一般演題

長期間コルヒチンのみで加療された両側痛風結節を有する 痛風性関節炎の1例

水田 栄之助¹⁾ 荻野 和秀^{2) 6)} 加藤 雅彦¹⁾
 山本 康孝³⁾ 浜田 紀宏¹⁾ 太田原 顕³⁾
 井川 修¹⁾ 重政 千秋⁴⁾ 久留 一郎^{5) 6)}

近年、高尿酸血症・痛風に関する知識の普及により早期に高尿酸血症の治療が開始されるためか、痛風結節を有する患者は成人男性痛風の約1%にすぎない。我々は25年間痛風発作に対してコルヒチンのみで加療され、痛風発作の繰り返しと両側拇指の大型痛風結節を有する症例を経験したので治療経過を含めて報告する。症例は75歳男性で、25年前に初めての右拇指の痛風性関節炎と高尿酸血症を発症した。近医でコルヒチンのみを投与されたが再び左拇指に痛風関節炎が生じ、コルヒチンで加療された。その後痛風発作が起る度にコルヒチンのみで加療されたが、持続性痛風性関節炎の状態となり、以後コルヒチンを4mg投与されていた。平成20年の8月に両側拇指の痛風性関節炎と両側拇指の痛風結節が改善しないために当院外来に紹介された。両側拇指の大型結節と両手指の小型結節と痛風性関節炎を認め、排泄低下型高尿酸血症（Sua＝

8.2mg/dl, Cua/Ccr＝3.61%）と高血圧ならびに肝障害を認めた。拇指の痛風結節は胸部単純レントゲン写真上骨病変を伴っていない。痛風発作に対してNSAIDsのshort-pulseの療法を行い痛風発作は消失したため、コルヒチンを中止したが、その後、痛風発作が再発した。そこで慢性痛風性関節炎類似の病態と判断しNSAIDsのshort-pulseとプレドニン10mgに加えてコルヒチン1mgをコルヒチン・カバーとして追加した。アロプリノール100mgで尿酸コントロールを行い、血清尿酸値は7mg/dl台にコントロールできたが皮疹が出現し、50mgへ減量、ベンズプロマロン25mgを併用した。その後痛風発作もなく、現在痛風結節は縮小傾向にある。比較的典型的な症例ではあるが、本症例を通してコルヒチン・カバーからの離脱と痛風結節の縮小のための至適尿酸コントロールに関して考察を加える。

1) 鳥取大学医学部附属病院循環器内科

2) 鳥取大学医学部卒後臨床研修センター

3) 山陰労災病院循環器科

4) 鳥取大学医学部病態情報内科学

5) 鳥取大学大学院医再生医療学

6) 信生病院内科

Einosuke Mizuta, Masahiko Kato, Toshihiro Hamada,
Osamu Igawa

Kazuhide Ogino

Akira Otahara

Chiaki Shigemasa

Yasutaka Yamamoto, Ichiro Hisatome

Kazuhide Ogino, Ichiro Hisatome