL 減量 + sarilumab ケブザラ群と、52 週に亘る PSL 減量 + placebo 群との比較で、52 週後に sarilumab 群で寛解率 28% (PSL 蓄積量 777 mg)、placebo 群で寛解率 10% (PSL 蓄積量 2044 mg) でした。

IL-6 拮抗薬で寛解率が多く PSL 蓄積量も少なかったのです。

現在、sarilumab ケブザラのみが再発性の PMR に承認されています。

(今日の治療薬 2026 南江堂にはアクテムラ,ケブザラともに PMR の適応は記載なし)

注意すべきは「IL-6 receptor inhibitor は直接 CRP や ESR を抑制する」ので使用した場合、寛解の判断が難しく(challenging)臨床判断になるということです。

経口 Janus kinase inhibitors の tofacitinib ゼルヤンツ、baricitinib オルミエトや、抗 CD20 抗体の rituximab リツキサン、ピリミジン合成阻害の leflunomide アラバ等も PMR でステロイド減量に有用とする小研究がありますが現在のところ承認されていません。

まとめますと PSL に IL-6 拮抗薬(アクテムラ、ケフザラ)併用は寛解率高く PSL 蓄積量を減量できます。

## 8. RF,抗 CCP,電気泳動(骨髄腫),TSH(甲状腺↓で筋痛)確認, IL-6 阻害併用で PSL 減量。

以前から小生、どうして忍者が世界に知られるようになったのかずっと不思議に思っておりましたが、安倍晋三回顧録(中央公論新社 2023 年)を読んで初めてわかりました。

オーストラリア首相の Malcolm Turnbull 氏は安倍首相と同じ年齢で小さい時、日本のテレビ番組の「隠密剣士」の大ファンで安倍氏とこの話で大いに盛り上がったと言うのです。隠密剣士(1962-1965)は大瀬康一主演(月光仮面主役)で忍者ブームの火付け役となりました。これはオーストラリアで放映されて絶大な人気となりました。大瀬康一がメルボルンに行った時はビートルズを上回る何千人もの人が空港で出迎えました。

### 「隠密剣士」第二部 忍法甲賀衆より 第八話「忍法 むささび落し」(一部字幕付き)

以前、京都に行った時、欧米人の親子がちょんまげ、着物姿で刀を差して歩いていたのにはたまげました。金の羽織でほとんどバカ殿か仮装行列みたいでした。きっとそのうち忍者や飛脚も出てくるに違いありません。

この総説には冒頭症例があります。以上のまとめとしてお読みください。

#### 【症例】

74 歳女性、糖尿病(食事治療でコントロール)があり過去 6 週間の両肩、頸部痛の進行性疼痛、疲労感、こわばりがあり特に朝方ひどく日中の行動制限がある。身体所見は両上腕筋肉の圧痛があるが関節腫脹や圧痛はない。

血沈(ESR)67 mm/h(正常値<20mm/h)、CRP2.35mg/dl

(正常値<0.5 mg/dl)、HbA1c 6.8%、軽度の正球性、正色素性貧血がある。

この患者の評価、治療をあなたならどうする？

#### 【回答】

診断に正確を期するため次の検査はリウマチ因子(rheumatoid factor)、抗 CCP 抗体、電気泳動(骨髄腫、アミロイドーシス等確認)、thyrotropin(TSH:甲状腺機能低下びまん性筋肉痛を起こす)を確認する。

またこの患者は糖尿病があるため心血管リスク(血圧、脂質)を確認する。

初期治療は、我々は PSL15 mgで開始し 4 週で 10 mgに減量する。

ステロイドのリスク軽減のため早期に患者と IL-6 阻害薬の sarilumab ケブザラ(国内:皮下注 100,200mg)、tocilizumab アクテムラ(皮下注 162 mg, 点滴 80, 200, 400 mg)の導入を患者と相談する(初期からの使用は両者とも適応外使用 off-label)。

再発した場合、我々はケブザラ 200 mg皮下注を隔週で行う(再発性 PMR には承認されている)。ケブザラが禁忌なら methotrexate15 mg/週を使用する。

PSL 減量は 12 カ月以内に行うが、IL-6 receptor inhibitor を使用した場合は 4 カ月以内に行う。寛解後の follow は 1-3 カ月、それ以後は 3 カ月毎とする。

それでは皆様ウマチ性多発筋痛症 NEJM, March12/19, 2026 の最重要点8の怒涛の反復です。

- ① PMR は $\geq 50$  歳, 3/4 女, 肩痛 7-9 割 > 骨盤, 頸部痛 5 割。再発 43%。1/4 は > 5 年。
- ② 分類クライテリア: > 50 歳, 両肩痛, ESR/CRP  $\uparrow$  は必須。こわばり, 股痛, RF/抗 CCP 陰性, エコー。
- ③ 鑑別: 高齢発症 RA, 偽痛風, OA, 膠原病, 筋炎, 甲状腺 $\downarrow$ , 副腎 $\uparrow$ , 副甲状腺 $\uparrow$ , 癌, 感染, ICI。
- ④ PMR は滑液包炎、腱周囲炎があり CPK、aldolase 上昇せず筋炎との鑑別点。
- ⑤ PSL12.5-25mg 朝 1 回で開始、4-8 週で 10 mg、以後 1 mg/月毎減量、1 年内終了。
- ⑥ 43%再発, PSL<10mg で多く前回量に。PSL<7.5 mgで副腎不全(痛み, 悪心, 疲労, 炎症なし)。
- ⑦ PSL に IL-6 拮抗薬(アクテムラ, ケブザラ)併用は寛解率高く PSL 蓄積量を減量できる。
- ⑧ RF, 抗 CCP, 電気泳動(骨髓腫), TSH(甲状腺 $\downarrow$ で筋痛)確認, IL-6 阻害併用で PSL 減量。