

日本シェーグレン症候群患者の会

2017年11月27日 第26号発行
NPO 法人シェーグレンの会

会 報

事務局
〒173-8610 板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部血液膠原病内科内
TEL: 070-5082-7185
E-mail: sjogren.7185@gmail.com
HP: http://www.maeda-shoten.com/sjogren/

第31回（平成29年度）日本シェーグレン症候群患者の会 およびNPO 法人シェーグレンの会講演会

4月8日（土）、200名近い患者と関係者の参加のもと副会長の長谷川さんの司会で総会が始まった。会長の当間さんの挨拶で昨年10月19日に逝去された菅井進先生に対して黙祷を捧げ、続いてNPO 理事長の関口さんも患者会の大黒柱の菅井先生を失ったことが残念と挨拶。事務局の武井先生から菅井先生を追うように恩師でシェーグレン症候群研究の世界の第一人者のノーマンタール先生がお亡くなりになったこと。寄付が集まらず運営に苦慮していること、病気の認知度を高める努力を引き続きお願いしたいと挨拶がありました。

＜総会＞

- 13:00 開場・受付、オリエンテーション・開会
13:20 開会挨拶：会長、NPO 理事長
13:25 報告事項：役員会報告（顧問、NPO、ミニ集会）

＜交流会・講演会＞NPO 主催

- 13:35 医師、製薬会社、患者会のディスカッション
13:40 **ためになるお話**
国立病院機構東京医療センター 膠原病内科 秋谷久美子先生
日本大学松戸歯学部歯科総合診療学 遠藤弘康先生
横浜市立大学医学部 看護学科母性看護学 宮内清子先生
倉敷成人病センターリウマチ膠原病センター 西山 進先生
14:00 **ミニ講演**
「シェーグレン症候群と関節炎
～関節リウマチとの違いについて～」
日本大学 医学部 血液膠原病内科学 野崎高正先生
14:35 **特別講演**
「シェーグレン症候群における眼科症状・所見
～そしてその内科的・外科的アプローチ～」
日本大学 医学部 視覚科学系眼科学 嶋元 暢先生
15:35 **質疑応答**
16:30 **閉会**
共催：プリストル・マイヤーズ(株)、小野薬品工業(株)

＜新顧問のご紹介＞

独立行政法人 国立病院機構東京医療センター 膠原病内科 秋谷久美子先生
日本大学 松戸歯学部歯科総合診療学 遠藤弘康先生
倉敷リウマチセンター リウマチ膠原病センター 西山 進先生
横浜市立大学 医学部 看護学科 宮内清子先生

平成29年度 活動予定

1月24日	役員会（総会・NPO 他）
2月中旬	総会・講演会ご案内、年会費請求書 他
3月15日	役員会（総会・NPO 他）
4月8日	総会・講演会
5月10日	役員会（総会報告・ミニ集会他）
7月8日	中部ブロックミニ集会（金沢）
7月12日	役員会（ミニ集会報告・かわら版他）
9月13日	役員会（会報・ミニ集会他）
10月7日	関西ブロックミニ集会（大阪）
11月上旬	会報26号、かわら版9号発行
11月8日	役員会（ミニ集会報告他）
12月頃	役員会（今年度反省会、来年度活動計画）

平成28年度 活動報告

活 動 内 容	
1月27日	役員会（総会・講演会、NPO 他）
2月16日	総会・講演会ご案内、皆様からの近況発行、年会費請求書
3月4日	役員会（総会・講演会他）
4月2日	総会・講演会
5月25日	役員会（総会報告、ミニ集会）
7月9日	中部ブロックミニ集会（金沢）
8月10日	役員会（ミニ集会報告、会報・かわら版他）
10月1日	関西ブロックミニ集会（大阪）
11月11日	会報・かわら版・掲載希望者のみ会員名簿申し込みハガキ発送
12月14日	役員会（今年度反省会、来年度活動計画）

平成28年ご寄付一覧（敬称略・順不同）

製薬会社寄付金	個 人		
	寄付金	書籍代	
アクテリオンファーマシューティカルジャパン	薬山 隆	小松 明	當間八千代
アステラス	白杵時子	清野利恵	石井佳代
グラクソ・スミスクライン	武井正美	岩附君代	古山和子
エーザイ	仙波サカイ	石川佳代	松田宜子
キッセイ	佐藤忠志	萩原 明	加藤ゆり
協和発酵キリン	川上道江	村山節子	山本きみ江
田辺三菱	山崎容子	森田延江	橋本陽子
中外	當間八千代	酒井マサ子	鈴木勝裕
帝人ファーマ	笛木百代	小林真由美	
日本化薬		野口ことみ	
ファイザー		上遠野和子	
ヤンセンファーマ			

*全てNPOへ寄付

平成28年度 貸借対照表

科 目	金 額		
I 資産の部			
1. 流動資産			
現金	80,981		
普通預金	1,511,360		
流動資産合計		1,592,341	
資産合計			1,592,341
II 負債の部			
1. 流動負債			
預り金	720		
流動負債合計		720	
2. 固定負債			
固定負債合計		0	
負債合計			720
III 正味財産の部			
前期繰越正味財産	1,290,475		
当期正味財産増減額	301,146		
正味財産合計			1,591,621
負債及び正味財産合計			1,592,341

平成 28 年度 活動計算書

平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日

科 目	金 額	
I 経常収益		
1. 受取寄付金		
法人からの寄付金	870,000	
個人からの寄付金	491,640	1,361,640
2. 事業収益		
白書・情報提供事業収益	131,000	
講演会事業収益	183,000	314,000
3. その他収益		
受取利息	11	
患者会より受託収入	1,000,000	1,000,011
経常収益計		2,675,651
II 経常費用		
1. 事業費		
(1) 人件費		
人件費計		
(2) その他経費		
旅費交通費	237,280	
通信運搬費	196,590	
印刷製本費	240,000	
消耗品費	29,866	
運営費	226,096	
その他経費計	929,832	
事業費計		929,832
2. 管理費		
(1) 人件費		
給料手当	1,288,000	
法定福利費	3,624	
人件費計	1,291,624	
(2) その他経費		
旅費交通費	0	
通信運搬費	69,463	
消耗品費	8,749	
租税公課	817	
支払手数料	52,920	
会議費	21,100	
その他経費計	153,049	
管理費計		1,444,673
経常費用計		2,374,505
当期正味財産増減額		301,146
前期繰越正味財産額		1,290,475
次期繰越正味財産額		1,591,621

平成 28 年度 財務諸表の注記

1. 重要な会計方針：財務諸表の作成は、NPO 法人会計基準（2010 年 7 月 20 日 2011 年 11 月 20 日一部改正 NPO 法人会計基準協議会）によっています。

消費税等の会計処理：税込経理方式によっています。

2. 使途等が制約された寄付等の内訳

内容	期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高	備考
その他寄付金	0	1,361,640	1,361,640	0	本会の運営のため
合計	0	1,361,640	1,361,640	0	

3. その他の事項：注記 4 番の事業別損益に記載されている管理部門とは、各事業に属する法人全体の管理に携わる事務局経費を計上したものです。活動計算書では経常費用の中の「管理費」で表記しています。

4. 事業別損益の状況

科 目	広報・白書事業	講演会	事業部門計	管理部門	合計
I 経常収益					
1. 寄付金収入	0	0	0	1,361,640	1,361,640
2. 事業収入	131,000	183,000	314,000	0	314,000
3. その他収入	0	0	0	1,000,011	1,000,011
経常収益計	131,000	183,000	314,000	2,361,651	2,675,651
II 経常費用					
(1) 人件費					
給料手当	0	0	0	1,288,000	1,288,000
法定福利費	0	0	0	3,624	3,624
				1,291,624	1,291,624
(2) その他経費					
旅費交通費	0	237,280	237,280	0	237,280
通信運搬費	0	196,590	196,590	69,463	266,063
印刷製本費	240,000	0	240,000	0	240,000
消耗品費	0	29,866	29,866	8,749	38,815
運営費	0	226,096	226,096	0	226,096
交際費	0	0	0	0	0
租税公課	0	0	0	817	817
新聞図書費	0	0	0	0	0
支払手数料	0	0	0	52,920	52,920
会議費	0	0	0	21,100	21,100
雑費	0	0	0	0	0
その他経費計	240,000	689,832	929,832	153,049	1,082,881
経常費用合計	240,000	689,832	929,832	1,444,673	2,374,505
当期経常増減額	△ 109,000	△ 506,832	△ 615,832	916,978	301,146

ためになるお話①

秋谷久美子先生

国立病院機構 東京医療センター 膠原病内科

これまでシェーグレン症候群は治らないと言われてきました。しかしシェーグレン症候群の唾液腺と涙腺以外の病変、いわゆる腺外症状（表 1）や他の膠原病などの合併症に対してステロイドや免疫抑制剤の治療を受けた患者さんのガムテストの結果を治療前後で比べてみたところ、興味深い傾向が認められたためご紹介します。



（図 1）では唾液量が少なくなっていない＝進行していない患者さんでは色々な免疫抑制剤の効果が出ていますが、進行して唾液が減ってしまった患者さんでは同じ薬で長年治療しても効果がほとんどなく、早期に治療すれば治る可能性が高いことがわかりました。従来言われてきた「シェーグレンは治らない」ことは、慢性腎炎で言えば長年進行して尿が

出なくなり血液透析になってから治療しても「治らない」と同様の現象であったと考えられます。

次に進行して乾燥してしまった患者さんでは何も治療がないのかという点ですが、患者さん達から話を伺うと、近年歯科でクリーニングなどの定期的なケアを受けるようになって、総入れ歯になる患者さんが少なくなっていることに気づきました。

そこで、文献を調べてみたところ、歯科での口腔衛生指導や補綴治療（歯が欠けたり失われたりした場合に、冠、クラウン、入れ歯やインプラントなどの人工物で補うこと）により口の中の環境にどのように影響しているか調査されたものがありました。（図 2）でグラフの一番右のシェーグレン症候群ではガムテストでの唾液量は増えませんでした（図 3）では口の症状については 4 週、8 週、12 週間後には明らかに改善されてきています。（図 4）では口の乾燥感についても同様に改善されていることがわかりました。

また、虫歯を早めにみつめて治療することで抜歯しないで済んでいる患者さんが多いことから、乾燥してしまっても早めから継続的にこれらのケアを受けることは非常に重要なことと思われます。

(表1) シェーグレン症候群の腺外症状

肺 (11~25%)	間質性肺炎 (5~10%)、気道の乾燥による気道過敏性、慢性気管支炎
腎臓 (4~5%)	間質性腎炎、遠位尿管アシドーシス (潜在性RTA約30%)
肝 (約5%)	原発性胆汁性肝硬変症、自己免疫性肝炎
消化管	変性性胃炎
膵臓	間質性膵炎
皮膚 (31%)	環状紅斑、高γグロブリン血症 (点状、斑状、凍瘡様皮膚)
甲状腺	慢性甲状腺炎 (25~40%、9~18%)
神経	末梢神経障害 (6~35%、感覚性失調型ニューロパシー、三叉神経痛)、脊髄炎、無菌性髄膜炎
その他	悪性リンパ腫 (5%)、マクログロブリン血症、M蛋白血症 (4%)

※ 通常の16~44歳、欧米で16歳、曹井ら59.3歳、2005年Zinzanasら1300例メタアナリシスで58.8歳

(図1) 合併症に対する免疫抑制剤、DMARDs、ステロイド投与を受けたSS症例における治療前後の唾液分泌量

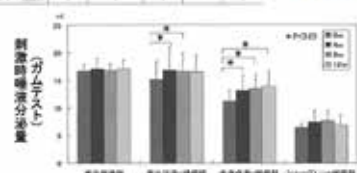


(図2) 口腔衛生指導と補綴治療による唾液流量増加と口腔環境の改善

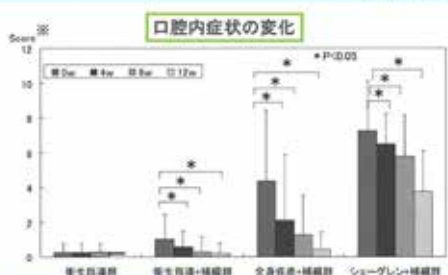
平成12~18年に神奈川県立大学附属病院を受診、口腔乾燥感並びに口腔不快症状を訴えた31名
女性21名 (67.7%) 年齢: 43~68歳 平均64.1±9.6歳

項目	治療前	治療後	改善率 (%)
唾液分泌量 (ml/10分)	2.5	4.5	80
口腔乾燥感 (VAS)	8.5	4.5	47
口腔不快感 (VAS)	8.5	4.5	47

口腔衛生指導は全ての群で実施

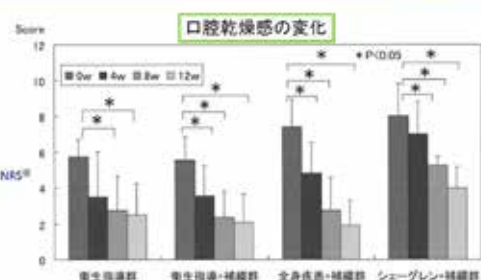


(図3) 口腔衛生指導と補綴治療による唾液流量増加と口腔環境の改善



※ 舌(発赤、びらん、平滑化、舌苔)、口蓋(発赤、びらん)、頬粘膜(発赤、びらん)、口角炎、口腔内(アフタ、潰瘍)の発現した症状1つを1ポイントとスコア化

(図4) 口腔衛生指導と補綴治療による唾液流量増加と口腔環境の改善



※ Numerical rating scale (対象者からの聞き取り調査による)

ためになるお話②

「口腔乾燥と舌の痛み」

遠藤弘康先生

日本大学松戸歯学部 歯科総合診療学

唾液が少なくなると、舌の痛みや口の灼熱感（ヒリヒリすること）が生じることがよく経験します。これは、口腔カンジタ症による粘膜の炎症や、局所刺激による粘膜の外傷（目にはみえないほどの細かい粘膜の傷）が原因と考えられます。舌を含む口の粘膜はいつも唾液によって覆われ保護されています。唾液が少なくなるとこの保護作用がなくなり、口の中に問題が起こります。熱いお茶やコーヒーを飲んだ後に、口の粘膜が火傷することもあります。洗口剤、歯磨剤、チューインガム、ミント、キャンディなどによる粘膜の接触性アレルギーでも口の中が痛くなります。舌の表面を保湿剤（低刺激性の口内ジェル）でコーティングすると痛みの緩和になるのは、これらの局所的な原因が改善されるためと考えられます。舌の清掃には舌スクラッパーや舌ブラシを使用します。その際、保湿剤を合わせて使い舌を傷つけないように注意しましょう。舌の表面に保湿剤をたっぷりと塗り汚れを浮き上がらせてから、舌スクラッパーや舌ブラシを軽く当てます。1日に1、2回程度で良いと思います。やりすぎると舌が傷つきますので注意しましょう。



ためになるお話③

中高年女性に好発するシェーグレン症候群患者の睡眠の質と慢性疲労の実態

宮内清子先生

横浜市立大学 医学部看護学科

2010年よりシェーグレン症候群患者の生活の質（以下QOL）の調査を実施してきました。当時の患者会412名を対象とし、合併症をもたない方で分析しました。その結果グラフ（図1）となりました。平均が60歳代でしたので一般の女性の60歳代の方との比較をしています。身体がたらくて日常生活上の役割、つまり仕事や家事があまりできないという方が、一般の方に比べ多かったで



す。全体的な健康の意識も低いようです。サマリースコアを見ると、身体も心も健康な女性に比べるとかなりよくない状況が分かりました。さらに、アンケート調査の自由記載で「苦痛に感じること」のテキスト分析結果では、主症状である「ドライマウス、ドライアイ」の苦痛が最も多く出現しているのですが、だるい、疲れやすい、不眠、よく目が覚めるといった言葉も同様に多く出てきました(表1)。

今回は、患者さんのQOLに影響する睡眠と慢性疲労の状態を調査した結果を学会(平成28年9月日本シェーグレン症候群学会)で発表しましたので概要をご報告します。対象者は40歳から65歳の患者さんと慢性疾患を持たない健康人とししました。調査方法は、質問紙調査と腕時計型のアクチグラムを(写真)用いた睡眠活動測定を行いました。睡眠活動測定は、腕時計型の装置を24時間14日間、聞き手と反対の手首に装着していただきました。また、睡眠日誌として「目ざめのすっきり感」「一日の疲労感」を記入していただきました。測定結果では、活動レベルは患者さんは健康な方々と同様でした。しかし、睡眠の効率、やや不良でした。中途覚醒時間も比較的長く、寝返りなどで少し起きるといふより、トイレなどでしっかり起きていた状況と推測されます。

次に、睡眠活動の測定の実際を2パターンお示しします(図2)。いずれも患者さんですが、睡眠の効率が不良なパターンは、活動のリズムも不規則で夜間の体動も多いです。一方、良いパターンの方は、日中の活動も一定であり、夜間はあまり体動がみられません。また寝る時間、起きる時間も一定といえます。朝の目覚めがすっきり感じる人ほどQOLは良好でした。睡眠効率の善し悪しよりも「よく眠った」という自覚が重要といえます。患者のQOLを高めることは、患者自らが健康行動をとり、自覚症状を自己コントロールすることが重要であるといえます。良い睡眠効率を保っていても、「よく眠れた」自覚がなければ睡眠の質は良いとはいえません。

次に、健康人との比較において睡眠と疲労の測定結果の比較についてお示しします。

まず、睡眠日誌では、健康な方が良い結果でした。しかしアクチグラムによる測定結果では睡眠時間や睡眠効率などは患者さんと健康な方での差はあり

ませんでした。また、活動レベルにも差は見られませんでした。これは、患者さん達は疲労感を強く持っているにもかかわらず、日々の仕事などで仮眠など休息も取れていない状況を示します。結論として、患者さんは、健康人と同様に活動しているとより疲れを自覚しやすくなります。患者さんは、日常の中でももう少し休養をとる時間の確保が必要といえます。

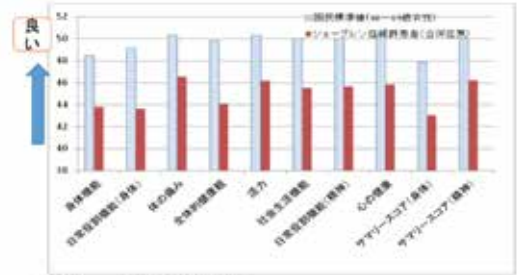


図1. シェーグレン症候群患者の健康に関するQOL(SF-8)(アンケートの結果)

出典: 宮内清子・シェーグレン症候群患者の健康関連QOLに関する調査。更年期と加齢のヘルスケア12(1):64-70, 2013より一部改変

自由記載【苦痛に感じること】テキスト分析

表1: 苦痛に感じることに伴う出現頻度によるカテゴリ分け

カテゴリ	出現頻度
ドライマウス・ドライアイによる苦痛 (39)	3
目	19
目	15
全身・関節痛・気分変動 (31)	21
だるい・疲れやすい	10
不眠・よく目が覚める	10
うつ状態・気分が落ちる・いらいら	11
生活への支障 (26)	13
仕事や社会生活に影響	13
外出苦痛	13
医療者理解	15
患者に伝わらない医師が少ない	15

出典: 宮内清子・更年期女性に好発するシェーグレン症候群患者の睡眠生活リズムの調査は満足に関するテキスト・アクチグラム。更年期と加齢のヘルスケア12(1):64-70, 2013より一部改変



図2. 日々の生活リズムの事例



睡眠活動測定: アクチグラム

<http://www.sanita.co.jp/actigraph/index.html>

「本研究は JSPS 科研費 JP22890207、JP2546326 の助成を受けたものです。」

ためになるお話④

西山 進先生

倉敷成人病センター リウマチ膠原病センター

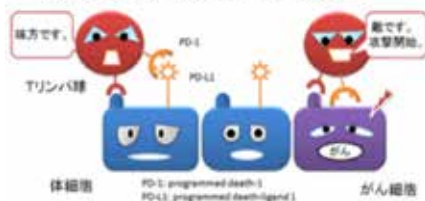
今日は、免疫チェックポイント阻害療法と乾燥症状についてお話をします。ところで、「免疫チェックポイント」とは何のことでしょうか？身体の中で、

免疫細胞にブレーキをかけている物質があり、これを免疫チェックポイント分子と呼びます。Tリンパ球は免疫チェックポイント分子をもって自分の体の細胞は味方と認識して攻撃しませんが、免疫チェックポイント分子をもっていない「がん細胞」は敵と判断して攻撃します。



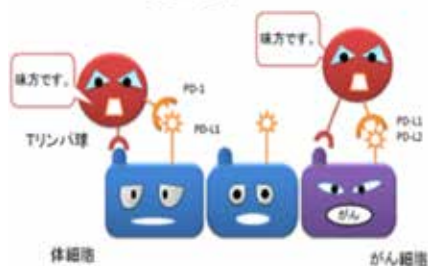
免疫チェックポイント

- ・免疫細胞にブレーキをかけている物質があり、これを免疫チェックポイント分子という。



ところが、がん細胞の一部は免疫チェックポイント分子をもつものがいて、Tリンパ球はこれを味方と勘違いするため、攻撃をすり抜けるがん細胞がいます。

ところが...



そこで、免疫チェックポイント分子を阻害する薬、Nivolumab（オプジーボ®）が作られました。この薬の開発には日本人の本庶先生の研究が元になっています。オプジーボは免疫チェックポイント分子に反応するTリンパ球のレセプターに結合して、がん細胞の免疫チェックポイント分子とTリンパ球が反応しないようにします。そうするとTリンパ球はがん細胞を敵と認識して攻撃をします。

しかし、免疫チェックポイント分子を阻害すると、正常な細胞も攻撃されるのでは？という疑問が生じ

免疫チェックポイント阻害療法

- ・ Nivolumab (オプジーボ®)
 - ー 免疫チェックポイントを阻害する画期的な抗がん剤
 - ー メラノーマ、肺癌、リンパ腫、胃癌などに効果があり、その他の癌に対する効果も期待されている



ます。正常な細胞とがん細胞はT細胞が認識している抗原が少し異なるため攻撃はされにくいのですが、実際には正常な細胞も攻撃をうけ、いろいろな副作用が生じます。

しかし...正常な細胞も攻撃される



今年の Annals Rheumatic Diseases と有名な雑誌に掲載された論文 (Cappeli LC, et al. Inflammatory arthritis and sicca syndrome induced by nivolumab and ipilimumab. Ann Rheum Dis 2017;76:43-50. Doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209595) によると、免疫チェックポイント阻害薬を使った人の中に、関節リウマチやシェーグレン症候群とよく似た関節炎や乾燥症候群を発症した患者がいて、その中に抗核抗体が陽性になる例があり、自己免疫が関係していると考えられるとのこと。つまり、免疫チェックポイント阻害薬によってブレーキを外すと、自己免疫現象が発現して膠原病を発症する可能性があるということです。

これから言えることは、免疫もバランスが大切ということです。アクセルとブレーキの両方がうまく働いてバランスがとれている状態が良いのですが、どちらかに極端に傾くと病気になります。すこし話を強引に進めると、免疫にかぎらず何事もバランスが大切です。働きすぎは良くありません。そうかといってじっとしているのも体に良くありません。適度に運動して休憩をとみましょう。食べ過ぎも良くありません。偏らない食事をするようにしましょう。我慢しすぎるのも体に毒です。ストレスを発散するようにしましょう。

何事もバランスが大切



質疑応答

Q 目薬の防腐剤について、ヒアレイン、ヒアレインミニ。

A 防腐剤が角膜上皮を刺激しやすいが、点眼で防腐剤の濃度が下がっていくのであまりこだわらなくてもよい。防腐剤の違いはまだ不明。

Q 3種の目薬を何年も使っているが。

A 角膜の端っこは炎症を起こしやすいが、潰瘍がコントロールされているのならよい。

Q シェーグレンだが白内障の手術を受けてもいいか。

A 問題ない。術後の目薬の使い方に気をつける、通常3種類使うので非ステロイド系の点眼薬はシェーグレンの方は使わない方がいい。

Q シェーグレンは口腔内で小水疱ができるが。

A 現在の対症療法で問題なければそれでよい。

Q 涙点切除の手術をうけるが不安がある。

A 涙点閉鎖術のことと思うが、方法が幾つかあり副作用の少ない方法の選択もある。

Q 指の関節が痛い。シェーグレンになって2年以上だがまだ指は変形していない。

A データ的にはリウマチではないので痛み止めの治療となるが、線維筋痛症の合併も考えられる。炎症が強い時はステロイドの使用を試す。シェーグレンと関節炎の合併はシェーグレンそのもので出現する可能性があり、解釈が難しい。

Q シェーグレンと手根管症候群の関係

A 女性によくある病気で偶然の合併か判断が難しい。

Q 白内障の手術を受けたが、黄斑上膜の手術は。

A 黄斑上膜の手術は、見えなくなるようなら受けても良い。手術は白内障より目を開けている時間が長いのでドライアイの方は気をつける。

Q シェーグレン症候群の合併症したりウマチの場合補助の適応になるか。

A シェーグレン症候群の合併症したりウマチの場合補助の適応にならないと判断されることがあるが、ケースバイケースで判断が難しい。主治医と相談を。

Q シェーグレンと消化器病との関係。

A だ液が少ないと胃液が薄められず、胃炎を起こしやすい。アシノン（酸を抑える胃の薬）はだ液の分泌を促す効果がある。

Q 筋肉痛がひどい。

A シェーグレンの確定診断があったほうが良い。しっかり診断されてから筋炎の合併、線維筋痛症(慢性疼痛症)、他の膠原病の合併を明らかにしてから具体的な治療を考える。

ミニ講演

「シェーグレン症候群と関節炎」 ～関節リウマチとの違いについて～

野崎高正先生

日本大学医学部 内科学系血液膠原病内科分野

シェーグレン症候群(SS)は涙腺、唾液腺の破壊によりドライアイ、ドライマウスを起こす疾患です。しかし、乾燥症状だけではありません。初発症状を見るとは関節痛の方が乾燥症状より多く見られます(図1)。SSは関節炎を起こす疾患でもあるのです。乾燥症状以外の症状を「腺外症状」と言いますが、SSはたくさんの腺外症状を示し、関節炎はその1つになります(図2)。



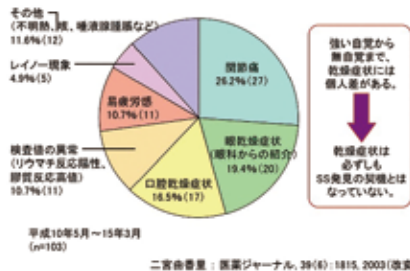
一方関節炎を起こす疾患の代表は関節リウマチ(RA)です。RAは全身の関節に疼痛・腫脹を来す膠原病中最多の疾患であり、改善、増悪を繰り返し慢性的な経過をたどります。関節以外にも全身の多臓器にも障害を来し「関節外症状」と呼ばれます(図3)。SS、RA両方の症状を比べるとかなり重なっている事が分かります。SSは他の膠原病に合併することが多いですが、他の膠原病に合併すると「二次性(続発性)」と扱われます(図4)。

特にSSの20%にRAが合併していると言われているので、SS患者さんたちが関節炎を起こした場合、SSの関節炎なのかRAが合併しているのかの区別が非常に難しいです。教科書的にはSSの関節炎は「関節包炎」RAは「滑膜炎」と分けられて、性質の違う関節炎と定義されています(図5)。ただRA合併していると二次性SSと区分され、分かりにくくなってしまうので、考え方を必要があります。SS患者さんが関節炎を起こしたら、関節が壊されないものをSS関節炎、関節が壊されるものをRA合併と考えるのが良いのではないのでしょうか(図6)。そうすればSS関節炎の治療はNSAIDs(消炎鎮痛剤)になり、RA合併と診断されればRAの治療を別個に行う事も受け入れやすいと思われる。



特別講演

一般内科医を受診するきっかけとなったSS臨床症状



シェーグレン症候群 腺外症状

頭部	慢性甲状腺炎	皮膚	環状紅斑
胸部	間質性肺炎	神経	高γグロブリン血症
	胸膜炎、心膜炎		末梢神経障害
	新生血管性ブロック	血液	貧血
腹部	自己免疫性肝炎		白血球減少症
	原発性胆汁性肝硬変		血小板減少症
	慢性膵炎		再生不良性貧血
	萎縮性胃炎		高粘度症候群
	間質性腎炎		クリオグロブリン血症
	糸球体腎炎		M蛋白血症
四肢	筋炎		原発性マクログロブリン血症
	関節炎		
	レイノー現象		

関節リウマチ 関節外症状

頭部	強膜炎	血管	フィブリノイド血管炎
	乾燥性角結膜炎	皮膚	皮膚潰瘍
	口腔乾燥症	神経	多発単神経炎
胸部	慢性甲状腺炎	血液	貧血
腹部	間質性肺炎		Felty症候群
	胸膜炎、心膜炎		高γグロブリン血症
	気管支拡張症		
	虚血性心疾患		
四肢	蛋白漏出性腎臓症		
	腎アミロイドーシス		
	萎縮性胃炎		
	糸球体腎炎		
四肢	レイノー現象		

シェーグレン症候群病型分類

- 病型分類
 - 他の膠原病合併の有無で、一二次性(原発性)SSと二次性(続発性)SSに分類される。
 - 乾燥症状の自覚の有無では、湿性型(Subclinical)SSと顕在型(Clinical)SSに分類される。
 - 一次性(原発性)SS
 - 他の膠原病を合併しないSS。
 - 病型は3型に分類され、1から3へ病変が進むと考えられる。
 - 二次性(続発性)SS
 - 他の膠原病との合併が認められるSS。
 - 中でも関節リウマチや全身性エリテマトーデスに合併することが多い。
- SS患者の約20%に関節リウマチを合併する！

関節炎の違い
～教科書より抜粋～

シェーグレン症候群

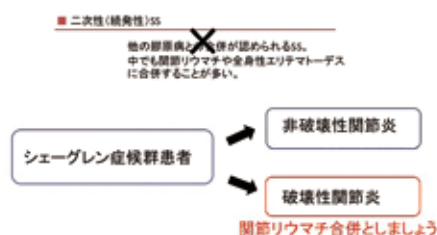
関節炎は、腫脹を見る事は少なく、関節痛の頻度が高い。所見は関節リウマチに似ているが関節破壊はほとんどない。Jaccoud関節症という関節包炎と考えられる

関節リウマチ

関節炎は多関節に滑膜の炎症と増殖、骨破壊を生じる疾患である

「膠原病診療ノート」より抜粋

考え方の転換

シェーグレン症候群における眼科症状・所見
～そしてその内科的・外科的アプローチ～とある
崎元 暢 先生

日本大学 医学部 視覚科学系眼科学 准教授

1. 涙液と角膜を中心とした眼表面の基礎知識

角膜は透明・無血管であり視覚情報の眼内への透過を担っている。涙液は免疫防御の最前線、また、表面粘膜の湿潤性を保っている。結膜は豊富な血管とリンパ組織があり、眼瞼・眼瞼縁・睫毛は物理的な防御。豊富な血流で瞼の中にマイボーム腺があり、眼表面上皮は抗原・病原体の認識・防御を担っている。



涙液の構造は油層と液層の2層になっており、液層の中のムチンが涙のシットリ具合を保っている。主涙腺は眼の外側の骨の奥のほうにあり、神経支配については主に副交感神経の支配を受けており、副交感神経の一部をシェーグレン症候群は認識する自己抗体が存在することが分かっている。抗コリン薬、脳血管障害などによる涙液分泌の抑制が知られている。また涙腺は加齢と共に萎縮していく。またシェーグレン症候群では導管と腺房へのリンパ球浸潤と破壊が生じる。涙液というのは瞼を閉じると排出されるが、加齢の影響で眼瞼下垂になり涙を閉じる力が弱くなり、手術で瞼を上げると楽になる。涙のステータスは加齢と共に右肩下がりになる。マイボーム腺の機能は涙液中の油層の分泌、脂質の混入を防ぐ、涙液の脱落を防ぐ働きがあるが、加齢、アレルギー性結膜炎、CL装用などで萎縮していくため、ドライアイと密接な関連がある。

角膜の特徴：構造は5層になっているがドライアイで重要な角膜上皮についてお話しします。角膜上皮は5層の重層扁平細胞からなり、新陳代謝が活発（たとえば雪目は自然に回復する）、角膜輪部に角膜上皮の幹細胞が存在し、人体で最も知覚が鋭敏。角膜上皮の特徴としてはバリア機能（細胞同士が手を結び合ってる）が発達していて、そのため目薬が中に入って行きにくい。一方、結膜はバリア機能が緩いので薬剤が浸透しやすい。点眼薬の使いすぎは角膜にダメージを与える。リスクファクターと

して涙点プラグを挿入している場合は特に気をつける。

2. ドライアイの所見と症状

所見①点状表層角膜症②角膜上皮びらん、シェーグレンの場合、重症のドライアイになる場合がある。③稀に角膜潰瘍、④涙液の蒸発、⑤瞬目（まばたき）の摩擦で傷がつく。

シェーグレン症候群でみられる眼科症状として、目が疲れる、ごろごろする、乾いた感じがする、不快感が、ヒリヒリ痛い、目が赤い、朝、目が開けにくい、くしゃくしゃする、白っぽい目ヤニが出る、なんとなく見辛い、時々かすんで見えるなど症状は多岐にわたり、非特異的な症状で、眼不快感と形容される。涙液安定性の低下によるドライアイ症状で上皮障害が起こってくると、かすむ、疲れる、乾く、異物感が出てくる。本邦においてはドライアイの診断基準が改訂され、涙液量や角膜のキズの多さよりも涙の安定性（蒸発亢進）に重きがおかれるようになった。

3. 治療アプローチとこれからの展望

本邦では、涙液安定性の低下を来すなかで、眼表面のどの層に異常があり涙液安定性低下が起こるのかを診断し、それに対する眼表面の層別治療が提唱されている。

治療の目的・目標としては傷を治すことではなく、いかに患者さんの自覚症状にアプローチするかということです。適切な目薬を選ぶことが重要である。ドライアイの診断基準は眼科所見と症状は必ずしも一致しない。

日本と米国ではドライアイの治療が違う。米国では抗炎症薬が中心で涙液浸透圧測定は日本では行われていない

ドライアイに類縁する疾患として、マイボーム腺機能不全（脂が出なくなる、目ヤニ、べとつき、目が重い、まばたきが多いなど）が注目を集めている。脂を出やすくするため温罨法も有効である。

編集後記

会報 27 号をお届けします▽野崎先生のミニ講演と崎元先生の特別講演の要旨を提出頂く形式をお伝えしなかったせいで先生方にご迷惑をおかけしたことをお詫びいたします▽新顧問の先生方が 4 人も加わり、患者会がさらに充実したものになるよう皆さんと共に努力していきましょう。（ま）

本邦におけるドライアイ診断基準の改訂

【ドライアイの定義(2016 年, ドライアイ研究会)】

ドライアイは、様々な要因により涙液層の安定性が低下する疾患であり、眼不快感や視機能異常を生じ、眼表面の障害を伴うことがある

【ドライアイ診断における診断基準】

涙液層破壊時間(BUT)5秒以下かつ自覚症状(眼不快感または視機能異常)を有する

涙液量(シルマー試験)・上皮障害スコアの除外

涙液減少(-)/上皮障害(-)でも強いドライアイ症状の訴え

なにを目標としているのか？

ジクアス®…涙液量の増加、ムチンの増加

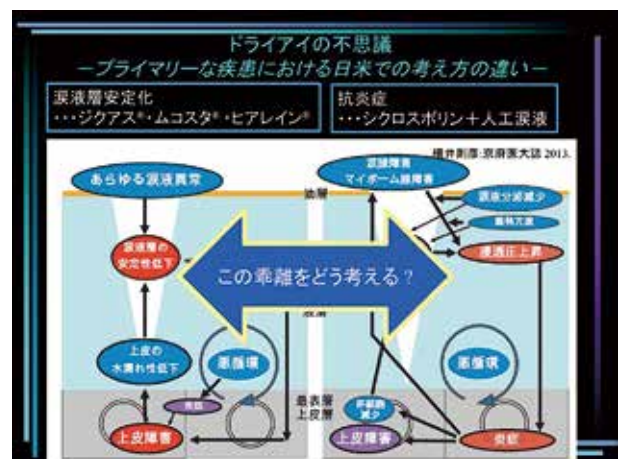
ムコスタ®…ムチンの増加、抗炎症？

ヒアレイン®(ヒアルロン酸)…そこにある涙を伸ばす

自己血清点眼…上皮障害の軽減

ステロイド点眼…抗炎症

いかに自覚症状にアプローチするか



ドライアイに類縁する疾患

—マイボーム腺機能不全(MGD)—

加齢や炎症等によってマイボーム腺の機能が異常をきたした状態で、慢性的な眼不快感を伴う

● 自覚症状

- マイボーム腺開口部周囲所見
 - …血管拡張、皮膚粘膜移行部の移動、眼瞼縁不整
- マイボーム腺開口部閉塞所見
 - …閉塞しておりかつ眼瞼圧迫で油脂の圧出低下

2015 年 ドライアイ研究会
マイボーム腺機能不全ワーキンググループ

2015 年 MGD International Workshop
のレポートから