

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