

総合内科症例検討会レポート

平成27年（第19～22回）

第19回

平成27年3月5日(木)

9F会議室A,B

参加者 45名

多発関節痛が持続する中年男性の1例

発表者 島本 紗子（総合内科）

司会者 高見 史朗（総合内科）

【患者】43歳、男性

【主訴】肩のはり、背部痛、足関節痛

【既往歴】扁桃摘出術(10歳時)、尿管結石(2009年ESWL、2015年自然排石)

【内服歴】プロマック®、ボルタレン®、シグマビターン®、トラムセット®、パリエット®

【嗜好】喫煙歴20本/day×23年間、飲酒歴なし

【Sick contact】なし

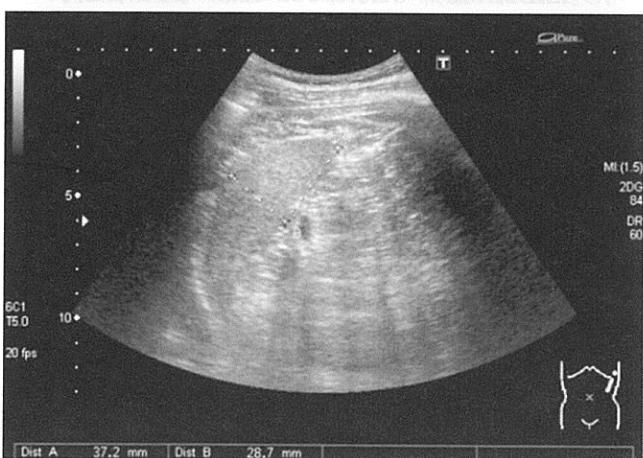
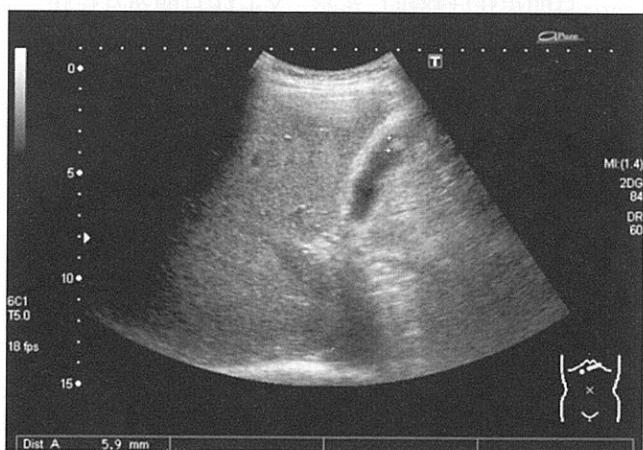
【現病歴】当院受診2カ月前より肩の張り、肩および背中の痛みを自覚し、様子を見ていたところ頸や足にも痛みが出現した。1か月前に近医を受診し、血液検査でWBC 12800/ μ l、CRP(2+)と炎症反応を認めた。鎮痛剤・筋弛緩剤の投与を受け、症状はやや改善したが内服薬なしでは生活に支障をきたしていた。時期は不明だが37-38°C台の発熱も認めるようになり、X月X日に当院紹介受診となつた。

【初診時現症】体温 36.7度、血圧 119/56mmHg、脈拍68/min、SpO₂ 98%(room air)、眼瞼結膜：貧血なし。頸部：リンパ節触知せず。心音：整、雜音なし。肺音：清、ラ音聴取せず。腹部：平坦で軟、腸蠕動音良好、圧痛なし。大関節に腫脹なし。熱感なし。圧痛なし。

手関節にも異常を認めない。四肢・体幹に皮疹なし。

【初診時検査所見】WBC 12900/ μ L (好中球65.5%, 好酸球 5.0%), RBC 4.64×10⁶, Hb 14.5g/dL, Hct 42.3%, MCV 84.8%, Plt 40.6×10⁴/ μ L, D-dimer 1.6 μ g/ml, TP 7.5g/dL, AST 36IU/L, ALT 95IU/L, T.Bil 0.5mg/dL, CPK 81IU/L, LDH 161IU/L, ALP 469IU/L, Na 141mEq/L, K 4.3mEq/L, Cl 104mEq/L, BUN 16mg/dl, Cr 0.75mg/dL, CRP 1.41mg/dL, PCT 0.03ng/mL, ESR(1H) 63.0mm, RF <0.3IU/L,

尿一般：尿糖(-)、尿潜血(-)、尿蛋白(-)、尿亜硝酸塩(-)





尿沈渣：赤血球 1-4/HPF、白血球 50-99/
HPF

【腹部超音波検査所見】胆嚢ポリープ、脾腫なし。
【外注検査】抗核抗体 40倍、抗Jo-1抗体 <0.5,
MMP-3 33.7ng/ml、抗CCP抗体 0.6U/ml、P
R3-ANCA <0.5IU/ml、MPO-ANCA <0.5IU
/ml、抗ミトコンドリア抗体 1.6U/ml、ASO
163IU/ml、アルドラーゼ 5.2U/l、抗ガラク
トース欠損 IgG 1.4、HBs抗原 隆性、HBs
抗体 隆性、抗HCV抗体 隆性
Chlamydia trachomatis IgG 4.53,
Chlamydia trachomatis IgA 0.31

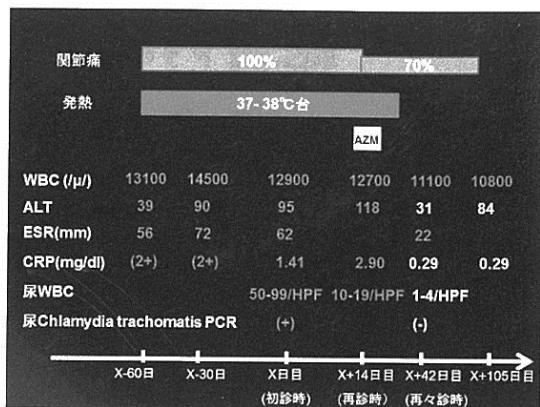
【ほか検査結果】

尿Chlamydia trachomatis PCR(+),
尿淋菌PCR(-)
尿培養 隆性

【再診までの経過】尿中Chlamydia trachomatis
PCR陽性であり、関節痛は反応性関節炎に
よるものが疑われたためアジスロマイシン
2g/day×1日間の投与を行った。内服後2
日間症状は軽快したが、X+16日間から症状
が再燃した。足関節、足の甲、足底部、手関
節の症状が強く、背部痛は軽快した。また体
温は36℃台へと解熱した。X+42日後に再
診した。疼痛はピーク時の70%程度まで改
善していたが、鎮痛剤が手放せない状態であつ
た。同日疼痛の強い左足関節MRIを施行した
が、滑膜の肥厚など異常を認めなかつた。

【再診時検査結果】WBC 11100/ μ L (好中球
59.3%), RBC 4.61×10^6 , Hb 14.1g/dL, Hct
42.1%, MCV 89.3%, Plt $36.5 \times 10^4/\mu$ L, T
P 7.6g/dl, AST 31IU/L, ALT 76IU/L, T.
Bil 0.4mg/dL, LDH 146IU/L, ALP 331IU/
L, Na 139mEq/L, K 4.1mEq/L, Cl 107m
Eq/L, BUN 15mg/dl, Cr 0.72mg/dL, CRP
0.29mg/dL, ESR(1H) 22mm, HLA-B27 (-)
尿一般：尿糖(-)、尿潜血(-)、尿蛋白(-)、尿亞
硝酸塩(-)

尿沈渣：赤血球 1>/HPF、白血球 1-4/HPF
尿 Chlamydia trachomatis PCR(-)



【本症例で疑われる疾患】

Chlamydia trachomatisによる反応性関節
炎疑い

【考 察】反応性関節炎は関節以外の部位の微生
物感染に伴う無菌性関節炎である。発症形式
によって「尿道炎後に発症する型」、「細菌性
下痢後に起こる型」に分類される。

反応性関節炎の診断基準は、①典型的な末
梢性関節炎、②感染の既往の2項目を満たす
症例を反応性関節炎と診断する。

反応性関節炎患者の約60-80%でHLA-B
27が陽性であるが、診断には必要でない。
(本邦ではHLA-B27の陽性率が1%以下であ
り、比較的稀である) 好発年齢は青壮年期
(18-40歳)で男性に多く、好発部位は脊椎
関節や膝、肘、足や手などの大関節で下肢に
多く、急性かつ非対称性に生じる。反応性関
節炎は、原因菌の感染症状出現から1-3週
間後に起こることが多い。数週間-6ヶ月続
くが、多くの症例は一過性に治癒する。約
15-50%は再発性の関節炎を伴う。20%が
慢性持続性の関節炎、脊椎炎へと移行する。
感染が契機となった自己免疫性疾患のため抗
生剤は原則的に関節炎には無効である。急性
期にはステロイドの関節注射、少量・短期間
のステロイド内服などがある。関節炎の遷延
例にはスルファサラジン、メトトレキセート
などの投与を考慮する。

Chlamydiaは最も高頻度な反応性関節炎
の原因である。反応性関節炎は無菌性の関節
炎と定義されているが、近年Chlamydia

検討会レポート

trachomatisが滑膜組織において観察され、DNAやmRNAも検出され滑膜に生きた状態のChlamydiaが検出された。治療に対しては抗生素の単剤投与が行われてきたが、持続感染になることが明らかとなった。2010年に抗生素2剤併用投与（リファンピシン、ドキサイクリン）が慢性期においても有効であることが証明された。

本症例は反応性関節炎の診断基準の2項目を満たした。尿道炎の症状は認めなかつたがChlamydia trachomatis PCRが陽性、IgG抗体も強陽性であり、関節痛はChlamydia trachomatisによる反応性関節炎が考えられる。一方でChlamydia同様に関節性関節炎の原因菌として知られる溶連菌の感染を疑わせるASO上昇があり、溶連菌感染による反応性関節炎の可能性もある。

【参考文献】

- 小林茂人. 口腔・咽頭科2012; 25(1): 47-51.
Sieper J. Ann Rheum Dus 1996; 55: 564.
森田充浩. 関節外科 2012; 31: 133-135.
小林茂人. Modern Physician 2010; 30(12): 1525-1528.
小林茂人. 日本臨床免疫学会会誌 2011; 34(3): 121.
Carter JD. Arthritis Rheum 2010; 62: 1298-1307.

第20回

平成27年6月11日(木)

9F会議室A,B

参加者 35名

発熱・意識障害を来たした15歳男性の1例

発表者 吉田 紀子 (神経内科)

司会者 高見 史朗 (総合内科)

【症 例】 15歳男性

【主 呂】 発熱、頭痛

【現病歴】 新高校1年生。来院1週間前に高校の寮に入寮。来院前日より40度近い発熱、下痢を認めた。発熱、頭痛が継続するため、当院救急外来を受診した。周囲に流行疾患はない。

【既往歴】 特記事項なし

【現 症】 体温 39.2°C、心拍数 113回/分、血圧 91/46mmHg、SpO₂ 96%(RA)、意識清明 Jolt accentuation(+)、項部硬直(-)、Kernig 徴候 (-)

【検査所見】 白血球 13000/mm³(好中球 95.0%)、PLT 102×10³/mm³、CRP 14.5mg/dl、PCT 18.5ng/ml、TP 6.8g/dl、Alb 3.8g/dl、血糖 119mg/dl、LDH 416IU/L、CK 793IU/L、AST 66IU/L、ALT 48IU/L、ALP 496IU/L、BUN 17mg/dl、Cre 1.15mg/dl、PT INR 1.21、APTT 41sec、Fib 386、FDP 23.7、D-dimer 12.2 μg/dl

【髄液検査】 初圧 33cmH₂O、終圧 24cmH₂O、水様透明、細胞数 5/3(单核球1、多核球4)、蛋白 21mg/dl、糖 67mg/dl

【画像所見】 頭部単純CT 慢性副鼻腔炎あり
頭部単純MRI 脳梁膨大部にT2延長、軽度腫脹、拡散制限
FLAIR で両側の頭頂部や右前頭葉脳溝に高信号

【経 過】 来院4時間後に不穏となり、来院7時間後には全身性間代性痙攣を認めた。感染性髄膜炎やヘルペス脳炎などを疑い、CTRX、