

【患者】30 歳女性 【主訴】発熱、咳嗽、息切れ、心嚢水貯留

【現病歴】19 歳時より心拍数が 180 まで上昇する AVNRT(房室結節回帰性頻拍)を年に 3 回ほど起こしており、Valsalva 法により軽快していた。救急部を受診しベラパミル、アデノシンを投与されたことも 3 回あった。

約 1 ヶ月前、かがんだ時に心拍数の増加(100-120)、心拍の粗動(flutter)を自覚。いずれも直立姿勢をとると軽快した。その 1 週間後、階段をのぼっている時に息切れを感じ、(不整脈を診てもらっていた)循環器医を受診、24 時間ホルター心電図検査において異常を認めなかった。さらに 1 週間後には疲労感が増悪し、数日後には発熱(38.0°C)、乾性咳嗽をきたし、息切れも増悪した。胸骨下の胸痛の episode が 1 回あり、30 分持続したがアセトアミノフェンでおさまった。この胸痛の episode の 1 週間後にかかりつけ医を受診、貧血を指摘され、この時 TSH 0.65 μ U/ml、T4 1.14mg/dl であった。4 日後、咳と高熱(38.1°C)が続くため別の病院の救急部を受診、胸部レントゲンで右側の胸水を認め、浸潤影と思われる影も見られたため、10 日間のレボフロキサシン投与が開始された。2 日後に胸部レントゲンの正式なレポートで心陰影の拡大があることが報告され、心エコーにて右室の拡張不全を伴う心嚢水貯留という心タンポナーデの所見が認められたため、当院に入院となった。入院の 11 ヶ月前、患者(職業は医師)はローテーションでケニアのナイロビに 1 ヶ月滞在し、様々な感染症の小児と接する機会があったが、それ以後米国の外へ出ていない。マサチューセッツ州の Martha's Vineyard を訪れてもいない。ケニアから帰国して 5 ヶ月後に受けたツベルクリンテストは陰性であったという。紅斑や関節腫脹の既往はない。

【既往歴】間欠的な AVNRT(19 歳~)【家族歴】姉妹のひとりに Graves' disease、母に甲状腺機能亢進症

【生活歴】職業:医師(トレーニング中) 喫煙なし、飲酒なし、違法薬物摂取なし

【入院時現症】<GENERAL STATUS & VITAL SIGNS> BT 36.1°C, BP 130/83(ただし pulsus paradoxus を認め、吸気により 140→132mmHg と低下), HR 98/min, RR 20/min, SpO2 100%(room air) <HEAD & FACE> [Eye] n.p. [Ear] n.p. [Nose] n.p. [Throat] n.p. [Neck] jugular venous pressure 12cmH₂O, bilateral carotid bruits(+), LN swelling(-) <HEART> no murmurs, pericardial friction rub at the left lower sternal border <LUNG> normal breathing sounds.<ABDOMEN> n.p. <EXTREMITIES> edema(-), symmetrical pulses <NEUROLOGICAL> n.p.

【入院時検査所見】 ラボデータは Table1 参照

<CXP>両側に少量の胸水貯留、心陰影の拡大を認める(Fig.1A)

<ECG>normal sinus rhythm, HR 98/min, QRS intervals: 0.138, 0.075, 0.405sec. normal axis, diffuse T-wave inversions, downsloping J point (V2)

<UCG>右房の内反を伴う多量の心嚢水貯留、拡張期の右室の内反、僧帽弁血流速度の呼吸性変動(Fig.2)

【入院後経過】

心膜穿刺が施行され、370ml の血性心嚢水が除去された。心嚢内圧は 7→0mmHg と低下し、ドレーンは 48 時間後に抜去された。心嚢水検査では、悪性細胞陰性、グラム染色では赤色の細胞が見られたが好中球や細菌は陰性、培養で細菌は no growth、スミアおよび培養で抗酸菌陰性であった。翌日のエコーでも心嚢水の再貯留を認めず、3 日目に退院となった。入院中にツベルクリンテストを受けた結果、16mm の硬結を生じた。退院 1 ヶ月後、2 ヶ月後の心エコーではわずかな心嚢水の貯留、臓側心膜へのびまん性フィブリン沈着を認めたが、タンポナーデの所見はなかった。退院の 2 ヶ月後、ツベルクリンテスト陽性の精査のために呼吸器科を受診、肺の聴診所見は正常、喀痰のスミアおよび培養検査で抗酸菌陰性であった。胸部レントゲンでは胸水の消失を認めたが、右上肺野に 2 つの小さな結節状陰影を新たに認めた(Fig.1B)。胸部単純 CT では、右肺上葉に直径 3-5mm の結節が複数見られるほか、複数の縦隔リンパ節腫脹、気管分岐部下方のリンパ節の融合、右肺門リンパ節腫脹、ごくわずかな心膜肥厚と右胸膜後部の肥厚を認めた(Fig.3A, 3B)。1 週間後、気管支鏡検査が施行された。気管分岐部下方の融合性リンパ節の細針吸引細胞診では悪性細胞陰性で、フローサイトメトリーで lymphoma の所見はなかった。右上葉の TBLB で悪性細胞や肉芽腫を認めず、BALF では正常細菌叢を認め、抗酸菌、真菌は陰性であった。血性 ACE 値は 38U/l(7.0-46.0U/l)であった。2 ヶ月後の胸部造影 CT では、前縦隔リンパ節の縮小と右肺上葉の結節状陰影の一部の縮小を認めたが他のリンパ節と結節状陰影は不変で、右側に新たな胸水貯留が認められた(Fig.3C, 3D)。

ある診断的手技が施行された。

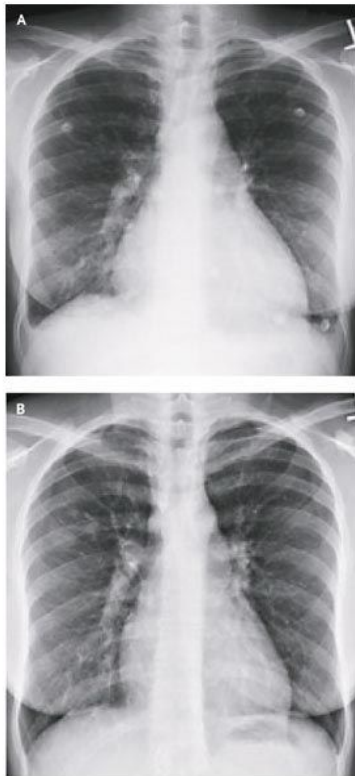


Figure1

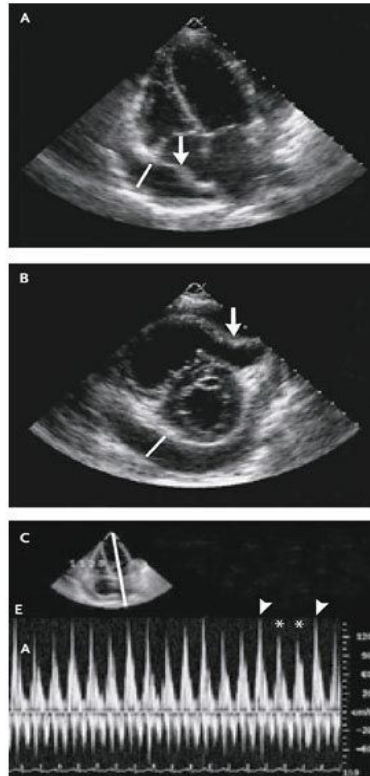


Figure2

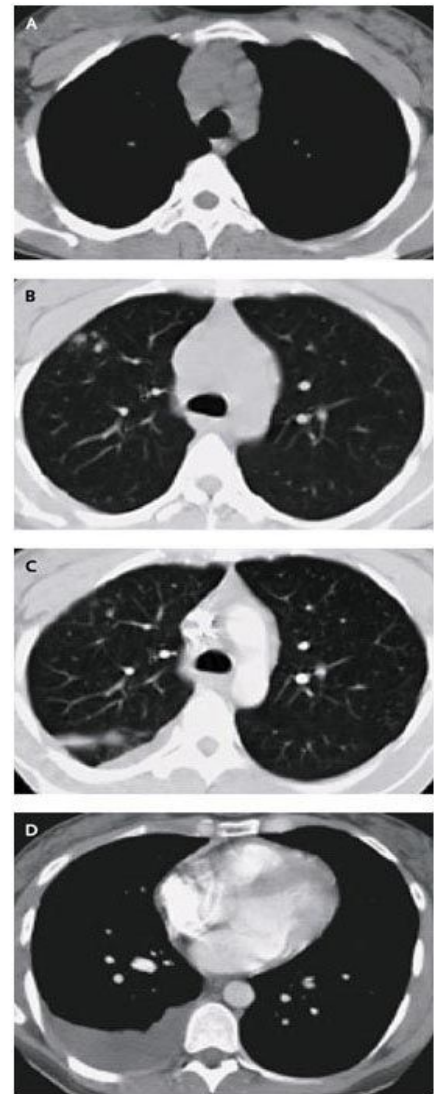


Figure3

Table 1. Laboratory Values on Admission.*	
Variable	Value
White-cell count (per mm ³)	8,100
Differential count (%)	
Neutrophils	71
Lymphocytes	20
Monocytes	7
Eosinophils	1
Basophils	1
Hematocrit (%)	32.8
Hemoglobin (g/dl)	11.1
Platelet count (per mm ³)	553,000
Mean corpuscular volume (μm ³)	81
Sodium (mmol/liter)	136
Potassium (mmol/liter)	3.7
Chloride (mmol/liter)	105
Carbon dioxide (mmol/liter)	25.6
Calcium (mg/dl)	9.3
Phosphorus (mg/dl)	2.9
Magnesium (mg/dl)	1.8
Iron (μg/dl)	11
Iron-binding capacity (μg/dl)	227
Ferritin (ng/ml)	126
Rheumatoid factor (U/ml)	Negative
Antinuclear antibodies	Positive (titer, 1:80); negative (titer, 1:160), with a speckled pattern
Anti-double-stranded DNA antibodies	Negative (titer, 1:10)

* To convert the value for calcium to millimoles per liter, multiply by 0.250. To convert the value for phosphorus to millimoles per liter, multiply by 0.3229. To convert the value for magnesium to milliequivalents per liter, divide by 0.5. To convert the values for iron and iron-binding capacity to micromoles per liter, multiply by 0.1791.