リウマチ性多発筋痛症(PMR)

検査値

リウマチ性多発筋痛症（PMR)を確定させる検査は無い。

① 血沈　＞　３０　（９８％？）
　　＞　４０　（９６％？）

血沈　＞　５０　（６４％）
血沈が１００以上という症例が４２％という報告あり。

血沈　＞　８０では、GCAを疑え。
（新頭痛、頭皮圧痛、視力障害チェック）

PMRの２０％位で最初の血沈値は４０以下であり、血沈低値のPMRが７～２０％ある。（Lancet　2017）

血沈は高齢者では別の理由により持続的に高値を示すことがある。
（加齢的変動値を加味した正常限界値　４０mm/ｈ）

② CRP

CRP（－）は１％（２/１７７）。

ただし、CRP正常が１７％あるという報告もあり。

CPR産生はIL-6により誘導されるため、血沈よりCRPの方が炎症・PMR活動性検出に感度が良い。

③ アルブミンの低下とαグロブリンの増加という報告多い。（８６％）

アルブミンは８９％の症例で低下。

α１グロブリンは６５～８５％で増加。

α２グロブリンは７５～８５％で増加。

βグロブリンは７７％で増加。

γグロブリンはほぼ正常。（１５％で上昇するという報告もあり。）

④ CK上昇なし

筋疾患（たとえば多発性筋炎/皮膚筋炎）とは違い、

CKは上昇しない。（ただし3.7％で上昇するという報告あり。）

LDH上昇は３９％

アルドラーゼ上昇は１７％

⑤ MMP－３上昇（ステロイド投与もMMP-3値を上昇させる。）

IL-6　上昇（IL-6高値は再発、長期化症例多い。）

⑥ WBC　増加や左方移動は通常認めずとの記載があるが

軽度増加（9000以上）の報告もあり。（４６％）

⑦ ALP　上昇（３５％）

トランスアミナーゼ上昇（5～29％）の報告あり。

⑧　貧血　（５０～６８％）
低色素性ないし正色素性貧血で、あっても軽症で症状が
改善されるとともに良くなる。

⑨　血小板数　増加（40～89％、IL-6は血小板を増加させる。）

⑩　関節リウマチとの鑑別
RF（－）　23～25％で陽性という報告あり。
EORA（高齢発症慢性関節リウマチ）では
リウマチ因子の陽性率は低い。
抗CCP抗体（－）

⑪　膠原病との鑑別
ANA（－）　5～２５％で陽性という報告あり。
（シェーグレン症候群などの自己免疫疾患合併例で陽性となる。）
他の自己抗体（－）

⑫　その他の検査成績異常（横浜市大）

フィブリノーゲン高値	１００％
血清補体価上昇	９５％
フェリチン上昇	４５％
γーグロブリン上昇	１５％
ALT　上昇	５％