最高齢発症の MRA であり，治療に難渋している．吐血により DMARD の中止をしたことが，MRA 発症の要因になったと考えられ，胃病変治療のための RA 治療の中止は，望ましくないと考えられた．

Ⅱ．特　別　講　演

「リウマチ様疾患と胸腺外文化T細胞」

新潟大学医学部医動物学教授
安　保　　徹 先生

第58回膠原病研究会

日　時　平成6年6月8日（水）
午後5時45分～
場　所　有壬記念館

Ⅰ．一　般　演　題
（テーマ：膠原病と悪性腫瘍）

1）膠原病と悪性腫瘍

佐藤健比呂（新潟県立中央病院内科）

膠原病と悪性腫瘍の関係を考える上で，臨床的に重要なのは，1）膠原病様症状を呈する悪性腫瘍（腫瘍随伴症候群）と，2）特殊な悪性腫瘍を合併しやすい膠原病の2点であり，後者では，膠原病疾患自体による免疫監視機構の破綻と使用薬剤（免疫抑制薬）の影響を考えなければならない．

腫瘍随伴症候群としては，

1．筋　症（皮膚筋炎－多発性筋炎）
2．関節症
　a）肥大性骨関節症
　b）アミロイドーシス
　c）二次性痛風
　d）癌性多発関節炎
3．その他
　a）ループス症候群
　b）壊死性血管炎
　c）クリオプロテイン
　d）免疫複合体病
　e）反射性交感神経性ジストロフィー症候群
　f）強皮症
　g）多発性動脈炎
　h）リウマチ性多発性筋痛症
　i）脂肪織炎
　j）多発性軟骨炎
　k）ループス抗体症候群
　l）細菌性関節炎
　m）骨軟化症

などが挙げられる．

一方，SLE，RA，PSS と特定の悪性腫瘍との関連は強くないと考えられるが，皮膚筋炎と固形癌，シェーグレン症候群とB細胞性リンパ腫との関連は強いと考えられる．

2）悪性腫瘍合併を疑わせる病態を呈した RA 患者の検討

伊藤　聡・野沢　悟（新潟県立瀬波病院リウマチセンター内科）
石川　肇・遠山知香子
中園　清・村澤　章（同　整形外科）
根本　啓一（県立がんセンター病理部）
荒川　正昭（新潟大学第二内科）

悪性腫瘍を疑わせる病態や検査結果を呈した RA 患者について報告する．症例1：66才女性．昭和39年 RA が発症し，近医で PSL 最大1日 15 mg を約10年間使用していた．平成6年7月20日から食思不振が出現し，28日入院した．CEA 5.8 ng/ml，CA 19-9 61 U/ml と，腫瘍マーカーの上昇が認められ，その後 DIC，吐血，下血をきたした．CEA は 24 ng/ml とさらに上昇し，11月18日死亡した．剖検では，癌は認められず，CEA 上昇の原因は明らかでなかった．症例2：58才，男性．体重減少，食思不振があり，CA 19-9 が 120 U/ml と上昇していたが，胆汁逆流性胃炎が認められ，MTX による胃蠕動の低下が原因と考えられた．MTX を中止，シメチジンなどを使用し，CA 19-9 は 8 U/ml に低下した．症例3：60才，女性．14～5年前から頸部リンパ節腫脹があり，CA 19-9 が 420 U/ml と上昇していた．症例4：58才，女性．1年間に 20 kg の体重減少があり，LDH が，1,340 IU/L と上昇していたが，多発性胃潰瘍を治療し，PSL，D-Pc により RA の活動性を抑えたところ，体重増加があり，LDH は正常化した．症例5：58才，女性．ALP が，1,065 IU/L と上昇し

ていたが，閉塞性細気管支炎を認め，マクロライドを使用したところ，CRP は低下し，ALP は正常化した．症例6：60才，女性．血小板が，$98.9\times10^4/mm^3$ と増加していたが，MRA の発症が明らかになり，PSL，シクロホスファミドを使用し，CRP は低下，血小板数も正常化した．症例7：59才，女性．下血を認めたが，注腸造影に異常はなく，アミロイド，血管炎も証明できなかった．症例8：66才，男性．肺腫瘤，喀血があったが，肺生検でアスペルギルス症と診断，Felty 症候群による易感染性が原因と考えられた．

一方，458例中，5例に悪性腫瘍を認め，うち2例は摘除可能であった．RA 患者では，悪性疾患類似の病態や検査所見を呈することがあり，疾患活動性と関連することが多いことが注目されるが，真の悪性疾患の合併もまれではなく，諸検査を十分に行うことが，重要と思われた．

3）肥大性骨関節症の1例

中野　正明（新潟大学第二内科）

症例は37歳の男性．両側の膝関節痛を主訴として受診．初診時，身体所見として，37.5度の微熱を認めたが，心・肺・腹部に異常なし．両側膝関節に腫脹と熱感あり．バチ指を認める．手指と足趾は浮腫状で足背に浮腫あり．検査上，CRP 3（＋），赤沈 119 mm/h と炎症所見を認めたが，RA（－）で，その他に免疫学的に異常所見なし．

当初，慢性関節リウマチの疑いとして，NSAID，その後ステロイドを使用し，自覚的にも炎症所見もやや改善していた．

しかし，その後，治療抵抗性の咳嗽が出現し，胸部X線検査で，右上肺野に腫瘤陰影を認め入院．精査の結果，肺陰影は肺癌（腺癌）と判明し，リウマチ症状は，肺癌に伴う肥大性骨関節症（HOA）による症状と判断された．

HOA はバチ指，滑膜炎，増殖性骨膜炎を三主徴とする疾患で，paraneoplastic syndrome に属する比較的まれな疾患である．基礎疾患として肺病変（特に肺癌）を有するものが多く，しばしば，重篤な基礎疾患の症状の発現前に，HOA の症状のみを呈する場合がある．

HOA の診断に際しては，肺癌などの基礎疾患の検索が重要と考えられ，HOA は，リウマチ性疾患と悪性腫瘍との関連で銘記すべき疾患と思われ，報告した．

4）シェーグレン症候群に合併したB細胞性リンパ腫

永井　孝一・阿部　惇（新潟県立中央病院内科）

膠原病類縁疾患に合併する悪性リンパ腫（NHL）の発症は，全身性の免疫異常や，局所の慢性炎症との関連で注目されている．今回，シェーグレン症候群（SjS）に合併した2例の NHL を報告する．【症例1】69才女性．S61年8月 SjS と診断．S63年10月右胸痛出現，11月胸水より diffuse large cell type，CD20＋，Sm-IgG，k＋ の B-NHL と診断．貧血，血小板減少はなく，肝機能も正常．LDH 461 IU/L，ANA 1,280倍，抗 SSA 抗体16倍，抗 SSB 抗体－，抗 DNA 抗体－，抗 RNP 抗体－，抗 Sm 抗体－．表在リンパ節，耳下腺，肝，脾腫大は欠くも，CT 上，胸膜肥厚，右胸水と縦隔リンパ節腫脹を認めた．CHOP にて CR となるも，H2年7月再燃，白血化し8月13日永眠した．再燃時，複雑な染色体異常を認めた．【症例2】59才女性．H2年4月リンパ節腫脹にて来院，SjS と診断．リンパ節は no malignancy．8月より耳下腺，リンパ節腫脹の増大を認め，生検にて diffuse mixed cell type，CD20＋の B-NHL と診断．貧血，血小板減少はなく，肝機能も正常．LDH 506 IU/L，ANA 2,560倍，抗 SSA 抗体32倍，抗 SSB 抗体32倍，抗 DNA 抗体－，抗 RNP 抗体－，抗 Sm 抗体－．化学療法にて CR 中．【考察】SjS では約5％に NHL の合併が認められ，耳下腺，リンパ節の急速な腫大 LDH の上昇等が指標と報告されている．また，SjS 固有のリンパ節，耳下腺腫脹は浸潤T細胞由来で，B-NHL の合併が多いことより，表面形質の検索も鑑別診断に有用と思われた．

5）乳癌の手術後症状が増悪し，皮膚筋炎と診断された1例

菊池　正俊・杉本　和美（新潟市民病院腎膠原病科）
斉藤　徳子・吉田　和清
佐藤　信輔（同　皮膚科）
渋谷　宏行（同　臨床病理部）

乳癌の手術後症状が増悪し，皮膚筋炎と診断された1例を経験したので報告する．

症例は45歳，女性．主訴は筋肉痛，筋力低下，皮疹．家族歴では姉が強皮症で死亡．現病歴では，平成6年1月中旬に右乳房のしこりに気付き，当院外科を受診し，右乳癌の診断で2月23日，手術を施行した．その頃より，