

P9-73

TS-1による角膜上皮障害の1例

小川赤十字病院 外科¹⁾、小川赤十字病院 眼科²⁾

○中神 克尚¹⁾、大沢 彰²⁾、濱 祐一郎²⁾、高橋 泰¹⁾、
杉谷 一宏²⁾、金 准之¹⁾、長岡 弘¹⁾、吉田 裕¹⁾、
大木 宇希¹⁾、高橋 威洋²⁾

【はじめに】今回TS-1による角膜上皮障害の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は75歳、男性。2005年1月直腸癌Rs、1型、35X30mm、SS、N1、H0、P0、M0StageIIIaで前方切除術。術後補助化学療法としてUFT300mg3XとPSK3g3Xを投与していた。2008年9月転移性肺癌で左肺下葉切除。2008年11月よりTS-1100mg2Xを投与した。2009年2月より両眼の異物感・羞明出現し徐々に悪化、2009年4月には視力は矯正で右1.5、左1.2が右0.3、左0.3まで低下した。前眼部所見として、両眼の角膜輪部から中央部に向かう縞状の角膜上皮障害と中央部のepithelial crack lineを認めた。TS-1による角膜上皮障害と考え涙液中の5-FUのwash out目的で0.9%生理食塩水による点眼及びサングラスによる角膜保護を開始し、TS-1も休薬した。その後、TS-1再開するもwash out継続で所見はほぼ完治し、視力も矯正1.2、左1.0まで改善した。

【まとめ】TS-1による角膜上皮障害の一例を経験した。TS-1の休薬と生理食塩水による点眼及びサングラスによる角膜保護により症状改善し、TS-1を再開できている。TS-1による角膜上皮障害は発病開始7年2ヶ月間に46例が報告されている。TS-1による角膜上皮障害は可逆的であるとの報告もあるが、視力低下の後遺症が残ったとの報告もあり注意が必要である。

P9-74

急速に進行する腎不全にも関わらず尿蛋白が目立たなかった症例より学んだこと

熊本赤十字病院 総合内科

○東 美菜子¹⁾、堤 直之²⁾、加島 雅之³⁾、上木原 宗一⁴⁾

72歳男性。尿量減少と排尿時の泡立ちを主訴に近医泌尿器科を受診し、尿定性で蛋白(1+)を指摘され当科に紹介となった。身体所見は特記事項なく尿蛋白(一)であったが、尿沈下にて変形赤血球を認めたため、腎炎の可能性を否定できず、以後外来にて経過観察となった。徐々にクレアチニン値は1.41まで上昇したが、尿定性では依然尿蛋白(一)であり、腎炎の所見としては乏しかったためそのまま経過観察としていた。初診より半年後、全身性浮腫と全身倦怠感を自覚するようになり、クレアチニン値は5.85と急激な上昇を認めたため、精査目的で入院となった。依然尿定性では蛋白(1+)であったが、蛋白尿を呈する腎疾患の鑑別を行った。特に有意な検査所見は得られず、血中蛋白分画でも特定の蛋白の増加を認めなかった。しかしながら、1日尿中蛋白量を測定したところ1.9gと多量であり、尿中Bence Jones蛋白を検知した。頭部・肩甲骨・大腿骨にpunched out lesionを認め、多発性骨髄腫の診断で治療開始となった。Bence Jones蛋白は尿定性試験では検出できないため、腎炎の可能性を考えながらも、蛋白尿の所見に乏しかったために、外来での経過観察中、尿中蛋白の定量を行わないままであった。高齢者で急激な腎機能低下を示した場合、尿定性試験だけでなく尿中蛋白定量を考慮する必要がある事を学んだ。

P9-75

生物学的製剤とタクロリムスの併用による関節リウマチ治療について

福島赤十字病院 内科¹⁾、福島赤十字病院 消化器科²⁾

○宮田 昌之¹⁾、坂本 夏美¹⁾、寺島 久美子¹⁾、伊藤 理¹⁾、
若槻 尊²⁾、黒田 聖仁¹⁾

【はじめに】関節リウマチ治療において生物学的製剤の有効性はだれもが認めるところであるが、生物学的製剤を投与しても治療が困難な症例を少なからず経験する。インフリキシマブ(IFX)では投与当初は有効であるが3か月以降に認められる、2次無効例に対する対応が重要な課題になっている。また、エタネルセプト(ETN)では、最初から関節リウマチの活動性が十分に抑えきれない、いわゆる一次無効例に対して対応に苦慮する場合がある。これらの症例に対してタクロリムス(Tac)を追加併用しその効果を検討した。

【方法】メトトレキサート(MTX)は最高8mgまで使用し、INX、ETN投与によって疾患活動性のコントロールが困難な関節リウマチ患者。

【結果】IFX治療例ではTacを追加併用し11例中9例において70%以上CRPの低下が認められた。ETN治療例ではTacを追加併用し6例中5例において70%以上CRPの低下が認められた。これらの結果よりTacの追加併用がINXの2次無効例やETNの一次無効例に対して有効であると判断した。

【考察】生物学的製剤が無効であった症例に対してほかの、生物学的製剤に変更するという手段もあるが、そのたびにその薬剤に対して理解を求め、胸部レントゲンを撮ったり、ツベルクリン反応を施行したりしなければならない。何より、治療法が変更になることは患者さんの負担が大きい。今回検討したTacの追加併用による関節リウマチ治療は、これらの点で優れている。しかし、Tacの追加投与が関節破壊を抑制するか否かは明らかではなく、今後の検討課題である。また、これらの生物学的製剤と免疫抑制薬の組み合わせによって新たな、感染症や悪性腫瘍などの発生も危惧され、より慎重な経過観察と症例の集積が必要と考えられた。

P9-76

メソトレキサート関連リンパ増殖症を合併した関節リウマチの3症例

長岡赤十字病院 リウマチ科・整形外科¹⁾、長岡赤十字病院 腎臓・膠原病内科²⁾

○羽生 忠正¹⁾、佐伯 敬子²⁾、伊藤 朋之²⁾

【目的】メソトレキサート(MTX)による少量間歇投与は関節リウマチ(RA)治療のアンカードラッグである。MTX関連リンパ増殖症(MTX-LPD)を呈した3例のRA症例を報告する。【症例】症例1:71歳女性、罹病期間2年3ヵ月、MTX開始から1年1ヵ月(発症時は6mg/W)咽頭痛で耳鼻科受診し右扁桃生検で、B細胞性非ホジキンリンパ腫(びまん性大細胞型)と診断された。sIL-2R 682U/ml、EBV(-)、MTXを中止して咽頭痛は軽快し、リンパ節腫脹の縮小を認めた。しかし、関節症状増悪のため8ヵ月後FK506を開始し軽快をみた。症例2:71歳女性、罹病期間2年、MTX開始から5ヵ月(発症時は6mg/W)右頸部リンパ節腫脹・多発のためCT検査施行、全身リンパ節腫大、sIL-2R 1920U/ml、EBV(-)、リンパ節生検でB細胞性非ホジキンリンパ腫(濾胞性リンパ腫)と診断された。MTXを中止2ヵ月後リンパ節腫大は縮小したが、右手関節腫脹・疼痛は悪化しFK506を開始した。しかし正常化したsIL-2Rが再び上昇、リンパ節腫大を認める。症例3:46歳女性、罹病期間7年、MTX開始から3年4ヵ月(発症時は10mg/W)全身倦怠感、発熱、体重減少で精査入院。sIL-2R 673U/ml、肩胛部リンパ節生検でホジキンリンパ腫(結節性硬化型)類似の像を認め、末梢血EBV-DNA量が高値であった。MTX中止で一時的に軽快するも肝機能の再悪化、腹部リンパ節の再腫脹のためABVD療法を2クール施行した。CT上の病変の改善と末梢血EBV-DNA量の正常化を認めた。しかし関節症状悪化し、FK-506を開始、現在軽快傾向である。

【考察】MTX-LPDの原疾患の85%はRAであり、60%はMTX中止で改善傾向を示すが、症例3のように化学療法の実施が必要な例もある。症例2は検討中である。また、RA関節症状の増悪の場合、MTXの再使用は難しい。当科ではFK506で対処している。