

(第16回研修医症例報告会)ベリムマブとミコフェノール酸モフェチルで寛解し、急速にステロイドが減量された再燃ループス腎炎の1例

著者名	原 奈都子, 勝又 康弘, 秋山 健一, 唐澤 一徳, 森山 能仁, 内田 啓子, 新田 孝作, 種田 積子, 針谷 正祥
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	92
号	1
ページ	38-38
発行年	2022-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00033150

4. 新型コロナウイルス感染症の重症化予防における隠れ糖尿病診断の重要性

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科) ○北川万梨子¹・◎マーシャル祥子²・小笠原壽恵²・小川哲也²・佐倉 宏²

〔症例1〕50歳男性。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)軽症であり、50歳以上とBMI34の肥満を適応理由として発症から5日でロナプリーブ[®]を投与した。入院前に糖尿病の指摘はなかったがHbA1c 8.1%、空腹時血糖193 mg/dLと糖尿病の診断となった。発症から9日に安静時のSpO₂の低下があり、COVID-19は中等症IIまで重症化したためステロイド療法を行い、入院中にインスリン療法を開始し改善した。〔症例2〕58歳男性。COVID-19軽症であり、50歳以上を適応理由として発症から7日でロナプリーブ[®]を投与した。入院前に糖尿病の指摘はなかったが、HbA1c 10.1%、随時血糖414 mg/dLと糖尿病の診断となった。その後COVID-19は重症化しなかった。〔考察〕カシリビマブ/イムデビマブ(ロナプリーブ[®])は、COVID-19の重症化リスクがある軽症の患者に対して、重症化を予防する目的で投与され、糖尿病が適応疾患に含まれている。当院でロナプリーブ[®]の投与を行った108名のうち、19名に糖尿病を認めたが、そのうち5名が糖尿病未診断の隠れ糖尿病患者であった。ロナプリーブ[®]の適応となるかの判断は自己申告による情報をもととなっているが、糖尿病患者のうち26%(5/19)が糖尿病であることを自覚していなかった。糖尿病というCOVID-19重症化リスクの有無を確認することは、ロナプリーブ[®]などの早期の適切な治療介入につながると考え、SARS-CoV-2 PCR検査時に随時血糖(可能であればHbA1c)検査が重要だと考える。

5. ベリムマブとミコフェノール酸モフェチルで寛解し、急速にステロイドが減量された再燃ループス腎炎の1例

(¹卒後臨床研修センター,²膠原病リウマチ内科,³腎臓内科,⁴病理診断科) ○原奈都子^{1,2}・◎勝又康弘²・秋山健一³・唐澤一徳³・森山能仁³・内田啓子³・新田孝作³・種田積子⁴・針谷正祥²

〔症例〕50代女性。〔主訴〕蛋白尿。〔現病歴〕25年前に全身性エリテマトーデスを発症。8か月前、プレドニゾン(PSL)が5 mg/日に減量された。4か月前から変形赤血球、顆粒円柱が認められ、1か月前、尿蛋白クレアチニン比(UPCR)が0.50に増加し、腎生検でループス腎炎III(A)型に分類された。ループス腎炎に対する再寛解導入療法として、グルココルチコイドパルス療法の後療法は、KDIGOの「Reduced-dose scheme」に従い、PSL 0.5 mg/kg/日で開始され、急速に漸減された。

標準治療のミコフェノール酸モフェチル2 g/日に加えて、ベリムマブ皮下注200 mg/週が初期から併用された。UPCRは治療開始時の1.08から、治療開始後76日で0.09まで低下し、変形赤血球、顆粒円柱も消失した。PSLは90日で2.5 mg/日まで漸減され、その後も再燃なく経過した。〔考察〕ベリムマブの国際臨床試験においては、標準治療にベリムマブを追加することによってループス腎炎治療成績が向上することが示されたが、日本の症例は含まれていなかった。また、その後、KDIGOからより急速なグルココルチコイド減量法が提案された。本症例によって、日本人ループス腎炎患者においても、ベリムマブを含む治療法によってグルココルチコイドを急速に減量しながら寛解に導ける可能性があることが示唆された。

6. デュロキセチン投与により生じた双極性障害の1症例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²麻酔科) ○清水恵利香¹・◎有山 淳²・◎小森万希子²

〔症例〕男性、76歳。身長165 cm、57 kg。〔主訴〕両側上肢の痺れ、疼痛。〔経過〕1年前に近医でヘルペス性歯肉口内炎と診断された。受診時に末梢性顔面神経麻痺を認めた。入院しバラシクロビル、プレドニゾン投薬を受けた。入院中は夜間に不穏な行動が目立ち精神科の診察を受けた。退院時には両側顔面、両側上肢の疼痛を伴う異常感覚、不眠を訴えたため当院内科に紹介された。不眠は睡眠剤投与で改善した。異常感覚に対してプレガバリン、ミロガバリン、ミルタザピン、カルバマゼピンを投与したが症状改善は認めなかった。4か月後には痺れは残存したが疼痛は消失したため睡眠剤投与で経過観察されていた。4か月後に疼痛が再発、当科を紹介された。両側上肢には疼痛過敏を認めた。喫煙で疼痛が悪化すると訴えた。禁煙を勧め、デュロキセチン(DLX)20 mgの経口投与を開始したところ1週間後の再診で疼痛の改善(Visual Analogue Scale 50/100)を認めたが頭痛を理由に3日でDLX内服を自己中断していることが分かった。抑肝散を処方した。2週間後の再診時に「東京大学の先生に物理の研究で誘われた。」「すごい発明を思いついたがドイツの科学者に先を越されてしまった。」等誇大妄想を話すため精神科に対診を依頼した。DLXによる双極性障害の躁状態と診断された。精神科からの投薬は拒否した。当科よりバルプロ酸を1日量200 mgで開始したところ多弁や誇大妄想は減少し疼痛や痺れの訴えも消失した。バルプロ酸の投薬を1か月で終了し経過観察中である。〔結語〕デュロキセチン誘発性双極性障害を経験した。早期の精神科対診による診断とバルプロ酸の投与が治療に有効であった。