

内服にて経過観察されていた。2007年9月に肝S8, S6にHCC指摘され手術を行っている。2008年1月にIFN導入のため当科入院となった。既往歴として、十二指腸潰瘍に対して手術行われており、その際に輸血歴あり。身体所見に特記すべき事項なし。血液検査では軽度の貧血を認めた。肝組織評価はF2, A2。SerogroupはGroup2, HCV-RNA量は4.6log.IU/mlと低ウイルス量であった。以上よりPEG-IFN α -2a単剤24週投与とした。2008年1月にIFN導入し、開始2週目でHCV-RNAは未検出となりRVRであった。導入してから20週目のころより手首、肩、指等に関節症状現れ徐々に増悪したため6月に当院整形外科を受診し、関節炎として経過観察されたが、症状は遷延していた。11月の血液検査でTP, γ グロブリンの著明な上昇あったため、血液内科専門医へコンサルトした。精査にて多発性骨髄腫等の血液疾患は否定されたが、関節症状より関節リウマチ疑われたため、膠原病内科へコンサルトされた。RF, 抗CCP抗体を検査すると共に陰性だったが、多発する関節痛と朝のこわばり、CRP陽性であったことより、血清反応陰性関節リウマチと診断され治療開始。抗リウマチ薬にステロイドを追加し関節症状の改善が見られた。

【結語】今回、IFN療法中に発症したと考えられるseronegativeRAの1例を経験した。同様の症例報告は無く、稀な副作用と考えられるが、IFN治療後に関節症状が遷延した場合は、血清反応陰性でもRAの可能性を考慮する必要がある。

11 C型慢性肝炎に対する3剤併用療法における間質性肺炎マーカーの検討

本田 博樹・石川 達・窪田 智之
木村 成宏・堀米 亮子・岩永 明人
関 慶・本間 照・吉田 俊明

済生会新潟第二病院消化器内科

12 原発性硬化性胆管炎(PSC)と鑑別を要したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

中村 厚夫・野澤優次郎・遠藤 新作
八木 一芳

県立吉田病院内科

症例は63歳、女性。肝内胆管の拡張を認め精査入院。検査成績でIgG4は50.5mg/dlと正常、抗核抗体は1280倍。腹部造影CTで肝内胆管の拡張、総胆管の壁肥厚、リンパ節の腫脹を認めた。脾腫大は認めなかった。ERCPでは総胆管壁の不整、肝内胆管の不均一な拡張を認めた。膵管に異常は認めなかった。IDUSで肝内胆管から下部胆管まで不均一な内側低エコーの肥厚を認めた。胆管生検、肝生検でPSCとは診断できないが硬化性胆管炎の所見であった。6ヶ月の経過観察では著変はなかった。胆管像はPSCを疑うが胆管生検のIgG4免疫染色を行ったところ陽性となり、プレドニン30mg経口投与を開始した。CT、ERCP、IDUSで胆管像の軽快を確認した。血清IgG4が正常でも免疫染色を行い診断、治療を行う事が重要である。

13 抗ミトコンドリア抗体陽性の肝障害の1例

有賀 諭生・坂牧 僚・津端 俊介
山川 雅史・平野 正明

県立中央病院消化器内科

症例は56歳、女性。

【既往歴】潰瘍性大腸炎で大腸全摘術施行、UC関連関節炎、ステロイド糖尿病、出血性十二指腸潰瘍。

【現病歴】平成14年に潰瘍性大腸炎と診断、平成15年にUC関連関節炎と診断された。この頃から軽度の肝障害を認めていたがアルコール性と考えられていた。平成23年10月から持続的な肝障害の増悪を認め、平成24年10月にtransaminaseが3桁まで上昇した。AMA:320倍、M2抗体:136.3と高値であり、PBCと考えられた。同年11月に、肝生検目的に入院した。

【経過と結語】肝生検組織では脂肪肝が主体であり、胆管病変は認めず、線維化も軽度であった。当初はPBCと断定できなかったが深切りでgranulomaを認め、PBCと診断した。PSCとUCの合併は良く知られているが、PBCとUCの合併は英語で報告されたもので15例のみであり、きわめて稀と思われた。

14 亜急性甲状腺炎を併発した自己免疫性肝炎の2例

今井 径卓・林 和直・佐藤 俊大
五上川 修・片桐 尚*

柏崎総合医療センター消化器内科
同 内分泌内科*

〔症例1〕63歳、女性。自己免疫性肝炎（以下AIH）にてプレドニゾロン（PSL）5mg/日内服中であつた。38°C台の発熱、咽頭痛を主訴に当科受診、右側甲状腺の腫脹と圧痛を認め、血液検査所見はAST 106 IU/l、ALT 136 IU/lと肝障害、FT3 8.40 ng/ml、FT4 3.26 ng/dl、TSH 0.0071 μ IU/mlと甲状腺機能亢進症を認めた。甲状腺エコーにて圧痛部位に一致した低エコー領域を認め、亜急性甲状腺炎と診断、PSL 30mg/日内服に増量したところ、約1ヶ月で肝機能、甲状腺ホルモンともに正常値まで回復した。軽快後、PSL内服量は5mg/日まで徐々に減量した。

〔症例2〕43歳、女性。AIHにてPSL 7.5mg/日内服中であつた。呼吸苦、咽頭痛を主訴に救急外来を受診、咽頭炎の診断で抗生剤を処方された。その後も咽頭痛は治まらず、38°C台の発熱も出現したため、耳鼻咽喉科へ受診、血液検査はAST 49、ALT 73と肝障害、FT3 6.61 ng/ml、FT4 3.30 ng/dl、TSH 0.0124 μ IU/mlと甲状腺機能亢進症を認めた。亜急性甲状腺炎と診断され、PSL 7.5mg/日内服のまま経過観察したところ、約1ヶ月で、肝機能、甲状腺ホルモンともに改善した。

【考察】AIHに亜急性甲状腺炎を併発した場合、誤って肝障害をAIHの再燃と診断してもPSL増量にて軽快はするが、その後のPSL維持量を不

必要に増量してしまう可能性がある。従って、AIHの経過中に、発熱、咽頭痛、前頸部痛を伴う肝障害を認めた際は、亜急性甲状腺炎併発の可能性も考え、慎重に診断する必要がある。

15 健康食品が原因と考えられた急性肝不全の1例

荒生 祥尚・五十嵐健太郎・佐藤 里映
五十嵐俊三・佐藤 宗広・相場 恒男
米山 靖・和栗 暢生・古川 浩一
杉村 一仁

新潟市民病院消化器内科

症例は50歳代、男性。にんにく卵黄の摂取歴あり。5日前より感冒症状認め、開業医受診、血液検査でGOT 8825 IU/l、GPT 7750 IU/lを認めたため当院へ紹介された。肝性脳症Ⅱ度、PT 7%であり昏睡型急性肝不全と診断、第2病日に興奮状態になった。家族は肝移植を希望されず、血漿交換療法・持続的血液濾過透析を施行した。凝固能は改善を示し、肝の萎縮も認めず、経過良好で第20病日に退院した。第4病日のDLSTではにんにく卵黄が強陽性であり、DDW-J 2004薬物性肝障害診断基準で10点と薬物性肝障害が強く疑われた。にんにく卵黄が原因で発症した昏睡型急性肝不全の報告は今までなく稀であると考えられたため報告する。

16 肝障害を契機に発見されたツツガムシ病の5例

佐藤 知巳・渡辺ゆかり・高綱 将史
堂森 浩二・佐藤 明人・福原 康夫
渡辺 庄治・富所 隆・吉川 明
長谷川秀浩*・五十嵐俊彦*

長岡中央総合病院消化器病センター
内科
同 病理部*

【背景】ツツガムシ病はOrientia tsutsugamushiを保有するツツガムシ幼虫の刺咬によって発症する。本症は過去には新潟、山形、秋田の致死率の高い風土病として知られていたが、1980年頃