

両頸部痛で発症した大動脈炎症候群の1例

服部 英明 曾我 隆義

静岡赤十字病院 リウマチ膠原病科

要旨：両頸部痛，微熱を呈した29歳女性．C-reactive protein 高値を他医で指摘．ロキソプロフェンで症状軽快するが，中止で症状再び出現し，精査目的で入院．頸動脈エコーで両総頸動脈の壁肥厚及び頸部 Computed Tomography で両総頸動脈から大動脈弓，一部上行大動脈の壁肥厚の所見を認め，大動脈炎症候群II a型と診断．プレドニゾロン30mgで症状，炎症所見は軽快傾向を認めた．

Key words：頸動脈エコー，両頸部痛，大動脈炎症候群

I. はじめに

我々は，頸動脈エコーが診断に有用であった，両頸部痛という非典型的な症状で発症した大動脈炎症候群を経験したので報告する．

II. 症 例

患者：29歳 女性

主訴：微熱，両頸部痛

既往歴：特記事項なし．

家族歴：特記事項なし．

現病歴：平成15年3月末から両頸部痛，37°C半ばの微熱が持続し，他医でC-reactive protein (CRP) 高値を指摘された．ロキソプロフェン処方され，症状は軽快するも，内服中止すると再び症状出現したため，平成15年7月28日当科受診．白血球6910/ μ l，CRP 3.24 mg/dl，抗核抗体80倍，Cytomegalovirus (CMV)・Epstein Bar virus (EBV) 既感染パターンのみであり，ロキソプロフェンで経過観察したが，症状軽快しないため，精査目的で同年8月18日入院となった．

入院時現症：身長165.8 cm，体重47.1 Kg

血圧136/86 mmHg 左右差なし．脈拍80/分整．

体温36.5°C 皮膚：皮疹なし．眼瞼結膜：貧血なし．眼球結膜：黄疸なし．口腔：異常認めず．

頸部：甲状腺腫なし，両側前頸部に圧痛あり，血管雑音あり．

胸部：心雑音なし，呼吸音清．

腹部：平坦，軟で圧痛・腫瘤なし．浮腫なし．

表在リンパ節：触れず．

入院時検査成績：表1に示す．軽度の貧血と炎症反応の亢進を認めた．

臨床経過(図1)：入院後も，37°C前後の微熱，両頸部痛が持続した．諸検査で熱源となる所見認めず，細菌培養でも有意な病原菌を検出できなかった．

8月26日頸動脈エコー(図2，3)で両側総頸動脈壁の著明な肥厚が認められ，最大で5.7 mmであった．Computed Tomography で両側総頸動脈から大動脈弓，一部の上行大動脈に広範な壁肥厚を認めた．他の大動脈壁の肥厚は，検索した限りでは明らかでなかった．以上により厚生労働省の診断基準での頸部の血管雑音，微熱，赤沈亢進，CRP 促進，貧血の5項目及び頸動脈エコーで大動脈炎症候群II a型と診断し8月29日よりプレドニゾロン30 mgを開始したところ，両頸部痛，微熱は消失し，CRPも改善を認めたため，9月5日退院した．

III. 考 察

本症例は，大動脈炎症候群の典型症状である血圧の左右差，めまいなどが明らかではなく，診断に苦慮した．本邦統計¹⁾では，初診時疼痛(血管痛，背部痛，腰痛)を主訴とする症例は約4割で，血管痛は全経過中約2割であった．Ishikawa²⁾が，1988年に提唱した診断基準では，副項目に頸動脈圧痛が含ま

表1 入院時検査成績

末梢血 : WBC 8280 / μ l neut 69.0% eos 1.7% baso 0.4% lym 21.9% mono 7.0% RBC 476 x 10 ⁴ / μ l Hb 10.3 g/dl Ht 34.7% Plt 33.4 x 10 ⁴ / μ l 赤沈 4.7 mm/h 生化学 : TP 7.3 g/dl Alb 4.7 g/dl T.bil 0.3 mg/dl AST 15 IU/l ALT 11 IU/l LDH 97 IU/l ALP 301 IU/l γ -GTP 19 IU/l BUN 10.5 mg/dl Cr 0.5 mg/dl CK 47 IU/l BS 79 mg/dl Na 141.1 mEq/l K 3.9 mEq/l Cl 108.9 mEq/l	免疫血清 : CRP 3.24 mg/dl IgA 297 mg/dl IgM 248 mg/dl IgG 1080 mg/dl 抗核抗体 80倍 PR3-ANCA 10EU 未満 MPO-ANCA 10EU 未満 HLA A24(9) B60(40) B52(5) Cw3 凝固 : PT(INR) 1.14 APTT 39秒 検尿 : 蛋白 (-) 潜血 (-) 糖 (-) 血液培養 : 陰性 咽頭培養 : 常在菌のみ 尿培養 : 陰性 便培養 : 常在菌のみ
---	--

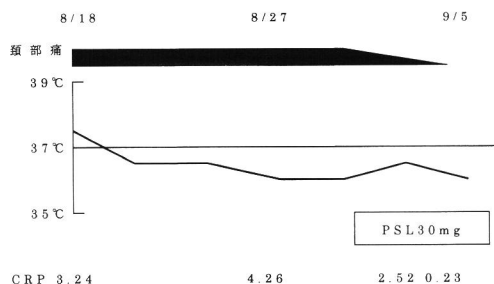


図1 臨床経過

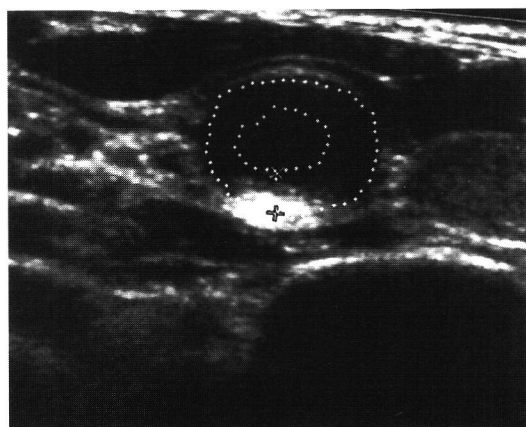


図2 右頸動脈はエコーで最大で5.7 mmの肥厚を認めた。(点線は、頸動脈壁の肥厚を示す。)

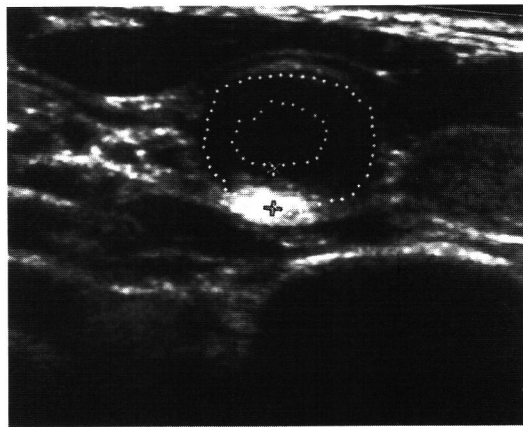


図3 左頸動脈も同様に最大で5.7 mmの肥厚を認めた。(点線は、頸動脈壁の肥厚を示す。)

れているが、厚生省の診断の手引きやアメリカリウマチ学会の分類基準には含まれてないので、いずれにしても血管炎の反映である頸部痛は非典型的な症状といえよう。

本症例は、両頸部痛という非典型的な症状から頸動脈エコーが診断に結びつき、診断に至った。頸動脈エコーは非侵襲的で簡便であり、動脈壁の変化を直接観察でき、治療の経過の評価に有用であると考えられた。

IV. 結 語

両頸部痛という非典型的な症状で、頸動脈エコーが診断に結び付いた大動脈炎症候群の一例を経験した。

文 献

- 1) 小出桂三. 本邦臨床統計 循環器疾患大動脈炎症候群. 日臨 1992; 50 (増刊): 353-358.
- 2) Ishikawa K. Diagnostic approach and proposed criteria for the clinical diagnosis of Takayasu's arteriopathy. J Am Coll Cardiol 1988; 12 : 964.

A case of Aortitis Syndrome with Bilateral Cervical Pain Leded to Diganosis by Cervical Carotid Artery Ultrasonography

Hideaki Hattori, Takayoshi Soga

Department of Rheumatology, Shizuoka Red Cross Hospital

Abstract : A 29-years-old woman was admitted to our hospital with bilateral cervical pain and slight fever . A physical examination revealed bilateral carotid bruit .Laboratory findings were as follows; white blood cell count 8280/l;hemoglobin10.3g/dl; C-reactive protein 3.24mg/dl; erythrocyte sedimentation rate 47mm/hr.

Ultrasonography showed the thick wall of both carotid arteries and computed tomography revealed the thick wall of both carotid arteries, the arch of aorta and the part of the ascending aorta. Aortitis syndrome(type II a) was diagnosed. She was treated with 30mg/day of prednisolone and her symptoms was resolved and the titer of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate returned to the normal range.

Key words : aortitis, cervical pain, ultrasonography



連絡先：服部英明；静岡赤十字病院 リウマチ膠原病科

〒420-0853 静岡市追手町8-2 TEL (054)254-4311