

# 一般演題 (ポスター1)

## P11 下腿軟部腫瘍にて発症した筋サルコイドーシスの一例

○江崎 崇<sup>1)</sup>, 新井秀宜<sup>1)</sup>, 小泉佑太<sup>1)</sup>, 山口正雄<sup>1)</sup>, 大田 健<sup>2)</sup>

帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学<sup>1)</sup>  
独立行政法人国立病院機構 東京病院<sup>2)</sup>

【症例】60歳代男性

【主訴】右下腿中央部軟部腫瘍

【既往歴】20歳 右足打撲, 30歳 胆石にて胆嚢摘出術, 62歳 前立腺癌手術, 55歳 高尿酸血症

【現病歴】変形性膝関節症にて近医整形外科外来加療中であった患者。平成25年2月に右下腿中央部の軟部腫瘍を自覚。下肢MRIにて筋肉内に多発する腫瘍性病変を認めたため、精査目的にて当院整形外科腫瘍外来紹介受診となる。

【経過】当院で再施行された下肢MRIにてT1, T2強調像でdark star signを認める多発性結節性病変が腓腹筋, ヒラメ筋, 前脛骨筋などあり。またthree stripesも認めた。画像所見よりサルコイドーシスが考えられたため5月に当院皮膚科にて腫瘍性病変に対し生検施行。筋サルコイドーシスに合致する病理所見あり。その

ため当科に紹介となる。胸部CTにて多発する縦隔リンパ節腫大, スリガラス陰影あり。眼科受診も行い特徴的な隅角結節あり。以上よりサルコイドーシス(筋肉, 眼, 肺)との診断に至る。筋肉病変は自然消退傾向であり経過観察をしている。症候性の筋肉サルコイドーシスは希であり, 考察を含めてここに報告する。

## P12 筋力低下で発症し, 筋炎特異的・関連抗体陽性を認めたサルコイドーシスの1例

○粟野暢康<sup>1)</sup>, 酒寄雅史<sup>1)</sup>, 園田 唯<sup>1)</sup>, 近藤圭介<sup>1)</sup>, 小野 竜<sup>1)</sup>, 守屋敦子<sup>1)</sup>, 安藤常浩<sup>1)</sup>, 生島壮一郎<sup>1)</sup>, 熊坂利夫<sup>2)</sup>, 武村民子<sup>2)</sup>

日本赤十字社医療センター 呼吸器内科<sup>1)</sup>  
日本赤十字社医療センター 病理部<sup>2)</sup>

症例は34歳男性。2006年5月より両下肢を中心に筋力低下を認め、血清CK 9838 U/Lと著増を示した。また、画像検査で両側肺門リンパ節腫脹とびまん性の粒状影を認め、血清ACE, リゾチーム, IgGの上昇とぶどう膜炎を合併した。サルコイドーシスと多発筋炎/皮膚筋炎の合併が疑われ、気管支鏡検査, 前腕部皮膚生検, 大腿部筋生検が施行された。病理組織学検査では全ての検体で類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断された。自己抗体検査では抗Jo-1抗体陰性であったが、抗核抗体640倍(speckled pattern), 筋炎特異的・関連抗体陽性を示し、病理組織学的にmyositisも認められた。プレドニゾロン内服治療とステロイドパルス療法を行うも、筋症状と血清CK値の上昇を抑えられず、メトトレキサートの併用で軽快を認めた。

サルコイドーシスと膠原病の合併例は散見されるが、筋炎特異

的・関連抗体陽性症例の報告は稀であり、示唆に富む症例と考え報告する。

## P13 Heerfordt症候群から中枢神経サルコイドーシスに進展した1例

○中瀬啓介

金沢医科大学病院 呼吸器内科

症例は30歳, 男性。一か月前から不明熱および体重減少を認めた。その後、右臀部および左前腕に圧痛を伴う皮膚結節が一時的に出現した。乾性咳嗽の出現も認め、不明熱精査目的に当院を受診した。FDG-PETで右鎖骨上窩, 縦隔, 両側肺門リンパ節および右外耳皮膚, 左前腕皮膚に集積あり, Gaシンチグラフィで縦隔から肺門にかけて集積亢進を認めた。TBLBでラングハンス型多核細胞を交えた非乾酪性類上皮肉芽腫を認め、肺サルコイドーシスと診断した。3ヵ月後、ブドウ膜炎, 右耳下腺腫脹, 顔面神経麻痺を認め、Heerfordt症候群と診断された。プレドニゾロンによる治療が開始され、漸減の後、31歳時に中止となった。35歳時、眼前暗黒感, 両手の痺れおよび動悸を認め、当院に入院となった。造影MRIにて頭蓋内に多発病変を認め、ACE, リゾチーム, 可溶性IL-2の上昇がみられた。外科的生検は施行しなかったが、頭蓋内サルコイド結節と判断した。ステロイドパルス療法の施行

により、頭蓋内病変は速やかな改善を認め、現在プレドニゾロンによる維持療法にて経過観察中である。