

## P-033

### 特異性門脈圧亢進症を合併した全身性エリテマトーデスの1例

鳥取赤十字病院 内科

○小坂 博基、満田 朱理、安東 史博

症例は64歳女性。多関節痛を主訴に2008年11月近医を受診。膠原病が疑われ2009年2月に当科へ紹介となる。多関節炎、白血球数減少、血小板数減少、抗DNA抗体陽性、抗核抗体陽性を認め全身性エリテマトーデス(systemic lupus erythematosus,以下SLEと略す)と診断した。2012年3月初旬より関節痛が強くなりCRPが著明に上昇しSLEの悪化と考慮入院となる。入院後に左側腹部痛が出現したため上部消化管内視鏡検査施行。食道静脈瘤を認めた。腹部CT検査で巨大脾腫と腹水貯留を認めた。腹水貯留を認めるため現在まで肝生検は施行していないが、CT上は肝硬変の所見はなく食道静脈瘤を認めることから脾腫の原因として特異性門脈圧亢進症(idiopathic portal hypertension, 以下IPHと略す)の合併が考えられた。IPHは基盤に自己免疫異常の存在が強く示唆される疾患であるが、SLEとIPH合併の報告例は少なく、若干の考察を加えここに報告する。

## P-035

### 嘔吐を主症状に診断された後腹膜繊維症の一例

津久井赤十字病院 内科

○黒鳥 偉作、田中 聡、柳橋 崇史、高畑 丞、  
渡久山哲男、伊藤 俊、中川 潤一

【症例】50歳代女性

【主訴】嘔吐

【既往歴】左頬部悪性黒色種、B型肝炎ウイルスキャリア

【現病歴】X年11月下旬より嘔吐が出現した。外来通院にてフォローするも嘔吐を繰り返したため、症状出現より3日後精査加療目的に入院となった。

【入院時現症】意識清明、BT36.3℃、Bp151/60mmHg、RR20/min、PR64/min、SpO2 98%、腹部腫瘍・圧痛なし、血液検査所見BUN55mg/dl、Cre1.57mg/dl、CRP3.78mg/dl、WBC8,700/ $\mu$ l、腹部造影CT検査にて胃・十二指腸の著明な拡張、十二指腸水平部の浮腫状変化、右尿管狭窄、水腎症を認めた。

【入院後経過】上部消化管検査を施行したが、十二指腸に明らかな粘膜炎、腫瘍性病変は認められなかった。また、十二指腸粘膜の病理組織学的検査結果も十二指腸炎を認めるのみで、その他の異常、アミロイドーシスは否定的であった。右尿管狭窄、水腎症に対する尿管ステントを留置したが、血液検査所見にてさらに腎機能の悪化、腹部超音波検査にて両側水腎症を認めた。原因不明の十二指腸炎、両側水腎症の悪化、CRPと血沈の上昇、他疾患の否定により、後腹膜繊維症を疑いステロイドを開始した。なお、IgG4は陰性であった。プレドニン換算1mg/kgにて開始、その後徐々に症状軽快、水腎症も改善していった。食事摂取可能となり、血液検査上炎症所見も陰性化したため、入院から約1ヶ月半後退院となった。その後外来にてステロイド減量を試みている。

【まとめ】後腹膜繊維症は腎機能障害や大動脈瘤の原因として診断されることが多い。本症例では、嘔吐という一般的な症状から後腹膜繊維症と診断に至ったため、過去の文献的考察を踏まえ考察する。

## P-034

### 正中神経障害をきたし手化膿性腱鞘炎との鑑別が困難であったRS3PE症候群の1例

大津赤十字病院 整形外科

○伊勢健太郎、高村 裕史

【背景】RS3PE症候群は比較的良好な疾患であり、他の膠原病との鑑別に難渋する場合がある。今回、我々は診断に苦慮したRS3PE症候群の1例を経験したので経過も含めて報告する。

【症例】60歳、男性。

【主訴】左手の痺れ

【臨床経過】3月18日、就眠時に左手が痺れていることに気がついた。手関節の腫脹・疼痛を伴い、徐々に悪化したため、23日、外来受診。所見は一側の手関節の腫脹であり、筋萎縮は認められなかった。神経伝導速度を測定し、正中神経障害であった。手の痺れおよび手関節の腫脹が悪化の一途をたどったため関節炎、滑膜炎を惹起する膠原病、手化膿性腱鞘炎を疑い、膠原病に関する血清マーカーを検索したが確定診断には至らなかった。4月9日、正中神経除圧と滑膜炎生検を行った。病理の結果は非特異的炎症、細菌検査の結果も陰性であった。膠原病を積極示唆するデータでなかったため、化膿性腱鞘炎を疑い、各種抗菌薬(CEZ、RFP+LVFX、VCM+EM)を使用したが無効であった。5月ごろから症状は次第に、両手関節、肩関節、股関節、膝関節に移行し、全体的にもはっきりとした弛張熱となった。各種追加検査を行なったが、確定診断には至らず、結局、RS3PE症候群としてステロイドの診断的治療を行うこととした。結果、劇的に軽快し、現在経過観察中である。

【考察】RS3PE症候群は、特徴的なパンチンググローブ様の両手関節の圧痛を伴う症状で、診断を疑える場合が多い。しかし、本症例のように、重症の正中神経障害を併発し手術的除圧まで必要とした症例は文献で渉猟した範囲ではなかった。本症例以外にも典型的経過を示さなかった同症候群の経験もあり、診断に関しては困難例があると再認識した。

## P-036

### エタネルセプト使用中に傍脊柱膿瘍を併発した関節リウマチの一例

静岡赤十字病院 リウマチ科

○齋藤 麻由、村松 瑞穂、曾我 隆義

【症例】72歳男性。

【主訴】発熱。

【現病歴】平成11年より近医にて関節リウマチと診断された。発症当初よりメソトレキサート(MTX)を投与されていたが、平成19年にMTXによる汎血球減少を来とし、中止となった。その後サラゾスルファピリジンに変更したが、効果不十分であった。平成23年よりエタネルセプト50mg/週を開始していた。エタネルセプトは関節リウマチに対し有効であったが、平成23年10月腰痛と発熱を主訴に当院を受診。炎症反応高値と単純CTにて左腸腰筋内に低吸収域を認めた。入院後に腰部MRIにてL3/L4高位左側に椎間板に連続する液体貯留を認め、傍脊柱膿瘍と診断した。エタネルセプト投与による易感染性から膿瘍を形成したと考え、同日入院となった。

【経過】膿瘍ドレナージや穿刺培養は施行せず、起原菌は不明であったが、セファゾリンを開始、経過良好のためセファクソンに変更し、治癒に至った。治療開始から約1ヵ月後に撮影した腰部MRIでは膿瘍の明らかな縮小を認めた。また関節リウマチに対しては、プレドニゾン5mgを投与していたが、再燃は認めなかった。

【考察】TNF阻害薬の副作用として、細菌性肺炎や結核などの感染症が多く報告されているが、今回本症例では傍脊柱膿瘍を形成していたことから、肺以外の臓器の感染症も積極的に疑う必要があった。本症例に対し、若干の文献的考察を加えて報告する。