

症例レポート

実習期間 2015/6/22~2015/7/3 病院名 京都大学病院 診療科名 内科
入院日 2015年 5月 9日
患者年齢 歳 性別 男・女 退院日 2015年 7月 7日
受持期間 自 2015年 6月 22日
至 2015年 7月 3日

転帰：治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ：外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名(主病名および副病名)

① 再発性多発性軟骨炎

(左耳介腫脹、両眼球結膜充血、結節性上強膜炎、鼻背腫脹、右感音性難聴、前庭機能障害)

② 左乳房(stage II a)

③ II型糖尿病

④ 高コレステロール血症

【主訴】発熱

【現病歴】生来健康であった。2009年3月12日頃左耳介の腫脹・疼痛・発赤が発熱と同時に出現、近医を受診してフロモックスを投与されたが改善しなかった。4月15日発熱、嘔吐が出現したため金沢社会保険病院を受診した。炎症反応が高度であったため即日入院となった。CTM、PAMP/BP、CPFX+CLDMなどが投与されたが炎症反応の改善がみられず、4月17日より右眼瞼腫脹、その約1週間後に左眼瞼腫脹・鼻背の腫脹、4月23日より右感音性難聴が出現した。当初両側丹毒が疑われたが、抗生剤投与で改善なく、精査・加療目的で当科を紹介され、5月9日に入院となった。経過中に頭痛や上気道症状、尿路症状はなく、体重減少や食欲不振もなかった。加えて、同院に入院中に患者本人が左乳房腫瘍に気がついていてしたが、同院では特に気付かれず、相談も行わなかった。

【既往歴】2002年～糖尿病、高脂血症

【家族歴】父：糖尿病、滲出性中耳炎、妹：糖尿病

【生活歴】未婚で一人暮らし、元国体ゴルフ選手。アルコール：機会飲酒、タバコ：なし

【主な入院時身体所見】身長159.6 cm、体重60.3 kg、BMI 23.85、体温36.4℃、血圧(右臥位)134/88 mmHg、(左臥位)133/80 mmHg、脈拍92/分・整、呼吸数22/分、意識清明、結膜：貧血黄染なし、充血(+)、硬結(+)、眼球運動正常、瞳孔：正円左右同大、対光反射(直接・間接)正常、口腔粘膜：発赤・腫脹・潰瘍なし、左耳介発赤・腫脹あり、甲状腺腫大なし、頸部リンパ節触知せず、頸静脈の怒張なし、胸部：左乳房上外側に直径約2 cmの硬い皮下腫瘍あり、dimpling (+)、正常肺胞呼吸音、ラ音なし、心音：S1(→)S2(→)S3(-)S4(-)、腹部：平坦軟、肝・脾・腎触知せず、圧痛なし、筋性防御なし、直腸診で異常なし、CVAに叩打痛なし、下腿浮腫なし、深部腱反射正常、病的反射なし、右側難聴あり。

【主要な検査所見】血算：WBC 12600/ μ l、RBC 412万/ μ l、Hb 12.3g/dl、Hct 36.8%、Plt 31.9万/ μ l、生化学：AST 14IU/L、ALT 14 IU/L、LDH 179 IU/L、 γ GTP 27 IU/L、TP 6.5 g/dL、Alb 3.6 g/dL、CH-E 341 IU/l、T-bil 0.6 mg/dl、BUN 11 mg/dL、Cre 0.5 mg/dL、UA 3.9 mg/dL、T-CHO 195 mg/dl、HDL-CHO 42 mg/dl、TG 125 mg/dl、CK 39 IU/l、Na 141 mEq/L、K 3.6 mEq/L、Cl 100 mEq/L、Ca 9.2 mg/dL、Glu 134 mg/dL、HbA1c 8.6%、血清：TPHA (-)、ESR 48 mm/hr、凝固：PT 12.6秒、APTT 24.5秒、尿定性：白血球(-)、比重1.005、pH6.5、潜血(-)、タンパク(-)、ブドウ糖(-)、ケトン体(-)、ビリルビン(-)、尿沈渣：RBC 0/HPF、WBC 0/HPF、上皮cell少量、cast (-)、bacteria(-)。

プロブレムリスト

#1. 発熱

#2. 左乳房腫瘍

#3. 糖尿病の既往

#4. 高脂血症の既往

【入院後経過と考察】

#1. 発熱

入院時に右感音性難聴、前庭機能障害、結節性上強膜炎がみられた。5/12に左耳介軟骨生検を行い、病理所見上リンパ球・形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤が軟骨と結合織の境界部を中心に認められ、軟骨の変性も認められたため、再発性多発性軟骨炎と診断した。prednisolone 50mg/dayから開始し、徐々に漸減したが、軟骨炎の再発はみられず、外来でフォローとなった。

#2. 左乳房腫瘍

入院時の診察及びマンモグラフィ、エコー、胸部造影CTにて左上胸部に ϕ 2~2.5cmの腫瘍が認められ、乳房穿刺の結果はadenocarcinoma, class Vであった。気管内挿管によりtracheomalaciaがまれに発生するリスクがあることから、全身麻酔は望ましくないとして外科医と麻酔科医が判断したため、局所再発のリスクが高くなることについて患者の了解を得た上で、6/9に局所麻酔下に腫瘍摘出術、6/23に左腋窩リンパ節摘出術が行われ、術後の経過は良好であった。腫瘍細胞はプロゲステロンレセプター、エストロゲンレセプターが陽性であったため、6/29より exemestane 25mg/dayの内服を開始した。内服開始直後には顔面紅潮、のぼせ等の副作用が出現したが、徐々に消失した。

#3. 糖尿病の既往

糖尿病性網膜症、腎症は認められなかった。糖尿病食 1700kcal とし、前医のインスリン処方を継続していたが、血糖コントロール不良であったため、5/26よりヒューマカート 3/7 (22-0-6-0)へ変更することで改善した。7/13のHbA1cは7.4%であったが、外来でステロイドの漸減を行う予定であるため、低血糖の危険を回避するため、このレベルで外来フォローとした。

#4. 高脂血症の既往

入院時より前医からの高脂血症治療薬を投与開始したが、T-CHO 213 mg/dl、HDL 43 mg/dlとコントロールがやや不良であった。6/28より atorvastatin 10 mg/dayに変更したところ T-CHO 151 mg/dl、HDL 51 mg/dlと改善した。

【退院時処方】 famotidine 20 mg 分1朝後、alendronate 5 mg 分1朝後、sulfamethoxazole/trimethoprim 480 mg 分1朝後、prednisolone 20 mg 分1朝後、atorvastatin 10 mg 分1朝後、exemestane 25 mg 分1朝後

【考察】

Relapsing polychondritis (RPC) は軟骨組織を標的とする自己免疫疾患である。RPCの診断基準 (McAdam's criteria) として以下の臨床症状のうち3個以上を満たす必要がある^{1, 2)}。

①Bilateral auricular chondritis ②Nonerosive, seronegative inflammatory polyarthritis ③ Nasal chondritis ④ Ocular inflammation (conjunctivitis, keratitis, scleritis/episcleritis, uveitis) ⑤Respiratory tract chondritis (laryngeal and tracheal cartilages) ⑥Cochlear and/or vestibular dysfunction (neurosensory hearing loss, tinnitus and/or vertigo)

本症例では耳症状は片側性であるが、鼻軟骨炎、結膜炎、内耳障害と上記のうち3つの条件を満たしており、組織所見も合致するためRPCと診断した。RPCは比較的まれな疾患であるために確立された治療法はない。臓器障害を伴わない軽症例ではNSAIDsで十分コントロールできる例もあるが、不十分な場合にはdapsoneあるいはPSLが有効である。本症例もPSLが著効しており、今後外来通院しながらステロイドの投与量を漸減していく予定である。

本症例にみられた左乳癌は直径2 cm以上5 cm未満でリンパ節転移・遠隔転移は見られずstage II A (T2 N0 M0)と判断した。本来Breast conserving therapy (BCT)の適応となるが、本症例では自己免疫疾患および糖尿病が存在することから、間質性肺炎のリスクを避けるためBCTの一部であるradiationを行うことができなかった。Radiationを行わなかったために乳癌の局所再発率はBCT施行例と比較して約4倍高くなるが、生命予後には変化はないと報告されている³⁾。

参考文献

- 1) McAdam LP, O' Hanlan MA, Bluestone R et al. Relapsing polychondritis: Prospective study of 23 patients and a review of the literature. *Medicine* 1976;55:193
- 2) Jerome H Herman: UpToDate, Clinical manifestation of relapsing polychondritis
- 3) Fisher B, Anderson S, Bryant J et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Eng J Med* 2002;347:1233.