

用量である1日あたり200単位のカルシトニン薬によって得られる血中濃度は、わが国で用いられる20単位製剤の筋肉内注射で得られる血中濃度と同様であることが示唆されている¹²⁾。

わが国においては、10種類以上の薬剤が骨粗鬆症に対する適用を得ている(表)。このうち、骨折予防効果が提示されている薬剤を軸に個々の症例に適した薬剤を選択すべきである。

わが国で用いられているカルシトニン薬については、骨折予防効果について今後のさらなる検証が必要とされていることは先に述べたとおりである。しかしながら、本薬剤の鎮痛効果、特にその即効性は他の薬剤にないものであり、骨粗鬆症の臨床における有用性は十分に有している。疼痛コントロールは患者のQOLを向上させるものであり、骨粗鬆症治療における重要なエンドポイントとして認識されている。SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) というQOLの尺度を用いた研究で、カルシトニン薬によるQOL向上が示されている¹³⁾。

多くの骨粗鬆症患者のなかには、薬物療法の適応があるにもかかわらず、内服薬がどうしても服用できない場合がある。そのようなときには、カルシトニン薬の長期的な利用も考慮されるべきであろう。

2 ビタミンK

1. 骨代謝におけるビタミンKの役割

ビタミンKはその名のKがドイツ語の“Koagulation”に由来するように、正常な血液凝固に必要なビタミンとして発見された。生理的に重要なビタミンKは、主に植物に由来するビタミンK₁ (phylloquinone) と微生物などに由来するビタミンK₂ (menaquinone) に分けられるが、骨粗鬆症の治療薬として応用されているものは後者に含まれるMK4である。

このビタミンと骨代謝との関連を示す報告は、動物実験における骨折治癒促進作用に関するものが最初である¹⁴⁾。1980年前後には骨基質中にビタミンK依存性蛋白が見出され、骨代謝とビタミンKとが生化学のレベルでつながり、研究に発展がみられた。そのビタミンK依存性蛋白の1つとして代表的なものであるオステ

オカルシンのうち、グラ化が進んでいないもの(undercarboxylated gla)が多いほど、骨粗鬆症に基づくと思われる骨折の頻度が高いことが示されている^{15,16)}。また、わが国においても、脊椎圧迫骨折を有する高齢女性において血中ビタミンK濃度が対照よりも低いことが報告されており¹⁷⁾、骨代謝におけるビタミンKの重要性には疑う余地はないといえよう。

2. 骨粗鬆症治療薬としてのビタミンK₂(メナテトレノン)

本製剤開発時の二重盲験試験においては、ビタミンK₂(MK4)の単独投与で、骨量増加作用がもたらされることがマイクロデンシトメトリー(MD: microdensitometry)法で確認された^{18,19)}。また、治療前後の骨代謝マーカーの測定により、骨形成促進作用が発揮されていることが示唆された。一方、*in vitro*の研究成果から予測される骨吸収抑制作用に対する臨床データからの裏づけは乏しい。MD法を用いた骨量に対する影響は、Satoらによって行われた脳卒中による片麻痺患者についての無作為オープンラベル試験でも確認されている²⁰⁾。

Shirakiらは、ビタミンK₂薬が閉経後骨粗鬆症患者の腰椎骨密度を維持・増加させ、脊椎圧迫骨折の発症頻度を低下させることを報告した²¹⁾。骨量増加効果が軽微なのにもかかわらず骨折予防効果を発揮する点は、活性型ビタミンD₃薬とも共通する臨床的特徴である²²⁾。また、脊椎圧迫骨折の発症抑制をエンドポイントとした大規模前向き市販後研究(OF〔Osteoporosis Fracture〕study)が行われ、複数の椎体骨折をもつ患者での有用性が示された²³⁾。

ビタミンK₂はいくつかの続発性骨粗鬆症についても試験規模は大きくないものの、その効果が検討されている。Yonemuraらは、メナテトレノンがプレドニゾロンを服用している慢性腎不全患者における骨量減少を抑制することを示した²⁴⁾。またShiomiらは、肝硬変患者における骨量減少抑制効果を報告した²⁵⁾。

骨量増加を介さない骨折予防効果が期待され、疫学的データもビタミンK₂による骨折予防効果を支持するものの、骨折やQOLをエンドポイントとした前向き研究がさらに望まれる。

骨粗鬆症に伴う骨量の減少と疼痛に対して保険適用を得ているビタミン K₂(MK4)(商品名グラケー[®], 15 mg/ カプセルのソフトカプセル) は1日3回, 食後に服用することが勧められている。空腹時の服用は吸収率が極めて低い。副作用として腹部不快感などがあげられるが, 軽度のものであることが多い。ワルファリン服用患者には禁忌である。

3 イプリフラボン

1. イプリフラボンとは

イプリフラボンは, 植物性エストロゲンのうちイソフラボンに属する物質である。その発見の端緒は, 飼料用植物を多量に摂取した家畜にエストロゲン作用が観察されたことである。1970年前後に行われたイソフラボン誘導体の合成や薬理学的研究のなかで, 骨代謝に対する作用を有するものとしてイプリフラボンが開発された。わが国では1980年に導入され, 骨量減少抑制効果を示した1986年の多施設二重盲検比較試験結果²⁶⁾を受け, 1988年に骨粗鬆症治療薬として承認され現在に至っている。

イプリフラボンは, 体内では速やかに他の代謝産物に変換される。その構造にはステロイド骨格は含まれておらず, エストロゲン受容体への結合は想定されていない。一方, 固有の受容体に結合するという報告がある²⁷⁾。

本薬剤は骨粗鬆症治療薬として保険適用を受けているものの, 近年, 骨折予防効果については否定的なエビデンスが相次いで提示されており, 実際の診療現場でも用いることが少なくなっている薬剤であるといわざるをえない。

2. イプリフラボンの骨代謝における作用

骨粗鬆症のモデル動物である卵巣摘除ラットにイプリフラボンとエストロゲンを併用する実験では, 血中カルシトニン値がエストロゲンの用量に依存して増加することが観察されており, イプリフラボンの骨吸収抑制作用の一部はカルシトニン分泌の刺激を介することが想定された²⁸⁾。そのほかに, 低カルシウム食, 低ビタミンD食, 不動, ステロイド負荷などのモデル動物における骨

量減少に対する有効性も示されてきたが、最近の研究はない。

In vitro の研究にも最近のものはないが、骨吸収抑制と骨形成促進の両方を示唆する研究成果は数多く報告されている。すなわち、本薬剤による破骨細胞の形成抑制や骨吸収抑制²⁹⁾が示され、さらには破骨細胞上の受容体も検討された³⁰⁾。臨床的にも、本薬剤による骨代謝回転マーカーの抑制は観察されている³¹⁾。骨芽細胞を用いた骨形成系に関する研究では、イプリフラボンと主要な代謝産物によるコラーゲン合成やアルカリホスファターゼ活性の刺激作用、骨様の結節形成の促進作用が報告されている³¹⁾。

3. イプリフラボンの骨粗鬆症における治療効果

骨粗鬆症治療の目標は脆弱性骨折の予防であり、治療薬の評価もこの点を第一のエンドポイントとしている。骨量の増加も重要なサロゲートエンドポイントであるが、最終的には骨折予防効果によって治療薬の評価は決定される。

イプリフラボンの骨量増加効果についての報告は多くのものがある。わが国における多施設二重盲検試験²⁶⁾では、慈恵医大式骨萎縮度分類でI度以上かつ慢性腰背部痛または圧迫骨折を有する退行期骨粗鬆症患者が対象とされ、骨量の評価にはMD法による中手骨骨密度が用いられた。この検討で骨密度の減少が抑制されること、疼痛改善効果も認められた。脊椎骨密度の減少に対する抑制効果はAgnusdeiらによって報告された³²⁾。

骨折予防効果を示す報告もあるが、小規模な研究がほとんどである。近年、比較的規模の大きな前向き研究では、骨折予防効果について否定的な結果が得られた³³⁾。すなわちAlexandersenらは、45～75歳の閉経後女性474名をイプリフラボン群234名とプラセボ群240名の2群に分け、4年間の前向き研究を行った。その結果、腰椎骨密度、骨代謝マーカー、新規骨折発症数のいずれにおいても有意な差は認めなかった。

現時点でこの研究結果を覆すものはなく、骨折予防効果についてはエビデンスが得られていないといわざるをえない。わが国においても大規模な市販後研究は行われておらず、今後も新たなエビデンスが得られる可能性は低い。

4. 骨粗鬆症診療におけるイプリフラボン

以上に述べたように、本薬剤は骨粗鬆症治療において first line にある薬剤ではないことは事実であろう。

副作用については、消化器系のものがあげられているものの、一般的には軽微なものとされている。消化性潰瘍を有する場合やその既往をもつ場合には注意を払うべきであろう。また、エストロゲン製剤やテオフィリン薬の血中濃度を上昇させるという報告やワルファリンの作用を増強させるとの報告もあり、これらを使用している患者については慎重に使用する必要がある。

(細井孝之)

【文 献】

- 1) Hoff AO, et al: Increased bone mass is an unexpected phenotype associated with deletion of the calcitonin gene. *J Clin Invest* 110 : 1849-1857, 2002.
- 2) Deftos LJ, et al: Influence of age and sex on plasma calcitonin concentration in human beings. *New Engl J Med* 302 : 1351-1353, 1980.
- 3) Woodhouse NJ, Barnes ND : in *Calcitonin* (ed. Taylor S), Heinemann, London, p361-363, 1968.
- 4) Suzuki H : Calcitonin levels in normal individuals with new highly sensitive chemilluminescence enzyme immunoassay. *J Clin Lab Anal* 12 : 218-222, 1998.
- 5) 山内広世ほか: 骨粗鬆症に対するカルシトニンの投与量について. *Osteoporosis Japan* 6 : 139-144, 1998.
- 6) Takeyama M, et al : Enzyme immunoassay of elcatonin in human plasma. *Biol Pharm Bull* 18 : 900-902, 1995.
- 7) 旭化成ホームページ : 「エルシトニン注 20S」の市販後調査について. <http://www.asahi-kasei.co.jp/asahi/jp/news/2003/m3030606.html>
- 8) Furue H, et al : Sensory processing and functional reorganization of sensory transmission under pathological condition in the spinal dorsal horn. *Neurosci Res* 48 : 361-368, 2004.
- 9) Orimo H, et al : Effect of elcatonin on involutional osteoporosis. *J Bone Miner Metab* 14 : 73-78, 1996.
- 10) Fujita T, et al: A three-year comparative trial in osteoporosis treatment : effect of combined alfacalcidol and elcatonin. *J Bone Miner Metab* 15 : 223-226, 1997.
- 11) Chesnut CH III, et al: A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis :

2. 骨粗鬆症の治療薬 6) その他 (カルシトニン, ビタミンK, イプリフラボン)

the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. *Am J Med* 109 : 267-276, 2000.

- 12) Yamauchi H, et al : Calcitonin for the treatment of osteoporosis : dosage and dosing interval in Japan. *J Bone Miner Metab* 21 : 198-204, 2003.
- 13) Yoh K, et al : Health related quality of life (HRQOL) in Japanese osteoporotic patients and its improvement by Elcatonin treatment. *J Bone Miner Metab* 23 : 167-173, 2005.
- 14) Buuckaert JH, Said AH : Fracture healing by vitamin K. *Nature* 19 : 849, 1960.
- 15) Szulc P, et al : Serum undercarboxylated osteocalcin is a marker of the risk of hip fracture in elderly women. *J Clin Invest* 91 : 1769-1774, 1993.
- 16) Vergnaud P, et al : Undercarboxylated osteocalcin measured with a specific immunoassay predicts hip fracture in elderly women: the EPIDOS study. *J Clin Endocrinol Metab* 82 : 719-724, 1997.
- 17) 金木正夫ほか:退行期骨粗鬆症におけるビタミンK濃度の検討. *日本老年医学会雑誌* 32 : 195-199, 1995.
- 18) 折茂 肇ほか:骨粗鬆症に対する Ea-0167 (menatetrenone) の臨床評価; アルファカルシドールを対照とした臨床第Ⅲ相多施設二重盲検比較試験. *臨床評価* 20 : 45-100, 1992.
- 19) Orimo H, Shiraki M, Tomita, et al : Effects of menatetrenone on the bone and calcium metabolism in osteoporosis. *J Bone Miner Metab* 16 : 106-112, 1998.
- 20) Sato Y, Honda Y, Kuno H, et al : Menatetrenone ameliorates osteopenia in disuse-affected limbs of vitamin D- and K-deficient stroke patients. *Bone* 29 : 291-296, 1998.
- 21) Shiraki M, Shiraki Y, Aoki C, et al : Vitamin K₂ (menatetrenone) effectively prevents fractures and sustains lumbar bone mineral density in osteoporosis. *J Bone Miner Res* 15 : 515-521, 2000.
- 22) Sato Y, et al : Amelioration of osteoporosis by menatetrenone in elderly female Parkinson's disease patients with vitamin D deficiency. *Bone* 31 : 114-118, 2002.
- 23) Inoue T, Fujita T, Kishimoto H, et al : Randomized controlled study on the prevention of osteoporotic fractures (OF study) : a phase IV clinical study of 15-mg menatetrenone capsules. *J Bone Miner Metab* 27 (1) : 66-75, 2009.
- 24) Yonemura K, Fukasawa H, Fujigaki Y, et al : Protective effect of vitamin K₂ and D₃ on prednisolone-induced loss of bone mineral density in the lumbar spine. *Am J Kidney Dis* 43 : 53-60, 2004.

- 25) Shiomi S, et al : Vitamin K₂ (menatetrenone) for bone loss in patients with cirrhosis of the liver. *Am J Gastroenterol* 97 : 978-981, 2002.
- 26) 藤田拓男ほか:骨粗鬆症に対する TC-80 (Ipriflavone) 錠の有用性. 多施設二重盲検比較対照試験. *医学のあゆみ* 138 : 113, 1986.
- 27) Miyauchi A, et al : Novel ipriflavone receptors coupled to calcium influx regulate osteoclast differentiation and function. *Endocrinology* 137 : 3533, 1996.
- 28) Yamazakai I, et al : Calcitonin secreting property of ipriflavone in the presence of estrogen. *Life Sci* 38 : 1535-1541, 1986.
- 29) Notoya K, et al : Inhibitory effect of ipriflavone on osteoclast-mediated bone resorption and new osteoclast formation in long-term cultures of mouse unfractionated bone cells. *Calcif Tissue Int* 53 : 206-209, 1993.
- 30) Mageri D, et al : Ipriflavone-treatment of senile osteoporosis : result of a multicenter, double-blind clinical trial of 2 years. *Arch Gerontol Geriatr* 19 : 253-265, 1994.
- 31) Notoya K, et al : Effect of ipriflavone on expression of markers characteristics of the osteoblast phenotype in rat bone marrow stromal cell culture. *J Bone Miner Res* 9 : 395, 1994.
- 32) Agnusdei D, et al : A double blind, placebo-controlled trial of ipriflavone for prevention of postmenopausal spinal bone loss. *Calcif Tissue Int* 61 : 142-147, 1997.
- 33) Alexandersen P, et al : Ipriflavone in the treatment of postmenopausal osteoporosis : A randomized controlled trial. *JAMA* 285 : 1482-1488, 2000.

4 骨粗鬆症

細井孝之*

4.1 骨粗鬆症の概念と分類

骨粗鬆症とは、骨強度の低下によって骨の脆弱性が亢進し、骨折危険率の増大した疾患である¹⁾。近年、骨強度の規定因子として骨量に加えて、それ以外の因子、すなわち「骨質」も重要な役割を果たしていることが明らかにされているが、骨量の測定とその評価は骨粗鬆症の診断や治療方針の決定において重要であることには変わりはない。骨強度は約7割が骨量によって、残りの約3割が骨質によって規定されていると考えられている¹⁾ (図1)。

骨脆弱性が亢進している状態が骨粗鬆症の状態であり、軽微な外力で発生する骨折、すなわち脆弱性骨折はその合併症である。ここでいう軽微な外力とは、立った状態からの転倒またはそれ以下の外力のことをさすのが一般的である。骨粗鬆症による骨折としては、椎体骨折(脊椎の圧迫骨折)、大腿骨近位部骨折、前腕骨遠位端骨折、上腕骨近位部骨折、下腿骨折、肋骨骨折、骨盤骨折などが含まれる(表1)。

骨脆弱性の指標として、骨量の低下や脆弱性骨折の既往をはじめとする骨折のリスクファクターを評価することが、その後の骨折の起こりやすさの目安となる。骨折のリスクファクターを減ずることが骨粗鬆症の予防と治療における具体的な目標となる。一方、骨折予防のためには骨のみ

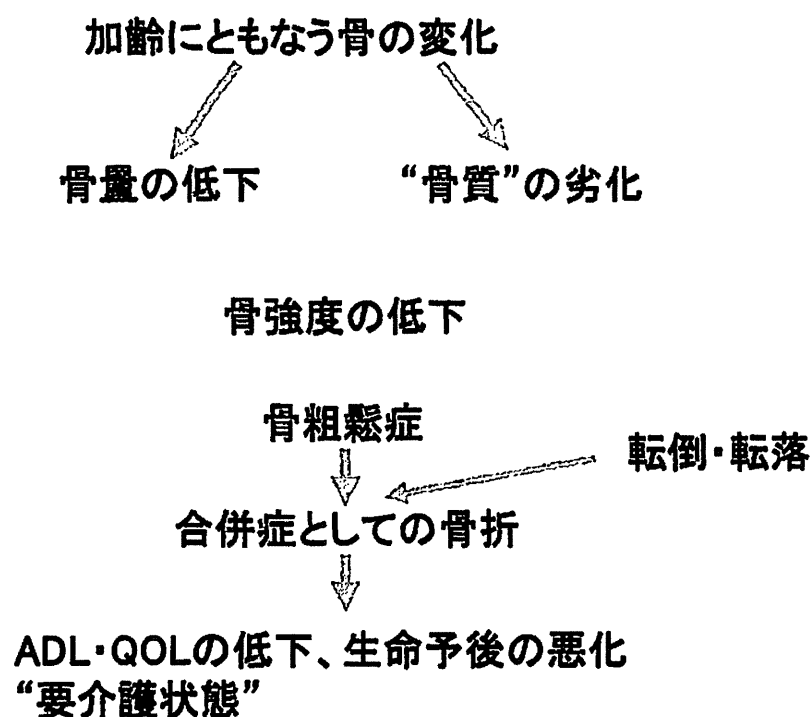


図1 骨粗鬆症とそれによる骨折

* Takayuki Hosoi (独)国立長寿医療研究センター 臨床研究推進部 部長

表1 骨粗鬆症性骨折

| | |
|---------|--|
| 骨粗鬆症性骨折 | 形態学的椎体骨折 (X線写真による判定) 臨床椎体骨折 (=疼痛を伴う脊椎圧迫骨折) 大腿骨近位部骨折 前腕骨遠位部骨折 上腕骨近位部骨折 肋骨骨折 骨盤骨折 脛骨骨折 鎖骨骨折 その他 |
|---------|--|

ならず、筋力の増強、関節可動域の確保といった運動能力の維持・増進による転倒予防が欠かせない。さらに転倒予防を念頭においた環境の整備も高齢者における骨折予防で考慮されるべきことである。さらに骨粗鬆症による骨折が発症した場合、骨折の治療はもちろん、その後の再骨折予防や日常生活のケアも重要な課題となる。

骨粗鬆症は単一の疾患ではなく、まず原発性骨粗鬆症と続発性骨粗鬆症とに分けられる。一般に原発性骨粗鬆症には、まれな疾患である若年性骨粗鬆症も含まれるが、圧倒的に多いものは成長期以降のものである。以前はこれらを退行期骨粗鬆症 (involutional osteoporosis) と分類し、さらに閉経後骨粗鬆症と老人性骨粗鬆症に分類していた。しかしながら、原発性骨粗鬆症の病態を年齢層によって明確に区別することは困難でもあり、閉経を機に罹患率が明らかに上昇する閉経後骨粗鬆症と、加齢と共に徐々に頻度が上昇する男性の骨粗鬆症とに分類される (表2)。

続発性骨粗鬆症をきたす原因としては、各種内分泌疾患、胃切除、ステロイド製剤 (ここでは副腎皮質ホルモン製剤をさす) の服用をはじめとして、多数のものが知られている²⁾ (表3)。続発性骨粗鬆症の治療では原疾患のコントロールが優先され、次いで個々の病態に基づいた骨粗鬆症の治療を考えることが原則である。しかしながら、ステロイド製剤を長期に服用する場合を考えると、ステロイド製剤内服中から薬物療法を開始すべきことも多いことが事実である。また、生活習慣病による骨折リスクの上昇が注目されており、日本骨粗鬆症学会によって最近の知見がまとめられている³⁾。とくに糖尿病 (2型を含む) や慢性腎臓病に関する研究成果が蓄積されており、これらも続発性骨粗鬆症の原因疾患としてとらえていく方向にある。

4.2 骨粗鬆症の病態

骨格は運動機能の基盤や内臓の保護といった構造体として機能するのみならず、カルシウム・リン代謝などの代謝調節臓器としても重要な役割を果たしている。また、骨の中に存在する骨髄は血液を産生し続けており、骨は造血の場を与えている臓器であるともいえる。これらの機能を果たすために骨吸収と骨形成の両方が絶え間なく進行している。

骨量は成長期に増加し、思春期から20歳くらいまでに最大値 (骨量頂値, peak bone mass) に達する。その後40歳台までは最大値が保たれ、その後減少する。つまり、高齢者における個

第1章 高齢者の身体的特徴の変化

表2 骨粗鬆症の分類

| |
|--|
| 原発性骨粗鬆症 閉経後骨粗鬆症 特発性骨粗鬆症(若年性を含む) 男性骨粗鬆症(統発性骨粗鬆症の原因がない場合) |
| 統発性骨粗鬆症 |

表3 統発性骨粗鬆症の原因

| |
|---|
| 内分泌性 性腺機能不全 甲状腺機能亢進症 クッシング症候群 栄養性 壊血病 蛋白質欠乏 ビタミンAまたはD過剰 薬物 副腎皮質ホルモン メトトレキセート ヘパリン 不動性 全身性(臥床安静, 対麻痺, 宇宙飛行) 局所性(骨折後など) 先天性 骨形成不全症 マルファン症候群など その他 関節リウマチ 糖尿病 肝疾患など |
|---|

人の骨量は、成長期に得た骨量頂値と、それ以降の骨量減少によって決定される。閉経は卵巣機能の廃絶によるものであり、女性ホルモンの欠落が、さまざまな変化を身体にもたらす。早期のものとしては顔面紅潮などがあげられ、骨粗鬆症や動脈硬化などが遅れて発生するものの代表である。閉経後の数年間に最も骨量減少速度が亢進する。この時期は骨吸収と骨形成の両者が亢進し、いわゆる高回転型の骨代謝状態で骨形成と骨吸収のアンカップリングが生じ、骨量減少が進むと考えられている。

一方、閉経による内分泌代謝的な変化がひととおり落ち着いたと考えられる閉経後10年経過以降の女性でも骨量減少は徐々に進行する。男性でも40歳以降は骨量減少がゆっくり進み、70歳以降には骨粗鬆症の合併症としての骨折罹患率が女性の数分の1程度にまで達すると考えられる。高齢者の骨代謝状態は一般には骨形成、骨吸収ともに低下しており、いわゆる低骨代謝回転でのアンカップリング状態で骨量減少が進むと考えられていたが、高齢者においても骨代謝回転マーカーが高い症例もある。加齢とともに、カルシウムの摂取量や腸管からの吸収が低下し、ビタミンD₃不足状態もきたしやすいことから、二次性の副甲状腺機能亢進症に類似した病態がもたらされ、加齢に伴う男女共通の骨量減少の機序の1つとして考えられる。このようなカルシウム代謝異常は高齢者における骨量減少を説明する1つの機序としてあげることができようが、あくまでも病態を形成する複合要素の1つとして捉えるべきである。

4.3 骨粗鬆症の診断

わが国における骨粗鬆症の診断は、骨量の評価と鑑別診断の2つの柱からなる²⁾。骨量の評価

は骨塩定量装置または X 線写真で行うことが可能であるが、前者の結果が優先される。また、先に述べたように脆弱性骨折の有無を確かめることは重要なことであり、問診（医療面接）によって情報を得ることに加えて、X 線写真による脊椎圧迫骨折の診断が必要である。高齢者では若年者に比して脊椎の圧迫骨折をすでに有している可能性が高いのみならず、変形性脊椎症や脊椎迂り症など、ほかの疾患を併発していることが多いためである。これらの疾患による臨床症状の鑑別診断にも X 線写真が欠かせない。さらに脊椎の状態を正確に把握することは正確な骨量測定にも必要である。つまり、最も標準的な測定である腰椎の AP 方向での dualenergy X-ray absorptiometry (DXA) による測定は、この部分に椎体骨折や変形性変化がすでに存在する場合は測定すべきではない。このような場合は大腿骨近位部の DXA による測定値を採用する。国際的には、標準的測定部位としては大腿骨近位部が採用されている。前腕部の DXA、第 2 中手骨の改良型 microdensitometry (MD) 法 (CXD や DIP 法) による末梢骨の測定値についても診断基準をもちいることができる。現在わが国で用いられている診断基準は、日本骨代謝学会による原発性骨粗鬆症の診断基準 2000 年版である²⁾ (表 2)。骨量測定値の判定においては、若年者 (20 歳から 44 歳) の平均値を基準として、脆弱性骨折がない場合は 70%未満で、脆弱性骨折がある場合は 80%未満で骨粗鬆症 (osteoporosis) と診断する。なお、脆弱性骨折がない場合は、80%未満 70%以上を「骨量減少」(osteopenia) と診断する。

骨折予防を目的とする骨粗鬆症の治療方針決定する場合は、上記の診断基準にくわえて、他の骨折危険因子を考慮することが勧められている。わが国における骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン (2011 年版)⁴⁾ では骨量減少でも、両親いずれかの大腿骨近位部骨折の既往を持つ場合や、FRAX^{®5)} による主要骨粗鬆症骨折確率 (10 年間) が 15%以上の場合は薬物療法を行うことを検討するように提案されている。これらの根本にある考えかたは、骨粗鬆症レベルまで骨量が低下していなくても、それと同等かそれ以上の骨折リスクを持っている場合には薬物治療の恩恵を被るべきである。

4.4 骨粗鬆症関連の血液・尿検査について

骨では骨吸収 (骨が溶かされる) と骨形成 (骨が作られる) の両方が常に進行し、古い骨が新しい骨とおきかわる。この過程は骨リモデリングと呼ばれている。骨のリモデリングにともなってさまざまな代謝産物が産生され、それらは血中に放出され、尿中に排出されるものもある。これらを測定することによって骨代謝、とくに骨リモデリングの様子を反映するものが骨代謝マーカーである。骨吸収系のマーカーとしては I 型コラーゲンの分解産物である、デオキシピリジノリン、I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX)、I 型コラーゲン架橋 C-ペプチド (CTX)、破骨細胞が産生する物質である酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ (TRACP-5b) などが代表的なものである。骨形成系のマーカーとしてはコラーゲンが生成される際に産生される I 型プロコラーゲン架橋 N-プロペプチド (PINP)、I 型プロコラーゲン架橋 C-プロペプチド (PICP)、骨芽細胞が産生する骨型アルカリフォスファターゼ (BAP)、オステオカルシンなどがある。さら

第1章 高齢者の身体的特徴の変化

に最近、低カルボキシル化オステオカルシン（undercarboxylated osteocalcin, ucOC）や酒石酸耐性酸ファスファターゼが実用化された。これらのうちすべてが骨粗鬆症診療に対して保健適用を得ているわけではなく、保険適用を受けているものについても測定に関する制限はあるものの、骨代謝マーカーを活用した骨粗鬆症診療に期待がもたれている。

骨代謝回転を反映する骨代謝マーカーの基準値や、臨床の場での利用方法については、わが国でも検討され、「骨粗鬆症診療における骨代謝マーカーの適正使用ガイドライン（2012年度版）」としてまとめられている⁶⁾。このガイドラインでは、各マーカーの基準値や、骨量減少ならびに骨折発生を指標としたカットオフ値がかかげられている。

4.5 骨粗鬆症の治療

骨粗鬆症の治療は骨折予防を目的とし、骨脆弱性の改善を目標とする。しかしながら、骨折予防のためには骨自体の強度のみならず、筋力の増強、関節可動域の確保といった運動能力の維持・増進とともに、転倒防止を念頭においた環境の整備が重要なポイントである。

わが国においては1998年に骨粗鬆症の薬物療法に関するガイドラインが初めて発行された。2002年、2006年の改訂に引き続いて「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版」³⁾が発行された。ガイドラインでは、骨折発生抑制を目的とする薬物療法開始の目安が定められ、エビデンスレベルの整備、そして各薬剤に関する推奨レベルが提示されている。現時点では、骨折発生抑制効果についてのエビデンスが豊富なビスホスホネート製剤や、SERM（選択的エストロゲン受容体作働薬）といった骨吸収抑制薬が骨粗鬆症の薬物療法において中心的な役割を占めつつあるが、「骨折リスクが高い」場合には、骨形成促進作用を有する副甲状腺ホルモン製剤（1-34PTH）がわが国においても使用できるようになった。原則的には単剤を使用し、効果があり、有害事象がない限りできるだけ長く使用するが、臨床像を勘案した併用療法も工夫されている。

ビスホスホネート製剤については、毎日一回服用するタイプに引き続き実用化された、週に一回服用するタイプがよく用いられているが、さらに最近は4週に一回の服用タイプ、さらには4週に一度静脈注射するものも実用化された。

ビタミンD₃薬については、従来のアルファカルシドールとカルシトリオールに加えて、エルデカルシフォロールも実用化されている。これらの薬品による骨量増加作用はビスホスホネート製剤やSERMに比較すると弱いと報告がある。椎体骨折の発生を有意に抑制するとの報告がある。さらにおそらく筋肉に作用して、転倒抑制効果を発揮する可能性も示唆されており、高齢者の転倒・骨折抑制における役割が期待されている。ビタミンD不足は高齢者において潜在していることが疑われ、今後のさらなる検討が必要である。また、ビタミンK₂製剤についても骨折発生抑制効果が報告されているが、より高齢者での有用性が示唆されている。ワルファリン服用中の患者には絶対禁忌である。

骨粗鬆症治療における最大の目的は脆弱性骨折の予防であるが、高齢者の骨粗鬆症診療においては、すでに骨折を発生していることも多く、骨折に対する処置が必要とされることも多い。椎

体骨折による疼痛に対しては安静や湿布による局所療法のほかに、カルシトニン製剤（筋注）が用いられる。

骨粗鬆症に対する治療効果を骨量で把握するためには、DXAによる腰椎（変形がない場合）または大腿骨頸部の測定が必要である。前腕骨や中手骨の測定では、骨吸収抑制剤による効果も検出できないことが多い。骨吸収抑制剤による治療効果は骨代謝マーカーによっても把握できる。骨粗鬆症性骨折の発生状況を問診で確認するとともに、脊椎の圧迫骨折については胸腰椎のX線写真を定期的（6カ月～1年）に撮影して検討する必要がある。

4.6 高齢者における転倒・転落予防の重要性

骨粗鬆症によって発症の頻度が上昇する骨折は椎体骨折、前腕骨遠位端骨折、大腿骨近位部骨折、上腕骨近位端骨折である。これらのうち、脊椎椎体圧迫骨折以外はその発症にほとんどの場合転倒・転落がかかわっている。高齢者の転倒はさまざまな内的ならびに外的要因によって引き起こされる。外的要因には転倒しやすい生活環境も含めて考えるべきであり、高齢者人口が増加する近年、住居の内外ともに転倒予防に留意した環境づくりが必要である。高齢者は高血圧、不眠その他、多くの併発症を有している場合が多い。これらに対する薬剤の処方が行われている場合には正しい処方のもとより、正しく服用されることが転倒予防の観点からも必要である。さらに転倒が大腿骨頸部骨折に結びつかないように、大転子部を硬質ポリウレタンなどで覆う「ヒッププロテクター」が開発され、保険適用を受けてはいないものの、骨折リスクが高い要介護状態の高齢者での使用が検討されるべきであろう。

文 献

- 1) NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 285, 785-795 (2001)
- 2) 折茂肇ほか、原発性骨粗鬆症の診断基準（2000年改訂版）、日本骨代謝学会雑誌, 18, 76-82 (2001)
- 3) 生活習慣病骨折リスクに関する診療ガイド、日本骨粗鬆症学会、生活習慣病における骨折リスク評価委員会編、ライフサイエンス出版（東京）
- 4) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2006年版、ライフサイエンス出版（東京）
- 5) Fujiwara S, *et al.*, Development and application of a Japanese model of the WHO fracture risk assessment tool (FRAX-TM), Osteoporosis Int DOI 10.1007/s00198-007-0544-4 (2008)
- 6) 日本骨粗鬆症学会骨粗鬆症の診療における骨代謝マーカーの適正使用に関する指針検討委員会、骨粗鬆症診療における骨代謝マーカーの適正使用ガイドライン（2012年版）

A 骨粗鬆症の評価と指針

1 『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011年版』の概要とおもな改訂点

○国立長寿医療研究センター 細野孝之

わが国におけるガイドライン作成経緯と改訂の��回セス

わが国における骨粗鬆症診療関連のガイドラインは、1998年に発行された『骨粗鬆症の治療(薬物療法)に関するガイドライン』(ライフサイエンス出版)が最初のものである。1998年版とその改訂版である2002年版は治療、特に薬物療法に関するエビデンスをまとめることに重点が置かれていたが、2006年版の作成にあたっては、骨粗鬆症予防の重要性を鑑み、『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン』とタイトルを改めるとともに、さらなる内容の充実がはかられた¹⁾。また、作成にあたっては、日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団の三者からなるアドホック委員会としての骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会の体制が確立された。2006年版の発行後、様々な知見が蓄積したことを背景に2009年から改訂の準備作業が開始され、2011年版²⁾の発行に至った。

おもな改訂のポイント

今回の改訂作業では、表1の12項目について検討された(順不同)。

これらのなかでも、特に骨折リスク評価と薬物治療の開始基準の見直しは、骨粗鬆症診療に新しい流れをもたらす可能性がある事項である。今回は脆弱性骨折が存在することの意義を

骨折リスク評価の点から捉えなおし、骨折の発生抑制とそれによるADL・QOLの維持と向上という薬物治療の目的を達成するための治療対象が規定された。また、骨折リスク評価という点では、骨粗鬆症性骨折の10年確率を計算する、WHOが開発したツールであるFRAX[®]の活用方法について言及され、その特徴と活用方法とともに限界点や注意点も述べられた。

掲載する薬剤については、2011年9月30日までに薬価収載されたものに限定することになったが、その後も新しい薬剤の実用化は進んでいる。薬剤の効果に関する評価については骨密度上昇効果、椎体骨折予防効果、非椎体骨折予防効果、大腿骨近位部骨折予防効果の4点について推奨グレードが与えられた。なお、薬剤の“総合評価”は行わないこととした。

また、原則的に各項目見開き2ページの構成として、日常診療のなかでも必要な情報を簡便に見やすくするよう工夫された。

薬物治療開始基準の考え方と改訂のポイント

骨脆弱性が亢進し、骨粗鬆症性骨折のリスクが高まっている患者を薬物療法の対象とすべきであり、骨粗鬆症の診断基準があてはまる患者については薬物治療の対象とすることに加えて、骨粗鬆症と診断されていない場合でも、骨粗鬆症患者と同じレベルの骨折リスクを有するならば、骨粗鬆症薬物治療を受けるべきである

表1 おもな改訂のポイント

-
- ①骨脆弱性における骨質の関与と骨質劣化のメカニズムについてまとめる
 - ②骨粗鬆症が生活機能や QOL、生命予後に及ぼす影響を明示する
 - ③ DXA の新しい応用法(HSA や VFA)を紹介する
 - ④ X 線写真のデジタル化、フィルムレスについても言及する
 - ⑤骨折リスク評価と薬物治療開始基準を見直す
 - ⑥ FRAX®(骨折リスク評価ツール)の活用方法を盛り込む
 - ⑦診断手順(続発性骨粗鬆症の鑑別診断を含む)を整理する
 - ⑧生活習慣病関連骨粗鬆症への対応を記載する
 - ⑨ビスホスホネート薬については総論の項を新設し、BRONJ、転子下・骨幹部についても触れる
 - ⑩新規薬剤を追加する
 - ⑪新規に保険適用を受けた骨代謝マーカーを記載する(骨代謝マーカー委員会との連携)
 - ⑫原発性骨粗鬆症診断基準委員会との連携
-

DXA : dual-energy X-ray absorption, HSA : hip structure analysis, VFA : vertebral fracture assessment

BRONJ(bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw, ビスホスホネート系薬剤関連顎骨壊死)

という点が原則として確認された。

わが国で用いられている診断基準は“原発性骨粗鬆症”の診断基準 2000 年改訂版である。この診断基準は、横断的調査と縦断的調査をもとに、椎体骨折をエンドポイントとして行われた ROC 解析によって求められた。その値が若年成人女性平均値(young adult mean : YAM)の70%であり、腰椎については国際的な基準値である、Tスコアでの -2.5 SD にほぼ一致する。また、この診断基準では“脆弱性骨折”を有する場合には YAM の80%で診断するように規定されている。

脆弱性骨折の部位を問わない場合、それらを有する場合の新規骨折の相対リスクは2倍程度である。一方、椎体骨折がすでに存在する場合の新規椎体骨折の相対リスクは骨量測定値による補正をしたうえでも3~4倍程度、大腿骨近位部骨折の相対リスクは3~5倍程度となり、骨折部位を問わない場合に比べてリスクの上昇が大きい。脆弱性骨折が大腿骨近位部骨折の場合でも同様なリスクの上昇が認められる。

これらのことから、閉経後女性および50歳以降の男性において、いずれも50歳以降に大腿骨近位部または椎体に脆弱性骨折があった場合には、骨量測定の結果を問わず薬物治療を検討することが2011年版ガイドラインでは提案された。一方、大腿骨近位部骨折および椎体骨折以外の脆弱性骨折(前腕骨遠位端骨折、上腕

骨近位部骨折、骨盤骨折、下腿骨折または肋骨骨折)があった場合には、そのことのみでの判断ではなく、骨量がYAMの80%未満であるときに薬物治療を検討することになった。

既存脆弱性骨折以外の臨床的危険因子について、2006年版ガイドライン作成時に詳しく検討された。その結果、低骨量や既存骨折とは独立した骨折危険因子として、①過度の飲酒(2単位以上を目安として)、②現在の喫煙、③大腿骨近位部骨折の家族歴(両親のいずれかに既往がある場合)、の3つの危険因子のいずれかを有する場合は、骨量測定値が“骨減少”(YAMの70%以上80%未満)であっても薬物療法を検討することが提唱された(男女とも50歳以上)。

しかしながら、①過度の飲酒や②現在の喫煙は大腿骨近位部骨折のリスクを1.5倍以上上昇させるものの、日本人に多い骨折である脊椎椎体圧迫骨折のリスク上昇はわずかである一方で、③大腿骨近位部骨折の家族歴はいずれの骨折についても大きなリスク上昇をもたらすことが再確認された。これらのことから、既存骨折をもたない骨量減少者については、③大腿骨近位部骨折の家族歴を有する場合には薬物治療を検討することとし、①過度の飲酒や②現在の喫煙について検討する場合は、それらおよび他の危険因子との重なりあいを踏まえた総合的な評価であるFRAX®を用いて行うことが提案された。

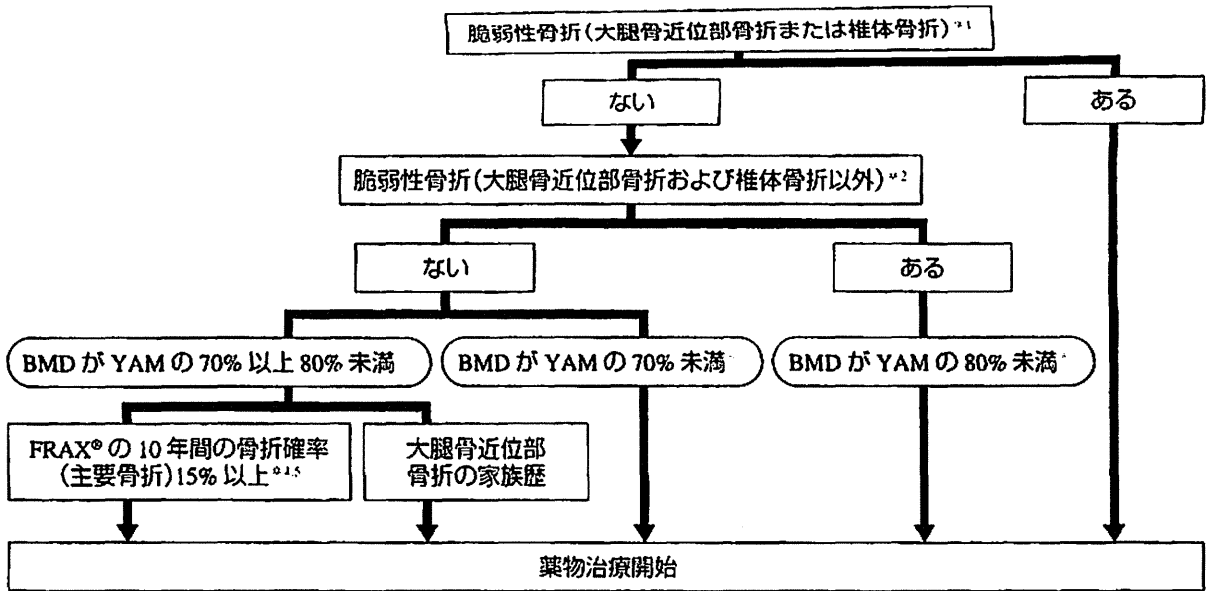


図1 原発性骨粗鬆症の薬物治療開始基準

- *1: 女性では閉経以降, 男性では50歳以降に軽微な外力で生じた, 大腿骨近位部骨折または椎体骨折をさす。
 - *2: 女性では閉経以降, 男性では50歳以降に軽微な外力で生じた, 前腕骨遠位端骨折, 上腕骨近位部骨折, 骨盤骨折, 下腿骨折または肋骨骨折をさす。
 - *3: 測定部位によってはTスコア表記の併記が検討されている。
 - *4: 75歳未満で適用する。また, 50歳代を中心とする世代においては, より低いカットオフ値を用いた場合でも, 現行の診断基準に基づいて薬物治療が推奨される集団を部分的にしかカバーしないなどの限界も明らかになっている。
 - *5: この薬物治療開始基準は原発性骨粗鬆症に関するものであるため, FRAX®の項目のうち糖質コルチコイド, 関節リウマチ, 続発性骨粗鬆症にあてはまる者には適用されない。すなわち, これらの項目がすべて“なし”である症例に限って適用される。
- (骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版, ライフサイエンス出版, 2011, p.55. より引用)

FRAX®を薬物治療開始の目安として利用する場合の基本的な立場は, あくまでも現行のガイドラインに従った診療をサポートするツールとして用いるというものである。また, FRAX®では2種類の10年以内の骨折確率が得られるが, わが国における椎体骨折の発生頻度の高さを考慮し, この骨折の確率を含む主要骨粗鬆症性骨折確率についてカットオフ値を定めることになった。検討の結果, 骨量減少者における薬物治療のカットオフ値として主要骨粗鬆症性骨折確率15%を採用することが提案された。一方, 75歳以上においては, ほとんどすべての女性がこのカットオフ値を上回ることから, カットオフ値の適応は75歳未満とすることが提案された。また, 50歳代を中心とする世代においては, より低いカットオフ値を用いた場合でも, 現行の診断基準に基づいて薬物治療が推奨される集団を部分的にしかカバーしないな

どの限界も明らかになっている。

なお, この薬物治療開始基準は原発性骨粗鬆症に関するものであるため, FRAX®の項目のうち糖質コルチコイド, 関節リウマチ, 続発性骨粗鬆症にあてはまる者には適用されない。すなわち, これらの項目がすべて“なし”である症例に限って適用される(図1)²⁾。

□—おわりに

本ガイドラインが日常の骨粗鬆症診療に活用されることを望むとともに, いまだ不足しているわが国発のエビデンスが次のガイドライン掲載を目標に蓄積されることを期待する。

文 献

- 1) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版, ライフサイエンス出版, 2006.
- 2) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版, ライフサイエンス出版, 2011.

骨・運動器疾患

学習目標

- 加齢に伴う骨運動器系の変化と、それに伴って増加する疾患の理解を深める。
- 高齢者の骨折について理解する。
- 骨粗鬆症の診断と治療について理解する。
- 変形性関節症の病態を理解したうえで、罹患関節ごとの治療法について考える。
- 高齢者の関節リウマチの症状と治療法を理解する。

A

骨・運動器領域の老化と疾患

骨、関節そして筋肉からなる運動器系の老化は高齢者の活動性を低下させるさまざまな疾患の発症母体となる。

加齢に伴う骨量減少は骨粗鬆症を引き起こし、関節の変性は変形性関節症の原因となる。筋肉の減少 (sarcopenia) は、疾患概念としては確立していないものの、高齢者の活動性を低下させるとともに転倒リスクの一端を構成する加齢に伴う重要な変化である。転倒は骨折発症の大きな危険因子であり、骨粗鬆症の診療における最大の目的である骨折予防において転倒対策は欠かせない。また、変形性関節症による疼痛は運動量の低下を介して筋肉の廃用性萎縮を促進し、転倒リスクを増大させる。

このように、骨、関節、筋肉の老化はそれぞれが他の老化を促進しうるものであり、それぞれを基盤とする疾患は容易に悪循環を形成しうる。転倒・骨折は、いわゆる寝たきりの原因として上位を占め、その原因疾患として骨粗鬆症が注目されているが、骨のみの問題としてよりも運動器全体、さらには認知能力や神経系の老化を包含する複合

的要素からなる病態の総合的アウトカムとしてとらえるべきであろう。

B

老化に伴う骨折

高齢者に多く発症する老化に伴う骨折としては椎体骨折、前腕骨遠位端骨折、上腕骨近位部骨折、大腿骨近位部骨折などがある。骨折は高齢者の日常生活活動 (ADL) や生活の質 (QOL) を低下させる疾患であり、寝たきりの原因として重要な位置を占める。骨折発症後の生命予後が有意に悪化することも示されており、Cauley らによるメタ解析によると、大腿骨頸部骨折後の死亡率は6.7倍に、椎体骨折後の死亡率は8.6倍になるとされている¹⁾。高齢者の骨折は単なる一臓器としての障害であるのみならず、全身的な老化の影響を表す重要なサインでもある。

高所からの転落や交通事故など、明らかに大きな外力による骨折以外に、高齢者では軽微な外力による骨折の頻度が増加する。このような軽度の外力による骨折 (low impact fracture) の背景には、骨の脆弱性亢進があり、脆弱性骨折とも呼ばれる。脆弱性骨折の原因として最も多いものが骨粗鬆症である。女性においては原発性骨粗鬆症の

割合が圧倒的に多いが、男性では続発性骨粗鬆症が鑑別診断の対象としてより重要である。

骨脆弱性が亢進した状態で骨折がまだ生じていない状態では自覚がないが、その段階で骨折予防を目的とした診療が開始されることが望ましい。骨折予防を目的とする骨粗鬆症の予防と治療のエビデンスについては、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011 年版」²⁾ にまとめられている。

先に述べたように、骨粗鬆症の予防と治療の目的は骨折の予防であるが、現時点では、骨折が生じたことによって、なんらかの症状が出て初めて骨粗鬆症の診断と治療が開始されることのほうが多いであろう。骨折が発症してからの適切な治療とケアも重要であることはいうまでもない。

高齢者における骨折発症要因として、骨以外の要因では転倒・転落が重要なものである〔表 5 (⇒ 153 ページ) 参照〕。

骨粗鬆症

骨粗鬆症治療における最大の目的は、骨の脆弱性亢進に基づく骨折の予防である。骨粗鬆症の治療は、食事療法、運動療法、ならびに薬物療法からなる。

近年、薬物の選択範囲が広がった反面、それらにより効果的な使い分けを行うことが臨床的な課題となっている。合併症としての骨折予防、特に高齢者における骨折の予防については、転倒の予防を念頭においた運動指導や、環境の整備も重要なものである。

1 定義

骨粗鬆症とは、「骨強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大しやすくなる骨格疾患」と定義される。骨粗鬆症の合併症として骨折を位置づけ、その予防策として骨量の維持ならびに増加をはかることが骨粗鬆症治療の目的となる。

▷表 1 骨粗鬆症の分類

| | |
|-------------|---|
| 原発性 骨粗鬆症 | 閉経後骨粗鬆症 |
| | 男性骨粗鬆症 |
| | 特発性骨粗鬆症 (妊娠後骨粗鬆症など) |
| 続発性 骨粗鬆症 | 内分泌性 副甲状腺機能亢進症、甲状腺機能亢進症、性腺機能不全、Cushing (クッシング) 症候群 |
| | 栄養性 吸収不良症候群、胃切除後、神経性食欲不振症、ビタミン A または D 過剰、ビタミン C 欠乏症 |
| | 薬物 ステロイド薬、性ホルモン低下療法治療薬、SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬)、その他 (ワルファリン、メトトレキサート、ヘパリンなど) |
| | 不動性 全身性 (臥床安静、対麻痺、宇宙飛行)、局所性 (骨折後など) |
| | 先天性 骨形成不全症、Marfan (マルファン) 症候群 |
| | その他 関節リウマチ、糖尿病、慢性腎臓病 (CKD)、肝疾患、アルコール依存症 |

その一方で、骨折予防のためには骨量の面のみならず、筋力の増強、関節可動域の確保といった運動能力の維持、増進や転倒防止を念頭においた環境の整備も、特に高齢者においては重要である。

2 分類

骨粗鬆症は単一の疾患ではなく、まず原発性骨粗鬆症と続発性 (二次性) 骨粗鬆症とに分けられる。一般に原発性骨粗鬆症には、稀な疾患である特発性骨粗鬆症も含まれるが、圧倒的に多いものは成長期以降のものであり、特に閉経後骨粗鬆症である (▷表 1)。

続発性骨粗鬆症をきたす原因としては、各種内分泌疾患、胃切除、ステロイド剤の服用をはじめとして多数のものが知られている。続発性骨粗鬆症の治療においては、原疾患のコントロールが優先され、次いで、個々の病態に基づいた治療を考える。

3 病態

① 閉経後骨粗鬆症

骨密度、骨量は思春期から 20 歳くらいまでに最大値に達し、40 歳くらいまではその値が保たれ、その後、減少する。閉経は卵巣機能の廃絶による女性ホルモン、特にエストロゲン分泌の欠落に基づくものである。閉経はすべての女性に訪れることであるが、その影響の程度には個人差が存在する。

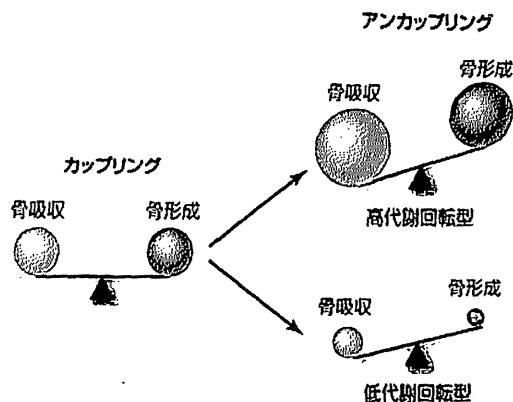
閉経によりさまざまな変化が身体にもたらされ、いくつかの症状や疾病の頻度が高まる。早期のものとしては顔面紅潮などがあげられ、骨粗鬆症や動脈硬化などは、遅れて発生するものの代表である。

女性においては閉経後の数年間に最も骨量減少速度が亢進する。この時期は骨吸収と骨形成の両者が亢進し、いわゆる高回転型の骨代謝状態で骨量減少が進むと考えられている（▶図 1）。閉経後の骨量減少が生理的な範囲を越え、病的なレベルに達した場合に閉経後骨粗鬆症と診断される。この場合、もともとの骨量が低く、それに閉経後の骨量減少が加わった場合や、若年期の骨量が正常範囲内にあったにもかかわらず、病的に速い閉経後骨量減少（いわゆる fast loser；年間 3% 以上骨量が減少するもの）が病態の主体である場合も考えられる。

② 加齢に伴う骨粗鬆症の増加

一方、一般的には閉経による内分泌代謝的な変化が一通り落ち着いたと考えられる 60～65 歳以降の女性でも、ゆるやかな骨量減少は進行している。また男性においても、40 歳以降は骨量減少がゆっくり進む。70 歳以降には骨粗鬆症とそれに基づく骨折の発症が男性においても臨床的課題となり、大腿骨頸部骨折の発症率も女性の数分の 1 程度にまで達する。

高齢者の骨代謝状態は一般には骨形成、骨吸収ともに低下しており、いわゆる低骨代謝（低代謝回転型）の状態では骨量減少が進むと考えられてい



▶図 1 骨吸収と骨形成の均衡の破れた状態（アンカップリング）を示す模式図

る（▶図 1）。ただし、高代謝回転型の検査所見が得られることもあるので注意を要する。

また、高齢者のカルシウム代謝の特徴として、カルシウム摂取量や腸管からの吸収低下、ならびに体内ビタミン D₃ 量の低下などが、二次性の副甲状腺機能亢進症とそれによる骨量減少をもたらすことが考えられ、加齢に伴う骨量減少の 1 つの機序として考えられる。

4 診断

骨粗鬆症は患者、あるいはその疑いがもたれる受診者が、整形外科、内科、老年科、産婦人科といった異なる診療科を訪れる点が特徴的な疾患である。このような状況のなかで、疾患に対する概念や診断基準がまちまちであってはならない。

① 骨粗鬆症の診断基準

わが国においては、厚生労働省長寿科学研究「骨粗鬆症の予防と治療に関する研究班」（折茂 肇班長）が、退行期骨粗鬆症の診断に際し、骨量の減少と臨床症状の 2 つを重視し、診断基準を提唱してきた。これをたたき台として、日本骨代謝学会の専門委員により検討がなされ、現在、診断基準には 2000 年度改訂版が用いられている（▶表 2）。

▶表2 原発性骨粗鬆症の診断基準(2000年度改訂版)

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患または続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

| I. 脆性骨折(注1)あり | | II. 脆性骨折なし | |
|---------------|-------------------|------------|-------------------|
| | 骨密度値(注2) | | 脊椎 X 線像での骨粗鬆化(注3) |
| 正常 | YAM の 80%以上 | | なし |
| 骨量減少 | YAM の 70%以上 80%未満 | | 疑いあり |
| 骨粗鬆症 | YAM の 70%未満 | | あり |

YAM: 若年成人平均値 (20~44 歳)

- 注1 脆性骨折: 低骨量(骨密度がYAMの80%未満、あるいは脊椎 X 線像で骨粗鬆化がある場合)が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他
- 注2 骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には、大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第二中手骨、距骨の骨密度を用いる。
- 注3 脊椎 X 線像での骨粗鬆化の評価は、従来の骨量判定基準を参考にして行う。

| 脊椎 X 線像での骨粗鬆化 | 従来の骨量判定基準 |
|---------------|-------------|
| なし | 骨量縮小なし |
| 疑いあり | 骨量縮小 I 度 |
| あり | 骨量縮小 II 度以上 |

この診断基準で採用されている骨量評価は、

①胸腰椎の X 線撮影

②二重 X 線吸収測定法(= NOTE-1)による腰椎での値

の2つの方法を基本としている。腰椎のDXA測定が困難な場合には、前腕骨遠位端あるいは踵骨のX線吸収度計による測定値に対する基準値があげられている。

腰椎の X 線写真では、椎体骨の側面像で椎体の変形(椎体骨折)の有無と骨粗鬆化の有無を判定し、以下のように評価する。

- 腰椎の椎体骨折が認められる場合: 腰椎 X 線写真上での骨粗鬆化の疑いがある、または DXA での腰椎(L₂₋₄)骨密度が若年女性の平均値を20%以上下回ることで判定する。
- 腰椎の椎体骨折が認められない場合: 腰椎 X 線写

真上で骨粗鬆化があるか、DXAでの腰椎(L₂₋₄)骨密度が若年女性平均値を30%以上下回ることで診断する。

骨粗鬆症の診断プロセスにおいて胸腰椎の X 線撮影を行うことは、椎体骨折や骨粗鬆化の判定のみならず、自覚・他覚症状の鑑別診断や腰椎骨密度測定に影響しうる変形などの有無を確かめることにも非常に有用であり、診断上必須と考えるべきである。

ただし、骨量縮小の判定には読影者間のばらつきも存在しうることや、撮影条件によっては判定に苦慮する場合もあり、骨量測定との有機的な連携のうえで活用していくことが必要である。

④骨代謝マーカー

血液と尿の検査は鑑別診断にも用いられるが、近年、骨代謝状態を把握するための骨代謝マーカー測定も行われる。骨では常に骨形成と骨吸収が進行しているが、その結果生じる物質の量を測定することによって、骨代謝回転の状態を推測する。骨形成マーカーとして臨床応用されているものは血清骨特異性アルカリホスファターゼである。骨吸収マーカーとしては、骨に特異的なコラーゲンである I 型コラーゲン架橋部分の分解産物の測定が行われる。それらは、尿中デオキシピリジノリン(deoxypyridinoline; DPD)、尿または血清中の I 型コラーゲン N-テロペプチド(type I collagen N-telopeptide; NTX)である。このほかに

NOTE

④二重 X 線吸収測定法

-) dual energy X-ray absorptiometry (DXA) の日本
-) 語訳である。X 線はそのエネルギーによって、骨、脂肪、筋肉における吸収特性が異なる。これを利用して 2 種類のエネルギーの X 線を体に透過させ、その際の吸収の割合を解析し、骨の部分のミネラル量(主としてカルシウム)を推計するものである。1 回の検査に要する X 線量は少なく、精度も高いことから、現時点で骨量測定) のスタンダード法ともいえる。