

た。本症例では内服薬を中止しても肝不全が進行し回復に長期間必要とした経過から、MTX による肝障害と考えた。

結語：MTX を使用する際、特に腎機能低下例、NSAID 併用例では血中濃度が上昇しその毒性が問題となるため、注意深い経過観察が必要である。

2) 皮膚筋炎、自己免疫性肝炎様の症状を呈しながら、筋及び肝組織に異常を認めなかった一例

藤田 信也・田部 浩行 (長岡赤十字病院)  
 牧野邦比古・永井 博子 (神経内科)  
 渋谷 倫子 (同 皮膚科)  
 広瀬 慎一・佐伯 敬子 (同 内科)  
 田中 恵子 (新潟大学脳研究所)  
 (神経内科)

症例は、17歳の男性。1997年2月眼瞼の浮腫が出現。4月、手関節の皮疹、関節痛、手背の浮腫が出現。5月15日当院内科受診。顔面・手の皮疹とCKの上昇を認め、皮膚筋炎を疑われ、当科紹介され、5月15日第1回目の入院。#1顔面蝶形様紅斑、ヘリオトロブ様皮疹、爪囲の皮疹、Gottoron様皮疹、#2顔面、手背の浮腫、#3関節痛、#4微熱、を認めたが、筋力低下は認めなかった。CRPは陰性で、WBC3600とやや低下していたが、免疫グロブリン、血清補体価は正常。CK900と上昇し、GOT528、GPT424、ALP221、LDH1412、ChE0.92、 $\gamma$ GTP156、T.BiL0.5、と肝機能障害を認めた、抗核抗体、抗DNA抗体やRNP、カルジオリピン、Sm、SS-A、SS-B、P-ANCA、C-ANCA、Jo-1に対する抗体は陰性であった。皮膚筋炎や自己免疫性肝障害を考え、肝生検と筋生検を行ったが、どちらも異常を見いだせなかった。安静にて検査所見は正常化したため6月28日退院したが、その後全身の浮腫、脱毛、筋力低下が出現し、8月27日に第2回目の入院となった。筋力低下は近位で2レベルで、38度台の発熱があり、黄疸も出現。TSHの上昇、甲状腺機能低下の所見も進行し、9月12日よりPSL60mgの投与を開始し、著効した。自己免疫疾患の臨床像を呈していたが、組織学的、血清学的に所見が乏しく、病気の位置づけに苦慮した。

3) 慢性関節リウマチに合併した甲状腺原発悪性リンパ腫の一症例

瀧澤 淳・鈴木 訓充  
 樋口 渉・青木 定夫 (新潟大学)  
 相澤 義房 (第一内科)

症例は53歳、男性。20歳時に慢性関節リウマチ(RA)の診断を受けていた。1993年1月、甲状腺腫を指摘され、近医を受診。慢性甲状腺腫と診断され、チラージンの内服開始した。このとき、IgG $\kappa$ -typeのM蛋白血症も指摘されたが、精査の結果、MGUSと診断され、経過観察されていた。1994年1月、IgG高値が著明となり、MP療法が開始され、その後、PSL10-20mg/dayの内服を続けていた。1997年になり、甲状腺腫の急激な増大傾向が認められ、3月3日当科に入院となった。入院時身体所見では、15×8cmの巨大な甲状腺腫を認めたが、表在リンパ節腫大、肝脾腫は認めなかった。検査所見では、抗甲状腺抗体が高値であり、RFおよび抗核抗体が陽性で、IgG2700と高値であった。EBウイルス抗体は既感染パターンであった。確定診断のため、甲状腺生検を施行し、T細胞の浸潤が著明であり、判定困難であったが、LELを認め、MALTリンパ腫と診断した。T-COP療法を4クール施行したが、甲状腺腫は縮小せず、甲状腺全摘術を行った。手術後、IgG値は低下したが、4か月後に腎不全、皮下腫瘍、肺腫瘍にて再発した。腎生検、皮下腫瘍生検の結果、小型T細胞のびまん性浸潤像が認められた。凍結保存していた甲状腺検体を含め、サザン解析を再検討したところ、3検体に共通なTCR $\beta$ の再構成バンドを認め、T細胞リンパ腫と診断された。しかし、EBウイルスTRプローブを用いたサザン解析では、甲状腺にのみEBウイルスのモノクローナルな取込みを認め、甲状腺全摘術後にM蛋白の消失がみられたことから、甲状腺はB細胞性リンパ腫も混在していた可能性は否定できない。一般的にRAに合併する悪性リンパ腫はびまん性大細胞型の報告が多く、貴重な症例と考えられた。