

第9回シェアカン（指導医と研修医とが臨床経験を共有（”シェア”）し、1つの症例から最大限学ぶ方法を考える”カン”ファレンス）の内容をシェア致します。

今回は1年目研修医 岸田晟利 先生より全身性エリテマトーデス（SLE）の2019年新分類基準に関する論文を紹介して頂きました。

(<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.40930>)

リウマチ内科医である司会者から、分類基準の改訂に至った経緯や作成過程、2017年6月にマドリッドのヨーロッパリウマチ学会で初めて本基準(案)が公表された時の状況などについてコメントしました。

新分類基準について情報共有した上で、以下の2点について参加している学生、研修医、非専門医の先生方へ質問しました。

① SLEの新基準では10点で、関節リウマチの分類基準では10点満点中6点で、それぞれ疾患らしいと判断できる。指折り数えて診断できるなら、膠原病の診療って簡単だと思いませんか？誰でも診断できそうですね。この意見に対して違和感を感じるとすれば、何故？

② 実は膠原病領域では、診断基準とは言わず、分類基準と表現します(アメリカリウマチ学会では今後診断基準を作らない、と以下の論文に記述されています)。また、新たな分類基準は感度・特異度に関する検証がなされますが、いずれも100%となる基準は絶対に作れません。基準なのに100%ではない？つまり基準で8点でもSLE、12点でもSLEではない、と判断される症例が存在するということです。では、100%とはどのようにして決まるのでしょうか？誰がどのようにして診断するのでしょうか？

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4482786/pdf/nihms692971.pdf>)

学生、研修医からの的を射たコメントが出ました(ほぼ正解でした)。

両者の答えとしては、「診断の gold standard は分類基準に当てはめるのではなく、expert の診断」です。

分類基準を巡る1つの考え方として、金沢大学リウマチ・膠原病内科が毎年金沢に招いている、“診断の神様”“大リーガー医”であるローレンス・ティアニー先生のコメントを紹介しました。

10年近く前にSLEの症例を提示した時のこと。提示した学生が分類基準では何項目当てはまります、というスライドを出した後で、ティアニー先生は「I hate criteria!」

司会の先生が、「分類基準が御嫌いなことはわかりました。では、先生はSLEをどのように診断するのですか？」と質問すると、一言。

「I diagnose.」

研修医・非専門医からすると煙に巻かれたような感覚になるかもしれませんが、expert がSLEと思ったらSLE、関節リウマチではないと思ったら関節リウマチではない、のです。だからこそ、膠原病を専門とする者としては診断する瞬間は何度経験しても緊張しますし、責任を持って学び続け、判断しなければならないと考えています。

司会者の研修医時代に、「膠原病診療においては uncertainty を受容せよ」、という内容の教えを受けたことが思い出されます。

この言葉は、2018年の発売ながら既に膠原病診療のバイブルとなりつつある『ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療 萩野昇 著』でも引用されています。

診断は、自分の頭の中にある疾患イメージと分析的、直感的に比較して「SLEで良い」と納得できるかどうかを司会者は重視しています。

研修医/非専門医や後期研修医にこのような診断手法が難しい理由は、頭の中のイメージが教科書的な典型像しかないためであると考えられます。

現実世界で出会う患者さんは、非典型例が典型であり、国家試験に出題されるような SLE の方はむしろ少数派なのです。

「ここまででは SLE と考えるけど、ここから先は SLE らしくない」、という最終判断を、責任を持って下すのが expert の役割だと考えます。

ここまでお話しして、次の質問。

診断は expert がするものであって、分類基準を指折り数えるのではない。だとすると、分類基準は何故存在するのでしょうか？

臨床研究を行う際に均一な(homogenous)集団を抽出するため、が司会者からの回答です。

他にも診断基準との差異が明確になる特徴がいくつもありますが、詳細は前述の論文を参照下さい。

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4482786/pdf/nihms692971.pdf>)

個人的には、後期研修医が典型的な疾患像を理解するための補助として使う、というのが分類基準の副次的な存在意義と捉えています。

リウマチ内科として研修する最初の段階では、分類基準と照らし合わせて指折り数えてみるという作業が必要だと思いますし、私自身もそのようにして経験を重ねることで徐々に「I diagnose.」できるようになっていきました(まだまだですか)。

その他、参加者から膠原病診療に関するエピソードの紹介や、専門医への素朴な質問を頂きました。

原因を特定できない発熱・炎症病態、初診の関節症状・広範囲疼痛など、すなわち「熱か痛み」で良くわからない時はリウマチ内科へ紹介頂きたいと思います。

初期診断は極めて重要であり、何となくステロイド、というプラクティスは是非とも避けるべきです(専門医が悩んだ末に最終的にステロイドを使う、という判断に至ることはしばしばあります)。

次いでなので、リウマチ内科という専門性について自分なりのコメントです。

外科系の医師は「自分にしか治療できない(切れない)患者がいる」というモチベーションで診療されているかと思いますが(“失敗しない”ドラマの先生、など)、私自身は「自分にしか診断できない患者がいる」という気持ちで診ています。

少し大袈裟かもしれませんが…。勉強すればした分だけ、診療にアウトプットできる専門科であると感じています。

簡単な抄読会で終わるつもりでしたが、思いの外膠原病診療について語る会となってしまいました。

相変わらずお約束の 30 分を超えてしまい、反省です。

先週紹介した、『佐藤優の挑戦状 地頭を鍛える 60 題 (講談社現代新書)』からの出題について解答も配布しました。

著書で繰り返し述べられている、「中学・高校レベルの知識・教養の欠損」という考え方についても簡単に言及しました。

医学以外を学んでこそ、医療に深みが出てくるだろうと思います。

本カンファレンスの運営について、また当院で行っている研修関連の企画について、研修医へアンケートをとりながら研修委員会として微調整を加えていきたいと考えております。

文責：内科・リウマチ科(研修担当) 鈴木 康倫