ポリニューロパチーを合併した抗リン脂質抗体陽性のSLEの1症例

帝京大学内科

小嶋浩司 菊地弘敏 須田洋子 原岡ひとみ
広畑俊成 竹内明輝 橋本喬史 佐藤友英

概要 症例は43歳，女性．両足底部のしびれ感と疼痛，両足関節痛にて発症．関節炎・リンパ球減少・抗核抗体陽性・抗DNA抗体陽性よりSLEと診断．抗リン脂質抗体陽性で，無症候性の多発性脳梗塞も認めた．針筋電図と左腓腹神経生検にて，神経栄養血管の血栓形成による二次的なポリニューロパチーと診断した．我々の調べた範囲では，抗リン脂質抗体に起因すると考えられる微少血管の血栓形成による二次的末梢神経障害の記載はなく，今後注意すべき病態と考え報告した．

〔日内会誌 90：884～885，2001〕

Key words：SLE，抗リン脂質抗体，ポリニューロパチー

症 例

患者：43歳，女性．主訴：両足底部のしびれ感と疼痛，両足関節痛．既往歴及び家族歴：特記すべきことなし．現病歴：1998年5月頃より朝のこわばり，多関節痛及び腫脹が出現したため当院外来受診．血清リウマトイド因子は陰性でアメリカリウマチ協会の診断基準は満たさなかったが，早期慢性関節リウマチ（RA）と診断し，NSAID，ブシラミン，プレドニゾロン（5mg/日）投与にて経過を観察していた．1998年9月頃より両足底部のしびれ感と両足関節痛が増悪したため，精査目的にて当院内科に1998年10月5日入院となった．入院時現歴：身長153.5cm，体重56kg，体温36.8℃，血圧160/100mmHg，両手指に硬性浮腫及び色素脱失あり．両足関節及び左第4，5指近位指節間関節に腫脹あり．左膝窩動脈と左足背動脈の拍動の触知不良．両側足背及び足底部にparesthesiaを認めた．入院時検査所見：WBC 6,300/ μ l（リン

パ球13%），RBC 453×10^4 / μ l，Hb 11.9 g/dl，Ht 37.5%，Plt 27.3×10^4 / μ l，GOT 11 IU，GPT 8 IU，尿素窒素14.8 mg/dl，クレアチニン0.9 mg/dl，総コレステロール166mg/dl，HDLコレステロール36 mg/dl，中性脂肪112 mg/dl，CRP 3.14mg/dl，血清リウマトイド因子10.6未満，抗核抗体陽性（160倍），抗dsDNA抗体400 IU以上，P-ANCA 9.0 EU未満，C₃ 71mg/dl，C₄ 14 mg/dl，抗CL/ β_2 GP1複合体6.7U/ml（正常<3.5）．尿検査は正常．胸部X線，腹部X線，心電図及び負荷指尖脈波においても異常所見は認めなかった．骨X線では関節の破壊像は見られなかった．針筋電図では左右前脛骨筋にて著明な脱神経所見を認め，神経伝導速度検査では両腓腹神経においてS波が全く導出できず，右脛骨神経のM波の振幅の低下が認められ，axonal sensori-motor neuropathyと考えられた．左腓腹神経生検所見（図1）では，血栓による神経栄養血管内腔の閉塞及び中膜の肥厚が認められ

〔平成12年2月12日 第479回関東地方会推薦〕

Systemic lupus erythematosus with anti-phospholipid syndrome complicated with polyneuropathy

Hiroshi Kojima, Hiroto Kikuchi, Hiroko Suda, Shunsei Hirohata, Akiteru Takeuchi, Takashi Hashimoto and Tomohide Satoh : Department of Internal Medicine, Teikyo University School of Medicine, Tokyo.

図1. 左腓腹神経生検
(HE染色, $\times 100$)

図2. 脳MRI像
左: T1 強調画像, 右: T2 強調画像

たが(矢印), 細胞浸潤はごく軽度であった。一方, 脳MRI(図2)では, 左基底核から放線冠にかけてT2強調画像で高信号, T1強調画像で低信号を示す, 径約2cmの脳梗塞所見を認めた。その他写真には示さないが, 橋中央腹側右寄り正面にも径数mmの同様の病変を認めた。臨床経過: 以上の所見よりSLEと診断した¹⁾。さらに, 両足底部のしびれ感と疼痛は, 抗リン脂質抗体による神経栄養血管の血栓形成による二次的な末梢神経障害と診断し, プレドニゾロン40mg/日およびリマプロストアルファデクス(プロレナール30 μ g/日)による治療を開始した。これにより, 関節炎, 関節痛及び血液異常所見はいずれも著明な改善を認めた。し

かし, 両側足底部のしびれ感に関しては悪化は認めないものの, はっきりとした改善は得られなかった。

考 察

本症例は多発性関節炎で発症したものの, アメリカリウマチ協会のRAの診断基準を満たさず, また高脂血症などの動脈硬化の危険因子も認められなかった。従って, 本症例は抗CL/ β_2 GP1複合体の陽性と脳MRIで認められた無症候性の多発性脳梗塞の存在から抗リン脂質抗体症候群を合併したSLEと考えられる。SLE患者において2~20%に末梢神経障害が認められるとの報告があるが^{2~4)}, 本症例のように抗リン脂質抗体に起因すると考えられる微少血管の血栓形成による二次的な末梢神経障害についての報告は我々の調べた範囲ではなかった。従って, SLEやその他の膠原病の患者において, 四肢末梢に感覚異常や疼痛を伴う症例を見た場合には, 抗リン脂質抗体による血栓形成による二次的な末梢神経障害の存在も鑑別診断の一つとして念頭に置く必要があると考えられる。本症例の末梢神経障害がプレドニゾロンに対して全く反応しなかったことも, 炎症性の機序ではなく, 神経栄養血管の閉塞による虚血性変化が病態形成に関与していたことを裏付けるものと考えられる。

文 献

- 1) Tan EM, et al: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 25: 1271-1277, 1982.
- 2) Wallace DJ, Metzger AL: Systemic lupus erythematosus and the nervous system. Wallace DJ, Hahn BH, eds. *Dubois' Lupus Erythematosus*. 5th ed. Williams & Wilkins, Philadelphia 1997, 723-754.
- 3) McCombe PA, et al: Peripheral sensorimotor and autonomic neuropathy associated with systemic lupus erythematosus. *Clinical, pathological and immunological features*. *Brain* 110: 533-549, 1987.
- 4) 佐藤明子, 他: 著明な四肢の疼痛を主徴とする末梢神経障害を認めたSLEの1症例. *総合臨床* 47: 2823-2825, 1998.