

第5回リウマチタワーミーティング(RA TOWER MEETING)

リウマチ・膠原病内科の先生方と年1回検討会を行うのがリウマチタワーミーティングです。皆様ご存じのように近年、生物学的製剤の登場によって、リウマチの治療は大きく変わってきており、全身管理をこれまで以上に慎重に行わなくてはならない患者も増えております。一方で、それらの強力な薬で関節炎はコントロール出来たとしても、すでに変形を来している関節は修復されず、変形による痛みが残ります。関節の変形には我々整形外科的なアプローチ（手術療法）が必要になるわけで、リウマチ治療においてはリウマチ内科・整形外科の連携が非常に重要になってくるものと思われまます。

リウマチ患者にアンケートを行うと「内科と整形外科の連携を良くして欲しい。」という意見が必ず出てきます。当科では積極的に他科とのコラボレーションを進めるとの丸毛先生の方針の下、5年前からリウマチ・膠原病内科とのミーティングを行っております。

本年は平成22年6月10日土曜日、本院セミナーBにて13時より、リウマチ・膠原病内科、山田昭夫教授、整形外科、丸毛啓史教授、御出席の中、開催されました。

リウマチ・膠原病内科の症例は「ムチランスタイプのリウマチに他の膠原病が併発した1症例」で40年来のリウマチですすでに burn out されていると思われた症例に、胸鎖関節炎、潰瘍性大腸炎、乾癬が併発した症例で、経過の途中で敗血症も併発し、診断治療に難渋したというものでした。

整形外科の症例は「DVTとの鑑別を要した、Baker 膿腫破裂の2例」で、1例目は精巣上体炎を発症後、膝関節炎を併発。その後、下腿の腫脹にて当院受診した患者で下腿造影CTにて血栓はなく Baker 膿腫破裂と診断。経過より先行感染に伴う、反応性関節炎が膝関節に発症し、急激な関節水症から Baker 膿腫へと進展、破裂し、下腿腫脹を来したものと診断しました。2例目は回帰性リウマチの患者で膝関節炎を発症していたにもかかわらず急激な運動をして、下腿腫脹にて来院され、検査の結果、Baker 膿腫破裂と診断しました。

このような膿腫の破裂によって下腿腫脹を来さない、DVTとの鑑別を要することが多く、“下腿偽性静脈血栓症”と呼ばれいくつか報告があるようです。診断は、DVTを否定すること（造影CT、エコーなど）で、治療は消炎鎮痛剤投与などで経過をみることとなっております。今回の2症例も経過観察だけで改善しました。

お互いの症例ともにリウマチ内科・整形外科の観点からの質疑応答があり、活発な議論が交わされました。

今回は症例検討でしたが、以前の回では、「関節リウマチの手術適応について」や、「リウマチの頸椎病変について」など、少しでも若い先生方に勉強になるようなテーマを検討しながら開催しております。次回開催時には多くの先生方のご参加をお待ちしております。

(西沢哲郎記)