

若年女性の扁桃炎罹患後に発症した IgA 血管炎

岸本恵史¹ 赤嶺盛和² 山入端一貴² 瀬戸口倫香² 那覇唯² 内原照仁²

¹沖縄赤十字病院 初期臨床研修医 ²沖縄赤十字病院 呼吸器内科

要旨

症例は16歳の女性。来院10日前から咽頭痛と発熱を認め、近医耳鼻科にて扁桃炎の診断で抗生剤を内服していた。来院当日両鼠径部～両下腿にかけて違和感及び疼痛が出現し、徐々に疼痛の増悪により歩行困難となり、当院救急科を受診した。

来院時咽頭に発赤、腫脹、白苔、左下腿優位の両側浮腫と紫斑を認めた。A群β溶連菌迅速検査は陽性で、採血では軽度炎症反応とCK及びD-ダイマーの上昇を認め、病理検査において血管炎像及びIgA沈着を認めた。下肢静脈エコーでは血栓は認めず皮下に浮腫像を認めた。MPO及びPR3-ANCA抗体とクリオグロブリンは陰性で、血中好酸球の増多を認めなかった。

血管炎・血管障害診療ガイドライン2016年改訂版に基づき、初発のIgA血管炎の診断に至った。本症例では、紫斑と下腿浮腫による疼痛の症状のみであったが、今後再発や腎及び消化管障害をきたす可能性を考慮し、定期的な診察や客観的な検査が必要と考えられた。

Key Words : A群β溶連菌迅速検査, IgA血管炎, 浮腫, 紫斑

【はじめに】

IgA血管炎は、全身性アレルギー性血管炎により毛細血管の透過性が亢進して、浮腫や組織への出血を来す疾患である。今回、初発急性発症で下腿浮腫、紫斑を主訴としたIgA血管炎の一例を経験したので報告する。

【症例】16歳 女性

【主訴】両下肢の皮疹及び疼痛、歩行困難

【現病歴】

X年Y月2日から発熱及び咽頭痛を認め、近医耳鼻科にて扁桃炎の診断でレボフロキサシンを処方され、Y月8日まで内服していた。Y月12日、下校中バスを下車後から両鼠径部～下腿にかけて違和感が出現した。その後、両下肢に浮腫と直径3mm程度の皮疹が散在し、違和感が疼痛へと変わり時間が経過するにつれて疼痛増悪にて歩行困難となってきた

め、当院救急科を受診した。また咳と痰は軽度あり、鼻汁と咽頭痛は認めなかった。排尿時痛や頻尿及び残尿感、血尿は認めなかった。

【既往歴】小児喘息（現在通院なし）、アレルギー性鼻炎

【アレルギー】なし

【手術歴】なし

【内服】レボセチリジン塩酸塩錠

【社会歴・生活歴】ADL：Full, 旅行歴：なし、山や川への散策歴：なし、ペット：なし

【家族歴】膠原病なし、祖母：腎臓がん

【現症】GCS：E4V5M6, general：sick

体温：36.7℃, 体温：113/63mmHg, 脈拍数：81回/分, 呼吸数：20回/分, SpO2：98% (RA) 咽頭発赤及び両側に腫脹、白苔を軽度認めた。頸静脈怒張なく、リンパ節腫脹や圧痛も認めなかった。肺音と心音ともに雑音なし。腹部は平坦、軟で圧痛なく、筋性防御や反跳痛も認めなかった。肋骨脊柱角叩打痛（CVA叩打痛）なし。上半身に関節腫脹や浮腫及び皮疹なし。下半身に関しては関節腫脹を認

(令和2年11月10日受理)

著者連絡先：岸本 恵史

(〒902-8588) 沖縄県那覇市与儀1-3-1

沖縄赤十字病院 初期臨床研修医

めないが、浮腫が左優位に認め、直径3mm程度の淡紅色の丘疹が両側の大腿～下腿にかけて散在（図1a～d）し、掻痒感はなかったが、軽度熱感と把握痛を認めた。



図1a 皮膚下腿（初診時）



図1b 皮膚下腿（初診時）



図1c 皮膚下腿（初診時）



図1d 皮膚下腿（初診時）

【初診時検査所見】

血液検査所見（表1）ではWBC： $1.1 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、CRP：1.73 mg/dLと軽度炎症反応を認めた。また、CK：256 U/LとD-ダイマー：2.2 $\mu\text{g/mL}$ の上昇を認めた。その他、抗核抗体、MPO及びPR3-ANCAとクリオグロブリン（表2）も陰性であり、血中好酸球の増多を認めなかった。IgA及びIgGは軽度上昇、血清補体価は低下を認めた。

表1 検査所見①

血算	生化学		
WBC：1.1×10 ⁴ /μL	Alb：3.8 g/dL	Cl：106 mmol/L	
Neut：73.4 %	T-Bil：0.8 mg/dL	Ca：9.7 mg/dL	
Lymph：19.2 %	AST：19 U/L	CRP：1.73 mg/dL	
Mono：4.5 %	ALT：13 U/L	Dダイマー：2.2 μg/mL	
Eo：2.6 %	LD：183 U/L	PT(秒)：14.1 秒	
Baso：0.3 %	AL-P：185 U/L	aPTT：36.9 秒	
RBC：4.1×10 ⁶ /μL	γ-GTP：22 U/L	PT活性：72.0 %	
Hb：11.6 g/dL	Glu：101 mg/dL	INR：1.18	
Ht：34 %	BUN：9.6 mg/dL	CPK-MB：4 IU/L	
MCV：84 fL	Cre：0.39 mg/dL	トロポニンT：0.003 ng/mL	
Plt：4.27×10 ⁵ /μL	CK：256 U/L	NT-proBNP：22 pg/mL	
	Na：139 mmol/L	FDP：3.9 μg/mL	
	K：3.5 mmol/L		

表2 検査所見②

尿検査	生化学		
<尿定性>	IgG：1752 mg/dL	ASO：12 IU/mL	
尿比重：1.025	IgA：404 mg/dL	抗核抗体価：40 倍	
pH：5.5	IgM：172 mg/dL	抗カジオリピン抗体：9 U/mL	
蛋白定性(-)	血清補体価：13 U/mL	抗ds-DNA：5 U/L	
糖定性(-)	CH3：128 MG/DL	ループス：1.2	
潜血反応(±)	CH4：24.0 MG/DL	抗ARS抗体：<5.0	
ケトン体(1+)	抗Sm抗体：1.0 (-) U/mL	クリオグロブリン：陰性	
<尿沈渣目視>	抗SS-A抗体：0.5 U/mL	プロテインC：91 %	
赤血球<1HPF	抗SS-B抗体：0.5 U/mL	プロテインS：100.4 %	
白血球：1-4/HPF	PR3-ANCA：<0.5 IU/mL	A群β溶連菌迅速検査：陽性	
硝子円柱：1-4/LPF	MPO-ANCA：<0.5 IU/mL		

A群β溶連菌迅速検査は陽性。尿検査（表2）は有意な所見は認めなかった。血液培養は2セット採取するも細菌を検出せず。下肢静脈エコーでは左ヒラメ筋と下腿の皮下組織に浮腫像を認めたが、血栓は認めなかった。

【画像所見】

胸部レントゲン（図2）では肺野の浸潤影ははっきりしなかったが、胸部単純CT（図3）では明らかな血栓はないものの、右肺下葉に浸潤影を認め、肺炎が疑われた。

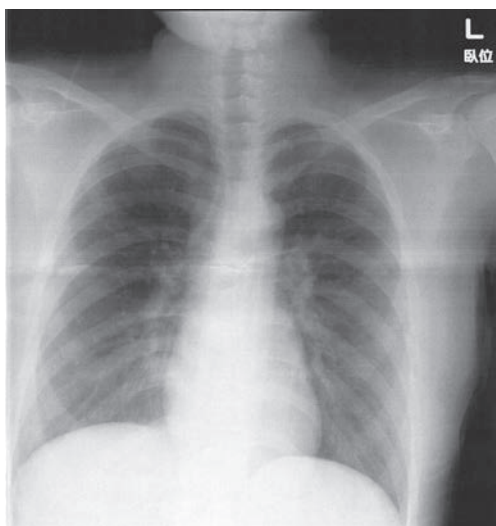


図2 初診時胸部レントゲン

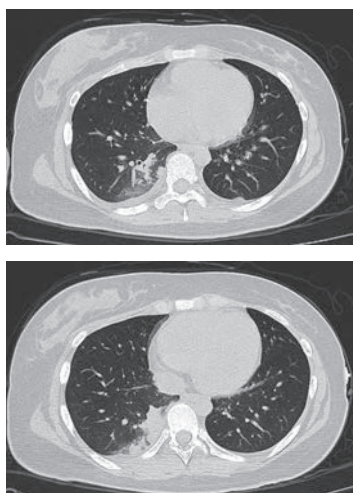
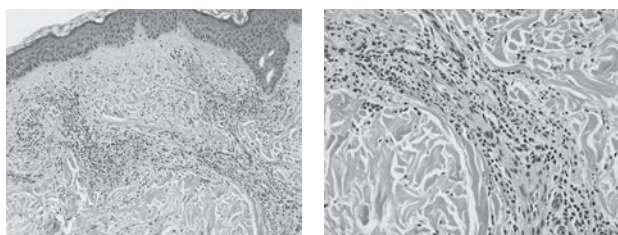


図3 胸部単純CT

【病理検査】

ヘマトキシリン染色（図4）では真皮浅層から中層の血管に壁内好中球浸潤がみられ、血管炎の所見を認めた。フィブリノイド壊死は明らかではないが、赤血球の漏出、核破砕物が観察され、白血球破砕性の血管炎の組織像であった。また、蛍光抗体直接法（図5）では血管炎像を呈する部位に沿うようにIgA沈着を認めた。



強拡大像

図4 ヘマトキシリン染色病理検査結果

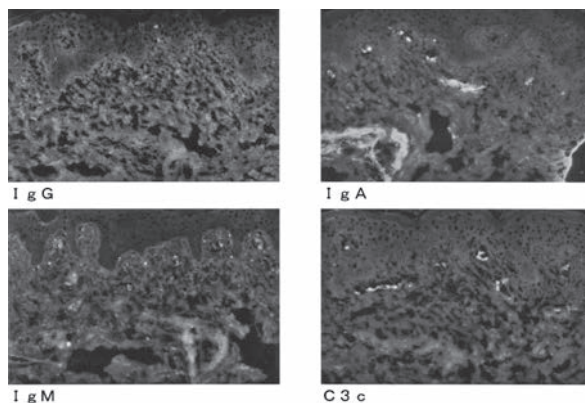


図5 蛍光抗体病理検査結果

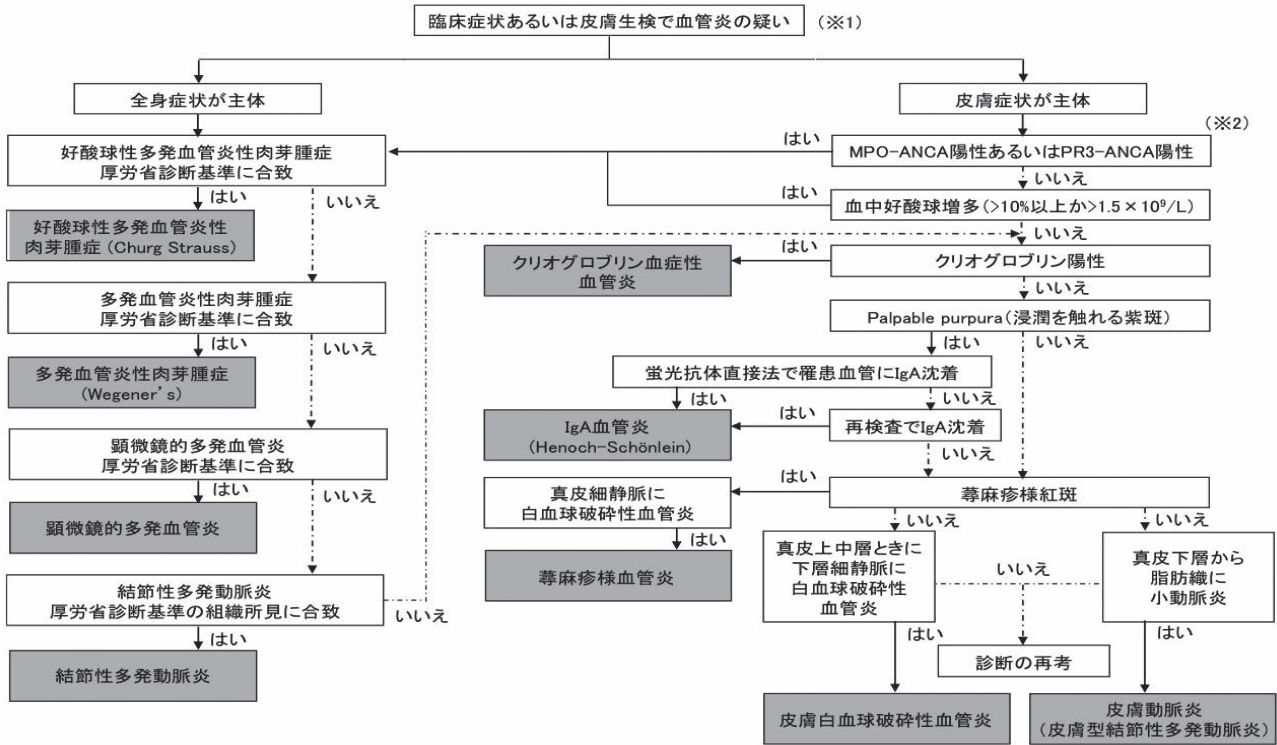
【入院後治療経過】

呼吸苦の訴えや酸素化低下を認めなかったものの、急性発症の両側性浮腫と疼痛の症状であったため、鑑別からも深部静脈血栓症（DVT）や肺塞栓症（PE）の可能性を考慮し、下肢エコーや胸部造影CT検査を施行するものの、明らかな血栓を認めず、左優位のヒラメ筋と下腿の皮下浮腫の所見であった。

乏尿が無い事や肉眼的な血尿が無い事、そして腹痛や血便等を認めなかったが、A群β溶連菌迅速検査が陽性、扁桃炎も直近まで罹患していた事、及び皮膚所見を考慮すると、IgA血管炎は否定出来ないと考えられた。生検を施行後第1病日からトラネキサム酸内服とカルバゾクロムスルホン酸Na内服及びヘパリン類似物質油性クリームを含有したベタメタゾン軟膏の外用で加療を開始した。また、扁桃炎からの波及からか右下葉に肺炎像を認め、緑色の喀痰・湿性咳嗽を認めた事から、第2～3病日にCTR、その後SBT/ABPCによる抗生剤加療を行った。第3病日からは下肢の発赤・腫脹・疼痛の改善を認め、第4病日からは疼痛も消失した。入院後3回尿検査するも、全て尿潜血陰性。入院中は発熱なく、腹部症状も認めなかった。第6病日までに歩行も可能となりAZMの内服に切り替え退院となった。その後、病理結果（図4、5）により、IgA血管炎の確定診断となった。

【考察】

本症例は急性発症の下腿浮腫及び紫斑であり、鑑別として緊急性のある深部静脈血栓症（DVT）及び肺塞栓症（PE）の除外を優先して行う必要があった。下肢静脈エコーや胸部造影CTにてDVTとPEを除外。腎・消化管障害を全く認めなかったが、入院後に行った皮膚生検の病理検査結果（図4、5）及び



本アルゴリズムは原発性血管炎のみを扱っており、CHCC2012で採用された全身性疾患に続発する血管炎、誘因の推定される続発性血管炎は扱っていない。

(※1) 血管炎には動脈炎と静脈炎が存在する。本アルゴリズムは簡便性を重んじているので、個々の症例に関しては十分な吟味が必要である。

(※2) 今後、ANCA測定法がより改善される可能性がある。従って、ANCA陰性であってもANCA関連血管炎を否定できない症例が存在する。

(※3) 灰色は病名を指す。

図6 皮膚血管炎の診療アルゴリズム (文献¹⁾より引用)

血液検査から、血管炎・血管障害診療ガイドライン2016年改訂版の皮膚血管炎の診療アルゴリズム(図6)に基づき、IgA血管炎の診断に至った。

IgA血管炎は45%~90%と高い割合で腹部症状が出現すると言われている。腸閉塞や穿孔などで開腹術が施行された症例報告もあるが、本症例では腹部症状に関しては症状出現時から退院時まで全く認めなかった。また、本来予後良好な疾患であり、腎炎の合併が予後を左右すると言われているが、本症例において乏尿や肉眼的な血尿が無く、実際の尿検査においても腎炎の所見は認めなかった。ただ重症化や再発は成人でやや割合が高いとの報告がある。そのため本症例は成人ではなく青年期であるものの、今後重症化や再発を来す可能性は十分に有り得る。重度臓器障害の合併により死亡したとの報告は1%未満と極少ないものの、今回の退院で治療終了と安易に考えてはならず、学校検診での尿検査も含めた定期的な経過観察は重要と考える。

【参考文献】

- 1) 血管炎・血管障害診療ガイドライン2016年改訂版 日皮会誌：127(3). 299-415.2017
- 2) 皮膚疾患最新治療2019ー2020 古川福実
- 3) 勝岡憲生, 川上民裕, 石黒直子, 他：血管炎・血管障害ガイドライン, 日皮会誌 2008；118：2095-2187
- 4) 田中亮二郎：VI. 腎・泌尿器疾患 - 2 紫斑病性腎炎. 小児内科 2008;40:811-814
- 5) 高原 幹, 荻野 武, 小林吉史, 他：アレルギー性紫斑病DENO扁桃炎摘出術—その有用性と免疫組織学的検索—. 耳鼻臨床 2001；94：525ー530
- 6) 石黒直子：特集／急性発疹症対応マニュアル IgA血管炎の診断と対応. MB Derma 2015；232：41ー46
- 7) 松谷幸子, 安達美佳：ヘノッホ・シェーンライン紫斑病に対する耳鼻咽喉科治療の重要性. 口咽科 2008；21：138