

P2-280 呼吸不全と線維筋痛症を合併した橋本 脳症の一例

○星 研一¹, 牛山 哲², 石井 亘²

¹長野赤十字病院 健康管理科・神経内科・リハビリテーション科,

²長野赤十字病院 膠原病リウマチ内科

【症例】38歳女性。入院四ヶ月前に甲状腺腫大。咽頭痛、倦怠感
が出現し入院三ヶ月前に当院を受診した。甲状腺機能正常、抗サ
イログロブリン抗体 582.6 IU/mL 陽性、TPO 抗体 231.2 IU/mL
陽性、超音波で甲状腺腫大を認め橋本病と診断した。近位筋優位
の筋力低下が出現し入院。CK 正常、CRP<0.01、IgG 2008mg/
dl、抗 Jo-1 抗体、抗 AChR 抗体陰性、血液ガス pH 7.395、PCO₂
40.2、PO₂ 75.0、% VC74、FEV1.0%87。神経伝導速度検査正常、
筋電図低電位。骨格筋 MRI で筋の炎症萎縮なし。頭頸部 MRI、
Ga シンチ異常なし、髄液細胞数蛋白正常。筋生検で周囲血管に
軽度リンパ球浸潤あり、血管炎や筋萎縮なし。骨髓生検、皮膚生
検異常なし。入院6日目入眠時に SpO₂ 80、% VC 58 と低下し夜
間のみ BiPAP を装着。脳波では slow α , spike & wave を認め、
脳症と診断した。手足のわさわさとした不快感。入院19日終日
BiPAP 装着となる。メチルプレドニゾロン開始。全身疼痛、痛
みのため下肢をほとんど動かさなくなる。鎮痛剤無効、パロキセ
チン有効で線維筋痛症と診断した。経口プレドニゾロン 40mg 開
始し症状改善と共に漸減した。橋本病を発症後、呼吸不全と難治
性の線維筋痛症に対してステロイド加療が有効で、痛みの病勢と
抗 TPO 抗体価変動が一致する稀な症例を経験した。

利益相反：無