

一般演題 (口演3)

012 発熱・全身倦怠感と共に熱傷瘢痕部に広範囲皮膚病変を生じたサルコイドーシスの1例

○高村さおり¹⁾, 寺木祐一¹⁾, 伊崎誠一¹⁾, 穂田真澄²⁾, 内田佳介³⁾, 江石義信³⁾

埼玉医科大学総合医療センター 皮膚科¹⁾
埼玉医科大学 解剖学²⁾
東京医科歯科大学 人体病理学³⁾

62歳女. 22歳時の広範囲熱傷のため皮膚移植の既往あり. C型肝炎のため, ベグインターフェロン- α -2bとリバビリン併用療法を開始した11ヵ月後より, 両前腕, 体幹に浸潤性紅斑が出現し, 来院した. 全身倦怠感あり. 体温38~39度, 体幹, 四肢の熱傷後の植皮部はびまん性に紅色腫脹し, 一部に紅色結節がみられた. 生検にて真皮内に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫あり, 偏光顕微鏡で観察した結果, 重屈折性を示す異物を多数認めた. ツ反陰性. 胸部CT上, びまん性陰影あり. 血清ACE 29.6U/L, リゾチーム 22.2 μ g/mlと上昇. 以上より, 熱傷瘢痕部位に生じた瘢痕浸潤型のサルコイドーシスと診断した. 異物組成解析を行った結果, 肉芽腫内のガラス様異物は, ケイ素およびマグネシウム原子の検出ピークを示した. さらに, 抗Propionibacterium acnes抗体を用

いた免疫組織化学染色により, 病変を構成する類上皮細胞ならびに巨細胞内に, 明瞭な抗原物質が認められた.

013 慢性呼吸不全を呈したサルコイドーシスに左反回神経麻痺を合併した1例

宮林貴大

新潟市民病院

【症例】78歳 女性 【主訴】嘔声, 呼吸困難

【現病歴】X-33年より陳旧性肺結核(治療歴あり)としてA病院を通院開始した. X-18年に同院でサルコイドーシス(肺, 眼, 皮膚)と組織診断されたが, ステロイド治療は行わず経過観察された. その後, 徐々に呼吸機能が低下し, X-3年には慢性呼吸不全のため当院で在宅酸素療法を導入した. X-2年12月に胃液培養で結核菌が検出され, 9か月間抗結核薬治療を行った. X年1月より嘔声が出現し, 同年4月には呼吸困難を自覚するようになり, 当院神経内科に入院した. 左声帯完全麻痺を認めたが, その他神経学的異常所見はなく, 頭部MRI, 髄液検査, 各種腫瘍マーカー, 感染症マーカー, 自己抗体は正常だった. 胸部CT上, 縦隔リンパ節の腫大が多発し, 両肺の気管支血管束周囲主体の不整形結節の増悪も認めたことから, サルコイドーシスの増悪による左反回神経麻痺と判断し, 当科に転科した. 肺結核の既往があり, INH併

用で経口PSL10mg/日で治療を開始したところ, 肺陰影および嘔声は軽減した.

【考察】サルコイドーシスに反回神経麻痺を合併した報告は少なく, 本症例では低用量ステロイドで臨床症状の軽減が得られたので報告する.

014 肺サルコイドーシスの経過観察中に発症した多中心性キャスルマン病の1例

澤田哲郎

自治医科大学 内科学講座 呼吸器内科学部門

60歳女性. 2005年11月の健診で胸部異常陰影を指摘され, 当科紹介受診した. 胸部CT上, 縦隔・肺門リンパ節の腫脹と両側上葉優位に多発粒状影を認めたため経気管支肺生検を施行し, 肺サルコイドーシス(Ⅱ期)と診断した. 陰影は一時自然軽快したが, 低アルブミン血症, ポリクローナルな γ -グロブリンの上昇, 炎症反応の上昇を認めた. 2012年3月のCTで縦隔, 腹腔リンパ節の腫脹および気管支血管束の肥厚, 多発結節影を認め, その後の経過観察で陰影が悪化したため, 胸腔鏡下リンパ節・肺生検を施行した. 生検リンパ節では非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めるのみで形質細胞の浸潤は認めなかったが, 生検肺組織では臓側胸膜や小葉間隔壁に著明な形質細胞の浸潤やリンパ濾胞を認めた. またリンパ球や形質細胞浸潤と線維化のある部分に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた. 以上の病理組織所見と, 血清IL-6 (75.7 pg/ml)の上昇から, サルコイドーシスに多中心性キャスルマ

ン病が合併したものと判断した. サルコイドーシスの経過観察中に多中心性キャスルマン病を発症した症例は稀であり, 両疾患の関連を含め文献的考察を加えて報告する.