

内科セミナー

第97回日本内科学会総会・講演会

来年度の日本内科学会総会・講演会時に行われる内科セミナーのCPCの担当は、内科専門医会に委任されました。来年度は私が司会を担当することとなり、以下の症例を選択しましたが、新しい試みとして、雑誌、インターネットにこれを前もって掲載し、この症例に対する意見を集めた上で、何名かの希望者に当日discussantになっていただこうと考えております。参加ご希望の方は是非この症例に対する意見を添えて日本内科学会事務局までご連絡ください（郵送あるいはe-mailにて）。本年12月末日を持って締め切りとします。

内科専門医によるCPC

日時：平成12年4月8日（土）14時40分～16時

場所：国立京都国際会館メインホール

司会：近畿大学医学部 第三内科 金丸 昭久

東松戸病院 内科 高林 克日己

患者：66歳男性

入院：内科（平成10年12月25日から平成10年12月30日）

主訴：浮腫，発熱。

既往歴：発熱，食欲不振，全身倦怠感，全身の痛み

家族歴：孫のひとりが白血病に罹患

既往歴：平成2年健診にて肝機能障害を指摘され，慢性C型肝炎の診断

生活歴：職業：農業 嗜好：タバコ30本×約45年，アルコール焼酎グラス1杯/日

現病歴：

平成10年11月より右胸部，両下肢，頭部全体をはじめとした全身の鈍い痛み，熱感出現。

12月19日右胸痛増強，食欲不振出現し，某市民病院受診。

12月21日同院にて施行された検査にて炎症反応陽性，CPK 1,808 IU/l・LDH 2,814

IU/lと上昇，胸部CT上右胸水を少量認めた。

12月23日経口摂取不可能となり同院入院。38℃台の発熱，低酸素血症を認め血液培養施行などしつつ様子観察となった。

12月25日発熱持続，下肢の筋痛に伴いCPK，

LDH上昇が続くため，肺炎・筋炎の疑いにて精査加療のため当院紹介入院となった。

入院時身体所見：

血圧150/100mmHg，脈拍82/m（整），体温37.3℃，意識E4V4M6，呼吸数16/m

（O₂ 15 lリザーバーマスク）

一般身体所見

結膜充血あり，貧血・黄疸なし，口腔内やや乾燥，甲状腺触知せず，聴診上心雑音なし，右肺野呼吸音やや低下。腹部平坦・軟，肝脾腫なし，腫瘤触知せず，下肢浮腫なし，末梢冷感なし，表在リンパ節触知せず，皮疹なし

神経学的所見

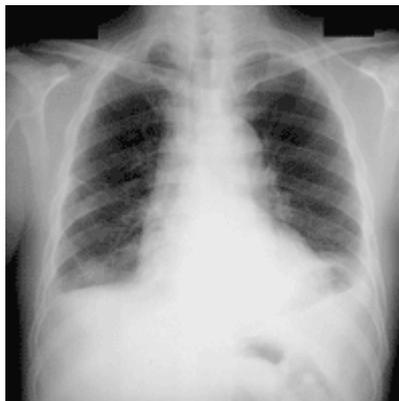
入院時検査所見：

血液検査：WBC 8200/ μ l（neu.70.4%）Hb 17.2g/dl，Ht 49.6%，Plt 15.5万/ μ l，CRP 5.2mg/dl，ESR4mm（1時間値），TP 6.2g/dl，Alb 2.9g/dl，TTT 8.8KU，ZTT 19.2KU，GOT 179U/l，GPT 16U/l，LDH 2,704U/l，ALP 127U/l，ChE 2.73U/ml，T-Bil 0.5mg/dl，CPK 2,010U/l（MN 98%，MB 2.0%），UN 23mg/dl，Cre 0.8mg/d，UA 7.6mg/dl，Na 134mEq/l，K 5.0mEq/l，Cl 102mEq/l，Ca 8.6mg/dl，P 3.4mg/dl，T-Cho 102mg/dl，TG 143mg/dl，Glu 126mg/dl，HbA_{1c} 5.1%，PT 13.0sec.（78%），APTT 35.4sec.（control 29.9sec.），Fib 228mg/dl，FDP 37.4g/ml，AT-III 62%，RF 10.3IU/ml，ANA 20×，Diffuse抗細胞質抗体，CH50 46.6U/ml，C3 72mg/dl，C4 41mg/dl，IgG/IgA/IgM 2,078/189/242mg/dl，Lupus anticoagulant境界域，HCV-Ab（+），HBs-Ag（-），HIV-Ab（-），TPHA（-）。Urinalysis：比重1.025，pH5.0，Pro（+1），OB（+3），Glu（-），Ket（-），Bil（-），Uro（+/-），RBCやや多数/每視野，WBC1-3/每視野，H.cast（+），H.OBD.cast（+），Ep.acast（+），WBC.cast（+），Gra.cast（+），UA（+），BGA：pH 7.408，PaCO₂ 32.2，PaO₂ 80.2，HCO₃ 20.3，BE-2.7（O₂リザーバー全

開) .

胸部X-P (12月24日) 右肺野全体に透過性の低下を認める (図1) .

図1



胸部CT (12月25日) 両側胸水少量あり, 右肺背部に浸潤影を認める. 肺動脈拡大なし, 縦隔リンパ節腫大なし.

入院後経過:

入院後38~39℃の発熱を認め, 感染症を否定できないためCTR× 2g・CAM 200mg/日投与開始, 状態改善次第筋生検を行う方針とした. 第1病日夜より譫妄状態, 第2病日朝には失見当識が明らかとなったため頭部CTを施行, 左前頭葉から脳梁に病変を認めた.

同日施行の髄液検査にて細胞数21/3 (mono 100%), 蛋白上昇, 糖低下から脳膿瘍を否定し得ず, 同日よりCTR× 4g・ABPC 12g (→第3病日metronidazoleに変更)・INH 0.3g・Fluconazole 400mgの投与を開始した. また心臓超音波検査上心機能は良好であったが尿量が少なく, うっ血も出現したため, 腎機能増悪および輸液過多によるDOA投与を開始した. 呼吸状態は著明な変化を認めなかったが, 画像所見上の肺野陰影に比し血液ガス所見が不良であったため, 癌性リンパ管症やその他の血管性病変などを鑑別診断として考えた.

第4病日37℃台の発熱が持続し, CRP 8.9mg/dlと上昇, 筋原性酵素の上昇を認めた. また同日頭部MRIおよび腫瘍原発巣検索のため腹部CTを施行した. 画像上, 脳病変は腫瘍性病変が疑われ, また左副腎の腫大を認めた. ここまで多発性・非区域性の肺野病変およびこれに見合わない低酸素血症, 脳実質病変, 腎機能障害, 筋痛を伴うCPKの上昇を認めていたが, 非典型的な感染症の可能性を否定し得ず, MINO 200mgを追加投与し原因検索を続ける方針とした. 炎症性疾患/自己免疫性疾患なども考えたがステロイド投与は見送った. 第5病日呼吸音正常, 胸部X-P上著変なく, 心臓超音波検査上右心系拡大など肺高血圧所見は認めなかった. しかし呼吸状態が増

悪したため挿管・人工呼吸器管理を開始した。腎機能はBUN 43/Cre 1.8と増悪を認めた。第6病日腎障害はさらに増悪，代謝性アシドーシス出現。朝より呼名に反応消失，その後心肺停止。一時は蘇生に反応し，mPSL 500mg投与するも反応なく，その後2度の心肺蘇生行ったが再度心肺停止し死亡された。

検査所見II

血液検査（12/28）：CEA 2.1ng/ml，SCC 0.7ng/ml，NSE 15ng/ml，シアリルLEX-I抗原54U/ml，シフラ2.9ng/ml，抗RNP抗体7.0U/ml以下，抗SS-A抗体7.0U/ml以下，抗SS-B抗体7.0U/ml以下，抗Jo-1抗体7.0U/ml以下，P-ANCA 10EU未満，トキソプラズマ抗体1024倍， β_2 MG 7.9mg/l。

髄液検査（12/26）：CC 21/3（単核100%）蛋白430mg/dl，糖26mg/dl（12/28）： β_2 MG 9.6mg/l，細胞診class I，クリプトコックス抗原陰性，アスペルギルス抗原陰性，アデノシンデアミナーゼ18.8IU/l。

細菌検査（12/25）：喀痰normal flora，尿100CFU/ml以下，血液陰性。（12/26）：髄液陰性。

抗酸菌いずれもGaffky 0号（培養陰性）。頭部CT（12/26）：左前頭葉から脳梁にひろがるHDAを認める。内部は一部low densityを呈する。周囲の白質もlow densityであり浮腫と思われる。

頭部MRI（12/28）：両側側脳室前角吻側に左前頭葉に張り出すように不整形のenhanced lesionを認める。T1WIにてlow-iso，T2WIにてiso-high intensityを呈し，明らかな隔壁形成は認められない（**図2, 3**）。

胸腹部CT（12/28）：両側胸水あり。Th7-12胸椎椎体全面に軟部影を認める。両側背側肺野に右上肺野優位に浸潤影を認める。

左副腎 2.8×1.5 cmのlow density massあり。腹部傍大動脈リンパ節多数描出（**図4**）。

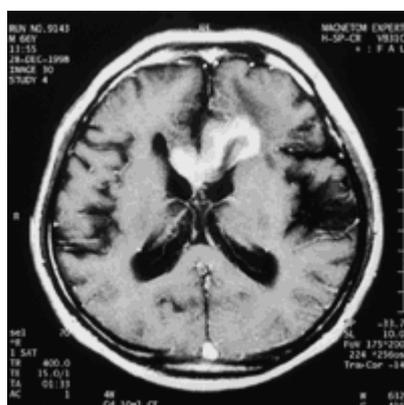


図2 T1強調画像

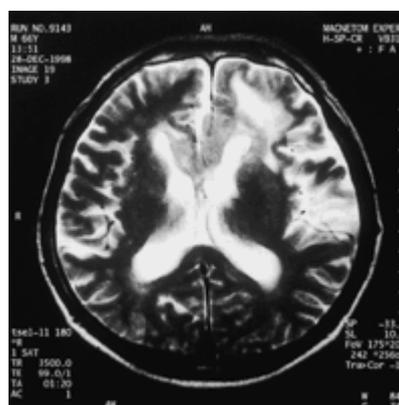


図3 T2強調画像

