



第8回総合内科症例検討会レポート

両手足の浮腫および関節痛をきたした 高齢男性の一例

日 時：平成24年5月30日（水）
場 所：9階大会議室A 参加者20名
発表者：橋本 善隆（内科）
司会者：高谷 季穂（総合内科）

【患	者】	80歳 男性
【主	訴】	両手足の浮腫、関節痛
【既	往歴】	高血圧症、脂質異常症、虫垂炎術後
【家	族歴】	父：高血圧 祖父：食道癌
【嗜	好歴】	アルコール：機会飲酒、タバコ：

【アレルギー】 特記事項なし

【現病歴】

1ヶ月前より両手足の浮腫および関節痛が出現。2週間前より同症状が悪化し、手指が曲げられなくなったため、当院総合内科を受診。精査加療目的に入院となった。

【来院時身体所見】

154cm、56.8kg、36.5℃（解熱鎮痛剤内服下）、血压110/60mmHg、脈拍85回/分整、意識清明、眼球結膜黄疸なし、軽度貧血を認めた。表在リンパ節触知せず。胸腹部に特記所見を認めず。左手背、左足背（図1）、右足背および左前脛骨部にpitting edemaを認めた。神経学的所見は特記所見を認めず。近位筋の把握痛や筋力低下は認めず。大関節痛および压痛を認めず。手指の屈曲は困難で痛みも伴う。

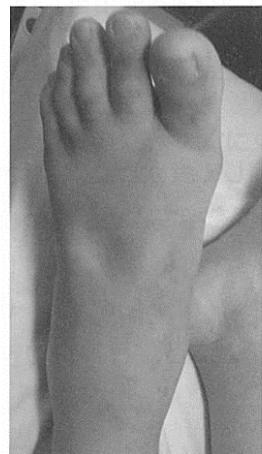
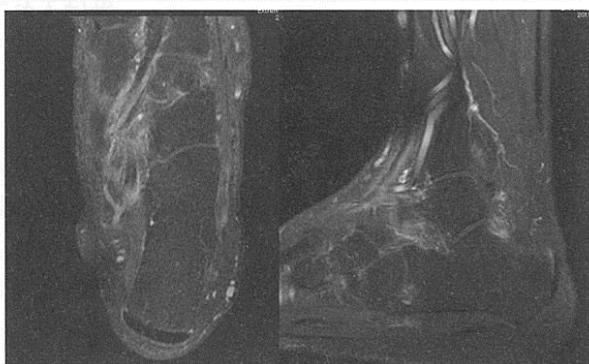


図 1

【検査所見】

血液・尿検査（Table 1）ではCRP,ESRの上昇を認めた。RFや抗CCP抗体は陰性。MMP-3は強陽性であった。

胸部XpはCTR48%、CPangleはsharp。心電図では特記すべき異常所見を認めなかつた。左足関節MRI（図2）では屈筋腱や伸筋腱周囲の液体貯留や滑膜炎を認めた。



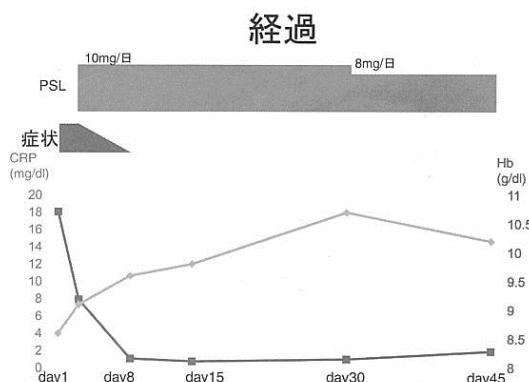
2

Table 1 Laboratory data on admission

Hematology		Serological study	
Ht	29%	IgG	1926mg/dl
Hb	9.3g/dl × 10 ⁶	IgA	423mg/dl
RBC	3.3/μl	IgM	105mg/dl
WBC	6300/μl	IgE	654IU/ml
PLTS	36.6 × 10 ⁴ /μl	C3	126mg/dl
		C4	24mg/dl
Blood Chemistry		Others	
TP	7g/dl	RF	<0.3IU/ml
ALB	2.1g/dl	ANA	× 40
GOT	26IU/l	Anti CCP body	0.8U/mL
GPT	26IU/l	MMP-3	532.3ng/ml
LDH	179IU/l	B-J protein	negative
γ-GTP	82IU/l	PR3-ANCA	<10U/ml
T-bil	0.7mg/dl	MPO-ANCA	<10U/ml
Na	131mEq/l	ESR	131mm/1h
Cl	99mEq/l	Fe	11g/dl
K	3.9mEq/l	ferritin	204 μg/dl
UN	19mg/dl	TIBC	171 μg/dl
Cre	1.05mg/dl	UIBC	160ng/ml
CRP	21.29mg/dl	PCT	<0.5ng/ml
		QFT	negative
Urinanalysis			
protein	(-)		
occult blood	(-)		

【経過】

本症例は比較的急速な経過で手背および足背のみ浮腫を伴う関節痛を認めたため、RS₃PE症候群を疑った。鑑別疾患として関節リウマチ（RA）が考えられたが、血液検査でRFや抗CCP抗体が陰性でありACR/EULAR関節リウマチ分類基準2010の診断基準を満たしておらず否定的と考えた。プレドニゾロン10mg/日の投薬を開始したところ、症状および、血液検査所見の改善を認めた（図3）。



3



【診 断】

RS₃PE症候群

【考 察】

RS₃PE症候群 (Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) は「寛解傾向を示し、圧痕を形成する浮腫を伴う血性反応陰性の対称性滑膜炎」を呈する症候群である¹⁾。関節リウマチやリウマチ性多発筋痛症などのリウマチ性疾患の一亜型との意見も多く見られる。特徴は以下の通りである。主に60歳以上の高齢者で発症し、男女比は4:1と男性が多い。著明な手背、足背のpitting edemaを伴う左右対称の多関節炎で突然発症する。関節炎は膝、手、足関節、手指の関節を冒すが、主に大関節に認める。関節びらんはないかあっても軽度（屈筋腱や伸筋腱の滑膜炎を伴うことが多い）であり、診断にはMRIが有用^{2), 3)}であるとの報告もある。検査所見としてはRF、抗核抗体、抗CCP抗体などのリウマチ反応は通常陰性であり、炎症反応陽性、赤沈の亢進を認め、X線上正常な関節、HLA B7陽性などが挙げられる^{1), 4)-6)}。また、消化器癌、悪性リンパ腫、卵巣癌、前立腺癌、肝細胞癌、膀胱癌などのさまざまな悪性腫瘍の合併率が高い（10-40%）^{4), 7), 8)}と報告されている。少量のステロイドが奏功し、機能的予後はよく、再発は少ない。

【まとめ】

圧痕を形成する四肢末端の浮腫を認めた際はRS₃PE症候群を考慮する必要がある。RS₃PE症候群では悪性腫瘍を合併する頻度が高いため今後も慎重な経過観察が必要と考えられる。

【文 献】

- 1) McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS₃PE syndrome. JAMA 1985; 254: 2763-7.
- 2) Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, Barozzi L, Macchioni L, Niccoli L, Padula A, Pavlica P, Boiardi L. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS₃PE) syndrome: a prospective follow up and magnetic resonance imaging study. J Rheumatol 1999; 26: 115.
- 3) Klauser A, Frauscher F, Halpern EJ, Mur E, Springer P, Judmaier W. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema of the hands: ultrasound, color Doppler ultrasound, and magnetic resonance imaging findings. Arthritis Rheum 2005; 53: 226.
- 4) Chaouat D, Le Parc JM. The syndrome of seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS₃PE syndrome) : Unique form of arthritis in the elderly? Report of 4 additional cases. J Rheumatol 1989; 16: 1211-3.
- 5) Russell EB, Hunter JB, Pearson L, McCarty DJ. Remitting, seronegative, symmetrical synovitis with pitting edema : 13 additional cases. J Rheumatol 1990; 17: 633-9.
- 6) Olive A, Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. J Rheumatol 1997; 24: 333-6.
- 7) Sibilia J, Friess S, Schaeverbeke T, Maloisel F, Bertin P, Goichot B, Kuntz JL. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS₃PE) : A form of paraneoplastic polyarthritis. J Rheumatol 1999; 26: 115-201.
- 8) Bucaloiu ID, Olenginski TP, Harrington TM. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome in a rural tertiary care practice: a retrospective analysis. Mayo Clin Proc. 2007; 82: 1510-5.