

# 総合内科症例検討会レポート

## 平成25年（第11～14回）

第11回

平成25年3月6日（木）

9F会議室A、B

参加者 28名

頸部痛、発熱を来した高齢女性の2例

発表者 板垣典子（内科）

司会者 高見史朗（総合内科）

《症例1》

【患者】81歳、女性

【主訴】頸部痛、発熱

【既往歴】特記事項なし

【家族歴】特記事項なし

【嗜好】飲酒（-）、喫煙（-）

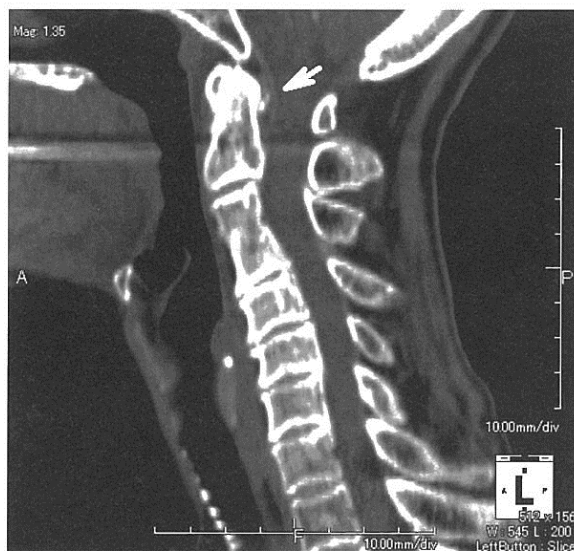
【現病歴】5日前より、上背部～肩部の痛みを自覚し、その後頸部の痛みも伴った。頸部の痛みは徐々に強くなり、来院時には「首が痛くて動かせない。」状態。また3日前から37℃台の発熱を生じ、受診前日には39℃近い高熱を来した。

【現症】148cm/37kg、体温37.8℃、項部硬直なし、心肺異常なし、リンパ節腫大なし

【検査所見】

PT 64%, PT-INR 1.24, WBC 11,500/ $\mu$ l (好中球 78.3%), RBC  $407 \times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 12.8g/dl, Plt  $21.1 \times 10^4$ / $\mu$ l, AST 17 IU/l, ALT 8 IU/l, TP 7.5 g/dl, ALB 4.3 g/dl, BUN 14 mg/dl, Cr 0.78 mg/dl, CRP 10.56 mg/dl, ESR 88/107mm/hr

【画像所見】環椎横靭帯の石灰化を認めた。



【臨床経過】ロキソプロフェンNaの投薬を行ったところ、翌日より、解熱し、頸部痛も軽快した。4日後の再診時、自覚症状なし。血液検査も、WBC 6100/ $\mu$ l (好中球 61.5%), CRP 1.46 mg/dlと改善しており、11日後の再診時には、CRPは陰性化した。

【診断】Crowned dens syndrome

【考察】Crowned dens syndromeは、環椎歯突起を囲んで（環軸椎歯突起周囲の）、calcium pyrophosphate dehydrate (CPPD)あるいはhydroxyapatite (HA)沈着による石灰化を伴い、急性の頸部痛をきたす症候群であり、1985年Bouvetらにより報告された。高齢女性に多く発症し、急性の頸部痛として発症し、数日ないし数週間持続する。また、そのエピソードを反復することがある。項部硬直、下顎部の疼痛、上肢帯の疼痛を伴う筋力低下を呈する例もあり、発熱を伴うことも多い。検査所見では、CRP陽性、白血球増多、赤沈の亢進など血液炎症所見の上昇

を認める。画像所見では、頸椎のCTで、環軸関節部の横靭帯や黄色靭帯の石灰化を認める。治療としては、発作時に非ステロイド系消炎鎮痛薬投与で改善することが多く、亜急性の経過や発作を繰り返す場合はコルヒチンや副腎皮質ステロイド薬が有効であった例の報告がある。

【参考文献】日本内科学会誌 99:211-213,2010

《症例2》

【患者】100歳 女性

【主訴】全身倦怠感、頸部痛

【既往歴】50歳頃；肺結核

胆嚢結石のため胆嚢摘出術

【家族歴】特記事項なし

【アレルギー】特記事項なし

【現病歴】1ヶ月前より頸から肩および上腕に痛みが出現したため当院神経内科を受診。血液検査上炎症反応の上昇を認め精査予定であったが、全身倦怠感の増悪を認めたため、救急受診し同日に入院となった。

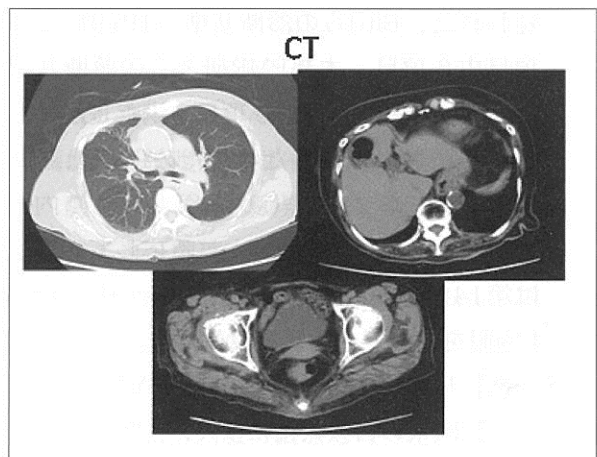
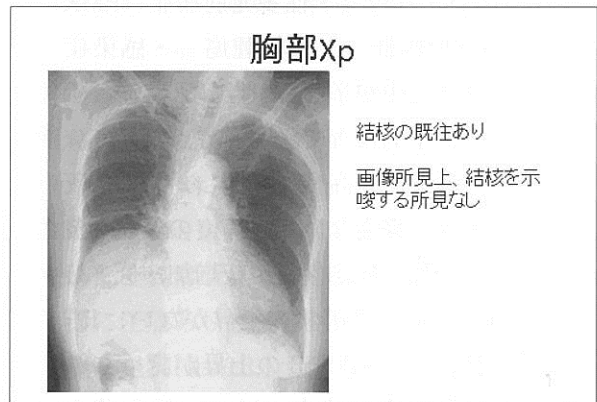
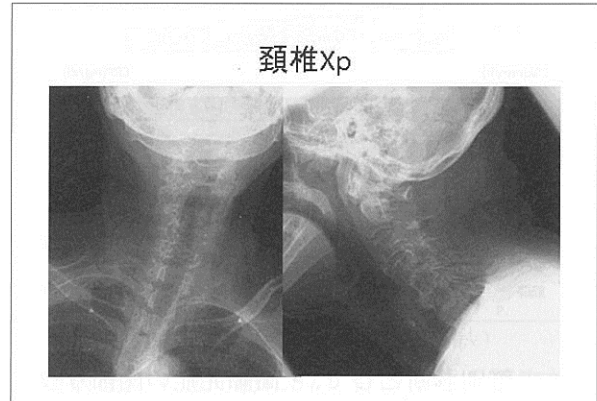
【現症】150cm、40kg、体温；35.1℃、血圧；129/63mmHg、脈拍；76回/分 整、意識；清明。

眼球結膜：黄疸なし、眼瞼結膜軽度貧血を認める。頸部リンパ節：触知せず。胸腹部：手術痕以外特記所見を認めず。四肢：浮腫や皮疹を認めず。両膝の痛み。両側大腿の把握痛。その他の関節の腫脹、発赤、熱感なし。

【検査所見】赤血球  $327 \times 10^4 / \mu l$ 、HT 29.5%、Hb 9.6g/dl、白血球  $9,200 / \mu l$ 、(好中球: 77.5%)、血小板  $42.4 \times 10^4 / \mu l$ 、TP 7.1g/dl、Alb 2.9g/dl、AST 28IU/l、ALT 40IU/l、Cr 0.95mg/dl、フェリチン 156 ng/ml、赤沈1時間値112mm、CRP 11.52 mg/dl、ANA<40倍、RF<0.3IU/ml、MMP-3 1,115ng/ml、CEA 2.8ng/ml、CA19-9 11U/ml、CA125 9.8U/ml、血液培養、尿培養陰性

【画像所見】頸部レントゲン写真で異常所見はな

かった。胸部レントゲン写真で結核の既往があったが、活発な感染を疑う所見はなかった。腹部から骨盤部にかけての単純CTで悪性腫瘍など異常所見は認められなかった。



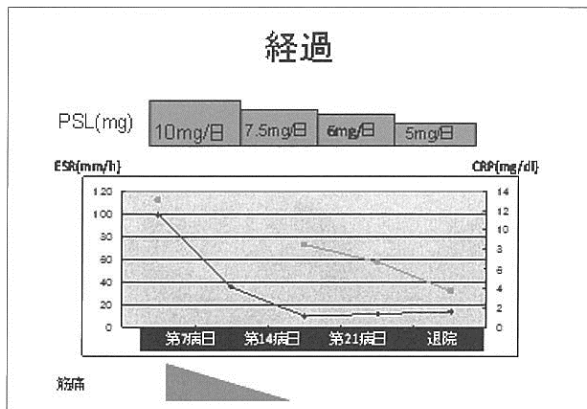
【Problem List】

- #1 頸部から肩、両側上腕にかけての痛み  
→上腕筋、大腿筋（近位筋）の把握痛
- #2 炎症反応高値
- #3 自己抗体陰性
- #4 低Alb血症
- #5 正球性正色素性貧血



陰性所見；筋力低下なし

【入院経過】



鑑別診断として、・高齢発症の関節リウマチ(RA)・リウマチ性多発筋痛症(PMR)・RS3PE症候群・悪性腫瘍・感染症・炎症性筋疾患が挙げられた。入院後、画像検査、血清学的検査で鑑別を行った。臨床検査結果で赤沈値が高度に亢進し、急性期反応蛋白が上昇、軽度ないし中等度の炎症性貧血、白血球増加、反応性血小板増加、低アルブミン血症、筋原性酵素の上昇がない、RFや抗核抗体陰性、MMP3の上昇が認められ、リウマチ性多発筋痛症(以下PMRと略す)が疑われた。Birdらの診断基準(1979)で7項目中6項目、本邦PMR研究会の診断基準(1985)でも7項目中6項目を満たした。ともに6項目以上を満たしたためPMRと診断し、プレドニゾロン(以下PSLと略す)内服を開始した。PSLに速やかに反応して、筋痛は第14病日頃には消失し、約一ヶ月半でPSL内服を終了できるまで改善した。

【診断】リウマチ性多発筋痛症(PMR)

【考察】欧米の白人人種に多く、黒色人種とアジア系人種には少ないと言われている。好発年齢は50歳以上(特に60歳以上)。男性：女性の罹患率は1：2の比率である。PMRの10～30%に側頭動脈炎(以下TAと略す)を合併するといわれており、眼底検査などで検査が必要である。治療は少量のステロイド治療(10～20mg/日)が著効する。

悪性腫瘍は、ときに随伴症状として関節痛

や筋肉痛を訴えることがあるが、ステロイドの効果が十分でなく体重減少や食欲不振などの全身症状が長期間にわたるときは積極的に悪性腫瘍の検索を行う必要がある。

本症例は少量のPSL内服が著効したPMRの症例であった。

リウマチ性多発筋痛症

Birdらの診断基準(1979)

- 1.両側の肩に痛みとこわばりがある。
  - 2.発病から2週間以内に症状が完成する。
  - 3.朝のこわばり(頭部、肩甲帯、腰帯)が1時間以上続く。
  - 4.赤沈が40mm/h以上に促進する。
  - 5.65歳以上に発症。
  - 6.うつ状態ないしは体重減少がある。
  - 7.両側上腕部筋の圧痛
- 上記のうち3項目を充たす、もしくは1項目以上を充たし、側頭動脈に異常を認める場合に疑う

診断基準(参考)

本邦PMR研究会の診断基準(1985年)

- 1.赤沈の亢進(40mm/h以上)
  - 2.両側大腿部筋痛
  - 3.食欲減退、体重減少
  - 4.発熱(37℃以上)
  - 5.全身倦怠感
  - 6.朝のこわばり
  - 7.両側上腕部筋痛
- 60歳以上、上記7項目中3項目以上でdefiniteとする

【参考文献】

炎症と免疫2011；19，86-91  
日本内科学会学会誌2010；99，49-84  
Geriatric Medicine2012；50,688

第12回

平成25年5月30日

9F会議室A、B

参加者 33名

腹部症状で受診した2症例

発表者 布施恵子(内科)

司会者 高見史朗(総合内科)

《症例1》

【患者】44歳男性