

膜症はまれな合併症ではなく、注意すべき病態と考え、症例を提示する。

〔症例1〕39歳，女性．自然流産の既往がある．85年，SLEと診断された．抗CL抗体陽性で，APTTの延長を認めた．87年7月，PSLを開始し，10mgで維持していた．92年9月，大動脈弁閉鎖不全症（AR）Ⅲ°と診断された．93年1月，脳梗塞を発症．98年12月，再度，脳梗塞を発症し当院神経内科に入院した．ARⅢ°，CH50の低下，BFP，抗CLβ2 GPI抗体価の上昇を認めた．経食道心エコーで，大動脈弁の3弁尖に，肥厚を認めた．PSLを10mgから40mgに増量後，CH50は上昇したが，抗CLβ2 GPI抗体価の有意な低下は認めず，心エコー上もARの改善は明らかではなかった．

〔症例2〕42歳，女性．77年，SLEを発症した．PSL60mgを開始し，PSL10mgで維持された．91年から，血小板減少が持続し，96年2月には，ARⅣ°と診断された．99年6月，左下肢痛を認め，IVDSAで，左膝窩動脈の閉塞を認めた．この時，ループスアンチコアグラント（LAC）が確認された．抗凝固療法を開始し，当科に入院した．CH50は低下し，抗DNA抗体価は軽度上昇していた．PSLを40mgに増量したところ，CH50の上昇と，LAC測定時の凝固時間の短縮を認めた．経胸壁心エコーでは，大動脈弁右冠尖の弁尖と弁の中央に，輝度の上昇を認め，Ⅲ°のARを認めたが，PSL増量2ヶ月後においても，著明な変化は認めなかった．

【考察】SLEにおける心病変として，Libman-Sacks心内膜炎が知られているが，近年，その発症に抗リン脂質抗体が深く関わっていることが示されている．原発性APSに併発した重症僧帽弁閉鎖不全症に，PSL40～60mgが有効であったとする報告もある．当科で経験したAPSを合併したSLE2症例では，ステロイドの増量によるARの改善は明らかではなかった．

II. 特別講演

「強皮症の病態と治療」

北里大学医学部内科

近藤啓文

第70回膠原病研究会

日時 平成12年6月28日（水）
午後6時
会場 新潟大学医学部
有壬記念館

I. 一般演題

1 IgM(κ)型Mタンパク血症とクリオグロブリン血症を伴った悪性関節リウマチの1例

安宅 謙・伊倉真衣子
長谷川 尚・各務 博
伊藤 聡・大淵 雄子（新潟大学）
中野 正明・下条 文武（第二内科）
村上 修一（県立瀬波病院リウマチセンター内科）

症例は50歳，女性．慢性関節リウマチ（RA）に罹患して15年後に，悪性関節リウマチ（MRA）を発症した．血小板減少，急性腎不全を合併し当科に紹介入院した．入院後，血液透析に導入，IgM(κ)型Mタンパク血症，II型クリオグロブリン血症を認めた．MPO-ANCAは陰性であった．ステロイド・パルス療法，PSLのみでは，血小板減少，低補体血症が持続したため，血漿交換療法，免疫抑制剤（AZT）を併用して治療中である．

【考察・結語】MRAではRAに比してクリオグロブリン血症を合併する頻度が高い．Mタンパク血症を伴うRAでは，リンパ増殖性疾患の合併に注意する必要がある．MRAでは，クリオグロブリン血症，Mタンパク血症，本例では陰性であ