

第9回総合内科症例検討会レポート

# 発熱、咽頭痛、関節痛を主訴に紹介受診した 40歳台女性の一例

日時 平成24年8月29日（水）  
 場所 9F大会議室A, B 参加者49名  
 発表者 菅原 翔（内科）  
 司会者 高谷 季穂（総合内科）

- 【患者】 48歳 女性
- 【主訴】 発熱、咽頭痛
- 【既往歴】 20歳代 蓄膿症ope、帝王切開
- 【家族歴】 特記事項なし
- 【嗜好歴】 特記事項なし
- 【アレルギー】 特記事項なし

【現病歴】

201x年4月から全身倦怠感、発熱、関節痛、咽頭痛が出現。近医で抗生剤を処方されたが改善せず。同年5月右頸部腫脹を認め、当院総合内科を受診。頸部リンパ節炎の診断で抗生剤の投与を行ったが改善せず。5月中旬に大腿部の皮疹、手足の関節腫脹、関節痛が出現し、総合内科を再受診。精査加療のため入院となる。

【身体所見】

身長：156cm 体重：50kg 体温：37.3℃ 脈拍：85bpm整 血圧：107/68mmHg 眼結膜：貧血なし、黄疸なし 頭頸部リンパ節：右顎下リンパ節に腫脹あり 胸部：特記すべき異常所見を認めず 腹部：平坦・軟、圧痛なし 四肢：浮腫認めず、大腿部に皮疹（Table 1）あり、両手足関節痛・腫脹あり

【検査データ】（Table 2, 3）

【入院経過】（Table 4）

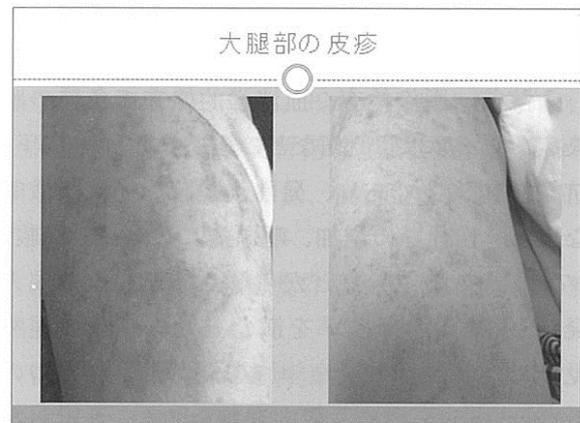


Table 1

検査所見①

WBC	9900	/mm <sup>3</sup>	BUN	10	mg/dl	尿糖定性	(-)
Neut	92.0	%	Cre	0.46	mg/dl	尿蛋白定性	(-)
Eosin	0	%	Na	135	mEq/L	尿中潜血	(-)
Lymph	6.0	%	K	4.0	mEq/L	白血球反応	(-)
Mono	1.0	%	Cl	105	mEq/L	円柱	(-)
Hb	12.0	g/dl	T-chol	142	mg/dl	細菌	(1+)
Plt	423	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	TG	79	mg/dl		
CK	12	IU/L	LDL-chol	97	mg/dl		
AST	66	IU/L	s-Amy	37	IU/L	TPHAb	(-)
ALT	89	IU/L	HbA1c	5.2(JDS)	%	HBsAg	(-)
LDH	242	IU/L	CRP	8.05	mg/dl	HCVAb	(-)
ALP	256	IU/L	赤沈1h	54.0	mm/h		
T-bil	0.7	mg/dl					
TP	7.1	g/dl					
Alb	3.0	g/dl					

Table 2

検査所見②

C3	138	mg/dl	血液培養	陰性	
C4	46	mg/dl	プロカルシトニン	<0.5	ng/ml
CH50	58	CH50U/ml	カンジダ抗原	(-)	
			エンドキシン	<2.1	pg/ml
RF	<0.3		B-Dグルカン	<2.4	
抗核抗体	40		EBV-IgM	<10	
抗Jo-1抗体	5.4		EBV-IgG	40	
PR3-ANCA	(-)		EBV-EBNA	160	
MPO-ANCA	(-)		CMV抗原/CV-HRP	(-)	
			結核菌IFN-γ	(-)	
s-IL2レセプター	964	U/ml	フェリチン	12250	ng/ml
CA-199	5	U/ml			
CEA	<0.5	ng/ml			

Table 3

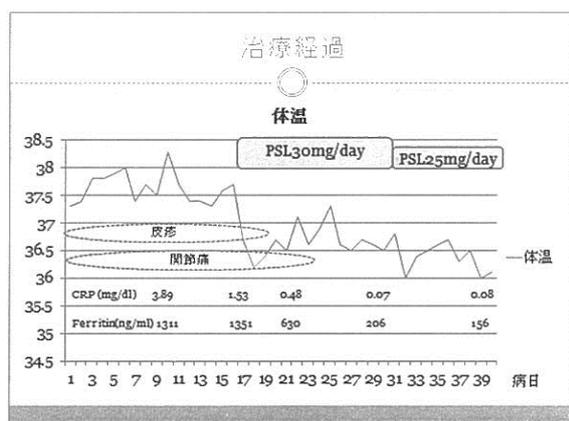
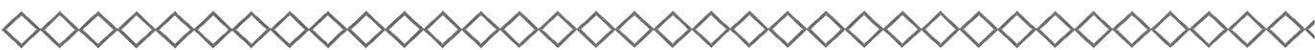


Table 4

入院後、画像検査、血清学的検査で各種の感染症、あるいは膠原病などの鑑別を行った。RF、抗核抗体陰性であり、発熱、多関節痛、特徴的な皮疹、白血球の増加、咽頭痛、リンパ節腫脹、フェリチンの上昇などから厚生省研究班の成人発症Still病の診断基準を満たした。皮膚病理所見では血管周囲の炎症細胞の浸潤、表皮上層のdyskeratosisを認め、成人発症Still病に矛盾しない所見であった。プレドニゾロン30mg/dayの投与を開始し、その後は速やかに症状の改善を認め、外来フォローとなった。

**【診断】**

成人発症Still病

**【考察】**

成人発症Still病は、かつての若年性関節リウマチの全身型が16歳以降の成人に認められるものとされており、ウイルスを含む種々の感染が関与していると想定されているが、はっきりとした原因は不明である。ウイルス感染などが契機になってT cellが活性化されてサイトカインのレベルが上昇し、マクロファージが増殖・活性化されてこのような症状が出るのではないとも言われている。

本症例では、発症時より強い咽頭痛を訴えた。成人発症Still病では定型的な皮疹や血清フェリチンの上昇がその特徴としてよく知られているが、本症例の様に咽頭痛を訴える場合も70%程度存在する<sup>1)</sup>。

1992年に発表されたYamaguchiの基準<sup>2)</sup>に血清フェリチン値を参考項目として追加した診断基準 (Table 5) があり、感度、特異度ともに優れているものの、成人発症Still病は除外診断が重要となる。本症例でも診断前に各種膠原病や感染症の除外を慎重に行った。特徴的な所見を逃さずにおくとともに、常に基本に立ち返り不明熱の鑑別を進めていくことの重要性を再認識した症例であった。

<p>大項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.発熱(≥39℃以上、1週間以上持続)</li> <li>2.多関節痛(2週間以上持続)</li> <li>3.定型的皮疹(有熱時にしばしば見られるサーモンピンク色の非掻痒性の斑状もしくは丘疹性発疹)</li> <li>4.80%以上の好中球増加を含む白血球増加(≥10000/mm<sup>3</sup>)</li> </ol> <p>小項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.咽頭痛</li> <li>2.リンパ節腫脹 あるいは脾腫</li> <li>3.肝機能異常</li> <li>4.RF陰性および抗核抗体陰性</li> </ol> <p>大項目2項目以上を含み、合計3項目以上で成人発症Still病と分類する ただし除外項目は除く</p> <p>参考項目:血清フェリチン(値寄増(正常上限の5倍以上)) 除外項目:感染症、悪性腫瘍、膠原病</p> <p style="text-align: right;">(厚生省研究班の診断基準)</p>
--

Table 5

**<参考文献>**

1. Ohta A, Yamaguchi M, Tsunematsu T, et al. Adult Still's disease: a multicenter survey of Japanese patients. J Rheumatol 1990 ; 17 : 1058.
2. Yamaguchi M et al (1992) Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. J Rheumatol 19 : 424