

## 0-12-09

### トシリズマブ使用中に左環指化膿性腱鞘炎を発症したRAの1例

熊本赤十字病院 診療科<sup>1)</sup>、リウマチ膠原病内科<sup>2)</sup>、整形外科<sup>3)</sup>、総合内科<sup>4)</sup>

○大隈 知弘<sup>1)</sup>、押川 英仁<sup>2)</sup>、岡野 博史<sup>3)</sup>、上木原宗一<sup>4)</sup>

トシリズマブ (TCZ)は急性期炎症反応を誘導するIL6の作用を阻害することで、炎症反応を抑えるためRAなどの炎症性疾患の治療に有効である一方で、感染症のリスクが増加するという側面もある。今回我々は、TCZ使用中に左環指化膿性腱鞘炎を発症したRAの1例を経験したので報告する。患者は48歳男性。X-2年にとRAと診断、メトトレキサート (MTX) 6mg/週とプレドニゾン (PSL) 5mg/日で治療開始、MTXは16mg/週まで増量したが、肝機能障害のためX7ヶ月時点でMTX中止とし、TCZを導入した。経過良好であり、PSLはX-2ヶ月に中止、X-1ヶ月時点ではRAは寛解状態であった。X-1週間から左環指が腫れだしたのを自覚しており、X日受診時には左手環指のびまん性腫脹とPIP,MCP関節屈側部の皮下に膿瘍形成が認められた。紅斑は一部手掌にまで拡大していた。一方でWBC5850/μL,CRP0.70mg/dlと血液検査上の炎症所見はごく軽度であった。同日緊急手術となり、創部の切開排膿を行ったところ、膿瘍は皮下にとどまっていたが炎症は腱鞘にまで達していた。デブリードマンと洗浄の後、抗生剤 (CEZ)を開始した。膿からは黄色ブドウ球菌(MSSA)が同定され、抗生剤投与は計2週間行い、機能障害を残さずとなく治療した。TCZ投与下においては急性期反応蛋白の産生が抑制されているため、感染症を起こしてもCRPが上昇しにくいことが知られている。本症例においても外科的処置が必要な重篤な感染症を起こしていたにも関わらず、CRPの上昇は軽度にとどまっていた。TCZを使用している患者ではCRPの上昇によって感染症のスクリーニングをすることは困難であり、臨床所見を注意深く評価する必要がある。場合によっては実際の重症度と臨床所見が離れていることも考慮し、より踏み込んだ対応が求められる。

## 0-12-11

### 診断に難渋した肺限局型ANCA陰性多発血管炎性肉芽腫症の一例

秋田赤十字病院 研修センター<sup>1)</sup>、病理診断科<sup>2)</sup>、呼吸器内科<sup>3)</sup>、呼吸器外科<sup>4)</sup>

○富澤 宏基<sup>1)</sup>、榎本 克彦<sup>2)</sup>、黒川 博一<sup>3)</sup>、河合 秀樹<sup>4)</sup>

【諸言】多発血管炎性肉芽腫症においてANCA陽性、上気道症状、腎症状を伴う全身型は比較的容易に診断可能であるが、限局型でかつANCA陰性の場合は診断が難しく組織診断が決め手となる。今回我々は長期に渡り消長を繰り返す肺病変を切除して病理組織学的に検討した結果、ANCA陰性多発血管炎性肉芽腫症 (GPA)と診断し得た一例を経験したので報告する。【症例】53歳、女性。肺梗塞の既往あり。2011年の健診にて左下肺野に陰影を認め、以後炎症性病変として定期的な画像検査にて経過観察の方針となった。その後両肺野に新たな結節陰影が出現し消長を繰り返したが、明らかに増大傾向を示す病変はなかった。2016年のPET-CTでは右S3病変に集積を認め活動性の炎症性病変の他に肺病の可能性も考えられた。2017年に病理組織診断目的に胸腔鏡下右肺部分切除を施行した。肉眼的には黄白色の均一充実性病変であり、病理組織学的にリンパ球浸潤を伴う小型肉芽腫を認め一部肉芽腫は中心壊死を呈した。特殊染色により結核や真菌性肉芽腫は否定された。さらに小血管の血管炎所見がみられ、多発血管炎性肉芽腫症に矛盾しない組織像であった。本症例は、現在のところANCA陰性で腎症状と上気道症状もないことから限局型ANCA陰性GPAと考えられる。【考察】今回我々は胸腔鏡下肺生検により診断した稀な肺限局型ANCA陰性GPAを経験した。C-ANCAは本疾患の患者血清に高率に検出されるが、限局型では全身型と比較してC-ANCA陽性率は低いとの報告がある。本症例では全身型と比べ疾患活動性が弱いとC-ANCA陰性となった可能性がある。同様の症例の報告は少ないが、文献的考察も加えて報告する

## 0-12-13

### 膿胸を伴った重症高浸透圧高血糖症候群 (HHS)の救命し得た一例

伊勢赤十字病院 初期研修医<sup>1)</sup>、伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科<sup>2)</sup>

○西村 美砂<sup>1)</sup>、石原 裕己<sup>2)</sup>、今高加奈子<sup>2)</sup>、金児竜太郎<sup>2)</sup>、井田 諭<sup>2)</sup>、藤原 僚子<sup>2)</sup>、高橋 宏佳<sup>2)</sup>、村田 和也<sup>2)</sup>

【症例】51歳、男性  
【主訴】気分不良  
【併存疾患】2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症  
【現病歴】受診3日前から気分不良、食思不振が出現し、受診1日前から嘔吐を認め、食事摂取困難な状態になった。胸部不快感などの症状が出現したため職場の同僚に連れられX年4月に当院救急外来を受診した。  
【身体所見】意識 清明、血圧 112/80mmHg、脈拍 150bpm、SpO2 97%(Room air)、呼吸回数 30回/分、体温 36.6℃、身長 178cm、体重 82kg、BMI 25kg/m<sup>2</sup>、肺音 清、その他特記所見なし。  
【検査所見】血液検査：WBC 21000/μL、CRP 33.46mg/dL、BUN 66mg/dL、CRE 2.04mg/dL、血糖 924mg/dL、HbA1c 12.9%、CPR 0.46mg/mL、動脈血ガス：pH 7.147、PCO2 12.4mmHg、PO2 102.7mmHg、HCO3 4.2mmol/L、尿検査：ケトン体 3+、胸部単純CT：右胸水貯留と両肺の多発結節影を認めた。  
【経過】生理食塩水の点滴及び速効型インスリンを0.1単位/kg/時で持続投与にて治療開始し、血糖改善に伴い強化インスリン療法へ変更した。胸水は滲出性であり、膿胸としてABPC/SBT投与を開始した。胸水の細菌培養では陰性であったが、抗生剤への反応が良好であったためドレーナージは施行せず抗生剤投与を継続とした。しかしABPC/SBTによる薬疹が出現したため、第22病日よりLVFX点滴とMNZ内服に変更し、LVFXを内服に切り替えた上で第28病日に退院となった。  
【考察】本症例は2型糖尿病血糖管理不良であったことから膿胸を発症し、それに伴い更に血糖上昇を認め、HHSを発症したものと考える。更に自宅で数日経過を見たことで重症化し、アシドーシスなどを認めた。APACHE2 score 20点であり、推定死亡率36%の重症だったが、適切な治療がなされたため救命し得た一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 0-12-10

### 発熱、咽頭痛を主訴に救急外来を受診したペーチェット病例

伊勢赤十字病院 初期研修医

○中崎明日香、藤原 僚子、石原 裕己、今高加奈子、金児竜太郎、井田 諭、高橋 宏佳、村田 和也

【症例】49歳、女性  
【主訴】発熱、咽頭痛  
【併存疾患】2型糖尿病、脂質異常症、高血圧  
【現病歴】入院5日前、39.4℃の発熱があり、同時に四肢に有痛性紅斑、口腔内と陰部に有痛性潰瘍が生じた。入院3日前、発熱、咽頭痛を主訴に近医を受診し抗菌薬と解熱剤を処方されたが、高熱は継続し、食事摂取もできないほど口腔内潰瘍が悪化。当院救急外来を受診し、精査目的で入院。  
【身体所見】血圧 126/83mmHg、脈拍 99bpm、SpO<sub>2</sub> 92% (室内気)、体温 38.2℃、BMI 27.2kg/m<sup>2</sup>、頸部リンパ節腫脹なし、口腔内潰瘍に有痛性アフタ、体幹・顔面に皮疹なし、四肢に有痛性紅斑散在、外陰部に境界明瞭な米粒大潰瘍、その他特記所見なし  
【検査所見】血液検査：WBC 14500/L、RBC 5.09×10<sup>6</sup>/L、Neu 81.7%、CRP 9.16mg/dL、BUN 22mg/dL、CRE 1.14mg/dL、UA 8.2mg/dL、Glu 230mg/dL、画像所見 特記事項なし  
【経過】臨床症状から、ペーチェット病の診断基準のうち3項目を満たし、不完全型と診断。第2病日よりステロイド30mg/day全身投与を開始し、第3病日に解熱。皮膚症状と外陰部潰瘍と口腔内アフタは、ステロイド塗布により軽快。ステロイド投与翌日から昼・夕食前血糖値が300mg/dL以上に上昇。メトホルミン250mg朝3錠、インスリンアスルト朝10昼10夕2単位投与し、血糖値は150mg/dL前後に改善。  
【考察】ペーチェット病は臨床所見より診断され、検査はあくまで参考所見である。本症例では主訴が発熱、咽頭痛のみであったため、当初感染症と思われたが、ペーチェット病の特徴的な臨床所見に気付くことで診断された例である。早期に診断し治療を開始することが望ましく、特徴的な臨床所見を見逃さないことが重要である。また、ステロイド使用時の血糖コントロールについても経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 0-12-12

### 顔面神経麻痺を合併したサルコイドーシスの一例

熊本赤十字病院 診療部<sup>1)</sup>、総合内科<sup>2)</sup>、リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○吉村 早織<sup>1)</sup>、押川 英仁<sup>1,2,3)</sup>、谷 直樹<sup>1,2)</sup>、上木原宗一<sup>1,2)</sup>

【症例】58歳女性【主訴】両側胸部圧迫感【現病歴】X-1ヶ月前から両側胸部の圧迫感を主訴にX-1週間前に当院初診。画像検査にて肺門部と縦隔のリンパ節腫大と肺野に散在する小結節影を認めたため、サルコイドーシスや悪性リンパ腫などを鑑別に挙げ精査予定であった。X-3日前より右口角から食事がこぼれるようになり、X日に右口角下垂と構音障害を自覚したため、同日より精査治療目的に入院となった。【臨床経過】入院時、右口角下垂と軽度構音障害を認めたが、CT、MRIで脳出血や脳梗塞の所見は認められなかった。肺門部リンパ節腫脹や肺野病変の他、眼科診察の結果、両側ぶどう膜炎も認めた。ACEの軽度高値及び肺胞洗浄液検査におけるCD4/CD8比上昇も認めた。MPO-ANCAやPR3-ANCAは陰性で、副鼻腔炎や中耳炎の所見、糸球体腎炎の所見などは認めず多発血管炎性肉芽腫症は否定的と考えた。また気管支肺胞洗浄液の抗酸菌培養や真菌培養は陰性であり、最終的にサルコイドーシスと診断した。mPSLgのステロイドパルス3日間で治療開始したのち、PSL60mg内服で療法を行ったところ、症状は徐々に改善し経過良好で退院となった。【考察】顔面神経麻痺を合併したサルコイドーシスの一例を経験した。顔面神経麻痺は、サルコイドーシスにしばしば合併することが知られている。顔面神経麻痺に肺門部リンパ節腫脹などの肺病変や、ぶどう膜炎、結節性紅斑などの所見が認められる場合には同疾患を鑑別に挙げる必要がある。サルコイドーシスに合併した顔面神経麻痺の予後は比較的良好とされているが、顔面神経麻痺が残存した症例も報告されており、早期の治療介入が重要である。

## 0-12-14

### 顔面・下顎骨・舌・咽頭切断の1例

熊本赤十字病院 診療部

○古賀 翔馬、黒川 正人、竹内 千洋

はじめに：今回われわれは比較的稀と考えられる外傷による下顎・舌・咽頭切断の症例を経験した。本症例では出血多量で一時CPAとなったが蘇生し、顔面・下顎骨・舌・咽頭の再建を行い比較的良好な結果を得たので報告する。  
症例：86歳、男性で、草刈り機で作業中にて、両側口角から両側下顎骨切断、舌の二重切断、咽頭前壁切断を受傷した。一人で作業を行っていたが、自力で自宅に帰り座っているところを家人が発見され、当院救命救急センターに搬送された。ドクターカーでの搬送中に一時CPAとなったが蘇生し、気管内挿管も行われた。救命救急センターにて循環動態が回復したために、直ちに手術を施行した。気管挿管後に、咽頭前壁と舌根部を縫合し、舌体部と舌尖を縫合した。その後、切断された両側下顎骨をワイヤーで固定し、口輪筋を再建するとともに皮膚も縫合した。舌下神経は確認できなかった。術後、舌尖部は壊死に陥ったが、他の組織の生着は良好で、骨癒合も得られた。しかし、舌下神経損傷のため、舌の運動が悪く嚥下障害をきたしたために、気管カニューレは抜去できていない。術後10日よりスピーチカニューレに交換し、術後2か月で構音・嚥下のリハビリテーションのために転院し、現在経過観察中である。考察：本症例は救急患者で出血多量で一時CPAとなったために、手術は出血が少なくなる央に可及的に短時間で行う必要があった。そのため、下顎骨の整復はワイヤー固定のみであったが、下顎骨の骨癒合は良好で、形態および機能障害はきたすことはなかった。しかし、手術時に舌下神経を確認できなかったこと、舌尖部が壊死に落ちたために、舌の運動障害が生じて、嚥下障害をきたした。リハビリテーション中であるが、経口摂取ができないこと、誤飲を避けるためにカニューレの抜去ができないことが問題である。