

印の部分は、内科認定医
の提出時に必要な項目

病歴要約(記入例)

提出No.()	分野名()	症例病院名	京大病院	科
転科転出No.()	剖検提出No.()	病歴(カルテ) No.		
患者名	年齢	歳	入院日	平成 年 月 日
生年月日 昭和 年 月 日			退院日	平成 年 月 日
職業			受持期間	自平成 年 月 日
住所				至平成 年 月 日

診断

- #1 再発性多発性軟骨炎
#1-1 左耳介腫脹
#1-2 両眼球結膜充血
#1-3 結節性上強膜炎
#1-3 鼻背腫脹
#1-4 右感音性難聴
#1-5 前庭機能障害
- #2 左乳癌 (stage A)
#3 II型糖尿病
#4 高コレステロール血症
#5 右胸鎖関節亜脱臼
#6 不眠症

個人を特定できる情報は記載しない

- 患者名
- 生年月日
- 住所
- 診療科名
- カルテ No.

年齢・性別・職業・
入退院日・受持期
間は記載 OK

転帰： 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ： 当院外来(総合診療科 森本先生) 他医へ依頼() 転院()

入院病歴

主訴： 発熱

家族歴： 父：糖尿病、滲出性中耳炎、妹：糖尿病

既往歴： 2002年～ 糖尿病、高脂血症

嗜好歴： アルコール：機会飲酒、タバコ：無し

患者プロフィール： 未婚、一人暮らし、元国体ゴルフ選手

経験症例には、ラインマーカーを引いておく

現病歴： 生来健康であった。2004年3月12日頃左耳介の腫脹・疼痛・発赤が発熱と同時に出現、近医を受診してフロモックスを投与されたが改善しなかった。4月15日発熱、嘔吐が出現したため金沢社会保険病院に受診した。炎症反応が高度であったため即日入院となった。CTM、PAMP/BP、CPFx+CLDMなどが投与されたが炎症反応の改善がみられず、4月17日より右眼瞼腫脹、その約1週間後に左眼瞼腫脹・鼻背の腫脹、4月23日より右感音性難聴が出現した。当初両側丹毒が疑われたが、抗生剤投与で改善なく、精査・加療目的で当科を紹介され、5月10日に入院となった。経過中に頭痛や上気道症状、尿路症状はなく、体重減少や食欲不振もなかった。加えて、同院に入院中に患者本人が左乳房腫瘍が存在することに気がついていて、同院では特に相談を行わなかった。

身体所見： 身長 159.6 cm、体重 60.3 kg、BMI 23.85、体温 36.4、血圧(右) 134/88 mmHg、(左) 133/80 mmHg、脈拍 92/分・整、呼吸数 22/分、意識清明、結膜：貧血黄染なし、充血(+)、硬結(+)、眼球運動正常、瞳孔：正円左右同大、対光反射(直接・間接)正常、口腔粘膜：発赤・腫脹・潰瘍なし、左耳介発赤・腫脹あり、甲状腺腫大なし、頸部リンパ節触知せず、頸静脈の怒張なし、胸部：左乳房上外側に直径約2 cmの硬い皮下腫瘍あり、dimpling (+)、正常肺呼吸音、ラ音なし、心音：S1()S2()S3(-)S4(-)、腹部：平坦軟、肝・脾・腎触知せず、圧痛なし、筋性防御なし、直腸診で異常なし、CVAに叩打痛なし、下腿浮腫なし、深部腱反射正常、病的反射なし、両側難聴あり。

検査所見： 血算：WBC 12600/μl、RBC 412万/μl、Hb 12.3g/dl、Hct 36.8%、Plt 31.9万/μl、生化学：AST 14IU/L、ALT 14 IU/L、LDH 179 IU/L、GTP 27 IU/L、TP 6.5 g/dL、Alb 3.6 g/dL、CH-E 341 IU/L、T-bil 0.6 mg/dl、BUN 11 mg/dL、Cre 0.5 mg/dL、UA 3.9 mg/dL、T-CHO 195 mg/dl、HDL-CHO 42 mg/dl、TG 125 mg/dl、CK 39 IU/L、Na 141 mEq/L、K 3.6 mEq/L、Cl 100 mEq/L、Ca 9.2 mg/dL、P 2.9 mg/dl、Glu 134 mg/dL、HbA1c 8.6%、血清：TPHA(-)、HBsAg(-)、HCVAb(-)、CRP 1.0 mg/dl、ESR 48 mm/hr、Ig-A 480.7 mg/dl、Ig-G 910.0 mg/dl、Ig-M 179.1 mg/dl、補体 C3 113.4 mg/dl、C4 30.1 mg/dl、CH50 45.6 mg/dl、凝固：PT 12.6秒、APTT 24.5秒、Fib 320 mg/dl、FDP-Dダimer 0.6 μg/ml、C-peptide 0.64 ng/ml、抗GAD抗体 <0.4、尿定性：白血球(-)、比重 1.005、pH 6.5、潜血(-)、タンパク(-)、ブドウ糖(-)、ケトン体(-)、ビリルビン(-)、ウロビリノーゲン(-)、亜硝酸塩(-)、尿沈渣：RBC 0/HPF、WBC 0/HPF、上皮 cell 少量、cast (-)、bacteria(-)。MRI：右胸鎖関節亜脱臼あり、左耳介軟骨病理所見：リンパ球・形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤が軟骨と結合織の境界部を中心に認められ、軟骨の変性を伴う。

入院後経過：

#1 再発性多発性軟骨炎

入院時に右感音性難聴、前庭機能障害、結節性上強膜炎がみられた。5/12 に左耳介軟骨生検を行い、再発性多発性軟骨炎と診断され、PSL 50mg/day から開始し、徐々に漸減したが、軟骨炎の再発はみられず、外来でフォローとなった。

#2 左乳癌

入院時の診察及びマンモグラフィー、エコー、胸部造影 CT に結果は adenocarcinoma, class であった。気管内挿管により全身麻酔は望ましくないと外科医が判断した。局所再発のリスクを考慮し、6月9日に局所麻酔下で腫瘍摘出術、6月23日に左腋窩リンパ節摘出術、6月23日にドゲステロンレセプター、エストロゲンレセプターが陽性であった。内服開始直後には顔面紅潮、のぼせ等の副作用が出現し、胸鎖関節に集積がみられたが骨転移の所見は認められなかった。

#3 糖尿病

糖尿病性網膜症、腎症は認められなかった。糖尿病食 1700kcal とし、前回のヒューマカート3/7を継続していたが、血糖コントロール不良であったため、5月26日よりヒューマカート3/7 (10-0-18-0)へ変更した。その後も夕・眠前の血糖が200~300mg/dl にまで上昇したため、(22-0-6-0)へ変更することで改善した。7月13日のHbA1cは7.4%であったが、外来でステロイドの漸減を行う予定であるため、低血糖の危険を回避するため、このレベルで外来フォローとした。

#4 高コレステロール血症

入院時よりシンレスタール 250 mg/day を投与開始したが、T-CHO 213 mg/dl、HDL 43 mg/dl とコントロールがやや不良であった。6月28日よりリピトール 10 mg/day に変更したところ T-CHO 151 mg/dl、HDL 51 mg/dl と改善した。

#5 不眠症

入院直後より、**不眠**が認められたが、環境の変化によるものと考えられた。入院中はアモバンを投与したが、退院時は本人が不要と判断したため、退院時に処方を行わなかった。

退院時処方：ガスター(famotidine) 20 mg 分1 朝後、フォサマック(alendronate sodium hydrate) 5 mg 分1 朝後、バクタ(sulfamethoxazole/trimethoprim) 480 mg 分1 朝後、プレドニン(prednisolone) 20 mg 分1 朝後、リピトール(atorvastatin calcium hydrate) 10 mg 分1 朝後、アロマシン(exemestane) 25 mg 分1 朝後

考察

Relapsing polychondritis (RPC) は軟骨組織を標的とする自己免疫疾患である。RPCの診断基準 (McAdam's criteria) として以下の臨床症状のうち3個以上を満たす必要がある¹⁾。

Bilateral auricular chondritis Nonerosive, seronegative inflammatory polyarthritis Nasal chondritis Ocular inflammation (conjunctivitis, keratitis, scleritis/episcleritis, uveitis) Respiratory tract chondritis (laryngeal and tracheal cartilages) Cochlear and/or vestibular dysfunction (neurosensory hearing loss, tinnitus and/or vertigo) 本症例では耳症状は片側性であるが、鼻軟骨炎、結膜炎、内耳障害と上記のうち3つの条件を満たしており、組織所見も合致するため RPC と診断した。RPC は比較的にまれな疾患であるために確立された治療法はない。臓器障害を伴わない軽症例では NSAIDs で十分コントロールできる例もあるが、不十分な場合には dapsone あるいは PSL が有効である。本症例も PSL が著効しており、今後外来通院しながらステロイドの投与量を漸減していく予定である。

本症例にみられた左乳癌は直径2 cm以上5 cm未満でリンパ節転移・遠隔転移は見られず stage A (T2 N0 M0) と判断した。Breast conserving therapy (BCT) の適応となるが、本症例では自己免疫疾患および糖尿病が存在することから BCT の一部である radiation を行うことができなかった。Radiation を行わなかったために乳癌の局所再発率は BCT 施行例と比較して約4倍高くなるが、生命予後には変化はないと考えられる³⁾。

参考文献

- 1 McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R et al. Relapsing polychondritis: Prospective study of 23 patients and a review of the literature. Medicine 1976;55:193
- 2 Jerome H Herman: UpToDate, Clinical manifestation of relapsing polychondritis
- 3 Fisher B, Anderson S, Bryant J et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, mastectomy with or without radiation, and mastectomy with or without irradiation for the treatment of breast cancer. JAMA 2002;287:1233.

レポート提出時の注意点

- A4用紙2~3枚程度にまとめる
- レポート提出票を添付する(裏面参照)
- 必ずコピーを残しておく

提出先：研修センター事務室

病院名 京都大学医学部附属病院 担当研修医
病院名 京都大学医学部附属病院 教育責任者(指導担当医)

- 「担当研修医」には自分の署名をする
- 「指導担当医」は空欄にしておく

このレポートは教育責任者を提出時の教育責任者に変えることでそのまま内科学会認定医の提出書類になります