

病 歴 要 約

項目No. 症状名 : 3.不眠、7.発熱、29.糖代謝異常

EPOCレポート一覧のNo.症状名を
番号順に記入

年齢：..歳 性別：女性 職業：....

個人を特定できる情報は
記載しない

症例病院名：高知大学医学部附属病院

入院期間：20..年..月10日～20..年..月28日

受持期間：20..年..月1日～20..年..月28日

<診 断>

- | | |
|--------------|---------------------|
| #1 再発性多発性軟骨炎 | #2 左乳癌 (stage II A) |
| #1-1 左耳介腫脹 | #3 II型糖尿病 |
| #1-2 両眼球結膜充血 | #4 高コレステロール血症 |
| #1-3 結節性上強膜炎 | #5 右胸鎖関節亜脱臼 |
| #1-4 鼻背腫脹 | #6 不眠症 |
| #1-5 右感音性難聴 | |
| #1-6 前庭機能障害 | |

経験症例にはマーカーを付ける。

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: 当院外来 (・・・科) 他医へ依頼 () 転院 ()

<入院病歴>

主 訴: 発熱
 家族歴: 父_糖尿病、滲出性中耳炎、妹_糖尿病
 既往歴: 20..年～ 糖尿病、高脂血症
 嗜好歴: アルコール_機会飲酒、タバコ_無し
 患者プロフィール: 未婚、一人暮らし、元国体ゴルフ選手

<現病歴>

生来健康であった。2004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CFPN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高知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10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が存在することに気がついてしたが、同院では特に相談を行わなかった。

身体所見: 身長159.6 cm、体重60.3 kg、BMI 23.85、体温 36.4℃、血圧(右) 134/88 mmHg、(左) 133/80mmHg、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、両側難聴あり。

検査所見:

血 算: WBC 12,600 / μ l、RBC 412万 / μ l、Hb 12.3 g/dl、Hct 36.8 %、Plt 31.9万 / μ l生化学: AST 14 IU/L、ALT 14 IU/L、LDH 179 IU/L、 γ GTP 27 IU/L、TP 6.5 g/dl、Alb 3.6 g/dl、

Che 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、Glu 134 mg/dl
 HbA1c 8.6%
 Na 141 mEq/L、K 3.6 mEq/L、Cl 100 mEq/L、Ca 9.2 mg/dL、P 2.9 mg/dl
 血 清：TPHA (-)、HBsAg (-)、HCVAb (-)、CRP 1.0 mg/dl、ESR 48 mm/hr、Ig-A 480.7 mg/dl、
 Ig-G 910.0 mg/dl、Ig-M 179.1 mg/dl、補体C3 113.4 mg/dl、C4 30.1 mg/dl
 CH50 45.6 mg/dl
 凝 固：PT 12.6 秒、APTT 24.5 秒、Fib 320 mg/dl、FDP-Dダイマー 0.6 μg/ml、
 C-peptide 0.64 ng/ml、抗GAD抗体 <0.4
 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(-)、ウロビリノーゲン(-)、亜硝酸塩(-)
 尿沈渣：RBC 0 /HPF、WBC 0 /HPF、上皮cell 少量、cast (-)、bacteria(-)
 M R I：右胸鎖関節亜脱臼あり
 左耳介軟骨病理所見：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、軟骨の変性を伴う。

<入院後経過>

- #1 再発性多発性軟骨炎 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、再発性多発性軟骨炎と診断され、プレドニゾン50
 mg/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 左乳癌 入院時の診察及びマンモグラフィー、エコー、胸部造影CTにて左上胸部にφ2~2.5
 cmの腫瘤が認められ、乳房穿刺の結果はadenocarcinoma, classV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
 いと外科医が判断した。局所再発のリスクが高くなることを説明し、患者の了解を得た
 上で、6月9日に局所麻酔下に腫瘤摘出術、6月23日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月29日よりエキセメスタン(25mg)1錠の内服を開始した。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。7月15日に
 骨シンチを行い、右胸鎖関節に集積がみられたが骨転移の所見は認められなかった。
- #3 糖尿病 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
 スリンリスプロを継続していたが、血糖コントロール不良であったため、5月26日より
 ヒトインスリン注射液3/7 (10-0-18-0)へ変更した。その後も夕・眠前の血糖が200~300
 mg/dlにまで上昇したため、(22-0-6-0)へ変更することで改善した。7月13日の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 高コレステロール血症 入院時よりプロブコール250 mg/day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月28日よりアトルバスタ
 チンカルシウム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。
- #5 不眠症 入院直後より、不眠が認められたが、環境の変化によるものと考えられた。入院
 中はゾピクロンを投与したが、退院時は本人が不要と判断したため、退院時に処方を行
 わなかった。

<退院時処方>

famotidine	(ガスター)	20 mg	分1 朝後
alendronate sodium hydrate	(フォサマック)	5 mg	分1 朝後
sulfamethoxazole/trimethoprim	(バクタ)	480 mg	分1 朝後
prednisolone	(プレドニン)	20 mg	分1 朝後
atorvastatin calcium hydrate	(リピトール)	10 mg	分1 朝後

exemestane (アロマシン) 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⁾。

- ①Bilateral auricular chondritis
- ②Nonerosive, seronegative inflammatory polyarthritis
- ③Nasal chondritis
- ④Ocular 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エヌセイドで十分コントロールできる例もあるが、不十分な場合にはダブソンあるいはプレドニンが有効である。本症例もプレドニンが著効しており、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 N0M0)と判断した。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考えられる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.

担当研修医名： 高知大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター ○ ○ ○ ○

担当指導医名： 高知大学医学部附属病院 . . . 科 ◇ ◇ ◇ ◇

<レポート作成にあたっての注意点>

1. フォントは明朝体の11ポイントを用い、英・数字は全て半角とし、インデントなどを用いて見やすく整える。
2. 年号（和暦または西暦）、句読点（、。または、.）を統一する。
3. 薬品名は一般名を用い、なるべくカタカナで記載する（商品名を記載する必要がある場合には初出時に注釈を記載）。一般化されていない場合は原語を用いて良い。
4. 薬品名と用量、検査項目と数値、数値と単位などの間は半角スペースを入れる。
5. 細菌などの学名はイタリック体、2命名法によって属名の1字目は大文字にし、2回目以降は属名を1文字に省略する。
6. 参考文献の記載方法
 - 1) 単行本の場合 著者名あるいは編者名／書名／出版社／出版年／ページ数
 - 2) 論文の場合 著者名／タイトル／本・雑誌名／出版年／巻数・号数／ページ数
 - 3) Web ページの場合 作成者／タイトル／URL／アクセスした日付