

第 4 章 ベーチェット病の検査

I はじめに

ベーチェット病の診断に特異的な検査所見はなく、本病は特徴的な臨床症状の組み合わせにより診断される。しかし、下記のような診断の参考となる検査所見も多い。厚生労働省特定疾患調査研究班によりベーチェット病の診断基準は 2003 年に改訂されたが、診断基準のなかに記載されている検査所見も含め以下に示す〔難病情報センターホームページ ベーチェット病 (<http://www.nanbyou.or.jp/entry/330>) を参照〕。

II 血液検査

1. 炎症反応

白血球増多(好中球)、赤血球沈降速度の亢進、血清 C-reactive protein (CRP) 上昇、血清 γ グロブリンの相対的増加、IgG、IgA、IgD の増加、血清補体活性 (CH50) や補体成分の増加(時に一過性の低下)がみられる。非発作時に炎症反応が正常化するとは限らない。

2. HLA-B51

HLA-B51 (HLA-B*5101) が、日本人健常者では 15% 程度で陽性であるが、ベーチェット病患者では 50~70% で陽性となる。

III 皮膚の針反応

滅菌した注射針の刺入により、皮膚の過敏反応として 48 時間後には刺入部位の発赤や硬結、無菌性小膿胞形成が現れることがある。22~18 G の比較的太い注射針を用いる。海外では針反応の頻度が高く約 40% にみられる。補助診断としての有用性は高いが、我が国での針反応の発現頻度は近年低下し 10% 以下である。一方、インフリキシマブ導入検討時のツベルクリン反応の評価には、

針反応の影響を考慮する必要がある。

IV 連鎖球菌ワクチンによるプリックテスト (連鎖球菌に対する過敏反応)

ベーチェット病患者の多くは *Streptococcus sanguinis* をはじめとする口腔内連鎖球菌に強い過敏反応を示すことから、連鎖球菌死菌抗原を用いたプリックテストにより、20~40 時間後に強い紅斑がみられる。

V 病理所見

本病の病理標本ではこれまで細菌やウイルスは検出されておらず、好中球滲出を特徴とした非特異的な炎症像を示す。その他、リンパ球主体の小静脈病変も特徴である。急性期の結節性紅斑様皮疹は、中隔性脂肪組織炎で、浸潤細胞は多核白血球と単核球であるが、単核球の浸潤が中心で、いわゆるリンパ球性血管炎の像をとる。全身性血管炎の可能性を示唆する壊死性血管炎を伴うこともある。

VI 眼科検査

細隙灯顕微鏡検査、フルオレセイン蛍光眼底造影検査、光干渉断層計 (OCT) などが有用である。第 3 章を参照していただきたい。

VII おわりに

先に述べたように、ベーチェット病と確定診断するための特別な検査はない。しかしベーチェット病が全身ほぼすべての臓器に病変を生じることを念頭に、入念な問診と注意深い診察、特徴的な検査結果と検査所見が診断の鍵となる。