

第36回 関東川崎病研究会

会長：鮎沢 衛(日本大学医学部附属板橋病院小児科)

[特別講演]

座長：鮎沢 衛(日本大学医学部附属板橋病院小児科)

川崎病の成人期における患者像～円滑な成人期移行に向けて～

高山忠輝ほか(日本大学医学部内科学系循環器内科学分野)

[一般講演]

座長：中島弘道(千葉県こども病院循環器内科)

1 Mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion (MERS) および股関節炎を合併し再燃を繰り返した川崎病の1例

菅沼栄介ほか(埼玉県立小児医療センター感染免疫アレルギー科)

2 急性腹症を疑った川崎病の1例

真弓怜奈ほか(順天堂大学医学部附属練馬病院小児科)

3 遠隔期に左冠動脈前下行枝閉塞をきたした川崎病冠動脈瘤の2例

橋本佳亮ほか(日本医科大学小児科)

4 川崎病に罹患した大学生男子の1例

林 歩実ほか(東邦大学医療センター大橋病院小児科)

2017年6月17日 日本赤十字社医療センターにて

特別講演

川崎病の成人期における患者像 ～円滑な成人期移行に向けて～

高山忠輝¹⁾ 神山 浩²⁾ 鮎沢 衛²⁾ 高橋昌里²⁾ 廣 高史¹⁾ 平山篤志¹⁾

● はじめに

川崎病冠動脈後遺症を有する患者では成長に伴い小児科をドロップアウトする患者が少なくなく、その救済には新たな診療システムが必要と考え、当院小児科と循環器内科では2009年の2月から川崎病長期フォローアップセンター(KDセンター)を開設し、循環器内科と併診

し、小児科から循環器内科への円滑な移行に関する取り組みを行っている。

● 川崎病冠動脈後遺症患者の成人における問題点

日本大学医学部附属板橋病院での川崎病冠動脈後遺症患者数は、治療法の確立により減少傾向ではあるものの

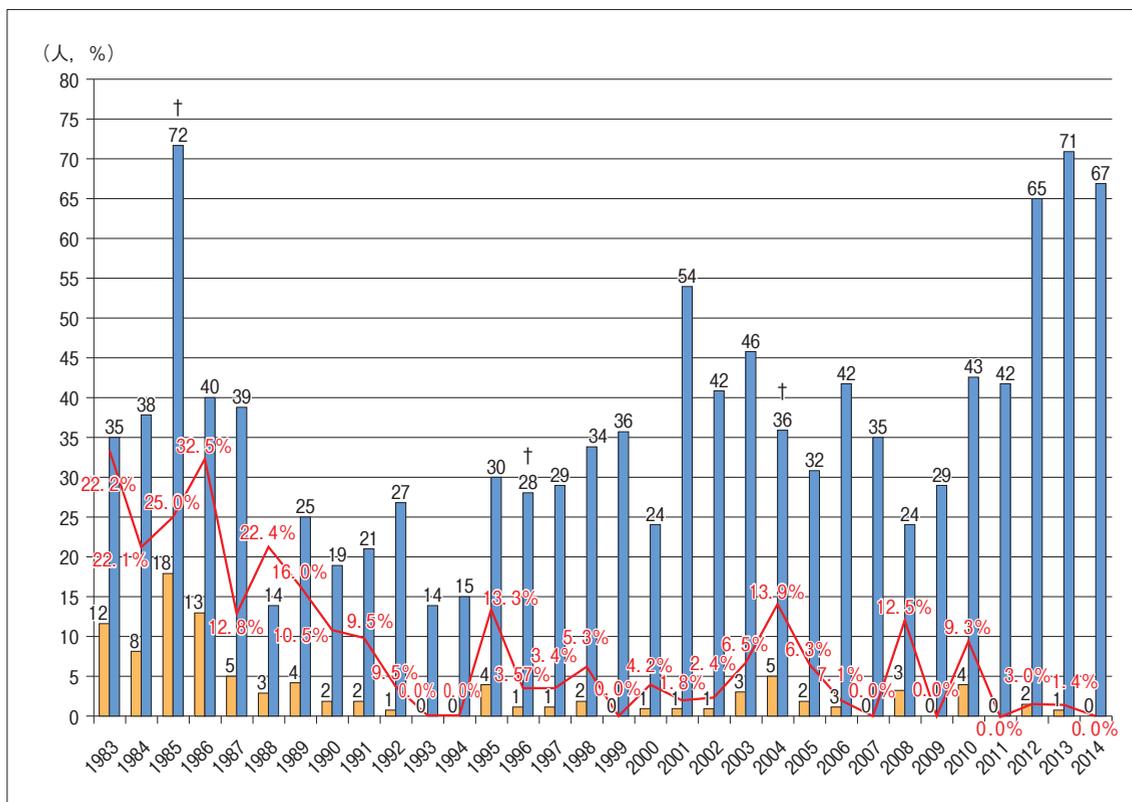


図1 日本大学板橋病院(1983~2014)における冠動脈障害/全患者数 106/1178 (9.0%)

1) 日本大学医学部内科学系循環器内科学分野
2) 日本大学医学部小児科学系小児科学分野

● Key words ; 川崎病, 冠動脈後遺症, 成人期移行, 移行期医療



一定数の発生はあり、2012年から2014年の3年間にも年間60～70例の冠動脈後遺症症例が発生している。全体でも1,178例中106例であり、9.0%の発生率であった。1980年代の後遺症患者も青年期から成人となり、中年にさしかかっているにも関わらず、小児科に継続して通院する患者あるいは小児科をドロップアウトする患者も少なくない。

成人期の問題点としては、1. 動脈硬化のリスクになるか？ 2. 成人期の抗血栓療法はどうするか？ 3. 女性では妊娠・出産 4. 無症状症例への対応はどうするか？ 5. 患者および家族が精神的な自立ができていない、などの問題点が考えられる。その中でも、冠動脈硬化の危険因子になるのではないかということが一番の問題点であると、医学的には認識される。また、川崎病患者全体に言えることではあるが、精神的な自立ができていないことがある。小児科医への依存心の高さが、ドロップアウトや内科への円滑な移行の障壁になっている可能性がある。

● 川崎病後遺症症例と成人発症の急性冠症候群の違い

成人発症の急性冠症候群では、冠動脈にプラークを形成しプラークの進展・不安定化し、プラーク破綻をすることで発症するが、川崎病後遺症による冠動脈病変では、成人では慢性期であり高度石灰化による狭窄病変による血流量の低下による狭心症悪化または致死的な不整脈という形で発症しているため、通常の冠動脈硬化症の危険

因子とは違うと思われる症例を経験している。川崎病後遺症患者の年齢が高齢化していることから、通常の動脈硬化が加わることで心筋虚血の悪化が起こる可能性も否定できない。そのため動脈硬化の進展を抑制する目的に冠危険因子への介入は必要と思われる。中でも脂質低下療法は実績もあり期待される^{1,2)}。しかしながら、その効果に関する評価は、今後の症例の蓄積が必要と思われる。

● 日本大学医学部附属板橋病院の取り組み

当院では、小児科・循環器内科・心臓外科において、心筋 SPECT、心エコーによる壁運動の評価、冠動脈 CT による狭窄病変の評価、頸動脈エコー、脈波、脂質検査による動脈硬化進展性の評価をして、小児科から循環器内科へ診察の移行を進めている。

● 移行期医療の問題点とその対処

移行期医療として問題点となる点は以下のとおりである。

- a. 循環器内科への移行に向けた患者教育の不足。
→ 医師・親への依存心が強い。
- b. 循環器内科医の小児の心疾患や慢性疾患に対する知識・経験の蓄積が足りない。
→ 合同カンファレンス・研究会などを開催する。
- c. 小児循環器医と循環器内科医との連携。
→ 合同診察あるいは同日診察を導入する。
- d. 妊娠・出産など。



写真 川崎病移行期カンファレンス風景
(左から、神山氏、鮎沢氏、高山氏)



これらの問題点を理解しつつ、現在の川崎病後遺症患者の現状とその対応としては、川崎病冠動脈後遺症の患者が成人(中年)となってきたおり、川崎病の経過のみならず、成人にとっては通常の変化であるが、川崎病血管病変への修飾する可能性が危惧される。そのため、動脈硬化を促進させる冠危険因子のコントロールは重要でその中でも脂質低下療法に関しては最も効果があると思われる。そのためにも、小児科から循環器内科への移行には、特に循環器内科医は、患者の心情などを理解しながら進める必要がある。また、小児科と併診により患者心理などの特質の理解をすることでスムーズに進むと思われる。

文 献

- 1) Hirayama A, Saito S, Ueda Y, et al : Plaque-stabilizing effect of atorvastatin is stronger for plaques evaluated as more unstable by angioscopy and intravenous ultrasound. *Circ J* 2011 ; **75**(6) : 1448-1454
- 2) Takayama T, Hiro T, Yamagishi M, et al : COSMOS Investigators.. Effect of rosuvastatin on coronary atheroma in stable coronary artery disease : multicenter coronary atherosclerosis study measuring effects of rosuvastatin using intravascular ultrasound in Japanese subjects (COSMOS). *Circ J* 2009 Nov ; **73**(11) : 2110-2117

Mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion(MERS)および股関節炎を合併し再燃を繰り返した川崎病の1例

菅沼栄介 上島洋二 佐藤 智 高野忠将 川野 豊

● はじめに

川崎病(KD)には冠動脈病変(CAL)以外に中枢神経系、運動器系など多彩な合併症を呈することが知られている。今回KDの経過中にMild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion(MERS)と股関節炎を合併した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

● 症例

症例：7歳男児。

主訴：発熱，頸部痛。

既往歴：ランゲルハンス細胞組織球症で治療歴(血液腫瘍科)はあるが現在は寛解状態。

家族歴：10歳の姉が2歳時にKDに罹患(CAL合併なし)。

現病歴：入院2日前の夜間より39°C台の発熱，頸部痛が出現した。入院当日に発熱に加え経口摂取低下，下肢痛を伴うため，近医より当院に紹介され入院となった。化膿性頸部リンパ節炎の診断でcefotaxime sodium(CTX)が開始された。しかし入院翌日(第4病日)に眼球充血，発疹が出現したためKDが疑われたため，血液腫瘍科から当科に転科となった。

当科転科時現症：身長116.6 cm，体重21.3 kg，体温40.5°C，心拍数112/分，活気低下，眼球結膜充血あり，口唇紅潮なし，左側頸部リンパ節腫大(3 cm)，前胸部～腹部に紅斑あり，四肢末端の硬性浮腫なし。

転科時検査所見：WBCは8200/ μ Lと上昇はなく，肝逸脱酵素の上昇(AST：128 IU/L，ALT：225 IU/L)と直接ビリルビン優位の黄疸(T-bil：5.2 mg/dL，D-bil：4.2 mg/dL)を認め，CRPは8.77 mg/dLと上昇してい

た。心電図，心エコー検査では異常はなかった。

入院後経過(図1)：入院後も解熱せず第5病日に6/6項目を満たし群馬スコア7点であったためIVIG(2 g/kg)に初期PSL(2 mg/kg/日)を併用した。しかし解熱せず翌日からIVIGを同量で追加投与した。同日，不穏状態となり第7病日に施行した頭部MRIで脳梁膨大部の腫大と高信号を認めMERSと診断した(図2a)。第8病日から再発熱したためインフリキシマブ(IFX)を投与し解熱を得られたが炎症反応は低下せず第9病日からシクロスポリンA(CsA)とウリナスタチン(UTI)を開始した。さらにPSL減量中の第24病日に両側大腿の疼痛が出現し，歩行が困難となった。全身型若年性特発性関節炎(sJIA)との鑑別のため測定したIL-18は545.9 pg/mLと著明な上昇はなく，また股関節MRIで両側股関節周囲の液体貯留からKD随伴の股関節炎と診断し(図2b)，IVIG追加投与とイブプロフェン内服を開始し疼痛は徐々に改善した。第32，39病日にも再燃したが，2回目のIFXとCsA再開でそれぞれ対応し，以後再燃なく第49病日に退院した。経過中の心エコー検査でCALの合併はなかった。

● 結語

MERSおよび股関節炎を合併し再燃を繰り返したKDの1例を経験した。KDとMERSの合併症例は，急性心筋炎¹⁾やCAL合併²⁾などリスクが高い重症例が多いことが知られており早期の追加治療を考慮すべきである。さらに関節炎を合併するKDは治療抵抗例や炎症遷延例が多く³⁾，個々の症例に応じた慎重なステロイドの減量を考慮すべきと考える。またsJIAとの鑑別にはIL-18値が有用とされ⁴⁾，積極的な測定が望まれる。

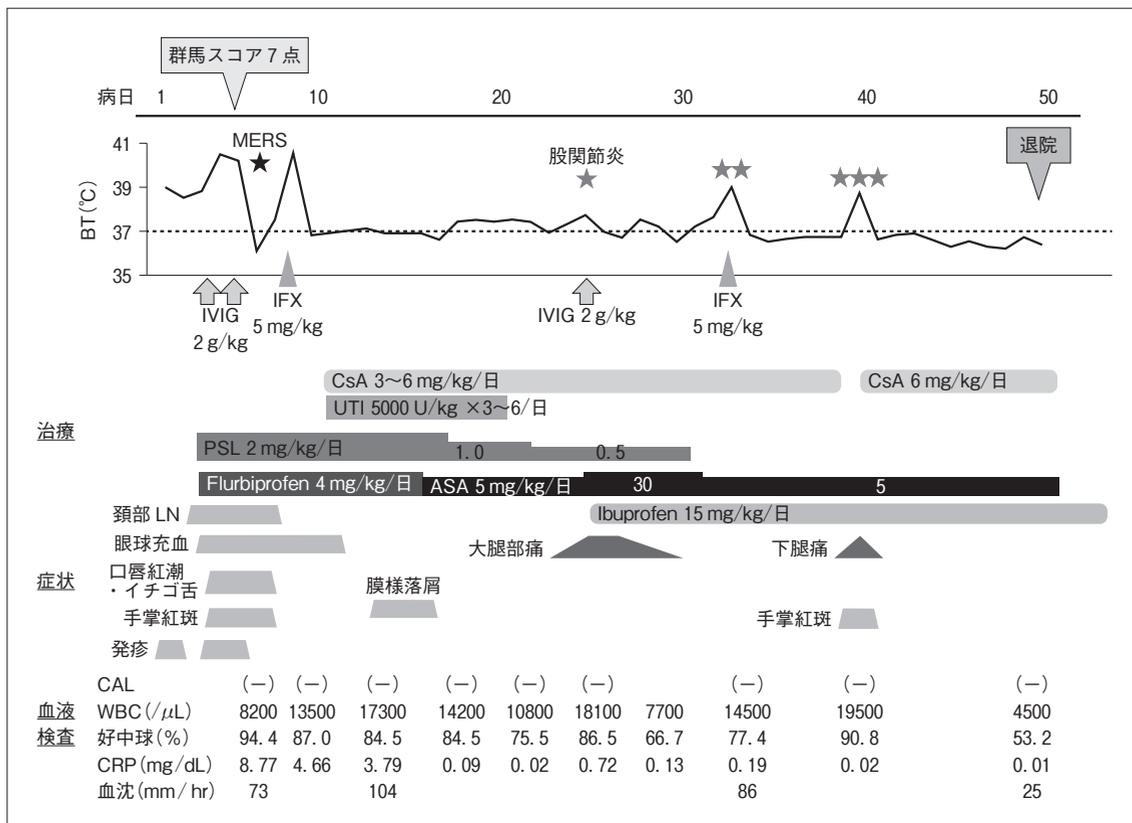


図1 入院後経過

IVIG：免疫グロブリン，IFX：インフリキシマブ，ASA：アスピリン，UTI：ウリナスタチン，CsA：シクロスポリン A，PSL：水溶性プレドニン

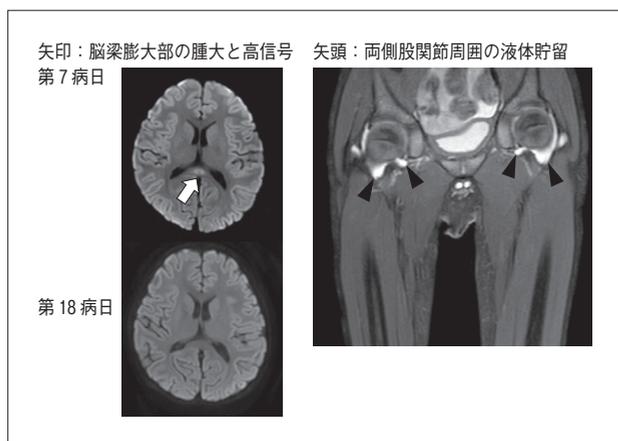


図2-a 頭部MRI (拡散強調画像)

図2-b 股関節MRI (T2強調画像)

参考文献

- 1) Itamura S, Kamada M, Nakagawa N : Kawasaki disease complicated with reversible splenic lesion and acute myocarditis : *Pediatr Cardiol* 2011 ; 32(5) : 696-699
- 2) Takanashi J, Shirai K, Sugawara Y et al : Kawasaki disease complicated by mild encephalopathy with a reversible splenic lesion (MERS) : *J Neurol Sci* 2012 ; 315(1-2) : 167-169
- 3) 武山 彩, 大原信一郎, 高野 恵ほか : 免疫グロブリン療法不応の川崎病で回復期に関節症状を呈した3例 : *小児科* 2009 ; 50(12) : 2083-2089
- 4) Takahara T, Shimizu M, Nakagishi Y et al : Serum IL-18 as a potential specific marker for differentiating systemic juvenile idiopathic arthritis from incomplete Kawasaki disease : *Rheumatol Int* 2015 ; 35(1) : 81-84

急性腹症を疑った川崎病の1例

真弓怜奈 鳥羽山寿子 牛牧史子 笠井悠里葉 吉田 登 竹内祥子
 辻脇篤志 北村祐梨 海野大輔 大友義之 新島新一

● はじめに

川崎病患者のうち、3～5%は発症時に腹部症状を呈する。腹痛・腹部膨満・嘔吐・肝腫大・黄疸・下痢など症状は多岐にわたっており、外科的治療を有したという報告も散見される^{1,2)}。右下腹部の激しい痛みで発症した川崎病の1例を経験したので報告する。

● 症例

生来健康な3歳10か月男児。入院前日夕方から発熱および心窩部痛が出現、入院当日に発熱および右下腹部痛のため近医を受診した。虫垂炎の疑いで同日当院を紹介受診し精査加療目的に当科へ入院した。

現症：体温40.2°C、腹部は平坦軟で腸蠕動音軽度減弱、右下腹部に局限する圧痛あり、反跳痛・筋性防御なし。咽頭発赤を認める以外は特記すべき所見なし。

検査所見(入院時)：好中球優位の白血球数増多、炎症反応上昇を認めた。便中ウイルス迅速検査は陰性(表1)。腹部単純Xpで腸管の拡張を認めた(図1)。腹部エコー検査では上行結腸の壁肥厚あり、虫垂は短軸径4mmと



図1 腹部単純Xp
腸管拡張像あり

表1 入院時検査所見

血算		生化学		迅速検査
WBC	31,400/ μ L	ALT	22 IU/L	ノロウイルス(-)
RBC	456 \times 10 ⁴ / μ L	AST	14 IU/L	ロタウイルス(-)
Hb	12.2 g/dL	AMY	61 IU/L	アデノウイルス(-)
Hct	36.3%	T-bil	0.4 mg/dL	
Plt	365 \times 10 ³ / μ L	BUN	10 mg/dL	
		Cre	0.3 mg/dL	
		Na	136 mEq/L	
凝固		K	3.4 mEq/L	
PT(INR)	1.47	Cl	99 mEq/L	
Fib	615 mg/dL	CRP	5.3 mg/dL	
FDP-D	3.3 μ g/mL			

腫大は認めなかった。腹部造影CT検査で上行結腸の壁肥厚・回盲部周囲の脂肪織濃度上昇および腸間膜リンパ節腫大を認めたが虫垂の腫大や腹水の貯留は認めなかった(図2)。

入院後経過：回盲部炎の暫定診断で、絶飲食・補液および抗菌薬による治療を開始した。しかし、発熱が持続し腹痛も増悪傾向であり、また抗菌薬投与後より全身の発疹を認めたため薬疹の可能性も考慮し、抗菌薬を変更した。しかし同様の発疹が再度出現したため第3病日より抗菌薬は中止して経過観察とした。第4病日に発疹に加え、眼球結膜の充血および口唇の腫脹を認め、第5病日に頸部リンパ節腫脹・手指の硬性浮腫も出現した。

川崎病主要症状6/6、原田スコア6/7であり、川崎病と診断し第5病日より免疫グロブリン2g/kgの点滴静注、アスピリン30mg/kg/日の内服を開始した。速やかに解熱したが、第8病日より再発熱および眼球結膜の充血を認めたため再度免疫グロブリン2g/kgを投与、第10病日に膜様落屑も認め第12病日にアスピリンを

5mg/kg/日に減量し、第15病日に退院となった。経過中の心エコー検査では第8病日に三尖弁および大動脈弁に軽度の逆流を認めたが、退院時には消失した(図3)。

● 結語

急性腹症で発症した川崎病は5歳以上の年長児に多く¹⁾、また半数近くは急性期に冠動脈瘤や弁逆流などの心合併症を認めるという報告がある²⁾。本症例では、当初激しい腹部症状や腸管浮腫の所見から腸管感染症として加療したが、皮膚粘膜症状が出現し川崎病の診断に至った。急性腹症では川崎病が鑑別診断の一つであり安易に除外せず、全身の丁寧な診察を繰り返すことが正確な診断を導く要因であることを再認識した。また、急性期の川崎病患者において血中および腸管粘膜で $V\beta_2^+$ T細胞が選択的に上昇していることが知られており^{3~5)}、腹部症状出現の機序について今後の更なる検討が課題である。

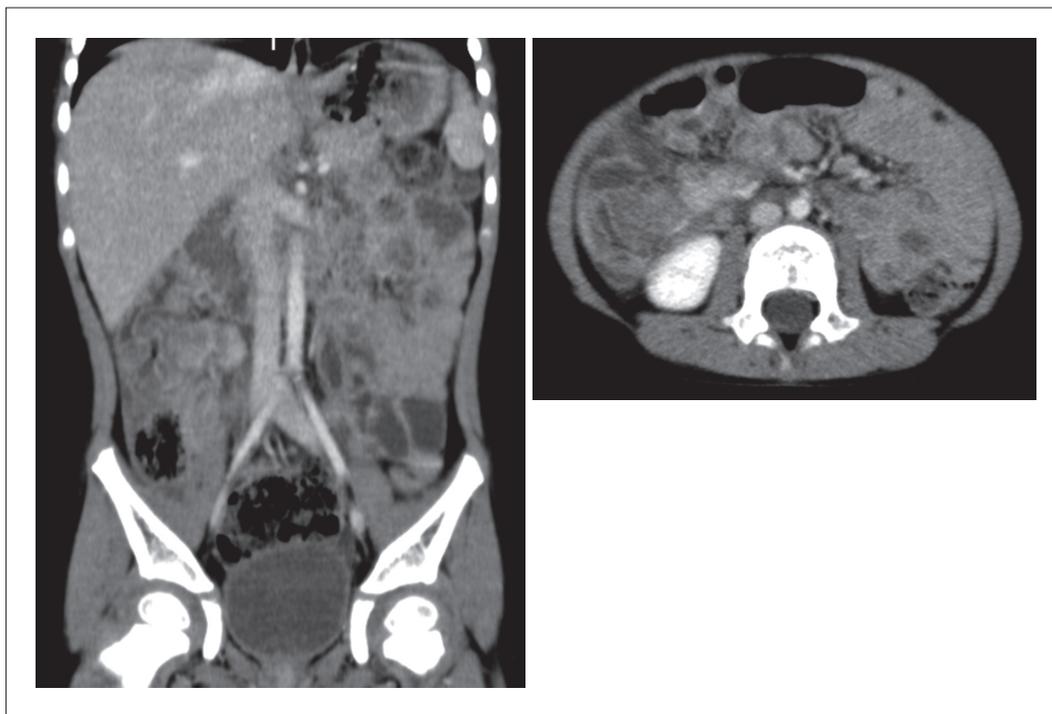


図2 腹部造影CT
上行結腸壁肥厚
回盲部周囲の脂肪織濃度上昇
腸間膜リンパ節腫大
虫垂腫大なし

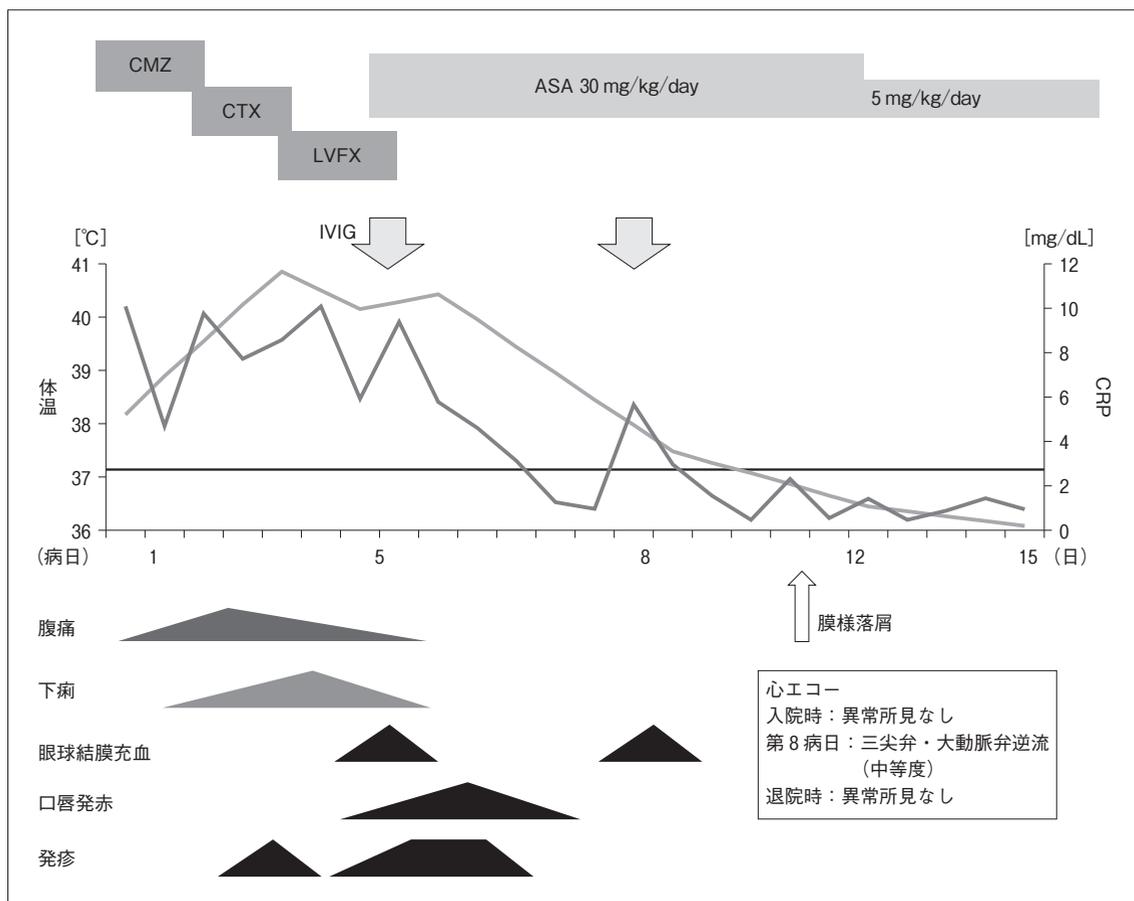


図3 入院後経過

文献

- 1) Zulian F, Falcini F, Zancan L, et al : Acute abdomen as presenting manifestation of Kawasaki disease : *The Journal of Pediatrics* 2003 ; 142(6) : 731-735
- 2) Yaniv L, Jaffe M, Shaoul R : The surgical manifestations of the intestinal tract in Kawasaki disease : *The Journal of Pediatric Surgery* 2005 ; 40 : E1-4
- 3) Yamashiro Y, Nagata S, Oguchi S, et al : Microbiologic studies on the small intestine in Kawasaki disease 1996 ; *The journal of Pediatric Research* 1996 ; 39 : 622-624
- 4) Yamashiro Y, Nagata S, Oguchi S, et al : Selective increase of V beta 2 T cells in the small intestinal mucosa in Kawasaki disease 1996 ; *The journal of Pediatric Research* 1996 ; 39 : 264-266
- 5) Nagata S, Yamashiro Y, Ohtsuka Y, et al : Heat shock proteins and superantigenic properties of bacteria from the gastrointestinal tract of patients with Kawasaki disease : *Immunology* 2009 ; 128 : 511-520

遠隔期に左冠動脈前下行枝閉塞をきたした川崎病冠動脈瘤の2例

橋本佳亮 橋本康司 築野香苗 渡邊 誠 阿部正徳 赤尾見春
 勝部康弘 深澤隆治

● はじめに

川崎病により冠動脈の閉塞性病変をきたした患児の臨床像は、無症状のものから心筋虚血、突然死を起こすものまでさまざまである。右冠動脈閉塞例では、再開通を認める例の予後は比較的良好である一方、左冠動脈閉塞例の予後は不良であり、突然死をきたす場合が多い。

● 症例

【症例 1】

20歳女性。生後9か月に川崎病を発症、左冠動脈前下行枝 Seg. 6-7 に8 mm 大の巨大瘤、Seg. 1-2: 3×4.5 mm, Seg. 4: 3×3 mm 大の中等瘤を認め、2歳時に Seg. 6: 95% 狭窄に対し、バルーン冠動脈形成術(POBA)を行った。最終のカテーテル検査は5歳であった。20歳時に外来で試行したトレッドミル負荷心電図で虚血所見(Ⅱ, Ⅲ, aVf, V5-6 ST 低下)を認め、心筋血流検査である N-13 アンモニア PET 検査で、アデノシン負荷時に

前壁-中隔-心尖部の集積低下、左前下行枝の血流低下を同定した。冠動脈造影検査では、左室壁運動良好、左前下行枝 Seg. 6 で完全閉塞、右冠動脈 Seg. 2: 75% 狭窄 (FFR 0.66) であった。多数の右冠動脈-左冠動脈側副血行を認めた(図 1)。

【症例 2】

12歳男児。1歳時に川崎病を発症、免疫グロブリン療法2回、メチルプレドニゾロンパルス療法、インフリキシマブで第9病日に解熱したが、左冠動脈前下行枝 Seg. 7 に12 mm 大の巨大瘤をきたした。定期的にカテーテル検査を行い瘤は退縮傾向であった。トレッドミル負荷心電図で心筋虚血が疑われ、N-13 アンモニア PET 検査を施行したところ、負荷時に前壁-中隔-心尖部の高度集積低下を認め、左前下行枝の血流低下を認めた。冠動脈造影検査では、左前下行枝は D1 まで描出、Seg. 7 で完全閉塞、左回旋枝は3.8 mm まで拡大、左回旋枝、右冠動脈より左前下行枝への側副血行が伸びていた(図 2)。症例 1 と症例 2 の比較を表 1 に示す。

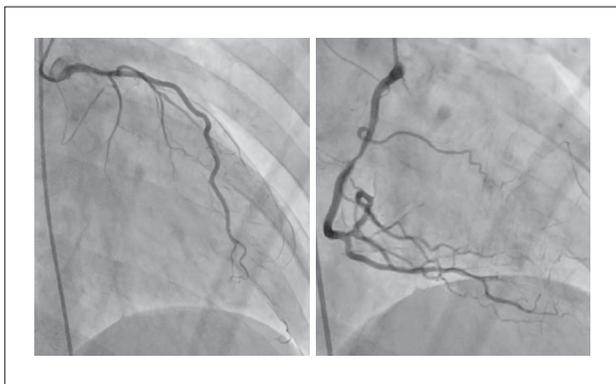


図 1 症例 1 左冠動脈造影, 右冠動脈造影 (RAO 30° CRA 0°)



図 2 症例 2 左冠動脈造影, 右冠動脈造影 (RAO 30° CRA 0°)

日本医科大学小児科

● Key words ; 川崎病, 遠隔期, 左冠動脈前下行枝閉塞, 川崎病冠動脈瘤, 無症候性心筋虚血



表 1 症例比較

	症例 1	症例 2
罹患後の年数	19 年	11 年
最終カテーテル検査	14 年前	6 年前, 冠動脈 CT フォロー
虚血症状	なし	なし
N-13 アンモニア PET	前壁-中隔-心尖部	前壁-中隔-心尖部
トレッドミル検査	Ⅱ, Ⅲ, aVf, V5-6 ST 低下	Ⅱ, Ⅲ, aVf, V2-5 ST 低下
Cx	正常	全体的に拡張
RCA	Seg. 2 : 75% 狭窄 (FFR 0.66)	閉塞後
LAD 側副血行	右冠動脈(++), 回旋枝(+)	右冠動脈(++), 回旋枝(+)
治療	冠動脈バイパス術 (左内胸動脈-左前下行枝)	冠動脈バイパス術 (左内胸動脈-左前下行枝)

● 結語

遠隔期に左前下行枝閉塞をきたした川崎病冠動脈瘤の 2 例を経験した。いずれの症例も無症候であったが、トレッドミル運動負荷試験・N-13 アンモニア PET 検査で心筋虚血の所見を認めた。左前下行枝へ著明な側副血行

路の発達を認め、安静時の虚血は証明できないが、負荷試験では左前下行枝領域の虚血が証明された。川崎病冠動脈瘤患者においては、冠動脈リモデリングは長期にわたって継続しており、定期的な心筋虚血精査に加え、冠動脈の形態的評価が必要であると考えられた。

川崎病に罹患した大学生男子の1例

林 歩実¹⁾ 二瓶浩一¹⁾ 白井陽子¹⁾ 伊藤智恵子¹⁾ 三嶋典子¹⁾
 新山史郎²⁾ 清水教一¹⁾

● はじめに

川崎病は1歳前後の小児に好発するが、稀に年長児や成人が罹患した報告もみられる。今回我々は19歳11か月の川崎病患者を経験したので報告する。

症例：19歳11か月，男子。

主訴：発熱，眼球結膜充血，体幹四肢の紅斑，手指の膜様落屑

既往歴：幼稚園の頃に原因不明の発熱があり，解熱後に手の皮が剥け溶連菌感染症といわれた。

現病歴：38°C台の発熱，全身性の発疹，左頸部のリンパ節腫脹が出現した(第1病日)。近医でCDTR-PIを処方されたが解熱せず第3病日に当院総合内科を受診した。体温39.2°C，結膜充血なく，咽頭発赤あり，左頸部のリンパ節腫脹あり，体幹四肢と手掌に鮮紅色の紅斑を認めた。血液検査では白血球数16100/μL(桿状核球

10.5%，好中球81.5%)，CRP 5.01 mg/dLであった。同日併診した耳鼻科は頸部CT所見から炎症性のリンパ節炎を疑い，また皮膚科では細菌感染による中毒疹を疑い，CDTR-PIの内服継続指示となった。その後も38~40°C台の発熱が続き，第6病日に眼球結膜充血が出現した。第6病日に皮膚科を受診しTFLXに変更となり経過観察となった。第7病日に手指の膜様落屑が出現した。発熱が続くため第8病日に皮膚科へ入院した。中毒疹の疑いでCEZ 2 g/dayが開始され，また川崎病も否定できないため当科へ依頼があった(第10病日)。

第10病日の身体所見：身長175 cm，体重60.7 kg，体温38.9°C，血圧100/42 mmHg，心拍数82/分，意識清明，両側眼球結膜は充血し，上肢に淡い紅斑があり，手指の膜様落屑を認めた。頸部リンパ節は触知せず，胸腹部理学的所見に異常を認めなかった。

第10病日の検査所見(表1)：炎症反応は軽度上昇し

表1 第10病日の検査所見

血算		生化学		凝固線溶系検査	
WBC	15100/mm ³	Alb	2.5 g/dL	FIB	654 mg/dL
MYERO	0.5%	AST	27 IU/L	D-D	1.0 μg/mL
META	1.5%	ALT	37 IU/L	P-FDP	3.8 μg/mL
BAND	1.5%	LDH	428 IU/L	尿検査	
SEG	81.5%	γ-GTP	57 IU/L	比重	1.015
		BUN	7 mg/dL	pH	6.0
LYMPH	5.0%	Cr	0.69 mg/dL	蛋白	±
MONO	8.0%	UA	3.9 mg/dL	白血球	1-4/HF
EOSINO	3.0%	Na	138 mmol/L	β2MG	273 μg/L
RBC	472×10 ⁴ /mm ³	K	4.6 mmol/L		
Hb	14.1 g/dL	Cl	101 mmol/L		
Ht	39.6%	CRP	1.75 mg/dL		
Plt	28.3×10 ⁴ /μL	プロカルシトニン	0.11 ng/mL		
		NT-proBNP(第11病日)	142.1 pg/mL		

1) 東邦大学医療センター大橋病院小児科

2) 東邦大学医療センター大橋病院皮膚科

● Key words ; 川崎病，成人発症



ていた。心電図および心エコーでは異常を認めなかった。

入院経過：川崎病と診断し、直ちに免疫グロブリン 30 g(0.5 g/kg)を投与した。その後は体温や炎症反応を参考に適宜免疫グロブリンを追加した。第21病日にCRPが陰性化し第23病日に退院した(図1)。

退院後経過：退院後、左冠動脈前下行枝径が徐々に拡張し、第63病日に最大径4.73 mm(Z-Score: +2.96)の紡錘状変化となったがこの間に発熱なく追加治療は行わなかった。発症1年2か月の冠動脈CT検査でregressionを確認しアスピリン治療を終了した。

● 考察

10歳以上の年次別川崎病患者数についての記載が始まった第17~23回の川崎病全国調査結果^{1~7)}によると2001年以降は川崎病患者総数の増加に比較して10歳以上の患者数はさらに増加傾向であり、近年川崎病患者総数の約1%が10歳以上の患者である。

Seveら⁸⁾による川崎病成人例における主要症状の出現頻度を、本邦の小児も含めた出現頻度の報告⁹⁾と比較すると、膜様落屑は明らかに成人例で頻度が高かった。本症例においても膜様落屑の出現で当科へ依頼となった。成人期発症の川崎病は臨床症状の出現頻度が小児期と異なる可能性がある。

文 献

- 1) 厚生労働省川崎病研究班, 第17回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2004; 67: 313-323
- 2) 厚生労働省川崎病研究班, 第18回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2006; 69: 281-292
- 3) 厚生労働省川崎病研究班, 第19回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2008; 71: 349-360
- 4) 川崎病全国調査担当グループ(特定非営利活動法人川崎病研究センター), 第20回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2010; 73: 143-156
- 5) 川崎病全国調査担当グループ(特定非営利活動法人川崎病研究センター), 第21回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2012; 75: 507-523
- 6) 川崎病全国調査担当グループ(特定非営利活動法人川崎病研究センター), 第22回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2014; 77: 271-290
- 7) 川崎病全国調査担当グループ(特定非営利活動法人川崎病研究センター), 第23回川崎病全国調査成績, 小児科診療 2016; 79: 273-292
- 8) Seve P, et al. Adult Kawasaki Disease: Report of Two Cases and Literature Review. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 34: 785-792
- 9) 鮎沢 衛. 川崎病急性期の臨床経過と特徴 日本臨牀 2014; 72: 1563-1569

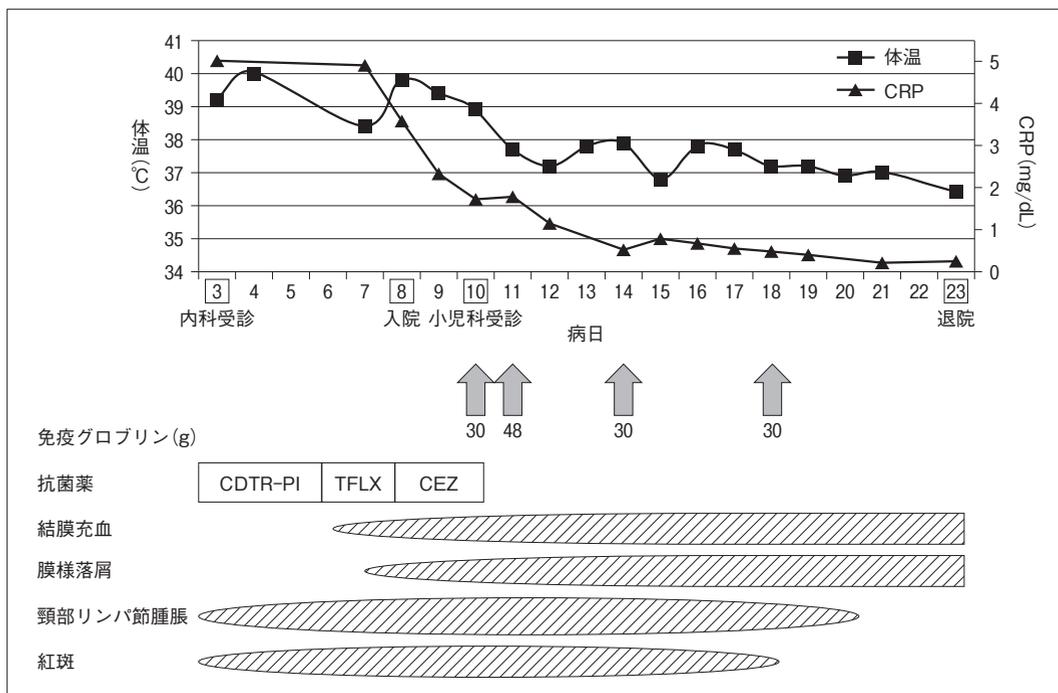


図1 入院経過