



国立国際医療研究センターでは内科、小児科、救急部による臨床カンファレンスが毎週開催されています。その中から興味深い症例を随時掲載します。（編集部）

CASE 1

難易度 ★★★★★

発熱持続と多発関節炎のため転入院となった77歳男性

プライマリケアの代表的な課題の1つとして、発熱を伴う急性多発関節炎を取り上げた。

1. 症例の紹介

司 会：今日のカンファレンスは膠原病科の症例です。

担当医：症例は77歳の男性、現役の経営者の方です。両膝から始まる関節痛が5日間で多発し、前医に救急入院しました。発熱と痛みが続き6日後に当科に転院したのですが、前医での初診状況を示します（スライド1）。

司 会：大関節炎が突発、日の単位で多発、培養は陰性、広域抗菌薬に無効らしく、転院という経緯ですね。関節炎主体ですが、熱性病態ですね。

担当医：はい、熱の始まりは不明瞭ですが、前医入院時から連日出ています。腎障害はむろん脱水の影響があり、次のスライドに出しますが、当科転院前にやや改善しています。以上から、皆さんも鑑別手順を考えてみてください。

会 場：健康診断で何か指摘された項目は？ 既往に関節痛はありましたか？

担当医：健康診断は受けたことがないそうです。入院時の問診では、「膝がよく痛かったが、年のせいかと思っていた」という答えでした。実は後で再検討したのですが。

会 場：独居とありますが、何か診療の参考情報はありますか？

担当医：単に結婚歴がないそうです。活発なビジネスマンです。

会 場：MSM (Men who have Sex with Men) は？

スライド 1

【症 例】	77歳，男性
【主 訴】	発熱，両側の膝・足・手・肩関節痛
【現病歴】	急に両膝が痛くなった．5日ほどで次々と両足や手，肩も痛くなり，ついに身動きできなくなった．2日間，飲食できずベッドで倒れているのを欠勤を心配して訪れた社員が発見し，某院に救急搬送された．両膝関節の腫脹著明，BUN 90mg/dL，Cr 3.3mg/dL．関節穿刺で膿性でない淡血性の液採取（培養したが，細胞算定と鏡検はせず）．入院翌日，頂部の強い疼痛があったが，髄液は正常，頭部CT・MRIも異常なかった．セファゾリン，次いでメロペネムが使用されたが，熱と関節痛は改善せず，6日目に当科に転院となった．関節液，血液，髄液は培養陰性だった．
【既往歴，家族歴】	特記事項なし
【嗜 好】	機会飲酒のみ，喫煙なし
【家族構成】	独居

担当医：それはないようで，私たちも気にしましたが，HIVは抗体陰性でした．

2. 候補となる疾患

司 会：スクリーニング項目でも，答の候補でも，思いつくことを挙げてください．

会 場（要約）：急性下痢症の先行はあったか…，皮疹はなかったのか…，ウイルス抗体は…，パルボ・肝炎・EB，ベーチェット病所見の有無は…，両側近位筋の痛みの問診は…，多発した偽痛風か？…，感染症はまだ否定できない…．

担当医：反応性関節炎は有力候補でしょうが，下痢の先行はありませんでした．ウイルス抗体検査は，診断的所見なしです．ベーチェット病の皮膚粘膜所見はなく，皮疹なしです．

司 会：通常，反応性関節炎は高齢者には少ない印象がありますが，リウマチ熱ですと70歳台の文献記載も見たことがあります．リウマチ性多発筋痛症も捨てきれませんが，筋痛の訴えはないですね．前医での項部痛か

ら，偽痛風の環軸椎関節炎症候群（crowned dens syndrome；CDS）も連想しますが，CTは頸部を撮っていないですね．関節リウマチ（rheumatoid arthritis；RA）という意見は出ませんが，こんな急発症がまったくありえないとは言えません．RAで熱が出ることもあります．今回が初発なら，骨X線にRA変化はまだ出ませんね．痛風という意見は全然出ませんが，いかがですか？

会 場：それは，関節穿刺をやり直して鏡検すべきではないでしょうか？ 熱性病態だから考えにくいですが，検査はするでしょう．

3. 身体所見と血液検査の検討

担当医：全くその通りです．私たちもそうしたのですが，転院前の状況も興味深いので，その経緯を見るため，まず身体所見と血液データ（スライド2・3）から見てください．

司 会：CRP高値が目立ちますが，先ほどから出た鑑別候補のどれであってもよいようです．EB，肝炎は考えにくくなりましたが，

スライド 2

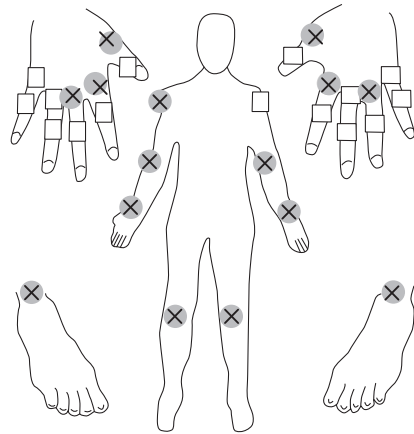
当科転院時

【バイタルサイン】

意識清明，体温：38.4℃，血圧：166/95 mmHg，脈拍：117回/分，呼吸数18回/分，SpO₂：95% (room air)

【身体所見】

頭頸部：異常なし。胸部：心音：整，心雑音/過剰心音なし。呼吸音：清，ラ音聴取せず。
腹部：平坦かつ軟，圧痛なし。神経学的所見：脳神経，感覚神経，運動神経異常なし。
関節：黒丸は腫脹，×は圧痛



スライド 3

前医搬送時の初期データ →は6日後の当科転院時データ抜粋

【血液検査】

WBC 9990 → 18500/μL
(Seg 96%)
RBC 528万 → 421万/μL
Hb 15.7 → 12.5g/dL
Ht 47 → 36%
MCV 90.3fl
Plt 24.9万/μL

【尿検査】

pH 7.5
蛋白(±)
糖(-)
潜血(-)
沈渣異常なし

【生化学検査】

TP 6.3g/dL
Alb 1.9g/dL
T-Bil 0.9mg/dL
AST 22IU/L
ALT 6IU/L
LDH 472 → 252IU/L
ALP 274IU/L
γGTP 24IU/L
CK 786 → 190IU/L
BUN 90 → 44mg/dL
Cr 3.3 → 1.8mg/dL
UA 7.6 → 7.6mg/dL
血糖 166 mg/dL
Na 149 → 156mEq/L
K 3.8mEq/L
Cl 116mEq/L
Ca 8.3mg/dL
P 3.3mg/dL
CRP 33 → 40mg/dL

【免疫】

HBcAg (-)
HCV-Ab (-)
→以下，転院後
IgG 1533mg/dL
IgA 493mg/dL
IgM 52mg/dL
C3 128mg/dL
ferritin 2042ng/mL
MPO-ANCA (-)
PR3-ANCA (-)
抗核抗体 < ×40
EBV-EBNA 40
EBVCA-IgG 160
EBVCA-IgM < 10

会 場：担当医が抗核抗体，ANCAを調べたのは，膠原病も考えたからですか？

担当医：そうではなく，ルーチンで出してしまっただけで，確かに過剰検査ですね。むしろ抗CCP抗体を測るほうが適切でしたが，RAは

考えていなかったです。

会 場：この尿酸値で，痛風は否定できますか？

担当医：できないと思います。ただ，通院歴も健康診断の受診歴もない人で，高尿酸血症

スライド 4

【両足X線検査】

左足第1MTP関節部に著明な軟部組織腫脹を認め、痛風結節と考える。

両足第1MTP関節にpanched outされた骨融解像を認める。

《左足》



《右足》



としては軽いですね。

会 場：糖尿病はあったのですか？

担当医：HbA1cを呈示しませんでしたでしたが、5.5%（JDS値）でした。後で調べて、耐糖能異常はありました。

司 会：補液はしていたわけですね。

担当医：前医からずっと入ってました。

会 場：脱水が補正されても、もともとの腎障害はありますね。

担当医：そういうことです。高血圧性でもよいわけです。何も治療歴がありませんし。

4. 診 断

担当医：もう、もったいぶらずに先に進みます。当科に来院日に、肘と膝の腫脹が著明だったため右肘、右膝、左肘の3カ所で関節穿刺を行いました。3カ所とも大量の細い棒状結晶を認め、痛風性関節炎と診断しました。

確定診断

痛風性関節炎

司 会：あっけないオチでしたが、このケースの病像から、皆さんの誰一人、痛風を連想しなかったことが重要ですね。38℃台の熱も

続いて、こんな激しい例は現代では減多にないと思います。尿酸値は変動しましたか？

担当医：補液以外の介入をしていませんが、当科では6.3～8.5mg/dLで推移しました。転院時と前医入院時とも、同じ7.6mg/dLという値は偶然です。発作時に尿酸正常の痛風患者は12～43%という集計があり、よく見られます。ただし尿酸降下薬を使用中のデータも集計されています。画像（スライド4・5）を示します。

5. 討 議

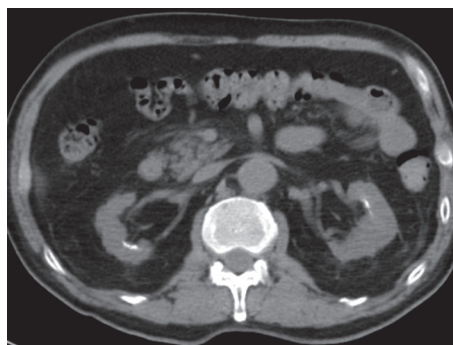
会 場：既往歴のことで気になるのですが、足趾に痛風結節まであって、ずっと前から痛くなかったわけがないでしょう？

担当医：そこがまた教訓的でした。病歴呈示で痛みの既往をわざと伏せたわけではなく、診療の時系列をありのまま述べました。X線を見てからしつこく聞き直したら、両足の第1MTP関節は「20～30年前から腫れたが、自然に消えるので気にしなかった」という答えでした。疼痛表現の個人差に本当に驚きましたが、最近は痛くなかったから意識から消えた、ということかもしれません。

スライド5

【腹部CT】

両側腎は著明に萎縮し、一部は石灰化している。
痛風腎と推定する。



会 場：dementiaではないですね？

担当医：違います，まったく活動的なビジネスマンです．追加ですが，当初の話で機会飲酒ということで， γ GTPも正常なのでそのまま受け取っていましたが，実際は接待でほぼ毎日飲酒していたそうです．

司 会：前医で髄膜炎が疑われて検査していますね．偽痛風でCDSは有名ですが，痛風でも同じようなことがありますか？

担当医：私も後で調べてみたのですが，痛風でCDSを起こす場合もあるようです．本例では，当科に来てから頭痛や項部痛はなく，

しばらく経って頸部CTを撮った時には異常ありませんでしたが，前医では一過性にあったのかもしれません．

司 会：関節炎の治療はどうしたのですか？

担当医：プレドニン[®]10mg/日内服と，腫れている肘，膝にケナコルト[®]を注射しました．それで発熱も関節痛も消えCRPも徐々に下がり，陰性化して，10日でプレドニンをやめて，再燃なく退院しました．尿酸コントロールは，その後の外来で始めています．

司 会：日常疾患の中にいろいろと教訓がありました．ありがとうございました．

CASE を振り返って

現実原則を網羅する手順通りには運ばない

本例は，初診時に関節液の結晶が鏡検されていれば解決し，討論の対象にならないが，現実原則を網羅する手順通りには運ばない．身動き困難な痛みと熱性病態で搬送された患者に，炎症巣と血液の培養を出すと同時に抗菌薬の投与を開始し，脱水の状況判断から輸液を開始した救急医の対応は，まったく適切である．バイタルチェックとこの状況の中で一番危ない感染症が優先事項であり，答は得なくても安全対策はなされたのである．その後は内科的考察が必要になるが，生命に別条ない鑑別対象が，思考の中で後回しになったままに数日経ってしまう，というのも臨床ではよくあることであろう．

教育部長 三森明夫 (CC記録 膠原病科医長 狩野俊和)