

． 分担研究報告-13.

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業） 脊椎関節炎の疫学調査・診断基準作成と診療ガイドライン策定を目指した大規模多施設 研究班分担研究報告書

分類不能脊椎関節炎（uSpA）

分担研究者：首藤敏秀（社会医療法人 泉和会 千代田病院 リウマチ科・整形外科）
中島康晴（九州大学 整形外科）

研究要旨

担当者が過去の文献を調査したうえで、班会議で討議することにより、分類不能脊椎関節炎（undifferentiated spondyloarthritis; uSpA）の概念と現状での問題点を明らかにした。また、uSpAの用語（和訳）の統一を図り、“分類不能脊椎関節炎”とすることで賛同を得た。uSpAの診断のための確立された基準はなく、その診断には除外診断を含む総合的な判断と、多くの場合、経過観察が必要であることを合議により確認した。uSpAの長期自然経過を文献から調査し、診断および治療においては自然経過を念頭に置いて考える必要があることで意見の一致を得た。

1. 概念

脊椎関節炎（SpA）のうち、強直性脊椎炎（AS）や乾癬性関節炎（PsA）、反応性関節炎（ReA）、炎症性腸疾患関連関節炎（IBD-SpA）などのいずれのサブタイプのSpAにも当てはまらないものが分類不能SpAとされる。uSpAには（1）確実なSpAではあるが発症後早期のため臨床像が出揃っていないものや、（2）古典的な臨床像が長期経過しても揃わない不完全型のSpAなどが含まれる。

2. 新しいSpAの分類におけるuSpAの位置付けとその問題点

uSpAの概念は1983~84年頃から提唱されてきたが、従来は、体軸症状が主体のものと同梢症状が主体のもの両方がuSpAに含まれてきた。しかし、SpAを体軸性SpA(axSpA)と末梢性SpA(pSpA)に分けるASASの分類が2009年に提唱され、体軸が主体のSpAのうちASを除いたものをX線基準を満たさないaxSpA(nr-axSpA)に分類し、体軸症状が主体のuSpAはnr-axSpAと同等とする考え方が欧州を中心に普及してきた。この分類に基づくuSpAはpSpAに位置づけられる(図1)。従来uSpAに含まれていた体軸症状が主体のuSpAと区別するために、末梢性uSpAと表現されることもある。しかしながら、例えば、45歳未満発症のNSAIDが著効する慢性の炎症性腰背

部痛が主訴で、付着部炎、CRP陽性なども認めめるが、画像上の仙腸関節炎所見を認めず、HLA-B27は保有していないなど、体軸症状が主体のSpAであるが、ASASのaxSpAの分類基準を参考にしても、あるいは本研究班で提唱しているnr-axSpAの診断ガイダンス案を用いてもnr-axSpAとは診断できかねるような例をnr-axSpA疑いとするのか、あるいは体軸症状が主体であるが暫定診断としてuSpAとするのかは班会議の中でも異論がある。このようにuSpAの概念自体がいまだ議論の余地がある現状を確認した。

3. uSpAの用語について

これまでuSpAの用語は、“分類不能SpA”のほか、“未分類SpA”、“未分類型SpA”、“診断未確定SpA”や“未分化型SpA”など、様々に和訳されてきたため、今回、用語（和訳）の統一を班会議で図った。日本脊椎関節炎学会の前身である日本AS研究会の全国疫学調査の報告（福田眞輔ら、日関外誌、XVIII,(4),167~176,1999.）でも“分類不能SpA”の用語が用いられていること、他のリウマチ性疾患（膠原病）においても、例えば“undifferentiated connective tissue disease (UCTD)”の和訳で“分類不能結合組織病”という用語が普及していること、日本リウマチ学会の専門医資格維持施行細則のリウマチ性疾患の診断と治療方針の中でも“分類不能脊椎関節炎”として分類されていることなどから、“分類不能SpA”とすることで賛同を得た。

4. uSpAの診断について

uSpAの診断のための確立された基準はない。SpAの特徴のうち、関節や脊椎の症状を含む複数の特徴を有し、他の項で検討された鑑別すべき疾患が除外できSpAと考えられるが、体軸性SpAやPsA、IBD-SpA、ReAなどその他のいずれのサブタイプのSpAにも分類できないものがuSpAと判断される。

uSpAの診断の前提であるSpAと診断するうえで、ESSG基準やAmor基準あるいはASASのpSpAの

分類基準は、いずれもuSpAを包含した基準であり診断の参考にすることはできる。しかしながら、いずれも分類基準であり、診断基準ではないことは注意すべきである。分類基準に陽性所見を当てはめるだけで簡単に診断することは問題である。また早期診断を意識するあまり過剰診断にならないように注意しなければならない。エコーなど画像検査で付着部炎所見を認めるのみでuSpAと安易に診断してはならない。uSpAの診断には除外診断を含む総合的な判断と、多くの場合、経過観察が必要である。

5. uSpA の自然経過について

uSpAを長期観察した報告は少ないが、体軸症状が主体の例を含んだuSpA症例を長期観察した既報のなかで、uSpAは経過中に他のサブタイプのSpA、すなわちASやPsAなどが明らかになっていく例が多いこと、また一方では自然寛解

する例も少なからずあることが報告されている。これらのことを常に念頭におきながら、慎重に経過観察することが重要である。

6. uSpA の治療について

uSpA の治療に関するエビデンスは乏しい。実臨床で用いられている治療の多くはASやPsAなどの成績からその効果が類推され用いられている。NSAIDsはfirst lineの薬剤として用いられる。末梢関節炎や腱鞘滑膜炎に対してはcsDMARDs、なかでもMTXやサラゾスルファピリジンなどが、単独あるいは併用で使われる。また、ステロイドの局所注射は、単ないし少関節炎、付着部炎、滑液包炎、腱鞘滑膜炎に有効ことがある。TNF阻害剤は、従来の治療に抵抗する例で考慮される。いずれにしてもuSpAの治療に当たっては、その自然経過(図2)を念頭に置いて治療法を考えていく必要がある。

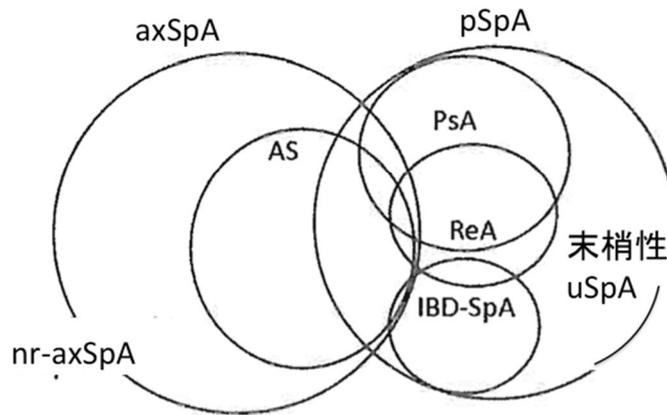


図1. SpAの新しい分類(欧州を中心としたASASによる)におけるuSpAの位置付け

