

第 97 回膠原病研究会

日 時 平成 25 年 11 月 5 日 (火)
午後 6 時～
会 場 新潟大学医学部 有壬記念館

2 SLE に伴う Jaccoud 関節炎に対する手指機能
再建術の 1 例

親川 知・石川 肇・阿部 麻美
伊藤 聡・中園 清・大谷 博
小林 大介・宮川 祐介・大倉 千幸
村澤 章

県立リウマチセンター

I. 一 般 演 題

1 関節リウマチの病態における酸化ストレスおよび酸化ストレス応答系の関与

近藤 直樹・佐野 博繁・根津 貴広*
工藤 尚子・藤沢 純一・遠藤 直人

新潟大学大学院医歯学総合研究科
機能再建医学講座整形外科学分野
長岡赤十字病院リウマチ科*

関節リウマチ (RA) の患者血清中の酸化ストレス度をフリーラジカル解析装置 (Wismer, Diacron, Italy) を用いて評価検討した。生物学的製剤非投与群の酸化ストレス (d-ROM) 値 449U.CARR. に対し, TNF 阻害薬群では 388U.CARR., トシリズマブ (TCZ) 群では 270U.CARR. と有意に低かった。エタネルセプト (ETN) あるいは TCZ) を導入した RA 症例で前向き研究を施行した。いずれの場合も RA においては DAS28 の低下とともにすみやかに d-ROM 値は低下し, 1 年後も低く維持されていた。ETN では MMP-3 値, TCZ においては DAS28 と最も有意な正の相関を示した。RA-FLS 培養でも抗酸化剤 N-アセチルシステインの投与により VEGF 蛋白濃度は高度に低下することから酸化ストレスの RA の病態における関与が示唆される。また生体防御系の主たるシグナルである Nrf2/Keap1 経路に着目し, RA 臨床検体では Nrf2mRNA およびタンパクが高発現している知見を得ている。さらなる機序解明に向け検討中である。

症例は 71 歳, 男性。

【主訴】両手指高度変形による把持障害。

【現病歴】13 年前に両手指関節痛があり他医で RA と診断。2 年前より急速に手指の変形が進行し, 握力低下と共に巧緻障害が出現したため当センター受診。全身痛とこわばり, 両手指関節腫脹と変形, 両手指, 足趾の冷感があり, CRP が 3.0 で RF 陽性, 白血球減少を認め, 抗核抗体, 抗 DNA 抗体ともに陽性。分類基準の 11 項目中 4 項目を満たし, SLE と診断した。

【身体所見】両手の示指から小指にはスワンネック変形と尺側偏位を認め, 右母指はボタン穴変形, 左母指はスワンネック変形を認めた。手指は自動屈曲制限認めたが, 他動的には関節可動域は保たれ, 徒手矯正可能。DASH スコアは 68.3 点。

【X線所見】変形は高度だが, MP 関節は非びらん性関節炎の所見。右中指中手骨頭の橈・掌側に hook like erosion を認めた。

【手術所見】右手 母指から小指 MP 関節に人工指関節置換術 (Swanson), 母指 IP 関節と示指 DIP 関節に固定術。左手 母指 CM 関節形成術 (Thompson 法), 母指 MP 関節と中指 DIP 関節固定術, 示指から小指 MP 関節に人工指関節置換術 (Swanson)

【術後所見】DASH スコア 51.7 点に改善。手指の変形は矯正され, 握り動作も可能となった。

【考察】SLE に伴う Jaccoud 関節炎による MP 関節屈曲変形の再建術を施行する場合, 軟部支持組織が弛緩し破綻していることが多い。バランス再建のみでは, 術後 70% の指で再発するとの報告がある。罹患関節の骨切除と一体型シリコンインプラント挿入とバランス再建を併用した関節形成術を行うことで, 良好な手術効果が得られ

る。

【まとめ】SLEのJaccoud関節炎による高度指変形と把持障害に対して機能再建術を行った1例を報告した。

3 血管炎の関与が疑われた抗リン脂質抗体陽性深部静脈血栓症の1例

菊地 珠美・古塩 奈央・関川 崇
森山 裕之・荻野宗次郎

新潟労災病院内科

症例は76歳，女性。

【主訴】発熱，両下肢の浮腫。既往歴：腰椎圧迫骨折。

【現病歴】2011年8月圧迫骨折入院中に浮腫出現，11月初診，CTで深部静脈内に血栓を認めワルファリンを開始。当時発熱や炎症反応上昇なく，浮腫は徐々に改善した。経過中，足背に潰瘍を認めたが外用で完治。その後浮腫増悪，発熱も伴い入院。CRP7.8。入院後38度台後半の発熱と平熱を繰り返していた。いずれの抗生剤にも解熱傾向なく，malignancyの所見もなし。抗リン脂質抗体陽性以外に血清学的な特異所見なく，抗リン脂質抗体症候群に関連した血管炎を想起し，PSL30mgを開始。開始直後から解熱傾向と浮腫の改善を認めた。経過順調だったが，突然高度の下血，Hb3.3，輸血を行った。出血源は不明であったが，その後再発なく10月末に退院。退院後浮腫の増加みられたが，発熱，CRP上昇なく，うっ滞によるものと考えて利尿剤を少量追加。CRP陰性を確認しながら徐々にPSL減量。12.5mgまで減量した時点で貧血の進行とCRP上昇傾向認め15mgに再増量し以後安定。現在10mg内服中。現在の浮腫は下肢末端に局限している。

【考察】抗リン脂質抗体症候群モデルマウスにおいて，組織障害の機序は血栓よりむしろ補体活性による炎症の関与が大きいこと，抗リン脂質抗体陽性の血管閉塞の病理所見では血栓閉塞と血管炎の2つの機序が共存しているなどの報告がある。

【結語】発熱を伴う抗リン脂質抗体陽性深部静脈血栓症の1例を経験した。感染や通常の血管炎の診断はできなかったがステロイドが著効した。抗リン脂質抗体症候群には血栓だけでは説明できない臨床病態が報告されており，血管炎の存在を念頭に置くべきである。

4 比較的急速に両側頸動脈狭窄が進行した高安動脈炎

—今後の妊娠・出産は？—

伊藤 朋之・蒲澤 秀門・山崎 肇
佐伯 敬子・小宅 睦郎*

長岡赤十字病院内科
同 神経内科*

症例は27歳，女性。

【主訴】眼前暗黒感，めまい感。

【現病歴】X-1年4月(24歳)より発熱，頸部痛が持続し10月，当科紹介。CRP高値，造影CTで上行大動脈～大動脈弓三分枝，胸部下行大動脈にかけて全周性の肥厚を認め狭窄はなく，Type IIbの高安動脈炎(TA)と診断。心エコーでI度の大動脈弁閉鎖不全症(AR)を認めた。PSL40mg/day開始後に改善し，以後PSLを漸減したがX-1年末(PSL25mg/day)，血圧上昇を認めシルニジピン10mg/dayを開始。X年1月より時に眼前暗黒感，めまい感が出現した。上肢血圧右175/85mmHg，左87/65mmHgと左右差があり，右頸動脈に著明な血管雑音を認めた。造影CT上，両側総頸動脈，左椎骨動脈，左鎖骨下動脈に高度狭窄を認め，頭蓋内の血流は主に右椎骨動脈のみで保たれていた。他の動脈に狭窄病変は認めなかった。

【経過】シルニジピンは中止し，PSLを漸減したが再びCRPが上昇したため，MTXを追加し8mg/week，PSL8mg/dayで維持した。右上肢血圧は収縮期120～140mmHg，CRP1mg/dl未満で安定。最近結婚したこともあり，MTX休薬後に妊娠を予定している。

【考察】TA合併妊娠におけるリスクとして高血