

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

皮膚科の臨床 (2007.09) 49巻9号:1035～1038.

【血管炎・血行障害】 血清補体価が病勢の指標として有用であった側頭動脈炎の1例

大坪紗和, 飯塚一, 坂井博之

一特集◆ 血管炎・血行障害

血清補体価が病勢の指標として有用であった側頭動脈炎の 1 例

大坪 紗和* 飯塚 一* 坂井 博之**

要 約

84 歳，女性。アルツハイマー型認知症により施設に入居中。入浴中に右側頭部痛を訴えた。初診時，右側頭動脈に索状の皮下硬結を触れ，同部位に圧痛を伴っていた。血液検査では赤沈値，CRP，補体価が上昇。右側頭動脈の生検では，内弾性板が著明に断裂，消失し巨細胞性肉芽腫性血管炎の病理組織像を呈した。臨床所見，組織所見から側頭動脈炎と診断し，プレドニゾロン（PSL）30 mg/日の内服を開始したところ，症状，血液検査所見が改善した。PSL 漸減中に一時症状が再燃したが，その際血清補体価，CRP 値も上昇し，病勢の指標として有用であった。

キーワード：側頭動脈炎，肉芽腫性血管炎

I. はじめに

側頭動脈炎（temporal arteritis, 以下 TA）は，主に高齢者の浅側頭動脈において巨細胞を伴う肉芽腫性血管炎を呈する疾患で，頭痛，発熱，視力障害など，さまざまな臨床症状を伴う全身疾患である。今回我々は，典型的な臨床症状，病理組織学的所見を呈し，病勢の指標として補体価が有用であった 1 例を経験したので若干の考察を加え報告する。

II. 症 例

患 者 84 歳，女性
初 診 2004 年 3 月 9 日
主 訴 右側頭部の疼痛を伴う索状皮疹
家族歴 特記すべきことなし。
既往歴 アルツハイマー型認知症，糖尿病
現病歴 認知症により正確な発症時期は不明だが，2004 年 3 月 8 日，入浴時に右側頭部の疼痛



図 1 臨床像：右側頭部に索状の皮下硬結を触れる。

* Sawa OHTSUBO, Hajime IIZUKA, 旭川医科大学，皮膚科学教室（主任：飯塚 一教授）

** Hiroyuki SAKAI, 旭川厚生病院，皮膚科，部長

別刷請求先 大坪紗和：旭川医科大学皮膚科（〒078-8510 旭川市緑が丘東 2 条 1-1-1）

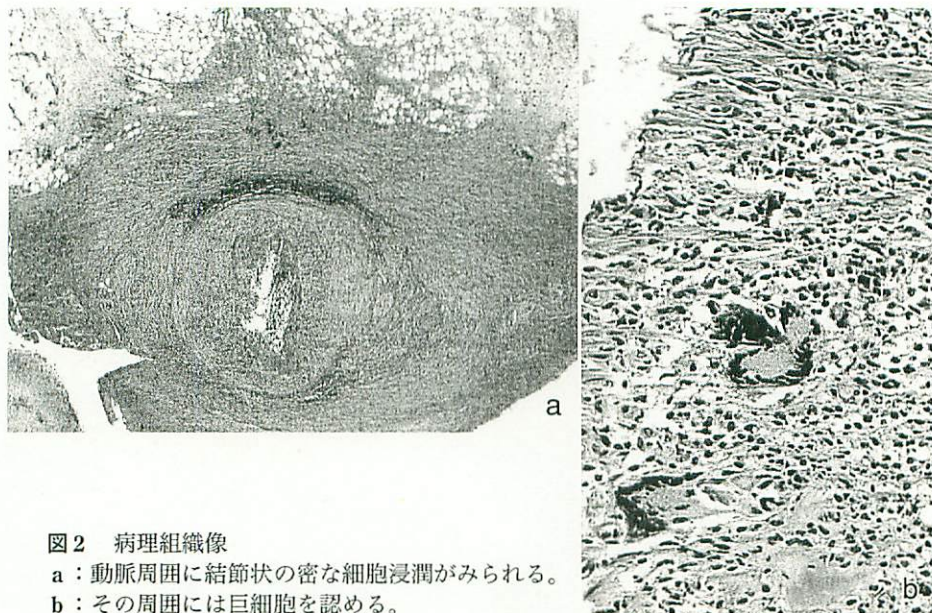


図2 病理組織像
 a: 動脈周囲に結節状の密な細胞浸潤がみられる。
 b: その周囲には巨細胞を認める。

を訴えたため、老人介護保健施設の職員に同行され、翌日当科を初診した。

現症 右側頭部に浅側頭動脈の走行に沿って蛇行する索状の皮下硬結を触知し、同部位に圧痛を伴っていた(図1)。動脈性拍動は触れず、また皮膚表面に発赤、腫脹などもなかった。

臨床検査所見 白血球 6800/ μ l, 赤血球 354万/ μ l, Hb 9.6 g/dl \downarrow , CRP 4.3 mg/dl \uparrow , ANA 1160倍, RF (-), IgG 2313 mg/dl \uparrow , IgA 548 mg/dl \uparrow , IgM 113 mg/dl, C3 161 mg/dl \uparrow , C4 28 mg/dl, CH50 53.3 U/ml \uparrow , 赤沈 81.5 mm/30 min \uparrow , 114.0 mm/60 min \uparrow , FBS 97 mg/dl, HbA1c 6.6 g/dl \uparrow , 尿所見に異常なし。

病理組織学的所見 右側頭部の索状硬結: 表皮, 真皮に著変なく, 深部皮下組織の動脈周囲に結節状, 密に細胞が浸潤する(図2-a)。肥厚した動脈壁内にもリンパ球, 組織球が浸潤し, 巨細胞を伴う肉芽腫性の変化を示す(図2-b)。弾性線維染色では内弾性板が著明に断裂, 消失していた。

治療および経過(表1) 以上の臨床, 病理組織学的所見から TA と診断し, プレドニゾロン(以下 PSL) 30 mg/日の内服を開始した。内服後速やかに自覚症状は消退し, PSL を漸減した。12 mg/日まで減量したところで, CRP, 赤沈値, 補体価

表1 診断基準

1. 厚生省特定疾患調査研究班による診断基準 (1973年)
A. 主要症状 ① 頭痛
② 視力障害
③ 側頭動脈の発赤腫脹, 疼痛, 索状肥厚, 拍動減少など
B. 組織所見 血管炎(巨細胞性動脈炎)の所見
主要症状の少なくとも1項目と組織所見があれば確定的, 主要症状の③を含み, 少なくとも2項目あれば疑いとす
る。
2. アメリカリウマチ学会による分類基準 (1990)
① 発症年齢が50歳以上
② 新たな頭痛(局所的頭痛)
③ 側頭動脈の異常(圧痛, 脈拍減弱)
④ 赤血球沈降速度亢進(50 mm/60分以上)
⑤ 動脈生検の異常(多核性巨細胞を伴う血管炎の所見)
血管炎を有する患者で, 上記5項目中3項目以上が認めら
れる場合側頭動脈炎と判定。

が再上昇したため再度 20 mg/日まで増量した。現在 6 mg/日まで減量しているが症状の再燃はない。

Ⅲ. 考 察

TA は 1932 年に Horton ら¹⁾により確立された疾患で, 主に高齢者の内・外頸動脈領域, 特に浅側頭動脈に生じる肉芽腫性血管炎である。臨床症

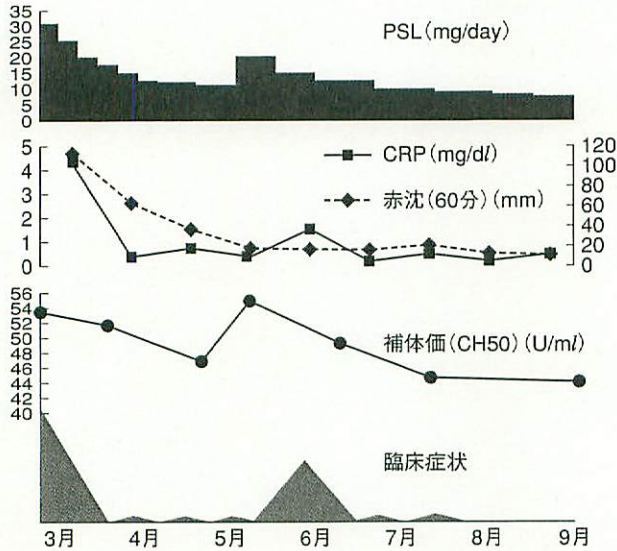


図3 治療と経過

状は、頭痛、視力障害、側頭動脈支配領域の皮膚の発赤、腫脹、索状肥厚などである。本邦、厚生省特定疾患研究班（1973）²⁾によるものと、アメリカリウマチ学会（1990）³⁾によるものの2種の診断基準が主に利用されている（表1）。自験例は前者の主要症状2項目と組織所見を満たした。後者の診断基準では、血管炎を有する患者で5項目中3項目以上を満足すれば診断可能⁴⁾とされているが、自験例では5項目すべてを満たしていた。

TAとの鑑別を要する最も重要な疾患として、同じく巨細胞性肉芽腫性血管炎をきたす大動脈炎症候群が挙げられる。両疾患を発症部位の違いのみで同一スペクトラム上のものとする考え⁵⁾もあるが、①疫学的特徴として、TAは本邦に少なく、高齢者に好発する一方、大動脈炎症候群は本邦に多く、若い女性に多いこと、②病理組織学的にTAは血管の中膜を主体とした炎症で、主に内膜に広がっていくのに対し、大動脈炎症候群は中膜から外膜を主体とした炎症であること、などから通常、区別されている⁶⁾。また、TAはリウマチ性多発性筋症との合併例が多いことが知られており、この2疾患の関係についてはさまざまな議論がなされている。同一疾患とする考え方では、①両疾患に疫学的類似性がみられること、②欧米では両者の合併率が20～50%と高率であり、TAの症状のないリウマチ多発性筋症の約40%に、浅

側頭動脈の生検で動脈炎の所見をみること、③免疫学的にはともに単球/マクロファージが活性化し、血清中のIL-6濃度が高値であること、④遺伝学的に両者ともにHLA-DRと関連が強いこと、などの理由が挙げられる⁶⁾。本邦における両者の合併率は30%程度といわれている⁷⁾。一方、両者が異なる疾患である論拠として、①純粋なりウマチ性多発性筋症は視力障害がない、②TAと比べ低容量のステロイド剤でよく反応する、などがある⁶⁾。以上から、TAの疾患概念の独立性に関しては未だ議論の余地があり、症例を積み重ねることによりこの点をより明確にしていく必要がある。

TAの治療としては副腎皮質ステロイドの内服が原則であり、初回投与量40～60 mg/日から開始し、3～4週間継続する。症状や血液検査で炎症所見が改善したならば約2週間間隔で漸減するのが一般的とされている。合併症などによりステロイド大量投与が困難な症例、あるいは眼症状を有する重症例などでは、アザチオプリン、シクロスポリンなど免疫抑制剤を使用する場合もある。自験例では認知症と糖尿病も合併していたため、初回投与量を30 mg/日から開始しコントロール良好であった。なお、疼痛、発熱などの症状や検査所見の赤沈、CRPがTAの病勢を反映するが、自験例では病勢の悪化とともに補体価が上昇した。

CRPが臨床症状出現とほぼ同時、もしくはやや

遅れて上昇したのに対し、補体価は症状出現の約2週間前から上昇し始め、ピーク時に症状出現、数値の下降とともに症状も改善した。慢性炎症を反映したものと考えられるが、比較的早い段階での症状悪化の予想が可能であり病勢の指標として最も有用であった。TAの治療にあたっては症状、年齢、合併症、臨床検査などを考慮し全身疾患としての認識のもとに適切な方法を選択する必要があると考える。

(2007年1月9日受理)

文 献

- 1) Horton BT et al : Mayo Clin Proc, 7 : 700, 1932
- 2) 厚生省特定疾患・悪性リウマチ・結節性動脈周囲炎研究班 1973年報告書 : 臨皮, 28 : 8-9, 1974
- 3) Hunder GG et al : Arthritis Rheum, 33 : 1122-1128, 1990
- 4) 成田博実ほか : 皮膚病診療, 25 : 41-44, 2003
- 5) 竹之下秀雄ほか : 臨皮, 47 : 541-547, 1993
- 6) 竹之下秀雄 : MB Derma, 16 : 42-50, 1998
- 7) 山本俊幸ほか : 臨皮, 48 : 379-381, 1994