

追加情報

p.10 シェーグレン症候群 (SS)

乾燥症状がない SS が稀にはありますが存在します。2016 年 ACR/EULAR 分類基準を診断のゴールドスタンダードとした研究では、2.2%の症例が乾燥症状を有していなかったとする報告があります (Clin Exp Rheumatol 2022;40:2298-2302)。この SS の特徴としては、若年発症 (中央値 34 歳)、抗 SS-A 抗体陽性率 100%、抗核抗体陽性率 100%が挙げられます。乾燥症状を有さなくても口唇生検を行うと 93.9%が陽性になるようです。この論文の limitation は、2016 年 ACR/EULAR 分類基準を診断のゴールドスタンダードとしていることです。この分類基準は感度 96%、特異度 95%と優れてはいますが、いずれも 100%ではない (そもそも感度・特異度 100%の分類基準は存在しない) ため分類基準を満たさない SS 症例を見逃す可能性がありますし、分類基準を満たすけど実際は SS ではない症例が含まれる可能性が理論上あり得ます (Arthritis Rheumatol 2017;69:35-45)。

p.13 皮膚筋炎 (DM)

筋病理の専門家は、DM の診断を皮膚所見ではなく、筋線維でミクソウイルス抵抗性タンパク質 (MxA) の発現を確認して行います。MxA は I 型インターフェロンの下流シグナルであり、DM 以外の筋炎でこの分子の発現は認めません (Ann Neurol 2005;57:664-678)。この診断法では、皮膚炎が存在しなくても筋病理で DM と診断することがあり、Dermatomyositis sine dermatitis (DMSD) と分類します。DMSD の大部分は抗 NXP2 抗体陽性であり、抗 NXP2 抗体陽性の DM のうち 22.9%が DMSD に分類されるとする報告があります (Neurology 2022;98:e739-749)。したがって、皮膚炎がない DM もあり得るといえます。この疾患を「多発性筋炎」と診断しないのは、「多発性筋炎」という疾患概念に疑問を持たれていることに起因します。従来「多発性筋炎」と診断されていた疾患は、封入体筋炎、免疫介在性壊死性ミオパチー、抗 ARS 抗体症候群、DM のいずれかに分類されるという考えが主流になりつつあります (日内会誌 2021 年 110 巻 p481-485)。p.22 の「やや専門的な解説」もご参照ください。

p.43 表 I-4-4, 表 I-4-5

VEGF は血小板に高濃度に蓄積され、採血後のスピッツ内での凝固時に VEGF が放出されるため、血清で VEGF を測定することが推奨されています (日内会誌 2023 年 112 巻 p.1223-1230, 日本造血器腫瘍ガイドライン 2023 年版「POEMS 症候群」)。

p.83 6 行目

スパーリングテストは、特異度は 98%と高いものの、感度が 55%と低いのが欠点です。一方でトルネードテスト tornado test の感度/特異度は 85/87%であり、頸椎神経根症のスクリーニングにはトルネードテストのほうが有用である可能性があります (Int J Med Sci 2017;14:662-667)。トルネードテストの方法は、患者は座位になって頸椎を前屈し、医師は患者の頭部を上から圧迫します。上から垂直に圧迫

を加えたまま、患者の頭部を斜め前屈→側屈→斜め後屈→後屈と180°回します。これを右方向、左方向それぞれで行い、同側の肩や上肢に痛みやしびれが出現したら陽性と判断します。

p.83 9行目

C1はほとんどが運動神経線維で構成されるので、疼痛を引き起こすのはC2-3と説明するのがより適切です。C2-3の神経根症は大・小後頭神経領域の疼痛を引き起こしますが、「後頭神経痛」は大後頭神経の絞扼により出現するので、神経根症による後頭部の痛みとは区別します。

p.84 表 II-2-3 C6「筋力低下」の図

上腕二頭筋はC5-6で支配されており、手首の背屈の方がよりC6支配の動作を反映します。

p.89 14行目

Straight leg raise (SLR)テストの感度は加齢とともに低下します。10歳代では100%ですが、60歳以上では6%にまで低下するという報告があります (J Res Med Sci 2015;20:15-153)。

表：腰椎椎間板ヘルニアにおけるSLR

年齢 (歳)	SLR 陽性 (%)	SLR 陰性 (%)
10～19	100	0
20～29	87	13
30～39	81.5	18.5
40～49	70.7	29.3
50～59	55.9	44.1
60～69	5	95
>70	7.1	92.9

(J Res Med Sci 2015;20:15-153)

p.95 10行目

肩峰下インピンジメント症候群に対するNeerテストの感度/特異度は79/59% (Br J Sports Med 2008;42:82-92)， 腱板断裂に対するEmpty canテストの感度/特異度は89/96% (Open Orthop J 2017;11:1081-1086) という報告があります。

p.97 7行目

Cross-arm インピンジメントテストの感度は77%です (Am J Sports Med 2004;32:655-661)。

p.104 20行目, p.105 3-4行目

手根管症候群に対するティネル Tinel 徴候の感度/特異度は 45%/78%, ファレン Phalen テストの感度/特異度は 57%/67%と, 正中神経圧迫テスト (Durkan テスト) の感度/特異度は 36~86%/33~62%です (Phys Ther 2023;103:pzad029) . 手根管症候群の症状が出現したときに患者が手を振って症状を和らげる動作を flick サインといいます, 感度/特異度は 24~55%/36~74%です (Phys Ther 2023;103:pzad029) . いずれの徴候やテストも単一では感度特異度ともに十分ではないので, 疑ったら複数の徴候やテストで確認することが重要です.

p.117 4-5行目

内側半月板損傷に対するマクマレーテスト vs MRI の感度は 87.5% vs 52%, 前十字靭帯断裂に対するラックマンテスト vs MRI の感度は 84.5% vs 75%であり, 身体診察のほうが感度に優れているとされています (Appl Sci 2019; 9, 4102; doi:10.3390/app9194102) . ただし, 受傷後に腫れがある状況では十分な信頼性はありません. 腫れがない時期は, 受傷直後 (数時間以内) または慢性期となりますが, 受傷直後は痛みのため患肢をリラックスすることができないため, 慢性期が最も身体所見を確認しやすい時期となります.

p.182 1-3行目

成人発症スチル病 Yamaguchi 基準のピットフォールを指摘した論文があります (Cureus 2024;16:e62267) .

p.336 15行目

発展的な内容となりますが, 多発性骨髄腫の治療薬である抗 CD38 モノクローナル抗体 (ダラツマブ, イサツキシマブなど) を投与直後には直接クームス試験が陽性となることが知られています. これは, 赤血球が CD38 を弱く発現しているからです. 投与 1 週間後には, 赤血球上の CD38 発現が低下し, 直接クームス試験は陰転化します (日本輸血細胞治療学会誌 2022 年 68 号 p.412-421) . 一方で間接クームス試験は, 抗 CD38 モノクローナル抗体による治療終了後 1~9 ヶ月間も陽性になることが知られています (Front Immunol 2018;9:2616) .

(2024 年 11 月 13 日現在)