

一般演題（ポスターセッション）抄録

### 1 ESD後の早期胃癌からPTTMに至った一例

松下記念病院総合診療内科<sup>1)</sup>

松下記念病院外科<sup>2)</sup>

松下記念病院臨床検査科<sup>3)</sup>

○室谷昌俊<sup>1</sup>、岡田博史<sup>1</sup>、川俣博史<sup>1</sup>、城田あゆみ<sup>1</sup>

酒井千恵子<sup>1</sup>、張本邦泰<sup>1</sup>、川崎達也<sup>1</sup>、川端健二<sup>3</sup>

神谷匡昭<sup>1</sup>、山根哲郎<sup>2</sup>

症例は78歳男性。4年前に早期胃癌に対しESDを実施し、深達度m、T1aM0N0、type0-2cと診断された。5日前からの眩暈、労作性の息切れを主訴に受診した。胸痛はなかった。身体診察上は有意な所見はなく、血液検査でD-dimer 25.89 $\mu$ g/mLと上昇を認めた。心電図では特記すべき所見は無く、心エコー図で右室の拡大と推定右室圧の上昇を認めた。造影CTを実施したが、肺動脈に血栓を認めず、肺高血圧症の疑いで入院した。入院後CEA 1037 ng/mL、CA19-9 32004 U/mLと高値を認め、肺高血圧の原因としてPTTM (Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy) が疑われた。肺血流シンチグラフィでは多発欠損影を認め、右心カテーテルでは肺高血圧症を認めた。CTや内視鏡で原発巣を特定できなかったがPET-CTでは、大動脈周囲リンパ節主体のリンパ節転移を認めた。しかし原発巣は同定できず、化学療法を導入できないまま、死亡した。病理解剖では肺血管内に腫瘍細胞とフィブリンを伴った内膜肥厚が認められ、PTTMと診断された。今回の腫瘍細胞の組織型が4年前の切除標本と一致し、原発巣は胃癌と診断された。病理解剖でESD後の早期胃癌の再発によるPTTMと判明した一例を経験したため報告する。

### 2 内視鏡下造影法にて診断しえた空腸癌の一例

JCHO 群馬中央病院消化器内科<sup>1)</sup>

JCHO 群馬中央病院外科<sup>2)</sup>

JCHO 群馬中央病院病理診断科<sup>3)</sup>

○入 彩加<sup>1</sup>、堀内克彦<sup>1</sup>、大館幸太<sup>1</sup>、岡村重弓<sup>1</sup>

林 絵理<sup>1</sup>、田原博貴<sup>1</sup>、田部雄一<sup>2</sup>、岸 遂忠<sup>1</sup>

湯浅和久<sup>1</sup>、櫻井信司<sup>3</sup>

【症例】32歳男性。腹部膨満感、嘔吐を主訴に当科受診。腹部X線検査でイレウス像を認め入院となった。CT検査で近位空腸の拡張、内容物貯留認め小腸イレウスと診断。同日施行した腹部超音波検査ではイレウス像を認めず、絶飲食、補液のみで症状改善した。内視鏡下造影法で水溶性消化管造影剤が一時的に停滞する部位に亜全周性1型腫瘍による狭窄を認めた。病理組織診断は中分化腺癌であり、空腸癌cT2N0M0 Stage Iと診断した。当院外科にて空腸部分切除術、リンパ節郭清施行。漿膜面への露出と癒着した近傍腹膜に浸潤を認める進行癌pT4bN0M0 Stage IIBであった。【考察】小腸癌は消化管悪性腫瘍の中で非常にまれな疾患であり、早期発見が難しく、診断時には進行していることが多いとされる。以前は小腸造影検査が一般的であったが、2000年以降カプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡が開発され内視鏡診断が可能となり、早期発見が期待される。スクリーニング検査目的には簡便で非侵襲的なカプセル内視鏡が有用であるが、本症例のように通過障害を認める場合は適応外であり、狭窄部位の特定に続いて組織検査も行える内視鏡下造影法が有用と考えられた。【結語】内視鏡下造影法にて診断しえた空腸癌の一例を経験した。

### 3 虫垂周囲膿瘍との鑑別に苦慮した回盲部癌の一例

国立病院機構千葉医療センター内科

○高橋知也、芳賀祐規、辰野美智子、嶋由紀子、西村光司

宮村達雄、田村 玲、金田 暁、後藤茂正、杉浦信之

【症例】39歳、男性【主訴】右下腹部痛【現病歴】二カ月前からの右下腹部痛が増悪、前医受診。レントゲンでniveau像、エコーで右水腎症を認め、当院搬送。来院時、37.9度の発熱、右下腹部を中心に圧痛著明も、腹膜刺激症状は認めず。CRP 9.44 mg/dLの炎症反応上昇、CTで回盲部周囲の脂肪織濃度上昇、同部位からの右尿管拡張を認め、虫垂周囲膿瘍を疑い、抗生剤投与等の保存的治療を施行。第8病日、CRP 0.69 mg/dLの改善も、右下腹部痛と発熱は持続。第15病日、下部消化管内視鏡 (CS) では便残留もあり粗大な病変は指摘できず。ガストロ造影では回腸の一部以降の口側で造影剤の途絶あり。内科治療抵抗性で回盲部腫瘍の否定困難であり、手術適応を考え、第39病日、右半結腸切除術施行。一方で第30病日、右下肢の痙攣、麻痺が出現、第33病日、頭部CTで多発脳腫瘍が疑われた。回盲部腫瘍の病理結果は低分化腺癌を呈す盲腸癌であり、第52病日、症状コントロール目的の全脳照射施行、以後緩和的治療を行った。【考察】壁外発育型盲腸癌は露出部分が少なくCSを行っても生検で癌を検出できない症例が多く、術前診断が困難である。また、多臓器転移を来す大腸癌で他臓器転移がなく脳転移のみを認める症例は稀である。診断に苦慮した若年発症盲腸癌の症例を経験したので報告する。

### 4 直径3mmのsm癌を発症したLynch症候群の一例

札幌医科大学医学部<sup>1)</sup>

札幌医科大学消化器内科学講座<sup>2)</sup>

○佐藤純一郎<sup>1</sup>、三橋 慧<sup>2</sup>、風間友江<sup>2</sup>、久保俊之<sup>2</sup>

白田智洋<sup>2</sup>、小野寺馨<sup>2</sup>、能正勝彦<sup>2</sup>、山下健太郎<sup>2</sup>

山野泰徳<sup>2</sup>、仲瀬裕志<sup>2</sup>

【現病歴】60歳代男性。20XX-5年、上行結腸早期大腸癌のEMR検体が断端陽性となったこと、横行結腸に進行癌を認めたことより、腹腔鏡補助下拡大右半側結腸切除術を施行された。当時50歳代かつ多発癌であり、ミスマッチ修復遺伝子変異の検索を行ったところPMS2遺伝子の変異を認め、本症例がLynch症候群であると判明。定期的にCSフォローを行っていた。20XX-1年にS状結腸吻合部付近のLST-NGにESDを施行し、高分化型癌、深達度mの病理診断で治療切除であった。20XX年、CSで直腸Rbに $\phi$ 3mmのIICを認め、EMR目的に入院となった。【臨床所見・治療方針】病変は星芒状陥凹を伴い、その内部がV-I pitであったため、早期大腸癌、深達度mと考えEMRを施行した。【病理診断】腫瘍がわずかに粘膜筋板を越えて浸潤しており、深達度sm (100 $\mu$ m)であった。分化度はtub1で、水平断端・垂直断端は陰性だった。【結語】 $\phi$ 3mmという小病変にも関わらずsm浸潤癌であったLynch症候群の1症例を経験した。Lynch症候群は、フォローアップの間隔や、予防的な広範囲腸切除をすべきかどうかなど、解明されていない課題が多い。今後、症例の蓄積と多数例での検討が必要と考えられる。

## 5 肝細胞癌の治療後に発症した後天性凝固第V因子欠乏症の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部附属病院肝臓内科<sup>2)</sup>

宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野<sup>3)</sup>

○福永 幹<sup>1)</sup>, 蓮池 悟<sup>2)</sup>, 安倍弘生<sup>1)</sup>, 宮内俊一<sup>1)</sup>

小山彰平<sup>1)</sup>, 坪内伸伸<sup>1)</sup>, 中島孝治<sup>1)</sup>, 永田賢治<sup>2)</sup>

小松弘幸<sup>1)</sup>, 下田和哉<sup>3)</sup>

72歳男性。20〇〇年12月〇日 HCVによる肝硬変からの再発多発肝細胞癌に対し肝動脈塞栓術を施行した。術後一過性の肝障害をみとめ順調に回復していたが、10,14,15日めの検査にてPT (%) 63.5→48.6→14.9と極端な悪化がみられた。APTTも15日めで116.6秒と著明延長していた。凝固因子の欠乏・異常等が疑われクロスミキシング試験を行ったところ、"deficiency pattern"でありビタミンK、新鮮凍結血漿を補充したが改善はなかった。幸い明らかな出血症状もなく、薬物の影響などを考慮しこれらの中止のみにて経過観察していたが、以後2週にわたりPT 5-7%程度で推移し、36日め、PT61%まで上昇、以後回復した。後日経過中の採血で抗第V因子抗体が陽性であったことが判明し、これによる後天性第V因子欠乏症と診断した。回復後には同抗体は消失していた。本疾患はまれな病態であり、原因として投与薬物・腫瘍による免疫異常などが疑われたものの詳細は不明であった。

## 6 膵癌患者におけるリスク因子と臨床データの検討

愛媛大学医学部医学科<sup>1)</sup>

愛媛大学大学院消化器・内分泌・代謝内科学<sup>2)</sup>

○森 愛絵<sup>1)</sup>, 大野芳敬<sup>2)</sup>, 小泉光仁<sup>2)</sup>, 黒田太良<sup>2)</sup>

今村良樹<sup>2)</sup>, 熊木天児<sup>2)</sup>, 日浅陽一<sup>2)</sup>

【背景・目的】膵癌のリスク因子には家族歴、遺伝性疾患、合併疾患、嗜好、職業があり、膵癌の早期診断のためにリスク因子による囲い込みが推奨されている。しかしながら、リスク因子と膵癌の臨床データ、予後との関連は不明である。そこで、膵癌とリスク因子の関連を明らかにする目的で検討した。

【対象・方法】2011年から2015年の間に愛媛大学医学部附属病院で膵癌と診断された50例を検索対象とし、リスク因子の有無と、年齢、性別、膵癌の進展度、予後、血液検査値との関連を比較検討した。

【結果】リスク因子数0個が8例、1個が17例、2個が20例、3個が5例であった。リスク因子を有する症例は全体の84%であり、16%はリスク因子を有していなかった。リスク因子の有無での比較では、リスク因子の無い群は有る群に比して女性(男/女 0/8 vs. 12/30,  $p < 0.001$ )が多く、リパーゼ(32.5 vs. 53.0 U/L,  $p=0.033$ ), HbA1c(5.6 vs. 6.6%,  $p=0.004$ )は低値であった。リスク因子の数と予後には明らかな関連は認めなかった。

【結語】膵癌患者においてリスク因子を持たない患者が比較的多く見られ、特に女性において想定されているリスク因子による膵癌診断における囲い込みは難しい実態が明らかとなった。

## 7 化学療法中に Trousseau 症候群及び癌性髄膜炎を発症した膵癌の一例

神奈川県立がんセンター消化器内科

○佐野裕亮, 戸塚雄一郎, 福島泰斗, 小林 智, 上野 誠  
森本 学

【症例】66歳女性【主訴】上腹部痛

【現病歴】2016年11月に上腹部痛が出現し、近医を受診した。CTにて膵体部腫瘍、多発肝腫瘍を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行され、膵体部癌多発肝転移と診断された。今後の加療目的に当院紹介受診となった。

【臨床経過】同年12月よりgemcitabine + nab-paclitaxel 併用療法(GEM+nab-PTX)が開始された。その後、構音障害や右不全麻痺が出現し、Trousseau 症候群の診断となったが、症状は軽度で改善傾向にあることから、ヘパリンは導入せず経過観察の方針となった。2017年4月GEM+nab-PTX 5コース終了時点でPDとなり、FOLFIRINOX療法に変更された。同年7月FOLFIRINOX 4コース終了時点で、嘔気や食欲低下に加え、膀胱直腸障害が出現した。髄液中CEA高値で腺癌細胞を認め癌性髄膜炎と診断した。全身状態は不良で頭蓋内圧亢進症状は乏しいため、放射線治療や化学療法、頭蓋内減圧治療は施行せず緩和治療の方針となった。その後、徐々に意識レベルは低下し7月末に永眠された。

【考察】膵癌を背景とした脳梗塞発症の報告は多数あるが、癌性髄膜炎の報告は2017年までに9症例のみである。化学療法の進歩に伴い予後が改善するとともに、今後膵癌においても、癌性髄膜炎の割合が増加してくる可能性がある。

【結語】化学療法中に Trousseau 症候群、癌性髄膜炎を発症した膵癌の一例を経験した。

## 8 術前診断に苦慮した膵嚢胞性腫瘍の一例

九州大学病院臨床教育研修センター<sup>1)</sup>

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学<sup>2)</sup>

九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科<sup>3)</sup>

九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>4)</sup>

○梯祥太郎<sup>1)</sup>, 松本一秀<sup>2)</sup>, 藤森 尚<sup>2)</sup>, 河邊 顕<sup>2)</sup>

小川佳宏<sup>2)</sup>, 仲田興平<sup>3)</sup>, 中村雅史<sup>3)</sup>, 山本猛雄<sup>4)</sup>

小田義直<sup>4)</sup>

症例は60代、女性。Basedow病にて当院通院中、耐糖能異常の精査で撮影された造影CTにて膵尾部に一部石灰化を伴う2cm弱の嚢胞性腫瘍を指摘された。MRI、超音波内視鏡(EUS)からも、膵漿液性嚢胞腫瘍(SCN)や膵solid-pseudopapillary neoplasm (SPN)、膵粘液性嚢胞腫瘍、嚢胞変性を伴った膵神経内分泌腫瘍等が鑑別に挙がり、外来経過観察されていた。初回CTより1年4ヶ月後CA19-9軽度上昇を契機に入院精査を行った。病変は22mm大とやや増大し、辺縁軽度不整、一部充実成分を伴っていた。内視鏡的膵管造影を施行するも膵液細胞診ClassIであり、また嚢胞性腫瘍のためEUS-FNAは施行しなかった。診断確定には至らなかったが、SPNや特殊型膵腫瘍の可能性を考慮し、腹腔鏡下膵体尾部・脾合併切除術を施行した。最終病理診断は浸潤性膵管癌tT3N1M0, StageIbであった。本症例は中年女性の膵尾部に発見された石灰化を伴う嚢胞性腫瘍であることから、当初はSCNやSPNを鑑別に挙げており、通常型膵癌の術前診断は困難であった。術後病理学的評価に、若干の文献的考察を加え報告する。

## 9 肝膿瘍と内因性眼内炎の発症を契機に診断された 十二指腸乳頭部癌の一例

北見赤十字病院臨床研修室<sup>1)</sup>

北見赤十字病院消化器内科<sup>2)</sup>

北見赤十字病院腫瘍内科<sup>3)</sup>

北見赤十字病院内科・総合診療科<sup>4)</sup>

○野村朝子<sup>1)</sup>, 中島正人<sup>2)</sup>, 笹井健吾<sup>1)</sup>, 古川龍太郎<sup>2)</sup>

佐藤史幸<sup>2)</sup>, 水島 健<sup>2)</sup>, 岩永一郎<sup>3)</sup>, 江平宣起<sup>2)</sup>

上林 実<sup>2)</sup>, 吉田茂夫<sup>4)</sup>

【症例】70歳代女性。食欲不振、体動困難を主訴に救急外来を受診。既往歴に慢性心房細動、慢性腎不全、高血圧症、糖尿病を認めた。血液検査で炎症反応高値と肝胆道系酵素上昇、CT検査で肝臓に2カ所の低吸収域および肝内肝外胆管の拡張を認めた。肝膿瘍の診断で即日入院となった。入院前日に近医眼科受診し眼底出血を指摘されていたため、即日当院眼科受診。眼内に菌塊を認め、内因性眼内炎の診断で緊急手術を施行した。【経過】肝膿瘍ドレナージと抗生剤治療を継続した。培養検査にて肝膿瘍、眼内、血液から *Klebsiella pneumoniae* を検出した。胆管拡張の診断目的に内視鏡的逆行性胆管造影検査を施行。十二指腸乳頭部に腫瘍を認め、生検で腺癌の診断となった。癌による閉塞性胆管炎から肝膿瘍を発症し、さらに菌血症を呈し眼内炎に至ったと診断した。【考案】近年他臓器に播種する invasive な *Klebsiella pneumoniae* が報告され、肝膿瘍の起原菌として注目されている。肝膿瘍診断時には眼内炎を含め、他臓器への感染浸潤を視野に入れた診療が必要である。

## 10 *Klebsiella pneumoniae* による肝膿瘍と他起原菌による 肝膿瘍との違い

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター内科

○伊東 完, 荒木真裕, 鏑木孝之

【緒言】肝膿瘍は発熱以外の症状に乏しく、腹痛を訴える頻度も半数程度と報告されている。近年増加傾向にある *K. pneumoniae* による肝膿瘍では腹痛を訴える頻度が少ないという報告もある。本研究では肝膿瘍の起原菌別に各症状の頻度や身体・検査所見を後ろ向きに比較した。

【方法】当院細菌検査室に提出された肝膿瘍の検体のうち2010年1月から2017年5月までに提出された16例のデータをカルテから抽出し、起原菌ごとに受診時身体所見・検査所見を解析した。解析には統計ソフト EZR を使用した。

【結果・考察】16例中、*K. pneumoniae* が7例(44%)分離された。*K. pneumoniae* 群では非 *K. pneumoniae* 群と比較して腹痛が出現しにくく(0% vs. 56%)、入院後24時間の体温の分散値が大きく( $p = 0.016$ )、血清CRPが高値だった( $p = 0.042$ )。また、*K. pneumoniae* 群では有意にPT-INR低値であった( $p = 0.005$ )。両群判別のためのROC曲線を描いたところ、体温の分散値のAUCは0.857、血清CRP値のAUCは0.810、PT-INR値のAUCは0.938であった。グラム陰性桿菌の分離された13例中、第3世代セフェム系耐性例は皆無であり、ESBL産生株を疑う症例はなかった。

【結語】原因不明の発熱患者では明らかな腹痛がない場合でも肝膿瘍を疑うことが重要である。また、体温の変動が大きい肝膿瘍症例は *K. pneumoniae* の感染が疑われる。

## 11 腹部造影CT検査で診断したFitz-Hugh-Curtis症候群の一例

奈良県西和医療センター初期研修医<sup>1)</sup>

西和医療センター消化器内科<sup>2)</sup>

西和医療センター産婦人科<sup>3)</sup>

○渡部一貴<sup>1)</sup>, 久保貴裕<sup>2)</sup>, 斉藤 恒<sup>2)</sup>, 相澤茂幸<sup>2)</sup>

森岡千恵<sup>2)</sup>, 吉田太之<sup>2)</sup>, 玉川泰浩<sup>2)</sup>, 小池奈月<sup>3)</sup>

米田聡美<sup>3)</sup>, 古川直人<sup>3)</sup>

【症例】20歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】既往歴はなく、生来健康であった。X-15日に不正性器出血があり下腹部痛を自覚した。X-7日に心窩部痛を自覚して近医を受診し、腸炎と診断されて内服薬を処方され帰宅した。X-3日から微熱、心窩部痛の増悪を認め、X日に救急外来を受診した。【臨床経過】バイタルに異常なし。心窩部に圧痛があり、腹膜刺激症状はなく、軽度の肝叩打痛と右肋骨脊柱角部叩打痛を認めた。血液検査でCRPが16.9 mg/dlと上昇しており、腹部エコー図では胆嚢炎や胆管炎を示唆する明らかな所見は認めなかった。腹部造影CT検査で造影早期相に肝被膜の濃染、骨盤部の脂肪織濃度上昇、および腹膜肥厚を認めた。頸管分泌物PCRで *Chlamydia trachomatis* が陽性を示しFitz-Hugh-Curtis症候群と診断した。アジスロマイシン1gを単回投与し、症状はすみやかに軽快した。【考察】若年女性の心窩部痛では、Fitz-Hugh-Curtis症候群を鑑別に挙げる必要がある。造影CT検査で特徴的な所見が得られ、急性期診断に有用であると考えられる。【結語】腹部造影CT検査で診断したFitz-Hugh-Curtis症候群の一例を経験した。

## 12 内視鏡的副乳頭ドレナージにて改善を認めた不全型 膵管癒合不全に併発した再発性重症急性膵炎の1例

金沢大学附属病院消化器内科

○水谷雅哉, 丹尾幸樹, 山宮大典, 織田典明, 鷹取 元

金子周一

【症例】70歳代男性【主訴】心窩部痛【現病歴】8月下旬、前日の夕食前から持続する心窩部痛のため、当院に搬送された。精査の結果、重症急性膵炎と診断され同日入院した。【臨床経過】各種画像検査で、副膵管の発達、膵頭部主膵管の狭小化を認め、不全型膵管癒合不全に併発した急性膵炎と考えられた。膵管閉塞をきたす病変を認めず、内科的治療にて改善を認めたため、第27病日に退院した。しかし、退院翌日に心窩部痛が再燃し、CTにて重症急性膵炎と診断され、再入院となった。膵管癒合不全に伴った副乳頭機能不全が膵炎発症の原因と考え、内科的治療により膵炎が改善した後、内視鏡的に副乳頭切開およびステント留置によるドレナージを行った。その後、再燃を認めず、第39病日に退院した。【考察】膵管癒合不全に併発する急性膵炎は、開口部の小さな副膵管に大量の膵液が排出され、相対的な閉塞状態となった上で、飲酒や高齢等による副膵管の狭窄、機能低下が加わることで発症すると考えられている。本症例は、内視鏡的副乳頭切開術とステント留置による副乳頭ドレナージを行ったことで、上記病態の改善を得ることが可能であった。【結語】内視鏡的副乳頭ドレナージにより改善した膵管癒合不全に併発した重症急性膵炎の1例を経験した。

### 13 インターフェロン投与中に糖尿病性ケトアシドーシスから重症急性膵炎を来した1例

札幌医科大学消化器内科

○森川皓平, 本谷雅代, 榎木喜晴, 志谷真啓, 阿久津典之  
佐々木茂, 仲瀬裕志

【症例】60歳代男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】2009年に左腎細胞癌にて左腎摘出。2016年3月, 多発肺転移・リンパ節転移を認め, IFN+IL-2療法の臨床試験に参加した。IL-2はアレルギー症状のため中止したが, 以後IFNのみ隔日投与されていた。同年6月より全身倦怠感が出現し, 精査加療目的に7月当院泌尿器科に入院となった。【臨床経過】入院時の血液検査では中性脂肪とアミラーゼの軽度上昇を伴うのみで保存的に加療していたが, 第4病日より意識障害が出現し, 高血糖およびアシドーシスを認めた。また, 膵島自己抗体が測定感度以上と判明し, 1型糖尿病によるケトアシドーシスと診断された。第5病日には膵酵素の著明な上昇を認めたが, 腹部症状なく腹部CTでも異常を認めなかった。しかし第7病日に血圧低下, 低酸素血症をきたし, 腹部CTを再検したところCT grade2の膵炎を認めた。重症急性膵炎と診断し同日より抗菌薬・蛋白分解酵素阻害薬投与を開始。膵炎の経過は良好で第35病日に退院となった。【考察】IFN投与により膵島自己抗体の産生が誘導されることが報告されている。また, 糖尿病性ケトアシドーシスの10-15%に急性膵炎を発症することも報告されており, 本症例ではケトアシドーシスが急性膵炎の誘引となった可能性が高い。当日は多少の文献的な考察を加えて報告する。

### 14 直近の外傷歴がはっきりしない腹痛で受診した脾動脈破裂の一例

獨協医科大学病院臨床研修センター

○鮫島 舞, 任 理宏, 廣澤孝信, 志水太郎

【症例】特に既往のない30歳代男性。【主訴】6時間前から急性発症した心窩部痛, 嘔気, 嘔吐。【現病歴】入院1~2週間前に右背部を職場の機械で強打した。入院6時間前までは症状は認めず, 入院6時間前に夕食摂取後, 徐々に腹部膨満感・嘔気が出現, その後心窩部痛自覚し, 嘔気増悪, 嘔吐した。嘔吐後嘔気は改善したが, 心窩部痛は改善せず, 夜間救急外来を受診。下痢なし。Sick Contactなし, 生もの摂取歴なし。【経過】身体所見上, 腹膜刺激徴候あり, 激しい疼痛であったことから腹部造影CTをとるべきと判断した。CT所見より隣周囲腫瘍から脾動脈瘤を含めた血管疾患も疑われ, 当院消化器内科コンサルト, 緊急血管造影施行し, 脾動脈破裂の診断となった。コイルリング止血施行後, 状態改善し経口摂取可能となり, 脾梗塞なく経過したため退院した。

【考察】救急外来において腹痛を主訴に受診する患者は多く, その中に緊急の対応を要する疾患が含まれる。緊急疾患を疑う徴候のある患者では病歴聴取や身体診察だけでなく必要に応じて画像検査を施行し, 適切な専門科にコンサルトを行うことが重要である。一般的に脾動脈破裂は, 妊娠・外傷・既知の脾動脈瘤が原因となることが多いと報告されているが, 今回いずれも, はっきりしなかった。脾動脈破裂について当院での自験例を振り返り, 若干の文献的考察を加えて報告する。

### 15 脾梗塞による急性腹症の一例

広島共立病院

○富山幸一郎, Wong Toh Yoon, 三田尾典子, 山田千恵子  
秦 亮嘉, 伊藤尚志, 鷹屋 直, 西原一樹, 森下尚明  
村田裕彦

【症例】66歳男性 [主訴] 左側腹部痛

【現病歴】来院2日前から徐々に発生する左側腹部痛のため当院に紹介された。血液検査で軽度のWBCおよびCRP上昇を認めるのみで心電図は正常範囲内であった。腹部造影CTで脾臓に37.1mm×52.6mm大の造影不良領域を認め脾梗塞と診断した。

【臨床経過】心エコー検査では心臓収縮能良好で, 弁膜症, 血栓, 疣贅は認めなかった。炎症反応高値で発熱もあり感染症を疑い入院日から抗菌薬投与(スルバクタム/アンピシリン)を開始した。血液培養が陰性で第3病日よりヘパリン投与を開始した。抗凝固療法開始後, 症状は速やかに消失し血液検査も改善を示した。第8病日のCT再検では脾梗塞部の拡大なく, CTAにて脾臓の血管に異常はなかった。第9病日より抗凝固療法は内服に変更し第10病日に退院した。外来でホルター心電図を施行し, 発作性心房細動はなかったため抗凝固療法を中止した。その後のCTフォローで梗塞部は縮小している。

【考察】脾梗塞は脾動脈の分枝の血流低下により起こり, 入院患者の0.016%を占める稀な疾患である。原因は血栓塞栓が最も多いが特発性もあり原因精査が重要である。本症例は特発性と考えられる。

【結語】中年男性に発症した脾梗塞を1例経験した。

### 16 エストロゲン製剤が誘因となった遺伝性血管性浮腫(HAE)の一例

坂出市立病院内科<sup>1)</sup>

香川大学医学部附属病院消化器神経内科<sup>2)</sup>

○多田尚矢<sup>1</sup>, 室田将之<sup>1</sup>, 松永多恵<sup>1</sup>, 綾木麻紀<sup>1</sup>  
正木 勉<sup>2</sup>

【症例】39歳女性

【主訴】嘔吐, 腹痛

【病歴】20XX年10月XX日午前より心窩部痛と頻回の嘔吐がみられた。翌日当院を受診し, 腹部CTで小腸の著明な浮腫や腹水を認めた。四肢浮腫を伴うHAEの既往がありHAEの腹部症状と診断し入院加療となった。受診時には発症後24時間が経過し症状は軽減, 患者と相談の上でC1-INH製剤の投与を見送った。しかし翌日にも症状は改善せず, C1-INH製剤を投与したが速やかな症状改善には至らなかった。約2ヵ月後の夜間に同様の症状で当院救急外来を受診した。CTで小腸浮腫を確認し, 約2時間後にC1-INH製剤を投与したところ数時間で症状の著明な改善が得られ, 翌日退院となった。

【考察】2度の腹部発作ではともにその1週間前から不妊治療のためエストロゲン製剤の内服を開始しており, 発作の誘因と考えられた。HAEは認知度の低い疾患であるが救急領域では気道緊急や急性腹症を引き起こす疾患として重要であり, 迅速なC1-INH製剤の投与が症状や治療経過に大きく影響する。また不要な外科手術に至る症例も少なからず存在する。そのため初回退院後に医師やスタッフ間で本症例の情報を共有していたことが再発作時の迅速な対応に結びついた。

【結語】エストロゲン製剤が誘因となったHAEの一例を経験した

## 17 壊死性食道炎を合併した過剰感染性糞線虫症の一例 沖縄県立中部病院消化器内科<sup>1)</sup>

同感染症内科<sup>2)</sup>

○友利舞子<sup>1</sup>, 高倉俊一<sup>2</sup>, 成田 雅<sup>2</sup>, 久保田富秋<sup>1</sup>

【症例】84歳女性【主訴】食思不振, 嘔気【現病歴】来院4週間前, 左顔面神経麻痺に対しPSL 30mg/日を開始。来院3週間より持続する上記主訴で当院受診。【経過】来院時収縮期血圧80mmHg, SpO<sub>2</sub> 97% (3L), 身体所見で腸蠕動音低下, 採血でCRP15.7, 胸腹部造影CTで腸管拡張を認めた。第2病日, 上部消化管内視鏡検査を施行し, 中下部食道に粘膜は全周性に壊死脱落, 十二指腸粘膜は一部脱落していた。十二指腸液を検鏡し活動性のある糞線虫を認め, また喀痰塗抹染色でも糞線虫を確認した。髄液検査では細胞数の上昇は認めなかった。イベルメクチン (IVM) 12mg/日, 敗血症を想定しIPM/CS 4g/日で治療開始した。血液・髄液培養は陰性であった。第9病日, 全身状態悪化し, 胸部CTで小葉間隔壁の肥厚を伴う両側びまん性スリガラス影を認めた。胃液検鏡で虫体も残存しており, IVM 連日投与に変更した。その後, 酸素化・症状は改善し, 食事摂取良好となった。第16病日, 内視鏡検査で食道の良好な上皮化と検鏡で虫体消失を確認し, 治療終了とした。【考察】壊死性食道炎は腸管虚血, 感染症, 免疫不全等が関与すると報告されている。現時点で, 糞線虫症に壊死性食道炎を合併した文献報告は確認できないが, 本症例では循環不全を認め, 糞線虫の過剰感染により敗血症を併発したことで壊死性食道炎を来した可能性が示唆される。

## 18 胃胸腔瘻を来した胃ムール症の一例

JCHO 諫早総合病院リウマチ科<sup>1)</sup>

JCHO 諫早総合病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

JCHO 諫早総合病院消化器内科<sup>3)</sup>

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学研究分野<sup>4)</sup>

国立感染症研究所真菌部<sup>5)</sup>

○内田智久<sup>1</sup>, 岡本百々子<sup>1</sup>, 藤川敬太<sup>1</sup>, 三原 智<sup>2</sup>

吉川大介<sup>3</sup>, 中島正洋<sup>4</sup>, 黒濱大和<sup>4</sup>, 関根一郎<sup>4</sup>, 宮崎義継<sup>5</sup>  
溝上明成<sup>1</sup>

【症例】82歳女性。発熱, 関節痛, 皮疹, 咽頭痛が出現し入院。白血球増加, 肝障害, 高フェリチン血症を認め, 成人ステイル病と診断した。ブレドニゾロン, シクロスポリン, ステロイドパルスで加療したが, 病勢コントロール不良でトシリズマブを導入し病状は改善した。第26病日に黒色便で上部消化管内視鏡検査 (EGD) 施行し, 多発性胃潰瘍を認めた。ポノプラザンを開始したが潰瘍は拡大し, 胃粘膜生検組織では肉芽腫内に中空状の無隔壁分枝真菌を認めた。胃液培養ではムール菌が検出され, 菌株のPCRで *Mucor indicus* と同定された。胃ムール症と診断し第64病日よりアムホテリシンBリポソーム製剤 (AMPH-B) を投与した。潰瘍は縮小傾向となるも第102病日に左胸水と気胸を認め, ガストログラフィン内服にて左胸腔内に造影剤の流出を認めた。胃ムール症による胃穿孔と横隔膜穿破で胃胸腔瘻を来したと考えられた。全身状態不良のため外科的治療は困難で保存的治療を行ったが, 感染症に伴う多臓器不全で第159病日に永眠された。剖検所見では胃, 横隔膜に瘻孔形成を認めていた。【考察】胃ムール症は稀だが予後不良な日和見型深在性真菌症である。AMPH-B投与に加えて外科的に病巣切除を行い救命された症例報告が多い。本症例はAMPH-Bにて潰瘍は縮小傾向であったが胃胸腔瘻を来した致死的原因となった。胃ムール症においては, 可能であれば外科的切除を考慮すべきである。【結語】免疫抑制状態の患者に難治性胃潰瘍を認めた場合, 胃ムール症の可能性を考え早期に診断し治療することが重要である。

## 19 *H. pylori* 除菌治療後に市中感染型 *Clostridioides difficile* 腸炎を来した1例

国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科<sup>1)</sup>

国立病院機構東近江総合医療センター救急科<sup>2)</sup>

○小森菜津子<sup>1</sup>, 茶谷元晴<sup>1</sup>, 伊藤明彦<sup>1</sup>, 水田寛郎<sup>1</sup>

神田暁博<sup>1</sup>, 五月女隆男<sup>2</sup>, 辻川知之<sup>1</sup>

【症例】入院歴のない78歳, 女性。【現病歴】X年5月初旬より10行/日の下痢を主訴に近医を受診した。整腸剤で経過観察されていたが症状軽快せず, 5月下旬に当院を受診した。【臨床経過】体温36.5°C, 血圧108/69 mmHg, 脈拍数75回/分, 下腹部痛と7行/日の泥状便を認め, WBC 9710/μL, Alb 3.5 g/dL, CRP 5.00 mg/dLであった。下部消化管内視鏡検査でS状結腸から直腸に偽膜を伴うびらんを認め, 腹部単純CT検査では横行結腸から直腸に壁肥厚を認めた。便中 *Clostridioides difficile* (CD) toxin A/B +, 抗原+であることより重症CD腸炎と診断してVancomycin 500mg 1日4回内服治療を14日間行い下痢は消失した。当院受診数か月前に近医で *H. pylori* (HP) 陽性慢性胃炎に対して1次および2次除菌治療を施行されており, 内服薬にはMetronidazole (MNZ) が含まれていた。また除菌後はRansoprazole 15 mg内服中であった。【考察】HP 2次除菌後の市中感染型重症CD腸炎の1例である。MNZを含む短期間の抗菌薬治療でもCD腸炎発症の一因となることが考えられる。持続する下痢症状では入院歴がなくとも市中感染型CD腸炎を鑑別の一つに挙げ, HP除菌治療歴の有無と時期を丁寧に聴取し, 診療に結びつけることが重要であると考えられる。

## 20 当院におけるアメーバ性大腸炎症例の臨床的検討

昭和大学江東豊洲病院初期臨床研修センター<sup>1)</sup>

昭和大学江東豊洲病院消化器センター<sup>2)</sup>

○白取 陽<sup>1</sup>, 田邊万葉<sup>2</sup>, 中島芽衣<sup>2</sup>, 篠原浩樹<sup>2</sup>

上野明子<sup>2</sup>, 有馬秀英<sup>2</sup>, 浦上尚之<sup>2</sup>, 横山 登<sup>2</sup>

井上晴洋<sup>2</sup>

【背景】アメーバ性大腸炎は性感染症の代表的な疾患の一つであり近年再び増加傾向を示している。

【方法】2014年4月から2017年12月までに当院でアメーバ性大腸炎と診断された11症例を対象とし, 臨床像の検討を行った。

【結果】年齢は20歳から74歳 (平均55.2歳), 全て男性であった。主訴は血便・粘血便が8例, 発熱が2例, 右下腹部痛が1例であった。大腸内視鏡所見から疑われ生検や赤痢アメーバ抗体検査から診断されたものが8例, 肝膿瘍の診断が先行し精査の内視鏡にて診断された症例が2例あった。また穿孔性虫垂炎・腹腔内膿瘍の初期診断で緊急手術を行ったが術後に腸管壊死・肝膿瘍が出現し, 手術病理検体の再検査で診断, 救命し得た劇症型アメーバ性大腸炎症例が1例あった。感染経路は性風俗 (異性間性的交渉) が8例, 不明が3例。全例MSM (男性間性交渉者) ではなく, HIV感染者はいなかった。

【結語】当院で経験したアメーバ性大腸炎11症例について臨床像を検討し若干の文献的考察を加え報告する。赤痢アメーバ症はMSMで注目されてきたが近年では異性間性行為感染例の報告が増加している。特に劇症型では重篤な経過を辿ることもあるため日常診療でも常に念頭に置くべき疾患と考えられた。

## 21 多彩な合併症を呈した腸管出血性大腸菌感染症の一例 杏林大学医学部 5 年<sup>1)</sup>

杏林大学医学部第 3 内科<sup>2)</sup>

○齋藤みずほ<sup>1</sup>, 櫻庭彰人<sup>2</sup>, 小栗典明<sup>2</sup>, 楠原光謹<sup>2</sup>  
箕輪慎太郎<sup>2</sup>, 池崎 修<sup>2</sup>, 齋藤大祐<sup>2</sup>, 林田真理<sup>2</sup>  
森 秀明<sup>2</sup>, 久松理一<sup>2</sup>

【症例】22 歳女性【現病歴】生来健康. 8 月上旬より腹痛, 血性下痢を 10 行以上認め近医入院. 抗菌薬で改善がなく入院 5 日後に当院に転院. 【経過】入院時の大腸内視鏡検査にて感染性腸炎を示唆する粘膜下出血の所見を認め, 第 2 病日に前医の便検査より VT2 産生大腸菌 (血清型 O157) が判明し腸管出血性大腸菌感染症と診断. 入院時より乏尿を伴う急性腎障害 (BUN39.6mg/dl, Cr2.61mg/dl), 血小板減少 (Plt6.8 万 / $\mu$ l) を認め, 溶血性尿毒症症候群 (HUS) の診断で ICU 管理のもと血漿交換, 血液透析を開始 (第 4 病日には破砕赤血球を伴う貧血 (Hb7.8g/dl) を認めた). 同時に血管内播種性凝固症候群が疑われトロンボモジュリン製剤を開始. 第 4 病日に上腹部痛とアミラーゼ上昇 (AMY297IU/l, Lipase605.7IU/l) を認め急性膵炎を併発し蛋白分解酵素阻害薬を開始. 第 32 病日に血液透析を離脱した後も両肺のうっ血所見が持続し, 第 36 病日の心臓超音波検査で左室壁運動の全周性低下を認め EF36% の心筋障害と診断. うっ血性心不全に対し利尿剤を継続. 第 50 病日に軽快退院した. 【考察】HUS の約 20 ~ 40% が慢性腎臓病に移行するため 15 年以上の経過観察が推奨されている. 多彩な合併症は改善したが経過観察の重要性を説明し理解を得る必要がある.

## 22 大腸憩室出血に対して内視鏡的結紮術 (EBL) 施行後に憩室炎を呈した 1 例

府中病院医師研修センター初期臨床研修室<sup>1)</sup>

府中病院消化器内科<sup>2)</sup>

○烏山拓馬<sup>1</sup>, 依岡伸幸<sup>2</sup>, 池添達朗<sup>2</sup>, 間島行則<sup>2</sup>  
上田栄寿<sup>2</sup>, 半野 元<sup>2</sup>, 武田修身<sup>2</sup>, 高柳成徳<sup>2</sup>  
廣岡知臣<sup>2</sup>, 土細工夫<sup>2</sup>

【症例】80 歳男性【主訴】血便【現病歴】入院当日朝, 鮮血便を 3 度認め救急搬送された. 【臨床経過】画像検査で上行結腸に多数の憩室を認めた. 下部内視鏡検査を施行したが, 出血源は同定できなかった. 第 3 病日, 再度血便を認め造影 CT 検査を施行し, 上行結腸に造影剤漏出像を認めた. 下部内視鏡検査では活動性出血を認めなかったが, 漏出像と同部位の憩室内に露出血管を認め, 内視鏡的結紮術 (EBL) を施行した. 血便の再発なく経過していたが, 第 7 病日, 発熱と右側腹部痛が出現した. 画像検査で EBL 施行部周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた. EBL 後憩室炎と診断し, 絶食, 抗生剤加療を開始した. その後症状の消失, 画像検査で炎症像の改善を認め, 第 15 病日退院となった. 【考察】近年, 大腸憩室出血に対し, 内視鏡的に出血源の憩室を結紮し止血する EBL の有用性, 安全性が報告されている. しかし少数ではあるが術後の憩室炎, 穿孔の報告が存在する. 当院でも EBL を導入した 2012 年以降, 本症例を含め 2 例の憩室炎を経験しており, いずれも保存的加療で軽快している. 【結語】大腸憩室出血に対し EBL 施行後に憩室炎を呈した 1 例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する.

## 23 ワルファリンカリウムによる急性薬剤性肝炎と診断した一例

諏訪中央病院腎臓・糖尿病内科<sup>1)</sup>

諏訪中央病院消化器内科<sup>2)</sup>

○竹内菜緒<sup>1</sup>, 中野恵理<sup>1</sup>, 玉井道裕<sup>1</sup>, 小松信俊<sup>2</sup>  
村瀬貴之<sup>2</sup>, 上原俊樹<sup>2</sup>, 荒木 真<sup>1</sup>

【緒言】ワルファリンは本邦で広く使われている抗凝固剤である. 肝障害をきたすことがあるとされるが, 本邦での報告は少ない. 我々は急性肝障害で発症し, 数週間で著明な肝萎縮を来した症例を経験したため, ここに報告する.

【症例】61 歳男性. 糖尿病性腎症のため血液透析を行っている. 入院 7 か月前, 冠動脈バイパス移植術を施行され, ワルファリンの内服を開始した. 入院 2 週間前から肝胆道系酵素の上昇と黄疸を認め入院となった. 検査上, 感染症・自己免疫疾患は否定的であったため, 薬剤性肝障害を疑い, 入院時からワルファリンを含む全ての内服薬を中止した. 総ビリルビンは 22.77mg/dL (第 17 病日) をピークに, 緩徐に軽快していったが, 画像上, 肝臓は著明に萎縮し, 多量の腹水を伴う状態となった.

【考察】本例では薬剤歴, 臨床経過, リンパ球刺激試験陽性の結果からワルファリンによる急性肝炎と診断した. クマリン誘導体による肝障害はヨーロッパで多くの報告があり, 遅発性に発症 (投与開始後平均 7 ヶ月) するため, 不用意な再投与や薬剤中止が遅れた症例も多く報告されている. ワルファリン内服中に発症した急性肝障害では, 薬剤性を鑑別し上げ, 早期の投与中止を検討する必要がある.

## 24 下痢を主訴として来院したアルコール離脱症状の 1 例 岩手医科大学付属病院医師卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

岩手医科大学附属大学病院内科学講座循環器内科分野<sup>2)</sup>

岩手医科大学附属大学病院神経精神科学講座<sup>3)</sup>

○石井宏明<sup>1</sup>, 工藤 薫<sup>3</sup>, 星 克仁<sup>3</sup>, 伊藤智範<sup>2</sup>

下痢を主訴に当院 1 次 2 次外来を受診したが, 実はアルコール依存症の離脱症状であった 1 例を経験したため報告する. 症例は 31 歳男性. 来院日の前日より腹痛を認めていたが, 下痢が止まらず当院 1 次 2 次外来を母親と共に受診した. 腹部所見は乏しかったが盗汗を認め, 採血では脱水を疑う所見が認められた. 目線が合わなかったことから軽度意識障害が生じていると考え, 本人から正確な聴取ができないと判断し, 再度母親から問診を行ってアルコール依存症の治療中であり, 最終飲酒が 3 日前だったことが判明したためアルコール離脱症状と診断した. 大量のアルコール摂取は正常な消化・吸収を阻害するため, アルコール依存症患者の主訴に下痢は多くみられる. 精神科コンサルトし, 外来経過観察中に振戦が始まり, 最終飲酒時間から小離脱症状が始まっていると考え, 今後アルコール性ケトアシドーシスが出現する可能性が考えられた. アルコール性ケトアシドーシスはアルコール依存症患者の死亡原因であり, 注意する必要がある.

## 25 総合病院における NST 介入による臨床効果の後方視的研究

総合病院厚生中央病院前期研修医<sup>1)</sup>

同栄養サポートチーム<sup>2)</sup>

同総合内科<sup>3)</sup>

○新美千尋<sup>1</sup>, 嶋崎愛子<sup>2</sup>, 前野拓也<sup>2</sup>, 刑部真緒<sup>2</sup>

吉田 文<sup>2</sup>, 大久保直樹<sup>2</sup>, 渡辺 翼<sup>3</sup>, 青田泰雄<sup>3</sup>

北川尚之<sup>3</sup>, 横山智史<sup>3</sup>

NST の活動目標は、正しい栄養療法の普及と実践、更には合併症の減少、入院期間の短縮、医療経済の負担軽減である。当院では 2016 年 4 月から NST 算定を開始。我々は NST 介入前後における患者の栄養状況、入院期間の変化、点滴薬・栄養補助食品の変化について後方視的な解析を行った。NST 介入前 2015 年 4 月からの 4 ヶ月間の Alb 値 3.0 g/dl 以下で無作為に抽出した患者と、2017 年 4 月からの 4 ヶ月間で Alb 値 3.0 g/dl 以下、体重減少、食事摂取の変化がある患者に NST が介入を行い比較検討した。介入前の患者は 160 人であり、平均年齢 80.0 歳、平均 Alb 値は 2.6 g/dl であった。一方、介入患者は 137 人であり、平均年齢 82.5 歳、平均 Alb 値は 2.8 g/dl であった。介入前後患者の平均入院期間はそれぞれ 60.8 日、54.7 日 (P=0.22) であり、退院時に Alb 値が上昇していた介入患者は 80.4% であった。介入前後の期間で使用されたアミノ酸製剤は 5,543 袋が 6,710 袋、脂肪製剤は 287 袋が 576 袋へ使用量が増加し、維持輸液は 8,275 袋が 7,297 袋へ減少していた。栄養補助食品の合計は 5,161 個が 6,140 個へ増加していた。NST 介入にて栄養状況の改善および入院期間の短縮傾向を認め、臨床効果の改善が示唆された。

## 26 難治性腹水に対して経頸静脈的肝内門脈静脈短絡術 (TIPS) が有効であったアルコール性肝硬変の 1 例

愛媛大学医学部附属病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

愛媛大学大学院消化器・内分泌・代謝内科学<sup>2)</sup>

愛媛大学大学院地域医療学<sup>3)</sup>

○吉松卓治<sup>1</sup>, 小泉洋平<sup>2</sup>, 行本 敦<sup>2</sup>, 今井祐輔<sup>2</sup>

渡辺崇夫<sup>2</sup>, 吉田 理<sup>2</sup>, 熊木天児<sup>3</sup>, 阿部雅則<sup>2</sup>

廣岡昌史<sup>2</sup>, 日浅陽一<sup>2</sup>

【症例】64 歳男性【主訴】腹満感

【現病歴】40 年来の大家家。平成 28 年 12 月頃より多量の腹水貯留がみられ、当科で利尿剤、トルバプタン投与で治療を行ったが腹水コントロールは不良であった。平成 29 年 6 月、臍ヘルニア部に潰瘍形成あり、同部からの腹水漏出あり。精査加療目的に当科入院した。

【臨床経過】入院時 Child-Pugh score 11 点 C と肝予備能不良の状態であった。腹水コントロールが困難な状態であり、第 70 病日に経頸静脈的肝内門脈静脈短絡術 (TIPS) を施行した。TIPS 後、尿量が 1.5 L/日前後へ改善し、腹水量と腹満感の自覚症状も改善傾向がみられた。しかし、徐々に肝不全の進行と腎機能が悪化傾向となった。第 131 病日に永眠され、病理解剖を施行した。病理解剖の結果、アルコール性肝硬変に伴う門脈圧亢進症が難治性腹水の原因と考えられた。

【考察】本症例は利尿剤やトルバプタン投与での腹水改善に乏しく、腹水コントロールに難渋した症例であった。TIPS を行うことで腹水量と自覚症状も改善を得ることが出来た。利尿剤抵抗性の難治性腹水治療には TIPS が有用であると考えられる。

## 27 経管栄養を契機とした高アンモニア血症から意識障害をきたし、先天性門脈下大静脈シャントが指摘された一例

沖縄県立中部病院総合内科<sup>1)</sup>

沖縄県立中部病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○原瀬翔平<sup>1</sup>, 長野宏昭<sup>2</sup>, 河北 光<sup>1</sup>, 山城 信<sup>2</sup>

【症例】47 歳男性【主訴】呼吸困難【現病歴】ASD を基礎疾患に持ち喘息発作による挿管歴がある患者が、息切れを主訴に救急を受診した。精査の結果、気道感染を契機とした気管支喘息大発作と診断された。【臨床経過】入院後、広域抗菌薬、短時間作用型  $\beta_2$  刺激薬、ステロイド全身投与にて治療を開始した。第 2 病日より呼吸促進、II 型呼吸不全の進行がみられ、人工呼吸管理となった。II 型呼吸不全は速やかに改善したが、第 4 病日より突然の意識レベル低下がみられた。意識障害の精査を行ったところ、採血検査で原因不明の高アンモニア血症を認め、高蛋白経管栄養の関与が疑われた。入院後に撮影された造影 CT を確認すると、先天性門脈体循環シャントが指摘された。蛋白制限を行ったところ血中アンモニア濃度は速やかに低下し意識障害は改善した。【考察】肝硬変がない先天性門脈体循環シャントは非常に稀で、成人後も症状が顕在化しない例もある。肝疾患がない患者であっても、意識障害の鑑別に高アンモニア血症を想起しておく事が重要であると考えられた。【結語】高蛋白経管栄養を契機に先天性の門脈-下大静脈シャントを背景とする高アンモニア血症が顕在化し、意識障害をきたした一例を経験した。

## 28 十二指腸浸潤をきたした肝細胞癌の一例

湘南藤沢徳洲会病院肝胆膵消化器病センター

○阿部 翼, 岩渕省吾, 清水弘仁, 松井圭司, 藤川智章

清水 実, 宗像博美

【症例】77 歳男性【主訴】黄疸【現病歴】内科的既往はない自立の男性。2017 年 8 月に黄疸を指摘され、当科を受診した。特に自覚症状はなかったが、7 月頃より褐色尿を認め、白色便傾向であった。3 ヶ月で 3kg 程度の体重減少を示した。【臨床経過】初診時採血で T.Bil 26 と閉塞性黄疸を認め、すでに肝細胞癌が肝内転移・胆管浸潤・門脈腫瘍栓・リンパ節転移をきたしている状態であった。かなり病状が進行している状況であったため、まずは減黄目的に ERCP を施行した。施行時、十二指腸球部に複数の隆起性病変を認めたが原因ははっきりとしなかった。ステントを留置し減黄に成功したが、術後数日経過ののちに血便を認めた。緊急内視鏡で隆起性病変が拡大していたため、止血術を施行し、血便は消失した。後日、同部位より生検を実施し、十二指腸球部の腫瘍は肝細胞癌である事が判明した。【考察】肝細胞癌の十二指腸浸潤は非常に稀である。今回の症例は、多発リンパ節転移を認めていることから、肝細胞癌のリンパ行性転移であると考えられた。肝細胞癌は治療の進歩や多様化により、非典型型や多様な経過を示す例が多く経験されるようになった。肝細胞癌患者の消化管出血時は十二指腸浸潤・転移も考慮に入れて診療する必要があると考えられた。【結語】十二指腸浸潤をきたした肝細胞癌の一例を経験した。

## 29 肝細胞癌の十二指腸浸潤による消化管出血に対して TAE が奏功した 1 例

旭川医科大学医学部医学科 6 年<sup>1)</sup>

旭川医科大学内科学講座消化器血液腫瘍制御内科学分野<sup>2)</sup>

○山縣弘規<sup>1</sup>, 中嶋駿介<sup>2</sup>, 林 秀美<sup>2</sup>, 長谷部拓夢<sup>2</sup>

澤田康司<sup>2</sup>, 奥村利勝<sup>2</sup>

【症例】70 歳代男性【現病歴】高血圧のため当院循環器内科に通院し、肝腫瘍を認めたため当科を紹介受診となった。アルコール性肝硬変を背景とした肝細胞癌の診断で当院外科にて肝 S8 部分切除術を施行された。術後 4 年後より他部位に複数の再発病変を認め、肝動脈化学塞栓術 (TACE) を繰り返し施行していた。術後 5 年目の上部消化管内視鏡検査 (EGD) で十二指腸球部前壁に粘膜下腫瘍 (SMT) 様の隆起を認めた。その半年後に吐血のため緊急入院し、EGD にて SMT 様隆起が増大し表面に潰瘍病変を伴い同部位からの消化管出血を認めた。潰瘍辺縁の内視鏡下生検病理組織では肝細胞癌の診断で、腹部 CT では S1 の肝細胞癌が十二指腸に直接浸潤しており、肝細胞癌の十二指腸浸潤による消化管出血と診断した。内視鏡的止血および輸血を繰り返したが制御できず、肝動脈塞栓術 (TAE) を施行したところ消化管出血および貧血の進行が抑えられ自宅退院できた。【考察】肝細胞癌の消化管浸潤は稀であり治療法は一定の見解が得られていない。今回我々は肝細胞癌の十二指腸浸潤による消化管出血に対して TAE が奏功した 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 30 診断に苦慮した肝サルコイドーシスの一例

山形大学医学部内科学第二講座

○野上 健, 水野 恵, 仁科武人, 富田恭子, 芳賀弘明

奥本和夫, 上野義之

【はじめに】肝には様々な肉芽腫を呈する疾患がある。今回我々は原発性胆汁性胆管炎 (PBC), 脂肪肝との鑑別に苦慮した肝サルコイドーシスの一例を経験したので報告する。【症例】45 歳女性【主訴】手指のこわばり【現病歴】半年前から手指のこわばりが出現し、膠原病内科を受診した。肝機能障害を認めたため、当科紹介となった。【臨床経過】初診時採血で T.Bil 1.6, TC 257, TG 209, AST 40, ALT 65, ALP 182,  $\gamma$ GTP 49, HBs 抗原 (-), HCV 抗体 (-), ANA (-), AMA320 倍, ELISPOT (-), ACE 16.2, sIL-2 743 であった。CT にて肺門部リンパ節腫脹を認めた。肝生検にて脂肪滴と多発する非乾酪性肉芽腫を認め、慢性非化膿性破壊性胆管炎の所見は認めなかった。左足に皮膚腫瘍を認め、生検にて非乾酪性肉芽腫を認め、サルコイドーシスの診断となった。【考察】本症例は原発性胆汁性胆管炎 (PBC) を疑い肝生検を行ったが胆管病変を認めなかった。PBC, 肝サルコイドーシスともに肉芽腫を認める疾患であるが、肉芽腫の数と形態から肝サルコイドーシスと診断した。本症例は脂肪肝と初期の PBC 合併も疑われ診断に苦慮した。【結語】診断に苦慮した肝サルコイドーシスの一例を経験した。

## 31 好酸球増多を伴った肝炎症性偽腫瘍の 1 例

神鋼記念病院消化器内科

○桑原直也, 松本善秀, 黒木茂信, 大田和世, 太田彩貴子

池内香子, 千田永理, 塩せいじ, 山田 元

【症例】28 歳, 女性。【主訴】肝機能障害, 頸部痛。【現病歴】生来健康。受診 10 日前より右頸部痛を自覚し数日後両下肢のしびれも出現した。頸部痛持続と血液検査で肝酵素の上昇も認め紹介受診となった。【内服歴】常用薬なし。【経過】採血検査で白血球 11600, 好酸球 53% と著明な好酸球増多の他, AST44, ALT86,  $\gamma$ GTP125, ALP561 と肝機能障害を認めた。腹部エコーは肝門部付近に 28 × 27mm 大の低エコー腫瘍性病変がみられ, CT 検査で腫瘍は低吸収, 造影で不均一に増強され, 早期増強不良, 平衡相で同程度増強された。一部結節状の増強不良域を認めた。炎症性偽腫瘍の他, 悪性腫瘍も鑑別に挙げられた。MRI 検査でも良悪性の断定は困難であった。精査のため腫瘍生検を施行した。線維芽細胞の増生と炎症性細胞浸潤がみられ, 主体は慢性炎症で胆管増生を伴い炎症性偽腫瘍の所見であった。また Vimentin と組織球増生, 線維化がみられ, SMA, IgG4 などの関与や悪性腫瘍の像はなかった。好酸球増多を伴う炎症性偽腫瘍と診断し, 治療は PSL40mg を開始した。治療に伴い, 好酸球は改善し, 頸部痛も改善し, 頸部痛は臨床上好酸球性筋膜炎の可能性が示唆された。PSL の漸減でも症状の再燃なく, 腫瘍も画像上消退し経過良好である。【考察】腫瘍生検が有効であり確定診断に至った。PSL 治療が有効な可能性が示唆された。

## 32 腹腔鏡下肝生検にて肝組織中に虫卵を確認し得た日本住血吸虫症の 1 例

愛媛大学医学部附属病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

愛媛大学大学院消化器・内分泌・代謝内科学<sup>2)</sup>

愛媛大学大学院地域医療学<sup>3)</sup>

○浦屋有紀<sup>1</sup>, 小泉洋平<sup>2</sup>, 渡辺崇夫<sup>2</sup>, 吉田 理<sup>2</sup>

竹下英次<sup>2</sup>, 池田宜央<sup>2</sup>, 熊木天児<sup>3</sup>, 阿部雅則<sup>2</sup>

廣岡昌史<sup>2</sup>, 日浅陽一<sup>2</sup>

【症例】38 歳女性【主訴】発熱

【現病歴】フィリピン出身で 15 年ほど前に来日した。平成 29 年 11 月中旬より発熱と全身倦怠感あり前医を受診した。肝障害あり, 腹部超音波検査を施行。肝内に亀甲型の石灰化がみられ, 住血吸虫症が疑われたため当科入院した。

【臨床経過】前医および当院で施行した便の虫卵検査は陰性であった。血清抗住血吸虫抗体は境界域陽性と判定した。腹腔鏡下肝生検にて肝表面に虫卵結節を疑う黄白色調の小結節がびまん性にみられた。肝生検組織では, 門脈域に虫卵があり, 門脈周囲の炎症所見は軽度であった。便の虫卵検査と抗住血吸虫抗体では住血吸虫症の確定診断に至らなかったが, 肝組織中の虫卵を確認したことで, 日本住血吸虫症と診断した。プラジカンテルの投与を開始し, 投与後, トランスアミンナーゼは改善した。

【考察】生活歴と画像所見からは日本住血吸虫症が疑われたが, 画像検査, 便検査, 血液検査では確定診断には至らなかった。本症例は腹腔鏡下肝生検で肝表面の虫卵結節と組織中の虫卵を確認し, 日本住血吸虫症の確定診断に有用であった。

### 33 エンテカビルによる薬剤熱を来したB型肝炎ウイルス(HBV)急性増悪の一例

国立病院機構千葉医療センター内科

○平林智子, 芳賀祐規, 辰野美智子, 嶋由紀子, 西村光司  
宮村達雄, 田村 玲, 金田 暁, 後藤茂正, 杉浦信之

【症例】43歳, 男性【主訴】易疲労感, 食欲不振, 黄疸【現病歴】20年前B型肝炎ウイルス(HBV)キャリアと指摘. 2週間程度持続する食欲不振, 胃部不快感を主訴に前医を受診. トランスアミナーゼ高値を指摘され, 急性肝炎疑われ当院に搬送となった. 来院後の採血検査にてAST 802 IU/L, ALT 1036 IU/L, T-bil 4.5 mg/dL, PT 48.0%であり, HBVキャリア急性増悪を疑い, エンテカビル(ETV)1.0 mg内服, mPSL 1.0 g, グリチルリチン酸, ビタミンK投与にて加療を開始. IgM-HBc抗体陰性, HBV-DNA 7.4 logIU/mL, HBe抗原陽性, HBe抗体陰性であった. データ改善傾向にあり, ステロイド漸減し第22病日に終了するも, 微熱で経過, 第26病日38度を超える発熱あった. 各種検査より感染症は積極的に疑わないと考え, 第31病日にETVをテノホビル(TDF)に変更後, 解熱傾向となり, TDF継続として, 第48病日に退院となった. 【考察】HBVキャリアからの急性増悪には急性肝不全への抑止効果を期待して速やかな核酸アナログ投与が望ましいとされ, 副腎皮質ステロイド薬も併用される. 治療中の発熱については感染症も含め慎重な鑑別を要するが, 発熱によりETV投与継続困難となったもののTDFに切り替え加療を行えた症例を経験したので報告する.

### 34 夫婦間での感染が疑われたC型急性肝炎の一例 埼玉協同病院

○田中小百合, 天野由紀, 久保地美奈子, 間野真也  
忍 哲也

【症例】61歳女性【主訴】全身倦怠感, 食欲不振, 褐色尿【現病歴】X年4月中旬頃に発熱, 咽頭痛を自覚し, その後全身倦怠感が持続していた. 同年6月上旬に褐色尿を自覚し, 当院を受診した. T-Bil 7.2 g/dl, AST 1278 mg/dl, ALT 1390 mg/dl, 画像上胆道閉塞はなく, 急性肝炎の診断で精査加療目的に入院となった.

【臨床経過】1年前のHCV抗体は陰性であることが確認されていたが, 入院時HCV抗体陽性, HCV-RNA 6.3 logIU/mlであり, 他のウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎などは否定的であることから, C型急性肝炎と診断した. 入院後は安静のみで肝胆道系酵素は改善し, 入院第12病日で退院した. 退院後HCV-RNA量は減少し, 同年10月より陰性化している. 患者の夫はC型慢性肝炎患者であり20年前にインターフェロン治療を行うも不成功に終わっていた. 患者の夫とともにC型肝炎ウイルスのセログループは1であった.

【考察】C型急性肝炎は比較的稀である. 本症例については感染機会となるエピソードは明らかでなく, セログループが同じであることより夫婦間感染も否定できない. C型急性肝炎は早期のインターフェロン治療が有効であるとされているが, 定まったものはない. 本症例は臨床経過のみでウイルスの寛解が得られた.

### 35 授乳期に発症した抗セントロメア抗体陽性自己免疫性肝炎の1症例

札幌医科大学消化器内科学講座

○齋藤潤信, 阿久津典之, 我妻康平, 沼田泰尚, 榎木喜晴  
志谷真啓, 本谷雅代, 佐々木茂, 仲瀬裕志

【症例】32歳・女性【主訴】爪の異常【現病歴】第2子を出産後, サプリメントを内服していた. 産後7ヶ月目に爪上皮出血点を自覚し近医皮膚科受診したところ肝機能障害を指摘され, 前医消化器内科紹介・入院となった. サプリメントに伴う薬剤性肝障害と考え内服を中止したが, 翌月の血液検査でAST 377 U/L, ALT 611 U/Lと肝機能障害の悪化を認め, 精査目的に当科紹介となった. 【経過】入院時血液検査にてAST 409 IU/L, ALT 722 IU/Lと肝機能障害の更なる悪化を認めた. 母親に自己免疫性肝炎の既往があり, 抗核抗体40倍, 抗セントロメア抗体陽性, IgG値1605 mg/dl, HLA-DR4陽性であった. 肝生検施行し, インターフェース肝炎, ロゼット形成を認め, 自己免疫性肝炎国際診断スコアは17点と確診例であり, 自己免疫性肝炎と診断した. ステロイド投与にて経過良好である. 【考察】自己免疫性肝炎の抗セントロメア抗体陽性率は11~17%と報告されているが, 病態との関連は不明である. 妊娠や授乳を契機に免疫反応が増強され自己免疫性疾患が増悪することが報告されているが, 抗セントロメア抗体陽性自己免疫性肝炎を発症した症例の報告は, 我々が調べた限り認めず示唆に富む症例と考えられた. 【結語】授乳期に発症した抗セントロメア抗体陽性自己免疫性肝炎の症例を経験した.

### 36 早期の病理診断が治療方針決定に有用であった急性肝炎様発症した自己免疫性肝炎の3例

岐阜大学医学部附属病院第一内科

○三輪貴生, 華井竜徳, 渡邊 諭, 今井健二, 境 浩康  
末次 淳, 高井光治, 白木 亮, 清水雅仁

【症例1】39歳, 女性, 生来健康. X年5月に下腿浮腫, 掻痒感で発症し, 前医で臨床的に自己免疫性肝炎(AIH)と診断し, プレドニゾロン(PSL)を使用したため効果不良のためPSL中止した. その後も症状改善なく, 7月に当院転院した. 初診時IgG 1908 mg/dl, ANA 40倍未満. 治療方針決定のため早期に肝生検を施行し, AIHと診断した. PSL 80mg/日とアザチオプリン 50mg/日を併用し, 状態安定していたが, 9月下旬に特発性細菌性腹膜炎を契機に, 肝不全悪化したため他院で生体肝移植を施行し, 移植後経過良好で当科外来通院中. 【症例2】64歳, 女性. X年8月に黄疸, 肝機能低下のため当院転院となった. 初診時IgG 2153 mg/dl, ANA 80倍, 肝生検からAIHと診断した. ステロイドパルス施行後より肝障害改善し, 外来通院中である. 【症例3】73歳, 女性. X年6月に, 前医で肝障害の原因検索をしたが確定診断に至らず, 症状改善ないため9月当院転院となった. 初診時IgG 1160 mg/dl, 抗核抗体40倍, 肝生検よりAIHの確定診断に至り, ステロイドパルス施行し, PSL 50mg/dayより漸減した. 【総括】AIH急性発症例は非典型的な検査所見を呈することがあり, 早期に肝生検施行し, 治療方針の決定をすることが有用と考えられる.

**37** 急性重症肝炎より発症し、経時に急性腎不全等の多彩な臨床所見を伴った多臓器型 IgG4 関連疾患の一例  
慶應義塾大学病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>  
同内科学 (消化器)<sup>2)</sup>

○武藤百合子<sup>1</sup>, 楮 柏松<sup>2</sup>, 堀江知史<sup>2</sup>, 宇賀村文<sup>2</sup>  
中本伸宏<sup>2</sup>, 金井隆典<sup>2</sup>

【症例】68歳女性【主訴】黄染尿【現病歴】20xx年9月に尿の黄染にて受診。胆石を認めたが胆嚢炎・胆道閉塞がなく、黄疸、ALT上昇、PT-INR 1.46と重症急性肝炎が疑われた。ウイルス性肝炎が否定され、血清IgG4 322 mg/dlと高値を認めた。更に直接クームス試験陽性溶血性貧血が併発され、加療目的で転院。【経過】各種自己抗体は陰性；HHV8 PCR 検出感度以下。肝障害、溶血は自然軽快し、直後の肝生検にIgG4陽性形質細胞10/HPF以上の浸潤するinterface肝炎を認めた。EUS-FNAを用いた肝門部リンパ節生検でCastleman病(plasma cell variant)が否定できた。9日目急性間質性腎障害を認め、CT所見を合わせIgG4関連腎臓病と診断しプレドニゾロン40 mg/日を開始した。3回血液透析を行った後に離脱。のちに実施した腎、骨髓生検で増殖性疾患を否定した。翌年2月に胆石発作を契機に摘出した胆嚢にIgG4関連胆嚢炎所見を確認した。【考察】IgG4関連疾患の多くは慢性炎症かつ線維化を伴う病態を呈し、急性重症肝炎の報告は本症例を含め3件と稀である。本症例はEUS-FNA内視鏡的アプローチで有用な情報が得られ、多臓器系統にわたって経時的な急性障害が観察され、未だに不明である当疾患の病態形成につき示唆に富む一例と考えられた。

**38** 下肢浮腫を契機に受診し、Menetrier病による蛋白漏出性胃腸症と診断した1例

市立砺波総合病院腎臓内科<sup>1)</sup>  
市立砺波総合病院循環器内科<sup>2)</sup>  
市立砺波総合病院消化器内科<sup>3)</sup>

○川根太郎<sup>1</sup>, 迫 恵輔<sup>1</sup>, 池田麻侑美<sup>1</sup>, 奥村利矢<sup>1</sup>  
白石浩一<sup>2</sup>, 河合博志<sup>3</sup>

【症例】58歳男性【嗜好歴】飲酒1日3合【経過】下肢浮腫を主訴に2016年3月に当院皮膚科を受診した。血液検査にて血清総蛋白4.7g/dl、アルブミン2.3g/dlと低蛋白血症を認め、同日当科紹介となった。尿蛋白0.1g/gCrでありネフローゼ症候群は否定的であった。常習飲酒家ではあるものの、腹部CTにて肝右葉萎縮や左葉腫大、脾腫などアルコール性肝硬変を積極的に疑う所見はみられなかった。上記疾患を除外した上で蛋白漏出性胃腸症を疑い、蛋白漏出シンチグラフィを施行した。結果、消化管にRI漏出を認め、蛋白漏出性胃腸症と診断した。蛋白漏出の原因検索のため、上部消化管内視鏡を施行した。胃体上中部に巨大皺壁がみられることからMenetrier病と診断した。また迅速ウレアーゼ試験にてヘリコバクターピロリ菌が陽性であった。ヘリコバクターピロリ菌感染がMenetrier病の背景と考え、ポノプラザン、アモキシシリン、クラリスロマイシンにて除菌治療を行った。除菌治療後より低蛋白血症は改善し、浮腫も消失した。2016年9月には尿素呼気試験陰性を確認した。また2017年5月に上部消化管内視鏡検査を再検し、巨大皺壁の消失を認めた。【考察】低蛋白血症を認める症例では蛋白漏出性胃腸症を鑑別に挙げ、核医学検査や内視鏡などの消化管の精査を考慮することが重要である。

**39** 演題取り下げ

**40** 上部消化管出血の疑いの患者における緊急内視鏡の必要性を予測する Simple score の有効性の検討

慶應義塾大学医学部<sup>1)</sup>  
慶應義塾大学医学部内科学 (消化器)<sup>2)</sup>  
慶應義塾大学医学部内視鏡センター<sup>3)</sup>  
○唐澤大心<sup>1</sup>, 堀部昌靖<sup>2</sup>, 南 一洋<sup>2</sup>, 岩崎栄典<sup>2</sup>  
福原誠一郎<sup>3</sup>, 正岡建洋<sup>2</sup>, 細江直樹<sup>3</sup>, 緒方晴彦<sup>3</sup>  
金井隆典<sup>2</sup>

【背景】上部消化管出血はガイドラインで24時間以内に緊急内視鏡を行うべきとされている。しかし、全例に緊急内視鏡を行うのは難しく、必要性の高い症例を選別できる簡便な指標が求められてきた。我々は以前に緊急内視鏡の必要性を判断する"Simple score"を開発した。(Dig Liver Dis 2016;48:1180.) Simple score (範囲:0~3点)は「診察前1週間に定期的なPPI使用がない(+1点)」、「Shock index (心拍数/収縮期血圧)1以上(+1点)」および「BUN/Creが30以上(+1点)」の3項目で構成され、2点以上で緊急内視鏡が勧められる。【方法】当院で2012~2015年に上部消化管出血が疑われた437名の患者背景、臨床経過および内視鏡所見を後方視的に検討した。Simple scoreの外的妥当性を検証するため、緊急内視鏡を必要とする予測能をGlasgow Blatchford Score (GBS)と比較した。【結果】Simple scoreのAUCは0.79(95% CI 0.75-0.83), GBSのAUCは0.65(95% CI 0.60-0.70)であり、Simple scoreの方が有意に緊急内視鏡の必要性を予測することが可能であった(P<0.001)。【結論】上部消化管出血におけるSimple scoreは簡便かつ治療方針決定に役立つ有用な指標である。

## 41 胃捻転症の治療法の検討

相澤病院総合内科

○田丸聡子, 山本智清, 内坂直樹, 寺川偉温

胃捻転症は、胃が捻転し通過障害が生じる疾患である。高度の捻転で胃が絞扼し、虚血により壊死・穿孔をきたしうするため早期診断・治療が必要である。整復は胃内圧減圧、内視鏡整復、手術療法のいずれかまたは複数により行われる。頻回再発例では胃の固定が考慮される。既報の症例報告には手術治療の報告が多いが、これらをまとめ文献的考察を行うと共に、2009年から2017年までに当院で入院加療を行った13症例について検討したため報告する。

症例数は13例、年齢 $86 \pm 5.64$ 歳、全例女性。短軸型7例、長軸型6例だった。短軸型は7例中1例が胃内圧減圧のみで整復され、再発なく退院した。残り6例は内視鏡整復された。退院後の再発は3例で、手術は固定具で胃の固定が行われた。長軸型は6例で、2例が胃内圧減圧により改善し、2例が内視鏡整復で改善した。1例は一度内視鏡整復で整復されるも入院中に再度捻転したため手術で胃の固定が行われ、1例は入院時に上部消化管が穿孔しており全身状態不良のため手術は行わず、死亡退院となった。

既報では最終的に手術治療を必要としたものが多かったが、当院症例では短軸型は保存的治療のみでも予後は良好であった。長軸型は死亡例もあり早期手術適応は考慮が必要だが、半数以上が胃管減圧・内視鏡治療により軽快しており内科的加療のみでも良好な予後が期待できると考えた。

## 42 DPP-4阻害薬内服中に発症した術後癒着性イレウスの1例

帝京大学医学部附属溝口病院<sup>1)</sup>

帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科<sup>2)</sup>

帝京大学医学部附属溝口病院第四内科<sup>3)</sup>

○大谷津翔<sup>1</sup>, 馬淵正敏<sup>2</sup>, 菊池健太郎<sup>3</sup>, 土井晋平<sup>2</sup>

佐藤浩一郎<sup>2</sup>, 安田一朗<sup>2</sup>

【症例】84歳、男性【主訴】腹部不快感【現病歴】44年前に開腹下胆嚢摘出術の既往があり、21年前から2型糖尿病で当院内科で加療中であった。最近2年で術後癒着性イレウスによる入院治療歴が3回あった。来院当日、腹部不快感を自覚し当院を受診、術後癒着性イレウスの診断で入院となった。

【入院後経過】経鼻胃管挿入による減圧で症状および画像所見は改善したため、食事を再開した。血糖管理はインスリンで行い、元々内服していたDPP-4阻害薬は中止した。退院後半年で再発なく経過している。【考察】糖尿病は術後癒着性イレウスの危険因子の一つとされ、DPP-4阻害薬も腹部手術歴のある患者には慎重投与とされている。2014年4月から2017年8月までに当院で治療した術後癒着性イレウス85例について後方視的に調査したところ、糖尿病患者は9例(10.6%)であった。術後経過期間、糖尿病治療期間の中央値はそれぞれ25.5年、9年、入院時HbA1cの中央値は6.7%だった。治療内容はインスリン3例、SU薬3例、 $\alpha$ -GI2例、DPP-4阻害薬7例であった。【結語】腹部手術歴のある患者において、DPP-4阻害薬は癒着性イレウスを発症する可能性があるため注意を要する。

## 43 閉鎖孔ヘルニアに対して文献検索を行い整復に成功した1例

至誠堂総合病院内科

○川瀬隆一, 谷口昌光, 高橋祥也, 荒生 剛, 佐藤 明  
谷口 央, 富樫厚仁, 瀬角英樹, 中島幸裕, 高橋敬治

【症例】96歳女性【主訴】右側腹部痛

【現病歴】2016年4月に左閉鎖孔ヘルニアによる腸閉塞を発症し、A病院を紹介した。用手整復により状態は改善し、経過観察の方針となった。2016年7月、前回と同様の疼痛を右側に認めたため、当院を受診した。

【臨床経過】エコーと単純CTを実施し、速やかに右閉鎖孔ヘルニアと診断した。造影CTは腎機能障害のため施行できなかった。腹痛の程度・腹膜刺激兆候やSIRS等を認めず腸管壊死の可能性は低いと考えた。用手整復の経験はなかったが、文献検索を行い、エコーガイド下での整復を試みた。用手整復により還納され症状は消失し、入院にて経過を観察した。症状の再燃・増悪はなく10日後に退院した。後日、両側閉鎖孔ヘルニア根治術が実施された。

【考察】閉鎖孔ヘルニアの整復は未経験であったが、文献検索を通して短時間のうちに用手整復法を学び、試み、整復に成功した。エコーガイド下での用手整復は非侵襲的であり、簡便に実施できる手技である。閉鎖孔ヘルニアは発症から短時間内に還納されることが望ましく、内科医も知っていて良い手技のひとつと思われた。

## 44 潰瘍性大腸炎に対するAdalimumabの寛解維持療法中に結核性腹膜炎を併発した肺結核の1例

いわき市立総合磐城共立病院消化器内科

○織内優好, 土佐正規, 高橋成一, 中山晴夫

【症例】67歳女性【既往歴】48歳全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)

【現病歴】ステロイド依存性慢性持続型UCに対してX-1年8月よりPartial Mayo score6点と増悪を認め、寛解導入目的に同年9月初旬Adalimumab(ADA)が導入された。約1年間ADA単独で寛解維持されていたが、X年9月中旬に発熱、腹痛を主訴に受診、CTにて右肺中葉に浸潤影、腹水、腹膜に無数の結節影、腸間膜の著明な肥厚を認め精査加療目的に入院となった。【臨床経過】入院より3日間連続で喀痰塗抹陰性、これまでのUC治療過程で複数回T-SOPT陰性のため、当初は腹膜癌、癌性腹膜炎に肺炎の併発と考えた。しかし、諸検査で悪性腫瘍を示唆する所見はなく特徴的な腹部CT所見及びCA-125異常高値より結核性腹膜炎を疑った。同時期にT-SPOPT陽転化したため4剤併用療法を開始した。入院時の喀痰結核菌培養が4週目で陽転し確定診断された。その後の経過良好で喀痰培養はいずれも8週陰性で、画像所見も改善しCA-125も正常値となった。【考察】結核菌の新規感染を否定することはできないが、本例で潜在性結核であったと仮定すると、PSLの免疫抑制によってT-SPOTが偽陰性を示していた可能性も考えられる。T-SOPT陰性患者においても抗TNF $\alpha$ 製剤導入後には潜在性結核に対する十分な経過観察を要すると考えた。【結語】抗TNF $\alpha$ 製剤導入後、T-SPOPT陰性UCにおける結核発症の1例を経験した。

#### 45 潰瘍性大腸炎に対する新規体外式超音波活動性スコア (UCUS スコア) の作成

横浜市立大学医学部 4 年<sup>1)</sup>

横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患 (IBD) センター<sup>2)</sup>

横浜市立大学附属市民総合医療センター臨床検査部<sup>3)</sup>

横浜市立大学医学部臨床統計学<sup>4)</sup>

○久米菜緒<sup>1</sup>, 橋本 悠<sup>2</sup>, 西尾匡史<sup>2</sup>, 大竹はるか<sup>2</sup>

小柏 剛<sup>2</sup>, 米澤広美<sup>3</sup>, 三枝祐輔<sup>4</sup>, 木村英明<sup>2</sup>

国崎玲子<sup>2</sup>

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) に対する画像検査の gold standard は下部消化管内視鏡 (CS) であるが、一定の侵襲が避けられない。そこで非侵襲的な体外式超音波検査 (US) が注目される。一方、US による UC の重症度を評価する定量スコアは未だない。そこで今回、UC の CS 重症度スコアと高い相関を持つ新規体外式 US 活動性スコア (UCUS score) の作成を試みた。

【方法】CS と腸管 US を同時期に施行した UC 患者 116 例の、US による壁厚、層構造、カラードプラ法による壁内血流スコアと、CS 重症度スコアの相関を検討した。更に重回帰分析を用いて、US スコアを作成した。

【結果】壁厚、層構造、壁内血流のいずれも、CS スコアと強い相関を認めた。US 重症度スコアを以下のように作成した。壁厚: 0 ( $\leq 3$  mm), 10 ( $> 3$  mm,  $\leq 5$  mm), 20 点 ( $> 5$  mm); 層構造: 0 (明瞭), 2 (不明瞭), 4 (消失); 血流: 0 (血流スコア 0), 5 (血流スコア 1), 10 (血流スコア 2), 15 点 (血流スコア 3)。作成した US スコアと内視鏡重症度スコアは強い相関を認めた。

【結語】UC 患者の腸管 US 所見の組み合わせから、CS 重症度スコアと強い相関を持つ新規腸管 US 活動性スコア (UCUS score) を作成した。

#### 46 抗 TNF- $\alpha$ 製剤使用後に QFT が陽転化した潰瘍性大腸炎の一例

昭和大学江東豊洲病院消化器センター<sup>1)</sup>

昭和大学江東豊洲病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○中島芽衣<sup>1</sup>, 上野明子<sup>1</sup>, 篠原浩樹<sup>1</sup>, 田邊万葉<sup>1</sup>

岡田壮令<sup>2</sup>, 伊藤敬義<sup>1</sup>, 浦上尚之<sup>1</sup>, 横山 登<sup>1</sup>

井上晴洋<sup>1</sup>

患者は潰瘍性大腸炎でステロイド依存状態であった。寛解導入目的でアダリムマブ (以降 ADA) を開始した。生物学的製剤導入前のスクリーニング検査で行った Interferon-gamma release assay (IGRA (QFT)) は陰性であり、画像でも結核感染を示唆する所見はみられなかった。病状改善なく、ADA は中止。タクロリムス、6MP で加療行ったが、その後関節炎が出現。再度生物学的製剤の使用も視野に入れ、再評価目的で QFT を再検したところ、陽転化がみられた。画像上異常所見なく、咳嗽や微熱、また腹部症状の増悪はなかった。潜在性結核感染症としてイソニアジド投与を開始した。

抗 TNF- $\alpha$  抗体製剤は結核のリスクを上昇させ、治療開始前にはスクリーニングが必須となっている。しかし治療開始後の適切なモニタリング間隔等はいまだ示されていない。抗 TNF- $\alpha$  製剤使用時における結核発症リスクの実際や適切なモニタリング等について、文献の考察を加えて報告する。

#### 47 クロウン病切除腸管における水浸法超音波検査の壁層構造所見と病理所見の比較

山口大学医学部 3 年<sup>1)</sup>

横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患 (IBD) センター<sup>2)</sup>

横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター<sup>3)</sup>

山口大学消化器内科<sup>4)</sup>

○佐藤加奈<sup>1</sup>, 国崎玲子<sup>2</sup>, 沼田和司<sup>3</sup>, 橋本 悠<sup>2</sup>

大竹はるか<sup>2</sup>, 西尾匡史<sup>2</sup>, 小柏 剛<sup>2</sup>, 橋本真一<sup>4</sup>

坂井田功<sup>4</sup>, 木村英明<sup>2</sup>

【目的】経腹の超音波検査 (ultrasonography: US) は、クロウン病 (Crohn's Disease: CD) に対する低侵襲の新規腸管検査法として注目されているが、病変がどのような US 像で観察されるかに関する基礎的データは乏しい。今回、US で認める層構造の不明瞭化・消失所見が CD のどのような病理組織変化を反映するか検討した。

【方法】手術を受けた CD29 例、切除腸管内の 166 病変に対して水浸法 US を行い、US の壁層構造所見とマクロ病理所見を比較した。上記のうち 12 病変を、炎症と線維化の定量的スコアを用いてマイクロ病理所見と比較した。

【成績】

肉眼的正常部は、水浸法 US で壁 5 層構造が保持されていた。US の壁 5 層構造保持所見から肉眼的正常を予測する、相関係数 (Spearman r 値) と一致度 ( $\kappa$  係数) はともに 0.6 以上と高度に一致した。病変の肉眼的な炎症および線維化の進行とともに、US 壁層構造は不明瞭化・消失した。マイクロ病理学的検討では、壁層構造の不明瞭化した病変で粘膜下層の線維化、壁層構造が消失した病変で壁全層の炎症細胞浸潤を認めた。

【結語】US で観察される CD の壁層構造不明瞭化・消失は、炎症・線維化双方の進行した病理学的病態を反映することを初めて明らかにした。

#### 48 ベーチェット病の腸管病変に対する 5-アミノサリチル酸製剤による寛解導入効果の検討

横浜市立大学医学部 4 年<sup>1)</sup>

横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患 (IBD) センター<sup>2)</sup>

○西岡 瞳<sup>1</sup>, 国崎玲子<sup>2</sup>, 橋本 悠<sup>2</sup>, 大竹はるか<sup>2</sup>

西尾匡史<sup>2</sup>, 小柏 剛<sup>2</sup>, 佐々木智彦<sup>2</sup>, 村田依子<sup>2</sup>

木村英明<sup>2</sup>

【目的】腸管ベーチェット病 (BD) の軽症~中等症に対する治療として、ガイドラインで経口 5-アミノサリチル酸 (5-ASA) 製剤が第一選択薬として推奨されているが、有効性を検討した既報はない。そこで今回、腸管 BD に対する 5-ASA 治療の有効性・安全性を検討した。

【方法】単一施設における後方視コホート研究。2000~2017 年に BD 腸管病変に対して 5-ASA による寛解導入治療を行った症例の、臨床的有効性、安全性と、有効性に寄与する因子を検討した。

【成績】(1) 対象: 計 34 例。病型: BD18 (完全型 2, 不全型 12, 疑い 4), 単純性潰瘍 14 例。治療時年齢中央値 42.1 (15~82) 歳。5-ASA 投与量 2910 (1600~4000) mg/d。(2) 有効性: 疾患活動性スコア (BAIBD) による臨床的改善: 11 例 (32%), 寛解: 13 例 (38%)。(3) 治療有効性に寄与する因子を単変量解析で検討したが、重症度や潰瘍の大きさを含めて有意因子を認めなかった。(4) 副作用: 計 6 例 (18%), アレルギー 4 例 (12%), 皮疹 1 (3%), マクロ CPK 血症 1 (3%)。重篤な副作用は認めず、いずれも投薬中止により改善した。

【結論】軽症~中等症 BD 腸管病変に対する 5-ASA の有効性を、初めて検討した。治療有効性は 70% 以上と高いが、副作用を 18% とやや高率に認めたことから、副作用に留意し投与すれば第一選択薬として適切と思われる。

## 49 免疫介在性壊死性ミオパチーの治療が病状の改善につながった続発性慢性偽性腸閉塞症の1例

北海道医療センター消化器内科<sup>1)</sup>

北海道医療センター神経内科<sup>2)</sup>

○佐藤孝大<sup>1)</sup>, 桜井健介<sup>1)</sup>, 佐々木望<sup>1)</sup>, 常松聖司<sup>1)</sup>

多谷容子<sup>1)</sup>, 松本美桜<sup>1)</sup>, 馬場 麗<sup>1)</sup>, 武藤修一<sup>1)</sup>

木村宗士<sup>1)</sup>, 中村雅一<sup>2)</sup>

【主訴】体重減少【現病歴】数年前より、寒冷時の手指蒼白や日光湿疹が見られていた。次第に歩行困難、息切れを自覚するようになり、腹部膨満、体重減少（2年間で10kg程度）も認められるようになったため、X年6月に前医を受診した。その際CKが1200と高値であったので、当院神経内科に精査入院となった。筋生検や採血で抗HMGR抗体陽性を認めたため、免疫介在性壊死性ミオパチー（IMNM）と診断された。入院後から腹部膨満感、腹痛、便秘症状の悪化があり、当科紹介となった。【既往歴】発作性心房細動、拡張型心筋症疑い、鉄欠乏性貧血、糖尿病、L5/S1椎間板ヘルニア【家族歴】なし【嗜好歴】飲酒：焼酎3合/day、喫煙：10本/day【臨床経過】腹部単純CTでは機械的閉塞はなく、cine-MRIで蠕動不良腸管を認めたため、慢性偽性腸閉塞（CIPO）と診断した。その後神経内科でIMNMに対して副腎皮質ステロイドと免疫抑制薬による治療が開始となったところ、歩行困難などの病状が改善するとともに消化管蠕動促進薬や下剤にて改善の乏しかった腹部症状も改善した。【考察】本症例は経過からIMNMを背景にした続発性のCIPOと考えられた。原病の治療によりCIPOの改善を認めた非常に稀な1症例を経験した。

## 50 慢性偽性腸閉塞症に対する経腸栄養療法中に非閉塞性腸管壊死を合併した症例

神戸大学医学部附属病院総合内科<sup>1)</sup>

神戸大学医学部附属病院消化器内科<sup>2)</sup>

○井之上杏奈<sup>1)</sup>, 村前直和<sup>1)</sup>, 大路純子<sup>1)</sup>, 徳永俊太郎<sup>1)</sup>

三好園子<sup>1)</sup>, 森 健太<sup>1)</sup>, 大井 充<sup>2)</sup>, 森 寛行<sup>1)</sup>

乙井一典<sup>1)</sup>, 坂口一彦<sup>1)</sup>

【症例】77歳、男性【主訴】下痢・食欲不振【現病歴】24年前に腸閉塞に対して外科手術を受けたことがあった。5ヶ月前から下痢、腹部膨満感、食欲不振が出現し徐々に悪化した。2ヶ月前から近医に入退院を繰り返したが、改善せず、胸腹水、下肢浮腫が出現し、当院へ転院した。CTでは小腸優位に広範囲の著明な腸管拡張を認めたが、上下部内視鏡検査では内腔に有意な所見がなく、経過から慢性偽性腸閉塞症と考えられた。中心静脈栄養療法を行っていたが、カテーテル関連血流感染症を合併し、経腸栄養療法へ変更した。経腸栄養開始後8日目に比較的多量の下痢を認め、9日目に血便、10日目に血圧低下を来した。造影CTで門脈ガスと消化管壁気腫を認め、非閉塞性腸管壊死と考えられた。同日死亡した。【考察】慢性偽性腸閉塞症は、腸管の蠕動運動が障害されることにより、機械的な閉塞機転がないにもかかわらず腹部膨満、腹痛、嘔吐などの腸閉塞症状を引き起こす疾患である。同疾患に対して経腸栄養を開始した際に、非閉塞性腸管壊死を合併した症例の報告は稀少であり報告する。【結語】慢性偽性腸閉塞症に対する経腸栄養療法中に非閉塞性腸管壊死を合併した症例を経験した

## 51 分類不能型免疫不全症に伴う enteropathy に budesonide が奏効した一例

札幌医科大学消化器内科

○今田紗江, 山下健太郎, 小野寺馨, 久保俊之, 風間友江

山野泰穂, 仲瀬裕志

【症例】30歳台女性【主訴】下痢、体重減少【現病歴】20台より市中肺炎を反復し2013年受診、免疫グロブリン著明低値より分類不能型免疫不全症（CVID）と診断、グロブリンの定期補充を開始。2014年から低アルブミン血症、低Ca血症によるテタニーが出現し当科紹介。α-1 antitrypsin クリアランス高値、便Sudan III染色（+）、十二指腸粘膜の scalloping と絨毛萎縮を認めCVIDに伴う enteropathy と診断、定期的な電解質補充を開始。2016年末から下痢が持続、体重も10kg減少し2017年5月入院。電解質補正と中心静脈栄養、5ASAにより一時軽快したが再燃し10月に入院。一日10行程の水様下痢により著明な低K、低Na血症を呈していた。便培養で病原菌が検出されず感染は否定的であり budesonide を開始したところ下痢が軽快し全身状態も改善。【考察】CVIDで下痢を発症した場合、感染性腸炎の他に腸管免疫異常に伴う enteropathy もあり鑑別が重要である。CVIDは稀な疾患で enteropathy に対する治療法は確立されていないが、5ASA やステロイド、抗TNF-α抗体等が有効とされる。本症例は5ASA抵抗性で、感染やび瘡の悪化を考慮し budesonide を選択したところ有効であった。【結語】CVIDに伴う enteropathy に対して budesonide が奏効した一例を経験した。

## 52 保存的に治療しえたアンチトロンビン欠損症に合併した上腸間膜静脈血栓症の一例

赤穂中央病院内科<sup>1)</sup>

赤穂中央病院循環器科<sup>2)</sup>

赤穂中央病院外科<sup>3)</sup>

○大沢一希<sup>1)</sup>, 仁科慎一<sup>1)</sup>, 津田朋広<sup>1)</sup>, 三澤真人<sup>1)</sup>

矢部博樹<sup>1)</sup>, 大本明義<sup>1)</sup>, 林 達信<sup>1)</sup>, 北川敦士<sup>2)</sup>

鈴鹿伊智雄<sup>3)</sup>

【症例】72歳女性【主訴】腹痛【既往歴】深部静脈血栓症、脾臓肉芽腫、脂質異常症

【現病歴】2日続く強い腹痛、嘔吐を主訴に当院を受診。

【臨床経過】心窩部の筋性防御、血性嘔吐を認めた。造影CTで上腸間膜静脈（SMV）から門脈に血栓を認め、十二指腸から上部空腸では腸管壁の造影効果が乏しかった。SMV血栓症による小腸虚血と診断した。虚血腸管の切除と外科的な血栓除去は不能と判断し、ヘパリン、アンチトロンビン（AT）製剤の投与および上腸間膜動脈からウロキナーゼの動注を行った。第8病日には腸管浮腫の改善、腸管壁の造影効果、門脈血栓の縮小を認め、経腸栄養剤を開始した。第44病日に経口摂取可能な状態で退院した。家族内に深部静脈血栓症の既往があることからAT欠損症 type2であることが判明した。

【考察】腹部所見と造影CTから小腸壊死が疑われたが、血液検査では臓器壊死を強く示唆する所見は認めなかった。手術不能であっても保存的に加療できる症例もあると考えられた。血栓症は凝固異常を念頭におき検査を進めるが、本例は検査上AT活性が正常だが先天性AT欠損症であった。

【結語】保存的に治療しえたAT欠損症に合併したSMV血栓症の一例を経験した。

**53** オロパタジン頓用で加療し得た好酸球性胃腸炎の1例  
自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科<sup>1)</sup>  
自治医科大学附属さいたま医療センター病理部<sup>2)</sup>  
○福井侖奈<sup>1)</sup>, 中村晃久<sup>1)</sup>, 菅原 齊<sup>1)</sup>, 田中 亨<sup>2)</sup>  
【症例】40歳, 男性【主訴】腹痛【現病歴】2か月前に夜間の咳嗽にて近医を受診し咳喘息の診断でICS/LABA 配合剤を処方され, 咳嗽は改善. 2週間前, 下腹部痛にてA病院を受診し精査目的に入院. 一般血液検査, 上部・下部消化管内視鏡で異常所見はなく, CTにてS状結腸に粘膜浮腫が認められた. 1週間前にA病院を退院. 3日前腹痛にてA病院に再入院し精査目的に当院に転院. 【臨床経過】WBC 5,500 / $\mu$ l, CRP 0.03 mg/dl と炎症所見はなく好酸球分画 (9.2%) の上昇を認めた. 抗核抗体, リウマトイド因子, MPO/PR3-ANCA は陰性. 補体低下はなくIgE 310 mg/dl の上昇を認めた. CTにてS状結腸に浮腫を認めた. 下部消化管内視鏡検査では異常所見はなかった. ランダム生検にて上行結腸粘膜に好酸球の上皮内浸潤を認めた. 呼吸機能検査では閉塞性障害を認め, 気道過敏性試験では1秒量が改善し気管支喘息と診断. 好酸球性胃腸炎の診断基準 (2015) を満たした. 腹痛発作時にオロパタジン (5mg) 内服で症状は消失したため, 発作時の頓服を指導し退院. その後腹部症状は軽快し好酸球数も漸減している. 【考察】好酸球性胃腸炎はステロイド治療を要する症例も散見されるが, 本例のように第2世代ヒスタミンH1受容体拮抗薬にて加療し得た症例は稀であり報告する.

**54** あら汁の摂取による魚骨穿孔をきたした一例  
北海道医療センター消化器内科  
○峰村明里, 峰村明里, 桜井健介, 佐々木星, 常松聖司  
多谷容子, 松本美桜, 馬場 麗, 武藤修一, 木村宗士  
【症例】  
症例は70歳代男性. 腹痛を主訴に当科受診した. その後間欠的な腹痛が続き, 左側腹部優位に圧痛, 筋性防御あり, 採血で炎症反応の上昇を認めた. 腹部造影CTでは小腸に高吸収の線状陰影, 周囲脂肪叢濃度の上昇, free air を認め魚骨による消化管穿孔・穿通性腹膜炎を疑った. 改めて問診をしたところソイのあら汁の摂取歴があった. 外科的に開腹を行なった際の術中所見では, Traiz 靭帯から肛側290cm・回盲部から口側190cmの部分に2.5cmの魚骨が穿通しており腸間膜側に膿瘍形成していた. よって同部位を含む10cmの小腸部分切除を行なった. 回収した魚骨をDNA鑑定に提出したところ, 実際にソイの骨であることが判明した.  
【考察】  
魚骨による穿孔は他の急性腹症と鑑別する上で特異的所見に乏しく, 画像検査で検出されずに開腹所見で初めてわかる場合も少なくない. その際には食事歴の問診をすることが手掛かりになることがある. 過熱すると魚骨は遊離しやすくなり, 魚の頭部を含むあら汁では誤飲が多くなるとの報告もある. そのため, 消化管の魚骨穿孔を疑う場合にはあら汁の摂取歴の聴取が重要と考えられた.  
魚骨穿孔を疑う際には画像検査に加えて, 魚のあら汁の摂取歴を問うことが重要である.

**55** 左室壁破裂の診断に難渋した左房内巨大腫瘍の一例  
聖マリアンナ医科大学医学部<sup>1)</sup>  
聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>  
聖マリアンナ医科大学心臓血管外科<sup>3)</sup>  
○大間京希<sup>1)</sup>, 小徳のぞみ<sup>2)</sup>, 出雲昌樹<sup>2)</sup>, 木田圭亮<sup>2)</sup>  
田邊康宏<sup>2)</sup>, 盧 大潤<sup>3)</sup>, 大野 真<sup>3)</sup>, 宮入 剛<sup>3)</sup>  
原田智雄<sup>2)</sup>, 明石嘉浩<sup>2)</sup>  
【症例】80歳, 男性. 【既往】食道癌, S状結腸癌【経過】歩行困難と構音障害を主訴に当院神経内科受診. 来院一週間前に呼吸困難感あり. 頭蓋内に明らかな病変は無く, スクリーニングで施行された胸部CTにて左房内に10x6x7cmの高吸収域な構造物を認めた. 心エコーでは後側壁の高度壁運動低下とびまん性の収縮障害を認め, 冠動脈造影では右冠動脈#1の完全閉塞を認めた. 血行再建は困難であり保存的加療となった. 第15病日に呼吸状態の増悪に対し肺胞出血を疑い造影CTを施行. 造影所見より左房内腫瘍は左室流出路付近の左室壁破裂が疑われた. 左房圧排により僧帽弁狭窄と類似した血行動態であったため, 内科的治療は困難と判断し, 第22病日に心臓血管外科にて左室自由壁破裂修復術が施行された. 腫瘍は左房後壁心外膜下の巨大血腫であり, 後交連から僧帽弁後尖移行部に3.4mm大の瘻孔を認めた. 【考察】心筋梗塞により左室破裂をきたしたものの血腫が心外膜下に限局した結果, 左房内血腫に類似し鑑別が困難であった症例を経験した.

**56** ムコ多糖症Ⅱ型に合併した高度僧帽弁・大動脈弁狭窄症に対する2弁置換術の一例  
新潟大学医歯学総合病院循環器内科  
○布施拓也, 萱森裕美, 柏村 健, 高野俊樹, 大久保健志  
保屋野真, 柳川貴央, 小澤拓也, 尾崎和幸, 南野 徹  
【症例】45歳, 男性. 幼児期にムコ多糖症と診断され, 酵素補充療法で治療されていた. X年秋頃よりNYHA心機能分類Ⅲ度の症状認め, A病院にて高度大動脈弁狭窄症および僧房弁狭窄症と診断され加療を受けた. 心不全治療は難渋し, 2弁置換術の適応と判断され当科転院となった. 心臓カテテル検査では僧房弁弁口面積0.55cm<sup>2</sup>, 大動脈弁弁口面積0.59cm<sup>2</sup>, 肺動脈楔入圧22mmHg, 平均肺動脈圧31mmHg, 左室拡張末期圧15mmHgであった. 連弁膜症による重症心不全と診断し, 外科的治療の適応と考えた.  
【考察】ムコ多糖症は体内のムコ多糖を分解するリソソーム酵素イブロン酸-2-スルファターゼの先天的欠損により引き起こされ, 骨格変形や低身長, 舌の肥大, 呼吸器・循環器・消化器など全身性の多様な臨床所見を呈する稀な疾患である. 心病変である弁膜症に対しては手術例も散見されるが, 胸郭変形や気管・気管支軟骨異常を認め, 周術期の呼吸管理に難渋する報告もあり, 手術適応には注意を要すると考える.

## 57 重症心不全に対して三尖弁置換術が奏功した高齢修正大血管転位症例

秋田大学医学部大学院医学系研究科循環器内科学

○小林雄紀, 加藤 宗, 須藤佑太, 新保麻衣, 関 勝仁

飯野健二, 渡邊博之

70歳女性, 呼吸困難を主訴に受診。胸部X線上, 心拡大と肺うっ血を認め, うっ血性心不全の診断で緊急入院。心エコー上, 体心室が解剖学的右室の特徴を呈しており, 修正大血管転位症(ccTGA)に伴う体心室機能不全と, 房室弁(三尖弁)閉鎖不全症による発症と考えた。入院後に頻拍性心房細動を発症, 血圧60台のショックバイタルを呈した。Nohria-Stevenson分類でProfile Cであり, カテコラミン併用下に集中治療を開始。心房細動のレートコントロールに難渋したが, アミオダロンによる薬物的除細動で洞調律化し, 循環動態の維持を得た。カテコラミンを漸減し, 心筋保護薬の導入と心臓リハビリを開始した。Swan-Ganzカテーテル検査では, カテコラミン使用下でForrester分類4群を呈し, カテコラミン離脱困難と判断。心不全の主病因は三尖弁閉鎖不全症にあると考え, 三尖弁置換術(TVR)の方針とした。将来的な心室再同期療法の可能性を考慮し, 体心室心外膜リードを留置した。術後はすみやかにカテコラミンの離脱に成功した。ccTGAは先天性心疾患の中でも稀であり, 70歳まで心不全を発症しない症例は特に少ない。さらに, 体心室機能不全を呈した症例にTVRが奏功した報告は少なく, 高齢者では非常に稀である。本症例の治療経過と文献的考察を加えて報告する。

## 58 特発性冠動脈解離の一例

小牧市民病院

○関 友望, 安達 健, 小川恭弘, 今井 元, 許 聖服

林 元春, 岡島 嵩, 新井健史, 本村名里子, 川口克廣

【症例】40代女性【主訴】胸部不快感【既往歴】高血圧【家族歴】母が糖尿病, 心疾患【生活歴】喫煙歴あり, 機会飲酒【現病歴】受診日の前日から断続的に胸部症状を認め近医を受診した。急性冠症候群が疑われ当院へ救急搬送となった。【経過】心電図ではV1-3のR波増高不良, 下壁誘導と胸部誘導で陰性T波を認めた。心エコーでは心尖部の壁運動の低下がみとめられた。ACSの疑いで緊急冠動脈造影(CAG)を施行し, 左前下行枝#8に高度狭窄を認めた。冠攣縮の可能性が考えられ, 硝酸イソソルビドを冠注したが狭窄は変化しなかった。引き続き経皮的冠動脈形成術を施行した。血管内超音波で病変を観察すると責任病変の冠動脈に解離を認め, 特発性冠動脈解離と診断した。バルーンで狭窄部位を拡張し, 解離腔は残存していたが血流の改善はみられたため治療を終了とした。術後, 心筋逸脱酵素の上昇はなく胸部症状も認めなかった。第6病日, 再度CAGを施行すると治療直後よりも造影上の改善をみとめた。第7病日, 悪化の所見はなく退院となった。【考察】特発性冠動脈解離(SCAD)は, 急性冠症候群全体の3.4%, 若年女性の急性冠症候群の11%を占めるといわれている。平均年齢は42-52歳で, 女性に多い。本症例ではバルーンで病変の拡張を行い, 良好な経過が得られたが, 本疾患の治療方針は確立されていないため文献的な考察も踏まえて報告する。

## 59 リファンピシンによるCa拮抗薬効果減弱で血圧管理に難渋した大動脈解離の1例

亀田総合病院卒後研修センター<sup>1)</sup>

亀田総合病院循環器内科<sup>2)</sup>

○朝蔭あゆ<sup>1)</sup>, 新井紘史<sup>2)</sup>, 林 達哉<sup>2)</sup>

【症例】高血圧症, 非結核性抗酸菌症(MAC)の既往がある70歳男性。もともとニフェジピンCR40mg, エナラプリル5mg, トリクロルメチアジド1mgで収縮期血圧130mmHg前後にコントロールされていたが, MACに対してリファンピシン(RFP)を含む抗結核薬4剤の投与が開始されてから180mmHg前後が持続した。2ヶ月後, 突然発症の胸背部痛にて救急搬送され, 造影CTでStanford B型大動脈解離と診断された。内服薬に加えてニカルジピン, ニトログリセリンをそれぞれ15μg/kg/min投与するも160mmHg以上と高値であった。第3病日に抗結核薬を中止し, アリスキレン, ドキサゾシン, アジルサルタンを適宜追加増量した。最終的に内服薬のみで血圧コントロール良好となり, 第27病日に退院となった。

【結語】RFPによるシトクロムP450誘導での降圧薬代謝亢進に起因する著明な血圧上昇を契機としたStanford B型大動脈解離の1例を経験した。血圧コントロールが困難な場合, 薬物相互作用を考慮した降圧薬の調整が必要である。

## 60 右外腸骨動脈-両側腋窩動脈逆行性バイパス術により安定した心不全治療が可能となった大動脈炎症候群の症例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院循環器内科<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

○赤須友香利<sup>1)</sup>, 鈴木規雄<sup>1)</sup>, 土井駿一<sup>1)</sup>, 笠原みづほ<sup>1)</sup>

割澤高行<sup>1)</sup>, 御手洗敬信<sup>1)</sup>, 高井 学<sup>1)</sup>, 中野恵美<sup>1)</sup>

松田央郎<sup>1)</sup>, 明石嘉浩<sup>2)</sup>

【症例】70歳女性【臨床経過】52歳時に大動脈炎症候群と診断。中等度大動脈弁逆流症を伴ったうっ血性心不全の診断で入院加療となり心不全治療を進めたが, 至適血圧でめまい症状が出現した。CT検査で左鎖骨下動脈起始部閉塞, 左総頸動脈と右総頸動脈に狭窄を認め, 頸動脈エコーでは逆行性椎骨動脈血流を認めた。軽労作で心不全は増悪し, 降圧強化により盗血症状が出現し薬物治療に難渋した。血行再建術を検討したが, 血管内治療は末梢塞栓リスクが高く, 上行大動脈も高度石灰化のためバイパス吻合部位がなかった。外腸骨動脈の性状は良好であり, 右外腸骨動脈-両側腋窩動脈バイパス術を施行し, 盗血症状の改善と安定した心不全治療が可能となった。退院後は心不全の増悪なく日常生活動作も可能である。【考察】大動脈炎症候群の34%が大動脈弁逆流症を有し(Watanabeら), 心不全管理上で血圧管理は不可欠であり, 薬物治療で難渋する場合は外科的治療との組み合わせも必要である。通常とは逆行性ではあるが上肢血流が低下する場合は右外腸骨動脈-両側腋窩動脈バイパス術も有効な選択肢となる事が示された。

## 61 冠攣縮性狭心症による致死的不整脈でICD植込となった1例

日立製作所ひたちなか総合病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

日立製作所ひたちなか総合病院循環器内科<sup>2)</sup>

○横倉萌花<sup>1)</sup>, 中務智文<sup>2)</sup>, 磯崎大寿<sup>2)</sup>, 飯岡勇人<sup>2)</sup>

長塩憲司<sup>2)</sup>, 川村 龍<sup>2)</sup>, 田中喜美夫<sup>2)</sup>, 山内孝義<sup>2)</sup>

【症例】54歳男性

【現病歴】高血圧を指摘されていたが無治療であった。6月早朝ランニング中意識消失をきたし救急要請され、5分後にCPRを開始された。初期波形VFで2回除細動後PEA、12分後病着となり、再度VFであったため、200Jで除細動を行い、自己心拍再開した。

【臨床経過】第1-3病日まで低体温療法を行い、第4病日に抜管、高次脳機能障害は認めなかった。第13病日に行った冠動脈造影で有意狭窄はなかった。アセチルコリン負荷ではST変化を伴う左前下行枝の攣縮が誘発され、冠攣縮性狭心症と診断した。以降、アムロジピン10mg、ジルチアゼム100mg、硝酸イソソルビド40mgを導入した。院外心停止症例であったことからICD植込を行う方針となり、第31病日に他院でICD植込術を行った。

【考察】冠攣縮による致死的不整脈後のICD植込みについては十分な症例数が少なく、その是非には議論が分かれるところである。十分量の薬剤導入後に致死的不整脈の再発の報告もあることから、本症例ではICD植込みを行うこととなった。

## 62 房室結節リエントリー性頻拍と心房頻拍を合併し、それぞれの症状を有していた発作性上室頻拍の1例

国家公務員共済組合連合会共済病院総合診療科<sup>1)</sup>

国家公務員共済組合連合会共済病院循環器内科<sup>2)</sup>

○星野 駿<sup>1)</sup>, 平位有恒<sup>2)</sup>, 岡本大輝<sup>2)</sup>, 土肥由裕<sup>2)</sup>

折田裕一<sup>2)</sup>, 友弘康之<sup>2)</sup>

【症例】64歳女性【主訴】動悸【現病歴】40歳頃より発作性の軽い動悸を自覚し、50歳頃からは動悸に加え嘔気・嘔吐や頸部への打撃感を伴っていた。初めて発作が6時間持続した際に近医を受診し、心電図にて発作性上室頻拍(PSVT)と診断された。アブレーション目的に当院へ紹介された。【臨床経過】心臓電気生理検査では房室結節に二重伝導路を認め容易に房室結節リエントリー性頻拍(AVNRT)が誘発され、動悸は頸部への打撃感を伴っていた。アブレーションにて遅伝導路は消失し誘発不能となった。しかしソプロテロール投与にて、洞頻拍と鑑別を要する心房頻拍(AT)が誘発されるようになり、この症状は40歳頃から自覚していた軽い動悸と一致した。右房後壁起源領域のATと診断し、アブレーションにて誘発不能となった。【考察】AVNRTは心房心室同時収縮による頸静脈逆流波により頸部打撃感を自覚するとされている(感度92%、特異度100%)。本症例は、頸部打撃感を伴う動悸と伴わない動悸を有しており、後者はAVNRT以外の頻拍の存在を疑っていたため、AVNRTアブレーション後に生じたATを洞頻拍と見紛うことなく、診断・治療を行うことができた。【結語】AVNRTとATを合併し、それぞれの症状を有していたPSVTの1例を経験した。

## 63 運動中に心肺停止をきたし蘇生後にWCDを着用したが、ICD植込みをせずに経過観察とした一例

地方独立行政法人山形県・市田病院機構日本海総合病院循環器内科

○佐藤真理子, 桐林伸幸, 瀬津俊介, 本田晋太郎, 菊地彰洋  
近江晃樹, 菅原重生

症例は40歳代男性。運動中に心肺停止となり、自動体外式除細動器により後遺症なく蘇生した。前医へ搬送され緊急冠動脈造影で左前下行枝#7に閉塞を認めたため、経皮的冠動脈形成術(Percutaneous Coronary Intervention; PCI)を試みられたが、ガイドワイヤーが通過せず、後日当院へ搬送された。左前下行枝に対する再治療まで着用型自動除細動器(Wearable Cardioverter Defibrillator; WCD)を着用の方針とし、着用中は心室期外収縮をごくわずかに認めるのみであった。発症後2か月後に左前下行枝へPCI施行し、薬剤溶出性ステントを留置した。その後心エコー上、心機能は改善傾向であり不整脈の出現はないためWCDの着用は終了とし、植込み型除細動器(Implantable Cardioverter Defibrillator; ICD)植込みは行わずにフォローしている。【考察】ガイドライン上、心室細動が臨床的に確認されている場合は植込み型除細動器がclassIとなっているが、一方で急性の解除できる原因による心室細動の場合はclassIIIとされている。本症例では虚血性心疾患が原因と考えられWCDを着用したが、原因が解除されたためICD植込みをせずに経過観察とした。

## 64 脳梗塞を発症しt-PAと血栓回収療法により後遺症なく改善したDCMの一例

東北大学病院卒後研修センター<sup>1)</sup>

東北大学循環器内科学<sup>2)</sup>

○齋藤元一<sup>1)</sup>, 青木竜男<sup>2)</sup>, 杉村宏一郎<sup>2)</sup>, 建部俊介<sup>2)</sup>

山本沙織<sup>2)</sup>, 佐藤 遥<sup>2)</sup>, 神津克也<sup>2)</sup>, 紺野 亮<sup>2)</sup>

後岡広太郎<sup>2)</sup>, 佐藤公雄<sup>2)</sup>, 下川宏明<sup>2)</sup>

【症例】59歳 男性

【現病歴】拡張型心筋症による難治性心不全に対し、心移植適応を検討するため、201X年Y月に当院紹介となった。

【臨床経過】利尿剤・強心剤などの心不全に対する治療への反応は良好であった。入院時から心房細動を含めた頻拍発作は認められなかったが、第5病日13:20頃に運動性失語、右片麻痺を認め、緊急で頭部CTを撮影した。脳出血や脳梗塞の所見を認めなかったが、造影CTで左中大脳動脈領域に狭窄を認め、左中大脳動脈抹消も描出が低下しており、急性期脳梗塞と診断し、14:25にrt-PAの全身投与を行った。引き続き、血栓回収療法施行し、左中大脳動脈と左前大脳動脈は完全再開通した。血栓回収療法後、失語は消失し、右片麻痺も改善した。

【結語】早期治療で後遺症なく改善した低心機能患者の急性期脳梗塞を経験した。洞調律の維持された低心機能症例に対する抗凝固療法の適応について、文献的考察を加え報告する。

**65** 進行性 QT 延長から Torsades de Pointes (TdP) による失神を契機に診断に至った AL 型心アミロイドーシスの 1 例

浜松医科大学第三内科

○加藤大樹, 松倉 学, 漆田 毅, 榊原智晶, 佐野 誠  
成瀬代士久, 大谷速人, 早乙女雅夫, 前川裕一郎

【症例】76 歳男性【主訴】一過性意識消失【現病歴】平成 28 年 9 月, 自宅で意識消失発作を認め近医を受診した。心電図は洞調律で QT 時間は 480ms と軽度延長していた。心エコーで軽度左室肥大を認めた。【経過】Head up tilt 試験, ホルター心電図, 体外式ループレコーダー, 冠動脈造影検査, 電気生理学的検査などでは特記所見を認めなかった。心原性失神を否定できず植え込み型ループレコーダー;ILR の植え込みを行った。同年 12 月, 2 回目の失神を認めた。ILR を解析すると約 2 分間持続する TdP を認めた。再入院時の心電図は四肢低電位, 前胸部誘導で R 波の増高不良を認め QT 時間は 520ms と延長していた。心エコーでは, 両心室に及ぶびまん性の壁肥厚と心嚢液貯留を認めた。生検で Congo-red 染色陽性, 軽鎖 κ 抗体染色陽性であり, AL(κ)型アミロイドーシスと診断した。化学療法を前提に ICD 植込みを行ったが, 病状の進行は早く死亡転帰となった。【考察】後天性 QT 延長を示す疾患として心アミロイドーシスを鑑別に挙げる必要がある。また病状の進行に一致して QT 延長が増悪することが示唆された。【結語】高齢男性で進行性の QT 延長に伴い TdP を発症した AL 型アミロイドーシスの 1 例を経験した。

**66** 高齢者の TAVI (経カテーテル大動脈弁置換) 施行後の予後に対する, 冠動脈疾患, 末梢動脈疾患の影響

千葉西総合病院心臓センター循環器科

○光川泰弘, 三角和雄, 若松生朗, 平松総一郎, 島山和昌  
飯塚大介, 横田光俊, 吉田俊彦, 新田正光, 倉持雄彦

【背景】近年, 高齢者で開胸手術不適の重症 AS に対し, 広く TAVI が施行されるようになったが, 同時に CAD, PAD を有することが数多く, それらの存在が全般的な予後を左右することが考えられる。

【対象および方法】高齢者の AS に対して施行した TAVI 76 例 (男 22 例, 女 54 例, 85.5 ± 5.5 歳; HT=43, HL=37, DM=26; TFA=71, TAA=75; Sapien=59, CoreValve=17) を対象に CAD, ASO あるいは両者の合併, 超高齢 (85 歳以上) が予後に関与するか検討した。CAD は PCI にて, ASO は PPI もしくは下肢バイパス手術にて加療されたものを対象とした。

【結果】TAVI の手術成功率 / 臨床成功率 = 97.5% / 96.0%。CAD 合併 = 31 (40.2%)。PAD 合併 = 9 (12.3%)。CAD+PAD 合併 = 4 (5.3%) であった。超高齢者 (≥ 85 歳) と通常高齢者 (< 85 歳) で成功率に差はなく, CAD もしくは PAD 合併, 非合併であっても TAVI 後の予後に有意差を認めなかった。

【結語】TAVI は高齢者の開胸手術が不可能な場合きわめて有効で, CAD, PAD の存在, 年齢によって成功率に差は生じていない。

**67** Streptococcus agalactiae による経カテーテル的大動脈弁植え込み術 (TAVI) 後感染性心内膜炎の一例  
新東京病院消化器内科

○村上大輔, 清水貴徳, 早坂健司, 原田英明

【症例】76 歳, 女性。【主訴】発熱, 食思不振。

【現病歴】2 年前に重症大動脈弁狭窄症に対して TAVI を施行され, 心機能は左室駆出率 30% から 64% へ改善していた。1 週間前より倦怠感を自覚し, 5 日前から食事摂取不良となり, 水様便を認めていた。3 日前より高熱を認め, 体動困難となったため, 救急搬送された。【経過】熱源不明の重症細菌感染による敗血症が疑われたため, 広域抗菌薬を開始したところ, 治療への反応は良好であった。入院後も水様下痢を頻回に認めたが, 全身状態とともに数日で改善した。最近の歯科治療歴があり, トロポニン I 高値に加え, 第 4 病日に血液培養 2 セットからグラム陽性球菌を認めたため, 感染性心内膜炎 (IE) を疑い, 経食道エコーを施行した。TAVI 弁に膜状の高輝度エコー認めたため, IE の診断となり, 同日に緊急大動脈弁置換術を施行した。術後合併症は認めず, 経過良好のため, 第 41 病日に退院となった。培養検査は入院時血液培養から S. agalactiae のみが検出され, 以降の血液・TAVI 弁培養はいずれも陰性であった。【考察】S. agalactiae による IE は稀であるが, 急速に進行し重篤な転機となるため, 早期からの外科治療が必要とされる。本症例は, 歯科治療歴を認めたため早期より IE を疑うことができたが, 実際には S. agalactiae が直腸や膣の常在菌であることから, 腸炎を契機とした発症の可能性が考えられた。

**68** 大動脈弁閉鎖不全を契機にみつかった 30 年以上経過した第 3 期梅毒 (心血管梅毒) と考えられた一例

函館五稜郭病院循環器内科

○櫻田心太郎, 多田智洋, 伊野祥哉, 村椿真悟, 村瀬弘通  
佐藤健司, 廣瀬尚徳, 福真隆行, 中田智明

【症例】70 代男性【主訴】呼吸苦

【既往歴】30 代: 梅毒, 60 代: 両側内頸動脈狭窄

【現病歴】2017 年 11 月, 突然の呼吸苦にて救急搬送。血圧 220/85mmHg, 心拍数 123/分, 胸部 XP にて心胸郭比拡大, 肺水腫を呈し, 慢性心不全急性増悪 (CS1) にて入院した。

【臨床経過】心臓超音波検査にて高度の大動脈弁閉鎖不全 (AR) と上行大動脈瘤 (46mm) を認めた。静注 β 遮断薬, ANP 製剤にて加療した。後日, 心臓カテーテル検査を施行し, 大動脈造影にて III 度の AR を認め, 外科的手術の適応と判断した。この際に, TPLA 抗体 3848T.U., RPR3.8R.U. であったことから, 本病態の主体として梅毒性動脈炎を疑い, 抗生剤加療を開始。RPR が低下したことを確認した上で, 大動脈弁置換術および上行大動脈置換術を施行した。大動脈壁の病理所見では, 梅毒性動脈炎に矛盾しないものであった。

【考察】近年, 梅毒患者の増加が報告されているが, 本症例は 30 年以上経過した第 3 期梅毒 (心血管梅毒) と考えられた。心血管疾患の原因の鑑別として, 梅毒性動脈炎の重要性が再確認された。

【結語】第 3 期梅毒 (心血管梅毒) と考えられた AR の一例を経験した。

## 69 右冠動脈左バルサルバ洞起始症に有意冠動脈狭窄による狭心症を合併した1例

社会医療法人恵愛会大分中村病院研修医<sup>1)</sup>

社会医療法人恵愛会大分中村病院循環器内科<sup>2)</sup>

○川岸正周<sup>1</sup>, 渡邊 充<sup>2</sup>, 中石 徹<sup>2</sup>, 麻生崇則<sup>2</sup>

鳥越久美栄<sup>2</sup>, 三井マルセロ孝広<sup>2</sup>

【症例】52歳男性【主訴】胸痛, 後頸部痛

【現病歴】20年程前から, 年1回程夜間安静時に数分間の胸痛と後頸部痛を認めていた。平成26年4月下旬に同様の症状を認め, 血圧も高値であったため当科を受診。原因は不明確であり低頻度のため高血圧の投薬のみで経過観察とした。平成29年11月頃より胸痛の頻度が増し労作時にも安静時にも症状を認めるようになった。精査で冠動脈CTを施行したところ, 右冠動脈(RCA)の起始異常と狭窄が疑われ, 冠動脈造影(CAG)目的にて入院となった。

【臨床経過】12月下旬にCAG施行。RCAは左バルサルバ洞より起始しており, RCA:Seg1に75%狭窄を認めた。経皮的冠動脈ステント留置術を施行し0%に改善。同日の冠攀縮誘発試験も陽性。9か月後に追跡造影とし翌日退院。

【考察】冠動脈バルサルバ起始症は冠動脈造影症例の0.2~1.2%に認め比較的稀である。本症例のように狭窄がある場合は血行再建の適応であるが, 狭窄がない場合においても心筋虚血や突然死をきたす症例が報告されており, スパズムや虚血の有無につき慎重に経過をみる必要がある。

【結語】右冠動脈左バルサルバ洞起始症に狭心症を合併した1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

## 70 Stage4の肺癌に対するニボルマブ療法中に非細菌性血栓性心内膜炎による多発脳梗塞を発症し僧帽弁形成術を行った1例

京都第一赤十字病院循環器内科

○片岡瑛亮, 木村雅喜, 伊藤大輔, 中川裕介, 木下英吾

白石 淳, 兵庫匡幸, 沢田尚久

【症例】71歳男性【主訴】言動異常

【現病歴】Stage4の肺癌に対してニボルマブ療法を実施し, 約7ヵ月後のCTにて肺癌は著明に縮小していた。同月某日に自宅にて不穏な言動を認め, 当院に救急搬送され, 亜急性期脳梗塞と診断され緊急入院となった。

【臨床経過】脳梗塞の塞栓源検索にて経食道心臓超音波検査を行ったところ, 僧帽弁に10.5 \* 7.5mmの可動性に富む腫瘤を認めた。塞栓の再発予防目的に僧帽弁形成術を施行した。病理検査の結果, 腫瘤は無菌性でフィブリン, 血小板からなるものであり, 非細菌性感染性心内膜炎(nonbacterial thrombotic endocarditis: NBTE)と診断された。術後43日目に独歩退院となり, NBTEの二次予防に対してヘパリンの皮下注射にて外来加療を継続している。

【考察】Stage4の肺癌患者のNBTEに対して, 心臓手術の適応となることは稀であった。ニボルマブによりstage4の症例であっても生命予後は大幅に改善する症例が今後増加してくることが予測され, 複数診療科にて連携して症例毎に治療方針を決定していくべきと考えられた。

【結語】Stage4の肺癌に対するニボルマブが奏功中に脳梗塞を発症し, その原因と考えられたNBTEに対する治療について検討を要した一例を経験し報告する。

## 71 再発性感染性心内膜炎の一例

東北大学循環器内科学

○迫田みく, 青木竜男, 杉村宏一郎, 建部俊介, 山本沙織

清水 亨, 佐藤 遥, 後岡広太郎, 佐藤公雄, 下川宏明

【症例】74歳, 男性【現病歴】201X年Y月, 発熱と全身倦怠感を主訴にA病院に救急搬送され, 血液培養でStreptococcus equismilisが検出され, 心エコーで大動脈弁に9 \* 9mm程度の疣贅を認めた。感染性心内膜炎と診断され, 当科紹介となり, アンピシリンとゲンタシンで加療を行った。退院時の経食道エコーでは中等度の大動脈弁逆流を認めたが, 疣贅は基質化し, 心不全症状もないため, 経過観察の方針となった。同年Y+8月, 倦怠感, 発熱を主訴に当院救急搬送となり, 入院の上精査を行った。疣贅は明らかではなかったが, 血液培養からMSSAが検出され, 脳MRIで多発性の脳梗塞を認め, 感染性心内膜炎の再発と診断し, セファゾリンにより加療を行った。経食道エコーでは疣贅は認めないものの, 左冠尖弁輪部の穿孔と同部位からの大動脈弁逆流を認め, 感染コントロールが果たしたのちに大動脈弁置換術を施行した。【考察】再発性の感染性心内膜炎を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。感染性心内膜炎の再発率は2.6%と報告されており, 再発には留意する必要がある。

## 72 広範囲に疣贅が認められた若年発症の感染性心内膜炎の一例

日本海総合病院循環器内科

○大橋尚人, 近江晃樹, 枝村峻佑, 瀬津俊介, 本田晋太郎

菊地彰洋, 桐林伸幸, 菅原重生

症例は30歳台女性。2012年より統合失調症にて通院されていたが, 2017年11月中旬より労作時の息切れ, 下腿浮腫及び体重増加が認められた。症状を我慢していたが, さらに症候が増悪したことから全身衰弱し入浴などもままならず家人が心配し前医を受診した。血液検査にてHb 5.6 g/dlの高度貧血が認められ, 2017年12月中旬に当院紹介となった。心エコーにて大動脈弁と僧帽弁及び左房内の広範囲に可動性に富む疣贅が認められ, 感染性心内膜炎が疑われ当科紹介となった。高度貧血に加え低アルブミン血症, 脳梗塞, うっ血性心不全, 肝腎機能障害といった多臓器不全を併発した重篤な感染性心内膜炎と考えられた。血液培養からは口腔内連鎖球菌が確認され, ペニシリン系抗生剤治療及び透析含めた内科的加療の後, 早期に大動脈弁及び僧帽弁置換術, 左房疣贅搔把術, 卵円孔閉鎖術が施行された。術後に完全房室ブロックを併発し, 感染管理に目途がついたところでペースメーカー植込み術も施行された。本症例の場合, 感染性心内膜炎による塞栓症をとまなう多くの合併症を併発していたが, 集学的加療により後遺症なく症候を改善させることができた。感染性心内膜炎の病態及び合併症マネジメントについて文献的考察を含めて報告する。

## 73 重症僧帽弁閉鎖不全症に対する外科的治療後にJ波症候群と診断し得た心室細動の1例

浜松医科大学卒業後教育センター<sup>1)</sup>

浜松医科大学内科学第三講座<sup>2)</sup>

○高澤恭和<sup>1</sup>, 榊原智晶<sup>2</sup>, 佐野 誠<sup>2</sup>, 諏訪賢一郎<sup>2</sup>  
成瀬代士久<sup>2</sup>, 大谷速人<sup>2</sup>, 早乙女雅夫<sup>2</sup>, 漆田 毅<sup>2</sup>  
前川裕一郎<sup>2</sup>

【症例】42歳男性。クローン病の内服治療中、僧帽弁後尖逸脱を指摘されていたが無症候のため経過観察されていた。デスクワーク中に突然心肺停止となり、心室細動が確認され電氣的除細動3回で心拍再開を得た。心拍再開後の心電図は完全左脚ブロックであり、心エコーでは心機能低下(LVEF 50%)を伴う重症僧帽弁閉鎖不全症を認めた。他の器質的心疾患の合併はなく、僧帽弁形成術を先行し、後日皮下植込み型除細動器移植術を施行した。逸脱した僧帽弁後尖には肉眼的に特記すべき所見を認めず、病理では軽度の線維化と部分的な粘液腫様変化所見のみであった。僧帽弁術後、心機能や左脚ブロック心電図は改善し、QRS幅は134ms→100msに短縮、II, III, aVF, V5-6誘導でJ波が顕在化し、J波症候群による心室細動が疑われた。【考察】J波症候群は非虚血性心筋症における心室性不整脈合併の独立した危険因子であり、本症例で重症僧帽弁逸脱症に心室細動を合併した原因としてJ波症候群の可能性が考えられた。【結語】入院当初は左脚ブロック心電図のためJ波の存在が明らかではなかったが、僧帽弁への治療介入によりJ波症候群と診断し得た1例を経験したので報告する。

## 74 感染性動脈瘤を多数合併した感染性心内膜炎の一例 みやぎ県南中核病院循環器内科

○齊藤有佳, 伊藤愛剛, 福井健人, 塩入裕樹, 富岡智子  
小山二郎, 井上寛一

【症例】61歳、男性【現病歴】2017年3月頃より発熱、食欲不振が出現。近医を受診し血液検査で炎症反応高値、貧血を認め精査目的に当院に紹介。血液培養でグラム陰性桿菌が検出されたが当初菌種は同定できず。心エコー上疣贅は認めないが僧帽弁逸脱を認め、感染性心内膜炎を疑い抗菌薬による加療を開始した。第7病日、疼痛を伴う右下腿腫脹が出現。血管エコー、造影CTにて右膝窩動脈瘤切迫破裂を認め準緊急的に動脈瘤切除術を施行。手術所見では感染性動脈瘤が疑われた。抗菌薬を継続投与したが炎症反応は陰性化せず。その後腹部CTにて新たに上腸間膜動脈瘤の出現、増大を認めたため摘出術を施行した。以降炎症反応は陰性化し、抗菌薬中止後も陽転化せず退院した。後日保存していた血液検体の質量分析器での解析にてAggregatibacter actinomycetemcomitansが検出され感染性心内膜炎と確定診断した。【考察】感染性心内膜炎の合併症として感染性膝窩動脈瘤、並びにその破裂は非常に稀である。本症例では上腸間膜動脈瘤も合併しており、外科的治療を併せて施行することにより炎症をコントロールすることができた。

## 75 SGLT2阻害剤エンパグリフロジンによる糖脂質代謝への効果

一宮西病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

一宮西病院循環器内科<sup>2)</sup>

○岩阪達也<sup>1</sup>, 田中伸享<sup>2</sup>

【背景】SGLT2阻害剤エンパグリフロジンによる心血管イベント抑制、心不全発生抑制等の効果が知られているが、今回はエンパグリフロジンによる糖脂質代謝への効果を調べた。

【方法】外来糖尿病患者のうち、食事療法のみ(コントロール群(C群):連続6名)および食事療法に加えSGLT2阻害剤(エンパグリフロジン群(E群):連続6名)により治療を受けた患者12名を後ろ向きに比較検討した。

【結果】背景はE群に中性脂肪が多い事以外は、年齢、性別、基礎疾患、糖脂質代謝のデータ、内服薬に差を認めなかった。観察期間はそれぞれC群、E群共に同程度であった。糖代謝においてはIRI・HOMA-Rの変化量がE群で有意に大きかった。脂質代謝においてはTG・apoA1の変化量はE群で有意に大きく、HDLの変化量がE群で大きい傾向があった。

【考察】糖代謝においてはインスリン抵抗性の改善が認められた。脂質代謝においては糖代謝の改善を受けて、HDL-Cが増加傾向を示したと考えられたがapoA1が優位に上昇しており、HDL産生が増加した可能性も考えられる。apoA1の増加によりHDL-C産生が進んだかはさらなる調査が必要である。

【結論】エンパグリフロジンはインスリン抵抗性を改善するとともに、脂質代謝にも影響を及ぼしていると考えられる。

## 76 PGL<sub>2</sub>持続静注療法中にACTH単独欠損症を合併した遺伝性肺動脈性肺高血圧症の一例

慶應義塾大学病院内科学教室

○松尾悠史, 市原元気, 勝俣良紀, 白石泰之, 河野隆志  
湯浅慎介, 片岡雅晴, 福田恵一

【症例】35歳女性【主訴】発熱、食思不振

【現病歴】2年3ヶ月前に遺伝性肺動脈性肺高血圧症と診断された。遺伝子検査ではBMPR2遺伝子の片側アレルが全欠損する稀な変異を認めた。右心カテーテル検査では平均肺動脈圧60mmHgと高値であり、多剤内服治療に加えPGL<sub>2</sub>持続静注療法が導入された。その後平均肺動脈圧は40mmHg程度まで低下したが、1ヶ月前より間欠的な発熱と食思不振を認め、精査のため入院となった。

【臨床経過】入院時の造影CTでは全身の多発リンパ節腫大を認めたが、感染症や悪性腫瘍などの病態は指摘し得ず、反応性リンパ節腫大と考えられた。入院時の血液検査では炎症反応の上昇に加えて好酸球増多とACTH、コルチゾールの低値を認めたことから副腎不全が疑われた。頭部MRIでは下垂体に占拠性病変を認め、下垂体負荷試験の結果と合わせてACTH単独欠損症の診断に至った。ヒドロコルチゾン15mg/日の内服を開始したところ発熱と食思不振は速やかに消退した。

【考察】PGL<sub>2</sub>持続静注療法中にACTH単独欠損症を発症した報告は過去に5例存在する。本症例は稀な遺伝子変異をもち、ACTH単独欠損以外にも多発リンパ節腫大など多彩な表現型を呈しており貴重な症例と考えられたため報告する。

## 77 アナフィラキシー反応により Kounis 症候群を呈した 3 例

北見赤十字病院循環器内科

○沖 尚彦, 小野太祐, 内藤正一郎, 夏井宏征, 本居 昂  
徳原 教, 齋藤高彦

Kounis 症候群はアレルギー反応に伴い急性冠症候群を来す症候群であり, 冠攣縮に合併するタイプ 1, プラーク破裂に伴う血栓形成に起因するタイプ 2, 冠動脈ステント内血栓を来すタイプ 3 に分類される。3 タイプ全てを報告する。【症例 1】69 歳, 男性。H28 年〇月, CT 検査で造影剤を注入後, くしゃみ, 顔面紅潮が出現した。その後, 呼吸停止し, 頸動脈触知不可となったため, 心肺蘇生を開始した。自己心拍再開後, 12 誘導心電図の下壁誘導で ST 上昇を認めたため, 急性冠症候群を疑い, 緊急冠動脈造影を施行した。有意狭窄は認めず, Kounis 症候群タイプ 1 と考えられた。【症例 2】57 歳, 男性。H28 年〇月, 蜂に左頸部を刺された後に意識混濁したため救急搬送された。12 誘導心電図の下壁誘導で ST 上昇を認めたため緊急冠動脈造影を施行した。右冠動脈は完全閉塞, 左冠動脈前下行枝, 回旋枝に 90% 狭窄を認めたため, 引き続き冠動脈形成術を施行した。本症例は Kounis 症候群タイプ 2 と考えられた。【症例 3】69 歳, 男性。H29 年〇月, 前胸部痛により救急搬送された。12 誘導心電図の V2 ~ 4 誘導で ST 上昇を認めたため緊急冠動脈造影を施行した。左冠動脈前下行枝が完全閉塞となっており, 引き続き冠動脈形成術を施行した。術中に血圧低下, 体幹の発赤が生じ, 留置したステント内に血栓を認め, kounis 症候群タイプ 3 と考えられた。

## 78 診断に難渋した若年男性の特発性心室細動の 1 例 奈良県西和医療センター<sup>1)</sup>

奈良県西和医療センター循環器内科<sup>2)</sup>

○小田侑希<sup>1</sup>, 矢野裕己<sup>1</sup>, 田村大和<sup>2</sup>, 野木一孝<sup>1</sup>  
岩井篤史<sup>1</sup>, 鈴木 恵<sup>1</sup>, 阪井諭史<sup>1</sup>, 藤本 源<sup>1</sup>  
土肥直文<sup>1</sup>

【症例】24 歳男性 【主訴】心肺停止 【現病歴】20XX - 8 年から 2 度の胸部不快感を自覚したことがあったが, 心電図異常を指摘されたことはなかった。20XX 年の 9 月, 運動中に心肺停止状態となり, AED を用いた除細動により, 心拍再開し当院に搬送された。

【臨床経過】発症様式から心原性的心肺停止であり, 広義の特発性心室細動と考え, 皮下植込み型除細動器の植込み術を施行した。その 1 年後に S-ICD が 2 度適切作動した。原因検索のために行ったエピネフリン負荷試験, ビルジカイニド負荷試験は陰性であり, 冠攣縮の関与の除外のため行ったアセチルコリン負荷試験も陰性であった。心電図で QT 短縮と J 波が認められたが, QT 短縮症候群や J 波症候群の診断基準は満たしていなかった。当初は運動中に心室細動が発生したため, ビソプロロールの投与を行っていたが, 睡眠中や運動後に心室細動を生じたためキニジンによる治療に切り替えて経過観察中である。

【考察】本例は上記の検査が陰性であることから狭義の特発性心室細動と診断した。一般的に狭義の特発性心室細動は原因が判明しておらず, 本例においても様々な除外診断を要し診断に難渋した。

## 79 筋強直性ジストロフィーに生じた致死性頻脈性不整脈の一例

みやぎ県南中核病院循環器内科

○高橋亮吉, 富岡智子, 福井健人, 伊藤愛剛, 塩入裕樹  
小山二郎, 井上寛一

【症例】症例は 47 歳男性, 筋強直性ジストロフィー (MyD) 1 型の診断で, 神経内科に入院中, 心室頻拍 (VT) を発症し, アミオダロンの経静脈投与と電気ショックを行い蘇生した。入院時心電図は, 洞調律, PR=235s, QRS = 135s と, 高度の伝導障害を示したが, これまで徐脈または心室頻拍に起因する症状を起こしておらず, 電気生理学検査 (EPS) や植え込み型除細動器 (ICD) 挿入は考慮されていなかった。本患者は気管切開症例で, ベッド上での生活であった為, EPS や ICD 挿入は行わず, アミオダロンの内服を開始し, その後 VT は生じていない。【考察】MyD 患者が徐脈性不整脈をきたすことが知られている一方で, 頻脈性不整脈も MyD 患者の主たる死因として注目されている。MyD 患者において, PR ≥ 240s, QRS ≥ 120s は, 頻脈性不整脈による突然死のリスク因子であることが報告されており, 本症例も, 致死性不整脈の予備軍であったと考えられる。【結語】MyD は, 筋ジストロフィーの中でも活動性の保たれる期間が長い。EPS の施行や ICD の挿入等, 突然死を防ぐ治療介入を検討することが予後の改善に繋がると考えられる。

## 80 デスモゾーム関連遺伝子と肥大型心筋症原因遺伝子の重複を認めた左室優位の不整脈原性心筋症の一例

旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科分野<sup>1)</sup>

北海道社会事業協会富良野病院循環器内科<sup>2)</sup>

国立循環器病研究センター臨床病理科<sup>3)</sup>

滋賀医科大学大学院呼吸循環器内科<sup>4)</sup>

○佐藤祐樹<sup>1</sup>, 坂本 央<sup>1</sup>, 蓑島暁帆<sup>1</sup>, 野呂忠孝<sup>2</sup>

名取俊介<sup>2</sup>, 池田善彦<sup>3</sup>, 植田初江<sup>3</sup>, 大野聖子<sup>4</sup>

堀江 稔<sup>4</sup>, 長谷部直幸<sup>1</sup>

症例は 47 歳女性, 呼吸困難を主訴にうっ血性心不全にて入院加療。心エコーでは軽度左室肥大とびまん性左室収縮能低下 (左室駆出率 42%) を認めたが, 右室の拡大は認めず。CT では心室中隔右室側, 左室自由壁外膜側に高度な低 CT 値域 (脂肪変性) を認め, MRI でも左室心筋に遅延造影所見を認めた。左室起源の心室性期外収縮の多発があり, 加算平均心電図にて遅延電位陽性。右室心筋生検では不整脈原性右室心筋症 (ARVC) に矛盾しない置換性線維脂肪化と心筋の錯綜配列所見, 電顕像では介在板の蛇行を認めた。左室優位の不整脈原性心筋症という臨床像を呈したが, 遺伝子検査では ARVC の主要な原因であるデスモゾーム関連遺伝子 (DSP) および肥大型心筋症の原因遺伝子である MYBPC3 に変異を認めた。本症例は特異的な臨床像とこの 2 つの変異の重複との関連を示した極めて貴重な症例であり, 文献的考察を加えて報告する。

## 81 難治性心外膜炎をきたし治療に苦慮した免疫グロブリン軽鎖型心アミロイドーシスの一例

浜松赤十字病院循環器内科

○青島広幸, 俵原 敬, 松成政良, 神田貴弘, 高林瑠美

尾関真理子, 田村 純, 浮海洋史

【症例】71歳, 男性【主訴】呼吸困難【病歴】2012年ネフローゼ症候群と診断, 2年後透析導入, 心エコー上心肥大なし. 3年後軽度左室肥大, 心嚢水貯留, 発症4年後に呼吸困難が出現, 心不全治療及び多量的心嚢水貯留に穿刺術を実施, 滲出性心嚢液であった. Tc-99m PYP シンチではピロリン酸の心臓への集積なし. その後も多量心嚢水貯留を繰り返し穿刺術施行など治療も無効にて永眠. 病理解剖にて心アミロイドーシスと診断. 免疫組織化学的検査にて, 沈着したアミロイドに IGLL5 に対するポリクローナル抗体の陽性像が認められた.

【考察】本症例は難治性心嚢膜炎合併した組織学的にも稀なタイプの免疫グロブリン軽鎖 ( $\lambda$ ) 型心アミロイドーシスであった. 難治性心嚢液貯留により頻回に心嚢穿刺が必要であった.

【結語】難治性心内膜炎合併した免疫グロブリン軽鎖型心アミロイドーシスの一例を経験した.

## 82 心膜液貯留で発症し, 心膜や心膜液ではなく胸水で診断に至った原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫の一例

北里大学北里研究所病院<sup>1)</sup>

北里大学北里研究所病院循環器内科<sup>2)</sup>

北里大学北里研究所病院呼吸器内科<sup>3)</sup>

北里大学医学部器内科<sup>4)</sup>

○佐伯美帆<sup>1)</sup>, 山田容子<sup>2)</sup>, 寺井秀樹<sup>3)</sup>, 水谷知泰<sup>2)</sup>

石田三和<sup>2)</sup>, 中山莊平<sup>3)</sup>, 鈴木雄介<sup>3)</sup>, 阿古潤哉<sup>4)</sup>

猪又孝元<sup>2)</sup>

79歳, 男性. 労作時息切れで受診. 1年前から無症候性心膜液貯留を指摘. 心エコーで心膜液増加と低圧系心腔の虚脱を認め, 心タンポナーデに対し開胸下心膜液ドレナージを施行. 心嚢液細胞診は class3, 心膜生検でも紡錘型細胞の核腫大および核分裂様細胞が見られたが明らかな悪性所見は認めなかった. 全身 CT や Ga シンチグラムで腫瘍性病変は認めず, sIL2R は 856 U/ml と軽度上昇のみだが, PET-CT にて心膜および胸膜沿いに FDG が集積を認めた. その後両側胸水が急激に増加し, 呼吸困難増悪のため, 胸腔ドレナージを施行. 胸水細胞診で, 大型異型細胞が散在し, 核分裂像が認められ class5 であった. セルブロックを用いた免疫染色で CD20 と CD79a が陽性で B 細胞性リンパ腫が示唆されたが, 全身に腫瘍病変がなく, HIV, HHV-8 陰性であったことから, 原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫と診断. リツキサンプレドニゾロンの投与にて, 心膜液, 胸水の増加なく経過している. 心膜原発腫瘍では, 心膜や心膜液の検索で診断に至らなくとも, 併発する胸水の検索が診断の確定に有用なことがある.

## 83 胸部 xp を契機に発見された心膜嚢胞の一例

聖マリア病院臨床・教育・研究本部<sup>1)</sup>

聖マリア病院循環器内科<sup>2)</sup>

○杉山理子<sup>1)</sup>, 田代英樹<sup>2)</sup>, 由布威雄<sup>2)</sup>

【症例】64歳, 女性【主訴】無症状【既往歴】高血圧, 高脂血症【家族歴】特記事項なし【現病歴】近医にて胸部 Xp 撮像したところ右心系拡大あるいは心陰影に重なった腫瘍性病変を認めたため精査目的に当院循環器内科に紹介受診となった. 【経過】外来にて, 精査目的に造影 CT 施行したところ右縦隔に腫瘍性病変の形成をみとめた. 心エコーでは右心系の拡大はなく, 右心房前方に 39 × 71mm 大の低エコー領域を認め心膜嚢胞が疑われた. さらに MRI にて精査施行したところ腫瘍性病変は T1W1 で低信号, T2W1 で高信号, ADC 著明高値を示し, 水と同様の信号パターンであることから心膜嚢胞と診断された. 【考察】心膜嚢胞は縦隔腫瘍の一つで, 10 万に 1 人の割合とされている. 鑑別疾患として気管支嚢胞, 奇形腫, 神経腸管嚢胞, リンパ管腫, 限局性心嚢液などが鑑別に上がるも, 検査結果よりいずれの可能性も低いと考えられた. 治療の適応は心臓圧迫により, 循環動態に異常をきたした場合は, 炎症や出血, 破裂などが生じた場合などである. 本症例の患者は無症状のまま経過しており, 悪性腫瘍の可能性も極めて少ないことから定期的に経過観察の方針としている. 【結語】心膜嚢胞という稀な症例を経験したため報告する.

## 84 多彩な臨床症状を有した巨大左房粘液腫の一例

信州大学医学部附属病院循環器内科学教室

○宮本晃男, 加藤太門, 鈴木 翔, 三枝達也, 海老澤聡一郎  
岡田綾子, 元木博彦, 桑原宏一郎

症例は 54 歳, 男性. 19 歳時に外傷性脳挫傷, 外傷性水頭症, 42 歳時に器質性精神障害の既往がある. 半年前から一過性視野障害が出現したが不定愁訴として精査の対象とならなかった. 繰り返す胸痛と下肢痛を主訴に前医を紹介受診した. 心電図検査では異常所見を認めず, 血液検査ではトロポニン T と D タイマーの軽度上昇を認めた. 心臓超音波検査で左房内を占拠する 62 × 20mm 大の巨大な可動性腫瘍性病変を認め, 精査加療目的で当院に救急搬送された. 来院翌日に緊急腫瘍摘出術を施行し, 左房粘液腫と確定診断した. 術後経過は良好であったため術後 20 日目に退院した. 左房粘液腫は心臓腫瘍として最も頻度が高い腫瘍で発生部位としては左房が最多で約 75% である. 本症例の一過性視野欠損や下肢痛も腫瘍由来の塞栓症状と推測された. 今回多様な症状を呈し診断までに時間を要した巨大左房粘液腫の一例を経験したため報告する.

## 85 軟骨肉腫の心内膜転移に対し外科的切除を行った1例

金沢大学循環器内科

○中西 洋, 濱岡卓人, 五天千明, 高島伸一郎, 加藤武史, 薄井莊一郎, 村井久純, 古莊浩司, 金子周一, 高村雅之  
症例は71歳男性。2008年に軟骨肉腫と診断され右大腿骨全摘・再建術を施行。2013年局所再発を認め、股関節離断術を施行。また両側肺転移を認めたが、シクロフォスファミド内服により消失し、以降は再発なく経過していた。2017年に軟骨肉腫局所再発、および両側肺転移、右房腫瘍、肺動脈腫瘍塞栓を指摘され、当科紹介となった。経胸壁心エコー上右房自由壁に付着する60mm大の腫瘍を認めた。同部位はPETの集積および、MRIT2強調像で高信号を示し、軟骨肉腫の心内膜転移が疑われた。低酸素血症や、血行動態への影響は認めなかったが、腫瘍は可動性があり、三尖弁への嵌頓や、肺塞栓症の合併による突然死が懸念されたため、右房腫瘍切除術を施行した。術後病理から軟骨肉腫の心内膜転移と診断された。患者は術後半年以上経過した現在も存命である。  
【考察】軟骨肉腫は一般に予後不良とされるが完全切除例では長期予後も期待できる。また、心内膜転移は稀であり、確立した治療方針はないが、合併例では予後が急激に低下するとされる。今回、外科的切除術を行い、心内腫瘍による致死合併症を回避することができた。  
【結語】軟骨肉腫の心内膜転移に対し、突然死回避目的に外科的切除を行った1例を経験した。

## 86 心室中部閉塞性所見が消失していたにも関わらず、心尖部瘤を生じた肥大型心筋症の一例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

○仲宗根和孝, 林 秀幸, 中根英策, 春名克純, 宮本昌一, 和泉俊明, 春名徹也, 猪子森明

【症例】72歳男性。心エコー図検査で心尖部から心室中部にかけての壁肥大がみられ、肥大型心筋症と診断した。また心室中部に加速血流を伴う閉塞所見がみられ、β遮断薬の内服を開始とした。1年後には加速血流は消失し閉塞は改善したと考えられたが、3年後の検査で心尖部の壁菲薄化と壁運動低下が出現し、さらにその3ヶ月後には心尖部の瘤形成と心尖部血栓がみられた。冠動脈に有意狭窄はなく、心臓MRI検査では心尖部を中心に著明な線維化を認めた。早期に再検査をすることにより、抗凝固療法にて脳梗塞を含めた塞栓症の発症なく心尖部血栓の消失を確認した。  
【考察】肥大型心筋症に心尖部瘤を合併する症例は稀ながら存在し、血栓形成や不整脈等の原因となることが報告されているが、その成因は十分に解明されていない。本症例では、心エコー図検査による圧較差を含め各種検査にて瘤形成を前段階から経過を追うことができ、その機序として組織の線維化が基盤にある可能性が考えられた。  
【結語】肥大型心筋症に伴う心尖部瘤形成の経過を追うことができた貴重な症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

## 87 血小板と赤血球および血管壁との衝突を考慮した血小板の血管壁接着シミュレータの開発

東海大学医学部<sup>1)</sup>

東海大学医学部(循環器内科)<sup>2)</sup>

○山澤大輔<sup>1)</sup>, 後藤信哉<sup>2)</sup>

【導入】動脈硬化や心筋梗塞、脳梗塞を引き起こす血栓形成は血小板が血管壁に接着することにより惹起される。血小板の運動を生成する3因子 - 1) 赤血球との衝突による血小板のランダム運動, 2) 血小板に作用する重力, および3) 血小板と相互作用する赤血球の中心集中度 - の血小板接着数への影響を構成的に明らかにするために、我々は新しい血小板シミュレータを開発した。

【方法】我々は、3つの接着タンパク質 - 糖タンパク (GP) Ib&α, GP IIb/IIIa およびコラーゲン受容体の機能を考慮して仮想的な血小板を生成した。

【結果】血小板と赤血球の相互作用の頻度を表すランダム運動の平均自由行程,  $l$  が  $l > 4 \mu\text{m}$  である (衝突頻度が小さい) とき、赤血球との相互作用よりも重力のほうが血小板の接着数への影響が大きかった。一方、 $l < 4 \mu\text{m}$  である (衝突頻度が大きい) とき、血小板の運動は赤血球との相互作用に支配されており、重力の影響はほとんどなかった。またその場合、赤血球の中心集中度が大きくなるにつれて、血小板の接着数は最初上昇し、ある中心集中度のときに最大値をとった後、減少するという依存性を示した。

【結論】血小板の接着数は、赤血球との相互作用の平均自由行程と重力、および赤血球の中心集中度に強く依存する。

## 88 脳静脈洞血栓症の治療中にヘパリン起因性血小板減少症による肺血栓塞栓症を発症した一例

秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座

○黒木 航, 飯野貴子, 渡邊博之

症例は27歳男性。数日前から頭痛があり、意識障害を呈したため救急搬送。脳静脈洞血栓症の診断で入院し、ヘパリン持続静注を開始した結果、徐々に意識状態は改善しCT上も脳静脈洞血栓の縮小を認めた。しかし第7病日に突然の呼吸困難が出現し、洞性頻脈と低酸素血症を呈した。心エコー上、著明な右心負荷所見があり、造影CTでは両側肺動脈に造影欠損を多数認め、肺血栓塞栓症 (PE) と診断。深部静脈血栓症 (DVT) も合併しており、下大静脈フィルターを留置した上で、ヘパリンによる抗凝固療法に加え血栓溶解療法を開始。しかしその後Dダイマーの上昇と急激な血小板減少を認め、下肢静脈血栓は増悪した。ヘパリン投与下の血小板減少と新規血栓の出現より、ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) が推測され、第10病日よりヘパリンを中止、アルゴトロンに変更。以降、血小板数は改善し、肺動脈内血栓は退縮。低酸素血症、右心負荷所見ともに改善が得られ、独歩退院した。本症例は各種血栓性素因に異常なく、HIT抗体陽性を以て確定診断とした。ヘパリン使用後に続発したPEとDVTはHITが原因と考えられる。HITは比較的稀な合併症だが、早期発見と適切な対応が無ければ致死性的となる可能性があり、ヘパリン使用中の血小板減少には注意を要する。頻用薬に潜むピットフォールであり、早期発見により致死性的状況を防ぎ得た症例として報告する。

89 乳房外 Paget 病の腫瘍細胞による肺微小塞栓症の一例  
沖縄県立中部病院内科<sup>1)</sup>  
沖縄県立中部病院循環器内科<sup>2)</sup>  
沖縄県立中部病院病理<sup>3)</sup>

○照屋寛之<sup>1</sup>, 矢野裕之<sup>1</sup>, 南部順一<sup>2</sup>, 国島文史<sup>3</sup>  
屋宜宣仁<sup>2</sup>, 仲里 淳<sup>2</sup>, 宮城唯良<sup>2</sup>, 高橋孝典<sup>2</sup>  
和氣 稔<sup>2</sup>, 平田一仁<sup>2</sup>

【症例】82歳, 女性 【主訴】呼吸困難

【現病歴】来院5ヶ月前から下肢浮腫, BNP 高値があり, 心不全として加療されていたが, 来院三日前から呼吸困難が増悪したため当院救命救急センターへ搬送された。

【臨床経過】血圧 120/60mmHg, 心拍数 100/分, 呼吸数 37回/分で, 頸静脈怒張及び両側下腿浮腫あり。胸部 X 線では肺動脈拡張を認めた。心臓超音波検査で肺高血圧を認めたため, 肺動脈血栓塞栓症を疑ったが, CT では肺動脈内血栓はなく, モザイク状すりガラス影を認めた。入院後外陰部の腫瘍性病変が見つかり, 生検で乳房外 Paget 病と診断した。局所リンパ節, 傍大動脈リンパ節, 副腎などにも転移が疑われた。ドブタミン, 利尿剤などで治療継続していたが, 右心不全の悪化が進行し, 第 24 病日に死亡した。剖検では肺動脈微小血管に Paget 細胞の腫瘍塞栓を認め腫瘍細胞微小塞栓症と診断した。

【考察】肺腫瘍細胞微小塞栓症は稀であり, 乳房外 Paget 病によるものは報告が少ない。肺血栓塞栓症とは異なり, 肺小動脈が腫瘍で閉塞し, 本例のように比較的急速な経過をたどることもある。

【結語】急速に進む右心不全では腫瘍細胞微小塞栓も念頭に鑑別を行う必要がある。

90 Pulmonary veno-occlusive disease (PVOD) の合併が疑われたが, 3 剤併用療法の継続により肺高血圧症の改善を認めた全身性強皮症の 1 例

聖隷三方原病院循環器科

○小坂峻平, 川口由高, 金 史彦, 白井祐輔, 小田敏雅  
岡崎絢子, 宮島佳祐, 渡辺知幸, 龍口万里子, 若林 康

【症例】64歳女性【主訴】呼吸困難【現病歴】1980年頃に全身性強皮症 (SSc) と診断された。2015年12月より労作時呼吸困難が出現, 2016年5月に心エコー図で推定右室収縮期圧 (RVSP) 128mmHg と肺高血圧を認め, 精査加療目的で入院となった。精査の結果 SSc に伴う肺動脈性肺高血圧症と診断, Upfront combination therapy として 3 剤併用療法を開始し軽快退院となった。退院 1 ヶ月後就寝中呼吸困難が出現し, 肺うっ血のため緊急入院となった。うっ血は利尿薬で改善したが, 選択的肺血管拡張薬により肺うっ血が誘発されたこと, HRCT で小葉間隔壁の肥厚, すりガラス影を認めたこと, 安静時の動脈血酸素分圧の低下 (62mmHg), 肺拡散能の著明な低下 (%DLco 48%) を認め PVOD の合併が疑われた。しかし RVSP が 59mmHg と依然高値であったため, うっ血の増悪に注意しながら肺血管拡張薬を維持・増量し RVSP 55mmHg と増悪なく経過している。

【考察】PVOD に対して肺血管拡張薬は禁忌との意見もあるが, SSc に伴う肺高血圧症の予後は極めて悪い。利尿剤を使用しながら 3 剤の肺血管拡張薬を継続し, 最大量まで増量することができた症例を経験したため報告する。

91 胸背部痛を主訴に来院し, 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) を背景とした好酸球性心筋炎の 1 例  
日立製作所ひたちなか総合病院医務局<sup>1)</sup>  
日立製作所ひたちなか総合病院循環器内科<sup>2)</sup>

○山田修三<sup>1</sup>, 飯岡勇人<sup>2</sup>, 磯崎大寿<sup>2</sup>, 長塩憲司<sup>2</sup>  
中務智文<sup>2</sup>, 川村 龍<sup>2</sup>, 田中喜美夫<sup>2</sup>

【症例】51歳女性【病歴】某日胸背部痛を主訴に近医を受診し, 当院へ紹介された。心電図検査から急性心筋梗塞が疑われ冠動脈造影検査が施行されたが有意狭窄はなく, 冠攣縮性狭心症を疑いベニジピンを導入した。心電図所見や症状が改善したため退院となった。しかし, 退院翌日から呼吸困難を自覚し, 症状が増悪したため退院 2 日後に当院を受診した。【既往歴】気管支喘息【臨床経過】心エコー図検査で左室収縮機能低下及び心筋の肥厚を認め, 血液検査で好酸球増多を認めた。血行動態が不安定のため大動脈内バルーンパンピング (IABP) を挿入すると同時に心筋生検を行った。迅速病理検査で心筋間質への好酸球浸潤を認め, 好酸球性心筋炎の診断が確定した。そのため, 同日から非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) を導入しステロイドパルス療法を開始した。翌日には好酸球の減少を認めた。EGPA の診断基準を満たしたため第 4 病日以降後もステロイド投与を継続する方針とした。その後は心機能及び全身状態の改善を認め第 43 病日に退院となった。【考察】好酸球性心筋炎は稀な疾患であり, 急激な経過を辿る報告が多い。本症例は早期に確定診断し治療介入を行うことで良好な経過を得られたと考えた。

92 発症 2 週間後に心破裂をきたし救命をえたたこつぼ型心筋症の一例

大阪医科大学循環器内科

○藤原義夫, 赤松加奈子, 前田大智, 渡辺智彦, 大関道薫  
伊藤隆英, 宗宮浩一, 星賀正明, 石坂信和

【症例】症例は 75 歳女性。膀胱癌精査のために施行したグリセリン洗腸後に胸痛が出現, 心電図で ST の上昇がみられたため急性冠症候群の疑いで当院に搬送された。搬入時の心エコー検査で心尖部を中心とした壁運動異常が認められ, 緊急冠動脈造影が施行された。冠動脈には有意狭窄を認めなかったが, 左室造影の所見からたこつぼ型心筋症と診断された。心基部の過収縮が著しく, 左室流出路狭窄の合併が示唆された。入院当日のトロポニン T は陰性, CK 204U/L, CK-MB 24U/L と軽度上昇していた。翌日の心エコー検査で少量の心嚢液貯留を認めたが, 心タンポナーデの所見に乏しく, 以後は輸液と降圧薬投与により血行動態が維持されていた。第 13 病日, 胸痛および倦怠感が出現, 心拍数増加と血圧低下が認められた。血液検査では急激かつ著明な炎症反応の亢進が認められた (CRP 14.5mg/mL)。心エコー検査では心嚢液が増加しており, 推定 144mmHg の左室流出路圧較差を伴っていた。プレショック状態に移行したため IABP 挿入下での緊急心嚢穿刺を施行, 約 200mL の血性心嚢液が排出された。その後速やかに血行動態は改善し, 炎症反応も消褪した。第 16 病日に IABP を, 第 18 病日に心嚢内のドレーンを抜去した。

【考察】たこつぼ型心筋症における心破裂の発症頻度は 2-3% と決してまれではなく, その発症時期は 8 日以内と比較的早期とされている。心破裂の予測因子として左室流出路圧較差の存在や ST の持続的上昇があげられているが, 本例では破裂時に ST の上昇に加え, 炎症反応の亢進がみられるなど心膜心筋炎との鑑別に苦慮した。文献的考察を加味して報告する。

**93** 岩手県内多施設共同によるたこつぼ症候群長期調査  
-東日本大震災前後のたこつぼ症候群の発症動向-  
岩手医科大学医学部四年<sup>1)</sup>  
岩手医科大学内科学講座循環器内科<sup>2)</sup>  
岩手県立久慈病院<sup>3)</sup>  
岩手県立宮古病院<sup>4)</sup>  
岩手県立釜石病院<sup>5)</sup>  
岩手県立大船渡病院<sup>6)</sup>  
岩手県立二戸病院<sup>7)</sup>  
岩手医科大学医学教育講座<sup>8)</sup>

○外田 望<sup>1</sup>, 芳沢美知子<sup>2</sup>, 中島悟史<sup>2</sup>, 森野禎浩<sup>2</sup>  
大崎拓也<sup>3</sup>, 前川裕子<sup>4</sup>, 芳沢礼佑<sup>5</sup>, 石川 有<sup>6</sup>  
西山 理<sup>7</sup>, 伊藤智範<sup>8</sup>

**【目的】** 岩手県でたこつぼ症候群を調査して、東日本大震災発症前後の長期間の集計を行い、発症への影響を明らかにする。

**【方法】** 2009年から2016年までの岩手県内陸部と沿岸被災地医療機関6施設へ収容されたたこつぼ症候群を後ろ向きに調査した。

**【結果】** 登録総数は112例で、平均年齢75.3歳、女性87例・男性25例であった。院内死亡率は7.1%であった。震災発症以外の年では、月別発症数の変動がみられなかったが、2011年の発症月別変動は、3-4月が9例と有意に増加していた(p=0.029)。2011年から2012年では、震災に関連したストレスが誘因となった発症が33例中6例を占めていたが、それ以降では震災に関連した発症はなかった(18.2% vs. 0%; p=0.001)。

**【結語】** 岩手県では、東日本大震災発症後にたこつぼ症候群の発症数が増加していた。その影響は短期的であった。たこつぼ症候群は、ストレスのなかでも主に急性ストレスが発症に関与している可能性がある。

**94** 心臓MRIが急性心筋梗塞との鑑別に有用であったタコツボ型心筋症の一例

北里研究所病院<sup>1)</sup>  
北里大学北里研究所病院循環器内科<sup>2)</sup>  
北里大学医学部循環器内科学<sup>3)</sup>

○穴戸偉海<sup>1</sup>, 石田三和<sup>2</sup>, 水谷知泰<sup>2</sup>, 山田容子<sup>2</sup>  
猪又孝元<sup>2</sup>, 阿古潤哉<sup>3</sup>

82歳、女性。誘因なく、突然に胸部違和感が出現した。心電図上I・aVL、V1-5でのST上昇が見られ、心エコー図にて前壁から心尖部にかけて広汎な左室無収縮を認めた。急性心筋梗塞と診断し、緊急心臓カテーテル検査を行った。左前下行枝に造影遅延を伴う高度狭窄を認め、同部に経皮的冠動脈形成術を行った。血行再建は成功したが、心電図でのST上昇は持続した。第2病日に胸痛とST上昇が増強したが、冠動脈の再狭窄はなかった。第3病日には呼吸困難が出現し、急性の肺うっ血像を呈した。第6病日より巨大陰性T波が出現したが、薬物治療にて心不全は軽快した。MIBG心筋シンチグラムでは前壁から心尖部の集積低下が見られたが、病態の同定に至らなかったため、心臓MRIを行った。左室壁運動の低下部位に一致して、心外膜測のGd遅延造影像を認めたため、心筋虚血性よりもタコツボ型心筋症が病態の主体と考えた。

タコツボ型心筋症での心臓MRI所見は特異的でないと言われるが、心筋虚血との鑑別には有用な場合がある。

**95** たこつぼ心筋症を合併した先天性QT延長症候群に対して着用型自動除細動器(WCD)を併用し、完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)の植込みを行った一例  
北里大学医学部循環器内科学

○宮本曜圭, 岸原 淳, 加藤彩美, 深谷英平, 庭野慎一  
阿古潤哉

**【症例】** 17歳、男性【主訴】意識障害

**【現病歴】** 2017年11月に自宅で痙攣して倒れているところを発見された。救急隊のAEDで心室細動が確認され、電気的除細動を行い当院へ救急搬送された。

**【臨床経過】** 洞調律に復していたものの意識障害が遷延したため低体温療法を行い、幸いにも神経学的後遺症は来さなかった。しかし第4病日から心電図の前胸部誘導で著明な陰性T波と、心エコー図で左室心尖部無収縮を認め、たこつぼ心筋症を合併したと考えられた。完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)植込みを検討したが、短期間での心電図変化が予測されたため、着用型自動除細動器(WCD)を装着し2か月後に再評価を行った。経過中の複数回にわたるS-ICDスクリーニングテストでT波オーバーセンスの無い事を確認し、最終的にS-ICD植込みを行った。術後は致死性不整脈イベントや不適切作動を認めずに経過している。

**【考察】** S-ICDは体表面心電図から致死性不整脈を検知するため、疾患特異的な心電図変化に留意する必要がある。その経時的評価にWCDの併用が有用である。

**【結語】** たこつぼ心筋症を合併した先天性QT延長症候群に対してWCDを併用し、S-ICD植込みを行った一例を経験した。

**96** 睡眠時無呼吸症候群に合併した高度房室ブロックに対して持続陽圧呼吸療法(CPAP)療法が有効であった一例

府中病院医師研修センター初期臨床研修室<sup>1)</sup>  
府中病院循環器内科<sup>2)</sup>  
大阪市立大学医学部附属病院循環器病態内科学<sup>3)</sup>

○藤井 萌<sup>1</sup>, 山下智子<sup>2</sup>, 梶尾 剛<sup>2</sup>, 戎野和之<sup>2</sup>  
藤澤直輝<sup>2</sup>, 蒔田直記<sup>2</sup>, 竹下宏明<sup>2</sup>, 堂上友紀<sup>2</sup>  
田口晴之<sup>2</sup>, 葭山 稔<sup>3</sup>

症例は68歳女性。来院前夜に意識消失発作を認め、来院当日の早朝に再度意識消失発作を認めたため、救急搬送となった。BMI 29.9と肥満であり、過去に徐脈を指摘された事がある。来院時は意識清明で高血圧を認めたが、脈拍は80回/分と正常であった。明らかな心雑音はなく、頭部打撲を認めしたが、神経学的異常所見は認めなかった。血液検査、心電図、心エコー図検査、頭部CTでも明らかな意識消失発作の原因は指摘できず、入院精査の方針となった。入院後の心電図モニタリングで高度房室ブロックを認めた。Holter心電図ではMobitz2型房室ブロックを夜間に多く認めた。房室ブロック出現時に自覚症状はなかったが、意識消失発作への関連は否定しきれないと考えていた。しかし簡易PSGを行うと、AHI 44.5と重症睡眠時無呼吸症候群を認めたため、CPAP療法を開始したところ、夜間の房室ブロックは消失した。その後外来で治療継続としているが、以降は症状出現なく経過している。今回、睡眠時無呼吸症候群の治療で房室ブロックをコントロールし得た一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 97 Shrinking lung syndrome から高炭酸ガス血症を来たした一例

聖隷三方原病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

聖隷三方原病院循環器科<sup>2)</sup>

聖隷三方原病院感染症・リウマチ内科<sup>3)</sup>

聖隷三方原病院腎臓内科<sup>4)</sup>

○河森一毅<sup>1</sup>, 龍口万里子<sup>2</sup>, 志智大介<sup>3</sup>, 橋本紘幸<sup>4</sup>

金 史彦<sup>2</sup>, 白井祐輔<sup>2</sup>, 岡崎絢子<sup>2</sup>, 小田敏雅<sup>2</sup>

宮島佳祐<sup>2</sup>, 渡辺知幸<sup>2</sup>, 川口由高<sup>2</sup>, 若林 康<sup>2</sup>

症例は 81 歳男性, 当院に意識消失を主訴に救急搬送された。来院時の血液ガス検査で著明な高炭酸ガス血症を認め, 心エコー上 diffuse hypo-kinesis 及び心嚢液貯留があり, CO<sub>2</sub> ナルコーシスによる呼吸不全及び左心不全が考えられた。

入院以前より左室肥大および心嚢液貯留を指摘されており, 当院循環器科へ紹介され転科した。

心嚢液貯留の原因検索目的の採血で ANA+ SSA+ SSB+ を認め, 心膜炎, 0.5g/日以上持続的蛋白尿, リンパ球・血小板減少, 免疫学的異常, 抗核抗体陽性の 6 項目が合致したため, SLE と診断された。

利尿剤にて呼吸および循環動態は安定し, 2017 年 7 月に当科退院となり, その後外来フォローとしていたが 2017 年 12 月初旬より呼吸苦が増悪, プレドニン内服も検討の上で腎生検施行し, メサングウム細胞の増加を認めた。

12 月 21 日よりプレドニン 0.5mg/kg/day が開始され, 1 週間程度で車椅子生活から歩行が可能になるまでに呼吸苦が改善した。

SLE に合併する肺病変として Shrinking lung syndrome が挙げられる。これは横隔膜機能障害によって呼吸困難, 胸痛が生じるものである。この疾患では呼吸機能検査で拘束性障害を来することが知られている。

本症例でも胸部レントゲン上右横隔膜挙上を認めており, Shrinking lung syndrome が疑われた。またプレドニン開始直前は %VC 50.0% であったが, 治療後は %VC 62.4% まで改善した。Shrinking lung syndrome から高炭酸ガス血症を来たした一例を経験したため報告する。

## 98 高齢期において進行性難治性心不全を呈し PKD1 フレームシフト変異が同定された多発性嚢胞腎の 1 例

大阪大学医学部医学科<sup>1)</sup>

循環器内科学<sup>2)</sup>

薬学部臨床薬効解析学分野<sup>3)</sup>

○宮崎友希<sup>1</sup>, 肥後修一朗<sup>1</sup>, 諏訪恵信<sup>1</sup>, 中本 敬<sup>1</sup>

世良英子<sup>1</sup>, 溝手 勇<sup>1</sup>, 水野裕八<sup>1</sup>, 藤尾 慈<sup>2</sup>

彦惣俊吾<sup>3</sup>, 坂田泰史<sup>1</sup>

70 歳男性。30 歳代で多発性嚢胞腎 (PKD) と診断され透析治療導入, 45 歳で腎臓移植術を施行された。53 歳時に冠動脈回旋枝に PCI 施行され, 以後胸部症状なく経過した。64 歳より進行性の心機能低下を呈し, 心エコー図上左室拡張末期径の拡大, 駆出率の低下 (61 から 29%) を認めた。冠動脈造影では冠動脈病変の進行を認めず, Tl-201, BMIPP 心筋シンチグラフィにて全周性の核種取り込み低下を認めた。右室心筋生検にて心筋錯綜配列, 繊維化を指摘され, 臨床経過及び検査所見から心筋症が疑われた。本例は高齢期以降心不全による入院を繰り返し, 今回呼吸困難で入院となり, 心不全加療を継続するも静注強心薬依存状態で治療に難渋している。404 の遺伝性心血管疾患遺伝子を対象としたゲノム遺伝子パネル解析を施行したところ, 主要な心筋症関連遺伝子に病的変異を認めず, PKD の原因遺伝子のひとつである PKD1 に, ヘテロ接合型フレームシフト変異が同定された。近年, 疫学研究及び基礎的研究から, 心筋症発症と PKD1 遺伝子変異の関連が報告されている。今回, 高齢期において進行性難治性心不全を呈した PKD の症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

## 99 糖尿病ケトアシドーシスからたこつぼ型心筋症を発症した一例

聖マリアンナ医科大学医学部<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

聖マリアンナ医科大学医学部代謝・内分泌内科<sup>3)</sup>

○伊藤伸悟<sup>1</sup>, 笠川 彰<sup>2</sup>, 石橋祐記<sup>2</sup>, 木田圭亮<sup>2</sup>

中川朋子<sup>3</sup>, 石井 聡<sup>3</sup>, 永井義夫<sup>3</sup>, 田中 逸<sup>3</sup>

原田智雄<sup>2</sup>, 明石嘉浩<sup>2</sup>

【症例】81 歳, 女性【既往歴】閉塞性動脈硬化症ステント留置後, 慢性心房細動【経過】平成 2x 年 11 月下旬にインフルエンザに感染。その後食事摂取後の早期膨満感と経口摂取不良が持続。12 月初旬に嘔気・嘔吐が出現し, 二日後に構音障害のため当院搬送。明らかな中枢性病変を認めなかったものの空腹時血糖 883mg/dl pH 7.0, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 4.4mmol の代謝性アシドーシスを認めた。尿ケトン体 3+ より糖尿病ケトアシドーシスの疑いで代謝・内分泌内科に即日入院となった。入院時の心電図では広範な ST 変化を認めた。心臓超音波検査では明らかな壁運動異常は認めなかったものの, 第 2 病日に心基部の過収縮と心尖部のバルーニングを認めた。冠動脈造影では有意な冠動脈狭窄はなく, たこつぼ型心筋症の診断となった。心不全を合併したものの, 経時的に心機能は改善。劇症 1 型糖尿病と診断され強化インスリン療法の導入のうえ, 第 28 病日に自宅退院となった。【考察】劇症 1 型糖尿病による糖尿病ケトアシドーシスにたこつぼ型心筋症を合併した症例を経験した。感染並びに急性代謝失調が心筋症発症の契機になったと考えられる。

## 100 二度目の心筋生検で心アミロイドーシスと診断された一例

国立病院機構岡山医療センター循環器内科

○酒井悠佑, 宗政 充, 岩野貴之, 重歳正尚, 田淵 勲

西原大裕, 辻 真弘, 内藤貴教, 下川原裕人, 松原広己

【症例】60 代男性

【現病歴】200X 年 12 月頃より労作時呼吸苦と下腿浮腫を自覚, 近医で NT-proBNP 高値を指摘され, 200X+1 年 2 月精査加療目的に当科紹介となった。

【経過】心エコーで左室肥大とびまん性壁運動低下を認めた。冠動脈造影で有意狭窄なく, 左室造影で左室駆出率 (EF) 30% で, 右室からの心内膜心筋生検 (EMB) では炎症細胞浸潤や無構造好酸性物質の沈着は認めず, Congo Red 染色陰性で, 肉芽腫形成, 心筋細胞の変性を認めなかった。

その他, 血中アミロイド A は正常で, 各種自己抗体陰性, 白血球中 α グラクトシダーゼ A 活性の低下も認めなかった。肥大型心筋症と診断し内服治療した後に退院となったが, 退院後も心不全症状が持続し軽快せず, 心エコーで EF 低下傾向であったため, 200X+2 年 12 月再入院となった。心不全治療の後, EMB の再検を行ったところ CongoRed 染色陽性でアミロイドーシスと診断された。

【考察】EMB は心筋疾患の診断に必須である。特徴的な所見から容易に診断できる例もある一方, 病変部から採取できなければ, 診断困難な例も少なくなく, 結果の解釈は症状経過を十分に観察して行う必要がある。

【結語】二度目の心筋生検で心アミロイドーシスと診断された一例を経験した。

## 101 乳び心膜症に対して治療に苦渋した一例

那覇市立病院循環器内科

○石川久美子, 中田円仁, 上地修裕, 横田尚子, 田端一彦

【症例】30代女性【主訴】両側側胸部痛, 呼吸困難【現病歴】来院1ヶ月前に咳嗽精査目的で外来を受診され, 胸部単純写真で心拡大があり心臓超音波を行ったところ中等度の心嚢液貯留を認めた. 心膜炎の疑いでNSAIDs内服を開始したが, 症状が改善したため3日間で内服を自己中断した. 入院前日に呼吸困難と両側側胸部痛が出現し, 救急外来を受診した. 心嚢液が増加していたため精査目的で入院となった. 【臨床経過】入院翌日に心嚢穿刺を行い乳白色の心嚢液が引け, ドレーンを留置した. 心嚢液成分がTG3220mg/dl > 500, Chol/TG = 87mg/dl / 3220 mg/dl < 1, Sudan 染色陽性, 細胞診でリンパ球優位で悪性所見なかったため乳び心膜症と診断した. リンパ管シンチを行なったが胸管から心嚢腔への漏出はなく, 特発性乳び心膜症の診断となった. 心嚢ドレーンからは100~150ml/日程度の乳白色の排液があったが, 脂肪制限食を開始して5日目から淡黄色へ改善した. ドレーン留置10日目で排液量50ml/日以下と減少したため抜去した. しかし, 自覚症状はないが抜去4日目の心臓超音波で心嚢液は中等度に増えた. 今後心嚢液が増えた場合には外科的治療を考慮する. 【考察】乳び心膜症は非常に稀である. リンパ管シンチでは心膜腔への漏出はなく特発性と診断した. 本症例のように保存的治療後に半数以上は再発し, 外科治療で完治すると報告されている.

## 102 プレドニゾロンの臨床的効果を経時的に観察しえた右室優位の心サルコイドーシスの一例

神戸大学医学部附属病院循環器内科<sup>1)</sup>

神戸大学医学部附属病院放射線科<sup>2)</sup>

○毛野まり華<sup>1</sup>, 森 俊平<sup>1</sup>, 鄧 皓之<sup>1</sup>, 横田 駿<sup>1</sup>

新倉悠人<sup>1</sup>, 伊澤 有<sup>1</sup>, 下山真介<sup>2</sup>, 永松裕一<sup>1</sup>

福沢公二<sup>1</sup>, 平田健一<sup>1</sup>

55歳男性. 右室起源の持続性心室頻拍の精査加療目的で入院. 新規発症の1度房室ブロックと完全右脚ブロック, トロポニンIの上昇を認めた. 心エコー図検査で右室壁肥厚, 心臓MRI検査で右室優位の遅延造影, FDG-PET検査で縦郭リンパ節ならびに右室優位の異常集積を確認, 右室優位の心サルコイドーシスと診断した. 右室壁肥厚は急性期炎症に伴う心筋浮腫を反映する所見と判断, 持続性心室頻拍に対するカテーテル心筋焼灼術に先行して, プレドニゾロン30mg投与を開始した. 投与開始後, 1度房室ブロック, 右室壁肥厚, トロポニンI上昇はそれぞれ経時的に改善し, プレドニゾロン20mgに減量後のFDG-PET検査で, 異常集積の完全消失を確認した. その後の電気生理検査にて, 心室頻拍は誘発されず, カテーテル心筋焼灼術ならびに植え込み型除細動器留置を回避した. プレドニゾロンが著効した右室優位の心サルコイドーシスの一例を報告する. 本症例で観察された各種検査所見の経時的変化は, 炎症と心筋浮腫の消退を反映すると考えられる. 得られた詳細な観察所見は, 類似症例のプレドニゾロン投与による可逆性を推定する上で, 重要な参考所見となりうる.

## 103 著名な冠動脈拡張症を伴ったLeopard症候群の一例

信州大学医学部医学科5年<sup>1)</sup>

信州大学医学部循環器内科学教室<sup>2)</sup>

○諸岡 光<sup>1</sup>, 小山由志<sup>2</sup>, 正印 航<sup>2</sup>, 加藤太門<sup>2</sup>

三枝達也<sup>2</sup>, 海老澤聡一郎<sup>2</sup>, 岡田綾子<sup>2</sup>, 元木博彦<sup>2</sup>

庄田守男<sup>2</sup>, 桑原宏一郎<sup>2</sup>

49歳女性. 生後から心房中隔欠損症, 肺動脈狭窄症あり, 3歳時に右室流出路形成術, 心房中隔欠損孔閉鎖術が施行され, その際に心筋肥大も指摘されていた. 術後経過良好で, その後問題なく経過していたが, 2006年に感染を契機とした心不全増悪で入院した際に肥大型心筋症と診断され, 非持続性心室頻拍も認めたことから一次予防的にICD植え込みが施行された. 2009年に遺伝子検査施行されPTPN11遺伝子変異を認め, 臨床症状からLeopard症候群と診断された. 2014年以降から複数回, 上室性頻脈によるICDの不適切作動あり, その都度設定の変更を行ったが, 2017年10月にも心室頻拍の誤認識による不適切作動を認めたため, 心室頻拍に対するアブレーション施行目的で入院した. 入院の際に血行動態評価目的に施行した冠動脈造影にて冠動脈拡張症を認めた. 心室頻拍に関してはアブレーションを施行した.

【考察】Leopard症候群とはPTPN11遺伝子変異をもち, 多発性黒子, 心伝導障害, 肺動脈狭窄症, 心筋肥大などを特徴とする症候群であり, 冠動脈拡張症を合併した症例の報告はあるが, 非常に稀な症例であり, 若干の文献的考察を含め報告する.

【結語】Leopard症候群に冠動脈拡張症を合併した症例を経験した.

## 104 胃全摘出術後の高ホモシステイン血症が原因と考えられた肺血栓塞栓症の一例

島根大学医学部付属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

島根大学医学部付属病院循環器内科<sup>2)</sup>

島根大学医学部付属病院検査部<sup>3)</sup>

○野々村早弥<sup>1</sup>, 大内 武<sup>2</sup>, 岡崎浩一<sup>2</sup>, 佐藤寛大<sup>2</sup>

遠藤昭博<sup>2</sup>, 吉富裕<sup>3</sup>, 田邊一明<sup>2</sup>

【症例】57歳男性【主訴】胸痛

【現病歴】201X-2年の夏頃から歩行時の息切れや軽度下腿浮腫を認めた. 201X-1年8月頃から, 5分程度持続する安静時胸痛があり, 近医受診したが異常ないと言われた. 201X年1月初旬にも胸痛があり, 当院総合診療科を受診した. CT上肺血栓塞栓症, 深部静脈血栓症を認め, 精査加療目的で入院した. 【既往歴】41歳胃癌で胃部分切除, 48歳胃癌再発で胃全摘出術.

【臨床経過】造影CTで癌の再発や転移は指摘できず, 血液検査で高ホモシステイン血症とビタミンB12欠乏症を認めた. 抗凝固療法による加療によりCT画像で血栓は縮小し, 症状も軽快した.

【考察】胃全摘出術後のビタミンB12欠乏症は切除後数年で発症することが多いとされ, ビタミンB12欠乏症は高ホモシステイン血症の原因となる. 本症例では, 胃全摘出術後のビタミンB12欠乏症による高ホモシステイン血症が静脈血栓症の一因になったと考えられた. 【結語】高ホモシステイン血症が原因と考えられる肺血栓塞栓症の一例を経験した.

## 105 院内で発生した肺塞栓症 78 例の臨床的特徴と予後に 関する検討

株式会社日立製作所日立総合病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

筑波大学医学医療系循環器内科<sup>2)</sup>

○貝塚奈穂<sup>1)</sup>, 田尻和子<sup>2)</sup>, 木村泰三<sup>2)</sup>, 酒井 俊<sup>2)</sup>

本田洵也<sup>2)</sup>, 本間 覚<sup>2)</sup>, 青沼和隆<sup>2)</sup>

【目的】致死性肺塞栓症の予防の為に、院内発生の肺塞栓症 (PTE) の臨床的特徴と予後を明らかにする。【方法】2008 年～2016 年の入院患者のうち、DPC 入院後発症病名に「肺塞栓症」と記載されており、実際に画像検査で PTE を確認した連続 78 症例を後向きに調査した。【結果】平均年齢 63 ± 13 歳、女性 64%、術後の発症 32%、担癌患者 64%、有症候性 PTE 36 例 (46%、うち 7 例は致死性) であった。Cox 比例ハザードモデルを用いた多変量解析では、有症候性 PTE は年齢・性別・癌等で補正してもその後の生存期間短縮に有意に寄与していた (HR 6.0, P < 0.0001)。発症前に下肢静脈エコーを行っていた 32 例のうち 16 例は深部静脈血栓症 (DVT) を認めていなかった。原疾患の部位別比較では、PTE 発症前の D-dimer の測定率・陽性率には差がなかったが、エコーの実施率は原疾患が骨盤内臓器の群で高く、脳・頭頸部の群で低かった (P < 0.0001)。エコーを行っていた症例では DVT の有無に関わらず、有症候性 PTE が有意に少なく (P=0.03)、致死性 PTE は生じなかった。【結論】有症候性 PTE は無症候性に比べて著しく予後不良であった。エコーを行った症例は、DVT が無くともその後も DVT 予防を行った結果、有症候性 / 致死性 PTE を予防できた可能性が示唆された。

## 106 亜広範囲 (submassive) の亜急性肺血栓塞栓症 (PE) に対し、外科的血栓除去術を行ったが出血性肺水腫 に至った症例

佐世保中央病院循環器内科<sup>1)</sup>

佐世保中央病院循環器内科<sup>2)</sup>

佐世保中央病院心臓血管外科<sup>3)</sup>

○大和慎治<sup>1)</sup>, 吉村聡志<sup>2)</sup>, 落合朋子<sup>2)</sup>, 中尾功二郎<sup>2)</sup>

木崎嘉久<sup>2)</sup>, 村上 健<sup>3)</sup>, 中路 俊<sup>3)</sup>, 谷口真一郎<sup>3)</sup>

【症例】75 歳女性【主訴】呼吸苦

【現病歴】生来健康で通院歴なし。20 × × 年 10 月中旬頃に、労作時呼吸苦が出現した。症状持続するため 11 月中旬に近医を受診、SpO<sub>2</sub> < 90%、心電図で陰性 T 波を認めたことから、心筋虚血が疑われ当院へ紹介受診した。

【臨床経過】来院時の造影 CT で左右肺動脈主幹部～各 1 次分枝に血栓を認め、亜広範囲の亜急性 PE と診断し、抗凝固薬による治療を開始した。肺動脈の閉塞が広範囲であり、第 4 病日に人工心肺補助下に直視下血栓摘除術を施行、左右肺動脈をほぼ閉塞させる血栓が確認され、全摘除を行った。術中、血栓除去後より出血性肺水腫を合併し、術後も止血困難であり、第 6 病日に死亡した。

【考察】PE に対する血栓除去術の手術成績は良好であり、亜広範囲 PE に関しても急性や亜急性の症例を問わず良好な予後が報告されている。しかし血栓除去後に出血性肺水腫をきたす症例もあり、体外循環補助下の血栓除去術の適応には、内科や外科で議論の上、慎重な対応が求められる。PE の手術適応やその予後について文献的考察を行った。

【結語】亜広範囲の亜急性肺血栓塞栓症の一例を経験した。

## 107 心膜心筋炎との鑑別が困難であった急性心筋梗塞の 一例

聖マリアンナ医科大学医学部<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

○逸見宗晶<sup>1)</sup>, 黄 世捷<sup>2)</sup>, 上嶋 亮<sup>2)</sup>, 出雲昌樹<sup>2)</sup>

石橋祐記<sup>2)</sup>, 木田圭亮<sup>2)</sup>, 田邊康宏<sup>2)</sup>, 原田智雄<sup>2)</sup>

明石嘉浩<sup>2)</sup>

【症例】56 歳、女性【既往歴】高血圧、高脂血症【経過】平成 2x 年 12 月中旬より発熱、咳嗽出現。1 月初旬に胸痛が出現したため 2 日後に近医受診となったが、採血上 CK 1193 U/L と上昇を認めたため、胸痛出現から 4 日後に当院紹介。来院時胸痛は寛解。CK 381IU/L、CK-MB 18.0 IU/L と前医受診時と比較し低下しているものの、トロポニン T 1.90 ng/mL と高値であった。心電図上、心膜炎を示唆する ST 変化や虚血性変化は認めなかった。心エコーは可視範囲内ではわずかに後下壁領域の壁運動低下が疑われたものの、明らかな心筋の菲薄化や浮腫は指摘できず、単純胸部 CT でも少量の心嚢水貯留を認めるのみであった。

来院後採血では CRP 12.8 mg/dL と高値であり、心膜心筋炎の経時的改善経過も考慮されたが、冠動脈疾患リスク高く、緊急冠動脈造影を行った。結果、左冠動脈回旋枝近位部 #11 の完全閉塞であった。心破裂のハイリスク症例であったが、ステント留置後、合併症無く改善し自宅退院となった。【考察】回旋枝が責任血管となる心筋梗塞は 3 枝のうち最も少なく、心電図変化が現れにくい。患者背景に応じて冠動脈造影を考慮する必要がある。

## 108 肥大型心筋症における心機能代償メカニズムの解明、 磁気共鳴画像における心筋線維化容積の半定量値と、 心臓超音波における左室駆出率、心筋ストレイン、 壁厚、サイズとの関連

千葉大学医学部医学科 4 年<sup>1)</sup>

千葉大学医学部循環器内科学<sup>2)</sup>

○平井健太郎<sup>1)</sup>, 船橋伸禎<sup>2)</sup>, 小澤公哉<sup>2)</sup>, 高岡浩之<sup>2)</sup>

小林欣夫<sup>2)</sup>

目的: 肥大型心筋症 (HCM) における心機能代償メカニズムを解明するため、MRI における心筋線維化容積の半定量値と、TTE における左室駆出率 (LVEF)、心筋ストレイン、壁厚、サイズとの関連を評価する。方法: LVEF が 64.4 ± 6.5% と保たれた HCM 18 名 (男性 14 例; 58 ± 17 歳) に施行した 1.5 T MRI と TTE の後ろ向き解析。医学生が MRI 上左室心筋部位 (17 か所) の線維化検出を行い、TTE で左室 17 か所の心筋部位の局所 longitudinal strain (LS) と circumferential strain (CS) (絶対値) と症例毎の global LS (GLS)、CS (GCS) を計測した。結果: MRI 上心筋線維化検出部位の局所 LS は、線維化未検出部位より有意に低かった (P < 0.01) が、局所 CS は両者に差は無かった (P=NS)。MRI での線維化部位数は GLS と中等度の逆相関があったが、LVEF、GCS とは非常に弱い逆相関、無相関を示したのみであった。GLS は最大左室壁厚と高度の逆相関、左室径と中等度の正相関を示した。結語: LVEF が保たれた HCM で、MRI における線維化は TTE 上の局所 LS および GLS の低下を起こすが、GCS は保たれ、左室壁厚は増加、左室径は減少し、代償機能につながる可能性が示唆された。

## 109 慢性血栓性肺高血圧症を契機に診断し得た Paget-Schroetter 症候群の一例

岐阜大学医学部附属病院循環器内科

○佐橋勇紀, 金森寛充, 田中俊樹, 内藤順子, 川崎雅規

西垣和彦, 湊口信也

症例は洗車業を営む 74 歳男性. 20XX 年頃 6 月より慢性的な労作時の息切れを自覚していたが, 20XX 年 9 月, 呼吸苦の急性増悪のために当院を受診された. 当初, 両側の急性肺血栓塞栓症と診断され血栓溶解療法・抗凝固療法を施行し寛解を得たため退院となった. この際の下肢超音波検査・造影 CT・心臓超音波などの検査では塞栓源は指摘できず, 退院前の造影 CT 検査では, 肺動脈内の血栓は消失していた. 6 ヶ月後, 外来経過観察中の心臓超音波検査にて著明な右室負荷の悪化所見を認め, 造影 CT を施行したところ, 肺血栓塞栓症の再発と, 瘤化を伴う右鎖骨下静脈の著明な拡張と内部に充填する巨大血栓を認めた. 初めに認めた慢性的な労作時の息切れは, 本血栓に起因する慢性肺動脈血栓塞栓症 (CTEPH) による症状と考えられた. その後外科的に右鎖骨下静脈瘤切除術を施行し, 良好な契機を辿った.

労作に伴う鎖骨下静脈の血栓症は Paget-Schroetter 症候群と呼ばれており, その多くはスポーツを行う若年者に起こるとされている. 高齢者に発症し, CTEPH を契機に診断し得た Paget-Schroetter 症候群を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する.

## 110 鑑別に挙げながらも生前診断に至らなかった pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) の一例

東広島医療センター初期臨床研修医<sup>1)</sup>

同循環器内科<sup>2)</sup>

同病理診断科<sup>3)</sup>

○池尻直人<sup>1)</sup>, 東 昭史<sup>2)</sup>, 對馬 浩<sup>2)</sup>, 小出真一郎<sup>2)</sup>

城日加里<sup>2)</sup>, 原 幹<sup>2)</sup>, 万代光一<sup>3)</sup>, 小野裕二郎<sup>2)</sup>

【症例】81 歳, 女性【主訴】労作時呼吸困難【既往歴】深部静脈血栓症, 右乳癌【現病歴】1 週間以上前からの労作時呼吸困難が増悪するため前医を受診し, SpO<sub>2</sub>:85% (room) の著明な低酸素血症と心エコー検査での肺高血圧を指摘された. 急性肺血栓塞栓症疑いで当院紹介され, 精査加療目的で緊急入院となった. 【臨床経過】造影 CT 検査では肺動脈内に血栓像は認めなかった. 右心カテーテル検査より前毛細血管性肺高血圧と診断した. 肺血流シンチグラフィでは多発性楔状欠損像を認め, 慢性血栓性肺高血圧症 (CTEPH), PTTM を鑑別に挙げた. 肺動脈吸引細胞診では悪性細胞は検出されなかった. 酸素投与, 肺血管拡張薬による加療開始後も低酸素血症は増悪し, 第 11 病日より人工呼吸管理を開始した. その後第 20 病日に死亡した. 病理解剖では肺動脈内に腫瘍塞栓が認められ, 内膜の繊維性肥厚や繊維細胞増性を示し PTTM と診断した. 【考察】PTTM は生前に診断されるのが困難な疾患である. 本症例では肺血流シンチグラフィによって CTEPH との鑑別ができなかった. 肺動脈吸引細胞診での診断が重要であったが, 検体採取が不十分で診断に至らなかったと考えられた. 【結語】CTEPH との鑑別が困難であった PTTM の一例を経験した.

## 111 320 列 CT における金属製ステント埋め込み後の冠動脈狭窄度評価; 医学生による診断精度の問題点の検討

千葉大学医学部医学科 4 年<sup>1)</sup>

千葉大学医学部循環器内科学<sup>2)</sup>

○小山玄太郎<sup>1)</sup>, 船橋伸禎<sup>2)</sup>, 高岡浩之<sup>2)</sup>, 藤本善英<sup>2)</sup>

小林欣夫<sup>2)</sup>

背景と方法: 医学科 4 年生が CT における冠動脈ステント内狭窄度 ( $\geq 75\%$  か  $< 75\%$ ) を診断し, 侵襲的冠動脈造影 (ICA) 所見と比較, 問題点を検討した. 対象は 320 列 CT と ICA を 2 か月以内に施行した冠動脈 36 ステント (21 症例). 結果: CT と ICA の内腔狭窄度が一致した割合は 97% (診療録 CT 所見), 69% (医学科生 CT 所見) であった. 診療録の CT 所見と ICA 所見の比較ではステントが Endeavor (ステント径 2.5, 3mm), TAXUS (同 2.5, 2.75, 3mm), Xience (同 2.5, 2.75, 3, 3.5mm) での一致率はそれぞれ 67, 100, 100, 100, 100, 100, 75, 100% であった. これらの一致率は医学科生の CT 所見でも良好であった (それぞれ 67, 50, 100, 100, 100, 80, 100, 75, 100%). 一方 Cypher ステント (同 2.5, 3, 3.5mm) では, 診療録の CT 所見と ICA 所見の一致率は全て 100% であったが, 医学科生の CT 所見と ICA の一致率はそれぞれ 50, 60, 0% であった.

結語: 医学科生による, 320 列 CT における冠動脈ステント内狭窄度評価の診断精度は, ステントの種類 (Cypher だけが不良) に影響を受け, これは Cypher ステントの金属部分が厚いことが影響した可能性がある. 最新のステント (TAXUS など) の金属製部分はより薄くなっており, 医学科生でも高い診断精度が実現できると考える.

## 112 冠攣縮性狭心症における冠微小血管拡張障害

— アデノシン負荷心筋 dynamic Perfusion CT —

東北大学循環器内科学<sup>1)</sup>

東北大学病院放射線診断科<sup>2)</sup>

○杉澤 潤<sup>1)</sup>, 松本泰治<sup>1)</sup>, 須田 彬<sup>1)</sup>, 大田英揮<sup>2)</sup>

土屋 聡<sup>1)</sup>, 進藤智彦<sup>1)</sup>, 菊地 翼<sup>1)</sup>, 羽尾清貴<sup>1)</sup>

高橋 潤<sup>1)</sup>, 下川宏明<sup>1)</sup>

【背景】我々は, 冠攣縮性狭心症 (VSA) において冠微小血管攣縮を合併することを報告したが, VSA における冠微小血管拡張能は不明である. 近年, アデノシン負荷心筋 CT Perfusion (CTP) を用いた冠微小血管機能評価が注目されている.

【目的】アデノシン負荷 CTP で測定した心筋血流量 (MBF) が非 VSA 群と比較して VSA 群で低下しているか否か, また, MBF と関連する因子について検討すること.

【方法】冠攣縮誘発試験及びアデノシン負荷 CTP を施行した 42 例を VSA 群 30 例と非 VSA 群 12 例の 2 群に分け, MBF を比較検討し, 関連する因子について検討した.

【結果】両群の患者背景に統計学的な有意差は認めなかった. 一方で, MBF は非 VSA 群と比較して VSA 群で有意に低下していた. さらに, MBF と心臓カテーテル検査で測定した冠微小血管障害の生理学的指標である微小血管抵抗指数 (IMR) および TIMI frame count は有意な負の相関を認めた.

【結論】本研究では, アデノシン負荷 CTP を用い, VSA において冠微小血管レベルの拡張機能が障害されている可能性を初めて報告する.

### 113 上部消化管出血を合併した急性下壁心筋梗塞にステント留置を行い、救命し得た一例

浜松医科大学卒業教育センター<sup>1)</sup>

浜松医科大学第三内科<sup>2)</sup>

○阿久津友洋<sup>1</sup>、鈴木佑一<sup>2</sup>、榊原智晶<sup>2</sup>、佐野 誠<sup>2</sup>  
諏訪賢一郎<sup>2</sup>、成瀬代士久<sup>2</sup>、大谷速人<sup>2</sup>、早乙女雅夫<sup>2</sup>  
漆田 毅<sup>2</sup>、前川裕一郎<sup>2</sup>

【症例】71歳男性【現病歴】数日前から黒色便を認め、心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部造影CTと心電図所見から、出血性胃潰瘍を伴う急性心筋梗塞と診断した。消化器科医と相談の上、急性心筋梗塞に対する治療を優先する方針とし、右冠動脈の完全閉塞に対して薬剤コーテッドステントを留置して再灌流を得た。引き続き、緊急上部消化管内視鏡を施行し、胃体上部小弯前壁に露出血管を伴う潰瘍を認めたため、内視鏡的に止血した。しかし、第4病日に再出血したため、出血の責任血管に対しコイル塞栓を行い止血した。抗血小板薬を中止、ステント血栓症予防としてヘパリン持続点滴を行った。第5病日に再出血と胃穿孔を起しショックとなり、IABPを挿入して、胃全摘術を施行した。第20病日から抗血小板薬1剤を再開したが、経過中ステント血栓症の発症は認めなかった。【考察】急性心筋梗塞と消化管出血を合併した場合、相反する病態のため、治療に難渋することが多い。今回は、抗血小板薬を中止、IABP、抗凝固薬でステント血栓症予防をしたが、消化管出血の治療に難渋した。【結語】消化管出血を合併した急性心筋梗塞を救命し得た症例を経験した。

### 114 右肺管状全摘術後心臓脱により急性心筋梗塞を生じた一例

社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷三方原病院循環器科

○中村尚紀、小田敏雅、金 史彦、白井祐輔、岡崎絢子  
宮島佳祐、渡辺知幸、川口由高、龍口万里子、若林 康

【症例】47歳女性【主訴】胸痛

【現病歴】2017年10月、気管原発腺様嚢胞癌に対し右肺管状全摘術が施行された。術中、左気管支膜様部に空気漏れがあり、2cm大の心膜を採取し被覆した。術後1時間後に胸痛を認め、当科へ紹介となった。

【臨床経過】12誘導心電図・心臓超音波検査は下壁梗塞を疑う所見であり、胸部レントゲン検査では右縦隔から外側に突出する陰影を認めた。心臓CTでは心膜の外側に右房の一部が突出しており、右冠動脈の閉塞を認めた。心臓脱が原因の心筋梗塞と考え、外科的解除の方針とした。心膜切開術が施行され、右房を環らし心膜シートをあてて終了となった。術後の冠動脈造影では閉塞部位の#3に50%狭窄を認めたが、血栓などは認めなかった。術後は少量のカテコラミンを要したが、その他の合併症はなく、ACE阻害薬、β受容体阻害薬を導入し、退院となった。

【考察】肺管状全摘術後の心臓脱による急性心筋梗塞は本邦でも報告があるものの非常に稀である。肺全摘術の致命的な合併症であり、身体所見、画像評価から早期に確定診断をつけることが課題である。

【結語】右肺管状全摘術の心膜切開部から心臓脱をきたし、急性心筋梗塞に至ったまれな一例を経験したので報告する。

### 115 急性心筋梗塞に対するカテーテル治療中に造影剤アナフィラキシーショックを呈し、冠攣縮性狭心症を併発した1例

国立国際医療研究センター病院循環器内科

○安藤有佳利、岩間健太郎、岡崎 徹、山本正也、原 久男  
廣井透雄

【症例】80歳男性【主訴】心窩部痛、ふらつき

【臨床経過】映画鑑賞中に上記症状が出現し救急搬送。心電図で完全房室ブロック、2/3/aVFのST上昇とV2-5のST低下を認め、急性下壁心筋梗塞と診断。まず体外式ペースメーカーを留置し、冠動脈造影を実施。#3 100%、#7 90%、#13 90%の所見であった。続いて責任病変である右冠動脈に対し治療を行った。ステント留置後も造影上No-reflowであり、すぐに血栓吸引・バルーン拡張も試みたが、改善が得られなかった。まもなく血圧低下と搔痒感を伴う全身の膨疹、喉頭浮腫が出現し、造影剤によるアナフィラキシーショックとそれに伴う冠攣縮が疑われた。気管挿管とアドレナリン・抗ヒスタミン薬・ステロイド投与、冠血流増加を期待し大動脈バルーンポンピング(IABP)を挿入した。急性心筋梗塞後の管理とアナフィラキシーショックに対する対応を行い、全身状態は徐々に改善を見た。造影剤は今後も使用困難と考え、残存病変に対して第23病日に冠動脈バイパス術を施行した。【考察】造影剤アレルギーは一定確率で出現する合併症であり、本症例は最重症であるアナフィラキシーショックの状態であった。さらに冠攣縮も併発した事を画像的にも確認できた稀有な症例であったため、報告する。

### 116 冠攣縮誘発試験が陽性であったKounis症候群の1例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部医療人育成支援センター<sup>2)</sup>

宮崎大学医学部附属病院循環器内科<sup>3)</sup>

○小川宗一郎<sup>1</sup>、山口昌志<sup>3</sup>、小山彰平<sup>1</sup>、坪内伸伸<sup>1</sup>  
宮内俊一<sup>1</sup>、安倍弘生<sup>2</sup>、中島孝治<sup>2</sup>、石川哲憲<sup>3</sup>  
北村和雄<sup>3</sup>、小松弘幸<sup>1</sup>

【症例】55歳女性【主訴】呼吸苦【現病歴】アスピリン喘息および好酸球性副鼻腔炎に対して治療中であった。頭痛を主訴に近医を受診し、ケトプロフェン50mgを筋注された後に、喘鳴が出現し、SpO<sub>2</sub>90%に低下した。アナフィラキシーの疑いで当院救急科に緊急入院となった。薬物治療で喘鳴や低酸素血症は改善したが、心電図では胸痛はないもののII、III、aVF誘導でST上昇を認めた。心筋逸脱酵素の上昇はなく、2時間でST上昇は改善したが、翌日の血液検査ではトロポニンT:1.08ng/mlであった。Kounis症候群が疑われ、当科に紹介となり第12病日に心臓カテーテル検査目的で当科に転科となった。

【臨床経過】ステロイド予防投与下で心臓カテーテル検査を行った。左右冠動脈に器質的狭窄はなかったが、右冠動脈でエルゴノビン負荷試験が陽性であった。ジルチアゼム100mgを追加した後は胸痛や心電図変化なかった。【考察】アレルギー症状と急性冠症候群の同時発症はKounis症候群と呼ばれる。アレルギー症状のない状況で冠攣縮が誘発されたため追加の薬物治療が必要と考えた。【結語】冠攣縮誘発試験が陽性であったKounis症候群の一例を経験した。

## 117 たこつぼ型心筋症と思われた重度認知症高齢患者の1例

名古屋大学医学部附属病院老年内科

○三溝 啓, 柳川まどか, 山本有厳, 中嶋宏貴, 葛谷雅文  
【症例】84歳, 女性【現病歴】要介護5, 施設入所中, アルツハイマー型認知症あり慢性呼吸不全で在宅酸素使用中であった。定期採血でBNP 1039pg/mlであったため外来受診。外来受診時には胸痛, 呼吸苦の訴えはなく, SpO<sub>2</sub> 96% (経鼻 1.5L)であった。心電図でII, III, aVfに異常Q波およびST上昇, V3-6にST上昇を認め, 心エコーにて心尖部優位の壁運動低下 (トロポニンT 0.34ng/mL, CKMB 8 ng/mL)を認めたため, たこつぼ型心筋症疑いとして緊急入院となった。【臨床経過】MRIで右頭頂葉にDWIで高信号, FLARでも高信号の急性期脳梗塞を認めた。心エコーにて入院7日目, 壁運動異常は自然消失し, 心電図所見も入院14日目に正常化した。経過中に胸水貯留を認めたためループ利尿薬を投与し胸水貯留は改善した。【考察】本症例の場合, 意思疎通困難な重度アルツハイマー型認知症であり精査困難であったことから, 経過からたこつぼ型心筋症と考えられた。たこつぼ型心筋症と脳疾患との関連については明確な報告はないが, 関連があるとする報告は多い。たこつぼ型心筋症を疑った場合は脳疾患に留意すべきである。【結語】高度な認知障害がある場合正確な診療情報の収集が難しいことがあり, 今後の診断における課題になることが示唆された症例であった。

## 118 急性心筋梗塞から心停止に至った左冠動脈主幹部起始異常の一例

新潟大学医歯学総合病院<sup>1)</sup>

新潟大学医歯学総合病院循環器内科<sup>2)</sup>

○渡邊和樹<sup>1)</sup>, 大久保健志<sup>2)</sup>, 高野俊樹<sup>2)</sup>, 萱森裕美<sup>2)</sup>

保屋野真<sup>2)</sup>, 柳川貴央<sup>2)</sup>, 小澤拓也<sup>2)</sup>, 柏村 健<sup>2)</sup>

尾崎和幸<sup>2)</sup>, 南野 徹<sup>2)</sup>

【症例】66歳女性【主訴】呼吸困難  
【現病歴】軽労作時に冷汗を伴う呼吸困難を認め救急要請された。搬送中に背部痛が出現した。心電図はV2～V5誘導でST上昇を認めた。当院到着後に心室頻拍となり, 電気的除細動を施行した。急性冠症候群と判断し大動脈内バルーンパンピング挿入下に経皮的冠動脈形成術を試みたが, 左冠動脈にカテーテル挿入が困難であった。術中に心停止を繰り返し, CPR下に経皮的心肺補助装置を導入, 電気的除細動, アドレナリン静注で蘇生した。入口部付近からの造影で左冠動脈が末梢まで造影されることを確認し, 終了した。CK/MBは最大で17535/1038 IU/Lまで上昇した。術後は心不全に対し保存的治療を行い, 経皮的心肺補助装置を離脱できたが低酸素脳症となり抜管困難であった。後日施行した冠動脈CTでは左冠動脈主幹部が無冠尖より起始し, 左房と大動脈に挟まれ狭小化している事が判明した。【考察】左冠動脈の無冠尖からの起始は0.0008%と非常に稀であり, 蘇生例において診断されることは少ない。急性心筋梗塞や心停止に至る機序や診断法, 治療法に関して不明な点が多く, 本症例を通じて考察した。【結語】左冠動脈起始異常によると考えられる急性心筋梗塞, 心停止に至った症例を経験した。

## 119 アセチルコリン誘発陰性であった高齢冠攣縮性狭心症の一例

聖マリアンナ医科大学医学部<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

○久米敦紀<sup>1)</sup>, 黄 世捷<sup>2)</sup>, 古藤 弾<sup>2)</sup>, 佐藤如雄<sup>2)</sup>

出雲昌樹<sup>2)</sup>, 石橋祐記<sup>2)</sup>, 木田圭亮<sup>2)</sup>, 田邊康宏<sup>2)</sup>

原田智雄<sup>2)</sup>, 明石嘉浩<sup>2)</sup>

【症例】86歳, 男性。【経過】年1回程度の安静時胸痛を自覚するも, 冠動脈CTで有意狭窄を認めなかったため経過観察中であった。平成2x年3月, 午前五時に胸部圧迫感で覚醒。症状改善しないため救急要請され, 来院時心電図上は不完全右脚ブロックとaVFに新規の陰性T波を認めた。急性大動脈解離や肺塞栓は否定的であったため緊急冠動脈造影を施行。冠動脈に有意狭窄を認めなかったため, 引き続きアセチルコリン誘発を行ったが, 左冠動脈100μg, 右冠動脈50μgまで負荷し, 陰性であった。退院2ヶ月後, 午前3時に胸痛再燃し外来独歩受診。II, III, aVFでST上昇を認め, ニトログリセリンで改善。再度冠動脈造影を施行し右冠動脈に高度狭窄を認めた。狭窄は冠拡張薬で速やかに改善し, 冠攣縮性狭心症の診断に至った。薬物療法強化の上, 症状再燃無く経過している。【考察】冠攣縮性狭心症は高齢者ほど少なく, 誘発試験陰性であった本症例に対し, 若干の考察を加えて報告する。

## 120 トロポニンI上昇の原因がびまん性冠攣縮による心筋障害と考えられた一例

国立病院機構岡山医療センター循環器内科

○村田 圭, 岩野貴之, 宗政 充, 重歳正尚, 田淵 勲

西原大裕, 辻 真弘, 内藤貴教, 下川原裕人, 松原広己

【症例】70代男性

【現病歴】2カ月ほど前から安静時胸痛を自覚していたが自然軽快するため様子を見ていた。200X年某月の定期受診時の血液検査でトロポニンIが236025.1ng/mlと著明な上昇を認めたため緊急入院となった。

【経過】冠動脈造影を行ったが, 有意狭窄病変は認めなかった。一時的な血栓塞栓による冠動脈閉塞の可能性を疑い経食道心エコーを施行したが心内血栓は認めなかった。その後も入院の上経過観察を行ったが, 症状の再燃もなく何らかの心筋症の可能性も疑われたため, カルベジロールを投与し, 第9病日退院とした。しかし退院当日, 自宅にて安静時に再度胸部症状が出現し当院再診, 心筋逸脱酵素の上昇はなかったが心電図でST変化を認め, 胸部症状も持続していたため緊急冠動脈造影を施行, 著明な冠攣縮を認め, 硝酸イソソルビドを冠動脈内に投与したところ冠攣縮は解除され心電図変化および胸部症状も改善した。カルベジロールは中止し, カルシウム拮抗薬を投与し退院し, 以後症状の再発を認めなかった。

【結語】トロポニンI上昇の原因がびまん性冠攣縮による心筋障害と考えられた一例を経験した。急性心筋梗塞以外でトロポニンが上昇する疾患等について若干の文献的考察を踏まえて報告する。

【既往歴】洞不全症候群でペースメーカー植込術後, 2型糖尿病, 脂質異常症

## 121 血清CKを上回る血清CK-MB分画の異常高値が迅速な診断の契機になった前立腺癌の一例

市立福知山市民病院総合内科<sup>1)</sup>

同大江分院<sup>2)</sup>

○中村隆久<sup>1)</sup>, 田所 学<sup>1)</sup>, 木戸貴志<sup>1)</sup>, 川島篤志<sup>1)</sup>

北村友一<sup>1)</sup>, 和田幹生<sup>2)</sup>, 香川恵造<sup>1)</sup>

虚血性心疾患の既往のある85歳男性。3日前からの食事摂取低下、前夜からの意識レベル低下で当院救急搬送。来院時採血にて炎症反応高値以外に、CK 1, 221IU/L、CK-MB 2, 123IU/Lと上昇認めた。胸部所見乏しく、心電図異常・トロポニンI上昇なく、循環器内科医により虚血性心疾患否定的と判断。意識障害はその後改善。一方、CK-MB > CKをきたす病態の1つとして悪性疾患を想定し、腹部CTにて椎体・骨盤などに広範な骨硬化像を確認。PSAは1.561ng/mlと異常高値、生検にて前立腺癌(T3aN0M1)と診断。CKアイソザイム測定にて、免疫グロブリン結合CKではなく、ミトコンドリアCK(以下Mi-CK)の存在を認め、肝障害を認めないため、悪性疾患に伴うものと判断。CK-MBは心筋に多量に含まれ、虚血性心疾患を示唆する所見と認識されている。しかし、CK-MBの測定は免疫阻害法で実施され、免疫グロブリン結合CKおよびMi-CKが存在するとCK-MBの偽性高値を示すことがある。Mi-CKはミトコンドリア細胞障害を来すほどの進行悪性疾患や肝疾患と関連し検出される。CK値およびCK-MB値は救急診療や内科診療の場で測定されることが多いであろう。CK-MB > CKという一見奇妙な数値から、悪性疾患の存在を示唆する検査値異常について啓発を含めて報告する。

## 122 心房細動による冠動脈塞栓症の臨床的特徴

岩手医科大学<sup>1)</sup>

岩手医科大学内科学講座循環器内科分野<sup>2)</sup>

○鈴木美帆<sup>1)</sup>, 肥田頼彦<sup>2)</sup>, 折居紗也<sup>1)</sup>, 門口奈央<sup>1)</sup>

佐々木拓渡<sup>1)</sup>, 佐藤泰人<sup>1)</sup>, 新山正展<sup>2)</sup>, 長井瑞祥<sup>2)</sup>

伊藤智範<sup>2)</sup>, 森野禎浩<sup>2)</sup>

【背景・目的】心房細動(atrial fibrillation: AF)は時として冠動脈塞栓症(Coronary Artery Embolism: CE)を生じ、その生命予後は動脈硬化性の急性心筋梗塞(acute myocardial infarction: AMI)よりも不良とされるが、CEは稀な病態であり、わが国における研究報告は少ない。そこで今回われわれは、AFによるCE患者の臨床的特徴を明らかにするため調査を行った。

【方法】過去5年間で当院に入院したAMI患者連続931例のうち、一過性を含むAF合併137症例(平均年齢75.3歳、男性103例)を対象に後ろ向き観察研究を行い、CE群と非CE群との比較検討を行なった。

【結果・考察】CEの診断基準に合致したのは11例(8.0%)であった。両群間に基礎疾患や入院前の内服薬および院内死亡率で有意差を認めなかったが、CE群では女性の割合(72.7% vs. 20.6%,  $P < 0.001$ )が有意に高かった。AF患者では高齢、高血圧、心不全など血栓症リスク因子の保有率が女性で有意に高いためと思われる。また、CE患者における入院前の抗凝固薬投与率は3割以下で、ワルファリン内服患者の平均PT-INRも低値だった。これらは日常診療での適切な抗凝固療法によってAMIを回避できた可能性がある。

## 123 感染性心内膜炎に伴う腸腰筋膿瘍、転移性細菌性眼内炎を発症した一例

那覇市立病院<sup>1)</sup>

那覇市立病院循環器内科<sup>2)</sup>

○友利壮志<sup>1)</sup>, 横田尚子<sup>2)</sup>, 中田円仁<sup>2)</sup>, 比嘉南夫<sup>2)</sup>

間仁田守<sup>2)</sup>, 旭 朝弘<sup>2)</sup>, 田端一彦<sup>2)</sup>

【症例】56歳男性【主訴】発熱、腰痛、視力低下【既往歴】2型糖尿病、アルコール性肝硬変、左脛骨近位部骨折【現病歴】入院5日前右足底に2度深部熱傷を認め、入院3日前からの発熱、腰痛、右目の視力低下を主訴に内科を受診した。発熱、腰痛精査で行った造影CT検査にて左腸骨筋膿瘍、右胸鎖関節膿瘍を認め、血液培養3セットからMRSAが検出された。また経食道心臓超音波検査にて大動脈弁に10mm×6mmの疣贅が確認され、Duke診断基準から感染性心内膜炎の診断となった。また右眼に前房蓄膿を認め転移性細菌性眼内炎の診断となった。

【臨床経過】Linezolidで治療を開始し、入院3日目に内因性細菌性眼内炎に対し硝子体手術施行した。抗菌薬33日目のCTでは膿瘍は消失、心エコーでも疣贅は消失していた。抗菌薬は血液培養陰性確認後から6週間使用し退院した。右眼は視力低下を認めるが今後眼内レンズ挿入で視力回復が見込まれる状態で失明を避けることができた。

【結語】感染性心内膜炎により腸骨筋膿瘍、転移性の細菌性眼内炎合併した症例を経験した。

## 124 アルコール負荷ヘッドアップチルト試験により血管抑制型神経調節性失神と診断できた一例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院循環器内科<sup>1)</sup>

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院不整脈科<sup>2)</sup>

○西脇修司<sup>1)</sup>, 林 秀幸<sup>1)</sup>, 中根英策<sup>1)</sup>, 春名克純<sup>1)</sup>

宮本昌一<sup>1)</sup>, 和泉俊明<sup>1)</sup>, 春名徹也<sup>2)</sup>, 猪子森明<sup>1)</sup>

【症例】24歳男性【主訴】失神【現病歴】缶チューハイを2本飲酒後、トイレまで歩行する間に眼前暗黒感があり意識消失した。半年後再度ワイン2杯飲酒後に座位で同様の意識消失あり、原因精査目的に入院となった。【臨床経過】ホルター心電図では夜間就寝中に脈拍30台の洞性徐脈認めた。ビール350ml摂取後にヘッドアップチルト試験を行うと立位負荷12分後に脈拍上昇、120/50mmHgから72/41mmHgまで血圧低下を認め意識消失し、血管抑制型神経調節性失神と診断した。飲酒による影響を確かめるため、翌日アルコール負荷せずヘッドアップチルト試験を施行したが、脈拍上昇のみで血圧低下は認めなかった。以後禁酒を指導し1年間失神なく経過している。【考察】アルコールによる脈拍上昇や体血管抵抗低下による静脈還流減少が起り、起立時に交感神経過緊張状態となり、失神が誘発されたと考えられた。また本症例では夜間徐脈も認めており遠心性迷走神経緊張が高い体質も関連していたと推測された。【結語】通常の方法で誘発されなかったが、アルコール負荷により失神が再現され、飲酒後失神症例にはアルコール負荷ヘッドアップチルト試験が有用と考えられた。

## 125 リードレスペースメーカー：MicraTM Transcatheter Pacing System (TPS) を高位中隔に留置し閾値上昇を認めた2症例

東広島医療センター医局<sup>1)</sup>

東広島医療センター循環器内科<sup>2)</sup>

○奥田康博<sup>1)</sup>, 小野裕二郎<sup>2)</sup>, 原 幹<sup>2)</sup>, 城日加里<sup>2)</sup>  
小出真一郎<sup>2)</sup>, 対馬 浩<sup>2)</sup>, 東 昭史<sup>2)</sup>

リードレスペースメーカーは手術時間の短縮が見込まれ、静脈閉塞やリード断線、ポケット感染など有害事象の回避が期待される。当院では2017年9月から7名に留置したが、難渋し術後に閾値上昇を認めた2症例を経験したので報告する。症例1: 90歳 陳旧性下壁梗塞、徐脈頻脈症候群。心尖部の閾値が高くやむを得ず高位中隔に留置したが、術後体位変換に伴い閾値の上昇(1.0V/0.24ms⇒2.88V/0.4ms)を認めた。症例2: 87歳、脳梗塞にて入院中、心房細動停止時に7秒の洞停止。右心小さくカテーテル操作が制限され留置に難渋しやむを得ず高位中隔に留置。術直後は閾値1.38V/0.24ms(波高5.2mV)だったが、体位変換後3.63V/1.0msに上昇した。1か月後閾値はやや改善したが臥位2.63V/1.0ms、坐位3.38V/1.0msと体位での変動を認めた。2症例とも高位中隔に留置し二本以上のtines固定を確認したが、体位での変動を認めており固定が不十分だったと推察される。高齢で活動性低く、刺激率2-3%、予測電池寿命7年であり経過観察とした。基礎疾患を持つ高齢者が多く留置に難渋するケースも少なくない。本症例の様に術後に閾値上昇を認める症例もあり高位中隔に留置する際には注意を要する。

## 126 原因不明の左室心筋石灰化を認めた姉妹例

市立宇和島病院臨床研修部<sup>1)</sup>

市立宇和島病院循環器内科<sup>2)</sup>

市立宇和島病院病理診断科<sup>3)</sup>

○滝山裕梨<sup>1)</sup>, 大木元明義<sup>2)</sup>, 渡部勇太<sup>2)</sup>, 宮崎慈大<sup>2)</sup>  
河野珠美<sup>2)</sup>, 大島清孝<sup>2)</sup>, 松影昭一<sup>3)</sup>, 濱田希臣<sup>2)</sup>

症例は69歳、女性。当院受診3年前から近医で高血圧症と僧帽弁輪石灰化を指摘され、降圧薬による治療を開始された。今回、近医で胸部X線写真、心エコー、CTで左室自由壁・中隔の心内膜側心筋内に高度の石灰化を指摘され、当院を紹介受診した。血液検査ではCa、P、インタクトPTHは正常範囲内であった。また、結核感染評価のためのT-SPOTも陰性であった。冠動脈造影では器質的有意狭窄はなかった。右心カテーテル検査で肺動脈楔入圧: 21mmHg、平均肺動脈圧: 29mmHgであった。右室側心室中隔心筋生検では特異的な所見がえられなかった。81歳で亡くなった姉にも同様の左室心筋石灰化があり、病理解剖では、結核性心筋石灰化の可能性を指摘されたが、この患者は結核の既往がなく、T-SPOTも陰性であったため、結核性心筋石灰化の可能性は否定的であった。収縮性心膜炎では結核以外のウイルス性などの慢性炎症による石灰化が発症しうるが、この症例では、姉妹に同様の左室心筋石灰化があり、何らかの遺伝的疾患の可能性も除外できなかった。本症例では石灰化部位が左室心筋心内膜側であり、生検でも結論が得られなかったため、各種疾患の可能性を含めて議論させていただくために報告する。

## 127 外科的補助循環治療中の抗凝固療法に苦慮した劇症型心筋炎の一例

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

○原田夏実, 萱森裕美, 柏村 健, 高野俊樹, 大久保健志  
保屋野真, 柳川貴史, 小澤拓也, 尾崎和幸, 南野 徹

【症例】54歳女性。劇症型心筋炎の診断で、IABPとPCPS下に当院へ搬送された。左室壁運動は高度に低下して大動脈弁は開かず、肺うっ血所見が出現したため、Central ECMO+LV ventを予定したが、左室内血栓が疑われたため、左室壁をくりぬいて内部を観察して太い脱血管を入れ、人工肺付き遠心ポンプで上行大動脈に送血するのに加え、右房脱血を細い脱血管組み合わせる形とした。肺うっ血は改善したが左室機能低下は残存するため、2週間後に右房脱血管を抜去し、左室脱血・上行大動脈送血の遠心ポンプのLVADの形とした。2か月後、リハビリを進めるためにNIPRO-VADへの変更を行った日に多発性脳梗塞を、その後クモ膜下出血を発症し、永眠された。【考察】抗凝固のコントロールに、ACTとAPTTを用いていたが、出血性のイベントや、血栓形成による回路交換、血液浄化療法により、その値が変動し、とくに血液浄化療法時にはACTとAPTTの値に解離が生じ、コントロールに難渋した。【結語】補助循環治療では併発疾患や追加治療にともなう血栓傾向の変化への対応が必要である。

## 128 P 孤立性腹部内臓動脈解離40例の検討

慈恵会相澤病院総合内科

○守安 諒, 山本智清, 寺川偉温, 内坂直樹

【目的】救急外来を受診する孤立性腹部内臓動脈解離の実態を明らかにする【方法】2008年1月～2017年12月までの間で当院救急外来を受診し、孤立性腹部内臓動脈解離(腹腔動脈解離、上腸間動脈解離)と診断された患者40名を後ろ向きに検討した【検討項目】主訴、発症形態、基礎疾患(高血圧、糖尿病、高脂血症)の有無、飲酒、喫煙、D-dimer値、CRP値、臓器虚血の有無、初療医による診断の正誤、である【結果】症例40例(腹腔動脈解離17例)、平均年齢52.9±8.2、突然発症28例、高血圧既往16例、糖尿病既往0例、高脂血症既往1例、常用飲酒16例、喫煙12例、D-dimer値0.62(※測定症例31例)、CRP1.37(※測定症例38例)CRP極値3.66(測定症例38例)、臓器虚血5例、初療医で診断できず後日の放射線科医による診断での正診に至った症例5例であった。放射線科医による後日の正診例では発熱があったり間欠痛であったりなど非典型的な主訴や経過のため正診できなかったものと考えられた。【結論】孤立性腹部内臓動脈解離は比較的稀な疾患ではあるが、急性腹症の鑑別では常に念頭を置き、突然発症の病歴などから鑑別していく必要がある。画像読影時には腹部内臓動脈解離の存在を忘れず、単純CTであっても脂肪織濃度上昇などから当疾患を疑い、造影CTを追加するなどの対応が必要である。

**129** 下壁誘導でST上昇を認め、心不全管理に苦慮した灌流域の大きい左回旋枝を責任病変とした急性心筋梗塞の一例

新潟大学医歯学総合病院総合臨床研修センター<sup>1)</sup>

新潟大学医歯学総合病院循環器内科<sup>2)</sup>

○佐々木航人<sup>1)</sup>、大久保健志<sup>2)</sup>、高野俊樹<sup>2)</sup>、荻森裕美<sup>2)</sup>

保屋野真<sup>2)</sup>、柳川貴史<sup>2)</sup>、小澤拓也<sup>2)</sup>、柏村 健<sup>2)</sup>

尾崎和幸<sup>2)</sup>、南野 徹<sup>2)</sup>

症例は69歳男性。胸部不快感を主訴に当院へ救急搬送され、心電図でII、III、aVF、V5、V6誘導でのST上昇、V1からV4のST低下を認め、急性心筋梗塞の診断で緊急カテーテルを施行した。右冠動脈には狭窄病変を認めるも灌流域が小さく、後下行枝を含む左冠動脈回旋枝近位部に造影遅延を伴う高度狭窄と、左前下行枝近位部の高度狭窄を認めた。責任病変と考えられる回旋枝病変に対して経皮的冠動脈形成術を施行した。左室造影では下側壁の広範な領域で高度の壁運動低下を認めた。CK/MBは最大で5186/297IU/Lまで上昇した。術後、心不全が遷延し、呼吸補助とカテコールアミンの持続投与を2週間程度要した。後日、左前下行枝の高度狭窄に対しても経皮的冠動脈形成術を施行し、独歩退院となった。【考察】一般的にはバランス型の左回旋枝領域の急性心筋梗塞では循環動態の破綻を生じることが少ないが、本症例では責任病変である左回旋枝の灌流域は大きく、その上で左前下行枝にも狭窄病変を合併していたため、心不全管理に苦慮したと考えられた。【結語】下壁誘導でST上昇を認め、心不全管理に苦慮した灌流域の大きい左回旋枝を責任病変とした急性心筋梗塞の一例を経験した。

**130** 大動脈弁・僧帽弁二弁置換術後の溶血性貧血が再々手術で改善した一例

信州大学循環器内科<sup>1)</sup>

心臓血管外科<sup>2)</sup>

○高 裕信<sup>1)</sup>、海老澤聡一郎<sup>1)</sup>、大熊ゆかり<sup>1)</sup>、小林秀樹<sup>1)</sup>

三枝達也<sup>1)</sup>、岡田綾子<sup>1)</sup>、瀬戸達一郎<sup>2)</sup>、元木博彦<sup>1)</sup>

岡田健二<sup>2)</sup>、桑原宏一郎<sup>1)</sup>

70歳女性。他医にて2010年に大動脈閉鎖不全及び僧帽弁閉鎖不全に対し二弁置換術が施行された。しかし、2016年頃から溶血性貧血を認めるようになった。心臓超音波検査では僧帽弁のperivalvular leakageおよび大動脈弁の加速血流があり、溶血の原因と考え、2017年8月に再開胸手術となったが、術中所見より僧帽弁再置換術のみを行った。しかし、術後も貧血は改善せずLDHも術前1,112 U/Lが術後2日目では3,647 U/Lと上昇、炎症反応も伴い、精査加療目的に2017年9月当院転院となった。心臓超音波検査を再検したところ、大動脈弁の開放制限、僧帽弁のperivalvular leakageを認めた。遷延する貧血・炎症から心不全は悪化傾向であり、再々度の開胸を行い大動脈弁再置換術、および僧帽弁の縫合を追加した。術後、貧血、LDH上昇および炎症反応は著明に改善した。術後21日でリハビリ目的に転院した。

【結語】本例は炎症反応亢進および衰弱が進んだ状態ではあったが、手術以外に選択肢がないと考えられ踏み切った結果救命し得た。貴重な症例と考えられ報告する。

**131** 脳動静脈瘻により高心拍出性心不全をきたした一例  
新潟大学医歯学総合病院循環器内科

○小出 伸、荻森裕美、柏村 健、高野俊樹、大久保健志

保屋野真、柳川貴史、小澤拓也、尾崎和幸、南野 徹

【症例】27歳女性。頭痛、嘔吐および意識障害を主訴に前医を受診し、水頭症を伴う脳血管奇形を認め当院脳神経外科へ転院した。脳血管造影にて脳動静脈瘻と診断し、1回目の血管内治療を行った後に全身浮腫および酸素化不良が出現した。胸部CTでは両側の中核側有意の浸潤影と小葉間隔壁肥厚を認め肺水腫の所見であったが、心原性肺水腫としては非典型的であり神経原性肺水腫も疑われた。診察上、前胸部に広範な拍動を触知し、心エコー図では壁運動の過収縮を認め、心臓カテーテル検査で心拍出量14.5L/min、高心拍出の状態であった。利尿薬とβ遮断薬で治療後に脳動静脈瘻に対して再度血管内治療を行い、前後で心拍出量は、11.25→5.89L/min、肺動脈楔入圧17→8mmHgへ改善を認め、その後肺水腫を呈することはなく経過した。【考察】動静脈瘻は高心拍出性心不全の一因であるが、脳動静脈瘻により高心拍出性心不全を呈した症例報告は認めない。本症例では血管内治療の前後で血行動態を評価し、脳動静脈瘻により高心拍出性心不全を来たしていたことを証明できた。

**132** プロモクリプチンが著効した卵子提供胚移植後高齢出産女性における周産期心筋症の一例

久留米大学医学部内科学講座心臓血管内科部門

○香月太郎、高橋甚彌、森川 渚、大淵 綾、仲吉孝晴

板家直樹、古庄 文、福井大介、福本義弘

【症例】48歳女性【主訴】呼吸苦

既往に特記事項なし。卵子提供胚移植後妊娠(二絨毛膜二羊膜双胎)後、妊娠経過は良好で38週で帝王切開術にて出産し退院。出産後14日目より呼吸困難感・喘鳴が出現し当院に紹介受診となった。受診時、起坐呼吸であり、肺野の湿性ラ音・下肢浮腫を認めた。胸部X線撮影で著明な肺うっ血を認め、心エコー上LVDD/Ds59/54mm、LVEF18%と心拡大・左心収縮能低下を認めた。以上より周産期心筋症と診断し、集中治療室にて酸素投与・血管拡張薬・利尿薬にて加療を行った。治療への反応は良好で尿量確保され、酸素化は改善した。しかし左心機能の改善は乏しく、心不全標準治療に加えてプロモクリプチン投与を開始した。発症9か月後の心機能は正常化し、経過良好である。

【考察】近年増加している女性の高齢出産・不妊治療に伴う周産期心筋症である。卵子提供胚移植と周産期心筋症の関連性を示す研究はないが、妊娠高血圧は有意に増加することが報告されており、通常妊娠よりも嚴重な管理が必要である可能性がある。プロモクリプチンの有効性は議論されるが、本症例においては有効であった。

【結語】卵子提供胚移植後高齢出産女性における周産期心筋症の一例を経験した。

### 133 集学的治療が奏功した心臓腫瘍合併薬剤性心筋症の重症心不全症例

秋田大学医学部附属病院総合臨床教育研修センター<sup>1)</sup>

秋田大学医学部附属病院循環器内科学講座<sup>2)</sup>

○仙場志保<sup>1</sup>, 佐藤輝紀<sup>2</sup>, 飯野貴子<sup>2</sup>, 貝森亮太<sup>2</sup>

加藤 宗<sup>2</sup>, 木村俊介<sup>2</sup>, 飯野健二<sup>2</sup>, 渡邊博之<sup>2</sup>

【症例】54歳男性【既往歴】11歳時骨肉腫にて下肢切断，肺転移左上葉切除術，放射線照射，ドキソルビシン（DOX）による化学療法を受けた【経過】慢性心房細動で通院中，労作時呼吸困難増悪にて加療目的に入院．BNP 802pg/ml，心エコー上後側壁の壁運動が低下ありEF 35%と低値，左室拡大と高度僧帽弁逆流を合併し，さらに可動性左室心尖部腫瘍を認めた．左前下行枝に高度狭窄を認めたが，心臓MRIにて確認された広範な線維化は冠動脈支配領域と一致せず，DOX誘発性心筋症が示唆された．以上より，複数病態合併心不全と診断．薬物療法抵抗性のため僧帽弁形成術，冠動脈バイパス術，腫瘍摘除術を行った．腫瘍は乳頭状線維弾性腫（PFE）であった．術後，心臓リハビリも行き心不全症状は改善した．

【考察】DOXによる心筋障害は不可逆的で予後不良であり，本例は心臓腫瘍も合併した複雑病態の重症例だったが，合併病態の治療で改善しえた．PFEは良性腫瘍だが，約2割は放射線照射や開心術後に発生するとされ，既往が関与している可能性がある．腫瘍合併重症心不全例ではその良悪性が植込型人工心臓の適応決定に影響するため，詳細な病態把握に基づいた治療戦略が必要である．

【結語】集学的治療が奏功した複数病態合併DOX誘発心筋症を経験した．

### 134 両心室型たこつぼ心筋症による急性心不全を発症した虚血性心疾患の一例

奈良県立医科大学臨床研修センター<sup>1)</sup>

奈良県立医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

○濱野泰光<sup>1</sup>, 滝爪章博<sup>2</sup>, 西田 卓<sup>2</sup>, 添田恒有<sup>2</sup>

岡山悟志<sup>2</sup>, 尾上健児<sup>2</sup>, 渡邊真言<sup>2</sup>, 川上利香<sup>2</sup>

大倉宏之<sup>2</sup>, 斎藤能彦<sup>2</sup>

【症例】84歳，男性．【主訴】呼吸困難．【現病歴】虚血性心疾患にて，ステント留置の既往があるが，心機能は良好であった．呼吸困難を主訴に来院した．胸部エックス線で肺うっ血，心拡大を認め，急性心不全と診断，入院となった．【経過】心電図でV2からV6誘導にかけての巨大陰性T波を認めた．心エコー図で左室前側壁・心尖部と，右室心尖部に壁運動異常を認めた．以上より，両心室型たこつぼ心筋症による心不全と診断し，利尿薬などによる薬物加療を行った．心不全はすみやかに軽快した．心電図の巨大陰性T波や心エコー図の壁運動異常は改善傾向にあった．冠動脈造影では，左前下行枝に中等度狭窄を認めたが，FFRは0.78であったため，血行再建の適応はないと判断し，内科治療を継続した．【考察】本例は，急性期に左室壁運動異常とともに冠動脈病変では説明のつかない右室壁運動異常を認めたことから，虚血性心疾患よりも両心室型たこつぼ型心筋症と診断した．右室壁運動異常はたこつぼ心筋症の20-30%程度に合併するといわれており，決してまれではない．胸痛や心不全例では左室のみならず右室の壁運動異常にも留意すべきである．

### 135 新規のαトロポミオシン遺伝子異常を特定しえた家族性肥大型心筋症の一家系

山口大学大学院医学系研究科器管病態内科学

○縄田純也，小林茂樹，久岡美奈子，大野 誠，小田哲郎  
矢野雅文

当初初診時62歳の女性．動悸を主訴に近医を受診し，心エコーでの心室中隔壁肥厚を指摘されていた．その後，約2年の経過で心機能の経時的な低下（LVEF 60%→50%）を認め，心筋症の精査目的に当科入院となった．家族歴として孫（当時14歳）の突然死があり，αトロポミオシンに遺伝子異常が同定され，肥大型心筋症と診断されていた．突然死した孫の母親にあたる，本患者の娘にも同一の遺伝子異常が同定されていた．心エコーでは心室中隔の肥大を認め，娘，孫と非常に類似した所見であった．心筋生検を行ったところ，心筋細胞の肥大と細胞周囲の線維化を認めた．濃厚な家族歴，心室中隔肥大，心筋生検の所見などから家族性肥大型心筋症と診断した．肥大型心筋症は約半数に家族性の集積が報告されている．本例は3世代にわたって特徴的な心室中隔肥大が観察され，さらに未報告のαトロポミオシン遺伝子異常を特定しえた一家系であり，報告する．

### 136 インフルエンザ感染を契機に急性増悪から補助人工心臓植え込みを要した不整脈原性右室心筋症の一例

聖マリアンナ医科大学医学部<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学循環器内科<sup>2)</sup>

○松田 迪<sup>1</sup>, 黄 世捷<sup>2</sup>, 木田圭亮<sup>2</sup>, 鈴木知美<sup>2</sup>

高野 誠<sup>2</sup>, 中島育太郎<sup>2</sup>, 出雲昌樹<sup>2</sup>, 石橋祐記<sup>2</sup>

原田智雄<sup>2</sup>, 明石嘉浩<sup>2</sup>

【症例】35歳男性【経過】18歳時に運動中の失神から不整脈原性右室心筋症の診断となった症例．以降当院継続通院され，29歳時に植え込み型除細動器（ICD）移植．心不全症状なく経過されていたが，平成2x年3月にインフルエンザ感染を契機に心不全発症．ドブタミン併用下に感染治療を行い，心不全の代償化を得た．一週間の心不全入院を経て自宅退院となったが，自宅療養中に呼吸困難感，嘔気，腹部圧迫感が出現．退院後17日目に症状軽快なく近医入院．植え込み型除細動器の頻回作動（Electrical storm:ES）を認めたため当院へ転送となった．促進型心室固有調律（Slow VT）に対してICD設定変更と，低心拍出症候群に対するドブタミン投与のうえ，入院第11病日に心室頻拍に対する心筋焼灼術を施行．その後ドブタミンの漸減を図るもビリルビンの上昇を認め，カテコラミン依存状態と判断した．心移植登録準備のため入院継続中，第41病日に病棟内で卒倒．再度ESとなりICD作動頻回となった．補助人工心臓（VAD）植込み目的に第53病日に転院となった．【考察】本症例は感染を契機に心不全が非代償化し，ESをきたしたものの，VAD植え込みに至った．

### 137 新生児動脈管開存例から学ぶ動脈管自然閉鎖のメカニズムと成人例治療における考察

島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

島根大学医学部附属病院小児科<sup>2)</sup>

島根大学医学部附属病院循環器内科<sup>3)</sup>

○田邊淳也<sup>1)</sup>, 中嶋滋記<sup>2)</sup>, 安田謙二<sup>2)</sup>, 柴田直昭<sup>2)</sup>

竹下 健<sup>2)</sup>, 田邊一明<sup>3)</sup>

【症例】日齢12女児【主訴】多呼吸, 陥没呼吸

【現病歴】在胎37週0日, 体重2955g, Apgar score 6/9点, 選択的帝王切開で出生した。日齢6に心雑音聴取あり, 心エコー図検査を施行し動脈管開存(PDA)を認めた。多呼吸, 陥没呼吸, 頻拍も認め, 症候性PDAと考えられた。外科的治療が必要になる可能性も考慮し, 日齢12に当院へ新生児搬送となった。

【臨床経過】心エコー図検査にて5mm大のPDAを認めた。インドメタシン(INDO)計4回投与(初回0.2mg/kg, 以降0.25mg/kg)し, 動脈管閉鎖に至った。尿量減少や低血糖, 出血の副作用もなく, 呼吸症状・バイタルは大幅に改善し, 退院した。

【考察】動脈管は動脈血酸素分圧の上昇, 血中プロスタグランジン(PGE<sub>2</sub>)濃度の低下により収縮する他に, PGE<sub>2</sub>による動脈管平滑筋の成熟と弾性線維の形成不良という組織構造の変化により生後自然閉鎖する。成人期PDAはこの組織構造の変化が足りず閉鎖に至らなかったと考えられるため, 新生児PDAと違いINDO治療は選択されない。

【結語】INDO治療の奏効した新生児PDA症例を経験した。

### 138 メトホルミンの中止なく, 造影剤検査後に乳酸アシドーシスを呈した1例

東海大学病院臨床研修医<sup>1)</sup>

東海大学病院臨床研修医<sup>2)</sup>

東海大学病院腎内内分泌代謝内科<sup>3)</sup>

○宮本真衣<sup>1)</sup>, 相原一樹<sup>2)</sup>, 齊藤仁通<sup>3)</sup>, 中川洋佑<sup>3)</sup>

木村守次<sup>3)</sup>, 豊田雅夫<sup>3)</sup>, 深川雅史<sup>3)</sup>

【背景】後発品や合剤増加で, その判別が困難になっている今日, 患者の不利益が増えることも懸念される。メトホルミン(MT)の代表的な副作用として乳酸アシドーシス(LA)が知られているが, 今回, 造影検査時にMTが使用されてしまいLAに至った症例を経験したので報告する。

【症例】54歳女性。他施設にてMT等の糖尿病薬が処方されていた。腎疾患の指摘はない。今回, 心房中隔欠損疑いで造影CTを行い, 検査後, LAと腎障害を認めた。当科転科後, 適切な管理により軽快退院となった。

【考察】経過から, MTがLA等の原因と考えられた。説明同意書にMT服用中の場合は検査中止の旨が記載されていたにも関わらず, 続行された原因としては, 薬手帳の持参なく, 同意書の薬品名が, グリコラン等の商品名の記載で, 一般名・後発品名の記載がなく, 患者も医師も気づかなかったことなどが考えられた。

【結語】薬剤情報の共有に薬手帳の確認は必要で, その記載には, 先発品名と後発品名も含めた全薬品名の記載, もしくは一般名に統一することなどが重要である。合剤, 後発品などの複数名がある薬剤, 併用禁忌薬剤などの対応には, 多職種間で情報を共有し, 施設内で使用する薬剤の選定と, 使用対象者への配慮などが必要である。

### 139 関節リウマチにアダリムマブ投与中に糖尿病性ケトアシドーシスで発症した膵サルコイドーシスの69歳女性例

国立病院機構東京医療センター神経内科<sup>1)</sup>

国立病院機構東京医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>

国立病院機構東京医療センター放射線科<sup>3)</sup>

国立病院機構東京医療センター呼吸器科<sup>4)</sup>

○雪野 満<sup>1)</sup>, 金 宇慶<sup>1)</sup>, 森田陽子<sup>1)</sup>, 白石淳一<sup>2)</sup>

伊東伸剛<sup>3)</sup>, 藤本和志<sup>4)</sup>, 安富大祐<sup>1)</sup>

サルコイドーシスは原因不明の非乾酪壊死性肉芽腫を特徴とする炎症性疾患である。臓器障害としては主として肺, 眼, 心で, 膵臓病変の症例は極めてまれである。症例は69歳女性例。関節リウマチにアダリムマブ投与中に体重が1ヶ月間で8kg減少し, 随時血糖292mg/dl, HbA1c10.6%, 尿ケトン3+と糖尿病性ケトアシドーシスの状態であった。蓄尿C-peptide0.3μg/dayであったが, 抗GAD抗体, 抗IA-2抗体は陰性であった。造影CT検査で膵頭部腫大, 膵膵リンパ節腫大, 肝脾腫を認め, FDG-PETで同位部に集積を認めた。血清ACE 71.3U/LとCA19-9 147.6U/mLと高値であり, CTガイド下に膵生検を施行し, 非乾酪壊死性肉芽腫を認めたため膵サルコイドーシスと診断した。経過中に両側肺門部リンパ節腫脹, 末梢神経障害による四肢筋力低下も出現し, ステロイド投与により膵機能以外は改善した。本症例のように, 膵病理で診断をしたサルコイドーシス症例はわずかである。抗TNFα抗体阻害薬投与中の発症であり, 過去の症例と対比して報告する。

### 140 高血糖を呈したアルコール性ケトアシドーシスの一例

沖縄県立北部病院総合内科

○照屋翔二郎, 徳増一樹, 白壁勝大, 齋藤隆弘, 山本恭資

永田恵蔵

【症例】41歳男性【主訴】意識障害【現病歴】4年前からアルコール依存状態となっていた方。来院前日は食事をほとんど取らず, 同日夜には嘔吐した。来院当日の朝意識状態の悪化を認めたため当院受診。【臨床経過】来院時点で血圧59/39mmHg, 脈拍133回/分であり, 来院直後の採血にて血中ケトン体1.0mmol/L, 静脈血液ガスではpH 7.208, pCO<sub>2</sub> 46.6mg/dL, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17.9mmol/L, GLU 378mg/dL, Na<sup>+</sup> 140mmol/L, K<sup>+</sup> 4.0mmol/L, Cl<sup>-</sup> 109mmol/L, Lac 5.5mmol/Lであった。補液及びインスリンを使用し血糖と電解質を補正した。アセトン分画はアセト酢酸(AA)178μmol/L, β-ヒドロキシ酪酸(BOHB)909μmol/LとBOHB優位の上昇を認め, アルコール多飲歴もある事からアルコール性ケトアシドーシス(AKA)と診断した。入院翌日の採血では血糖値107mg/dL, HbA1c 4.2%, C-ペプチド1.20ng/mL, 抗GAD抗体5.0未満U/mLであった。【考察】本症例では来院直後より血中ケトン体陽性と著明な高血糖を認めたが, いずれもAKAとしては非典型的な所見である。ケトン体陽性は軽度であり, AAの軽度上昇を認めたため矛盾しない。高血糖に関しては上述の検査結果により糖尿病合併の可能性は低く, ストレス性であると考えた。

【結語】非典型的な所見を呈したAKAの症例を経験し, 病態を深く考察する事の重要性を再確認する一例となった。

### 141 ピオグリタゾンから安全にメトホルミンに切り替え得た Werner 症候群による糖尿病の一例

千葉大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌内科

○寺本直弥, 南塚拓也, 前田祐香里, 馬場雄介, 山本 雅

加藤尚也, 石川崇広, 越坂理也, 前澤善朗, 横手幸太郎

症例は 52 歳女性. 30 歳前半に糖尿病, 32 歳時に両眼白内障, 白髪, 脱毛を認め, 45 歳時に遺伝子診断により Werner 症候群 (WS) と診断された. 糖尿病はピオグリタゾン (Pio) 15mg の投与により, HbA1c 5.6% とコントロール良好であった. 今回, WS による右足趾潰瘍に対し手術を行うため入院となった. BMI 25.6 と肥満を認め, 大腿骨頸部骨密度測定において YAM 値 65% と骨粗鬆症の合併もあることから, Pio を中止の上メトホルミン 500mg を開始した. 食前血糖は Pio 内服下での 110mg/dl 前後から 100mg/dl 程度へと低下, 食後血糖も上昇はみられなかった. WS は内臓脂肪蓄積と強いインスリン抵抗性を伴いやすいことが知られ, Pio を用いて血糖コントロールに成功した報告が多い. 一方で Pio は体重増加に加え骨粗鬆症を促進する事から, 適応を慎重に判断する必要がある.

### 143 ステロイド糖尿病に対し weekly-GLP-1 製剤が有効と考えられた 1 例

東京大学医学部附属病院糖尿病代謝内科

○三浦雅臣, 岡崎由希子, 鈴木 亮, 窪田直人, 山内敏正

門脇 孝

【症例】68 歳女性【現病歴】X-3 年, 2 型糖尿病と診断され DPP-4 阻害薬のみで経過良好であった. X 年, 自己免疫性肝炎による肝障害治療目的に消化器内科入院のうえ PSL35mg 投与開始となったが, 血糖高値を認め, ステロイド糖尿病と診断された. 血糖コントロールおよびインスリン注射手技獲得のため, 当科転科となった. 【経過】当初は強化インスリン療法にて治療を行ったが, 小脳出血による右片麻痺の後遺症があり, 自身での頻回注射は困難と判断された. Weekly GLP-1RA に変更し良好な血糖コントロールを得た. 退院後, ステロイド漸減の際も低血糖を起こすことなく同量を継続できた. 【考察】ステロイド糖尿病の治療として, その病態から考察すると, GLP-1RA が良い適応となり得ることを文献的考察を加えて報告する. また, 頻回な自己注射が困難な患者にとって Weekly 製剤は良い適応と考えられた.

### 142 ステロイド治療後に膵β細胞に比して膵α細胞の顕著な機能回復を認めた自己免疫性膵炎の 1 例

和歌山県立医科大学内科学第一講座<sup>1)</sup>

和歌山県立医科大学病理診断科<sup>2)</sup>

○石山雄大<sup>1</sup>, 竹島 健<sup>1</sup>, 有安宏之<sup>1</sup>, 岩倉 浩<sup>1</sup>

西 理宏<sup>1</sup>, 古田浩人<sup>1</sup>, 割栢健史<sup>2</sup>, 村田晋一<sup>2</sup>

赤水尚史<sup>1</sup>

【症例】73 才男性. 高血圧症, 脳梗塞, 心房細動の既往がある. 30 年前に 2 型糖尿病歴と診断され内服治療を開始した. 3 か月前より糖尿病が悪化 (HbA1c 7.7 → 12.6%) し, インスリン導入. 腹部 CT で膵びまん性腫大, 血清 IgG4 高値のため自己免疫性膵炎 (AIP) 疑いで当科紹介となった.

FBS 141mg/dL, CPR 0.2 ng/mL (CPI 0.14), 食事負荷△CPR-0.06 ng/mL とインスリン分泌は顕著に低下し, アルギニン負荷試験 (ATT) ではグルカゴン (IRG) 分泌低下, PFD 試験で膵外分泌能低下を認めた. EUS-FNA で著明な線維化, リンパ・形質細胞浸潤, IgG4/IgG 陽性形質細胞比 33/40 (82%), 膵島構造の消失を認め, AIP に矛盾しなかった.

PSL 治療 4 週間後, インスリン分泌は CPI 0.39, 食事負荷△CPR 0.35 ng/mL と軽度改善に留まる一方, ATT で△IRG が頂値 (60 分) 211 → (30 分) 425 pg/mL と顕著に改善した.

【考察】AIP に伴う糖尿病は, 未だ治療指針が示されていない. 本症例は, PSL 治療後の膵α・β細胞機能改善の程度に違いを認める症例が存在し, 各々の機能評価を行うことで病態に応じた糖尿病治療薬選択や治療反応性を推定できる可能性を示唆する貴重な症例と考えられた.

### 144 低 HDL と角膜混濁から魚眼病の診断に至った姉妹 鹿児島大学心臓血管・高血圧内科学<sup>1)</sup>

牧瀬内科クリニック<sup>2)</sup>

千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学<sup>3)</sup>

○牛飼純平<sup>1</sup>, 赤崎雄一<sup>1</sup>, 宮田昌明<sup>1</sup>, 池田義一<sup>1</sup>

佐々木雄一<sup>1</sup>, 牧瀬洋一<sup>2</sup>, 黒田正幸<sup>3</sup>, 横手幸太郎<sup>3</sup>

大石 充<sup>1</sup>

【症例】58 歳と 60 歳の姉妹【主訴】羞明, 夜間視野低下【現病歴】姉 (症例 1) 妹 (症例 2) とともに幼少期より角膜色素異常を認めていたが, 視力に異常は無かった. 以前より健康診断で低 HDL 血症を指摘されており, 精査のために受診した. 【検査結果】症例 1; Hb 12.3g/dL, Cre 0.50mg/dL, T-cho 195mg/dL, TG 138mg/dL, HDL-c 7mg/dL, LDL-c 146 mg/dL, レシチン・コレステロールアシルトランスフェラーゼ (LCAT) 活性 [自己基質法] 53.6 ± 8.77 Δ FC nmol/mL/hr.37°C (健常人 80.8 ± 6.63) [高感度人工基質法] 8.13 ± 0.91 E-cho nmol/mL/hr (健常人 412 ± 9.2). 症例 2; Hb 12.9g/dL, Cre 0.44mg/dL, T-cho 235 mg/dL, TG 188 mg/dL, HDL-c 9 mg/dL, LDL-c 136 mg/dL, LCAT 活性 [自己基質法] 57.1 ± 11.8 Δ FC nmol/mL/hr.37°C [高感度人工基質法] 8.99 ± 0.65 E-cho nmo/mL/hr. 遺伝子検査で LCAT 遺伝子の c.440C > T の変異を認めた. 貧血, 腎機能障害を認めないという病態から魚眼病と診断した. 【考察】LCAT 遺伝子異常は家族性 LCAT 欠損症と魚眼病に大別される希少な疾患である. 著名な低 HDL 血症を認めた場合は, 本疾患を疑い, 角膜混濁・貧血・腎機能障害や家族歴を精査し, 診断することが重要である.

## 145 血糖自己測定記録の下一桁を用いて虚偽申告を発見できるか？

松山市民病院臨床研修科<sup>1)</sup>

松山市民病院内科<sup>2)</sup>

○鶴岡幸太<sup>1</sup>, 新谷哲司<sup>2</sup>, 渡部杏子<sup>2</sup>, 和泉清拓<sup>2</sup>  
増田紘子<sup>2</sup>, 塩見亮人<sup>2</sup>, 加藤ひとみ<sup>2</sup>, 眞鍋健一<sup>2</sup>  
藤堂裕彦<sup>2</sup>, 古川慎哉<sup>2</sup>

【背景】入院後の血糖値と血糖自己測定記録の数値に乖離がみられた症例を経験した。その症例では記録された数値のうち下一桁に偏りがあり虚偽申告と判断された。【目的】血糖自己測定記録の下一桁を用いた虚偽申告の発見法の可能性を明らかにする。【方法】当院に勤務する職員のうち調査への協力が得られた88名を対象とした。自己管理ノートを擬した用紙に70から240までの数値を300個記入していただき、その下一桁の数値の個数を計算した。各数値の個数と期待値との相違を統計学的に評価した。また、入院期間中に300回以上の血糖測定を行った67名の糖尿病患者の測定結果を対照とした。統計解析にはカイ二乗検定を用いて5%を有意水準とした。【結果】病院職員のうち59名(67.0%)の記載した数値に有意な偏りがみられた。しかし、対照においては数値の偏りがみられた症例はいなかった。【考察】数値を記録する際に無意識のうちに偏りがみられていることが多い。この方法を用いて実際の糖尿病患者の測定記録を評価してみたい。【結語】血糖自己測定記録の下一桁を用いて虚偽申告が発見できる可能性がある。

## 146 高齢者糖尿病診療における認知機能評価に関する検討 公立陶生病院<sup>1)</sup>

公立陶生病院内分泌代謝内科<sup>2)</sup>

○内藤 聡<sup>1</sup>, 津留香里<sup>2</sup>, 大井あや<sup>2</sup>, 富貴原紗侖里<sup>2</sup>  
笠井貴敏<sup>2</sup>, 赤羽貴美子<sup>2</sup>, 吉岡修子<sup>2</sup>

【背景】高齢者糖尿病の診療にあたって認知機能の評価することは重要である。しかし、主治医が外来診療を通じて判断する認知機能と実際の認知機能とに解離を認める症例が多く存在する。【目的】解離を認める症例にはどのような特徴があるのかを検討し、どのような患者に認知機能のスクリーニングを行うべきか明らかにする。【対象/方法】当院内分泌代謝内科の外来通院患者のうち、主治医が認知機能正常と判断した65歳以上の2型糖尿病患者86名を対象とし、Mini-Cogを行った。認知機能正常、低下と判断された患者の臨床指標を比較した。また、認知機能低下と判断された患者にはさらに詳しい認知機能の検査であるMOCA-Jを行った。【結果】主治医が認知機能正常と判断した86名の患者のうち、29名(34%)が認知機能低下と判定された。そのような患者では、有意差は認めなかったがHbA1cが高く(p=0.06)、HDL-Cが低い(p=0.064)傾向を認めた。MOCA-Jを行った患者の多くは認知機能低下と判定された。【考察】HbA1cが高い患者、HDL-Cが低い患者においては認知機能のスクリーニングを行ってもよいかもしれない。スクリーニングとしてMini-Cogは簡便であり、妥当性があると考えられた。

## 147 集学的治療により大幅な切断範囲の縮小が可能となった糖尿病性足壊疽の一例

東京大学医学部附属病院糖尿病・代謝内科<sup>1)</sup>

東京大学医学部附属病院病態栄養治療部<sup>2)</sup>

○小泉千恵<sup>1</sup>, 青山倫久<sup>1</sup>, 川口智也<sup>1</sup>, 鈴木 亮<sup>1</sup>  
澤田実佳<sup>2</sup>, 関根里恵<sup>2</sup>, 窪田直人<sup>1</sup>, 山内敏正<sup>1</sup>  
門脇 孝<sup>1</sup>

69歳男性。右下肢変色を主訴に当院救急外来受診。BMI 34.7の肥満症、10年来の未治療糖尿病あり。右膝遠位で変色、右足趾を中心に壊疽・黒色変性認め、蜂窩織炎、糖尿病性足壊疽の診断にて当院救急部に緊急入院となった。入院後、感染症内科より抗菌薬、皮膚科よりデブリードマン開始されたが、右足背は壊死し腱が露出しており整形外科にて右膝下から大切断の方針となった。随時血糖455mg/dL、HbA1c 11.8%と血糖コントロール不良であり強化インスリン療法導入の上、当科転科。加療継続の上、病態栄養治療部NSTと連携し低アルブミン血症の補整を行った。2週間程度で創部の状態が改善したため、下肢温存の可能性につき、血管外科にてABI(足関節上腕血圧比)、SPP(皮膚還流圧)を評価。虚血はなく、切断の範囲を大幅に縮小し、骨髓炎疑いの右第2足趾、黒色変性の右第4、5足趾のみ切断した。術後、陰圧閉鎖療法、植皮を施行し、リハビリテーション科にて歩行訓練行い退院となった。大切断を要すると判断された症例において、集学的治療により切断範囲を大幅に縮小し得た症例を経験した。

## 148 肥満外科手術が糖尿病の改善に有用であった3症例 千葉大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌内科<sup>1)</sup>

千葉大学医学部附属病院食道・胃腸外科<sup>2)</sup>

○落合英俊<sup>1</sup>, 前田祐香里<sup>1</sup>, 林 愛子<sup>1</sup>, 南塚拓也<sup>1</sup>  
武田健治<sup>1</sup>, 石川崇広<sup>1</sup>, 越坂理也<sup>1</sup>, 前澤善朗<sup>1</sup>  
林 秀樹<sup>2</sup>, 横手幸太郎<sup>1</sup>

当院で平成29年度に肥満外科手術を実施した3症例及び過去の症例を対象として治療効果の検討を行った。症例1は42歳男性。術前メトホルミン内服とデュラグルチド皮下注射でBMI 50.1 kg/m<sup>2</sup>、HbA1c 9.1%だったが、術後6カ月で体重は140.9 kgから128 kgへ減少、薬物治療なしでHbA1c 5.9%と改善した。症例2は57歳男性。術前強化インスリン療法でBMI 35.9 kg/m<sup>2</sup>、HbA1c 7.2%だったが、術後5カ月で体重97.1 kgから76.5 kgへ減少、インスリン離脱しHbA1c 7.4%となった。症例3は42歳女性。術前メトホルミン内服しBMI 40.4 kg/m<sup>2</sup>、HbA1c 7.2%だったが、術後3カ月で体重97.0 kgから83.0 kgへ減少し、内服なしでHbA1c 5.5%となり、全例において術後早期から著明な体重減少効果と糖尿病の改善を認めた。また、当院で過去に肥満外科手術を実施し、術後18ヶ月以上経過した13症例の解析において、術前のDiarem scoreが術後18ヶ月の糖尿病寛解率と有意に相関していた。さらに術後3カ月の超過体重減少率(%EWL)は術後18カ月の%EWL及びHbA1cと有意に相関し、術後3カ月の減量の程度により、長期の治療効果を予測できることが示唆された。

## 149 透析導入期の糖尿病性腎症患者の予後因子の調査

浜松医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>

浜松医科大学第二内科<sup>2)</sup>

浜松医科大学医療法学教室<sup>3)</sup>

○杉本祥拓<sup>1)</sup>, 石橋公平<sup>1)</sup>, 徳山喜心<sup>1)</sup>, 湯山健太<sup>1)</sup>

谷口かおり<sup>3)</sup>, 釣谷大輔<sup>2)</sup>, 森田 浩<sup>2)</sup>, 佐々木茂和<sup>2)</sup>

須田隆文<sup>2)</sup>, 大磯義一郎<sup>3)</sup>

【目的】糖尿病性腎症患者 (DN) の透析導入への危険因子として、高血圧や、HbA1c 高値、脂質異常症等が明らかだが、透析導入後の予後因子に関する研究は少ない。本研究は、透析導入期の DN の予後因子の解明を目的とする。【方法】浜松医科大学病院を 2008 年 1 月～2017 年 12 月に入院した透析導入期の DN 患者のうち、心血管疾患、脳血管疾患に罹患した症例 75 件の、透析導入から上記疾患発症までの期間に影響を与える因子を t 検定等により解析した。【結果】透析導入後疾患発症までの平均期間は 4.6 年だった。心血管疾患が 72 件、脳梗塞 22 件、脳出血 3 件だった。心血管疾患発症までの期間は、男性、貧血、高齢 (75 歳以上) 患者において、有意に短かった (p=0.016, 0.005, 0.048)。透析導入から一年以内の心血管疾患発症率は、独居、高血圧、脂質異常症の患者において、有意に高い、又は高い傾向にあった (p=0.019, 0.051, 0.080)。【考察】本研究では、透析導入期の DN 患者全例を追跡していない。ただ、男性、高血圧、脂質異常症、独居、貧血、高齢が生命予後を短縮しうる危険因子であることが示唆された。これらのハイリスク患者の透析導入時に心血管・脳血管疾患の評価を行い、必要に応じて抗血小板療法が必要と考えられた。

## 150 補食により回避できない早朝空腹時重症低血糖を認めカルニチン欠乏症の診断に至った維持透析患者の一例

島根大学医学部内科学講座内科学第一

○大谷はづき, 三宅仁美, 田中小百合, 守田美和

石原慎一郎, 山本昌弘, 山内美香, 杉本利嗣

【症例】55 歳男性。29 歳から糸球体腎炎で血液透析中。【経過】頸椎症性脊髄症の手術目的に入院したが、周術期合併症のため 2 か月間の経管栄養を要した。X-8 日、経管栄養を中止し嚥下食を開始したが、摂取は不十分であった。X 日早朝、意識レベル低下、血糖 22 mg/dL を認めたがブドウ糖投与にて速やかに改善した。IRI 感度未満でありインスリン非依存性低血糖であった。敗血症や肝障害、IGF-2 産生腫瘍、内分泌異常は否定的であり、経過から飢餓性低血糖を疑った。22 時に脂質を含む補食を行うも早朝低血糖が持続することから、グリコーゲン消費後の血糖維持機構である脂肪酸分解から糖新生に至る経路の異常を疑った。低血糖時の血中ケトン体上昇なく、血中遊離カルニチン 19.4 μmol/L と低値であったことからカルニチン欠乏症と診断した。カルニチン投与を開始し、空腹時血糖は徐々に改善した。【考察・結語】カルニチンは脂肪酸代謝・糖新生に必要な物質である。透析患者では蛋白制限食、腎での合成低下、筋肉量減少、透析での除去によりカルニチンが低下しやすい。本例は維持透析に加え、経管栄養中止によりカルニチン摂取低下 8 日後に重症低血糖に至った。低血糖に至る経過を観察し得た貴重な症例である。

## 151 中毒作用が遷延し治療に難渋したコントロール不良 2 型糖尿病合併カフェイン大量服薬の一例

名古屋市立大学糖尿病内分泌内科

○加藤春佳, 小山博之, 梶 昭太, 安田聡史, 大口英臣

堀田明沙美, 伊藤峻介, 八木崇志, 田中智洋

【症例】40 歳男性【現病歴】肥満を伴う 2 型糖尿病等で過去に入院歴あるも最近半年は通院が途絶えていた。入院前夜にエスタロンモカ®を大量服薬 (カフェイン換算で約 16g)。翌朝より頻回の嘔吐が出現。夕方には家人の呼名に反応が乏しくなり救急搬送された。【臨床経過】JCS 1-3, 体温 37.5℃, 血圧 163/99mmHg, 脈拍 139/分 整, SpO<sub>2</sub> 97%, 呼吸数 36/分。著明な白血球増多, 横紋筋融解症, 高血糖 (HbA1c 12.5%), アニオンギャップ開大を認めた。以上より糖尿病性ケトアシドーシスおよびカフェイン中毒と診断し大量補液, インスリン持続静注に加え CHDF を 1 回施行しカフェインの除去に努めた。翌日には全身状態の改善を認めたため、大量補液による肺うっ血に対しフロセミド等を投与した。約 8L/日の利尿とともに著しい頻脈, 高 Na, 低 K 血症を呈した。その後、電解質や体液量, 血糖の正常化に努め、下肢深部静脈血栓を発症するも第 15 病日に元気に退院された。【考察】カフェインはカテコラミン遊離, 細胞内 cAMP 増加作用などを介し種々の症状を呈する。半減期は約 5-6 時間とされるが、第 4 病日においても血中濃度は 36.4mg/L (正常域 4.8) と依然高値であった。著しい消化管蠕動障害のためにカフェインの吸収が阻害され中毒作用が濾過透析後も遷延したことが治療難渋の原因と考えられた。

## 152 食べる順番および食事にかかる時間が血糖変動に及ぼす影響の検討

岩手医科大学医学部<sup>1)</sup>

岩手医科大学内科学講座糖尿病・代謝内科分野<sup>2)</sup>

○瀧野貴浩<sup>1)</sup>, 工藤華菜子<sup>1)</sup>, 佐々木夢希<sup>1)</sup>, 長澤 幹<sup>2)</sup>

佐藤まりの<sup>2)</sup>, 吉田絵里子<sup>2)</sup>, 富樫弘文<sup>2)</sup>, 小田知靖<sup>2)</sup>

石垣 泰<sup>2)</sup>

【目的】食べる順番とかかる時間が血糖値に及ぼす影響を定量的に評価する。【方法】健常者及び 2 型糖尿病患者 13 名 (年齢 31.5 ± 8.6 歳) に持続血糖測定機を装着し、3 日間異なる形式で朝食を摂ってもらう。食事形式の基準として、初日に米飯→主菜→サラダの順に 15 分間で摂取し (基準), 2 日目, 3 日目は食べる順番をサラダ→主菜→米飯, 食事時間を 30 分にそれぞれ変更し, 血糖変動の変化を検討した。【結果】食べる順番および食事時間を変更しても, 平均血糖値に差は見られなかった。サラダから食べ始めた場合, 基準と比較して血糖値の標準偏差と最大血糖値が低く, Δ 3hr (食後 3 時間値 - 空腹時血糖値) は高値であった。食事時間を 30 分とした場合, 基準と比較して Δ 1hr が低く, 最大値到達時間は短かった。【考察】食べる順番を変更しても平均血糖値は同様だが, 標準偏差に差が生じたことは, サラダから食べ始めると血糖変動が穏やかとなることを示しており, 食物繊維が糖の分解や吸収を抑えるためと考えられた。また, 食事時間が長くなると一口の量が減り, 総咀嚼回数の増加から唾液とインスリン量が増加するため, 血糖値の上昇と下降が速やかになると考えられた。

### 153 膵酵素補充療法中止を契機として亜鉛欠乏症をきたした1例

東京医科歯科大学医学部附属病院<sup>1)</sup>

東京医科歯科大学医学部附属病院腎臓内科<sup>2)</sup>

蓮田病院内科<sup>3)</sup>

○三橋友理子<sup>1)</sup>、安藤史顕<sup>2)</sup>、西田淳二<sup>3)</sup>

【症例】54歳男性【臨床経過】膵管内乳頭粘液性腫瘍に対して膵頭十二指腸切除術施行の既往があり、膵酵素補充療法を行っていた。膵酵素内服を中止後、味覚障害、四肢末端皮膚障害が出現し、亜鉛欠乏症が疑われた。前医より亜鉛製剤を処方されたが、症状は改善せず当院を受診した。血液生化学検査でAlb、亜鉛、銅、リパーゼ、アミラーゼの低値と、腹部造影CTで著明な膵萎縮を認め、膵外分泌能低下による吸収不良症候群と診断した。入院後、亜鉛製剤内服継続の上、中心静脈栄養を開始したが、味覚障害、皮膚症状は改善しなかった。膵酵素補充療法を再開後に血清亜鉛値は61 µg/dlから34 µg/dlへと著明に低下したにも関わらず、亜鉛欠乏症状は速やかに改善した。【考察】亜鉛欠乏症状と血清亜鉛値は必ずしも相関しないことが知られている。本症例では亜鉛製剤を内服中にも関わらず、血清亜鉛値は予想に反して低下した。血清亜鉛値と相関しない亜鉛欠乏症状の改善は、膵酵素補充後に亜鉛が細胞内へ移行したためと考えられた。亜鉛欠乏症の治療の際には血清亜鉛値だけではなく、臨床症状や背景となる消化器疾患に注意する必要がある。

### 154 偏食(サンマの蒲焼きの缶詰)で生じた脚気と壊血病 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター総合内科

○近藤和伸、仲里信彦、稲田 誠、諸見里拓宏

【症例1】48歳男性【主訴】両下肢しびれ・疼痛、呼吸困難【現病歴】2ヶ月前から両下肢しびれと疼痛あり。2週間前から体動困難となり整形外科受診するも原因不明。動悸や呼吸困難も出現し救急搬送。

【症例2】62歳男性【主訴】右大腿部紫斑【現病歴】10日前から誘因なく右大腿部に紫斑が出現。皮膚科と整形外科受診するも原因不明。紫斑は右下腿まで広がったため内科受診。

【症例1経過】患者はサンマの蒲焼きの缶詰と白米の食事を1年以上継続。血液検査にてビタミンB1 12ng/mLと低値、脚気と診断。B12と葉酸の低下もあり。B1、B12、葉酸の補充で症状は改善。

【症例2経過】患者はサンマの蒲焼きの缶詰と白米、インスタントラーメンの食事を続けていた。血液検査にてビタミンC < 0.2µg/mLと低値。野菜・果物の摂取とビタミンCの補充で2週間後には症状は軽快。

【考察】今回、サンマの蒲焼きの缶詰と白米を中心とした食生活から生じた脚気と壊血病を生じた症例を経験した。サンマの蒲焼き缶にはビタミンB1およびCは含まれていない。飽食の現代においても、偏食により生じ得るビタミン欠乏に関連した疾患であった。症例1は基礎にある精神疾患に伴う偏食、症例2は単純な偏食が原因であった。精神疾患のある患者の食歴の重要性や一般患者でも食生活を含めた生活歴聴取も重要であり、退院後は食生活改善の指導も必要である。

### 155 アルコール多飲による二次性ヘモクロマトーシスを来した1例

一般財団法人住友病院総合診療科<sup>1)</sup>

一般財団法人住友病院内分泌代謝内科<sup>2)</sup>

○本城勇樹<sup>1)</sup>、山本和貴<sup>1)</sup>、山田祐也<sup>2)</sup>、山本浩司<sup>2)</sup>

柏木理佐<sup>2)</sup>

【症例】43歳男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】アルコール多飲歴がある患者。X-1年から倦怠感を自覚していた。X年10月から積極的に摂取しなかった甘いものを欲するようになり、口渇感が出現した。同年11月初旬にA病院を受診し著明な貧血と高血糖を認めた。当院へ紹介受診し入院となった。【入院時検査成績】Hb 4.9g/dL、HbA1c 12.5%、フェリチン 3859ng/mL【臨床経過】骨髄検査で血液疾患は否定されており、内視鏡検査にて消化管出血は否定された。飲酒による造血障害が疑われ、禁酒によりHbは11.3g/dLまで改善した。腹部CTで肝高吸収像があり、肝生検でヘモクロマトーシスと診断した。禁酒によりフェリチンは1839ng/mLまで低下した。下垂体MRIではヘモジデリン沈着を認め、内分泌学的検査では下垂体性性腺機能低下を認めた。糖尿病はインスリンで治療した。【考察】ヘモクロマトーシスの原因はアルコールが赤血球産生を障害したことによる無効造血に伴う肝臓への鉄沈着だと考えられる。鉄過剰症の症状は見逃されやすく、早期に適切な治療が行われなかった場合重篤な障害を起こすため、積極的に精査する必要がある。【結語】アルコール多飲による二次性ヘモクロマトーシスの一例を経験した。

### 156 P 抗PD-1抗体投与により末梢血中濾胞性ヘルパーT細胞増加を伴う甲状腺機能低下に至った橋本病の1例

産業医科大学第一内科学講座

○西尾公佑、岡田洋石、鳥本桂一、久保智史、中山田真吾、田中良哉

【症例】63歳、男性【現病歴】X年4月原発性肺癌に対する抗PD-1抗体導入前に、甲状腺自己抗体陽性(抗TG抗体572、抗TPO抗体510)を認め当科受診。【臨床経過】甲状腺機能は正常(TSH 3.71、FT4 1.08)で甲状腺エコーでも所見は認めなかった。治療効果不十分で抗PD-1抗体は2回目で中止となったが、投与2週間後に抗TPO抗体561、抗TG抗体2239と上昇を認め、甲状腺エコーで内部エコー低下が出現した。投与3ヶ月後には抗TPO抗体 > 600、抗Tg抗体 > 4000とさらに上昇し、甲状腺エコーでも甲状腺の萎縮と線維化を認めた。また、TSH 146.0、FT4 0.13と顕著な甲状腺機能低下が出現しレボサイロキシンによる治療を開始した。フローサイトメトリーによる末梢血リンパ球解析では、抗PD-1抗体投与前と比し投与2週間後には活性化T細胞、濾胞性ヘルパーT(Tfh)細胞が著明に増加した。【考察】抗PD-1抗体により、自己抗体上昇、甲状腺線維化を経て甲状腺機能低下を来した橋本病の1例を経験した。PD-1はリンパ球に抑制性シグナルを伝達してリンパ球の活性化を負に調節する。本症例では、Tfh細胞の割合が上昇し甲状腺自己抗体産生増加を認めており、抗PD-1抗体投与によりTfh細胞におけるPD-1/PD-L1抑制シグナルが解除されたことで、Tfh細胞の増殖、自己抗体産生が促進された可能性が考えられた。

### 157 ペムプロリズマブ投与により副腎皮質機能低下および潜在性甲状腺機能低下を来した一例

京都桂病院内分泌・糖尿病内科

○高橋駿介, 山野 言, 服部武志, 内藤 玲, 長嶋一昭

【症例】81歳男性【主訴】全身倦怠感・食欲低下・意欲低下【現病歴】2017年3月血痰を認め、近医にて喀痰細胞診、PET/CT施行。左肺下葉に6cm大の集積及び全身リンパ節腫大を認め、生検にて肺扁平上皮癌（stage4A, PD-L1陽性）と診断された。【臨床経過】2017年4月ペムプロリズマブ開始。投与75日目にTSH軽度上昇（7.85 $\mu$ IU/ml）認め、一旦正常化後137日目に全身倦怠感・食思不振自覚し、精査時にてTSH18.1 $\mu$ IU/ml高値（FreeT3, FreeT4は正常域）認めた。抗TPO抗体および抗TG抗体は陰性。またACTH感度未満、コルチゾール0.52 $\mu$ IU/mlと低下認め、4者負荷試験施行しACTH、コルチゾールの分泌不全を認め下垂体性副腎機能低下症と診断。ヒドロコルチゾン補償療法開始後レボチロキシン投与開始し、摂食量・倦怠感の改善を認めた。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による内分泌機能障害はよく知られているが、ペムプロリズマブで副腎皮質機能および甲状腺機能の障害を併発した報告は少なく貴重な症例と考えられた。【結語】ペムプロリズマブ投与後、副腎皮質機能低下および潜在性甲状腺機能低下を認めた症例を経験した。

### 158 カルバマゼピンによる薬剤過敏症候群（DIHS）で原発性甲状腺機能低下症、原発性副腎皮質機能低下症、急性間質性腎炎（AIN）を呈した一例

東海大学医学部内科学系総合内科<sup>1)</sup>

東海大学医学部内科学系腎内分泌代謝内科<sup>2)</sup>

○澤村美穂<sup>1</sup>, 沖 将行<sup>1</sup>, 後藤英理子<sup>1</sup>, 桑野公輔<sup>1</sup>

石原 徹<sup>1</sup>, 小松昌道<sup>1</sup>, 小林貴子<sup>1</sup>, 安田 敦<sup>2</sup>

關 敏郎<sup>2</sup>, 小澤秀樹<sup>1</sup>

【症例】71歳、男性【現病歴】入院6週前から三叉神経痛に対しカルバマゼピン（CBZ）を内服していた。入院1週前から全身皮疹が出現、数日前から倦怠感、呼吸困難のため搬入された。【入院後経過】紅皮症、肺化膿症の診断で抗菌薬、ステロイド外用開始し、CBZは中止された。入院時から寒気、嘔声、全身浮腫が続き、TSH 22.05 $\mu$ IU/mL、FT4 0.67 ng/dLと原発性甲状腺機能低下症、尿中 $\beta_2$ -MG、NAG高値、乏尿で急性間質性腎炎（AIN）と診断された。抗TPO・Tg抗体とも陰性で、第12病日からレボチロキシンが開始された。第26病日に、発熱、血圧低下、低Na血症、低血糖、好酸球増加があり、副腎不全が疑われ、4者負荷試験で原発性副腎皮質機能低下症と診断された。第36病日よりヒドロコルチゾン開始し、第45病日より全て軽快した。【考察】DLSTで陽性、CBZによるDIHSと関連が強いHLA-A\*3101を有し、紅皮症、原発性甲状腺機能低下症、AINが同時に生じた。更に、甲状腺ホルモンの先行投与で原発性副腎皮質機能低下症が顕在化した。DIHSによりCD8+T細胞による臓器障害が惹起された病態と考えられた。

### 159 萎縮性甲状腺炎を呈した自己免疫性多内分泌腺症候群3C型の一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター茨城県厚生連総合病院水戸協同病院内分泌代謝糖尿病内科

○伊藤 慶, 熊谷 亮, 藤井優尚, 片倉幸乃, 村松愛子

深澤 洋, 野牛宏晃

【症例】29歳男性。父、姉が糖尿病。母、母方祖母がBasedow病。【病歴】受診9カ月前から全身性の浮腫、思考鈍麻、滑舌不良を自覚していた。受診3カ月前に健診で中性脂肪および肝酵素の上昇を指摘されて当院内科外来を受診した。身体所見上では甲状腺腫大はなく、頭髮の脱毛、四肢末端の非圧痕性浮腫を認めた。血液検査で甲状腺機能低下症（TSH 35.96 uIU/mL、FT3 1.23 pg/mL、FT4 < 0.40 ng/mL）を認めたが、抗サイログロブリン抗体 128 U/mL、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 > 600 U/mL、抗TSH受容体抗体（第3世代、以下TRAb）146IU/Lで、抗TSH受容体阻害型抗体（以下TSBAb）106%と高値であった。エコーでは甲状腺腫大や血流亢進は認めず、123I甲状腺シンチでは取込は低下していた。以上から、TSBAb陽性の萎縮性甲状腺炎と診断した。さらに、抗GAD抗体 > 2000 U/mL、自己免疫性脱毛症を認め、自己免疫性多内分泌腺症候群3C型と診断した。

【経過】レボチロキシンを開始して自覚症状および甲状腺機能を含む血液検査所見は改善した。甲状腺はエコーで萎縮傾向にある。

【結語】TSBAb陽性の萎縮性甲状腺炎で、抗GAD抗体陽性かつ脱毛症を合併した、自己免疫性多内分泌腺症候群3C型の症例を経験した。

### 160 典型的症状を呈さずバセドウ病との鑑別に苦慮した亜急性甲状腺炎の一例

済生会松山病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

済生会松山病院内科<sup>2)</sup>

○細川裕子<sup>1</sup>, 佐々木千世<sup>2</sup>, 近藤賢之<sup>2</sup>, 山田瑞穂<sup>2</sup>

玉井惇一郎<sup>2</sup>, 白石佳奈<sup>2</sup>, 清水高之<sup>2</sup>, 多田藤政<sup>2</sup>

村上英広<sup>2</sup>, 宮岡弘明<sup>2</sup>

【症例】50歳、女性【主訴】発熱、嘔気嘔吐、下痢

【現病歴】当院受診20日前から発熱が出現した。1週間以上持続し、40℃以上となったため近医を受診した。抗菌薬を処方されたが改善せず、総合病院を紹介された。明らかな器質的異常は指摘されず、抗菌薬や整腸剤を処方された。その後嘔気嘔吐、下痢も出現し、食事摂取が困難になったため当院救急外来を受診、同日入院となった。

【臨床経過】入院時及び経過中に頸部腫大、頸部痛なし。血液検査で炎症反応上昇、甲状腺機能亢進（WBC 10450/ $\mu$ L、CRP 7.73mg/dl、ESR 80mm、TSH < 0.005mIU/L、FT4 5.89ng/dL、FT3 12.91pg/mL）がみられた。TRAb、TgAb、TPOAb、TSAbは全て陰性。頸部エコーでは甲状腺はびまん性に腫大し、内部はheterogeneousであった。TcシンチグラフィではUptake 0.25%と低下していた。以上の所見から亜急性甲状腺炎と診断した。対症療法で症状は改善し、入院14日目に退院となった。

【考察】疼痛がなく、自己抗体陰性バセドウ病との鑑別に苦慮した亜急性甲状腺炎の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

**161** 甲状腺クリーゼにて高度左心機能低下をきたし、集学的治療により救命し得た1例

SUBARU 健康保険組合太田記念病院

○安岡亮之, 青木智之, 高江洲悟, 長島義宜, 萬田 悟  
小澤拓郎, 奈良岳志, 安齊 均, 荒木 亘

【症例】25歳女性【病歴】3年前にバセドウ病と診断をされるも自己中断。3ヶ月前から呼吸困難が出現、症状が悪化してきたため近医を受診。呼吸困難、頻脈、下痢を認め当院内分泌内科に紹介受診。【現症】体温36.9℃、JCSI-1、びまん性甲状腺腫大、胸部レントゲンにて心胸郭比77.3%、両側胸水、心電図にて頻脈性心房細動(心拍数150/min)、血液検査にてTSH<0.01μIU/ml、FT-3>30.0pg/ml、FT-4 ng/ml、T-Bil 2.49mg/dlと認めた。甲状腺クリーゼを疑い直ちに抗甲状腺薬(MMI)、ステロイド、βブロッカーの投与を行ったが、入院待機中に意識障害、徐脈、呼吸停止を生じ人工呼吸器管理となった。心臓超音波検査にて心収縮の高度低下(EF20%)が確認され、血行動態維持のため経皮的な心肺補助装置(PCPS)を直ちに導入。甲状腺中毒症に対しMMI、ステロイドの静脈投与、無機ヨードの経管投与およびランジオロールの持続静注に加え、第1、第3病日には過剰な甲状腺ホルモン除去を目的に血漿交換を併用した。これにより心収縮も速やかに回復し、第3病日にPCPS、第6病日に人工呼吸器管理から離脱した。第16病日には洞調律に復帰し、第19病日独歩にて退院となった。【考察】甲状腺クリーゼは放置すれば死亡に至る急性疾患で早期の診断と治療開始が必須である。当該症例のような最重症例では心肺補助装置や血漿交換などの集学的治療を各科の協力のもと果敢に施行することが肝要で、早期にクリーゼを疑い、また急変後直ちに心肺補助装置が開始されたことが救命につながったと考えられた。

**162** 低栄養状態で見出されたCushing病の一例

金沢大学附属病院内分泌・代謝内科

○吉田 司, 島 孝佑, 中田竜介, 中川浩実, 竹下有美枝  
御簾博文, 篁 俊成

【症例】62歳女性【現病歴】X年Y-2月より抑うつ気分、食欲不振、6kgの体重減少、飲水量増加あり。右乳癌と診断。罪業感や希死念慮から精神科を受診、Y月上旬に医療保護入院。入院時HbA1c 8.6%(グリメピリド1mg内服下)であり、血糖コントロール目的に当科紹介受診。【臨床経過】BMI 13.6 kg/m<sup>2</sup>、近位筋萎縮あり。血清K値2.9 mEq/L、WBC 9.06 × 10<sup>3</sup> /μL、(好中球84.2%、好酸球0.1%)、HbA1c 8.6%。ACTH/F 早朝46.8 /27.7、23時14.7 pg/mL /23.3μg/dL。デキサメサゾン1mgで抑制なし、8mgで抑制あり、CRH負荷後ACTH 16.3 → 40.0 pg/mL、下垂体MRIで径3mmの腺腫あり。下垂体静脈洞 / 末梢ACTHは375/25、CRH負荷後1200/45 pg/mL。Cushing病と診断し、経蝶形骨洞下垂体腺腫摘出術を施行。組織は下垂体腺腫。術後うつ症状改善、HbA1c 6.0%、WBC 4.36 × 10<sup>3</sup> /μL、(好中球58.1%、好酸球0.2%)、早朝ACTH/Fは術直後5.3/3.7、3ヵ月後12.3/10.8。【考察】抑うつと糖尿病に起因すると思われる、やせ、低栄養の背景にCushing病が隠れていることがある。αMSHは視床下部外側野のMC4受容体を刺激し、摂食を抑制する。本症例ではACTH過剰産生に伴うαMSH作用亢進により体重が減少したと考える。

**163** 内分泌負荷試験後に1週間経過後に発症した下垂体卒中の一例

川崎市立多摩病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

川崎市立多摩病院代謝・内分泌内科<sup>2)</sup>

川崎市立多摩病院総合診療内科<sup>3)</sup>

聖マリアンナ医科大学病院代謝・内分泌内科<sup>4)</sup>

○大槻拓矢<sup>1</sup>、浅井志高<sup>2</sup>、松葉 怜<sup>1</sup>、中山太雅<sup>2</sup>

酒井 翼<sup>3</sup>、田中 逸<sup>4</sup>

80歳代、男性。既往に陳旧性心筋梗塞があり。平成29年に頭部MRI検査にて偶発的に下垂体腫瘍を指摘。精査目的に行った下垂体造影MRI後、突然の冷汗、血圧低下が出現。低Na血症も認められたため、副腎不全も疑われ即日入院。入院時血清Na123mEq/mLと低値。ACTH:32.6pg/mL、コルチゾール(F):7.8μg/dL、全尿遊離F:46.5μg/日と明らかな低下はなかったが、TSH:2.759μIU/mL、FT4:0.73ng/dL、FT3:1.92pg/dLと中枢性甲状腺機能低下症も疑われた。その為、迅速ACTH、TRH、CRH、GHRP2負荷試験を施行。前3者に異常なく、GHRP2負荷でのGH反応低下を認めた。退院後2日(最終負荷試験7日後)に突然の頭痛で当院救急搬送。眼症状はなく、緊急で行った頭部CT・下垂体MRIでは明らかな下垂体卒中(PA)を疑う所見はなかったが、再入院。頭痛の継続と低Na血症の進行があり、翌日に再度MRIを施行し、下垂体腫瘍内部にT1強調で高信号があり、PAと診断した。PAの誘因として負荷試験が報告されているが、多くが負荷後48時間以内の発症であり、1週間後の発症例は稀。本症例は発症12日前にPCI施行などの他の要因も考慮されるが、PAは比較的稀な疾患であり、文献の考察も踏まえ報告する。

**164** メトトレキサートの長期内服によりリンパ増殖異常をきたしSIADH発症を契機に診断に至った一例

石巻赤十字病院腎臓内科

○西岡宏泰, 小島慶恵, 加賀屋沙永子, 佐藤裕行, 青木 聡  
長澤 将

【症例】68歳女性【主訴】嘔吐、意識障害

【現病歴】26年前より関節リウマチで前医加療中。血清Naは半年前頃より130 mmol/L程度で推移。膀胱炎の加療のため市販の漢方薬を内服後来院5日前より嘔気と水様性下痢が出現。改善せず、血清Na 106 mmol/LとJCS2の意識障害を認め当院紹介入院となった。

【臨床経過】飲水制限と塩分負荷で加療するも治療抵抗性が見られ、身体所見上脱水はなかったが、血清Na 126 mmol/L、血清浸透圧268 mOsm/kg、尿浸透圧495 mOsm/kg、血漿ADH 0.6 pg/mlでありSIADHの診断となった。7年前より多発リンパ節腫脹があり、当時、頸部リンパ節より生検し反応性過形成と診断された。今回、増大傾向であったため扁桃より生検し、末梢性T細胞性リンパ腫(PTCL-NOS)の診断となった。内服薬のメトトレキサート(MTX)によるMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)を疑い、薬剤を中止の上経過観察中である。

【考察】MTX長期内服に伴い緩徐に進行したMTX-LPDであると考えられる。傍腫瘍症候群としてSIADHが知られておりPTCLでも報告がある。本症例ではMTX-LPDの随伴症状としてSIADHを半年前から発症し低Naの症状進行を契機にPTCL-NOSの診断に至った。

## 165 発見時に視床下部性GH/TSH分泌障害を伴ったACTH単独欠損症（下垂体性）の1例

金沢医科大学糖尿病・内分泌内科学

○高木 晋, 中川 淳, 津田真一, 小西一典, 金崎啓造

北田宗弘, 古家大祐

【症例】49歳男性【主訴】意識障害

【現病歴】5年前より父親の介護で妻子と別居。2年前より易労感あり、物忘れ・動作緩慢を指摘されていた。5日前父他界。朝会っていた妻が昼前自宅を訪れ、倒れているのを発見した。近医搬送されJCS10、血糖22mg/dL、ブドウ糖投与後も意識障害遷延し当院救急外来紹介、当科入院。

【臨床経過】ブドウ糖・vitB<sub>1</sub>・hydrocortisone (HC) 投与し翌朝意識清明、以後血糖低下なし。第3病日fT<sub>3</sub>1.67pg/mL、fT<sub>4</sub>0.48ng/dL、TSH20.6μIU/mL。T<sub>4</sub>補充開始、HC漸減中止したところ倦怠感・嘔気出現。後日、搬送時vitB<sub>1</sub>正常・cortisol (F)10.8μg/dL、嘔気出現時ACTH・F感度以下が判明、HC再開し症状消失した。LH/FSH・性腺系・PRL正常、IGF-I-4.9SD。HC補充下でACTH・FはCRH・低血糖に無反応、GHはGRHに過剰（頂値34ng/mL）、低血糖に低反応（同2.1）。TSHはTRHに過剰反応（9.9→50.4）したがT<sub>3</sub>も反応した（79→108ng/dL）。MRIで軽度のトルコ鞍空洞症。HC継続し退院。外来で甲状腺ホルモン・IGF-Iは正常化した。

【考察】一部のACTH単独欠損症では治療前、下垂体性GH低下や甲状腺障害によるTSH反応性亢進を示すとの報告があるが、本例のGH/TSH障害部位はそれらとは異なっていた。

## 166 病的体重増加を主訴に肥満外来を受診し診断された先端巨大症の1例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研修部  
○前田潤二, 吉井陽子, 佐川純司, 久保田益亘

【症例】50歳女性【主訴】異常な体重増加（20年で約30kg）【現病歴】2006年（29歳時）身長161cm、体重58kg（BMI22.3）であった。食事療法や運動療法を行うもその後次第に体重が増加し、2017年7月（50歳時）には体重が87kg（BMI33.5）まで増加した。難治性肥満の精査のため、当院肥満外来を受診した。体組成分析では、体脂肪量・筋肉量ともに増加していた。身体所見において、手足の容積の増大、眉弓部の膨隆、鼻・口唇の肥大、下顎の突出を認めた。血液検査にてGH13.7ng/ml、IGF-1595ng/mlと各々高値であり、先端巨大症を疑い当科にて精査を行った。【臨床経過】下垂体MRI検査にてトルコ鞍内に2cm大の造影効果のある腫瘍を認めた。75g経口ブドウ糖負荷試験にてGH分泌が抑制されず。先端巨大症と臨床診断し、手術療法の方針とした。

【考察】GH分泌過剰症は、二次性肥満の原因疾患として一般的でないことが多い。その理由として、GHは脂肪細胞の分解を促進し脂肪燃焼に寄与することが挙げられる。しかしながら、本症例のように長期にGH分泌過剰が続くことで、GHの成長促進作用がそれを上回り、骨格筋や骨量の増大により体重増加を来すことが推察される。【結語】難治性の慢性肥満症では、二次性肥満症の原因としてGH分泌過剰症の可能性を念頭に置く必要がある。

## 167 複数のホルモン異常を伴うGH産生下垂体腺腫の1例

慶應義塾大学医学部学生<sup>1)</sup>

慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科<sup>2)</sup>

○三角昂之<sup>1</sup>, 大嶋洋佑<sup>2</sup>, 山本謙太郎<sup>2</sup>, 藤井健太郎<sup>2</sup>

横田健一<sup>2</sup>, 小林佐紀子<sup>2</sup>, 宮下和季<sup>2</sup>, 栗原 勲<sup>2</sup>

伊藤 裕<sup>2</sup>

【症例】29歳男性【主訴】異常発汗【現病歴・経過】X-5年より多汗を認め、X-1年に他人より自分の手が大きいことを自覚した。また、友人に頰脈も指摘され、近医受診し、甲状腺機能亢進や先端巨大症の可能性を指摘され当院紹介となった。末端肥大や先端巨大症顔貌を認め、血液検査ではGH4.8ng/ml、IGF-11100ng/ml(+11.33SD)と高値だった。下垂体造影MRIでは17mmの腺腫を認めた。75gOGTTではGHの抑制はなく、先端巨大症の診断に至った。また、TSH0.99μIU/ml、fT<sub>4</sub>1.6ng/ml、fT<sub>3</sub>5.0pg/mlとfT<sub>4</sub>は正常上限値ではあるが、fT<sub>3</sub>はやや高くSITSHの可能性も示唆された。ACTHは144pg/mlと異常高値も、Cushing徴候はなく、早朝cortisol11.7μg/dlと高値はなく、低活性型のACTHの過剰分泌が示唆され、複数のホルモン分泌を有する下垂体腺腫の可能性が考えられた。【考察】GHは好酸性、TSHは好塩基性、ACTHは嫌色素性細胞と由来が異なり、本症例の下垂体腺腫がこれらのホルモンを同時産生していれば非常に興味深い。術後経過と病理結果を確認しホルモンと下垂体腺腫との関連性を考察する。【結論】複数のホルモン異常を伴うGH産生下垂体腺腫を経験した。

## 168 KCNJ5変異陽性若年女性アルドステロン産生腺腫例とゲノムワイド解析による病態解析

千葉大学医学部附属病院糖尿病代謝内分泌内科

○坪坂 歩, 永野秀和, 田中知明, 横手幸太郎

【緒言】アルドステロン産生腺腫（APA）において、近年KCNJ5などのイオンチャネル変異が報告されるが、APAの発症や病態形成については未だ不明な点が多い。今回、APA30例のRNA-seqデータをもとに病態解析を行ったので報告する。【症例】36歳、女性。31歳の健診で高血圧（140/90mmHg）を指摘。35歳時の検査でARR2050（PAC615pg/ml、PRA0.3ng/ml/hr）と高値を認めた。生食負荷後PAC588pg/ml、カプトリル負荷後ARR2980、フロセミド立位負荷PRA0.4ng/ml/hrといずれも陽性。CTにて左副腎に17mm大の結節を認め、AVSにて左副腎PAC207000pg/ml、CS485μg/dl、LIは18.95であり、左APAの診断、左副腎摘出術を施行した。術後、血圧とPACは改善した。サンガーシーケンシングにてKCNJ5L168Rの体変異を認めた。【分子病態解析】KCNJ5変異と病態との関係を明らかにする目的でAPA30例のRNA-seq及び臨床データを用いてネットワーク解析を実施した（WGCNA）。KCNJ5変異では尿中アルドステロン（U-Ald）が多く、腫瘍径が大きい。CYP11B2の発現にはばらつきを認めた。WGCNAにてU-Aldと強い相関がある遺伝子群にCYP11B2が含まれ、パスウェイ解析からそれらの遺伝子群にはイオン交換やCa流入に関わる遺伝子が集積し、KCNJ5変異形質に関与することがわかった。【結語】KCNJ5<sup>mut</sup>-APAでは、細胞内Ca流入が上昇する遺伝子プロファイルを認め、その病態や病勢に関わるものが考えられた。

## 169 非機能性右副腎腫瘍経過観察中に発症した原発性アルドステロン症の一例

京都大学

○宇田周司, 山下貴史, 南野寛人, 藤井寿人, 大野洋一

田浦大輔, 小倉雅仁, 曾根正勝, 八十田明宏, 稲垣暢也

【症例】51歳男性【現病歴】2011年8月に高血圧症で当科紹介受診した。血清カリウム (K) 3.3mEq/L, 血漿アルドステロン (PAC) 113 pg/mL, 血漿レニン活性 (PRA) 1.1 ng/mL/h, アルドステロン/レニン比 (ARR) は 102, 腹部CTで12mmの右副腎腫瘍を認めた。非機能腺腫を疑い経過観察とした。その後高血圧症の悪化も腫瘍の増大もなく経過した。2016年8月頃から血清K値が低下し, PAC 175.1 pg/mL, PRA 0.3 ng/mL/h, ARR 583.7と原発性アルドステロン症 (PA) が疑われた。2017年7月に腫瘍径の増大を認め入院となった。【経過】生理食塩水負荷試験で負荷後PAC 66.4 pg/mLでありPAと診断した。デキサメタゾン抑制迅速ACTH負荷試験ではPAC90分値が41.17ng/dLであり, アルドステロン産生副腎皮質腺腫 (APA) の可能性が示唆された。副腎静脈サンプリング (AVS) ではACTH負荷後LR比2.11, CR比1.88とアルドステロンの両側性産生 (IHA) が示唆された。【考察】当初右副腎腫瘍は非機能腺腫と考えたが, ARRの増大や血清K値の低下と並行した副腎腫瘍の増大からアルドステロン産生能の獲得を考えた。負荷試験からはAPAが示唆されたがAVSではIHAが示唆された。一見APAと思われてもAVSによる確認が重要と再確認された。

## 170 血中カテコラミン上昇を認め褐色細胞腫との鑑別を要した両側性副腎原発悪性リンパ腫の一例

虎の門病院内分泌代謝科<sup>1)</sup>

虎の門病院内分泌代謝科<sup>2)</sup>

○和田典也<sup>1)</sup>, 辰島啓太<sup>2)</sup>, 宮川めぐみ<sup>2)</sup>, 竹下 章<sup>2)</sup>  
竹内靖博<sup>2)</sup>

【症例】79歳男性【病歴】2か月前より食思不振, 全身倦怠感, 動悸を自覚, 盗汗や夜間の発熱も出現したため近医受診した。血漿カテコラミン3分画ではドーパミン (DA), ノルアドレナリン (NA) 高値であり, CTで5cm大の両側副腎腫大を認め, 褐色細胞腫疑いとして当院入院となった。低Na血症と血中ACTH高値を認め, 迅速ACTH負荷試験を行い, 副腎不全と診断した。ヒドロコルチゾン投与により全身状態は速やかに改善した。腫大した両側副腎は形状整, 内部均一, MRI-T2低信号であり, 蓄尿検査でのカテコラミン代謝物は基準値上限の1.3倍に留まった。一方sIL-2RとLDH高値, 副腎不全の存在より悪性リンパ腫を疑い, エコーガイド下針生検を実施。副腎原発悪性リンパ腫 (PAL) の診断に至った。【考察】PALでは50%に副腎不全を認める。発熱などの身体的ストレスに加え, 副腎不全に伴う低血糖・低血圧が代償的にカテコラミン分泌を高めるため, 本症例のように褐色細胞腫との鑑別を要する場合がある。NAをアドレナリンに変換する酵素は副腎にのみ存在し, その酵素活性はコルチゾール存在下で発揮される。よって本症例のようにDAとNAのみ高値の場合, 副腎不全の存在を念頭に置くことが重要である。

## 171 転移性副腎腫瘍との鑑別を要した, 褐色細胞腫合併の大腸癌, 胃癌の一例

むつ総合病院消化器内科・内科<sup>1)</sup>

弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座<sup>2)</sup>

○村井康久<sup>1)</sup>, 高橋一徳<sup>1)</sup>, 中川 悟<sup>1)</sup>, 速水史郎<sup>1)</sup>

對馬清人<sup>1)</sup>, 岡本 豊<sup>1)</sup>, 葛西雅治<sup>1)</sup>, 福田眞作<sup>2)</sup>

【症例】75歳女性【主訴】悪心, 嘔吐【既往歴】2003年より高血圧, 糖尿病。【現病歴】2016年4月より食後の嘔吐, 便秘, 倦怠感, 体重減少 (-10 kg/月) を認め当科受診。同日, 精査加療目的に入院。【臨床経過】CTにて横行結腸の腫瘍及び左副腎に辺縁高吸収で内部壊死を伴う38mmの腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡検査では, 横行結腸に全周性の2型腫瘍を認め, 生検で高分化型腺癌であった。また, 上部消化管内視鏡検査では, 胃体部に2型腫瘍を認め, 生検で高分化型腺癌であった。一方, 血中と尿中のカテコラミン, メタネフリンが高値であり, 転移性腫瘍よりも褐色細胞腫が疑われた。<sup>131</sup>I-MIBGシンチグラフィを施行した所, 左副腎の集積を認めた。以上より褐色細胞腫, 進行大腸癌, 進行胃癌と診断した。術中異常高血圧のリスクを勘案し, まず左副腎腫瘍摘出術を行った。その後, 二期的に幽門側胃切除術と左半結腸切除術を施行した。【考察】副腎腫瘍のうち転移性は15%, 褐色細胞腫は5-10%といわれる。本症例では内分泌学的検査, シンチグラフィ検査の施行が肝要であった。【結語】正確な診断により, 適切に手術可能であった進行癌合併の褐色細胞腫の一例を経験した。

## 172 Composite pheochromocytoma を合併した神経線維腫症1型の1例

岡山大学病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

腎臓・糖尿病・内分泌内科/内分泌センター<sup>2)</sup>

○葛城郁美<sup>1)</sup>, 稲垣兼一<sup>2)</sup>, 御船朋代<sup>2)</sup>, 森本栄作<sup>2)</sup>

細谷武史<sup>2)</sup>, 当真貴志雄<sup>2)</sup>, 越智可奈子<sup>2)</sup>, 和田 淳<sup>2)</sup>

症例は神経線維腫1型 (NF1) の50代女性。近医での腹部CTで偶発的に3cm大の右副腎腫瘍を発見され当院紹介となった。自覚症状に乏しく軽度の高血圧を認めるのみだったが血中・尿中カテコラミン及び代謝産物の軽微な上昇と, MRIでの腫瘍内T2高信号およびMIBGシンチでの腫瘍への高集積を認め褐色細胞腫と診断した。その後ドキサゾシン内服下で腹腔鏡下右副腎腫瘍摘出術を施行した。病理組織にて, 腫瘍内に褐色細胞腫様成分と神経節腫様成分の混在する所見を認め composite pheochromocytoma と診断した。Composite pheochromocytoma は同一腫瘍内に神経内分泌腫瘍である褐色細胞腫と神経節腫を含む交感神経系腫瘍への2方向性分化を示す非常に稀な腫瘍である。文献上NF1で比較的多く報告され, NF1遺伝子がコードする蛋白 neurofibromin の異常が発症に寄与している可能性が考えられる。またNF1における褐色細胞腫の合併頻度は0.1-5.7%と高くないがNF1では皮膚・骨・眼・中枢神経系などに多彩な病変を呈するため侵襲的処置を要することも多く, 褐色細胞腫合併の可能性に常に留意すべきであり, より一層の啓蒙が必要と考えられた。

**173** 神経線維腫症1型に褐色細胞腫を合併した一例  
京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター<sup>1)</sup>  
京都大学医学部附属病院糖尿病・内分泌・栄養内科<sup>2)</sup>  
○長友美佳<sup>1</sup>, 近藤亜樹<sup>2</sup>, 辰巳真貴子<sup>2</sup>, 八十田明宏<sup>2</sup>  
藤井寿人<sup>2</sup>, 田浦大輔<sup>2</sup>, 小倉雅仁<sup>2</sup>, 曾根正勝<sup>2</sup>  
稲垣暢也<sup>2</sup>

【症例】60歳代, 女性. 20歳代に胸部にカフェ・オ・レ斑, 神経線維腫が出現し, 神経線維腫症1型(NF1)と診断された. 50歳代に未破裂脳動脈瘤を指摘された. 60歳代から腎血管脂肪腫, 後腹膜腫瘍に対して定期的にMRI検査を施行されていた. 右副腎に20mm大の腫瘤を認め, 数年で40mm大まで増大した. また, たこつぼ心筋症と不安定狭心症を指摘され, 経皮的冠動脈形成術を施行された. 右副腎腫瘍の精査加療目的に当院に紹介された. 尿中メタネフリン分画高値, 123I-MIBGシンチグラフィで右副腎腫瘍に集積を認め, 褐色細胞腫と診断し, 腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した. 病理組織学的診断は褐色細胞腫で, Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scoring Scale (PASS) score 5であった. 【考察】NF1は腫瘍抑制遺伝子NF1の機能喪失型変異により, 神経堤由来細胞の増殖が亢進し, 全身に腫瘍性病変が多発する常染色体優性遺伝疾患である. NF1の約1%に褐色細胞腫を合併し, 他の家族性褐色細胞腫と比較して悪性の頻度が高いとの報告がある. 【結語】NF1に褐色細胞腫を合併した一例を経験した. 本症例はPASS score 5であり, 転移再発の可能性があり, 嚴重な経過観察が必要である.

**174** 左房粘液腫を契機に診断されたカーニー複合の1例  
公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院糖尿病内分泌センター<sup>1)</sup>  
同心臓センター<sup>2)</sup>  
○谷崎智史<sup>1</sup>, 深谷健二<sup>1</sup>, 岩崎順博<sup>1</sup>, 阿部 恵<sup>1</sup>  
植村 憲<sup>2</sup>, 脊古裕太<sup>2</sup>, 佐々木健一<sup>2</sup>, 猪子森明<sup>2</sup>  
瀨崎暁洋<sup>1</sup>

【背景】カーニー複合は, PKA活性を制御するPRKARIAの不活化変異により, 皮膚色素沈着病変, 多臓器の粘液腫・内分泌腫瘍・神経鞘腫など多彩な腫瘍性病変の発生をきたす, 世界でも300家系程度しか報告のない希少な常染色体優性遺伝疾患である. 【症例】60代女性【主訴】動悸【現病歴】近医にて動悸を主訴に受診し心室期外収縮あり, 経胸壁心エコー検査で左房粘液腫が疑われ当院へ紹介. 術前のPET-CT検査で右甲状腺結節や両側乳腺結節への集積, 造影CTで左副腎の多発結節を指摘された. 【既往歴】脳梗塞(12歳時), Plummer病(甲状腺右葉切除後)【経過】左房粘液腫は摘出され病理学的に確定診断を得た. 甲状腺結節は新規のPlummer結節と診断. 乳腺結節は線維腺腫の診断. 1および8mgDEX負荷試験でコルチゾールの分泌抑制を認めず, さらにLiddle法DEX負荷試験では尿中遊離コルチゾールの奇異性反応を認め, 原発性色素性結節性副腎皮質疾患(PPNAD)と診断. また下垂体MRIで一部腺腫を疑う所見を認め, 75gOGTTでGH分泌の抑制を認めずその存在が示唆された. 以上より, 診断基準に照らしカーニー複合と診断した. 【結語】左房粘液腫の3~10%はカーニー複合に関連すると言われており, 家族歴の聴取や積極的な全身検索が重要である.

**175** 片側副腎摘出術を行った多結節性両側副腎過形成の1例  
広島大学病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>  
広島大学大学院医歯薬保健学研究科分子内科学<sup>2)</sup>  
○石井翔吾<sup>1</sup>, 沖 健司<sup>2</sup>, 山本祐太郎<sup>2</sup>, 小武家和本博<sup>2</sup>  
一町澄宜<sup>2</sup>, 大久保博史<sup>2</sup>, 大野晴也<sup>2</sup>, 米田真康<sup>2</sup>  
服部 登<sup>2</sup>

【症例】70歳男性【病歴】当院受診2週間前に, 胆石症および総胆管結石による急性胆管炎を発症し, 保存的加療で軽快した. その際のCTで両側副腎腫瘍を認め当院に紹介された. 高血圧と脂質異常症の既往がある. CTで, 両側副腎に大小多数の結節性病変を認め, 多結節性両側副腎過形成(AIMAH)を示唆した. 内分泌検査で, 1mgデキサメサゾン抑制試験(DST)のコルチゾール値4.4 μg/dl, 夜間コルチゾール値4.3 μg/dl, CRH負荷試験によるACTHは低反応であった. 131I-アドステロールシンチグラフィで, 右側優位の両側過剰取り込みを認めた. サブクリニカルクッシング症候群(SubCS)を合併したAIMAHと診断し, 胆嚢摘出術時に右副腎摘出術を行った. 副腎病理標本で, AIMAHに矛盾しない所見を認め, 術後に1mgDSTでコルチゾール値2.1 μg/dlに改善された. 【考察】SubCSを合併したAIMAHの治療方針は, コルチゾール産生能, 合併症の有無, 年齢などを勘案して治療の選択を行う. 治療法として, 様々な術式に加え, 異所性受容体発現を標的とした内科的加療, 保存的加療などの選択肢があり, 本症例の病態を考慮した治療選択について考察し報告する.

**176** カベルゴリンが著効した原発巣不明異所性ACTH症候群の一例

長崎大学病院第一内科内分泌代謝内科  
○岩田麻有, 中嶋遙美, 堀江一郎, 安藤隆雄, 川上 純  
72歳女性. X年2月より下腿浮腫, 7月より下肢筋力低下, 中心性肥満, 満月様顔貌, 色素沈着が出現し, 11月に当科受診. 血中ACTH 113.4pg/mL, コルチゾール(F) 27.39μg/dLと著明高値で, クッシング症候群が疑われ, 入院した. 症状出現が急速であったことと, 0.5mgおよび8mgデキサメサゾン(DEX)抑制試験にて抑制なく, CRH負荷試験で無反応であり, 下垂体MRIではempty sellaであり, 異所性ACTH症候群(EAS)が強く疑われた. 全身CT, 上下部内視鏡, オクトレオチドシンチ, PET-CTを行ったが局在は不明であった. オクトレオチド100μgではACTH及びFの低下は認めず, プロモクリプチン50mgにてACTH, Fは前値の約50%まで低下したため, カベルゴリンに変更. 徐々にカベルゴリンを増量し, 1mg/dayを2週間投与したところ, ACTH 10.6pg/mL, F 1.56μg/dLまで低下し, 筋力低下や色素沈着が改善した.

【考察】EASにおけるドパミン受容体作動薬(DA)奏功例の報告は極めて稀である. 腫瘍に発現するドパミン受容体のアイソタイプによって効果発現に差が生じるという報告もあるが, 未解明な部分が多い. 原発巣不明EASでは, 一般的にステロイドホルモン合成阻害薬やソマトスタチン誘導体を使用されるが, DAも考慮すべき選択肢と考えられた.

**177** 嗅神経芽細胞腫による周期性異所性 ACTH 症候群に  
対してカベルゴリンが著効した一例

神戸大学医学部医学科<sup>1)</sup>

神戸大学医学部附属病院糖尿病・内分泌内科<sup>2)</sup>

神戸大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌内科学<sup>3)</sup>

○大橋浩基<sup>1</sup>, 福岡秀規<sup>2</sup>, 小原靖子<sup>2</sup>, 金谷雅之<sup>2</sup>

菅原健二<sup>2</sup>, 坂本洋一<sup>2</sup>, 井口元三<sup>2</sup>, 岡田裕子<sup>2</sup>

小川 渉<sup>3</sup>, 高橋 裕<sup>3</sup>

【症例】56歳男性【主訴】視力低下【現病歴】X-11年、嗅神経芽細胞腫と診断され、化学・放射線療法、その後頸部リンパ節・骨転移に対し、リンパ節郭清術・放射線療法を施行され、腫瘍は安定していた。X-2年に体重増加、脱力、前腕部蜂窩織炎を発症して入院となった。その際低K血症、ACTH 1713pg/mL、コルチゾール(F) 121.8μg/dLと高値を認め、当科紹介となった。尿中遊離F 7250μg/日、0.5mgデキサメタゾン抑制試験で、Fの抑制を認めず、CRH試験でACTHは無反応であり、異所性ACTH症候群(EAS)と診断した。メチラポン開始するも、ACTH値が大きな変動を繰り返し、メチラポンとハイドロコルチゾン併用によるBlock & Replace療法をおこなった。またカベルゴリン2mg/週を併用したところ、ACTHの周期的上昇が消失した。翌年ACTH 1663.2pg/mL、F 74.9μg/dLと上昇を認めたが、メチラポン3g/日、カベルゴリン2.75mg/週への増量でACTH 714.8pg/mL、F 10.1μg/dLまで低下し、再度コントロールが可能になった。【考察】嗅神経芽細胞腫は検索し得た範囲で18例のEAS合併報告があるが、周期性クッシング症候群を呈した報告はない。本例においてカベルゴリンがACTHを抑制した点のみならず、周期的変動を安定化した点は非常に興味深く、文献の考察とともに報告する。

**178** 異所性 ACTH 症候群を呈した乳癌の一例 ～メチラ  
ポンの内分泌学的コントロールに対する有効性の検  
討～

九州大学病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

九州大学病院病態制御内科学内分泌・代謝研究室<sup>2)</sup>

久留米大学内分泌代謝内科<sup>3)</sup>

国立病院機構九州医療センター代謝内分泌内科<sup>4)</sup>

○永吉美月<sup>1</sup>, 寺田英李子<sup>2</sup>, 坂本竜一<sup>2</sup>, 多田隈博<sup>4</sup>

坂本昌平<sup>2</sup>, 蘆田健二<sup>2</sup>, 野村政壽<sup>3</sup>, 小川佳宏<sup>2</sup>

【症例】51歳女性【主訴】左乳房腫瘍、色素沈着【臨床経過】CT上9cmの乳房腫瘍を指摘され、生検で浸潤型乳管癌と診断。Cushing徴候を呈しておりACTH 129 pg/mL、Cortisol(F) 19.5 μg/dL、デキサメタゾン 8 mg抑制不良、CRH負荷試験無反応、MRIで下垂体腫瘍を認めず異所性ACTH症候群(EAS)が疑われた。化学療法(FEC75; EPI, CPA, 5-FU)とメチラポン(MET)によりACTH、Fとも速やかに低下した。左乳房切除術を施行し免疫染色のACTH陽性より乳癌によるEASと診断。術後化学療法施行し再発なく経過している。【考察】METはCortisol合成阻害薬だが本症例ではEASによる高ACTH、Cortisol血症双方の是正に有用であった。ACTH依存性Cushing症候群でMET開始後3ヶ月以上観察しえた自験例12例を後方視的に解析したところ、ACTH低下を認めたのはCushing病0/6例に対し、EASでは4/6例と高率であった。EASにおいて高Cortisol血症がACTH産生を促進させるpositive feedback機構の関与が指摘されており、MET投与によるF抑制がACTHの低下に寄与したものと考えられた。

**179** 腎間質障害を伴う電解質異常から筋力低下とテタ  
ニーを呈し、VitD欠乏が病態的役割を演じたと考え  
られる1症例

金沢医科大学糖尿病内分泌内科学

○川北恵美, 金崎啓造, 平井太郎, 津田真一, 中川 淳

古家大祐

70歳女性。上下肢脱力とテタニーを主訴に救急搬送。著名な電解質異常(低K・低Cl・低Ca・低Mg血症)と代謝性アルカローシスを認め入院。尿細管障害マーカー上昇と電解質の尿中不適切排泄を認めた。甲状腺・副甲状腺全摘出後で、レボチロキシン・カルシトリオールを内服中も長期にわたりアドヒアランス不良。電解質補正とレボチロキシン・カルシトリオール補充により症状改善。膠原病を示唆する身体所見は認めないが、抗セントロメア抗体・PR3-ANCA陽性にて腎生検施行。尿細管間質障害と軽度細小動脈硬化を認めるが、糸球体障害・血管炎所見はなし。KCl・MgO・レボチロキシン・カルシトリオール内服で補正が得られたため退院。退院後、MgO・カルシトリオール増量にて電解質正常化も、尿細管障害マーカー高値と自己抗体陽性は持続しており経過観察中。【考察】VitD欠乏が低Mg血症や自己抗体産生に関与するという報告がある。また低Mg血症は皮質集合管のROMKを介した尿中K排泄を増加させることが知られている。本症例では低Mg血症、低K血症、尿細管障害が相互作用し病態を増幅していたと考えられた。【結語】VitDは生物学的に多彩な役割を担っており、本症例でもVitD欠乏が重要な病態的役割を演じたと考えられた。

**180** 高カルシウム血症を呈し少量 ACTH 負荷試験により  
診断に至った副腎不全の一例

東京大学医学部附属病院<sup>1)</sup>

東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科<sup>2)</sup>

○上田真之<sup>1</sup>, 中井一貴<sup>2</sup>, 間中勝則<sup>2</sup>, 古家美菜綾<sup>2</sup>

木下祐加<sup>2</sup>, 伊東伸朗<sup>2</sup>, 佐藤潤一郎<sup>2</sup>, 藤田 恵<sup>2</sup>

榎田紀子<sup>2</sup>, 南学正臣<sup>2</sup>

【症例】47歳女性【主訴】嘔気

【現病歴】2017年X月より発熱し、X+2月に左尿管結石嵌頓に伴う閉塞性腎盂腎炎・腎周囲膿瘍の診断で当院泌尿器科入院となった。膿瘍からEnterobacter・C. albicansが検出されLVFX・FLCZで加療したが反応性乏しく左腎摘除術施行した。術後も投薬継続し症状軽快していたが、経過中に血中Ca濃度上昇・嘔気出現し、精査加療目的で当科紹介となった。

【経過】iPTH・活性型ビタミンD低値であり、悪性所見なく、コルチゾール低値・ACTH高値から原発性副腎不全を疑ったが、迅速ACTH負荷試験の反応性は良好だった。そこで少量ACTH負荷試験を施行したところ反応低下を認め副腎不全と診断した。副腎不全の原因としてFLCZによる薬剤性を疑いHCを補充したところ、嘔気・血中Ca濃度改善し約1か月で正常化した。また、治療前に骨吸収マーカー高値を認めていたが、治療により低下傾向となった。

【考察】低頻度だが副腎不全は高Ca血症の原因となり、骨吸収マーカー上昇の報告もある。診断に苦慮する副腎不全疑い症例では少量ACTH負荷試験が有用と考えられる。

【結語】高Ca血症を呈し少量ACTH負荷試験により診断に至った原発性副腎不全の一例を経験した。

## 181 異所性副甲状腺腫の周術期に偽痛風を発症した原発性副甲状腺機能亢進症 (PHPT) の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院糖尿病・内分泌・代謝内科<sup>1)</sup>  
同病理部病理診断科<sup>2)</sup>  
同呼吸器外科<sup>3)</sup>

○秋元福太郎<sup>1</sup>, 小関紗代<sup>1</sup>, 南 勲<sup>1</sup>, 吉本貴宣<sup>1</sup>  
加藤亮子<sup>2</sup>, 桐村 進<sup>2</sup>, 江石義信<sup>2</sup>, 武村真理子<sup>3</sup>  
小林正嗣<sup>3</sup>, 大久保憲一<sup>3</sup>

【症例】82歳女性。前医にて骨粗鬆症と高Ca血症が指摘されており、アレンドロン酸、ゾレドロン酸、シナカルセトが使用されていた。2016年10月に倦怠感にて搬送された。血清補正Ca 11.3 mg/dl, P 1.9 mg/dl, Mg 1.2 mg/dl, intact PTH 821.0 pg/ml, CTで右気管傍領域に27 mm大の腫瘤, 99mTc-MIBI シンチにて同部位に集積を認め、異所性副甲状腺腫によるPHPTと診断した。2017年10月手術目的で入院した際、発熱・両膝関節痛が出現した。関節液からピロリン酸Caが検出され偽痛風と診断した。異所性副甲状腺腫摘出術施行 (40 mm大), 術後2日でCa9.5 mg/dl, intact PTH13.3 pg/mlと正常化した。術後34日目に胸水貯留に対しフロセミドを使用した。その時期より偽痛風が再燃、遷延し、最終的にトリウムシノロン膝関節内注射にて術後30日で軽快した。この間、低Mg血症も遷延し、Mg補充の継続を要した。【考察】高齢、急激な血中Ca濃度の低下、低Mg血症、BP剤、フロセミドは偽痛風のリスク因子であり、本症例で周術期に偽痛風が生じた誘因と考えられる。これらの要素はPHPT治療時に存在しうるため、経過中は偽痛風の発症に留意すべきである。

## 182 漢方薬とイトラコナゾール併用開始後に全身性浮腫と代謝性アルカローシスを認め、甘草誘発性偽性アルドステロン症が疑われた一例

国立病院機構東京医療センター呼吸器科

○野澤 優, 宗 松男, 八木一馬, 井本早穂子, 越部麻友子  
細尾咲子, 藤本和志, 額賀重成, 里見良輔, 小山田吉孝

【症例】81歳女性。【臨床経過】結核後遺症を背景とした慢性肺アスペルギルス症に対してイトラコナゾールの内服を開始した時期から緩徐進行性の浮腫, 尿中K排泄亢進, 尿中Cl高値を伴う代謝性アルカローシス, 血中レニンおよび血中アルドステロン低値を認め偽性アルドステロン症の診断となった。従来から内服していた桂枝可竜骨牡蠣湯に含有される甘草成分が原因として疑われたため、内服を中止としたが、浮腫や低K血症が持続したため、スピロラクソンを開始したところ徐々に軽快した。呼吸器原病に伴う慢性呼吸不全は持続していたため、在宅酸素療法を導入して退院となった。【考察】本症例は甘草成分を含む桂枝可竜骨牡蠣湯とイトラコナゾールの併用が契機として疑われた偽性アルドステロン症をきたした一例であった。両者の相互作用の報告はないが、いずれもCYP 3A4阻害作用を有することが知られており、臨床経過から相互作用をきたしたと考えた。

【結語】甘草成分を含む漢方薬とイトラコナゾールの併用を機に偽性アルドステロン症を来した症例を経験した。

## 183 右片麻痺を契機に偽性アルドステロン症と診断された一例

自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科

○谷口順平, 山本祥子, 吉田克之, 菅原 齊

【現病歴】10年前の脳梗塞の既往がある。8か月前より芍薬甘草湯が開始されたが、血液検査を受けたことはなかった。2か月前から、転倒しやすくなった。入院当日、突然の右上下肢の脱力を自覚し、呂律も回らなくなったため、当院へ救急搬送された。下痢なし。【身体所見】脳神経はII～XIIで異常所見なく、構音障害も明らかでなかった。MMTは上腕二頭筋4/5, 上腕三頭筋4/5, 腸腰筋4/4。両側上下肢の腱反射に亢進・減弱なく、バビンスキー反射や Hoffman反射も陰性であった。【臨床経過】緊急頭部CTとMRIで、急性脳梗塞所見はなかった。生化学検査: Alb3.4g/dL, Na144mEq/L, K1.7mEq/L, Cl93mEq/L, Mg1.9mg/dL, BUN4mg/dL, Cr0.65mg/dL, CK677mg/dL, PG185mg/dL。血液ガス (RA): pH7.558, PaCO<sub>2</sub> 49.7mmHg, PaO<sub>2</sub> 71.1mmHg, HCO<sub>3</sub>- 43.3mmol/L, TTKG29, PAC/PRA176, Cortisol9.4μg/mL, TSH1.94μU/mL, FT4 1.3ng/dL。以上から、偽性アルドステロン症による低K血性ミオパチーと診断。芍薬甘草湯の中止とK補充で低K血症、右上下肢脱力は軽快した。【考察】甘草を含む漢方薬では、偽性アルドステロン症発症の注意喚起がなされているので、処方後は適切に経過観察するべきである。また、脳卒中ではないが脳卒中類似症状を呈するstroke mimicsの一つとして低K血症が知られており、その鑑別には全ての内服薬を把握することが極めて重要である。

## 184 腹膜透析中にテネリグリプチンによる水疱性類天疱瘡を来した慢性腎不全患者の一例

三重大学腎臓内科

○渡邊さや, 小田圭子, 溝口翔子, 平林陽介, 伊藤貴康  
藤本美香, 村田智博, 片山 鑑, 石川英二, 伊藤正明

【症例】67歳, 男性。【主訴】両上下肢の水疱と掻痒感。【現病歴】糖尿病性腎症による末期腎不全で1年前に腹膜透析 (PD) が導入された。同時期よりテネリグリプチン内服も開始された。半年前より掻痒感が出現。腎不全に伴う皮膚掻痒症が疑われフェキソフェナジンを投与されたが改善なく、1か月前より水疱を認め皮膚科を受診。抗BP180抗体陽性で、皮膚生検の結果水疱性類天疱瘡と診断された。DPP-4阻害薬に関連した疱性類天疱瘡と考えられ、テネリグリプチン内服を中止し、ステロイド軟膏、プレドニゾロン内服を開始したところ水疱は約1ヶ月で消失した。【考察】DPP-4阻害薬は腎機能による用量調節が不要であり腎機能低下を伴った糖尿病患者に頻繁に使用される。近年DPP-4阻害薬投与後に水疱性類天疱瘡を発症する報告が散見される。PD患者の表皮水疱形成はPDカテーテル出口部感染や腹膜炎のリスクと考えられ、早期対応が望まれる病態である。

**185** 脳幹型可逆性白質脳症を合併した血液透析患者の一例  
東京慈恵会医科大学<sup>1)</sup>  
東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科<sup>2)</sup>  
○市川沙弥<sup>1</sup>, 菅野直希<sup>2</sup>, 仲長奈央子<sup>2</sup>, 松本 健<sup>2</sup>  
松尾七重<sup>2</sup>, 丸山之雄<sup>2</sup>, 横尾 隆<sup>2</sup>

【症例】85歳男性  
【主訴】意識障害  
【現病歴】腎硬化症由来の末期腎不全にてX-3年2月23日血液透析を導入。X年1月19日未明にJCS 1の意識障害を主訴に当院救急部を受診。来院時の血圧が260/110mmHgと著明高値であり、頭部MRIにて中脳から橋にかけてFLAIR画像でhigh intensity areaを認め、可逆性白質脳症(PRES)と考えられた。また同時に、拡散強調画像にて左被殻にhigh intensity areaも認めため、左被殻の急性期脳梗塞の合併と診断した。経静脈的に降圧を行い、翌20日には意識レベルがJCS 0にまで改善。その際に麻痺は認めなかった。後日眼科を受診をしたところ、両眼の眼底出血を合併していた。  
【考察】PRESは主に後頭葉が後発部位とされ、意識障害や視覚障害が主に出現する。本症例はPRESとしては頻度がそれほど多くない脳幹型のPRESであり、透析患者での頻度、発症要因など、文献的考察を含め報告する。

**186** 歩行困難を主訴に入院した腎不全の一例  
山口大学医学部医学科5年<sup>1)</sup>  
山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学<sup>2)</sup>  
○林 佑香<sup>1</sup>, 白瀧 玄<sup>1</sup>, 山岡孝之<sup>2</sup>, 池上直慶<sup>2</sup>  
矢野雅文<sup>2</sup>

【症例】52歳男性【主訴】歩行困難【現病歴】5年前より踵の疼痛、1年前より両側側胸部痛が出現し徐々に悪化し歩行困難となった。近医で多発肋骨骨折、仙骨・恥骨骨折と診断され、201X年6月に精査目的で当院整形外科入院となった。当初は多発性骨髄腫、悪性腫瘍骨転移や原発性副甲状腺機能亢進症が疑われたが、精査にて否定され診断に苦慮された。診断未確定のまま腎不全悪化をきたしたため精査目的で当科転科となった。【臨床経過】転科時に低尿酸血症、低P血症、尿糖を認め尿細管障害が疑われた。腎生検で間質性腎炎を認め、唾液腺生検、唾液腺造影検査で陽性所見を認めシェーグレン症候群(SjS)と確診し、SjSに伴う間質性腎炎、Fanconi症候群と診断した。またALP高値で骨塩量低値のため、多発骨折はFanconi症候群に伴う骨軟化症が原因と判断した。ステロイド内服、電解質・アシドーシス補正を行い、約1ヶ月で全身の痛みは消え歩行可能となり退院した。腎不全も改善傾向となり、骨塩量は8ヶ月後に著明に改善していた。【考察】SjSの腎合併症は重要であるが、無症候性のため早期診断が困難である。本例ではFanconi症候群に続発する骨軟化症に至り、多発骨折の合併を契機により診断が可能であった。

**187** 体液管理が降圧薬ポリファーマシーに与える影響  
淀川キリスト教病院

○上床隆太, 富田弘道, 政近智子, 加藤かおり, 吉田俊子  
【背景】腎不全治療の二大目標は腎保護と心臓血管系合併症の抑制である。その治療戦略の一つは血圧管理であるが、腎不全患者では体液過剰のために治療抵抗性を呈し、いわば降圧薬ポリファーマシー状態の患者も少なくない。このような患者では、体液量の適正化により、血圧が低下し、降圧薬も減量できることが多いが、定量的に調べた報告は少ない。  
【目的】体液量の適正化が、血圧管理、降圧薬投与量、腎機能に与える影響を明らかにする。  
【方法】後方視的観察研究。対象は当科に教育入院したCKD患者50名、透析導入目的に入院した患者50名。塩分制限は6g/日未満とし、体重過剰率(%), 血圧変化(mmHg), 降圧薬内服数変化(錠:添付文書における各薬剤の標準用量を1錠で計算), 腎機能, 尿蛋白の変化を比較した。  
【結果】入院時体重は、退院時比で平均5.0%過剰であった。退院時、降圧薬は平均0.9錠減少し、収縮期血圧は16.9mmHg低下した。CKD群において、腎機能はeGFR 18.4 → 16.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, 尿蛋白4.22 → 2.69 g/gCrと低下した。CKD群の17%, HD導入群の34%で、降圧薬と利尿薬の変化のみでポリファーマシー加算を取得できた。  
【結論】体液量の適正化は、高血圧を改善し、降圧薬ポリファーマシーの改善に寄与する。

**188** 透析患者における内服薬と関連する因子の検討  
東京女子医科大学  
○立木綾音, 花房規男, 三上勇人, 鈴木俊嗣, 神山理明  
桃木久美子, 亀井大悟, 塚田三佐緒, 三和奈穂子  
土谷 健

【背景・目的】透析患者は腎不全全体だけではなく、様々な合併症に対して多くの内服薬が処方されるが、内服薬の数と不適切な内服薬の数との間には関連がみられる。そこで透析患者におけるポリファーマシーの現状、内服錠数と関連する因子について検討を行うこととした。  
【方法】2016年10月に当院血液浄化療法科で外来維持透析を行っていた患者を対象とし、対象患者の背景因子、血液検査結果、各種指標と内服薬の総個数、リン吸着薬・降圧剤の種類と個数との関連を検討した。  
【結果】内服薬は平均18.9錠/日処方されていた。全内服薬と標準化蛋白異化率(nPCR), 総コレステロール(TC), リン吸着薬の錠数とTC, 総鉄結合能(TIBC), 過去一年間の感染症による入院、降圧剤の錠数と血清ナトリウム(Na)濃度が関連した。  
【考察】タンパク摂取量(nPCR), TIBC, 血清Na濃度高値、総コレステロール低値、感染症入院はいずれも多い内服薬と関連した。栄養状態が良好な場合、極端に不良な場合の双方で内服錠数が多くなることが示唆された。  
【結論】透析患者の内服薬の個数が多いことが確認され、栄養状態・食事摂取量と内服薬には関係があることも明らかになった。ポリファーマシーの観点から、力価の高い薬剤の処方、合剤の処方等を通じ、必要な薬を必要なだけ処方することが重要である。

## 189 SLEに伴う蛋白漏出性胃腸症の加療後にループス腎炎が顕在化した一例

獨協医科大学埼玉医療センター腎臓内科<sup>1)</sup>

獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○日高有司<sup>1</sup>, 金子 雄<sup>1</sup>, 三澤英央<sup>1</sup>, 長堀克弘<sup>1</sup>

北澤篤志<sup>1</sup>, 吉野篤範<sup>1</sup>, 川本進也<sup>1</sup>, 竹田徹朗<sup>1</sup>

上田善彦<sup>2</sup>

1ヶ月の経過で約10kgの体重増加、腹部膨満と下腿浮腫の増悪から当院を受診した。低補体血症、血小板減少、抗ds-DNA抗体陽性、抗核抗体陽性、尿蛋白1g/gCrからSLEと診断した。著明な低Alb血症、腹水を認めたが、尿蛋白からはネフローゼ症候群は否定的で肝硬変所見も認めなかった。99mTc-DTPAアルブミンシンチにて腸管からの蛋白漏出を確認した。SLEに合併した蛋白漏出性胃腸症と診断し、水溶性プレドニン60mg点滴を開始し、エンドキササンパルスも併用した。その後血清Alb値は改善認め、腹水、浮腫ともに軽快した。しかし、尿蛋白は8g/gCrへ徐々に増加したため腎生検を施行した。ループス腎炎III(A)+V型と診断し、ステロイドパルス療法および後療法はプレドニゾン30mg/日とミコフェノール酸モフェチル2g/日を内服開始した。その後抗ds-DNA抗体、補体、血小板数も改善し、下腿浮腫も消失したため、ステロイドを漸減し外来通院とした。現在尿蛋白は5g/gCrで経過している。【考察】SLEに蛋白漏出性胃腸症とループス腎炎の双方を合併した例は貴重であり、過去の文献考察を加え報告する。

## 190 ネフローゼ症候群を伴うSLEに、Bickerstaff脳幹脳炎を合併した一例

久留米大学病院内科学講座腎臓内科部門・同臨床研修センター<sup>1)</sup>

久留米大学病院内科学講座腎臓内科部門<sup>2)</sup>

久留米大学病院内科学講座神経内科部門<sup>3)</sup>

○荒木翔太<sup>1</sup>, 荒木翔太<sup>1</sup>, 中山陽介<sup>2</sup>, 山本 遼<sup>2</sup>

浦江憲吾<sup>2</sup>, 貴田浩志<sup>3</sup>, 深水 圭<sup>2</sup>

【症例】52歳女性【主訴】下腿浮腫【現病歴】20XX年11月、急激に下腿浮腫が出現し同年12月当科入院となった。Alb:1.1(g/dL), 尿蛋白:8.0(g/gCr), 汎血球減少, 抗核抗体:(+), 抗ds-DNA抗体:28IU/mLを認めループス腎炎を疑い、腎生検を施行しLupus nephritis ISN/RPS class IV S A/Cと診断した。腎生検施行3日後に嘔気と頭痛が出現し、意識レベル低下・外眼筋麻痺・運動失調を認めた。頭部CTで脳幹部に左右対称性の低吸収域、頭部MRIで脳幹部に左右対称性にT1WIでやや低信号、T2WIおよびFLAIRで高信号を呈する異常信号を認め、Bickerstaff脳幹脳炎と診断した。同日よりIVIGとステロイドパルス×5日間を施行し発症6日後に神経学的所見は改善した。【考察】SLE患者では、種々の自己抗体産生に伴い末梢神経症状を主体とするギランバレー症候群の合併が報告されている。本症例ではSLE患者で初めて中枢神経障害を主体とするBickerstaff脳幹脳炎の合併を認めた。Bickerstaff脳幹脳炎は自己免疫異常による機序が推測されておりSLE患者の合併症の1つとして注意する必要がある。

## 191 肝障害を伴ったFabry病の一例

石巻赤十字病院<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○市川誉基<sup>1</sup>, 市川誉基<sup>1</sup>, 長澤 将<sup>2</sup>

症例は64歳女性。63歳時、Fabry病(FD)の家族歴を持つこと、 $\alpha$ -Gla酵素活性低下、GLA変異(W340X)より、FDと診断し酵素補充療法(ERT)を開始した。肝障害は55歳時すでにAST 40U/L, ALT 28U/Lと軽度の肝酵素上昇を認めていた。ERT前の血液検査ではAST 122U/L, ALT 100U/L,  $\gamma$ GTP 61U/L, ALP 250U/L, Plt  $16.3 \times 10^4/\mu\text{l}$ , PT-INR 1.20であり、Hbs抗原およびHCV抗体は陰性、抗核抗体40倍、抗ミトコンドリア抗体陰性であった。4型コラーゲン8.3ng/ml, M2BP 1.13, ヒアルロン酸52ng/mlと軽度上昇を認めた。BMIは29程度。腹部超音波検査では肝臓は軽度脂肪肝を認めるのみで、腹水の貯留は認めなかった。FDにおける肝障害は非常に稀ではあるが、報告によると病理学的に、肝細胞、マクロファージ、血管内皮細胞内にGL-3およびコレステロールが沈着している所見を認める。沈着物質はPAS染色で濃染され、disease消化に抵抗性である。沈着物質はライソゾーム含有物質によって同心円状に5-6nmごとに反復される超微細構造を持つ。本症例の肝臓の病理像はPAS染色で濃染される物質が肝細胞に沈着したが、それらはdiastase消化で消滅した。しかし本症例ではすでにERT後のため、diastase消化で消滅したことを説明できると考える。ERT開始後1年の時点でAST 65, ALT 55まで低下している。現状ほとんどデータのないFDの肝障害に関して、肝生検を行った貴重な症例として報告する。

## 192 発熱と共に腎障害が進行した腎限局性サルコイドーシスの1例

県立広島病院腎臓内科

○山下未紗, 安田珠里, 宮迫貴正, 小田川誠治, 清水優佳

上野敏憲, 小川貴彦

【症例】74歳, 男性

【主訴】発熱, 全身倦怠感

【現病歴】2017年8月下旬より37度台の発熱と全身倦怠感が出現し、近医にて抗菌薬による治療をうけるも改善なく、当院を受診した。

【臨床経過】初診時の検査ではCre1.32mg/dL, CRP8.94mg/dL, 尿蛋白(2+), 尿潜血(3+)と検尿異常を伴う腎障害を認めた。2017年9月初旬にはCre1.42mg/dLと増悪傾向であり腎生検を施行した。腎生検組織では、糸球体には特記所見を認めず、間質に乾酪壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫形成および急性尿管間質性腎炎の像を認めた。蛍光抗体法では糸球体にグロブリンや補体の沈着を認めず、組織学的に腎サルコイドーシスと診断した。T-SPOT陰性で臨床的に結核を疑う所見はなく、リゾチーム13.7 $\mu\text{g}/\text{mL}$ , sIL-2R 1020U/mLと軽度上昇していたが、高Ca血症やACEの上昇は認めなかった。PET-CTでは肺や心臓など他の部位への集積を認めず、ブドウ膜炎などの所見も認めなかったため腎限局性のサルコイドーシスと思われた。ステロイドによる治療を開始し腎機能は改善傾向となっている。

【考察】腎限局性のサルコイドーシスの報告はまれで、その病態には不明な点が多く本症例では薬剤性の間質性腎炎などとの鑑別も必要であった。

【結語】腎限局性のサルコイドーシスの一例を経験した。

**193** 血液透析導入時にヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) と尿毒症性心タンポナーデを発症した糖尿病 (DM) 性腎症の1例.

富山県立中央病院内科 (腎・高血圧)

○相川裕彦, 越智雅彦, 白石詩織, 越野瑛久, 上川康貴  
能勢知可子, 川端雅彦

【症例】45歳, 男性. 22歳時に高血糖の指摘後30歳で2型DMと診断, インスリン治療が開始されたが自己中断. 38歳で, HbA1c 15.6%, 蛋白尿2+, 福田B3 (右) B5 (左) の網膜症. 当初初診の42歳時には血清Alb 2.4 g/dL, Cre 2.07 mg/dL, 蛋白尿10.8 g/日のDM腎症によるネフローゼ症候群を呈していた. 44歳で末期腎不全に至り, 全身浮腫のため9月21日にヘパリンを用いた血液透析を開始した. 9月29日より2回連続で透析回路の凝血閉塞を生じ, 血小板は37.7から15.8万/mLに減少した. 10月4日収縮期血圧が90 mmHg台に下降し, 尿毒症性心タンポナーデの診断で血性心のう液350 mLを穿刺・排液した. 排液の細菌・結核菌培養は陰性. 精査にて抗核抗体, 抗カルジオリピンIgG抗体, 抗CLβ2GPI抗体は陰性, プロテインC活性, プロテインS抗原量は正常, HIT抗体5.6 U/mL (基準値<0.9) と陽性が判明した. アルガトロバン持続点滴とともにナファモスタットを回路内に注入して血液透析を継続しえた. 【考察】HITは, ヘパリン使用中の5~10日に発症する50%以上の血小板減少と, 透析患者では回路内凝血やシャント閉塞を認め, 導入期での発症率は1%程度とされる. 同時期に合併した尿毒症性心タンポナーデは, 現在希な疾患であるがヘパリンの関与も示唆され, 興味深い症例と考え報告した.

**194** Sporadic late onset nemalin myopathy (SLONM) 合併が疑われた Monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) によるALアミロイドーシスの一例

京都大学医学部附属病院腎臓内科<sup>1)</sup>

京都大学医学部附属病院神経内科<sup>2)</sup>

国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第一部<sup>3)</sup>

○高柳俊亮<sup>1</sup>, 大野絵里菜<sup>1</sup>, 石井 輝<sup>1</sup>, 小坂夏子<sup>2</sup>

綾木 孝<sup>2</sup>, 西野一三<sup>3</sup>, 柳田素子<sup>1</sup>

【症例】83歳男性【主訴】両下肢浮腫, 筋力低下【現病歴】1年前より蛋白尿, 血尿を, 10か月前より両下腿に浮腫と筋力低下を認め, 当院神経内科に入院. 筋炎と診断され, その際ネフローゼ症候群を認めたため当科に転科. 【臨床経過】尿中Bence Jones蛋白λ型陽性, 骨髄所見よりMonoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) と診断した. 腎生検で糸球体メサングウム領域や係蹄にdirect fast scarlet染色陽性の無構造沈着物を認め, MGRSによるALアミロイドーシスと診断した. また筋生検にてnemaline小体様構造物を認め, SLONMの合併が疑われ, Melphalan + dexamethasone療法を施行することとなる. 【考察】SLONM患者の約半数にMGUSを合併し, 合併例では予後不良とされる. 自己幹細胞移植や化学療法により治療効果を得た報告があり, 本症例でも効果が期待される. 【結語】SLONMの合併が疑われたMGRSの一例を経験した.

**195** 末梢血自己幹細胞移植により腎アミロイド沈着が減退したALアミロイドーシスの一例

虎の門病院腎臓内科<sup>1)</sup>

虎の門病院血液科<sup>2)</sup>

虎の門病院病理部<sup>3)</sup>

○中瀬将明<sup>1</sup>, 澤 直樹<sup>1</sup>, 大島洋一<sup>1</sup>, 川田真宏<sup>1</sup>

星野純一<sup>1</sup>, 乳原善文<sup>1</sup>, 高市憲明<sup>1</sup>, 和氣 敦<sup>2</sup>

大橋健一<sup>3</sup>, 藤井丈士<sup>3</sup>

58歳女性. 45歳時に上腹部痛, 下痢, 意識消失発作, 上下肢の浮腫を契機にネフローゼ症候群と診断. その後腎生検を含めた精査にて46歳時にALアミロイドーシスと診断された. PSLとCyA内服にて経過を見ていたが, 尿蛋白の著明な改善は得られず, 50歳時にCre 0.9 mg/dL, 尿蛋白4g/日, 尿中BJP-λ (+) で腎生検では採取された32個中硬化糸球体は4個で, 他の糸球体のほとんどに明らかなアミロイド沈着がみられた. 大量Melphalan療法+末梢血自己幹細胞移植(SCT)を施行. 治療1年後, 尿蛋白陰性, M蛋白陰性, 尿中BJP陰性で経過し, 血清学的・臓器学的に寛解したと判断された. その後約2年おきに腎生検を含めた精査を行っているが, 腎臓のアミロイド沈着は徐々に減退しており, 直近58歳時(SCT10年後)で腎生検では採取された糸球体106個中66個の硬化糸球体にはアミロイド沈着がみられたが, 残った糸球体にはアミロイドの沈着がみられなかった. (考察)ALアミロイドーシスに対して施行された大量Melphalan療法+SCT治療後に蛋白尿が消失した症例の報告はなされているが, 再腎生検ではアミロイドの残存が報告されている. 残存した糸球体におけるアミロイド消失の報告は初めてであったので報告する.

**196** 2度の腎生検で診断されたAHアミロイドーシスの治療後10年の経過

虎の門病院分院腎センター<sup>1)</sup>

同病理部<sup>2)</sup>

信州大学脳神経内科/リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○渡邊 駿<sup>1</sup>, 早見典子<sup>1</sup>, 石井保夫<sup>1</sup>, 星野純一<sup>1</sup>

澤 直樹<sup>1</sup>, 高市憲明<sup>1</sup>, 藤井丈士<sup>2</sup>, 大橋健一<sup>2</sup>

矢崎正英<sup>3</sup>, 乳原善文<sup>1</sup>

【症例】71歳男性. X-3年, 健診で蛋白尿を指摘. X年蛋白尿が2.6 g/dayまで増加したため(Cr 1.0 mg/dl), 1回目の腎生検を施行. ALアミロイドーシスと診断され, 腎障害が進行したX+4年からメルファラン・デキサメタゾン療法を開始した. 腎障害は更に進行し, X+7年(Cr 1.84 mg/dl), 2回目の腎生検を施行. 糸球体に限局したκ, λの偏りないアミロイドの沈着を認め, アミロイド蛋白のアミノ酸配列の解析で重鎖の配列を認めたためAHアミロイドーシスと診断された. 以後ボルテゾミブ・デキサメタゾン療法に治療変更したが, 腎不全は進み, X+10年に血液透析導入となった. 透析導入と共に治療を終了しているが, 現在まで他臓器症状の出現なく経過している.

【考察】AHアミロイドーシスはALアミロイドーシスと比較し, 予後良好であると知られているが, その頻度は少なく, 長期経過の報告は殆どされていない. 今回AHアミロイドーシスの10年の経過を見たが, 腎障害以外の他臓器症状は認めず, 安定した維持透析を行っている. AL型に比べAHアミロイドーシスは生命予後良好な長期経過の一例として報告する.

## 197 慢性リンパ性白血病を背景に単クローン性免疫グロブリン沈着症とクリオグロブリン腎症が混在した一例

川崎医科大学腎臓・高血圧内科学

○梅野怜奈, 板野精之, 長洲 一, 佐藤 稔, 佐々木環  
 柏原直樹

【症例】64歳男性【主訴】下腿紫斑, 浮腫, 倦怠感

【現病歴】2012年6月に末梢血リンパ球増加と頸部リンパ節腫脹を契機に慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫(CLL/SLL)と診断され経過観察されていた。2015年10月から腎機能障害と貧血を認めるようになり, 化学療法開始を提案されたが拒否し通院を自己中断した。2017年5月から浮腫, 血尿, 蛋白尿, 腎機能障害(Cr 3.6mg/dl)を認め, 2017年7月当科に紹介入院した。

【臨床経過】採血ではC4優位の補体低下, リウマトイド因子とクリオグロブリンを認め, 血清蛋白電気泳動ではIgG-λ型のM蛋白を認めた。腎生検では免疫染色においてIgM, IgA, C3, λのメサンギウム及び係蹄壁への顆粒状沈着を認めた。光顕では糸球体分葉化と基底膜二重化, 管内増殖及び分節状の結節性病変を, 電顕では尿細管基底膜緻密層に細顆粒状の高電子密度沈着物を認めた。CLL/SLLに伴う単クローン性免疫グロブリン沈着症及びクリオグロブリン血症による膜性増殖性糸球体腎炎の合併と診断した。

【考察】蛋白電気泳動や糸球体免疫染色及び光顕所見に乖離がみられ一元的な診断は困難で, CLL/SLLを背景に異常免疫グロブリンによる二つの腎病変が合併した可能性を疑った。

【結語】複雑な腎病理像を呈したCLL/SLLの一例を経験した。

## 198 Light chain proximal tubulopathy を呈したベンズジョーンズ型多発性骨髄腫の一例

唐津赤十字病院<sup>1)</sup>

唐津赤十字病院腎内科<sup>2)</sup>

唐津赤十字病院血液内科<sup>3)</sup>

唐津赤十字病院病理診断科<sup>4)</sup>

九州大学大学院病態機能内科学<sup>5)</sup>

○長家聡明<sup>1)</sup>, 蒲池和晴<sup>3)</sup>, 冬野誠太<sup>2)</sup>, 宮原正晴<sup>3)</sup>

長嶋昭憲<sup>2)</sup>, 明石道昭<sup>4)</sup>, 土本晃裕<sup>5)</sup>

【症例】70歳男性【主訴】蛋白尿, 腎障害【現病歴】2型糖尿病で治療中。1年前より蛋白尿が徐々に増加(3g/gCr), さらに腎障害(s-Cr1.3mg/dl)が出現し当科紹介された。

【臨床経過】腎生検にて糸球体32個を観察し糸球体の異常はなかったが, 近位尿細管上皮細胞の腫大や淡明化, 空胞変性を認め, HE染色で同部に赤く染まる顆粒が充満していた。蛍光抗体法は免疫グロブリン, 補体, κ, λ鎖は陰性であった。電顕は未実施。確定診断がつかぬまま外来で経過観察したところ, 尿蛋白は7g/gCrと増加したが定性1+と乖離を認め, 尿中免疫電気泳動でベンズジョーンズ型κ鎖M蛋白が検出された。腎生検パラフィン切片から酵素抗体法で再検査すると近位尿細管細胞内にκ鎖の沈着を認め, Light chain proximal tubulopathy (LCPT)と診断した。骨髄検査で異常形質細胞を28.8%認め多発性骨髄腫と診断, BD療法を開始したところ, 腎機能は正常化し蛋白尿も減少している。【考察】LCPTは凍結標本での軽鎖免疫染色の陽性率が低下するため見逃されやすく注意深い病理組織の観察が必要である。

【結語】LCPTを呈したBJ型多発性骨髄腫の一例を経験した。

## 199 非動脈硬化性腎動脈狭窄による萎縮腎に対するPTRAの腎サイズ増大効果

東北大学医学部<sup>1)</sup>

東北大学腎高血圧内分泌科<sup>2)</sup>

東北大学放射線診断科<sup>3)</sup>

○岩崎智行<sup>1)</sup>, 三島英換<sup>2)</sup>, 鈴木健弘<sup>2)</sup>, 清治和将<sup>3)</sup>

高瀬 圭<sup>3)</sup>, 阿部高明<sup>2)</sup>, 伊藤貞嘉<sup>2)</sup>

【背景目的】腎臓の萎縮は一般的には不可逆的変化と言われている。しかし腎動脈狭窄では狭窄解除によって腎サイズの増大が見られる場合がある。そこで今回我々は, 非動脈硬化性腎動脈狭窄によって患側の腎萎縮(長径<10cm)をきたしている症例に対して経カテーテル腎動脈形成術(PTRA)を施行した自験10例の治療前後の腎形態および腎機能の変化を検討した。対象は28±8歳, 女性80%, 全例高血圧合併, 原疾患は線維筋性異形成9例, 神経線維腫症1例。PTRA治療前と1年後で腎機能は血清Cr 0.70±0.1→0.67±0.1mg/dL, eGFR 92±20→93±13mg/dLと著変を認めなかった。しかし腎サイズは治療前と1年後の比較で, 患側腎長径は92±3→96±5mmへと増大し, 推定腎容積として31%もの増大を認めた。一方, 対側腎は長径111±8→107±8mm, 腎容積として-13%の縮小を認め, 代償的過剰濾過が是正されたことが示唆された。特に顕著な例では, 治療前の患側腎長径87mmであったものが治療後に102mmにまで増大し(腎容積比+210%)最終的に正常腎サイズまで回復する例もあった。【考察】腎実質自体の障害が少ない非動脈硬化性の腎動脈狭窄の場合は, 腎萎縮であっても腎血流改善によって腎サイズの回復が期待されることを明らかにした。

## 200 特徴的な検査所見から腎梗塞を診断し得た一例 虎の門病院分院腎センター

○渡邊 駿, 住田圭一, 平松里佳子, 山内真之, 早見典子  
 澤 直樹, 高市憲明, 乳原善文

【症例】60歳男性。【主訴】腹痛, 背部痛, 嘔吐【現病歴】健診で異常の指摘はなかった。5月中旬, 突然の倦怠感が出現。6月X日, 夜間に強い腹痛を自覚。6月X+2日, 前日で採血, 尿検査を施行。6月X+3日, 検査結果から重度の糖尿病と尿路感染が疑われ当院内科紹介となった。【経過】HbA1c 13.2%, 尿糖4+と重度の糖尿病とCRP 17.8 mg/dl, WBC 14800/μl (Seg 67.0%, Lymph 21%)と高度の炎症を認めた。強い右背部痛から尿路感染・結石が鑑別に上がった。単純CTで結石・水腎は無く, 右腎周囲に脂肪織濃度の増加を認めた。尿所見は沈渣赤血球1-4個/HPF, 蛋白定量0.69g/gCr, β2MG 11041 μg/lと蛋白尿・血尿・尿細管障害を認め, 沈渣白血球1個未満/HPF, 細菌陰性と膿尿・細菌尿はなかった。尿路感染・結石と診断しかねることから, 造影CTを施行。右腎に楔形の造影欠損域を認め, LDH 916 IU/lとLDHの単独上昇と合わせ腎梗塞と診断された。原因は大動脈のプラークの破綻と考えられ, ヘパリン, スタチンで加療開始。現在腎機能はCr0.9程度で良好に保たれている。【考察】腎梗塞は稀な疾患であり, 造影CTが早期診断に有効である。しかし, 背部痛・嘔吐を主訴にする類似疾患は造影CTを要しないものが多く, LDの単独上昇といった特徴的所見から腎梗塞を疑って検査をする必要がある。

## 201 背景に自己免疫的機序が推定された後腹膜線維症の一例

石巻赤十字病院

○武田健一郎, 竹内陽一, 長澤 将, 青木 聡

加賀屋沙永子, 小島慶恵

【症例】41歳男性

【主訴】腰痛, 下腹部痛

【既往歴】頸部リンパ節腫脹 (3x3cm, 39歳), 両側ぶどう膜炎 (39歳)

【現病歴】数日の経過で体動に関係ない腰痛と右下腹部痛出現した。CTで腹部大動脈周囲軟部陰影あり後腹膜線維症の疑いで待期的生検の方針。右水腎症に対して右尿管ステント留置しNSAIDsで経過を見られていたが, 疼痛増強と両側腎盂拡張, CRP 13mg/dl, 腎機能障害の急激な悪化 (Cre 1.1 mg/dlが5日間で6.6 mg/dl) を認め入院の上尿管ステント挿入と抗菌薬加療が行われたが乏尿が続き腎機能障害の進行も認め透析と精査加療目的に当科転科。

【入院後経過】転科翌日に右腎生検を施行。尿中好酸球と血中好酸球分画上昇と腎腫大からTIN (tubulo-interstitial nephritis)の合併を考えステロイドパルス施行し利尿を得た。5日後には透析離脱し腎盂拡張と腎腫大も改善した。腎生検はTINと矛盾しない所見だった。大動脈周囲軟部陰影も縮小し17病日腹腔鏡下生検施行。病理像では悪性所見, IgG4陽性形質細胞の何も認めなかった。21病日ステロイド減量の上退院となった。

【考察】本症例の後腹膜線維症は若年でステロイド反応良好で既往と合わせて自己免疫的機序が考えられた。経過中のAKIは後腹膜線維症による尿管圧迫に加え薬物性あるいは自己免疫的機序によるTINの合併が疑われた。

## 202 hyponatremic hypertensive syndromeの臨床像を呈し, ネフローゼ症候群を来した高安病に伴う腎動脈狭窄の一例

沖縄県立中部病院腎臓内科<sup>1)</sup>

沖縄県立中部病院リウマチ・膠原病科<sup>2)</sup>

○土田高裕<sup>1)</sup>, 西岡典宏<sup>1)</sup>, 上原元太<sup>1)</sup>, 末田善彦<sup>1)</sup>

宮里 均<sup>1)</sup>, 須藤 航<sup>2)</sup>, 矢野裕之<sup>2)</sup>, 金城光代<sup>2)</sup>

【症例】高安病にて治療中の19歳女性

【現病歴】2017年5月, 安静時より次第に増悪する拍動性の頭痛あり, 家庭取縮期血圧が200mmHgを超えていたため, 精査目的に当院救急救命センターを受診。来院時の血液・尿検査にて低ナトリウム血症, 低カリウム血症, 代謝性アルカローシス, また高度な蛋白尿と血尿と下腿浮腫の所見を認めたため精査・加療目的に入院となった。

【臨床経過】高安病の既往より腎動脈狭窄を強く疑い, 造影CT検査にて右腎動脈の狭窄を認め, 腎血管性高血圧症と診断し, 経皮的腎血管拡張術 (以下PTA) を施行した。PTA後速やかに降圧を得ることができ, 電解質・酸塩基異常も改善したため, 臨床的に片側の腎動脈狭窄にて発生するhyponatremic hypertensive syndrome (以下HHS) と判断した。高度な蛋白尿と血尿に関しては, 後日原因精査のため腎生検を施行し, 血栓性微小血管障害症 (以下TMA) に矛盾しない所見を得た。

【考察】HHSは片側の腎動脈狭窄に際して発症する稀な電解質異常と代謝性アルカローシスを来す。また本症例のTMAは, 腎動脈狭窄による二次性の内皮障害に伴うTMAと考えられた。本症例を通して複雑な臨床像が高安病に伴う腎動脈狭窄で説明できることを学んだ。

## 203 腎動脈瘤破裂に対してコイル塞栓術を施行した家族性Acro-Renal syndromeの1例

東北大学医学部<sup>1)</sup>

東北大学腎高血圧内内分泌科<sup>2)</sup>

○島岡佑典<sup>1)</sup>, 三島英換<sup>2)</sup>, 鈴木健弘<sup>2)</sup>, 阿部高明<sup>2)</sup>

伊藤貞嘉<sup>2)</sup>

Acro-Renal syndrome (ARS) は肢端と腎の先天性奇形を合併する複数の遺伝子疾患を含む疾患概念である。ARSは発生分化に関わる遺伝子群の変異によって起こるため血管を含む他臓器症状も合併しうる。【症例】45歳男性。先天性の右腎無形成, 左腎尿管逆流を認め, 両手足の第II, III指の癒合症のため幼少期に形成術施行。息子, 娘にも手足の指癒合と片腎無形成を認める。【現病歴】紡錘状の左腎動脈瘤のため22歳から当科でフォローを行い, 35歳からは高血圧で加療していた。X-2週間前から持続する腰部痛の精査で施行したCTで左腎動脈瘤の増大, 瘤破裂による慢性出血からの腸腸筋血腫を認めた。同日血管内治療を施行し, 出血部位である腎動脈瘤をコイル8本で塞栓し止血した。塞栓過程で腎実質を灌流する分枝1本を塞栓せざるを得なかったが腎梗塞領域は限局一部のみであり腎機能低下も軽度でとどめることができた (術前血清Cr1.0mg/dL→後1.1mg/dL)。【考察】ARSでは臨床スペクトラムは多様であり腎動脈瘤を伴う場合もあるため血管病変のスクリーニングとフォローも重要である。また片腎患者に対する血管内治療では残存腎機能を保つような治療が望まれる。なお本家系は家族性ARSであり原因遺伝子変異の同定をパネル解析によって現在試みているところである。

## 204 拒食症患者に発症した低血圧・高カリウム血症の1例 虎の門病院腎センター

○鳥生直哉, 住田圭一, 早見典子, 山内真之, 平松里佳子

長谷川詠子, 星野純一, 澤 直樹, 乳原善文, 高市憲明

【症例】49歳女性【主訴】手足のしびれ【現病歴】出生体重は正常だが小児期より低身長・低血圧を認めていた。20歳頃より拒食症となり野菜や果物しか摂取しなくなった。48歳時に腎機能は正常 (クレアチニンクリアランス70ml/min) だが高カリウム血症 (K 7.5 mEq/L) を発症し, 選択的低アルドステロン症が疑われフルドロコルチゾンが開始された。低血圧は改善せず, 再度高カリウム血症 (K 8.5 mEq/L) を発症したため入院となった。レニン活性88.6 ng/ml/hr, アルドステロン854 ng/dlと高レニン・高アルドステロン血症を認め, またHCO<sub>3</sub> 15 mEq/Lと代謝性アシドーシスを認めることからアルドステロンへの感受性の低下が考えられ, フルドロコルチゾンは中止とした。腎尿路系の形態的な異常は認めず, 先天性副腎過形成症・先天性副腎低形成症は否定的であった。フロセミドへの反応性は良好であり, カリウムは速やかに正常範囲内に改善した。【考察】腎機能正常の患者に頻回に発症した高カリウム血症であり, 高レニン・高アルドステロン血症を認めたことからミネラルコルチコイド受容体 (MR) 異常もしくはアミロライド感受性ナトリウムイオンチャネル (ENaC) 異常を呈する偽性低アルドステロン症1型に類似した病態が示唆された。

## 205 腎病理において著明な腎細動脈硝子化を呈した摂食障害に伴う慢性腎臓病の一例

慶應義塾大学医学部<sup>1)</sup>

慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科<sup>2)</sup>

慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○塩澤優花<sup>1</sup>, 藤井健太郎<sup>2</sup>, 黒河内新<sup>2</sup>, 長谷川一宏<sup>2</sup>

林 香<sup>2</sup>, 徳山博文<sup>2</sup>, 橋口明典<sup>3</sup>, 小西孝之助<sup>2</sup>

脇野 修<sup>2</sup>, 伊藤 裕<sup>2</sup>

【背景】摂食障害患者の約7割の症例に腎障害をきたす。摂食障害には様々な病型が含まれ、腎障害機序も一定ではない。【症例】50歳女性。身長160 cm。関節リウマチのためSASP内服中。10代から拒食が始まり、40kgとなり月経が停止した。無月経に対するホルモン注射のため体重80kgまで増加し、以後ダイエットと利尿剤の内服にて体重は50kgまで減少した。摂食障害と診断され、20年前より精神科への通院を開始した。下剤乱用による下痢があり、カリウムは2mEq/l台で経過し、体重は45kg前後、尿酸値は10 mg/dl前後で推移していた。5年前からCr 1mg/dlとなり、Cr 1.98 mg/dl、蓄尿蛋白2g/dayと増加を認めたため、腎生検施行した。腎病理像では高度の腎細動脈硝子化を認め、中等度の尿細管萎縮と間質性変化を認めた。有意な免疫グロブリン沈着は認めなかった。現在は電解質の補充による保存的治療を行い、Cr 2mg/dl前後で経過している。【考察】摂食障害に伴う腎病理像は、低カリウム血症や利尿剤乱用を背景とし傍糸球体装置過形成や慢性尿細管間質炎をきたすが、本例は非典型例であり、既往症の関与の可能性を含め、過去の文献的報告を交えて本例の病態を考察する。

## 206 ミルクアルカリ症候群の一例

聖マリアンナ医科大学臨床研修センター<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科<sup>2)</sup>

○秀島貴博<sup>1</sup>, 仲田真由美<sup>2</sup>, 韓 蔚<sup>2</sup>

小板橋賢一郎<sup>2</sup>, 柴垣有吾<sup>2</sup>

【症例】80台女性【主訴】失神【既往歴】2型糖尿病、アルツハイマー型認知症、骨粗鬆症、便秘症【現病歴】X年10月初旬頃から見当識障害を認め、食事摂取量低下、歩行困難となっていた。Y日に数回にわたる失神を認め、当院に救急搬送された。【薬剤歴】酸化マグネシウム、アスパラギン酸カリウム、エルデカルシトール【臨床経過】来院時、見当識障害を認めたが、明らかな麻痺は認めなかった。採血検査で高度な腎機能障害、高Ca血症、高Mg血症、著明な代謝性アルカローシスを認めた。入院の翌日に再度、失神し、完全房室ブロックが確認され、失神の原因と判断した。生理食塩水とカルシトニンの投与、Ca製剤の中止で高Ca血症の改善を認め、酸化マグネシウムの中止で高Mg血症の改善を認めた。その間、失神は認めなかった。【考察】アルカリ製剤とCa製剤によるミルクアルカリ症候群が失神の原因と考えた。腎障害は高Ca血症に伴う食思低下、Na利尿に伴うvolume depletionが病態と考えられ、補液による体液量の改善とCa製剤の中止により腎障害の改善を認めた。【結語】ミルクアルカリ症候群の一例を経験した。高齢者は、Ca代謝機構が破綻しやすく、高Ca血症やそれに伴うGFR低下を起こしやすい。そのため、アルカリ製剤とCa製剤の処方では定期的な電解質のフォローが必要である。

## 207 抗Mi2抗体陽性、抗TIF- $\gamma$ 抗体陽性の皮膚筋炎の一例

虎の門病院医学教育部<sup>1)</sup>

虎の門病院腎センターリウマチ膠原病内科<sup>2)</sup>

虎の門病院腎センター神経内科<sup>3)</sup>

虎の門病院腎センター病理部<sup>4)</sup>

東京大学神経内科<sup>5)</sup>

○山際 元<sup>1</sup>, 早見典子<sup>2</sup>, 藤川莉那<sup>2</sup>, 澤 直樹<sup>2</sup>

星野純一<sup>2</sup>, 高市憲明<sup>2</sup>, 神崎真実<sup>3</sup>, 藤井丈士<sup>4</sup>

清水 潤<sup>5</sup>, 乳原善文<sup>2</sup>

【症例】52歳男性【主訴】高血圧、下腿浮腫【既往歴】統合失調症/高血圧/前立腺肥大【家族歴】膠原病はいない【生活歴】喫煙歴20本/日【現病歴】4ヶ月前から顔面中心に掻痒感を伴う皮疹が出現し増悪、歩行や階段昇降が困難になり同僚に付き添われて受診。【入院後経過】身体所見にて頸部四肢近位筋優位に筋力低下を認め、皮疹は広範で、ヘリオトロープ疹は上眼瞼を超えて顔面全体に及び、ゴットロン丘疹は手指関節の背側のみならず手掌側にも見られ、シヨール徴候は首筋から背中にも広範に見られた。皮膚と筋肉の生検では典型的な組織所見を呈し、CK6321 IU/Lと高値で皮膚筋炎が診断されたがTIF1抗体とMi2抗体が陽性であった。悪性腫瘍の合併は除外された。ステロイドパルスを含むステロイド60mg内服を開始し著明な改善を認めた。

【考察】抗Mi-2抗体陽性患者は、筋症状とDMの特徴的な皮疹が認めらステロイド反応性が良好であるとされ、抗TIF1抗体陽性例は悪性腫瘍の合併が多いとされるが一方で広範囲で激しい皮疹を呈することが多いとされ、本例では悪性腫瘍の合併は確認できなかったが、両抗体陽性例の特徴を加味した臨床像と推察された。

## 208 フロセミド・サイアザイド負荷試験とともに正常反応を示した成人3型Bartter症候群の一例

大津赤十字病院腎臓内科<sup>1)</sup>

神戸大学大学院医学研究科内科系講座小児科学分野<sup>2)</sup>

○谷垣克哉<sup>1</sup>, 森西卓也<sup>1</sup>, 清水葉子<sup>1</sup>, 西尾治臣<sup>1</sup>

高折光司<sup>1</sup>, 野津寛大<sup>2</sup>, 前田咲弥子<sup>1</sup>

【緒言】3型Bartter症候群(BS)は小児期に好発し、Gitelman症候群(GS)と臨床所見が類似する点が多い。小児3型BSでは、利尿剤負荷試験においてGSと同様にサイアザイドへの反応が低下する。今回、成人3型BSに対して利尿剤負荷試験を行った症例を経験した。【症例】52歳男性【主訴】蛋白尿【現病歴】20歳頃から蛋白尿を指摘されており、近医から当院紹介となった。蓄尿検査にて0.64 g/日の蛋白尿を認めた。その他、低カリウム血症(2.5 mEq/l)、代謝性アルカローシス、高レニン血症、高アルドステロン血症を認めた。筋力低下を含め身体所見に異常なかった。低カリウム血症の精査目的で入院となり、フロセミド・サイアザイド負荷試験を行ったが正常反応を示した。その後の遺伝子検査でCLCNKB遺伝子の変異(exon17 c.1830G > A p.W610X)が判明し、3型BSと診断された。蛋白尿の原因については、患者が精査を希望されず腎生検は施行されていない。【結語】成人で診断された3型BSは稀であり、利尿剤負荷試験に関する報告例も少ない。本症例はフロセミド、サイアザイドに対してともに正常反応を示した。成人3型BSにおける利尿剤負荷試験での反応は様々である可能性が示唆され、診断には遺伝子解析が必須であると考えられた。

## 209 ダクラスタスビル・アスナプレビル併用療法で蛋白尿の減少を認めた HCV 関連腎炎の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院腎臓内科

○宇都宮尚典, 鈴木 仁, 中山麻衣子, 木原正夫, 鈴木祐介  
【症例】66 歳男性 【主訴】肝機能障害, 腎機能低下, 蛋白尿

【現病歴】慢性 C 型肝炎 (1b 型, 高ウイルス型) に対して対処療法のみで経過観察されていた。200X 年に無症候性蛋白尿を指摘され, 200X + 2 年から当院外来に通院していた。200X + 6 年から尿蛋白が 5g/gCr と増悪傾向を認め, 腎生検を施行するため入院となった。

【臨床経過】腎生検の結果, HCV 関連腎炎と診断され, 低アルブミン血症に伴う胸腹水を認めたためプレドニゾロン (PSL) 30mg/日の内服加療を開始した。しかし治療反応性は乏しく, PSL 投与 4 週間後には肝逸脱酵素の上昇および HCV-RNA の増加を認め, 投与量を漸減し内服終了とした。200X+8 年から C 型肝炎に対してダクラスタスビル・アスナプレビル併用療法を開始した。投与 4 週間後には HCV-RNA は陰転化, 投与 24 週間後には蛋白尿が 1.5g/gCr へ減少した。C 型肝炎の治療完了後も HCV-RNA 陰性を維持し, 蛋白尿も増悪することなく, 0.8g/gCr まで改善を認めている。

【考察】近年難治性 C 型肝炎 (1b 型, 高ウイルス型) の患者に対して直接作用型抗ウイルス薬は有効とされており, C 型肝炎の治療と同時に腎炎の活動性を抑制し腎予後を改善する可能性があると考えられた。

【結語】ダクラスタスビル・アスナプレビル併用療法で蛋白尿の減少を認めた HCV 関連腎炎の一例を経験した。

## 210 ステロイド高リスク群の HCV 関連 2 型クリオグロブリン血症にともなう MPGN に対しリツキシマブが有用であった一例

京都大学医学部附属病院腎臓内科

○久保のぞみ, 武呂幸治, 戸田尚宏, 柳田素子

【症例】68 歳男性 【主訴】腎機能低下, 尿蛋白

【既往歴】糖尿病, うつ病, 高血圧症

【現病歴】青年期に慢性 C 型肝炎を指摘されるも無加療であった。X 年 11 月, Cre1.6 mg/dL から 2.11 mg/dL に 1 か月で上昇し, ネフローゼ症候群を発症したため, 当科入院となった。

【臨床経過】AKI・ネフローゼ症候群に加え, クリオグロブリン, 低補体血症を認めた。腎生検施行し, 基底膜の二重化・蛋白塞栓を認め, HCV 関連 2 型クリオグロブリン血症による MPGN と診断した。経過中に AKI 進行し, 緊急透析を要した。クリオグロブリン吸着療法, ステロイド療法, C 型肝炎に対する抗ウイルス療法, リツキシマブを順次開始し, ステロイドを漸減した。高血糖以外には治療による副作用を認めず, 血液透析を離脱, ネフローゼ症候群は不完全寛解 II 型を達成し得た。

【考察】HCV 関連腎炎の治療は, C 型肝炎の治療, 免疫抑制治療の二本柱である。本症例では, 2 度の入院歴のあるうつ病と 10 年来の糖尿病が既往にあり, ステロイド療法は慎重な使用が求められる。リツキシマブを使用することで, 治療効果を保ちながらステロイドを早期に漸減し得た。

【結語】ステロイド高リスクの HCV 関連 2 型クリオグロブリン血症による MPGN 患者で, リツキシマブ使用によりステロイド治療期間の短縮が可能であった一例を経験した。

## 211 リツキシマブをスケジュール投与中に妊娠し, 出産した難治性ネフローゼ症候群の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学附属病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○徳田温子<sup>1)</sup>, 佐藤祐二<sup>2)</sup>, 皆川明大<sup>2)</sup>, 新屋琴子<sup>2)</sup>

岩切太幹志<sup>2)</sup>, 西園隆三<sup>2)</sup>, 菊池正雄<sup>2)</sup>, 中川秀人<sup>2)</sup>

藤元昭一<sup>2)</sup>

症例は 30 歳, 女性。14 歳時に発症した微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) でその際は自然寛解した。20 歳時に MCNS が再発しステロイド薬, LDL 吸着療法, シクロスポリンを組み合わせて加療するも, 度々再発した。プレドニゾロン (PSL) 10mg 内服下でも尿蛋白が持続陽性のため, 28 歳時に当科へ紹介となった。腎生検を再施行したところ, MCNS の診断とカルシニューリン阻害薬による細動脈壁の硝子化を認めた。難治性ネフローゼ症候群と判断し, リツキシマブ (RTX) を導入した。PSL 10mg 内服下に RTX 500 mg を 3 回投与した後に methyl-PSL 500mg パルス療法を追加して完全寛解を得た。半年後に RTX 500 mg を追加投与した。その直後に妊娠が判明し, その後は RTX のスケジュール投与は中止し PSL 10 mg の内服で寛解を維持した。前期破水のため妊娠 37 週で自然分娩した (2910 g, 女児, APS 9/9)。PSL 10 mg 内服下で産後 5 ヶ月目に MCNS が再燃し, 一時的に PSL 30mg へ増量し寛解した。産後 7 ヶ月目に, 断乳の上 RTX 500 mg のスケジュール投与を再開し寛解を維持しながら PSL を漸減している。

今回 RTX 投与中にもかかわらず, 無事に妊娠・出産した一例を経験したので文献的考察も加え報告する。

## 212 妊娠による血栓性微小血管障害症と診断したネフローゼ症候群の 1 例

奈良県総合医療センター

○林 諒子, 深田文裕, 國分麻依子, 森本勝彦

【緒言】妊娠中に発症したネフローゼ症候群は, 腎生検による確定診断ができず治療に苦慮することがある。

【症例】32 歳女性。妊娠 32 週に, 高血圧, 尿蛋白, 全身浮腫が出現し, 妊娠高血圧性腎症と診断された。検査所見で尿蛋白 10.2g/日, 血清アルブミン 1.5g/dL, 血清総コレステロール 315mg/dL とネフローゼ症候群の診断基準を満たしたが, 妊娠中のため経過観察された。しかし, 妊娠 34 週に胎児の状態が悪化したため, 帝王切開が行われ出産した。産後, ネフローゼ症候群に対して経口プレドニゾロン (PSL) を開始し, 腎生検を施行した。糸球体の一部に細胞性半月体を, 細動脈には hyalinosis を伴う壁肥厚を認めた。蛍光抗体法でメサンギウム領域への IgA 沈着, 電子顕微鏡では内皮に高電子密度の沈着物を認めた。ネフローゼ症候群の原因は IgA 腎症に合併した血栓性微小血管障害症と診断した。出産によってネフローゼ症候群は自然寛解すると考え, PSL を早期減量し, 分娩後 30 日目に退院した。

【考察】本例のネフローゼ症候群の機序は, 子癇や HELLP 症候群における血栓性微小血管障害に類似すると考えられる。本例は腎生検で妊娠による二次性ネフローゼ症候群と診断し, PSL を早期減量・中止することができた。

【結語】妊娠中にネフローゼ症候群を来した場合は, 出産後速やかに腎生検を施行し確定診断をつけることが重要である。

## 213 アセトアミノフェンによる薬剤性腎障害の治癒遅延により高血圧性腎硬化症の合併が明らかになった一例

NTT 東日本関東病院高血圧・腎臓内科

○仲谷 元, 並河明雄, 大内治紀, 高橋絃子, 古殿孝高  
渋谷祐子

【症例】51歳男性【主訴】無尿, 倦怠感【現病歴】健診では高血圧, 脂質異常症のみ指摘あり. X年1月香港で歯痛に対し, 近医歯科で内服薬を処方された. 内服後数日で息切れ, 血痰, 乏尿が出現し, X年2月現地の病院に入院した. 心疾患疑いでCAG施行, 急性腎障害に対し透析治療開始した. 腎機能改善なく, 精査希望で帰国後当科入院した.【臨床経過】経過より薬剤性腎障害を疑ったが, 腹部CTで腎腫大は認めなかった. 尿中好酸球陰性, Gaシンチグラフィで両腎に異常集積増加を認め, 間質性腎炎に矛盾しなかった. 入院後1日尿量50mLで透析継続し, 7日目より尿量が600mLとなり透析離脱した. ステロイド治療開始したが改善なく, 腎生検施行し, 高血圧性腎硬化症と薬剤性間質性腎炎の所見を認めた. DLSTでアセトアミノフェン陽性で被疑薬と考えた.

【考察】アセトアミノフェンによる薬剤性間質性腎炎に対しステロイド療法が著効しなかった理由は, 腹部CTで既に萎縮, 腎生検で動脈硬化を認め, 慢性腎臓病が基礎にあったからと考えた.【結語】薬剤性腎障害の治癒遅延で慢性腎臓病の存在も明らかになった症例である. 毎年の健診受診は重要である.

## 214 コレステロール結晶塞栓症(CCE)に対し, LDLアフェレーシス(LDL-A)と少量ステロイド併用療法が有効であった維持血液透析患者の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部附属病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○古郷博紀<sup>1)</sup>, 落合彰子<sup>2)</sup>, 皆川明大<sup>2)</sup>, 岩切太幹志<sup>2)</sup>

西園隆三<sup>2)</sup>, 菊池正雄<sup>2)</sup>, 中川秀人<sup>2)</sup>, 佐藤祐二<sup>2)</sup>

藤元昭一<sup>2)</sup>

75歳, 女性. X-11年より高血圧, 糖尿病に対し加療されるも病識に乏しく, 血圧・血糖コントロール不良であった. X-1年1月Cre 1.5, 5月Cre 3.7, 6月Cre 6.8 mg/dLと増悪, 尿毒症症状の出現に伴い8月に血液透析導入. 胸腹部大動脈はshaggy aortaを呈し, 腎機能低下の原因として高血圧, 糖尿病に加え粥腫による虚血の可能性が考えられた. 同年11月ASO, 重症下肢虚血に対し前医で下肢動脈の経皮的血管形成術が行われた. X年1月頃に足趾の色調不良と疼痛が出現, blue toeと血中好酸球増多, 炎症反応上昇を示し, 皮膚生検からCCEと診断. 6月に当科入院し, 血液透析の抗凝固剤をナファモスタットへ変更しLDL-AとステロイドPSL 15 mg/日)を開始したところ足趾の皮膚色の一部正常化および疼痛の改善がみられた. CCEに対するステロイド療法, LDL-Aの有用性が報告されているが確立されたエビデンスはない. 本症例は発症から数ヶ月経過していたが速やかに皮疹が改善した. 両併用療法により粥腫の安定化と局所の炎症の鎮静化が得られたと考えられ, その有用性につき報告する.

## 215 I度高血圧にも関わらずPosterior reversible encephalopathy syndromeをきたしたANCA関連血管炎の一例

組合立諏訪中央病院

○福岡 翼, 中野恵理, 浅野功治, 荒木 真

【症例】84歳女性【主訴】下腿浮腫, 食欲不振

【現病歴】非定型抗酸菌症の治療経過中にCr1.68mgと急性腎障害を認めたため精査目的に入院となった.

【臨床経過】MPO-ANCA212U/mlと高値であったことから腎生検を施行し, 翌日よりPSL1mg/kg/dayの投与を開始した. 生検4日後の早朝, 全身性の強直性けいれんをきたし, けいれんの頓挫後も意識障害が遷延した. 血圧は155/91mmHgであった. MRIでは後頭葉有位のDWI high, ADC high, T2 highを認め, PRESと診断した. 組織診断でANCA関連血管炎が判明したため, CYCLOPSレジメンでの寛解導入療法および透析療法を開始した. 治療強化後は意識状態回復し, 痙攣の再発も認めていない. 透析も離脱している

【考察】近年, ANCA関連血管炎にPRESを合併する報告が散見され, 高血圧で無く, 血管炎ないし腎不全に伴う血管内皮障害が原因と考えられている. 本例は早期の治療強化により良好な転帰を得ることができた.

## 216 ANCA関連腎炎初期治療におけるシクロホスファミド併用の生命予後への寄与

筑波学園病院<sup>1)</sup>

筑波大学腎臓内科<sup>2)</sup>

○三木康祐<sup>1)</sup>, 河村哲也<sup>2)</sup>, 白井丈一<sup>2)</sup>, 角田亮也<sup>2)</sup>

藤田亜紀子<sup>2)</sup>, 金子修三<sup>2)</sup>, 甲斐平康<sup>2)</sup>, 森戸直記<sup>2)</sup>

斎藤知栄<sup>2)</sup>, 山縣邦弘<sup>2)</sup>

【背景】ANCA関連腎炎(AARV)の初期治療としてステロイド薬とシクロホスファミド(CY)の併用が推奨されているが, CY併用の予後への寄与は不明である.【方法】2003-15年筑波大学腎臓内科で初期治療を行ったAARV患者を後方視的に検討した.【結果】対象61例, 男女比27:34, 年齢72(47-88)歳, 全例急速進行性糸球体腎炎(RPGN)を呈していた. 診断時データは血清Cre 2.97 ± 2.14 mg/dL, CRP 7.43 ± 6.66 mg/dL, 肺病変合併35例, RPGN臨床重症度I 13例, II 33例, III 10例, IV 5例であった. 初期治療にCY併用したCY群(23例)と併用しなかった非CY群(38例)に群分けし解析した. 治療開始1年の観察で再燃3例, 死亡7例を認め全例非CY群に含まれていた. Kaplan-Meier生存分析ではCY群は1年生命予後が有意に良好であった(Log-rank test, p=0.034).しかし, 死亡へはCY併用以外の要素(高齢, 併存慢性疾患等)の影響が大きかった.【結語】CY群は再燃, 死亡とも認めず, 適切な症例選択下でCY併用は有効な治療と考えられた.

## 217 ANCA 関連血管炎に腎性尿崩症を合併した 1 例

昭和大学横浜市北部病院内科

○藤岡立樹, 下里誠司, 朝倉 慶, 加藤 憲, 竹島亜希子

山本真寛, 伊藤英利, 緒方浩顕, 成島道昭, 坂下暁子

### 【症例】

70 歳代男性. これまで健診で検尿異常や腎機能障害の指摘はなかった. 20XX 年に下腹部の違和感が出現し, 3kg 程度の体重減少を来したため翌月当院を受診した. 受診時の血液検査では UN 31.8 mg/dL, Cr 2.36 mg/dL, Na 148 mEq/L と腎機能障害に加えて高ナトリウム血症を認めた. 舌や腋窩の乾燥, FENa 0.48% と低下していたことから高張性脱水による腎前性 AKI と診断した. 3000 ml/日を超える多尿, 低張尿を呈していたため, 高張食塩水負荷試験, パンプレシン負荷試験を行い腎性尿崩症と診断した. さらに, MPO-ANCA が強陽性であり, 腎生検を施行した. 光学顕微鏡所見では糸球体に特記すべき異常を認めなかったが, 間質へのびまん性炎症細胞浸潤があり, 一部は傍尿細管毛細血管内へ波及していたため ANCA 関連血管炎 (AAV) に伴う尿細管間質性腎炎と診断した. 他臓器の血管炎所見はなく, 腎限局性 AAV の診断でプレドニゾロン (PSL) 30 mg/日を開始した. PSL 開始後, 速やかに血清ナトリウム, 腎機能は正常範囲内まで改善した. 現在は外来にてステロイドの漸減を行い再発なく経過している.

【結語】腎性尿崩症により診断された AAV を経験した.

## 218 遠位尿細管性アシドーシスに伴う両側腎髓質石灰化により腎障害を来したシェーグレン症候群の一例

京都大学医学部附属病院腎臓内科<sup>1)</sup>

京都市立病院<sup>2)</sup>

○井手山由<sup>1)</sup>, 遠藤修一郎<sup>1)</sup>, 上松瀬良<sup>2)</sup>, 柳田素子<sup>1)</sup>

【緒言】シェーグレン症候群 (SS) に併発する腎疾患として, 間質性腎炎や遠位尿細管性アシドーシス (dRTA) はよく知られるが, 腎機能低下を来すまで看過されることが少なくない. dRTA に伴い両側腎髓質石灰化を来した症例につき, 腎病理結果も含めて報告する. 【症例】38 歳女性. 26 歳時に, 低 K 血症に伴う全身の脱力と口腔や眼球の乾燥症状を機に SS と診断された. 今回は背部痛を機に右腎結石と両側腎髓質石灰化を指摘され, 対外衝撃波結石破碎術が施行されたが軽快せず当科に紹介された. 背部痛は SS に伴う線維筋痛症と診断された. 検査所見で低 K 血症と Anion Gap 正常の代謝性アシドーシス, 高度なアルカリ尿 (pH7.5) を認め, SS に伴う dRTA と判明した. 尿所見陰性の慢性腎障害 (24Cr 57mL/min) と dRTA の関連を評価すべく腎生検を施行した. 結果, 間質性腎炎を示唆する尿細管障害は認めず, 糸球体 45 個のうち, 完全硬化を 9 個, 糸球体嚢胞を 5 個認めた. その後, クエン酸 K の投与で経過観察となった. 【考察】診断当初からアルカリ尿を呈し, 長年のリン酸 Ca 析出により腎髓質石灰化が生じ, 腎障害が進行したと考える. 糸球体嚢胞は下位ネフロン障害に伴うものと推測される. SS にアルカリ尿が合併した時点で dRTA を疑い, 早期の治療介入が望ましい.

## 219 発症初期に低リン (P) 血症, 低カルシウム (Ca) 血症, 1,25 (OH) 2 ビタミン D (1,25D) 高値を認めたレジオネラ肺炎 (レ症) の 1 例

済生会茨木病院内科

○清水定典, 安田康祐, 用稲 栄, 王 麗楊, 寒川昌平

谷野彰子, 金村 仁, 山田佐知子, 桑原 隆

【症例】68 才, 男【現病歴】温泉 6 日後, 下痢, 嘔吐, 歩行・呂律困難で救急受診. 39.1℃, WBC10400 (neutro89.8%), CRP16.6, CT 右肺下葉浸潤影, 尿中レジオネラ抗原陽性でシプロフロキサシンが投与された. 【電解質経過】入院後第 2, 3, 8, 12 病日の Na は 132, 137, 140, 138mEq/L, K は 2.8, 3.2, 3.8, 4.0mEq/L, Ca (イオン化 Ca) は 7.9 (1.07), 7.7, 8.2, 9.3 (1.21) mg/dL (mmol/L), P は 1.8, 1.2, 2.5, 3.5mg/dL で各電解質は病初期に低値だった. 第 2, 8, 12 病日の尿 BMG は 7330, 100, 50 以下, 尿 Cre (血清 Cre) は, 28 (0.7), 26 (0.76), 15 (0.72) mg/dL, 尿 Na は 49, 67, 13 mEq/L, 尿 K は 9.6, 7.1, 5 mEq/L, 尿 Ca は 4.1, 4.7, 2.1mg/dL, 尿 P は 0.1, 18, 3.9 mg/dL, %TRP 99.8, 78.7, 94.7%, TmP/GFR 1.2, 2.0, 3.3mg/dL で各電解質とも回復期に比べ低値期尿中排泄が多かった. 第 3 病日インタクト PTH 37pg/mL, 25D 15ng/mL, 1,25D 108pg/mL と 25D は低く 1,25D は高かった. 【考察】レ症初期の低 Na, K, Ca, P 血症は, 腸吸収不足に加え, 尿細管障害により各電解質の排泄が亢進するためと思われる. 【結語】レジオネラ肺炎は尿細管障害を引き起こし一過性の低リン血症を来す. この時 PTH は正常, 1,25D は高値だった.

## 220 異所性副甲状腺腺腫に対し, 複数回の副甲状腺摘出術を施行した一例

田附興風会北野病院腎臓内科

○矢倉伊織, 櫻木 実, 林 綾乃, 森田 元, 石村拓也

矢野景子, 垣田浩子, 鈴木洋行, 塚本達雄

【症例】40 歳台女性. IgA 腎症のため 24 歳時に血液透析導入. ビタミン D 治療抵抗性の副甲状腺機能亢進症に対し, 29 歳時に頸部副甲状腺 4 腺摘出術 (以下 PTx) + 左前腕自家移植術, 35 歳時 2 腺摘出 (異所性 1 腺) 施行. 潰瘍性大腸炎発症後に副甲状腺ホルモン (PTH) 再上昇し 43 歳時, 自家移植腺摘出術 (6 個). 術後も治療抵抗性の PTH 高値が持続し椎体骨折発症, 左鎖骨上部と上縦隔に結節像を認め異所性副甲状腺と診断した. エテルカルセチド 5mg およびロカルトロール 0.75μg 投与下で ALP1484U/L, Ca7.7mg/dL, P4.5mg/dL, iPTH1487.3pg/mL を示した.

【経過】左下頸部切開および胸腔鏡アプローチにより腫瘍摘出, 組織学的には副甲状腺結節性過形成であった. 手術翌日に iPTH60pg/mL まで低下し, 遷延性低 Ca 血症に対し沈降炭酸カルシウムおよびビタミン D 治療で対症した.

【考察】カルシウム受容体作動薬は, 内科的副甲状腺機能亢進症に著効することが多く PTx は近年減少している. 本症例は潰瘍性大腸炎のためステロイド治療歴があり, 栄養状態が比較的不良な上に複数の異所性副甲状腺のため PTH が低下せず骨折に至っており, 積極的な PTx 適応症例と考えられ文献的考察を加え報告する.

## 221 副甲状腺摘除後に顕在化した長期透析患者の Brown tumor の一例

虎の門病院分院腎センター<sup>1)</sup>

虎の門病院病理部<sup>2)</sup>

北海道大学硬組織発生生物学教室<sup>3)</sup>

○鳥生直哉<sup>1)</sup>, 上野智敏<sup>1)</sup>, 早見典子<sup>1)</sup>, 住田圭一<sup>1)</sup>

山内真之<sup>1)</sup>, 澤 直樹<sup>1)</sup>, 乳原善文<sup>1)</sup>, 高市憲明<sup>1)</sup>

藤井丈士<sup>2)</sup>, 網塚憲生<sup>3)</sup>

【症例】48歳男性。25歳時に透析を導入され二次性副甲状腺機能亢進症に対し副甲状腺摘除術 (PTX) を施行した2年後に右脛骨遠位部に疼痛と腫脹が出現した。画像上同部位に腫瘤性病変を認め摘除術を施行した。腫瘤性病変は多核巨細胞と線維芽細胞が主体で Brown tumor と診断した。骨基質近傍の多核巨細胞は TRAP, cathepsin K 両方に陽性であり破骨細胞活性を示したが、骨基質から離れた多核巨細胞は TRAP や cathepsin K 活性は消失し破骨細胞活性が消失していた。【結論】Brown tumor とは副甲状腺機能亢進症と関係し PTH 高値持続に続発する破骨細胞による局在性の骨融解現象と報告されてきたが、PTX により PTH が低下した後にも Brown tumor が顕在化した症例は稀であり報告する。

## 222 環状肉芽腫症の経過中に高 Ca 血症による腎障害を合併し 1 $\alpha$ -hydroxylase 免疫染色が陽性となった1例

熊本大学医学部附属病院腎臓内科<sup>1)</sup>

熊本大学医学部附属病院皮膚科<sup>2)</sup>

○伊達亮佑<sup>1)</sup>, 松下恭久<sup>1)</sup>, 岡村景子<sup>1)</sup>, 栗原孝成<sup>1)</sup>

牧野雄成<sup>2)</sup>, 井上秀樹<sup>1)</sup>, 中山裕史<sup>1)</sup>, 向山政志<sup>1)</sup>

【症例】75歳の男性【主訴】高 Ca 血症、腎機能悪化【臨床経過】2年前、全身に紅斑が出現し当院皮膚科を受診、環状肉芽腫症の診断となった。ステロイド外用や光線療法で加療するも、寛解と再燃を繰り返していた。1ヶ月前から紅斑が再燃、補正 Ca 11.9 mg/dL, Cr 1.71 mg/dL となり腎臓内科入院となった。精査の結果、1,25 (OH) 2D3 高値でビタミン D 内服歴なく、肉芽腫による高 Ca 血症と考えられた。血清リゾチームと sIL-2R は上昇、Ga シンチ陰性、肺・眼・心サルコイドーシスの所見は認めなかった。皮膚再生検を行なったところ、ムチン沈着を欠きリンパ球浸潤を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認め、1 $\alpha$ -hydroxylase 免疫染色は陽性だった。ステロイド内服を開始し、皮疹、血清 Ca 値、腎機能は改善し、経過から皮膚サルコイドーシスと考えられた。【考察】サルコイドーシスでは IFN- $\gamma$  の産生が 1 $\alpha$ -hydroxylase の過剰発現、1,25 (OH) 2D3 産生、血清 Ca 上昇に関わり、糖質コルチコイドで抑制されると考えられている。自験例は 1 $\alpha$ -hydroxylase 免疫染色が陽性であり、高 Ca 血症にステロイドが奏功すると考えられ治療方針決定に寄与した。

## 223 重篤な高カリウム血症と急性腎障害を呈し血液浄化療法で救命しえたグリホサート中毒症の1例

富山県立中央病院内科

○山崎 唯, 越智雅彦, 小林 拓, 白石詩織, 越野瑛久

上川康貴, 能勢知可子, 川端雅彦

【症例】69歳、男性。55歳で脳幹梗塞を発症し高血圧と2型糖尿病を指摘された。50年間の喫煙による肺気腫がある。X年8月に肺腺癌 (Stage 1B) に対し鏡視下右中葉切除術を受けた。自己破産の既往あり家族との折り合いが悪く、10月飲酒後に自殺目的で除草剤のラウンドアップ®100 ml を飲んだ。2時間後の救急搬送時、下痢・嘔吐・呼吸苦あり、意識は清明、血圧 167/99 mmHg, 脈拍 111 / 分、採血にて血清 Cr 0.97 mg/dL, QRS 幅開大の ECG 変化を伴う高カリウム血症 (9.5 mEq/L), ABG で pH 7.131, PaCO<sub>2</sub> 58.2 mmHg, HCO<sub>3</sub> 18.6 mEq/L の混合性アシドーシスを認めた。活性炭投与、グルコン酸 Ca 静注、炭酸水素 Na 点滴と4時間の緊急血液透析 (HD) を行った。HD 後は、持続的血液透析濾過に移行し、翌日の血清 K は 5.8 mEq/L と下降した。腎機能は第4病日に Cr 5.36 mg/dL の頂値をとり蛋白尿 1.91 g/gCr と尿中  $\beta$ 2-MG 14,115  $\mu$ g/L の高値を認めた。【考察】除草剤成分のグリホサート K 塩による高 K 血症とアシドーシス、薬剤性急性腎障害と診断した。本例の内服量は、経口推定致死量の 2 mL/kg に近い。特異的な解毒・拮抗剤はなく、内服が 100 mL 以上の場合は血液浄化が必要となる。グリホサートの分子量は 169 と小さく、血液吸着では除去できないが血液透析で効率よく除去できる。救命に成功した興味深い症例と考え報告する。

## 224 非代償性肝硬変による難治性胸腹水と診断されていたが、IgA 腎症に対するステロイド治療により胸腹水が消失した一症例

千葉大学大学院医学研究院腎臓内科学

○井上宏子, 牧野慎市, 若林華恵, 李 記璋, 相澤昌史

浅沼克彦

76歳男性。10年ほど前から高血圧、アルコール性肝障害で近医内科に通院していた。X年6月から下腿浮腫と胸腹水が出現し、他院消化器内科を紹介され非代償性肝硬変と診断された。フロセミドおよびスピロラクトンが開始されたが胸腹水の改善に乏しく、トルバプタンが導入されたがコントロール不良であった。腎機能悪化傾向と尿蛋白・尿潜血陽性のため、当院紹介受診となった。低アルブミン血症 (Alb 2.4g/L) および高度蛋白尿 (8g/gCr) を認め、ネフローゼ症候群と診断し、X年9月に腎生検検査を実施した。光学顕微鏡では糸球体に癒着および線維細胞性半月体を認め、メサンギウム細胞と基質の増殖を認めた。免疫蛍光抗体法ではメサンギウム領域に IgA と C3 の沈着を認めた。H-GradeII (A/C), C-GradeIII の高リスク群 IgA 腎症と診断し、ステロイド治療を開始した。低アルブミン血症と蛋白尿の改善は緩やかだったが、下腿浮腫と胸腹水は速やかに消失した。当初、難治性胸腹水は非代償性肝硬変によるものと考えられたが、IgA 腎症によるネフローゼ症候群によるものと判明した。非代償性肝硬変による難治性胸腹水があり、ネフローゼ症候群が合併する症例は積極的に腎生検検査を行い、腎疾患に対する診断・治療を行う必要がある。

## 225 ギラン・バレー症候群治療後の緑膿菌感染に続発したIgA-dominant 感染関連腎炎の1例

京都大学医学部附属病院腎臓内科

○東 良亮, 武呂幸治, 松原 雄, 柳田素子

【症例】65歳男性【主訴】蛋白尿, 浮腫

【現病歴】X年3月, 筋力低下と呼吸不全で入院。抗ガンゲリオン抗体陽性からギラン・バレー症候群(GBS)と診断し, 免疫グロブリン静注療法を施行した。筋症状が改善した4月下旬に緑膿菌性尿路感染症を合併。約2週間の感染が収束した後にネフローゼ症候群(尿蛋白20g/gCRE, ALB2.3g/dL)を発症したため当科紹介受診となった。

【経過】腎生検の結果, 光顕では管内細胞増多と細胞性半月体を, 蛍光抗体法ではメサングウムと係蹄へのIgA, C3の沈着を認めた。紫斑なく, ANCA陰性, 補体価も正常であった。経過も考慮し, IgA-dominant 感染関連腎炎(IRGN)と考え無治療で経過観察を行った。しかし蛋白尿の改善なく, 7月下旬にはCreが2.29mg/dLまで漸増したため, PSLとシクロスポリンを開始した。その結果, Creは1.2mg/dLまで改善した。9月下旬の再生検では慢性期病変主体に移行しており, シクロスポリンは中止し, ステロイドを漸減した。蛋白尿は持続したものの, 腎機能は悪化しなかった。

【考察】GBSに合併する糸球体腎炎は膜性腎症が多いが, IgA-dominant IRGNの報告はない。この腎疾患は未だ不明な点も多いが, 免疫抑制療法が有用との報告もある。

【結語】GBSに続発したIgA-dominant IRGNの一例を経験した。

## 226 IgA腎症を合併したKartagener症候群の1例

自治医科大学医学部<sup>1)</sup>

自治医科大学内科学講座腎臓内科学部門<sup>2)</sup>

自治医科大学附属病院病理診断部<sup>3)</sup>

○近本香織<sup>1</sup>, 岡健太郎<sup>2</sup>, 菅生太郎<sup>2</sup>, 増田貴博<sup>2</sup>

小林高久<sup>2</sup>, 秋元 哲<sup>2</sup>, 福嶋敬宜<sup>3</sup>, 齋藤 修<sup>2</sup>

武藤重明<sup>2</sup>, 長田太助<sup>2</sup>

【症例】36歳女性。生下時にKartagener症候群と診断された。呼吸器感染症を繰り返しておりX-2年に診断された未治療の肺非定型抗酸菌症がある。19歳時に尿潜血陽性が, 33歳時に肺炎を罹患した際に尿潜血陽性と尿蛋白陽性が指摘され, 以後の健診で尿潜血と尿蛋白の出現と消退を繰り返した。X年8月に肺炎を罹患し, 近医を受診した際に尿沈査赤血球15-20/HPF, 尿蛋白クレアチニン比0.683g/g・Cr, IgA734mg/dL, C3116mg/dLが認められ, 当科紹介となり腎生検を行なった。評価可能な糸球体9個中, 全節性硬化糸球体1個, 細胞性半月体形成を1個認めた。多くの糸球体でメサングウム基質, メサングウム細胞の増殖を認め, 蛍光免疫染色でのメサングウム領域のIgA沈着から低リスクのIgA腎症と診断した。

【考察】Kartagener症候群とメサングウム増殖性糸球体腎炎や巣状分節性糸球体硬化症の合併例の既報が数件あるが, IgA腎症の合併例はほとんど存在しない。今回, 文献的考察を加えて報告する。

## 227 蛋白尿を契機に腎生検にて診断しえたミトコンドリア病に合併した腎症の1例

岡山大学医学部医学科<sup>1)</sup>

岡山大学大学院医歯学総合研究科腎・免疫・内分泌代謝内科学<sup>2)</sup>

○小西智子<sup>1</sup>, 北川正史<sup>2</sup>, 川北智英子<sup>2</sup>, 大高 望<sup>2</sup>

三瀬広記<sup>2</sup>, 木野村賢<sup>2</sup>, 杉山 齊<sup>2</sup>, 和田 淳<sup>2</sup>

症例は27歳女性。14歳時に両側真珠腫性中耳炎で手術歴あり。X-6年, 健診にて蛋白尿を指摘, X-3年精査目的で当院紹介, Cr0.78mg/dL, 蛋白尿0.16g/dayで経過観察となった。その後, 蛋白尿増悪し, X-1年10月紹介, 尿蛋白0.71g/dayで, X年2月腎生検を施行した。入院時HbA1c6.7%, 空腹時血糖115mg/dL, 75gOGTT施行したところ糖尿病型であった。糖尿病網膜症はなかった。腎生検は, 蛍光抗体陰性, 光顕は, 糸球体11個, 全節性硬化2個, 残存糸球体は微小糸球体変化であったが, 電顕にて糸球体上皮細胞, 遠位尿細管上皮細胞内に豊富な異常ミトコンドリアを認め, ミトコンドリア腎症と考えられた。遺伝子検査でミトコンドリアDNA3243A>G変異を認め, ミトコンドリア病と診断した。眼科, 神経内科にて精査を行うも異常はなかった。母方家系に糖尿病家族歴はなかったが, 父親及び父方の母に糖尿病が見られた。

ミトコンドリア病の腎病変は尿細管障害が多いが, 糸球体病変として巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)の報告が散見され, 特に3243A>G変異では多い。若年者の原因不明の糖尿病や蛋白尿を見たときはミトコンドリア病も鑑別に入れるべきである。

## 228 発見時すでに末期腎不全であったNPHP1ホモ全欠失型ネフロン癆の一例

東北大学腎・高血圧・内分泌科<sup>1)</sup>

東京医科歯科大学腎臓内科<sup>2)</sup>

○小野山薫<sup>1</sup>, 中道 崇<sup>1</sup>, 齋藤綾子<sup>1</sup>, 藤丸拓也<sup>2</sup>

三島英換<sup>1</sup>, 森 崇寧<sup>2</sup>, 蘇原映誠<sup>2</sup>, 宮崎真理子<sup>1</sup>

内田信一<sup>2</sup>, 佐藤 博<sup>1</sup>

【症例】17歳男性。検尿異常や成長・発達障害なし。家族に腎疾患なし。X-4月, 学校健診で貧血を指摘された。X月下旬, めまい, 嘔気, 頭痛が生じ近医受診。Cr22mg/dLの高度腎障害を認め当院搬送後, 緊急血液透析を開始した。尿異常や腎外病変なく, 血清学的に特定の腎疾患を示唆する所見を欠いた。腎生検では間質がほぼ完全に線維化するとともに, 拡張した嚢胞様尿細管が散見された。何らかの尿細管間質疾患による末期腎不全像と判断し, 腹膜透析を導入した。退院後遺伝子解析でNPHP1領域のホモ全欠失が判明し, ネフロン癆と診断された。【考察】NPHP1全欠失はネフロン癆患者の25%に認められ, 平均13歳で末期腎不全に至る。本例のように学校検尿での発見が難しいことが課題である。根本的治療はないが, 不必要な免疫抑制の回避, 同胞・次世代にわたるケア等の観点から, 遺伝子検査による確定診断の意義は大きい。【結語】発見時より腎代替療法を必要とし, 遺伝子検査で確定診断に至ったネフロン癆の一例を経験した。

## 229 高血圧性心不全に対する降圧治療により腎血流が途絶し急性腎障害を来した腹部大動脈閉塞の一例

奈良県総合医療センター循環器・腎臓内科

○田口浩之, 深田文裕, 國分麻依子, 森本勝彦

【症例】68歳, 男性。【主訴】労作時呼吸困難感, 顔面, 両手背浮腫。【現病歴】収縮期血圧200mmHgを超える重症高血圧と血清Cr 1.8 mg/dLの腎障害のため入院した。腹部血管雑音を聴取せず, 内分泌検査に異常は認められなかった。入院後から降圧療法を開始したが高血圧は改善せず, その後高血圧緊急症による急性心不全を発症した。降圧療法を強化して高血圧と心不全は一時的に改善したが, 血清Cr 4.5 mg/dLまで急激に上昇し, 無尿となった。その後も腎機能の改善を認めず, 血液透析療法を導入した。腹部造影CTでは, 上腸間膜動脈分岐部から両腎動脈, 総腸骨動脈までが描出されず, 腹部大動脈閉塞症と診断した。血行再建術は希望されず, 転院した。【考察】本例は腹部大動脈や腎動脈の重度狭窄によって臓器虚血をきたしており, 代償性の高血圧によってかろうじて腎血流が保たれていたものと推測した。しかし, その代償性高血圧が急性心不全を引き起こし, 心不全に対する降圧療法がわずかに残存していた腎血流を途絶させ, 急激な腎不全を招いたものと考えられた。大動脈閉塞を合併した高血圧緊急症は降圧管理が困難であり, 血行動態が破綻する前に早急に診断し血行再建術を行うことが望ましい。

## 230 慢性大動脈閉塞症の経過観察中に発症した虚血腎の一例

石巻赤十字病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○中村瑞道<sup>1)</sup>, 竹内陽一<sup>2)</sup>, 長澤 将<sup>2)</sup>

【現病歴】73歳, 男性。61歳の時に間欠性跛行で当院血管外科受診し, 大動脈閉塞症と診断されサルボグレラート投与により経過観察されていた。入院2ヶ月前の時点ではCre 1.75 mg/dl (左片腎)であった。入院半月前から感冒様症状があり, 脱水症が進行して全身倦怠感と無尿および全身の浮腫を主訴に当院を受診した。BUN 94.3 mg/dL, Cre 15.27 mg/dLと高度腎機能障害および胸部レントゲンで胸水貯留が認められ, 精査加療目的に当科入院となった。

【臨床経過】入院後緊急血液透析を行なった。当初薬剤性急性腎不全が考えられたが腎機能障害が遷延した。腎生検はほぼ正常であり, 腎血管エコーで腎内動脈の血流を確認できた。99mTc-DTPA 腎動態シンチで腎臓に集積は認められず, 腹部造影CTで左腎動脈起始部閉塞を認めた。腎動脈閉塞に伴う虚血腎と診断し, 維持透析を導入して第44病日に退院とした。

【考察】慢性大動脈閉塞症は稀な病態であり, 様々な血管病変を合併する。本例では側副血行路を介した腎血流により急性虚血に伴う腎梗塞の症状が生じなかったが, 有効な腎糸球体灌流圧が得られず無尿をきたし末期腎不全に至ったと考えられた。腎動脈閉塞による虚血腎に対しては外科的治療も検討されるため, 早期の診断に努める必要がある。稀な原因での末期腎不全を経験した。

## 231 3度の致死性的出血を合併するもステロイドとトシリズマブで治療し得たTAFRO症候群の1例

虎の門病院

○藤川莉那, 水野裕基, 小澤祐子, 関根章成, 川田真宏

長谷川詠子, 澤 直樹, 星野純一, 乳原善文, 高市憲明

【症例】53歳男性【主訴】尿量低下, 体重増加。【現病歴】1ヶ月前から出現した尿量低下とkgの体重増加, 発熱を主訴に当院に精査入院された。発熱, 全身性浮腫, 肝脾腫, 炎症反応高値, 血小板減少, 凝固機能異常, 腎機能障害を認め, リンパ節および腎生検にてTAFRO症候群と診断した。腎機能障害は急性に進行し緊急透析導入となり, ステロイドパルス療法(50mg/日)を開始した。ステロイド単剤では病勢は安定せずトシリズマブ(8mg/kg/週)を併用した。腎機能は速やかに回復し透析を離脱したが, 血小板減少と全身性浮腫は遷延した。経過中に3度の致死性的出血を合併し外科的止血術を行った。連日40単位の血小板輸血を要したが, 両剤を継続したところ3ヶ月頃より血小板数が回復し, 全身性浮腫も改善した。ステロイドを漸減しトシリズマブを隔週投与とし退院された。【考察】TAFRO症候群は血小板減少のため腎生検は困難であるが, 本症例で糸球体の内皮細胞障害を確認した。急性腎不全に至り一時血液透析を要したが, ステロイド治療とトシリズマブを併用したことで速やかに奏功し透析を離脱することができた。血小板減少が遷延するケースが多く, 致死的な出血性合併症に注意しながら治療を継続する必要がある。

## 232 アシクロビル静注を契機に血尿, 蛋白尿が出現し, 急性腎障害をきたした1例

沖縄県立北部病院内科<sup>1)</sup>

沖縄県立北部病院病理診断科<sup>2)</sup>

○原 直寛<sup>1)</sup>, 永田恵蔵<sup>1)</sup>, 丸山晃慶<sup>1)</sup>, 山本恭資<sup>1)</sup>

徳増一樹<sup>1)</sup>, 比嘉康志<sup>1)</sup>, 仲西貴也<sup>2)</sup>

【症例】60代男性

【主訴】乏尿・蛋白尿・血尿【既往歴】2型糖尿病

【現病歴】全身性痙攣を主訴に内科入院となった。身体所見で脱水, 検査所見で高血糖を認めたが, 腎機能は正常(BUN10mg/dL, Cre0.5mg/dL)であった。第2病日も全身性痙攣が出現, 急性髄膜炎を疑い, バンコマイシン(VCM)含む抗菌薬2剤, アシクロビル(ACV)2250mg/日の投与を開始した。第3病日に蛋白尿, 顕微鏡的血尿, 尿中に多量の結晶成分析出を指摘, 急速な腎機能低下(BUN35mg/dL, Cre3.92mg/dL)を認めた。第4病日から下腿浮腫, 乏尿を認め, ACV腎症による急性腎障害(AKI)と判断し, ACV投与を中止した。その後も腎機能改善せず腎保護・薬剤除去目的に緊急透析を施行した。腎生検では軽度の尿細管の萎縮・脱落を認めたが, その他特異的な所見はなく, ACVの結晶成分が析出したことでAKIを来したACV腎症と診断した。循環血漿量を確認しながら補液・利尿剤を調節し尿所見・腎機能の改善を認めた。【考察】ACV腎症は腎機能異常, 脱水, 薬剤の急速投与, 腎毒性のある薬剤の併用などが発症リスクである。髄膜炎の初期治療は, 薬剤の多剤併用となるケースが多い。本症例では脱水症に加え, VCMの併用により腎障害が起こったと考えられた。【結語】ACV投与の際は腎機能正常であっても, ACV腎症の発症リスクに注意が必要である。

### 233 診断に苦慮したレプトスピラ症による急性腎不全の一例

京都桂病院研修管理事務局<sup>1)</sup>

京都桂病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○工藤千晶<sup>1)</sup>, 鈴木康紀<sup>2)</sup>, 岩谷裕史<sup>2)</sup>, 迫田和典<sup>2)</sup>

山地秀平<sup>2)</sup>, 宮田仁美<sup>2)</sup>

【症例】85歳男性【主訴】発熱, 筋肉痛, 腹痛, 下痢  
【現病歴】職業は稲作農家で, 特記すべき既往歴はない。201X年9月初旬から38度台の発熱, 下肢と腰部の筋肉痛, 腹痛, 下痢が出現し前医を受診したところ, 高度の炎症反応と腎機能障害, 蛋白尿, 血尿を認めたためANCA関連血管炎を疑われ, 同年9月中旬に精査加療目的で当院に入院した。  
【臨床経過】入院時, 黄疸, 結膜充血あり, Cr 4.81mg/dl, T-Bil 3.5mg/dl, AST 70IU/L, ALT 34IU/L, CRP 16.49mg/dl, WBC 16,050/ $\mu$ l, Plt  $2.5 \times 10^4$ / $\mu$ lと肝機能障害, 血小板減少も認めた。CT検査では両肺下葉にすりガラス影, 左肺底部に濃度上昇, 右上中葉に索状影・小結節影を認め, 肺炎合併を疑った。第1病日からセフトリアキソン2g/日, 第5病日からミノサイクリン200mg/日を開始した。第3病日にMPO-, PR3-ANCA陰性が判明した。「足袋を履いて水田に浸かり農作業を行っていた」との情報, 身体検査所見からレプトスピラ症を想起し, 第15病日にペア血清を用いた顕微鏡下凝集試験で診断を確定した(血清型:L. interrogans serovar Hebdomadis)。第1病日から無尿の状態が続いたため, 第5病日から第9病日まで血液透析を行ったが, 抗菌剤治療により腎肝機能は正常に回復した。  
【考察】本邦におけるレプトスピラ症の発生数は年間16~48例と報告されており, 比較的稀な感染症である。存在を疑わなければ診断は困難であり, 本症例では, 網羅的・継続的な情報収集がその過程で大きな役割を果たした。病歴聴取と身体診察から鑑別診断を考えるという診断の第1ステップの重要度を示す教訓的な症例であった。

### 234 常染色体優性アルポート症候群の一例

組合立諏訪中央病院<sup>1)</sup>

松本大学大学院健康科学研究科人間健康学部スポーツ健康学科<sup>2)</sup>

神戸大学大学院医学研究科内科系講座小児科<sup>3)</sup>

○関 智行<sup>1)</sup>, 福岡 翼<sup>1)</sup>, 竹内菜緒<sup>1)</sup>, 中野恵理<sup>1)</sup>

玉井道裕<sup>1)</sup>, 江原孝史<sup>2)</sup>, 野津寛大<sup>3)</sup>, 荒木 真<sup>1)</sup>

【症例】20代男性【主訴】無症候性血尿・蛋白尿【現病歴】幼少期より無症候性血尿を指摘され, 10代で施行された腎生検では光顕・電顕所見はminor abnormalityのみであった。以降経過観察されていたが, 血尿・蛋白尿が経時的に増加傾向にあることから再度腎生検施行目的に入院となった。  
【臨床経過】腎生検では, 光顕で一部の糸球体に巣状糸球体硬化を認め, 電顕では基底膜に層状・網目状変化を伴う不均一な肥厚を認めた。遺伝子解析ではcoding DNAの1826番が一塩基欠失(exon26 c.1826delC)していること, その結果, 609番目のアミノ酸以降がフレームシフト変異し, そこから138番目のアミノ酸が終始コドンに置換されていること(p. (Pro609Leufs\*138))が判明した。遺伝子結果および家族歴から常染色体優性アルポート症候群と診断した。【まとめ】近年, アルポート症候群に占める常染色体優性遺伝の割合は19~31%と比較的多い疾患である事が判ってきた。また, 菲薄基底膜病とアルポート症候群を包括した, Collagen type4-related nephropathiesという名称が提唱されている。遺伝子異常と予後との相関関係が未だに明らかになっていないことから, 本例のような新規遺伝子異常は貴重な症例と考えられ, ここに報告する。

### 235 全身性エリテマトーデス(SLE)に微小変化型ネフローゼ症候群(MCNS)が合併した1例

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター<sup>1)</sup>

名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学<sup>2)</sup>

愛知医科大学病院腎臓・リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○石田智子<sup>1)</sup>, 山本理恵<sup>2)</sup>, 増田智広<sup>2)</sup>, 勝野敬之<sup>3)</sup>

小杉智規<sup>2)</sup>, 坪井直毅<sup>2)</sup>, 丸山彰一<sup>2)</sup>

【症例】42歳女性【現病歴】X-16年に混合性結合組織病(MCTD)と診断。X-3年に胸膜炎, 心膜炎, 抗核抗体陽性, 抗DNA抗体陽性, 光線過敏症よりSLEと診断。以後, 尿検査異常は1度認めていなかったがX年に定期受診時に尿蛋白陽性(8.76g/gCr)を認め, 諸検査追加してネフローゼ症候群と診断(診断時免疫抑制薬: プレドニゾロン5mg・タクロリムス1.5mg・ヒドキシクロロキン200mg)。腎生検目的に入院の運びとなった。【入院後経過】第2病日に腎生検実施。光学顕微鏡/免疫染色での所見はループ腎炎2型に合致。電子顕微鏡でメサンギウム領域に高電子密度沈着物および上皮細胞の癒合を広範囲に認めループ腎炎2型と微小変化型ネフローゼ合併例と診断。プレドニゾロン1mg/kgにて治療開始し, 第42病日に完全寛解となり第47病日に退院の運びとなった。その後の外来経過においては不完全寛解(尿蛋白1g/gCr程度)が持続している。【考察】本症例においてSLEとMCNSが独立して発症したものか, Lupus腎炎がMCNS様の発症様式を呈しているかについては検討の余地があると考えられる。それらについて文献的考察を加えた上で報告する。【結語】SLEにMCNSが合併した1例を経験した。

### 236 胸腺腫摘出後に微小変化型ネフローゼ症候群(MCNS)が続発した1例

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター<sup>1)</sup>

名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学<sup>2)</sup>

愛知医科大学病院腎臓・リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○鈴木 英<sup>1)</sup>, 増田智広<sup>2)</sup>, 齋藤尚二<sup>2)</sup>, 勝野敬之<sup>3)</sup>

小杉智規<sup>2)</sup>, 坪井直毅<sup>2)</sup>, 丸山彰一<sup>2)</sup>

【症例】55歳男性  
【現病歴】当科初診5ヶ月前胸腺腫及び左胸膜播種に対して先行的化学療法を実施した後に胸腺全摘術および左胸膜肺全摘術を施行。術後経過は良好であったが, 当科初診2週間前より体動時の倦怠感および呼吸苦出現。諸検査にてネフローゼ症候群の診断となり当科紹介となった。  
【入院後経過】急性腎障害の合併を認めたためアルブミン製剤を使用した。また尿生化学検査よりselectivity index:0.13と高選択性であった。プレドニゾロン1mg/kgにて先行治療を開始し第14病日に腎生検実施しMCNSと診断した。第21病日に完全寛解となり, 第39病日に退院。それ以後18ヶ月間, 寛解を維持した状態で経過中である。  
【考察】胸腺腫とMCNSの合併については既報があるが本症例は胸腺摘出後にMCNSを発症している。よって腫瘍随伴症としてのネフローゼ症候群ではなく, 胸腺摘出により患者の免疫システムの改変がおこった事が原因となりMCNSを発症した可能性も勘案する必要がある。【結語】胸腺腫摘出後にMCNSが続発した1例を経験しました。

### 237 本態性血小板増多症にネフローゼ症候群が合併した1例

虎の門病院<sup>1)</sup>

虎の門病院分院腎センター内科リウマチ膠原病科<sup>2)</sup>

虎の門病院分院腎センター病理部<sup>3)</sup>

○山際 元<sup>1)</sup>, 川田真宏<sup>2)</sup>, 関根章成<sup>2)</sup>, 長谷川詠子<sup>2)</sup>

澤 直樹<sup>2)</sup>, 星野純一<sup>2)</sup>, 高市憲明<sup>2)</sup>, 大橋健一<sup>3)</sup>

藤井丈士<sup>3)</sup>, 乳原善文<sup>2)</sup>

【症例】72歳男性 【主訴】高血圧, 下腿浮腫 【既往歴】63歳: 大腸ポリープ切除 67歳: 早期胃癌 (ESD) 【家族歴】父: 弁膜症 母: 胃痛 妹: 脳梗塞

【生活歴】喫煙歴: 25本/日×52年間 飲酒歴: ウイスキー100ml/日 【現病歴】以前より高血圧を指摘されていたが治療は受けていなかった。201X年12月末, 歯科受診時に高血圧(234/110)を指摘され, 前医紹介受診され, 二次性高血圧の精査をするも否定的であった。下腿浮腫を認め, 蛋白尿も認めため, 201X+1年4月に当院紹介受診となった。【入院後経過】血清Alb1.9であり, 尿蛋白9.14g/gCreを認め, ネフローゼ症候群を呈しており, 血小板57.9万と高値を認めた。検査所見から腎臓に関してはネフローゼ症候群を呈しており, 腎生検の適応と判断し, また血小板の増多に関しても骨髄生検を施行した。骨髄像にて巨核球増加あり, JAK2 V617変異が陽性であり, 本態性血小板血症と診断し腎生検では56個の糸球体のうち1個に泡沫細胞を伴う管内性病変を分節性に認め, 蛍光染色では陰性だが, 電顕で足突起の消失を認めた。コロンビア分類ではCellular variantに相当するFSGSと診断されステロイドを開始し, 改善を認めた。【考察】本態性血小板血症に伴う腎病変の報告は少ない上, 典型的なCellular variantによるFGS像をとった症例として報告する。

### 238 ネフローゼ症候群を合併した木村病の3症例

京都大学医学部附属病院腎臓内科

○重見麻友, 武呂幸治, 石井 輝, 松原 雄, 柳田素子

【緒言】木村病は好酸球増多や高IgE血症を呈する慢性の炎症性肉芽腫性疾患であり, 約15%にネフローゼ症候群(NS)が併発するとされるが, 双方の臨床病理学的な関連は未解明である。今回, NSを合併した木村病を3例経験した。【症例1】42歳男性。29歳より左前耳介皮下腫瘍を伴う木村病があり, 微小変化型ネフローゼ症候群(MCNS)を発症。プレドニゾン(PSL)60mg(0.8mg/kg)/日で腫瘍は退縮し, 蛋白尿は完全寛解(CR)に至り, PSL漸減6ヶ月でも再発を認めず。【症例2】66歳男性。45歳より左後耳介皮下腫瘍を伴う木村病があり, 53歳時にMCNSを発症。PSL40mg(0.8mg/kg)/日で腫瘍の退縮, 蛋白尿のCRを認めた。PSL漸減休薬後2年経過後も再発を認めず。【症例3】46歳男性。巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)のため38歳より血液透析導入。発熱および左耳介後部皮下腫瘍が出現し, 生検で木村病と診断。PSL15mg(0.3mg/kg)/日で解熱し腫瘍も退縮を認めた。PSL漸減休止後も再発なく, 透析を継続中。【考察】3症例とも若年から中年で頭頸部皮下腫瘍を認め, PSLで腫瘍が退縮した典型的な木村病であった。一方腎症は, 本症例のMCNS/FSGS以外に膜性腎症や増殖性腎炎の報告も多く, さらに木村病とNS発症の時期も多様であることが判明した。【結語】木村病の臨床症状は比較的画一的だが, 同疾患に合併するNSの発症様式, 腎病理および腎予後は多様である。

### 239 集学的治療により救命した肺出血を伴う顕微鏡的多発血管炎の一例

石巻赤十字病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○中村瑞道<sup>1)</sup>, 青木 聡<sup>2)</sup>, 長澤 将<sup>2)</sup>

【現病歴】82歳, 男性。高血圧, 心房細動のため前医に通院していた。入院6ヶ月前にCre 1.7 mg/dL, 尿蛋白(2+), 潜血(3+)と腎機能障害および尿所見異常が指摘されたが経過観察となっていた。入院2ヶ月前から淡血性痰および全身倦怠感が出現し, 同症状が増悪したため当院受診した。BUN 102.5 mg/dL, Cre 10.96 mg/dL, 尿沈渣赤血球20-29/HPF, 尿蛋白(2+)と高度腎機能障害に加え胸部CTで肺出血が指摘されたため, 精査加療目的に当科入院となった。

【臨床経過】肺出血を伴う急速進行性腎炎症候群としてFFP 40単位による血漿交換療法(PE)を計3回施行し, mPSL 500 mg/日×3日間によるステロイドパルス療法を2クール行った。後療法としてPSL 30 mg/日投与した。また, MPO-ANCA陽性かつ抗GBM抗体陰性であったため, 顕微鏡的多発血管炎(MPA)と考えた。腎組織所見も同疾患に矛盾しないものであった。治療により肺出血は消退したが, 腎機能改善は認められず, 維持透析の方針とした。第33病日, PSL 20 mg/日へ減量し退院とした。

【考察】肺出血を伴うMPAの生命予後は不良である。本症例は最重症型のMPAであったが, PEを組み合わせた集学的治療により救命できた。MPAの治療においてPEの位置付けは未だ確立しておらず症例の蓄積が重要である。

### 240 急性腸炎を契機に診断された顕微鏡的多発血管炎の1例

奈良県立医科大学腎臓内科学<sup>1)</sup>

奈良県立医科大学地域医療学講座<sup>2)</sup>

○板野明子<sup>1)</sup>, 鮫島謙一<sup>1)</sup>, 西本雅俊<sup>1)</sup>, 松井 勝<sup>1)</sup>

田川美穂<sup>1)</sup>, 田邊 香<sup>1)</sup>, 對馬英雄<sup>1)</sup>, 赤井靖宏<sup>2)</sup>

鶴屋和彦<sup>1)</sup>

【症例】48歳, 男性 【主訴】腹痛 【現病歴】X年9月の検診で高血圧, 腎機能障害(Cre 2.0mg/dl), 尿蛋白(3+), 尿潜血(3+)を指摘された。10月1日より食思不振と水様便が認められ, 3日後に近医を受診した。発熱, CRP高値(14.26mg/dl), 腎機能障害(Cre 2.5mg/dl)を指摘され, 腹部単純CTで回腸壁の肥厚を指摘され, 急性腸炎と診断され緊急入院した。絶食補液の上, 抗菌薬が開始されたが, 下痢は改善しなかった。下部消化管内視鏡検査では回腸末端に全周性浮腫状粘膜が認められた。同部位の粘膜生検では血管炎所見を確認できなかったが, 血液検査でMPO-ANCA高値(132.5U/ml)よりANCA関連血管炎が疑われ, 10月10日に当科に転院した。【経過】第4病日に腎生検を施行し, 31個の糸球体が採取され6個の細胞性半月体と3個の線維細胞性半月体を認めたため, 顕微鏡的多発血管炎と診断した。ステロイドパルス療法後にPSL内服(40mg/日)を開始し, MPO-ANCAとCRPの低下, 下痢症状の改善, および腎機能の改善(2.0mg/dl)を認めた。第30病日にPSL30mgに漸減し第53病日に退院した。【考察】急性腸炎を契機に診断された顕微鏡的多発血管炎の1例を経験した。

## 241 巣状分節性糸球体硬化症 (FSGS) の Collapsing variant が疑われた 1 例

市立長浜病院腎臓代謝内科

○平井太郎, 霍田裕明, 島本綾子, 上田久巳, 田中裕紀  
潮 正輝, 森田善方

**【症例】** 30 歳男性 **【主訴】** 全身性浮腫 **【臨床経過】** 11 月初旬より感冒様症状が出現, その 2 週間後より全身性浮腫を認めた. 1 ヶ月間で 6kg の体重増加と尿蛋白 4+ を認め紹介となった. 血清 Cr 15.26mg/dl, 尿蛋白 9.2g/gCr であり尿蛋白を伴う高度腎不全を認め即日入院, 翌日には緊急透析導入となった. 顕微鏡的血尿は認めず, HIV を含めた感染検査は陰性であった. ASO1136U/ml と高値, 感冒後 2 週間で発症という経過から溶連菌感染後急性糸球体腎炎を最も疑い腎生検を行った. 光顕では総糸球体数 34 個中 14 個が完全硬化, 4 個が部分硬化であった. 部分硬化糸球体のうち 2 個で係蹄の虚脱を認めた. 感染後糸球体腎炎を示すような管内増殖性病変はなく, IF, 電顕では疾患特異性を示す所見を認めなかった. 急激に進行した腎不全, 高度のネフローゼ症候群を呈した臨床経過と病理像からは FSGS の collapsing variant が最も疑われた. **【考察】** FSGS collapsing variant は FSGS の中で最も急激に腎不全に至る病型である. HIV 腎症に特徴的であると考えられていたが, 最近では特発性の報告も散見される. また本例のように若年者に発症し予後不良とされるが, 早期発見例ではステロイド, 免疫抑制剤が奏効した報告もある. 本邦では稀な疾患であるが尿蛋白を伴う急激な腎不全症例では常に想起すべきである.

## 242 C<sub>4</sub>腎症と思われた成人発症 II 型シトルリン血症の一例

済生会茨木病院腎臓内科

○国本晃佑, 用稲 栄, 王 麗楊, 谷野彰子, 寒川昌平  
桑原 隆, 山田佐知子

**【症例】** 69 歳, 女性 **【社会歴】** 喫煙 20 本×40 年, 飲酒なし **【現病歴】** 7 年前より高血圧, 3 年前に蛋白尿と腎機能低下, 2 年前 Cr 1.88mg/dL, 尿 TP/Cr 比 6.2g/gCr で腎生検を施行した. 降圧療法で尿 TP/Cr 比 0.2 ~ 0.5g/gCr で推移していたが, 1 年前に腎機能悪化とネフローゼ症候群のためステロイドパルス療法を行った. パルス翌日嘔吐・転倒し, 意識レベル JCS100 ~ 200 に悪化. 頭部 CT, MRI で異常なく, 血中アンモニア 351μg/dL, 代謝性アシドーシスを認め, 血液透析を行った. 肝疾患や尿路感染症は認めず. 半年前に尿毒症・全身浮腫を来し, 維持血液透析導入となった. **【腎生検所見】** 光顕: 広範な間質線維化・細胞浸潤あり. 血管内膜の肥厚と動脈硬化あり. 糸球体は 3 個全てで完全硬化. 蛍光: IgM の部分的沈着あり, IgG, IgA, C<sub>3</sub> の沈着を認めず. 係蹄壁に強い C<sub>4</sub>d の沈着を認めた. 電顕: 内皮下への滲出性物質の沈着と内皮下腔の浮腫性拡大を認めた. FSGS+C<sub>4</sub>腎症と診断. **【検査所見】** アミノ酸分析でシトルリンの著明な上昇を認め, 成人発症 II 型シトルリン血症と診断 **【考察】** ネフローゼ症候群に対するステロイド投与が発症のきっかけとなった成人発症 II 型シトルリン血症を経験した. 成人発症 II 型シトルリン血症に C<sub>4</sub>腎症を併発した報告は過去には認めない.

## 243 免疫チェックポイント阻害薬によるネフローゼ症候群が疑われた 1 例

広島大学病院腎臓内科

○村岡史朗, 中山慎也, 吉田マリア, 森本啓介, 平塩秀磨  
土井俊樹, 土井盛博, 正木崇生

**【症例】** 82 歳男性

**【主訴】** 全身浮腫, 蛋白尿

**【臨床経過】** 悪性中皮腫と診断され, 計 3 回の免疫チェックポイント阻害薬 (ニボルマブ・イピリムマブ併用) 投与がなされた. 治療 2 か月後に全身浮腫が生じ, 尿蛋白 /Cr 比 9.62 g/gCr, 血清 Alb 1.8 g/dL とネフローゼ症候群を呈し, 腎生検を含めた精査加療のため腎臓内科に転科した. 腎組織学的に光学顕微鏡上はほぼ変化を認めず, 微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) と診断し, ステロイド療法を開始した. その後, 急速に無尿に至る急性腎障害 (AKI) に陥り, 胸水貯留に伴う呼吸困難感も出現したため血液透析療法を行った. 現在, 血液透析療法は離脱していないが, 自尿を回復し, 腎機能は改善傾向である.

**【考察】** 免疫チェックポイント阻害薬は T 細胞活性化を抑制するシグナルを遮断し, 癌に対する T 細胞免疫応答を高めることにより, その薬効を発揮する. 免疫チェックポイント阻害薬による薬剤性腎障害としては急性間質性腎炎の報告が散見されるが, ネフローゼ症候群との関与の可能性も指摘されている. MCNS は発症機序として T 細胞の異常が考えられており, 本症例では免疫チェックポイント阻害薬と MCNS 発症の関与が疑われた. 免疫チェックポイント阻害薬は使用機会が増えている薬剤であり, 薬剤性腎障害の留意が必要である.

## 244 ニューモシスチス肺炎で発症した AIDS 症例の画像所見と臨床所見の比較検討

久留米大学医学部呼吸器・神経・膠原病内科部門

○川上真代, 富永正樹, 中村雅之, 財前圭見, 佐々木潤  
坂崎優樹, 内藤佳子, 川山智隆, 星野友昭

**【目的】** ニューモシスチス肺炎 (PCP) で発症した AIDS 症例の CT 画像と臨床所見との関連について検討する.

**【方法】** 当院で診断した PCP で発症した AIDS 患者 25 名の CT 画像所見と発症時の CD4 数, HIV ウイルス量, 血中 β-D グルカン値, 受診までの日数, 低酸素血症の有無, サイトメガロウイルス (CMV) 感染症合併の有無, との関連について検討した.

**【結果】** 症例は男性 23 例女性 2 例, 平均年齢 45.5 歳, CD4 数 71/μl, HIV-VL 6.8 × 106copy, 血中 β-D グルカンは 232pg/ml, 受診までの日数 84.8 日であり, 低酸素血症は 15 例に認められた. PCP のみが 12 例, CMV 感染が 10 例, クリプトコッカス感染が 2 例, 赤痢アメーバ感染・非結核性抗酸菌症・トキソプラズマ脳症がそれぞれ 1 例であった. 画像所見は GGO 10 例, GGO+ 浸潤影 13 例, 粒状影 1 例, 空洞影 2 例, のう胞性陰影 1 例, 末梢スベア像 9 例, 胸水 1 例, リンパ節腫大 6 例であった. 唯一 GGO+ 浸潤影の症例に CMV 感染症例が有意差をもって多かった.

**【考察】** 浸潤影が認められる症例に CMV 感染が多い理由として, CMV 肺炎では浸潤影や結節影が呈することが多いためではないかと推察した.

**【結語】** PCP 患者の画像所見で浸潤影も認める場合には, CMV 感染を併発している可能性が示唆された.

## 245 インフルエンザ・肺炎球菌感染の合併により ARDS を来した一例

市立敦賀病院内科

○笹本浩平, 五十嵐一誠, 三田村康仁, 小林元夫, 清水和朗  
音羽勘一, 高橋秀房, 米島 学

【症例】85歳, 男性。【主訴】発熱, 咳嗽, 呼吸苦。【現病歴】左肺上葉切除後, 入院2日前から発熱, 咳嗽, 呼吸苦, 全身倦怠感を認め, 左肺炎および胸水貯留で入院となった。インフルエンザ A 型陽性, 肺炎球菌抗原陽性を認め, ペラミビル, セフトリアキソンおよび気管支拡張薬の吸入で加療した。第16病日でも酸素化改善を認めず左残存肺膿胸, 胸水は右肺で増加傾向を認めた。酸素化改善のためにネーザルハイフローを利用し呼吸器症状は速やかに改善したが第19病日に容体が急変。SpO<sub>2</sub>の著明な低下, P/F比74.3, レントゲンで両側の著明な浸潤影を認め, 急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) と診断。人工呼吸管理下でステロイド, 好中球エラスターゼ阻害薬, カルバペネム系抗菌薬で加療したが, 第37病日に呼吸不全で永眠。剖検を実施し, 組織学的にも ARDS の診断となった。【考察】本症例のようにインフルエンザ感染症は肺炎球菌などを起炎菌とする細菌性肺炎を合併したり, 基礎疾患をもつ患者や高齢者では重篤化したりすることがあり, ARDS を惹き起こすこともある。機序としてインフルエンザウイルスに対する過剰な免疫反応・サイトカインの過剰な放出が関与していると考えられ, 治療は ARDS に準じて行う。【結語】インフルエンザ・肺炎球菌感染の合併により ARDS を来した一例を経験した。

## 246 多臓器的な症状を呈し抗インターフェロン $\gamma$ 抗体が陽性だった播種性 *Mycobacterium avium* complex 症の一例

名古屋市立西部医療センター呼吸器内科<sup>1)</sup>

同総合内科<sup>2)</sup>

同内分泌・糖尿病内科<sup>3)</sup>

同消化器内科<sup>4)</sup>

○富田優作<sup>1)</sup>, 高桑 修<sup>1)</sup>, 吉原実鈴<sup>1)</sup>, 森 祐太<sup>1)</sup>

國井英治<sup>1)</sup>, 宮口祐樹<sup>2)</sup>, 竹田勝志<sup>3)</sup>, 木村吉秀<sup>4)</sup>

秋田憲志<sup>1)</sup>

症例は45歳男性。緩徐進行1型糖尿病と糖尿病腎症, 高血圧で近医通院治療中。1ヵ月ほどの経過で背部痛が増強し当院に救急搬送となった。白血球増多を伴う炎症反応高値とネフローゼ症候群を伴う4期腎症を認めた。CTでは両肺散在性の結節影と縦隔リンパ節腫脹, 肝脾腫を認め, 背部痛についてはMRI所見から多発椎体炎が原因と考えられた。播種性感染症を考慮し各種抗生剤で治療を行ったが効果が乏しく, 入院第3週目には腎不全に伴う呼吸不全や腹部膨満症状が急速に悪化した。気管支鏡検査と骨髓生検の抗酸菌培養が陽性となり *Mycobacterium avium* と同定され播種性 *Mycobacterium avium* Complex (MAC) 症と診断。MAC 症に対する治療の強化により全身状態の改善が得られ, 肺結節影だけでなく肝腫大や椎体炎も改善を認めた。血漿抗インターフェロン $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) 抗体陽性を認めた症の発症に関与したことが考えられた。【結語】多臓器にわたる症状が重急性経過で増悪し診断に苦慮した抗 IFN- $\gamma$  抗体陽性の播種性 MAC 症の一例を経験した。

## 247 肺 *Mycobacterium avium* 症治療後に発症した肺 *Mycobacterium massiliense* 症の1例

北海道大学病院内科1

○寶輪美保, 松本宗大, 鈴木 雅, 崎山信哉, 武井 望

山下 優, 木村孔一, 長岡健太郎, 今野 哲, 西村正治

【症例】48歳女性【現病歴】14歳よりSLE, シェーグレン症候群, 抗リン脂質抗体症候群の診断で当院通院中であり, 40歳時には肺 *Mycobacterium avium* 症 (肺 *M.avium* 症) に対してCAM, EBでの治療歴がある。X-1年とX年1月の2回, 喀痰培養で *Mycobacterium abscessus* (*M. abscessus*) が陽性となり, X年5月に加療目的に入院となった。喀痰検体の遺伝子解析の結果 *Mycobacterium massiliense* (*M. massiliense*) と同定され, CAM, AMK, IPM/CSによる治療を開始した。2週間の治療により, 症状, 画像所見共に改善しCAM, STFXによる加療に変更した。その後も良好な経過で現在加療を継続中である。【考察】*M. massiliense* は近年 *M. abscessus* の亜種と分類された菌である。*M. abscessus* は薬剤耐性の観点から多剤併用療法が勧められている。しかし, *M. massiliense* は *erm* 遺伝子の誘導によるマクロライド耐性を認めないことが要因の一つとして, *M. abscessus* と同様の治療でも画像所見の改善率, 喀痰排菌陰性化率は良好である。肺 *M. massiliense* 症は未解明な点が多く治療レジメンは確立されていないが, 良好な治療反応性から治療期間の短縮や薬剤数の減量も検討されている。【結語】肺 *M.avium* 症治療後に発症した, 肺 *M.massiliense* 症を経験した。

## 248 アレルギー性気管支肺アスペルギルス症5例の検討

宇治徳洲会病院初期研修医<sup>1)</sup>

宇治徳洲会病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

宇治徳洲会病院総合内科<sup>3)</sup>

○山本理香子<sup>1)</sup>, 竹田隆之<sup>2)</sup>, 竹内真弓<sup>2)</sup>, 齊藤昌彦<sup>2)</sup>

竹本隆博<sup>3)</sup>, 田中俊樹<sup>3)</sup>, 平田邦明<sup>3)</sup>, 牧原 浩<sup>3)</sup>

竹田彬一<sup>3)</sup>

【背景】アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) は, 気道内のアスペルギルス菌体成分に対するI型, III型, IV型アレルギーで引き起こされ, 気管支喘息の合併率が高い。当院で経験したABPAの5例を検討する。【結果】全例女性で気管支喘息を併発, 年齢は49-67歳。乾性咳嗽, 労作時呼吸困難などでの紹介が3例, 発熱が1例, 肺がん検診異常影が1例。CT上, 粘液栓を伴う無気肺を4例で認め, 気管支鏡は4例で施行。治療はステロイド (PSL) 単独が1例, イトラコナゾール (ITCZ) 単独が1例, PSL + ITCZ 併用が1例, 高用量吸入ステロイドへのステップアップが2例。PSL 単独を基本方針とし, 重症例でITCZ 併用を提示, 拒否した症例はITCZ 単独やICS/LABAなどで治療した。5例とも陰影は改善ないし消失した。再燃は2例で認め, PSL + ITCZ 併用例はPSLを30mgから漸減して5mgの時点で, ITCZ 単独例は2年で治療終了後に再燃を認めた。【考察】治療はPSLの全身投与が基本であるが, ITCZの併用により僅かに存在するアスペルギルスを制御する事の有用性も報告されている。菌量とアレルギー機序の関係性はheterogeneityに富み, PSL + ITCZ, PSL又はITCZ 単独, それらも不要でICS高用量のみで軽快する症例など, 多様で個別の対応を要する。

## 249 肺結核と鑑別を要した医療従事者の肺クリプトコッカス症の一例

国保直営総合病院君津中央病院呼吸器内科<sup>1)</sup>

千葉大学医学部附属病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○小川秀己<sup>1</sup>, 池田英樹<sup>1</sup>, 漆原崇司<sup>1</sup>, 笠井 大<sup>2</sup>

石井大介<sup>1</sup>, 北原慎介<sup>1</sup>, 橋本弥永子<sup>1</sup>, 篠崎俊秀<sup>1</sup>

【症例】34歳, 女性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】当院の内視鏡検査室担当の看護師。X年10月に開放性結核患者に対し上部消化管内視鏡が施行されていた。X+1年6月の職員健診で胸部異常陰影を指摘された。胸部X線では右中下肺野に多発粒状影を認め、胸部単純CTでは右中下葉に5mm大の多発粒状影を認めた。入職時のQFT陰性から再検にて判定保留となった。3連痰では抗酸菌塗抹陰性であったが、病歴および検査所見から肺結核が疑われた。気管支鏡検査を施行したところ、気管支洗浄液の細胞診にて酵母様真菌が検出され、血清クリプトコッカス抗原陽性と併せて肺クリプトコッカス症の診断となった。髄液検査は異常所見を認めず、髄液クリプトコッカス抗原も陰性であった。フルコナゾール400mg/日を開始し、肺野陰影は次第に縮小した。【考察】結核に典型的な所見を認めた場合、病原体の検出を証明できなくとも結核と診断し、抗結核薬を開始することが多い。本症例では、病原体検出のため気管支鏡検査を施行したことで、肺クリプトコッカス症の診断に至った。【結語】肺結核が強く疑われる臨床状況の場合でも他疾患を鑑別することの重要性が示唆された。

## 250 不明熱精査で入院精査中に Nocardia 肺炎を指摘された Mounier-Kuhn 症候群の一例

湘南藤沢徳洲会病院総合内科

○戸邊駿一, 堀内滋人, 瀬戸雅美

【症例】84歳男性【主訴】1週間前から続く微熱

【病歴】数十年前より難治性喘息の指摘あり。繰り返す肺炎歴あり、胸部画像より肺結核や間質性肺炎を疑われ何回も精査されるも証明をされず。不明熱精査入院歴あり。

1週間前より発熱あり。めまい、ふらつきを主訴に入院5日前に外来受診し脳梗塞疑いでMRI撮影されるも有意所見認めず。3日前から頭痛改善せず内科外来受診。

【経過】

不明熱精査目的に入院。CRP27.19 mg/dl, 血沈100mm/h以上と著明高値あり、胸部CTにて右下葉に浸潤影を認めた。喀痰より Nocardia が検出されたことから IMP/CS0.5gq6h と ST 合剤 240mgq8h で加療するも呼吸状態の悪化を認め入院9日目に死亡した。

【考察】

高齢であるが明らかな免疫不全患者ではなく、COPD、肺結核も否定的である。肺炎を繰り返すことや Nocardia 肺炎に罹患するような全身状態ではなく基礎疾患の存在が疑われた。繰り返す非典型的な肺炎、奇異な喘息歴、頻回の結核の疑いという点から Mounier-Kuhn 症候群が疑われ剖検を行った。

【結語】

Mounier-Kuhn 症候群は局所的な免疫不全をきたす珍しい疾患であり Nocardia 肺炎に罹患したと考えられる。Mounier-Kuhn 症候群の剖検例は少なく1991年以来行はれていない。本症例は貴重な一例である。

## 251 当院でノカルジア症と診断された17例の臨床的な特徴

済生会宇都宮病院呼吸器内科<sup>1)</sup>

済生会宇都宮病院臨床検査技術課<sup>2)</sup>

○西田梨紗<sup>1</sup>, 荒井大輔<sup>1</sup>, 光石彬史<sup>1</sup>, 加茂徹郎<sup>1</sup>

正木克宜<sup>1</sup>, 篠田裕美<sup>1</sup>, 高橋秀徳<sup>1</sup>, 千代谷厚<sup>1</sup>

萩原繁広<sup>2</sup>, 仲地一郎<sup>1</sup>

【背景】ノカルジア症は近年報告数が増加している。【目的】一般病院におけるノカルジア症の頻度や臨床的な特徴を明らかにする。【方法と結果】2011年から2017年に当院でノカルジア症と診断された17例について検討した。年齢:56-88歳, 性別:男/女11/6, 主訴は咳嗽, 喀痰8例, 発熱4例, 無症状3例, 意識障害2例, 皮膚所見1例, 創部膿瘍2例(重複あり)であった。検体種は喀痰10例, 気管支洗浄液3例, 皮膚3例, 血液1例であり, 菌種は *N.cryacigeorgica*4例, *N.brasiliensis*4例, *N.abscessus*3例, *N.asiatica*, *N.transvalentis*, *N.farcinica*, *N.wallacei* が1例ずつ同定された。うち3例では肺結核, 肺非結核性抗酸菌症も同時に同定された。基礎疾患は気管支拡張症9例, COPD3例, 悪性腫瘍3例, 糖尿病3例, 関節リウマチ1例であり, 基礎疾患のない肺ノカルジア症は1例のみであった。胸部CT所見では気管支拡張, 浸潤影9例, 空洞影8例, 結節影5例を認めた。全17例中7例でST合剤が選択された。【考察】当院での分離菌は *N.cryacigeorgica*, *N.brasiliensis*, *N.abscessus* が多かった。胸部CTで空洞や気管支拡張所見を認めたり, 易感染状態にある患者の場合はノカルジア症も鑑別に挙げる必要があると考えられた。

## 252 細胞性免疫不全を伴い種々の感染症を併発した Good 症候群の1例

北海道大学病院内科1

○西村弘基, 松本宗大, 鈴木 雅, 木村裕樹, 武井 望

山下 優, 木村孔一, 長岡健太郎, 今野 哲, 西村正治

【症例】68歳, 男性【主訴】労作時呼吸困難, 湿性咳嗽

【現病歴】X-1年3月から口腔カンジタ症を発症し, 同時期より黄色痰を認めた。X-1年10月から労作時呼吸困難が出現, 増悪し12月より咳嗽も出現し, 近医受診。胸部異常影を指摘され当科紹介, 入院となった。入院時CTでは, 両肺野全体にすりガラス影, 粒状影を呈しており, また, 前縦隔腫瘍を認めた。気管支肺胞洗浄及び経気管支肺生検にて, ニューモシチス肺炎の診断となった。また, 治療経過中にサイトメガロウイルス肺炎, 真菌性眼内炎も併発した。採血では低 $\gamma$ グロブリン, CD4陽性細胞数の減少を認め, ツ反は陰性であった。加療9か月後に, 胸腔鏡下前縦隔腫瘍摘出術が行われ, 病理学的に胸腺腫であり, 低 $\gamma$ グロブリン血症を伴うことから Good 症候群と診断した。【考察】Good 症候群は, 通常, 液性免疫不全が主体であるが, 本症例においては CD4 細胞数減少, ツ反陰性を認め, 併発した感染症より, 細胞性免疫不全も伴っていると考えられた。【結語】Good 症候群においては, 液性免疫不全に加え, 細胞性免疫不全も念頭におく必要があると考えられた。

## 253 高齢者、超高齢者肺炎におけるリスク因子解析を基にした層別化治療

小張総合病院<sup>1)</sup>、野田病院内科<sup>2)</sup>、所沢中央病院内科<sup>3)</sup>  
野田病院薬剤部<sup>4)</sup>、キッコーマン総合病院消化器内科<sup>5)</sup>  
小張総合病院呼吸器内科<sup>6)</sup>

○尾崎尚人<sup>1)</sup>、田岡和城<sup>2)</sup>、小林 隆<sup>3)</sup>、松井健一<sup>4)</sup>、山村真吾<sup>2)</sup>

内田 博<sup>2)</sup>、三上 繁<sup>5)</sup>、金本秀之<sup>2)</sup>、二宮浩樹<sup>6)</sup>

【背景】近年、高齢者社会となっており、高齢者の死因として肺炎が最も多い一方、適切な治療戦略は確立されていない。本邦では、超高齢者社会となっており、高齢者及び超高齢者に対する肺炎の最適化治療について検討した。

【目的】高齢者肺炎の予後リスク因子を後方視的に抽出することで、高齢者肺炎の治療アルゴリズムを確立することを目的とする。

【研究デザイン】肺炎で入院した65歳以上の患者262名を65歳から90歳までの高齢者と90歳以上の超高齢者に群別し予後解析を行う。それぞれの群でのリスク因子を抽出する。これらの予後因子を基に、高齢者肺炎治療のアルゴリズムを提唱する。【対象、セッティング】2010年4月～2017年3月に於いて、多施設共同研究病院で入院した肺炎患者262名(高齢者193名、超高齢者69名)【主たる要因】年齢、性別、体温、血圧、意識障害、PS (Performance Status)、既往疾患、血液検査値、起因菌、耐性菌の有無、抗生剤、初回細菌学的効果、入院回数など

【主たるアウトカム指標】治療予後【統計解析方法】多変量解析、Cox 回帰分析、Kaplan-Meier 法【結果】50日後の生存率は高齢者73.2%に比べて超高齢者52.2%と優位に低下していた(p = 0.0059)。全年齢層の予後因子は、悪性腫瘍、COPD、PS、高齢者では、悪性腫瘍、超高齢者では、COPD、PSが因子として抽出された。Age adjusted prognosis index scoreとして悪性腫瘍・COPD・PSの3指標の合計点で層別化を行うと、高齢者では治療予後が点数に応じて層別化された(p = 0.0013)一方で、超高齢者では優位差は見られなかった(p = 0.0615)。さらに、初回抗菌治療効果は、高齢者及び超高齢者ともに予後に強く影響する因子であった。(p < 0.001)。

【結論】我々が提唱するAge adjusted prognosis index scoreは、高齢者肺炎の予後を、スコアごとに層別化した。このアルゴリズムを用いることによってより層別化した最適な高齢者、超高齢者肺炎の治療を検討することが可能である。

## 254 健診でのバリウム誤嚥を契機に下咽頭痛と診断した1例

飯塚病院呼吸器内科

○大井隆之介、吉松由貴、岡久将暢、後藤夕輝、村上行人

末安巧人、宮嶋宏之、飛野和則

【症例】66歳、男性。【主訴】発熱【現病歴】1ヶ月前に健診でバリウムを誤嚥した。3週間前より発熱を繰り返した。近医の胸部X線で肺炎が疑われ紹介受診した。

【既往歴】うつ病、不眠症、大腸ポリープ【生活歴】喫煙：20本/日×50年、飲酒：焼酎3杯/日

【経過】胸部CT検査で右肺中葉気管支内に多量の高吸収と周囲の無気肺・浸潤影を認め、病歴および画像所見から、バリウムの誤嚥に伴う肺膿瘍と診断した。入院後抗菌薬治療で発熱は改善し、第14病日に抗菌薬投与を終了した。身体所見、神経所見、頭部MRI検査や上部消化管内視鏡検査では、誤嚥の誘因を認めなかった。喉頭内視鏡検査を施行し、喉頭披裂部から下咽頭前壁の粘膜浮腫性腫脹を認め、下咽頭痛と診断し、今回の誤嚥の誘因と判断した。

【考察】胃X線健診の最も多い偶発症は誤嚥で(国内の報告では約0.01～0.128%)、多くの報告がある。誤嚥の原因としては、腫瘍や炎症・術後など器質的要因と、脳血管障害やSLE・重症筋無力症など含めた機能的要因が考えられる。しかし健診中に誤嚥した場合、肺の画像フォローや嚥下評価の指示など対応策は確立されていない。今後高齢化が進む中で誤嚥の発生率は更に上昇すると予想され、誤嚥した場合には原因精査のため受診を指示するなど対応法の確立が必要である。

## 255 癌性髄膜炎を合併したEGFR 遺伝子変異陽性肺癌の3例の検討

宇治徳洲会病院初期研修医<sup>1)</sup>

宇治徳洲会病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

宇治徳洲会病院総合内科<sup>3)</sup>

○本田 彩<sup>1)</sup>、竹内真弓<sup>2)</sup>、竹田隆之<sup>2)</sup>、斉藤昌彦<sup>2)</sup>

竹本隆博<sup>3)</sup>、田中俊樹<sup>3)</sup>、平田邦明<sup>3)</sup>、牧原 浩<sup>3)</sup>

竹田彬一<sup>3)</sup>

【背景】EGFR 遺伝子変異陽性肺癌では脳転移や癌性髄膜炎の併発頻度が高いとされる。今回当院で経験した癌性髄膜炎の3例について検討する。【症例】全例女性のEGFR 遺伝子陽性肺腺癌で、年齢は63-73歳。病期はいずれもstage4期Bであった。遺伝子型はL858Rが2例、Ex19 delが1例。1例目はGefitinib投与中に癌性髄膜炎を併発し髄液よりEx19 delの検出あり、Erlotinib+Bevacizumab併用療法(EB)を開始。EB5コース目で増悪あり再度腰椎穿刺するも髄液よりEx19 del検出であったため、投与継続し8コース後に状態悪化し永眠。2例目はEB投与歴あり、DOC+RAMの1コース目で癌性髄膜炎を併発し髄液よりL858R検出しEBを再投与し10ヶ月のPFSで治療中。3例目もEB投与歴ありNivolumabの3コース目に癌性髄膜炎でPD。EBを再開し髄液よりT790M陽性でOsimertinibに変更、PS改善し19ヶ月のPFSで治療中。【結果】この3例はいずれも腺癌であるが遺伝子変異の種類、発症した際のレジメン、T790Mの有無が異なり、治療効果も異なった。【考察】この3例に若干の文献的考察を加えて報告する。

## 256 T790M 耐性遺伝子による再発EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌に対しosimertinibで治療中、血漿検体によるT790Mの定期的モニタリングを施行した一例

杏林大学医学部付属病院呼吸器内科

○森田喜久子、横山琢磨、佐久間翔、小林 史、小川ゆかり

本多紘二郎、田村仁樹、皿谷 健、石井晴之、滝澤 始

症例は73歳女性。X-2年に前医で細胞診検体より肺腺癌c-T4N2M1b stageIVの診断に至り、治療目的に当院紹介受診。遺伝子検査目的に当院で気管支鏡検査を行い、EGFR 遺伝子変異 ex19 delが陽性であったため、1st lineとしてerlotinibで治療開始した。同年12月に再発し、Plasma検体(Cobas® Ver.2)にてex19 delとT790M耐性遺伝子を認めたため、X-1年1月より2nd lineとしてOsimertinibに治療を変更した。治療1ヶ月後のplasma検体では、EGFR 遺伝子変異はex19 del、T790M共に陰性となり、画像上も奏効を認めた。治療5ヶ月後から腫瘍マーカーの上昇を認めたが、臨床症状・画像にて増悪傾向は認めなかった。しかし、治療6ヶ月後のplasma検体にてex19 delとT790Mは共に陽性を認めた。その後もex19 delとT790M陽性は共に陽性を認め、治療11カ月でRECIST PDとなった。EGFR-TKIによる耐性獲得時でのplasma検体によるT790Mの検出は偽陰性も多く、検査のタイミングの判断に苦慮することがある。今回、Osimertinibによる治療経過において、定期的にplasma検体でのEGFR 遺伝子変異を測定した症例は稀であり報告する。

## 257 耐性化後の再生検組織を用いたクリニカルシーケンスが治療選択に有用であった ALK 肺癌の 1 例

北里大学病院呼吸器内科学<sup>1)</sup>  
北里大学医学部新世紀医療開発センター<sup>2)</sup>  
近畿大学医学部ゲノム生物学<sup>3)</sup>  
○曾根英之<sup>1)</sup>, 福井朋也<sup>1)</sup>, 佐々木治一郎<sup>2)</sup>, 中原善朗<sup>1)</sup>  
西成田詔子<sup>1)</sup>, 杉田景佑<sup>1)</sup>, 小野泰平<sup>1)</sup>, 坂井和子<sup>3)</sup>  
西尾和人<sup>3)</sup>, 猶木克彦<sup>1)</sup>

【症例】44 歳男性, 非喫煙者。【経過】X 年 7 月 ALK 転座陽性進行肺腺癌 (脳・肺転移) と診断。8 月 1st クリゾチニブ, X+1 年 8 月 2nd アレクチニブ, 11 月 3rd 第 3 世代 ALK 阻害剤治療, X+2 年 6 月 4th CDDP+PEM 施行したが両側副腎転移が出現。X+3 年 1 月 5th クリゾチニブ, 3 月 6th アレクチニブ再投与も無効。左副腎転移に対し CT ガイド下生検を施行して, 扁平上皮癌への転化, TPS 60%, クリニカルシーケンスにより ALK 変異 I1171N を確認した。5 月肝転移出現し, 新規 ALK 変異に有効と考えられる 7th セリチニブ投与。肝・左副腎転移は縮小, 一方, 右肺・右副腎転移は増悪し局所療法追加。11 月肝障害のため同薬剤中止。腹部リンパ節転移出現し, X+4 年 1 月 8th ペムプロリズマブ開始した。【考察】ALK 肺癌では ALK 阻害剤の治療シーケンスにより長期生存が期待できるが, 耐性化機序により ALK 阻害剤の反応性が異なる。再生検による 2 次変異検出は治療薬の選択に有用である。【結語】ALK 肺癌患者の多様な治療耐性機序に関して, 再生検による分子病理学的評価により ALK 阻害剤を選択し得た 1 例を経験した。

## 258 ALK 融合遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌の臨床的特性

順天堂大学呼吸器内科<sup>1)</sup>  
順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科<sup>2)</sup>  
順天堂大学病理診断部<sup>3)</sup>  
関東労災病院病理診断科<sup>4)</sup>  
オンコリスバイオフィーマ<sup>5)</sup>  
大阪大学大学院薬学研究科分子生物学分野<sup>6)</sup>  
順天堂大学腫瘍内科<sup>7)</sup>  
○本村宏明<sup>1)</sup>, 渡邊純子<sup>1)</sup>, 十合晋作<sup>1)</sup>, 佐々木信一<sup>2)</sup>  
林大久生<sup>3)</sup>, 植草利公<sup>4)</sup>, 浦田泰生<sup>5)</sup>, 水口裕之<sup>6)</sup>  
加藤俊介<sup>7)</sup>, 高橋和久<sup>1)</sup>

【背景】肺扁平上皮癌における ALK 融合遺伝子変異は非常に稀であり, その臨床的特性や ALK 阻害剤の奏効及び耐性獲得機序は依然不明である。

【方法】当院における ALK 変異陽性肺扁平上皮癌 5 例の臨床的特性を検討し, ALK 変異陽性肺腺癌と比較した。

【結果】全肺扁平上皮癌中の 1.36% が ALK 融合遺伝子変異陽性であった。クリゾチニブによる初回治療後の無増悪生存期間 (PFS) は ALK 変異陽性肺腺癌に比べ有意に短かった ( $6.2 \pm 4.7$  vs  $13.4 \pm 12.8$  ヶ月;  $p = 0.033$ )。また, 2 次治療のアレクチニブの PFS は更に短縮した ( $3.3 \pm 2.1$  ヶ月)。特に ALK-FISH 陽性/IHC 陰性の 2 症例は全 ALK 阻害剤に全く奏効しなかった。ALK 阻害剤の耐性獲得機序の解明を試みた 2 症例も追加報告する。

【結論】ALK 変異陽性肺腺癌と比較し肺扁平上皮癌は ALK 阻害剤の奏効が低く, より有効な ALK 阻害剤の治療選択のために, 積極的な ALK 阻害剤耐性獲得機序の解明が望まれる。

## 259 免疫チェックポイント阻害剤の治療効果と免疫関連有害事象発現の関連性について

済生会宇都宮病院呼吸器内科<sup>1)</sup>  
済生会宇都宮病院呼吸器外科<sup>2)</sup>  
○金 夏倫<sup>1)</sup>, 荒井大輔<sup>1)</sup>, 光石彬史<sup>1)</sup>, 加茂徹郎<sup>1)</sup>  
重信敬夫<sup>2)</sup>, 正木克宜<sup>1)</sup>, 高橋秀徳<sup>1)</sup>, 千代谷厚<sup>1)</sup>  
田島敦志<sup>2)</sup>, 仲地一郎<sup>1)</sup>

【背景】免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) 特有の副作用として免疫関連有害事象 (irAE) が報告されている。【目的】当院で nivolumab, pembrolizumab を使用した進行肺癌患者において, irAE 発症に着目し, 治療効果との関連性について検討する。【方法と結果】2016 年 2 月から 2017 年 10 月にかけて当院で 84 例の進行肺癌に ICI が投与された。年齢 (中央値): 68 歳, 性別: 男/女 60/16 例, 組織型: 扁平上皮癌/非扁平上皮癌/その他 22/43/11 例, PD-L1 発現: 強発現/低発現/陰性/未測定/測定不能 25/22/12/15/2 例であった。重篤な irAE が 9 例に認められ, 間質性肺炎, 下垂体性副腎機能不全, 皮疹 2 例, 肝機能障害, 大腸炎, リウマチ性多発筋痛症 1 例であった。7 例でステロイドによる治療が行われ, 全例で irAE の寛解が得られた。9 例中 4 例で ICI が再投与され, 3 例では irAE の再燃なく経過した。画像評価が行えた 59 例の中で irAE 発症例の奏効率が 77.7%, irAE 非発症例では 17.5% と有意差を認めた ( $P < 0.01$ )。【考察】irAE 発症例は予後が良好であると報告されており, 当院でも奏効率と irAE 発症に有意な関連性を認めた。早期に irAE を発見し, 適切にステロイドを使用することが重要と考えられた。症例をさらに追加して報告する。

## 260 Pembrolizumab 投与中に類天疱瘡を認めた肺癌患者の 2 例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター<sup>1)</sup>  
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター呼吸器内科<sup>2)</sup>  
○時田愛子<sup>1)</sup>, 敷寄泰介<sup>2)</sup>, 戸根一哉<sup>2)</sup>, 佐々木諒子<sup>2)</sup>  
児島 章<sup>2)</sup>

進行肺癌において PD-L1 が高発現である場合, 免疫 checkpoint 阻害薬である Pembrolizumab の使用が推奨されている。同薬剤は過度の免疫反応に起因する副作用が報告されており, 類天疱瘡もその一つであるが, 発症の割合は約 0.3% と低い。今回, 我々は Pembrolizumab 投与中に類天疱瘡を発症した 2 例を経験したため報告する。【症例 1】72 歳男性 右上葉肺腺癌 T1aN1M1a Stage4A EGFR (-) ALK (-) PD-L1 TPS 95% の診断で Pembrolizumab 開始。8 コース後に手掌の皮疹が出現し拡大, 水疱も認めた。抗 BP180 抗体 (+), 皮膚生検より類天疱瘡と診断。Pembrolizumab を休止し抗ヒスタミン薬とステロイド外用薬による加療を行い症状は軽快。【症例 2】72 歳男性 右下葉肺扁平上皮癌 T3N3M1c (OSS) Stage4B PD-L1 TPS 60% の診断で Pembrolizumab を開始したが, 腫瘍の進行による全身状態悪化を認め 1 コース施行後第 43 病日に永眠された。第 32 病日ごろから表皮剥離を伴う皮疹を認め, 抗 BP180 抗体などは陰性であったが, 臨床的に類天疱瘡と診断した。【考察】免疫 checkpoint 阻害薬による治療は長期間にわたり, 今後類天疱瘡の発症は増加する可能性がある。副作用対策が重要になると考えられる。

## 261 小細胞肺癌における脳転移スクリーニングの有用性 小牧市民病院呼吸器内科

○大石真由美, 水野孝昭, 小島英嗣, 高田和外, 小林弘典  
櫻井 孟, 山下有己, 赤澤奈々

【背景】小細胞肺癌 (SCLC) 診断時に脳転移を有しない患者において、経過中の脳画像検索の有用性は明らかでない。  
【目的】経過中に脳転移を診断された SCLC 患者において、脳画像検索が生存予後へ与える影響を検討する。  
【方法】対象は 2008 年 1 月から 2017 年 10 月に肺癌診断時に脳転移を認めず、その後当院で経過中に脳転移を診断された ECOG-PS 0-2 の SCLC 患者で、術後再発症例を除いた 37 例。神経症状なく脳転移を発見された (A) 群と神経症状の出現を理由に脳転移を発見された (B) 群に分け、生存期間や生存に寄与する患者背景について後方視的に検討した。  
【結果】A 群 25 例と B 群 12 例で、脳転移診断後の生存期間は 10.5 か月、3.9 か月であった ( $p=0.037$ )。Cox 比例ハザードモデルに基づく単変量解析では神経症状 (無), PS ( $\leq 1$ ), 後化学療法 (有), 頭蓋外病変進行 (無) が生存に寄与する有意な予測因子であった。A/B 群それぞれ PS ( $\leq 1$ ) は 19 (76%) / 4 (33%) ( $p=0.027$ ), 後化学療法 (有) は 21 (84%) / 6 (50%) ( $p=0.049$ ), 頭蓋外病変進行 (無) は 10 (40%) / 6 (50%) ( $p=0.73$ ) であった。  
【考察】A 群において脳転移診断後の生存期間が有意に長く、予後良好因子がより多くの患者にみられた。神経症状出現前に脳画像検索を行うことは予後を延長する可能性がある。

## 262 肺癌の脳転移に対するベバシズマブの効果

岩手医科大学呼吸器・膠原病・アレルギー内科

○乾 健, 板塚侑平, 小笠原啓, 布引和生, 渡辺麻衣子  
佐藤英臣, 内海 裕, 秋山真親, 前門戸任

【研究の背景・目的】原発性肺癌の脳転移巣を有する症例に対しベバシズマブ (BEV) 含む化学療法の脳転移巣に対する効果を評価し、また脳転移巣に対する放射線治療の有無によって縮小効果に差異があるか検討した。

【方法】当院呼吸器内科において、2010 年 5 月から 2017 年 9 月までの原発性肺癌かつ脳転移巣を有する症例から、BEV を含む化学療法症例と対照群として BEV を含まない化学療法症例を抽出、MRI または CT 画像により経時的腫瘍長径を計測した。BEV 投与群、化学療法群で投与前の腫瘍長径と投与期間中の最小径をそれぞれ比較した。また、腫瘍径の比較から奏効率を求めた。

【結果と考察】BEV 投与群の奏効率は 68.8%、対照群の奏効率は 41.7% となった。脳転移巣に対して BEV 投与群の縮小効果が有意に高いことが分かった。EBV 治療前の脳転移に対する放射線治療の有無による腫瘍縮小効果について、今回の結果では有意な差はみられなかった。腫瘍径 7.5mm 以下と小さな段階で早期に BEV を投与したほうが腫瘍縮小効果は高いことがわかった。

【結論】BEV を化学療法に加える治療が肺癌脳転移に効果があることが分かった。

## 263 器質性肺炎との鑑別に外科的肺生検を要した浸潤性 粘液性腺癌の 2 例

札幌医科大学呼吸器アレルギー内科

○長野佑太郎, 高橋 守, 高橋洋平, 吉川 匠, 多屋哲也

森 勇樹, 池田貴美之, 宮島さつき, 千葉弘文, 高橋弘毅  
画像的に器質性肺炎 (OP) と鑑別が難しく、経気管支的肺生検で悪性所見が示されず、最終的に外科的生検にて診断を得た侵襲性粘液産生腺癌 (IMA) の 2 例を経験した。

1 例目は 2017 年 1 月から労作時呼吸困難を自覚し近医を受診した。CT にて両側の多発結節影を認め OP を疑われ当科紹介受診となった。経気管支的肺生検を施行して OP の診断であったが、OP としては非典型的な経過から原発性肺癌が強く疑われた。

診断的治療として PSL を投与し、反応性がない事を確認して外科的肺生検により IMA の診断を得た。

2 例目は 2013 年 5 月健診の胸部レントゲンにて異常影を指摘され前医紹介となった。

画像と臨床経過から COP と診断し、画像上進展が無い為経過観察となっていた。翌年 4 月に浸潤影の悪化を認め、当科にて精査加療を行う希望があり、同年 7 月当科受診となった。胸部 CT では両側下葉に収縮性に増悪する浸潤影を認め、原発性肺癌を疑い経気管支的肺生検を施行した。病理結果では悪性所見は否定的であったが、臨床経過から原発性肺癌を否定できず、外科的肺生検により IMA の診断を得た。

OP と IMA は画像的鑑別困難例があり、非典型例は経気管支肺生検で陰性の結果でも、外科的肺生検により積極的に診断をつける重要性が示唆された。

## 264 急性呼吸不全を来した内視鏡治療により救命できた 気管支腫瘍の一例

聖マリアンナ医科大学臨床研修センター

○中村綾香, 半田 寛, 鶴岡 一, 尾上林太郎, 阿座上真哉  
木田博隆, 西根広樹, 井上健男, 宮澤輝臣, 峯下昌道

【症例】20 歳女性 【主訴】咳嗽, 呼吸困難, 胸痛

【現病歴】半年前に血痰がみられたが自然軽快していた。10 月上旬に咳嗽が出現し、小児喘息の再燃と自己判断し放置されていた。左胸痛と呼吸困難が増強したため前医受診した。胸部 CT にて左下葉無気肺が見つかり気管支鏡を施行し左下葉支入口部に気管支腫瘍を認めた。検査後に 8L フェイスマスク下で SpO<sub>2</sub> 90% 前半と酸素化悪化がみられ内視鏡治療目的で当院へ緊急搬送となった。

【臨床経過】全身麻酔下に硬性鏡を挿入し高周波スネアとアルゴンプラズマ凝固により腫瘍の一部を切除し左下葉支の開存が得られた。後日病理組織診断の結果、平滑筋肉腫が疑われ全身精査の結果、左下葉支に残存した腫瘍部分のみ FDG 集積 (SUVmax 4.9) を認めたため手術適応と考え呼吸器外科へ転科となった。

【考察】気管支腫瘍は悪性腫瘍の頻度が約 84% と報告されており、その大部分が扁平上皮癌であり、それ以外の気管支悪性腫瘍の頻度は極めて少ない。また気管支喘息として加療されていることが多いため難治性の場合には胸部 CT を含めた他疾患の除外が重要である。

【結語】気管支腫瘍により無気肺に至り急性呼吸不全を来した稀な気管支悪性腫瘍の一例を経験した。

## 265 Lambert-Eaton 筋無力症候群と SIADH を合併した進展型小細胞肺癌の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学<sup>2)</sup>

○柴田菜都子<sup>1</sup>, 宇都加寿子<sup>2</sup>, 柳 重久<sup>2</sup>, 坪内拓伸<sup>1</sup>

小山彰平<sup>1</sup>, 宮内俊一<sup>1</sup>, 安倍弘生<sup>1</sup>, 中島孝治<sup>1</sup>

中里雅光<sup>2</sup>, 小松弘幸<sup>1</sup>

【主訴】筋力低下, 全身倦怠感【症例】60 歳代男性. 201X 年 11 月中旬から全身倦怠感と食欲の低下が出現した. 近医を受診し, 胸部 CT 検査で右肺上葉に約 2cm 大の結節影と複数の胸膜上結節, 縦隔リンパ節の腫大が認められた. 全身倦怠感の進行と首下がりが出現し, 当院を受診した. 低 Na 血症と近位筋有意の筋力低下を認め, 当科へ入院した. 神経伝導速度検査で正中神経の waxing を認めたこと, 抗 P/Q 型 VGCC 抗体の存在から, Lambert-Eaton 筋無力症候群 (LEMS) と診断した. また, 低 Na 血症, 全身倦怠感, 血漿浸透圧の低下と尿浸透圧および尿中 Na 濃度の上昇から, SIADH の合併と判断した. 超音波気管支鏡ガイド下針生検の結果, 画像検査の結果から進展型小細胞肺癌 (T4N2M1a) と診断した. 電解質の補正と全身化学療法 (CDDP + CPT-11, 各 60mg/m<sup>2</sup>) を実施し, 腫瘍の縮小と筋力の改善を認めた. 現在, 他院にて全身化学療法を継続中である. 【考察】LEMS および SIADH は小細胞肺癌に合併するが, その頻度は 2-3%, 4-39% である. LEMS と SIADH を同時に合併した症例は, 本邦の報告は 1 例のみである. LEMS を合併する小細胞肺癌は予後が比較的良好であり, 本症例でも良好な経過が期待される.

## 266 胸腺腫に重症筋無力症, 筋強直性ジストロフィー, 及び赤芽球癆を合併した一例

大阪府済生会野江病院呼吸器内科

○林 祐子, 山本直輝, 田嶋範之, 相原顕作, 山岡新八

三嶋理晃

症例は 42 歳女性. 半年で約 8kg の体重減少を主訴に, 2015 年 6 月に初診となった. CT で胸膜に腫瘤性病変を指摘され, 7 月に胸腔鏡下生検を施行し, typeB2 胸腺腫正岡分類 stageIV の診断にて, 8 月から ADOC 療法を開始した. 同時期から眼瞼下垂, 夕方からの歩行困難を自覚しており, 抗 AChR 抗体陽性にて重症筋無力症の合併と考えた. また, ミオパチー顔貌を認め, 針筋電図でミオパチー放電あり, 筋強直性ジストロフィーの合併も指摘された. 筋力低下, 心筋障害, 嚥下構音障害, 呼吸筋力低下も認めたため, 重症筋無力症クラーゼ予防目的で, ステロイド投与を開始し, その後タクロリムスの併用を開始した. ADOC 療法を 4 コース終了後, 経過観察していたが, 胸腺腫の増大傾向を認め, 2016 年 1 月から S-1 療法を開始した. 4 コース終了後の 2017 年 4 月に著明な貧血が進行し, 骨髄穿刺にて赤芽球の減少を認め, 赤芽球癆の合併と診断した. タクロリムスをシクロスポリンに変更の上増量し, 赤芽球癆の改善を認めた. 胸腺腫に重症筋無力症, 筋強直性ジストロフィーを合併した症例は世界で 3 例の報告のみであり, 更に赤芽球癆を合併した稀な症例であると考え, 若干の文献的考察を加え報告する.

## 267 難治性の粘膜類天疱瘡, 口腔内扁平苔癬を合併し, 免疫グロブリン静注療法が奏功した Good 症候群の一例

湘南鎌倉総合病院呼吸器内科<sup>1)</sup>

慶應義塾大学病院歯科口腔外科<sup>2)</sup>

慶應義塾大学病院皮膚科<sup>3)</sup>

名古屋徳洲会総合病院呼吸器外科<sup>4)</sup>

○石山顕信<sup>1</sup>, 中村和憲<sup>1</sup>, 角田和之<sup>2</sup>, 藤田康平<sup>2</sup>

大内健嗣<sup>3</sup>, 天谷雅行<sup>3</sup>, 可児久典<sup>4</sup>, 杉本栄康<sup>1</sup>

【症例】42 歳女性【主訴】口腔内疼痛

【現病歴】201X-3 年 8 月頃より疼痛性口腔内水疱が出現し, 複数の医療機関受診も確定診断が得られず, 免疫抑制薬外用, エトチレナート内服に治療抵抗性であった. 201X-1 年 8 月に前縦隔腫瘍と低ガンマグロブリン血症を指摘され, 9 月に胸腔鏡下胸腺摘出を施行も口腔内症状の改善を認めなかった. 病理診断結果が胸腺腫で, B 細胞欠損を認めたことから Good 症候群と診断し, また口腔内生検結果から粘膜類天疱瘡, 口腔内扁平苔癬の合併と診断した. ステロイド投与に先行して免疫グロブリン静注療法を行ったところ, 速やかに口腔内病変は軽快し, 同治療の継続にて症状の再燃を認めていない. 【考察】Good 症候群に扁平苔癬などの皮膚疾患を含む自己免疫性疾患を合併した報告が少数ある. 原発性免疫不全症の一つである Good 症候群に合併した自己免疫性疾患に対してステロイドを含む免疫抑制剤の使用する際には, 日和見感染について十分に注意する必要がある. 免疫抑制を来さない免疫ガンマグロブリン療法を先行させることも有効かつ安全な治療選択肢であると考えられた.

## 268 原発性線毛機能不全症 (primary ciliary dyskinesia : PCD) における臨床経過の多様性 - 当院における PCD の臨床的検討 -

東京女子医科大学内科学第一講座<sup>1)</sup>

三重大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>2)</sup>

○折茂真実<sup>1</sup>, 武山 廉<sup>1</sup>, 近藤光子<sup>1</sup>, 多賀谷悦子<sup>1</sup>

竹内万彦<sup>2</sup>, 玉置 淳<sup>1</sup>

【症例 1】33 歳女性. 5 歳時に内臓逆位を指摘された. 27 歳頃から肺炎を繰り返すようになり, 当科を紹介受診した. CT にて慢性副鼻腔炎と両側性の気管支拡張症を認め, PCD を疑った. 気管支生検では電子顕微鏡下に outer dynein arm (ODA) と inner dynein arm (IDA) の不完全欠損を認め PCD と診断. 遺伝子検査で DNAH5 遺伝子変異が検出された. 抗菌薬投与により肺炎は軽快し, マクロライド療法, 去痰薬, 気管支拡張薬投与にて外来経過観察となった. 【症例 2】30 歳女性. 16 歳頃からの繰り返す上・下気道感染のため 25 歳時に当科を紹介受診. 中心微小管の欠損, B 微小管, ODA, IDA の不完全欠損を認め PCD と診断. 呼吸不全に対し在宅酸素療法が導入された. 数日前から呼吸困難が増悪し救急外来より入院. 喀痰から緑膿菌が検出され治療抵抗性であった. 【考察】2 症例は同年代であったが, 発症年齢, 診断までの期間, 疾患重症度など両症例の臨床経過には大きな差異が認められた. 当院の PCD5 症例からは多様な線毛微細構造異常と遺伝子変異が検出されており, 各症例で臨床経過, 併存疾患, 重症度に違いがみられた. 【結語】PCD の 2 例を経験した. 責任遺伝子と原因蛋白質の多様性が線毛機能不全の重症度に関連し, PCD の病態と臨床経過に影響を及ぼす可能性が示唆された.

## 269 詳細な問診をきっかけにびまん性特発性骨増殖症 (DISH) の診断に至った重症嚥下障害の1例

さいたま市民医療センター内科

○谷田部幸平, 吉野雄大, 坪井 謙, 石田岳史, 加計正文

【症例】生来健康の81歳男性。1週間前から喀痰と咳嗽を伴う発熱および呼吸困難があり、胸部X線と胸部単純CT検査で両肺背側部に浸潤影を認め、急性肺炎で入院となった。抗菌薬治療により第3病日に解熱し、低酸素血症も改善した。一方、食事時のむせ込みが著明で、再度問診した結果、数年来の経過で嚥下困難と頸部可動域制限を自覚していた。頸部X線検査で第3頸椎に骨棘を認め、第3から第7頸椎に連続する前縦靭帯骨化を認めた。嚥下造影検査では頸椎骨棘上で造影剤が貯留し、頸椎骨棘の機械的圧排による咽頭通過障害と診断した。粘性の低い形態では喉頭侵入もみられた。椎体前面の連続性骨化と咽頭通過障害からDISHによる嚥下障害および誤嚥性肺炎と診断した。DISHに対する外科治療は希望されず、重症嚥下障害に対して胃瘻造設が選択された。【考察】本例では詳細な問診をきっかけに嚥下障害の原因としてDISHの診断に至った。DISHによる嚥下障害で手術に至る症例は約10%と少なく、本例より若年で手術例の報告がある。高齢者では誤嚥性肺炎を生じる例が少ないため、嚥下障害への考察が重要であり、その際に詳細な問診が役立つ可能性が示唆された。特に80歳以上ではDISHの有病率が20%を超える報告もあり、DISHを嚥下障害の鑑別に含めて考慮すべきである。

## 270 気管支鏡検査の快適性と再検査の患者忍容性に関する検討

千葉大学医学部<sup>1)</sup>

千葉大学大学院呼吸器内科学<sup>2)</sup>

○塩谷 優<sup>1</sup>, 石綿 司<sup>2</sup>, 笠井 大<sup>2</sup>, 寺田二郎<sup>2</sup>  
藤本一志<sup>1</sup>, 伊狩 潤<sup>2</sup>, 川田奈緒子<sup>2</sup>, 多田裕司<sup>2</sup>  
津島健司<sup>2</sup>, 巽浩一郎<sup>2</sup>

【目的】気管支鏡検査 (BF) の再検査の患者忍容性に関わる因子を明らかにする。

【方法】2015年9月から2017年3月までに当院でBFを行った209例を対象にBF後にアンケート (1.気管支鏡の苦痛度, 2.最も苦痛と感じた内容, 3.予測より苦痛であったか, 4.検査中の記憶の有無, 5.再検査の忍容性) を行った。1, 3, 5は視覚的アナログ尺度 (1点:Positive, 5点:Negative), 2, 4は多肢択一の回答形式とした。再検査の忍容性において2.33点以下を忍容群, 3.66点以上を拒否群として分類し、アンケート結果と適応疾患、実施した手技などとの関係を解析した。

【結果】209人のうち忍容群は83人 (66 ± 12歳, 女性24人), 拒否群は58人 (62 ± 13歳, 女性36人) であった。拒否群では忍容群に比べて女性の割合、苦痛度が有意に高く、予測よりも苦痛であったと回答していた。検査中の記憶は拒否群で有意に残っていた。また苦痛だったこととして咽頭麻酔が両群で最も多かった。【結論】再検査の患者忍容性においてBFの快適性、BF中の記憶の有無に加え、性別、BFに対する苦痛の予測、咽頭麻酔の苦痛も重要な因子であることがわかった。BFの快適性向上だけでなく、検査前の丁寧な説明や咽頭麻酔方法の再検討も再検査の患者忍容性には必要である。

## 271 治療方針決定に難渋した気管支閉鎖症の一例 北海道大学臨床研修センター

○石田有莉子, 松本宗大, 鈴木 雅, 佐藤一紀, 武井 望  
山下 優, 木村孔一, 長岡健太郎, 今野 哲, 西村正治

【症例】17歳男性【病歴】2014年と2017年に右下葉の肺炎の診断で前医に入院となり、入院後の胸部CTで気管支閉鎖症や肺分画症が疑われた。スポーツ推薦の高校入学を考えていたが肺病変が今後の進路に影響をきたす可能性が懸念され、肺病変の精査のため8月10日に当科入院となった。胸部CTでは右S6に中枢側と連続性を認めない末梢の気管支拡張と粘液貯留、その周囲の気腫性変化を認めた。気管支鏡検査では、右S6の閉塞があり気管支閉鎖症と診断された。【考察】気管支閉鎖症は胎生期の発生学的な異常でおこり、約半数は診断されるまで無症状で、本例のように肺炎を契機に発見される頻度が高い。明確な診断基準や治療はないが、胸部CTの所見やその他の疾患による閉塞の除外にて診断され、過去には感染予防や正常部位への圧迫などの点から無症状でも切除を行う例が多く存在した。近年では無症状では経過観察する例も増えており、切除範囲も葉切除から区域切除へ縮小化傾向にある。本症例においては2度の肺炎の既往があったが、術中所見によっては葉切除の可能性もあり運動耐用能の観点からも現時点では経過観察の方針となった。気管支閉鎖症は定まった診断基準はなく、個々の症例にあった治療が求められている。【結語】治療方針の決定に難渋した気管支閉鎖症の1例を経験した。

## 272 肝肺症候群と肺動静脈瘻の治療経過中に肺高血圧症を合併した一例

千葉大学医学部<sup>1)</sup>

千葉大学大学院呼吸器内科学<sup>2)</sup>

○齋藤高彦<sup>1</sup>, 笠井 大<sup>2</sup>, 杉浦寿彦<sup>2</sup>, 井窪祐美子<sup>2</sup>  
東海林寛樹<sup>2</sup>, 坂尾誠一郎<sup>2</sup>, 田邊信宏<sup>2</sup>, 巽浩一郎<sup>2</sup>

【症例】66歳女性【主訴】労作時呼吸困難 (術前精査)

【現病歴】C型肝硬変に対する生体部分肝移植の術前精査で低酸素血症および右肺の動静脈瘻を指摘され、当科を紹介受診した。【臨床経過】精査により肝肺症候群と右肺動静脈瘻の合併によるシャントからの低酸素血症と診断された。生体肝移植後、低酸素血症は改善し、シャント率は低下したものの高心拍出量の状態が遷延し、一過性の肺高血圧症を呈した。肝移植14ヶ月後、肺動静脈瘻に対してコイル塞栓術を行った。6ヶ月後のシャント率は正常化し、心拍出量の上昇も軽減したため肺高血圧症も改善した。【考察】肝肺症候群と肺動静脈瘻の合併例は稀である。本症例は肝移植により肝肺症候群によるシャントが改善したものの、二つのシャント性疾患の合併による高心拍出量の状態が遷延し一過性の肺高血圧症を呈していたと考えられた。【結語】肝肺症候群と肺動静脈瘻の合併例を経験した。本症例では肝移植後、複雑な肺血行動態を示したが、それらを詳細に評価することができた。

## 273 大量咯血をきたした続発性蔓状血管腫に急性肺血栓塞栓症を合併した1例

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

○吉野 直, 倉石 博, 廣田周子, 小澤亮太, 山本 学  
増渕 雄, 小山 茂

【症例】82歳女性【主訴】咯血

【現病歴】X年8月初旬, 咯血をきたしA病院に入院。止血剤投与されたが複数回の咯血あり, 精査加療目的で当院に転院となった。

【経過】前医での胸部造影CTで両側気管支動脈の拡張・屈曲・蛇行を認め, 気管支拡張症の併存から続発性蔓状血管腫と診断した。2病日に100ml程度の咯血をきたし, 左気管支動脈塞栓術(BAE)を施行した。しかし3病日に再度150ml程度の咯血をきたし, 緊急気管支鏡にて右上葉支が出血源と判断して右BAEを施行した。以降, 入院中に咯血の再発なし。3病日に偶発的に急性肺血栓塞栓症(PE)を認め, 7病日にはPEの拡大と新しい深部静脈血栓を認めた。咯血急性期ゆえに抗凝固療法は施行せず, PEの拡大を防ぐため10病日にIVCフィルタを留置した。その後呼吸状態の悪化なく, 23病日にリハビリ目的で転院となった。

【結語】気管支動脈蔓状血管腫は, 咯血の原因となりうる稀な疾患である。本症例ではBAEが有効であった。活動性出血のため治療選択を迷ったが, IVCフィルタを挿入することで致死性のPEを予防できたと考えている。

## 274 コイル塞栓術後の肺動静脈瘻の再開通により発症した脳塞栓症-塞栓後13年と30年の経過後に発症した2症例の報告-

広島大学病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

広島大学病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○高田祐衣<sup>1</sup>, 高尾 俊<sup>2</sup>, 益田 武<sup>2</sup>, 堀益 靖<sup>2</sup>  
宮本真太郎<sup>2</sup>, 中島 拓<sup>2</sup>, 岩本博志<sup>2</sup>, 藤高一慶<sup>2</sup>  
濱田泰伸<sup>2</sup>, 服部 登<sup>2</sup>

【症例1】65歳女性【現病歴】2004年6月に左肺動静脈瘻に対してコイル塞栓術が施行された。2017年6月上旬, 失語症を主訴に前医を受診し, 脳塞栓症と診断された。【症例2】75歳女性【現病歴】1987年, 肺動静脈瘻に対して塞栓術が施行された。2017年8月下旬, 左半身麻痺を主訴に前医を受診し, 脳塞栓症と診断された。両症例とも塞栓術後に定期的な医療機関へ通院をしていなかった。【経過】2症例とも, 胸部造影CT, 肺動脈造影, 心エコー検査などから脳塞栓症の原因は肺動静脈瘻の再開通によるものと診断され, 当院で再塞栓術が施行された。脳塞栓症に対しては抗凝固療法が行われ, 後遺症は認められていない。尚, 症例1は鼻出血と胃や舌, 鼻腔や胃粘膜に血管拡張所見が認められたことから, 遺伝性出血性毛細血管拡張症と診断された。

【考察】肺動静脈瘻に対するコイル塞栓術後の成績を検討した過去の報告では, 5~19%の症例で再開通を来し, さらにその再開通による合併症を4.5%で発症すると報告されている。本報告は塞栓術後長期間経過して生じた肺動静脈瘻の再開通による脳塞栓症の臨床経過を提示する初めての報告である。

【結語】肺動静脈瘻は塞栓術後の長期間経過した後に再開通を来す症例も存在する為, 塞栓術後は定期的な経過観察を行うことが必要と考えられる。

## 275 皮下腫瘍を契機に診断され頭蓋骨病変を呈したサルコイドーシスの一例

国家公務員共済組合連合会共済病院総合診療科<sup>1)</sup>

国家公務員共済組合連合会共済病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○松山稜太郎<sup>1</sup>, 河瀬成穂<sup>2</sup>, 川口健太郎<sup>2</sup>, 秦 雄介<sup>2</sup>  
堀田尚克<sup>2</sup>, 塩田雄太郎<sup>2</sup>

【症例】63歳女性【主訴】皮下腫瘍【現病歴】半年前から出現した右前腕尺側と右腰背部の皮下腫瘍のため当院受診した。CT, MRI検査では質的判断が難しく, 針生検が施行され, 肉芽腫性病変と診断されたため全身精査目的に当科紹介受診した。【臨床経過】胸部CTでは肺野の病変に乏しく, 縦隔・肺門リンパ節の腫大が認められた。経気管支肺胞洗浄でリンパ球分画が22%と経度増加しており, 縦隔リンパ節の経気管支超音波ガイド下生検で肉芽腫性病変が認められサルコイドーシスと診断した。全身精査目的のGaシンチグラフィでは頭蓋骨に集積像認められた。脳神経外科紹介し局所麻酔下生検で同部位にも肉芽腫性病変が検出された。プレドニゾロンによる治療を開始後, 皮下腫瘍は縮小し, 頭蓋骨病変もレントゲン上改善が認められた。【考察】サルコイドーシスは縦隔・肺門リンパ節や肺に病変が認められることが多いが, 全身の臓器に病変を形成し得る。骨病変も認められることがあるが, その多くは長管骨病変であり, 本症例のように扁平骨である頭蓋骨の病変は稀である。【結語】頭蓋骨病変を呈したサルコイドーシスの一例を経験した。

## 276 癌性リンパ管症に伴う呼吸不全を契機に診断された前立腺癌の1例: 関節リウマチ患者におけるスリガラス陰影の稀な原因

湘南藤沢徳洲会病院内科<sup>1)</sup>

湘南藤沢徳洲会病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○前田一成<sup>1</sup>, 日比野真<sup>2</sup>, 福田 稔<sup>2</sup>, 堀内滋人<sup>2</sup>  
近藤哲理<sup>2</sup>

【症例】68歳男性【現病歴】今回来院の11年前に関節リウマチを発症し, PSLとMTXで加療されていたが, 17ヶ月前にゴリムマブが追加され, その翌月にインフリキシマブに変更された。4ヶ月前から咳嗽, 2週間前から全身倦怠感と呼吸困難感を認め, 当科を受診した。【入院時現症】BP: 108/60 mmHg, HR: 70 bpm, BT: 37.0 °C, RR: 27/min, SpO<sub>2</sub>: 90%. 呼吸音は正常。【臨床経過】胸部Xpで両側に淡い浸潤影を認め, CTでは広範にスリガラス陰影を認め, 気管支血管束肥厚と小葉間隔壁肥厚も認めた。TBLBで小静脈とリンパ管内腔に腺癌を認め, 前立腺生検でも同様の腺癌が認められ, 肺と前立腺の腺癌細胞は共にPSA染色が陽性であった。前立腺癌に伴う肺の癌性リンパ管症と診断し, 化学ホルモン療法を導入し奏効を得た。【考察】生物学的製剤使用中のリウマチ患者では, スリガラス陰影の鑑別は多岐にわたる。本症例では, 画像からリンパ路病変を早期に疑い, エンピリカル治療に終止することなく, 積極的検査・早期診断・治療に繋げることができた。【結語】特異的なCT所見に着目することで, 稀な「呼吸不全で発症する前立腺癌・癌性リンパ管症」の診断に至った。

## 277 血小板値が特発性肺線維症の予後に与える影響

公立陶生病院<sup>1)</sup>

公立陶生病院血液・腫瘍内科<sup>2)</sup>

公立陶生病院呼吸器アレルギー疾患内科<sup>3)</sup>

○板東知宏<sup>1</sup>, 宮尾康太郎<sup>2</sup>, 岩田 哲<sup>2</sup>, 早川浩史<sup>2</sup>

速井俊策<sup>3</sup>, 山野泰彦<sup>3</sup>, 近藤康博<sup>3</sup>, 梶口智弘<sup>2</sup>

【目的】特発性肺線維症 (IPF) の予後因子として血小板値の報告はない。今回、血小板値と IPF の予後との関係を検討した。

【対象と方法】2008年1月21日から2015年7月8日の間に当院で IPF と診断された 295 名 (男性 248 名, 女性 47 名, 年齢中央値 68 歳) を対象とし, 診断直近の血小板値を評価した。血小板中央値で 2 群に層別化し, Kaplan-Meier 法で全生存率 (OS) を, また Cumulative incidence 法にて急性増悪の累積発症率 (CIR) を検討した。さらに, 年齢, 性別, 診断時血小板値でスコアリングを行い, 予後スコアに血小板値が有用かを検討した。

【結果と考察】血小板高値群で有意に OS が短かった ( $p=0.014$ )。急性増悪死の CIR に関して統計学的有意差はなかったが血小板高値群で高い傾向にあった ( $p=0.071$ )。IPF の予後予測スコアである GAP スコアの呼吸機能検査と DLCO を血小板値に置き換え, 診断時の血小板値が 23.5 万以上の場合を 1 点として 4 点満点で新たにスコアリングした場合, 合計が高くなる毎に有意に OS が低下した ( $p=0.01$ )。血小板値がなぜ IPF の予後と関連するのか今後の検討が望まれる。

【結論】IPF 患者では, 診断時の血小板値が高いほど OS が短く, 急性増悪が発生しやすい傾向にあった。血小板値は IPF の予後予測因子となる可能性がある。

## 278 先天性角化不全症を背景に増悪した間質性肺炎の 1 例

呉共済病院総合診療科<sup>1)</sup>

同呼吸器内科<sup>2)</sup>

同病理診断科<sup>3)</sup>

○杉山智子<sup>1</sup>, 河瀬成穂<sup>2</sup>, 川口健太郎<sup>2</sup>, 秦 雄介<sup>2</sup>

堀田尚克<sup>2</sup>, 塩田雄太郎<sup>2</sup>, 佐々木なおみ<sup>3</sup>

【症例】52 歳男性【現病歴】48 歳時, 末期腎不全, 汎血球減少をみとめ, 遺伝子検索の結果, 先天性角化不全症不全型と診断された。50 歳時, 乾性咳嗽が出現し, 呼吸器内科紹介受診した。【臨床経過】胸部 CT で両肺胸膜直下の網状影と牽引性気管支拡張あり, 間質性肺炎と診断された。治療は希望されなかった。52 歳時, 間質性肺炎の増悪あり, ステロイドパルス療法が行われたが, 急速に呼吸状態が悪化し, 永眠された。死亡後の胸部 CT で両全肺野に均一な網状影をみとめた。また病理解剖で両肺に高度な線維化をみとめ, 通常型間質性肺炎と診断された。【考察】先天性角化不全症はテロメア長の短縮により造血不全と多臓器障害をきたす遺伝疾患であり, 肺においては肺胞上皮細胞のアポトーシスとリモデリングの結果, 間質性肺炎をきたす。現在特発性間質性肺炎と診断されている症例の中に, 本症例のような遺伝子異常が背景にある可能性を考慮する必要があると考えられた。【結語】先天性角化不全症を背景に増悪した間質性肺炎の 1 例を経験した。

## 279 胸部 CT にて非典型的な所見を示した Aspergillus fumigatus による過敏性肺炎の一例

松本協立病院総合診療科<sup>1)</sup>

松本協立病院放射線科<sup>2)</sup>

松本協立病院呼吸器科<sup>3)</sup>

○田畑洋輝<sup>1</sup>, 堀内香織<sup>1</sup>, 石田友葵<sup>1</sup>, 上原勝巳<sup>2</sup>

江田清一郎<sup>3</sup>, 上島邦彦<sup>1</sup>

【症例】24 歳, 男性【主訴】発熱【患者背景】農業高校, 農業大学卒業後, イチゴ農家にて就業。【臨床経過】X-8 年, 16 歳時農業高校に在籍中, 発熱を繰り返し他院に入院。CT にて両側びまん性ランダムパターンの小粒状病変およびすりガラス変化を認め, 粟粒結核を疑われて検査施行されたが, 原因が特定できなかった。薬剤性肺炎等が考慮されたが, 自然軽快した。X 年 7 月初旬から発熱を繰り返すようになり, 7 月下旬に当院受診。血液検査で炎症反応上昇, CT にて前回同様の所見を認めた。粟粒結核を疑ったが, 積極的に疑う検査結果は得られなかった。呼吸機能検査では拘束性障害が認められた。気管支鏡による肺胞洗浄液ではリンパ球の増加が認められた。前回と今回の共通点であるビニールハウス周辺の現地調査を行ったところ, 現地の水・土壌から Aspergillus fumigatus が検出され, 患者血清との沈降抗体を調べたところ, 陽性反応を示した。今後吸入誘発試験を行う予定である。

【結語】Aspergillus fumigatus による過敏性肺炎, ランダムパターンを示す過敏性肺炎は稀であるため, 文献的考察を加えて報告する。

## 280 気管支肺胞洗浄液で好中球が著増した急性過敏性肺炎の 2 例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研修部<sup>1)</sup>

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター呼吸器内科<sup>2)</sup>

○村上未希子<sup>1</sup>, 妹尾美里<sup>2</sup>, 三登峰代<sup>2</sup>, 北原良洋<sup>2</sup>

中野喜久雄<sup>2</sup>

【症例 1】44 歳, 女性。2013 年 8 月に呼吸困難感で来院された。胸部 CT では両肺にびまん性すりガラス影を認めた。気管支肺胞洗浄 (BAL) では細胞総数  $2.4 \times 10^6$ , 細胞分画 好中球 87%, リンパ球 7%, CD4/8 0.51 であった。細菌性肺炎による ARDS と診断し, 非侵襲的人工呼吸管理, ステロイドパルス, 抗菌薬で加療し改善した。自宅退院した同日夜に再び呼吸困難感が出現し救急搬送された。同様な画像所見とトリコスポロン抗体が陽性であり, 急性過敏性肺炎と診断した。【症例 2】71 歳, 男性。2017 年 6 月に呼吸困難感があり間質性肺炎の疑いで入院した。BAL では細胞分画 好中球 67%, リンパ球 5%, CD4/8 2.16 であった。抗菌薬, ステロイドで加療し改善したため自宅退院となったが, 同日夜に突然呼吸困難感を呈し再入院した。トリコスポロン抗体と帰宅誘発試験が陽性で急性過敏性肺炎と診断した。

【考察】一般に亜急性ないし慢性過敏性肺炎の BAL 所見はリンパ球優位であるが, 急性例では不明である。今回, 好中球優位の BAL 液所見は, 抗原暴露量や病態発生機序での III 型アレルギーの影響と考えられた。【結語】急性過敏性肺炎の BAL 液では好中球が優位となりうる。

## 281 自己免疫疾患の特徴を有する間質性肺炎 (IPAF) の臨床的特徴の研究

久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門<sup>1)</sup>  
産業医科大学呼吸器内科<sup>2)</sup>  
産業保健学部成人老年看護学講座<sup>3)</sup>

○矢野 稔<sup>1</sup>, 岡元昌樹<sup>1</sup>, 財前圭晃<sup>1</sup>, 海江田信二郎<sup>1</sup>  
城戸貴志<sup>2</sup>, 川端宏樹<sup>2</sup>, 佐藤 実<sup>3</sup>, 矢寺和博<sup>2</sup>  
井田弘明<sup>1</sup>, 星野友昭<sup>1</sup>

【背景】膠原病の一部の所見を呈する特発性間質性肺炎 (IIP) は、自己免疫疾患の特徴を有する間質性肺炎 (IPAF) と呼ばれ、経過中の膠原病発症や典型的 IIP よりも高治療感受性の可能性がある。【目的】IPAF の臨床的特徴を明らかにする。【方法】当院の過去 7 年間の IIP195 例の診療録データの後方視解析。【結果】29 例 (15%) が IPAF であった。IPAF 診断基準の陽性項目は、臨床学的ドメインの機械工の手 3 例、レイノー現象 3 例、血清学的ドメインの抗 ARS 抗体 5 例、抗 MDA5 抗体 1 例、抗核抗体 12 例、リウマチ因子 7 例、抗 CCP 抗体 5 例、形態学的ドメインの画像上の NSIP with OP パターン 5 例、NSIP パターン 17 例、OP パターン 4 例であった。治療は免疫抑制療法が 18 例、抗線維化薬 1 例、無投薬 11 例であった。4 例 (14%) が、急性発症の重症呼吸不全を呈する急速進行性間質性肺障害 (RPILD) であり、2 例が死亡した。観察期間中央値 521 日間の生存率は 29 例中 25 例 (86%)。IP 診断 283 日後に 1 例 (3%, 関節リウマチ) のみが膠原病を発症した。【結語】IPAF においては、急性発症し、致死性の急速進行性間質性肺障害が認められることに注意すべきである。

## 282 抗 SRP 抗体陽性間質性肺炎の経過観察中に壊死性筋症が発症した一例

慶應義塾大学医学部呼吸器内科<sup>1)</sup>  
慶應義塾大学医学部リウマチ・膠原病内科<sup>2)</sup>  
北里大学医学部呼吸器内科<sup>3)</sup>

○宮川紫乃<sup>1</sup>, 楠本竜也<sup>1</sup>, 岡森 慧<sup>1</sup>, 朝倉崇徳<sup>1</sup>  
仁科 直<sup>2</sup>, 中鉢正太郎<sup>1</sup>, 川田一郎<sup>1</sup>, 福永興一<sup>1</sup>  
猶木克彦<sup>3</sup>, 別役智子<sup>1</sup>

【症例】72 歳男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-1 年 6 月から両肺の間質性陰影が増悪した。X-1 年 12 月から末梢血の筋原性酵素 (CK) の上昇と労作時呼吸困難が出現し、徐々に増悪するため、X 年 4 月に入院した。【臨床経過】CK の上昇から、多発筋炎および皮膚筋炎を疑い、典型的皮疹や筋炎所見はなく、下肢 MRI まで施行したが診断には至らなかった。間質性肺炎に対してステロイド治療および在宅酸素療法を導入し、退院した。CK と労作時呼吸困難は改善し、追加検査で抗 SRP 抗体の陽性を確認した。ステロイドの漸減中に、X+1 年 9 月から徐々に CK が再上昇した。低酸素血症も増悪し、X+2 年 4 月に再入院した。両下肢近位筋の筋力が軽度低下を認め、下肢 MRI で両下肢近位筋に浮腫所見があり、筋生検では壊死性筋症の所見を認めた。ステロイドを増量し、シクロスポリンおよび免疫グロブリン大量療法を導入した。CK は改善し、退院した。【考察】抗 SRP 抗体陽性の間質性肺炎症例では、筋症が遅れて発症することがあるため、筋症状や CK の推移などを注意深くモニタリングすべきである。【結語】抗 SRP 抗体陽性間質性肺炎の経過観察中に壊死性筋症が発症した一例を経験した。

## 283 乳癌放射線治療後に発症した器質性肺炎に肺胞出血を合併した 1 例

名古屋市立大学病院呼吸器・アレルギー内科  
○伊藤圭馬, 金光禎寛, 浅野貴光, 福田悟史, 大久保仁嗣  
竹村昌也, 前野 健, 伊藤 稔, 小栗鉄也, 新実彰男

【症例】50 歳女性【主訴】労作時呼吸困難, 咳嗽  
【現病歴】X 年 1 月に右乳癌部分切除, 同年 4 月から 5 月にかけてホルモン療法に加え, 放射線療法を併用した。7 月頃から労作時呼吸困難, 咳嗽を伴うようになり, 9 月に入り増強するため近医を受診した。胸部単純 X 線写真で右下肺野に浸潤影を認め, 9 月末に当院紹介となった。  
【臨床経過】ニューキノロン系抗菌剤を 2 週間投与するもレントゲン陰影の改善は認めず, マイコプラズマ抗体価の上昇なども見られなかったことから, 放射線治療後の器質性肺炎を疑い気管支鏡検査を実施した。右 B5 で行った気管支肺胞洗浄において, 血性肺胞洗浄液が回収された。右 B9 から採取した組織にて, 器質性肺炎の所見が得られた。血管炎などの膠原病は血清学的に証明されず, 乳癌放射線治療による肺胞出血と診断した。  
【考察】肺胞出血の原因には, 膠原病や血管炎, 薬剤性, 特発性ヘモジデロシス, Good-pasture 症候群などに伴うものがある。本症例では上記いずれにも該当せず, 血痰や咯血, 明らかな貧血など肺胞出血を示唆する所見も見られなかった。  
【結語】乳癌放射線治療後に発症した器質性肺炎に肺胞出血を合併した 1 例を経験した。

## 284 セフメタゾールによる凝固異常から肺胞出血を来した一例

諏訪中央病院腎・糖尿病内科

○中野恵理, 福岡 翼, 竹内菜緒, 玉井道裕, 荒木 真  
【緒言】セフメタゾール (CMZ) に, ワーファリンと同じ作用があることは余り意識されていない。【症例】84 歳男性。前立腺癌の全身転移で加療中。原因不明の胆管狭窄に対して胆管金属ステント留置歴がある。自宅で転倒後動けなくなり, 精査加療目的で当院入院となった。入院 3 日目に発熱と炎症反応高値を認め, 尿路感染症もしくは胆管炎を疑い CMZ が投与開始された。投与開始後 14 日目に血痰, 呼吸困難感, 酸素化低下が出現し, CT 上両側肺のすりガラス陰影を認めた。血液検査では Hb が前日比 1.5g/dL 低下し, 血小板 15.3 万/μL, PT% < 5%, aPTT > 120sec, FDP22.3μg/mL, Fib393mg/dl と DIC の診断基準を満たさなかった。画像所見および経過から CMZ 投与による凝固異常ならびに肺胞出血を疑い, 抗生剤の投与を中止し直ちに VitK を補充したところ, 2 日後には PT, aPTT 共に正常化した。呼吸状態も次第に改善し, 約 1 ヶ月後に退院となった。【考察】本症例では抗凝固薬の使用歴がなく, CMZ による凝固異常と考えた。側鎖に MMT 基を有する抗生剤は VitK エポキシド還元酵素阻害を介して VitK 依存性凝固因子を欠乏させる作用をもつため, 他の抗生剤よりも出血イベントが多いという報告 (CMZ : 2.9 倍, CPZ/SBT : 4.6 倍) がある。近年, 凝固検査を要しない DOAC 使用患者が増加しており, 同様の事故は増加する可能性があり, 教訓的な一例と考えられた。

## 285 リファンピシン中止でワルファリンによるびまん性肺出血をきたした1例

大分市医師会立アルメイダ病院総合診療科<sup>1)</sup>

大分大学医学部総合診療・総合内科学講座<sup>2)</sup>

○濱中良丞<sup>1</sup>, 清田貴茂<sup>1</sup>, 堤 大輔<sup>1</sup>, 塩田星児<sup>1</sup>

高倉 健<sup>1</sup>, 宮崎英士<sup>2</sup>

【症例】83歳男性【主訴】咳嗽【現病歴】心房細動に対してワルファリン6.75mgを内服していた。左股関節術後の感染症に対して長期内服していたリファンピシンがX年7月に終了した。10月に咳嗽が出現して近医を受診し、精査目的に当科紹介受診となった。【臨床経過】PT-INR 11.86で胸部レントゲン、胸部単純CTで両肺びまん性にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査で気管支壁に血液が付着し、血液が吸引された。リファンピシン内服終了に伴うワルファリンの効果増強によるびまん性肺出血と診断し、ビタミンK点滴を行った。入院3日目にはPT-INRは1.49と低下し、自覚症状や胸部単純CTでの陰影も改善した。【考察】ワルファリンは様々な薬剤と相互作用をきたすことが知られている。ワルファリンはCYPにより代謝されるが、リファンピシンはCYPを酵素誘導する。これによりワルファリンの代謝は促進され、ワルファリンの作用は減弱する。本症例ではリファンピシン内服を中止したためワルファリンの効果が増強されPT-INRは延長し、びまん性肺出血をきたしたと考えられる。【結語】ワルファリンと相互作用をきたす薬剤を中止の際は出血傾向に注意を払う必要がある。

## 286 市販の防風通聖散で薬剤性間質性肺炎を来した一例

長崎大学病院医療教育開発センター<sup>1)</sup>

長崎大学病院呼吸器内科(第二内科)<sup>2)</sup>

○日高悠希<sup>1</sup>, 中島章太<sup>2</sup>, 宮村拓人<sup>2</sup>, 由良博一<sup>2</sup>

石本裕士<sup>2</sup>, 坂本憲徳<sup>2</sup>, 尾長谷靖<sup>2</sup>, 迎 寛<sup>2</sup>

【症例】生来健康の49歳男性

【現病歴】2週間前より労作時呼吸困難が、1週間前より38度台の発熱が出現し、前医を受診。胸部単純X線写真で両肺びまん性にすりガラス状陰影を認め、抗菌薬が無効であったため、当科紹介となった。

【経過】SpO<sub>2</sub>は室内気で93%と低値で、胸部CTでは両肺にすりガラス状陰影の散在を認めた。紹介状に記載はなかったが、詳細に問診することで、3か月前からのダイエット目的での健康食品摂取が判明した。成分は防風通聖散であった。気管支肺胞洗浄液ではリンパ球比率の上昇とCD4/CD8の低下を認め、同漢方薬による薬剤性肺障害として矛盾しない所見であった。同薬を中止したところ、症状と画像所見は速やかに改善した。

【考察】防風通聖散は黄芩や甘草を含有し、同漢方薬による間質性肺炎の発症報告例が散見される。近年のダイエットブームで防風通聖散やその類似商品が市場に広く流通しているが、利用者は含有成分やリスクを把握しておらず、症状との関連性を疑っていないため、丁寧な問診を心がけることが非常に重要であることを再認識した。

【結語】市販の防風通聖散で薬剤性間質性肺炎を来した一例を経験した。

## 287 肥満によるtidal airway closureが就寝時低酸素血症に寄与した間質性肺炎の1例

北海道大学病院内科1

○三田明音, 崎山信哉, 鈴木 雅, 松本宗大, 木村孔一

長岡健太郎, 今野 哲, 西村正治

【症例】80代女性【現病歴】BMI 28 kg/m<sup>2</sup>の肥満がある。X-2年に間質性肺炎の精査目的に当科入院となったが、陰影は下葉のごく一部に限局しており経過観察となった。入院中に就寝時低酸素血症を指摘され精査されたが、睡眠時無呼吸症候群は否定的であった。X年に就寝時低酸素血症の精査目的に再度当科入院となった。入院後の胸部CTや呼吸機能検査では間質性肺炎の明らかな進行は認めず、立位では労作時も含めSpO<sub>2</sub>90%以上を維持していたが、就寝時のSpO<sub>2</sub>は常時90%以下であり、安静臥位ではPaO<sub>2</sub>58.5 Torrと低酸素血症を認めた。一方、動脈血ガス分析、経皮的モニタリング法において、夜間の高炭酸ガス血症は認めなかった。N<sub>2</sub>法による単一呼出曲線から得られるclosing volume測定ではclosing capacityが機能的残気量を上回っており、肥満に伴う安静呼吸時の末梢気道閉塞(tidal airway closure)が本症例の臥位での低酸素血症に寄与していると考えられ、就寝時の在宅酸素療法を導入し、減量を目指す方針とした。【考察】肥満と間質性肺炎が併存する本症例において、呼吸困難および就寝時低酸素血症の原因の鑑別にtidal airway closureの評価が重要であった。【結語】肥満に伴うtidal airway closureが就寝時低酸素血症に寄与した間質性肺炎の1例を経験した。

## 288 前リンパ球性白血病の臨床的特徴

山梨大学血液・腫瘍内科

○見本雄一郎, 川島一郎, 熊谷拓磨, 興石めぐみ, 中寫 圭

三森 徹, 桐戸敬太

前リンパ球性白血病(PLL; Prolymphocytic leukemia)は極めて稀な血液腫瘍であり、特異的な遺伝子変異や表面マーカーなどの単一で強い診断根拠となる所見は提唱されていない。このため、その診断は困難なことも少なくない。典型例に認められる症候や所見を確認し、総合的に判断する必要がある。今回これまでに当院でPLLと診断した5例(T-PLL 3例, B-PLL 2例)の臨床的特徴を考察し、PLLを疑う根拠として重要と考えられる所見について考察を行なった。

(症例1)75歳, 男性。WBC増多を指摘され、紹介。末梢血に成熟T細胞の増加、T細胞性受容体の再構成を認め、T-PLLと診断。(症例2)70歳, 女性。PLLと診断する6年前からWBC増加を指摘され、慢性リンパ性白血病として経過観察されてきたが、20万/μLを超えるWBCの著明な増加と貧血の進行を認めた。末梢血所見として核小体が明瞭な中型のリンパ球の増加、p53異常を認め、PLLと診断。(考察)T-PLLについては、末梢血に成熟T細胞性リンパ球のクローナルな増加が認められること、一方Sézary症候群類似の症状を認めないことを診断根拠とした。B-PLLについては、形態的特徴(核小体が明瞭な中型のリンパ球の増加)、CD5やCD23の発現が認められないこと、リンパ節腫脹は軽度で脾腫のみが強く認められること、p53異常が認められることなどが診断根拠として重要な所見であった。

## 289 Ruxolitinib 使用中に gelatinous marrow transformation を来した慢性好中球性白血病症例

王子総合病院血液腫瘍内科<sup>1)</sup>  
札幌医科大学腫瘍血液内科<sup>2)</sup>

○渡辺大地<sup>1)</sup>, 蟹沢祐司<sup>1)</sup>, 下山紗央莉<sup>1)</sup>, 井畑壮詞<sup>1)</sup>  
佐藤 健<sup>2)</sup>, 吉田正宏<sup>2)</sup>

【症例】80歳台, 女性. 進行性の白血球増多を指摘され201X年2月に受診. G-CSF レセプター変異 (CSF3R T618I) が確認され慢性好中球性白血病 (CNL) と診断した. Hydroxyurea には抵抗性で好中球数は13万まで増加した. さらに頭痛, 複視, 体幹失調が出現, 多発脳内出血が判明した. 近年, CSF3R 変異による JAK kinase の活性化が CNL の本態であることが明らかになり, JAK1/2 阻害薬 ruxolitinib の有効性が示されている. 致死的な合併症を併発しているため IRB の許可, 患者の同意を取得した上で同剤を導入したところ, 好中球数は正常化し頭蓋内血腫も吸収された. しかし高度の血小板減少と貧血が遷延するため day 60 で同剤の投与を中止した. 骨髄生検で Alcian Blue に青染する好酸性物質の沈着が確認され gelatinous marrow transformation (GMT) と診断した. 尚, 全経過を通じて感染症の合併はなく経口摂取は良好であった. 【考察】GMT は脂肪細胞の萎縮, 造血細胞の減少, ムコ多糖の沈着を特徴とする稀な病態であり, 多くは cachexia に続発する. Imatinib など薬剤誘起性 GMT も報告されているが ruxolitinib を原因とするものはない. Ruxolitinib の使用に当たっては血液毒性の一因として十分留意する必要がある.

## 290 化学療法中トブラマイシン投与後に一過性 APTT 延長を来した急性骨髄性白血病

信州大学医学部医学科<sup>1)</sup>  
長野赤十字病院血液内科<sup>2)</sup>

○小田中愛子<sup>1)</sup>, 桐原健彦<sup>2)</sup>, 宍戸 努<sup>2)</sup>, 小林 光<sup>2)</sup>

【症例】51歳男性【現病歴】健診で白血球減少を指摘されて当科紹介受診し, 急性骨髄性白血病 M2 と診断した. 初回の寛解導入療法で寛解に至り, 地固め療法を2回施行して寛解を維持していた. いずれの経過でも発熱性好中球減少症 (FN) を発症し, 抗菌薬投与で改善していた.

【臨床経過】3回目の地固め療法において, day12 の骨髄抑制期に発症した FN に対してセフェピム, トブラマイシン (TOB) を順次投与したところ解熱した. Day18 に再び高熱が出現した際の血液検査で APTT 90.9 秒と著明な延長を認めたが, 出血傾向や DIC 所見は認めず, 翌日の再検では 27.9 秒と基準範囲内であった.

【考察】アミノグリコシド (AG) 系抗生物質を含む検体に特定の APTT 試薬を用いると APTT が偽延長することが報告されている. 今回使用した試薬に含まれるエラグ酸の活性化に Cu イオンが用いられており, AG のアミノ基が Cu イオンと反応することでエラグ酸の配位が阻害されて APTT が延長すると考えられている. 本症例では TOB 投与の約1時間後に採血が行われ, 血中濃度が高かったために一過性 APTT 延長が生じたと考えた. AG は頻用される抗菌薬であるが, 特定の試薬と採血のタイミングによっては APTT 延長を来す可能性があり, 注意が必要であると考え.

## 291 成長ホルモン産生性下垂体腫瘍を合併した急性骨髄性白血病の一例

北海道大学医学部医学科6年<sup>1)</sup>  
北海道大学病院血液内科<sup>2)</sup>

○相庭昌之<sup>1)</sup>, 後藤秀樹<sup>2)</sup>, 郎 朗<sup>2)</sup>, 長谷川祐太<sup>2)</sup>  
江端 浩<sup>2)</sup>, 早瀬英子<sup>2)</sup>, 白鳥聡一<sup>2)</sup>, 中川雅夫<sup>2)</sup>  
遠藤知之<sup>2)</sup>, 豊嶋崇徳<sup>2)</sup>

【症例】50歳男性【主訴】両側頸部および肩の疼痛

【臨床経過】20XX年2月, 両側頸部および肩の疼痛に対し近医受診した際, 血液検査で白血球数増加と血小板数減少を指摘され, 白血病疑いに当科緊急入院となった. 入院後の骨髄検査で FLT3-ITD 陽性急性骨髄性白血病の診断に至った. また, 入院当初より手足容積の増大と下顎突出を認め, 成長ホルモン高値と下垂体腺腫の存在から成長ホルモン産生性下垂体腫瘍 (先端巨大症) の診断にも至り, オクトレオチドにて治療開始した. 白血病に対しては同年3月上旬より寛解導入療法を開始した後, 地固め療法を2コース行い, 完全寛解の状態同年7月に骨髄破壊的前処置による非血縁者間末梢血幹細胞移植を施行した. 移植後12日目に好中球の生着が得られ, 明らかな合併症無く経過し, 移植後48日目に退院となった. 移植後半年経過するも再発なく現時点まで良好な経過が得られている. 【考察】先端巨大症はしばしば悪性疾患を合併するが, その多くは固形腫瘍であり急性白血病の合併は稀である. 成長ホルモンが血液細胞の増殖に関与している可能性も示唆されているが, 症例数が少ないため急性白血病発症との関連は明らかでない. 【結語】成長ホルモン産生性下垂体腺腫を合併した FLT3-ITD 陽性急性白血病に同種造血幹細胞移植を行い, 良好な経過が得られた一例を経験した.

## 292 Candida parapsilosis による好中球減少性腸炎を呈した骨髄異形成症候群の一例

湘南鎌倉総合病院血液内科<sup>1)</sup>  
湘南鎌倉総合病院消化器病センター<sup>2)</sup>

○平光一貴<sup>1)</sup>, 佐藤 淑<sup>1)</sup>, 所晋之助<sup>2)</sup>, 神戸栄美子<sup>1)</sup>  
玉井洋太郎<sup>1)</sup>

【症例】73歳男性. 1年前に骨髄異形成症候群と診断し, 輸血療法中であつたが, 5日間発熱が持続し来院した. 39℃を超える弛張熱, 腹痛, 粘血便を認め, CT で上行結腸の浮腫性変化を認めた. 好中球 360/μL, 血小板 0.8 万/μL と低値であり, 好中球減少性腸炎 (typhlitis) と診断し, 広域抗菌薬と抗真菌薬 (Liposomal Amphotericin B) 投与を開始したが改善なく, 下部消化管内視鏡検査 (CF) で盲腸と直腸を中心に広範囲にわたる潰瘍を認めた. 潰瘍は紅暈を伴って集簇し, 一部に分厚い白苔を認めた. 潰瘍底の生検, 腸液と腸粘膜培養から Candida parapsilosis を検出し, 起因菌が判明した. 抗真菌薬をより感受性の高い Fluconazole に変更し, 腹痛と粘血便は改善した. しかし, 原病の悪化により死亡した. 【考察】治療抵抗性の typhlitis の鑑別にカンジダ腸炎があり, 報告例の多くは剖検例である. 本症例は著しい好中球・血小板減少を認めながらも CF を実施し, 起因菌を同定できたことが抗真菌薬の変更につながり, 治療が奏功した. 難治性の typhlitis では, 生検と培養検査が治療の上で重要である. また, C. albicans による腸炎の報告は散見されるが, C. parapsilosis によるものは検索した限りなく, 貴重な症例と考えられた.

## 293 脊髄浸潤した成人 T 細胞白血病リンパ腫の一例

野崎徳洲会病院内科<sup>1)</sup>

関西電力病院血液内科<sup>2)</sup>

○張 暁雲<sup>1</sup>, 糸原孟則<sup>1</sup>, 高橋令子<sup>1</sup>, 井戸垣融<sup>1</sup>

大橋康廣<sup>1</sup>, 北澤孝三<sup>1</sup>, 井尾克宏<sup>2</sup>, 平田大二<sup>2</sup>

【現病歴】高血圧処方中の 74 歳男性。衰弱・食欲不振・体動困難のため救急搬送され、血液検査にてリンパ球増加、CRP 上昇のため精査加療目的で入院となった。【臨床経過】入院後頭痛、胸腹部痛・食欲不振が持続していた。第 3 病日から 38 度の発熱があった。第 4 病日鎖骨周囲膿疱・皮疹が出現し、リンパ球数 6239/ $\mu$ l まで増加、異形リンパ球も認められた。第 7 病日に血液像で花細胞を認めた。第 8 病日に両下肢の深部腱反射亢進と股・膝関節屈曲障害を認めた。第 15 病日、血清・髄液 HTLV-1 抗体陽性、髄液単核球優位の細胞数増加などが見られ、ATL 合併 HAM が考えられたため、血液内科へ転院となった。血液内科で末梢血液と髄液で花細胞を含め異常リンパ球を認め、フローサイトメトリーでクローナリティーを確認し、脊髄浸潤した成人 T 細胞白血病リンパ腫と診断した。Mogamulizumab+CPT-11+MTX+DXA 点滴静注、AraC/MTX 髄注にて治療開始した。第 36 病日当院再転入時白血球分画正常化し、花細胞は消失した。【考察】HTLV-1 キャリアは高齢者を中心とした巨大なキャリアのプールが存在し、近年全国へ拡散し、特に大都市で増加傾向がある。白血球数増加がなくてもリンパ球が 50% を超える場合は、目視による花細胞の確認が診断上有用である。当院には血液内科はないが、自ら末梢血液像の確認が診断の決め手となった。

## 294 乳び胸を合併した成人 T 細胞白血病リンパ腫の 1 例

上尾中央総合病院初期臨床研修研修センター初期研修医<sup>1)</sup>

上尾中央総合病院血液内科<sup>2)</sup>

○隅本 輝<sup>1</sup>, 鴫田勝哉<sup>2</sup>, 泉福恭敬<sup>2</sup>

【はじめに】悪性リンパ腫に乳び胸が合併することがあるが報告例は非常に少なく、治療法についても確立されていない。今回、我々は乳び胸を合併した成人 T 細胞白血病リンパ腫の 1 例を経験し、過去の報告と比較した。【症例】65 歳男性【現病歴】受診 1 ヶ月ほど前から頸部リンパ節腫大に気付いていたが放置していた。受診 1 週間前から右側腹部痛を認め、前医で胸腹部 CT が行われた。腹部リンパ節腫大、胸腹水を認め悪性リンパ腫の疑いで当院に紹介された。

【臨床経過】身体所見上、著明な頸部リンパ節腫大を認めた。CT 上、腋窩・縦隔・肺門・上腹部・腸間膜・腹部大動脈周囲のリンパ節腫大を認めた。末梢白血球数 6,500/ $\mu$ l (芽球認めず)、Hb 13.3g/dl、血清 LDH 513U/l、sIL2-R 16,700U/ml、抗 HTLV-1 抗体陽性で成人 T 細胞リンパ腫と診断した。胸水は外見上黄白色で、トリグリセリド 582mg/dl であったことから乳び胸と診断した。左頸部リンパ節生検を行い mLSG15 療法を開始した。治療開始後、リンパ節は著明に縮小し、治療開始 11 日目の胸部レントゲンで胸水の消失を確認した。【考察】我々が検索し得た限り、悪性リンパ腫の乳び胸合併例は 21 例で、うち成人 T 細胞型は 1 例のみだった。18 例で化学療法が行われ、うち 14 例は本症例と同様、乳び胸の改善がみられた。悪性リンパ腫に合併した乳び胸では化学療法により乳び胸も改善することが期待できる。

## 295 非血縁者間同種骨髄移植を施行した AYA 世代の甲状腺癌合併 Philadelphia 染色体陽性急性リンパ性白血病

福井大学医学部附属病院血液・腫瘍内科<sup>1)</sup>

小児科<sup>2)</sup>

○位田奈緒子<sup>1</sup>, 大岩加奈<sup>1</sup>, 田居克規<sup>1</sup>, 藤田 慧<sup>1</sup>

細野奈穂子<sup>1</sup>, 鈴木孝二<sup>2</sup>, 谷澤昭彦<sup>2</sup>, 山内高弘<sup>1</sup>

【症例】27 歳男性【主訴】血小板減少【現病歴】甲状腺乳頭癌を発症 (8 歳) し、甲状腺全摘出術及び放射線ヨード治療を施行するも肺転移は残存していた。定期受診時の血小板減少を契機に当科紹介となり、骨髄検査で付加的染色体を伴う t (9;22) 転座を有するリンパ芽球を 82% 認め、Philadelphia 染色体陽性急性リンパ性白血病: Ph (+) ALL と診断した。【経過】第 2 世代チロシンキナーゼ阻害薬 (2nd TKI) である Dasatinib 併用寛解導入療法を施行し完全寛解を得た後、非血縁者間同種骨髄移植 (allo-BMT) を施行した。移植後 day18 に生着を確認するも骨髄検査 (day35) で付加的染色体異常の残存を認め、以後レシビエント由来クローンが増加し混合キメラとなったため (day78)、ドナーリンパ球輸注 (DLI:day185) を実施した。以降は寛解を維持し、甲状腺癌肺転移病巣も増大することなく経過している。【考察】AYA 世代 ALL 患者の 5 年全生存率は 42~63% と報告されている。重複癌かつ付加的染色体異常を伴う Ph 陽性の本症例はさらに予後が悪いと予想されたが、2nd TKI 併用、allo-BMT 及び DLI を実施し寛解を維持することができた。【結語】甲状腺癌治療歴のある AYA 世代 Ph (+) ALL 症例を経験した。

## 296 繰り返すランダム皮膚生検、骨髄穿刺にて診断に辿り着いた IVL の一例

京都大学医学部付属病院血液内科

○田村直紀, 渡邊瑞希, 諫田淳也, 有馬浩史, 菱澤方勝

山下浩平, 高折晃史

【症例】60 歳男性

【主訴】発熱

【現病歴】2017 年 4 月より 39℃ 台の弛張熱を繰り返し、不明熱精査のため同年 7 月当院免疫膠原病内科に入院した。ランダム皮膚生検や骨髄穿刺を含む感染症、悪性疾患、自己免疫性疾患のスクリーニング検査を行ったが、確定診断には至らなかった。その後自然解熱を認めたが、9 月頃より四肢位置覚障害、失読、失書などの高次脳機能障害が進行した。頭部 MRI で多発微小脳梗塞を認め、血管内大細胞性リンパ腫 (IVL) を強く疑ったことから再度ランダム皮膚生検、骨髄穿刺を行ったが、やはり腫瘍細胞の同定に至らなかった。同年 12 月頃より酸素化の不良が進行し、PET-CT では FDG 集積を伴う両腎腫大が指摘された。膀胱直腸障害、近時記憶障害、失計算などの神経症状の進行も認めたことからランダム皮膚生検及び骨髄穿刺を再施行し、TBLB も併せて行ったところ、全ての検査検体で腫瘍細胞が同定され、皮膚生検組織診にて IVL と確定診断に至った。

【治療経過】骨髄スメア像にて DLBCL 様の腫瘍細胞を同定し、同日より CHOP 療法を開始した。中枢神経浸潤に対して MTX/AraC/PSL 髄注を行い、その後 TBLB 検体における CD20 陽性を確認した後 RTX を追加投与した。化学療法後は速やかな解熱を認め、呼吸状態、腎機能、炎症所見、高次脳機能障害も同時に改善傾向を認めた。

【考察】IVL はしばしば不明熱の鑑別疾患として挙げられるが、確定診断を得られず治療開始が困難な症例がある。臨床経過から IVL が疑われる際は、一度の検査で診断が得られない場合も、慎重に経過をフォローしながら組織検査を繰り返す必要があると考えられた。

【結語】組織生検を繰り返すことで診断、治療開始に至った IVL の一例を経験した。

## 297 後天性血友病 A に対し免疫抑制療法および止血治療を行った一例

岩手医科大学附属病院医師卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

岩手医科大学内科学講座血液腫瘍内科<sup>2)</sup>

岩手医科大学臨床腫瘍学講座<sup>3)</sup>

○寺山茉莉<sup>1)</sup>, 撰田典悟<sup>1)</sup>, 泉田 亘<sup>2)</sup>, 小宅達郎<sup>2)</sup>

筑紫泰彦<sup>2)</sup>, 西谷真来<sup>2)</sup>, 下山 格<sup>2)</sup>, 古和田周吾<sup>2)</sup>

石田高司<sup>2)</sup>, 伊藤薫樹<sup>3)</sup>

85 才男性。【既往歴】201X-12 年無症候性の脳梗塞を指摘。201X-3 年狭心症疑われクロピドグレル内服開始。【現病歴】201X 年 7 月より紫斑を認めクロピドグレルを休業した所紫斑は改善。その 1 ヶ月後に運動後より左前腕腫脹が始まり次第に増悪認め精査加療目的に入院となった。【入院後経過】多部位の皮下および筋肉内の血腫を認めた。APTT 延長(89.3 秒), 血液凝固第 VIII 因子活性低下(検出感度以下), クロスミキシングテスト: インヒビターパターンより後天性血友病を強く疑い免疫抑制療法(PSL)を開始した。後日インヒビター陽性より確定診断した。しかし治療効果発現前(PSL 開始 1 週間後)に出血症状の増悪を認め, rFVII 製剤によるバイパス療法及びサイクロスポリンの併用を行った。以後は速やかに改善を認め第 60 病日退院となった。【考察】抗血小板療法中の高齢者に出血傾向を認め後天性血友病と診断した。初期治療のみでは出血傾向を抑制できず止血療法と免疫抑制療法の強化が必要であった。サイクロスポリンの併用は重篤な感染症の合併もなく高齢者での忍容性が認められた。

## 298 遺伝性溶血性貧血が疑われた一例

石巻赤十字病院臨床初期研修医<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○遠藤拓弥<sup>1)</sup>, 長澤 将<sup>2)</sup>, 加賀屋沙永子<sup>2)</sup>

【症例】41 歳女性【主訴】血尿, 倦怠感

【現病歴】小学生の頃から健診で貧血を指摘されていた。1 ヶ月前から貧血に対して 3 種類のサプリメントと加味逍遙散の内服を開始した。入院 4 日前から弛張熱, 頭痛が出現し, 3 日前から血尿を認め, 1 日前には皮膚の黄染を伴った。改善しないため精査加療目的に当科入院となった。

【経過】入院時内服薬は全て中止とした。脾腫を認め, I-Bil 3.3 mg/dl, LDH 1348 U/l と高値であった。4 日間で Hb 11.5 → 8.7 mg/dl と低下し, RET 14 → 33% と上昇した。ハプトグロビンは検出感度以下であり, 溶血性貧血の診断となった。Coombs 試験は直接・間接共に陰性であり赤血球結合抗原抗グロブリン試験も陰性であったことから, 自己免疫性溶血性貧血(AIHA)は否定され, 薬剤性の可能性も低下した。尿中ヘモジドリンは検出されず, 高感度 PNH 血球検査は陰性であった。経過中破碎赤血球などの赤血球形態異常は認めなかった。4 病日以降の貧血の進行はなく, 血尿も改善したため 6 病日に退院となった。

【考察】後天性溶血性貧血はほぼ否定され, 遺伝性溶血性貧血の可能性が残ったが, 特徴的所見を認めず確定診断が困難であった。再発や子供への遺伝の可能性があるため, 今後は遺伝子検査を含めた更なる精査を検討している。

## 299 悪性リンパ腫を背景に自己免疫性溶血性貧血を発症した 1 例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター血液内科

○樗木 錬, 木戸みき, 木田迪子, 伊藤琢生

【症例】64 歳女性【主訴】全身倦怠感【現病歴】2017 年 7 月, 逆流性食道炎, 脂質異常症でかかりつけの近医で施行した血液検査で Hb 9.1g/dl の貧血を認め, クエン酸第一鉄, メコバラミンの内服を行い経過観察となっていた。2017 年 9 月上旬某日夜より, 動くのが困難な程の強い全身倦怠感が出現した。翌日に近医を受診し, 血液検査で Hb 4.1g/dl, 総ビリルビン値 6.5mg/dl と高度の貧血と黄疸を認めたため, 当院に紹介受診となった。【入院後経過】血液検査で Hb 3.4g/dl と貧血を認め, 間接ビリルビン値 6.2mg/dl, LDH 315U/l と上昇し, 直接 Coombs 試験, 間接 Coombs 試験ともに陽性であることから, 自己免疫性溶血性貧血(温式)と診断した。頸胸腹部造影 CT で左腸骨動脈領域のリンパ節, 左単径リンパ節に腫大を認め, 可溶性 IL-2 受容体 1110 単位と高値であることから悪性リンパ腫を疑った。左単径リンパ節生検により, リンパ形質細胞性リンパ腫と診断した。診断後, リツキシマブ, プレドニンの投与により貧血の改善を認めた。【考察】自己免疫性溶血性貧血(温式)は免疫系に異常をきたす疾患を背景に合併することがあり, 本症例では積極的に背景疾患を検索することで悪性リンパ腫の診断に至ることができた。【結語】悪性リンパ腫に伴った自己免疫性溶血性貧血の 1 例を経験した。

## 300 P 多発性骨髄腫の主訴と骨髄腫診断事象についての検討

湘南鎌倉総合病院血液内科

○田中雄大, 佐藤 淑, 神戸栄美子, 玉井洋太郎

【背景】多発性骨髄腫(MM)は, 骨髄腫診断事象(Myeloma-defining events:MDE)である臓器障害(高 Ca 血症, 腎障害, 貧血, 骨病変)が特徴であるが, その臨床像は極めて多彩である。

【方法】2012 年 9 月から 2017 年 9 月の 5 年間に湘南鎌倉総合病院において MM と診断された患者を対象とし, 年齢, 性別, 主訴, MDE, MDE 別予後を後方視的に検討した。

【結果】調査期間内の多発性骨髄腫は 117 例。年齢中央値 71.5 歳(42-100 歳), 男性 60 人(51%), 主訴は背部痛・腰痛 42 人(36%), 検査異常 32 人(27%), 息切れ 10 人(9%), 胸痛 9 人(8%)。初診時の MDE は貧血 63 人(53%), 腎障害 41 人(35%), 骨病変 84 人(71%), 高 Ca 血症 20 人(17%)で CRAB 4 徴が揃う症例は 14 人(12%)。MDE と予後の検討において, 高 Ca 血症を来たすと生存中央期間 2.6 年で予後不良因子となる( $P < 0.01$ )。また 2 つ以上の MDE を認めた場合全生存率に有意差を認めた( $p=0.01$ )。

【結論】MM は胸痛や息切れなど, 循環器疾患を想定させる主訴で受診することが多い。また MDE > 2 以上, 特に高 Ca 血症を認める場合は予後が悪く, 内分泌疾患が否定された高 Ca 血症を見た場合に, MM を疑い積極的に CT や MRI で骨病変を検索し, 骨髄検査を行う必要がある。

### 302 肺血栓塞栓症を起こした先天性アンチトロンビン欠乏症患者の新規遺伝子変異同定とその蛋白発現

愛媛大学医学部医学科<sup>1)</sup>

愛媛大学血液・免疫・感染症内科学<sup>2)</sup>

○亀岡潤也<sup>1)</sup>, 山之内純<sup>2)</sup>, 池田祐一<sup>2)</sup>, 羽藤高明<sup>2)</sup>

安川正貴<sup>2)</sup>

#### 【はじめに】

先天性アンチトロンビン (AT) 欠乏症は、手術、外傷、妊娠などをきっかけに静脈血栓症を発症することが多い疾患である。今回、私たちは、肺血栓塞栓症を起こした先天性 AT 欠乏症患者で新規ミスセンス変異を同定し、その変異が AT 蛋白産生に及ぼす影響について解析したので報告する。

#### 【方法】

症例は 71 歳、男性。早期胃がんの術後に、肺血栓塞栓症を発症した。AT 活性値、抗原量は共に低下しており、AT 欠乏症と診断した。患者末梢血から DNA を抽出し、ダイレクトシーケンス法により塩基配列を確認した。蛋白発現実験は、AT 変異蛋白を作成し、HEK293T 細胞に遺伝子導入を行い、細胞内での蛋白合成と細胞外への蛋白分泌について Western blot で確認した。

#### 【結果】

本症例では Ile453Thr のヘテロ接合体変異が確認された。蛋白発現実験では、野生型の AT 蛋白は細胞溶解物、培養上清、共に発現していたが、Ile453Thr 変異を有する AT 変異蛋白は共に検出されなかった。

#### 【結論】

肺血栓塞栓症を起こした患者において、SERPINC1 遺伝子 Ile453Thr のヘテロ接合体変異を確認した。この変異は細胞内での AT 蛋白合成障害を起こし、そのために細胞外への蛋白分泌がないことがわかり、先天性 AT 欠乏症の原因遺伝子変異と考えられた。

### 303 ペプリジルによる薬剤性無顆粒球症の治療経験

小倉記念病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

小倉記念病院血液内科<sup>2)</sup>

○外川雄輝<sup>1)</sup>, 大中貴史<sup>2)</sup>, 北川智也<sup>2)</sup>, 松原理絵<sup>2)</sup>

米澤昭仁<sup>2)</sup>

【緒言】ペプリジルは Vaughan Williams 分類 4 型の抗不整脈薬であり、頻脈性不整脈に対して頻用される。QT 延長、肝障害はよく知られた副作用であるが、無顆粒球症はまれとされる。今回我々はペプリジルが被疑薬と考えられる 3 例の重篤な無顆粒球症を経験した。【症例のまとめ】症例は 64 歳～77 歳、男性 1 名、女性 2 名、いずれも心房細動に対してペプリジルが投与開始された。投与開始から無顆粒球症発症までの期間は 3～5 週間であり、発見に至る契機は 3 例とも難治性口腔内感染および発熱であった。いずれの症例も広域スペクトラム抗菌薬と G-CSF 製剤投与による治療を開始され、2 例は治療開始 1～2 週間で血球回復がみられたが、1 例は血球回復が得られず第 22 病日で感染症死に至った。【考察】当院で 2016 年 1 月から 2 年間に新規でペプリジルを処方された患者 653 名のうち無顆粒球症を発症したものは上記の 3 名のみであり、発症率は 0.45% であった。既報において抗甲状腺薬による無顆粒球症の発症率が 0.2-0.5% であり、ペプリジルによる無顆粒球症は決してまれな副作用とは言えない。また、3 例の診断時骨髓穿刺検査では、死亡例は生存例と比較し有核細胞数は多かったが、芽球を含めた幼若球の比率は生存例に比べて低く、発症時の幼若球の割合が予後を規定する因子となることが示唆された。

### 304 DA-EPOCH-R 療法と髄注化学療法により救命できた高齢で全身状態不良の high grade B-cell lymphoma の一例

福井県済生会病院内科

○新澤 玲, 青木 剛, 金原秀雄, 澤崎愛子, 番度行弘

前野孝治, 野ッ俣和夫, 潮木保幸, 岡藤和博, 登谷大修

【症例】73 歳男性【主訴】発熱、吐血

【現病歴】糖尿病などで当科通院中。X 年 4 月より盗汗、食欲不振を自覚。5 月中旬より悪寒、発熱が出現し吐血も伴ったため当科緊急入院となった。【臨床経過】上部消化管内視鏡で胃体部小彎に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認め、PET-CT で胃病変及び全身のリンパ節に高集積を認めた。胃生検、左鎖骨上窩リンパ節生検、骨髓検査を施行し、high grade B-cell lymphoma (HGBL) with MYC and BCL6 rearrangements との診断に至った。頭部 MRI では中枢神経浸潤を認めた。DA-EPOCH-R 療法とメトトレキサートによる髄注化学療法を併用して施行し、以後全身状態は著明に改善し、6 コース終了後に完全寛解に到達した。【考察】HGBL with MYC and BCL2 and/or BCL6 rearrangements は元来 diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) の亜型とされていたが、WHO 分類 2016 より独立した。DLBCL に用いられる R-CHOP 療法では通常難治性となり予後不良であるが、DA-EPOCH-R 療法と髄注化学療法の併用により治療成績が向上すると報告されている。高齢で全身状態不良の HGBL 症例に対しても、DA-EPOCH-R 療法と髄注化学療法の併用は忍容性があり、かつ有効であると考えられる。

### 305 溶血性貧血・相対的副腎不全を合併した組織球肉腫の一例

金沢医科大学糖尿病学・内分泌代謝学<sup>1)</sup>

金沢医科大学血液免疫内科学<sup>2)</sup>

○藤井 愛<sup>1</sup>, 正木康史<sup>2</sup>, 坂井知之<sup>2</sup>, 渡邊 愛<sup>1</sup>

門野 至<sup>1</sup>

【はじめに】組織球肉腫とは成熟組織球としての免疫形質を示す腫瘍で、極めて稀な疾患。【症例】85歳男性【主訴】呼吸困難【現病歴】2019年5月より貧血が進行、近医で上下部内視鏡検査施行したが認めず。貧血が進行、10月某日ショートステイ先で酸素化不良となり救急搬送された。【臨床経過】到着時ショックバイタル・大球性貧血(Hb5.4g/dl, MCV 113.2 fl, MCHC 32.3%) 総Bil5.2mg/dl, 直接Bil2.1mg/dlと間接優位のBil上昇, LDH286U/lし溶血所見を認め著明な凝固異常(PT(INR) 1.60, PT(%) 40.9%, APTT:41.4秒, フィブリノーゲン77mg/dL, FDP:53.9μg/mL)を認めた。(DIC9点)造影CTにて肝および仙骨部に占拠性病変を認めた。骨髄穿刺では大型細胞質に空胞を有した異常細胞を多数認め、病理診断は組織球肉腫と診断。経過中高度な低Na血症(Na121mEq/L), 誤嚥性肺炎に伴うSIADHと判断し水制限するも効果なく尿中Na排泄過剰状態が続いた。血中コルチゾール10pg/mlと低値で相対的副腎不全の可能性が示唆され、ソルメルコート100mgを開始し状態は改善した。年齢とPSを考慮し組織球肉腫に対する積極的化学療法は行わず対症療法で経過のみとした。【考察】組織球の活性化による免疫異常の結果, AIHA・DIC・相対的副腎不全を合併したと考える。【結語】溶血性貧血・相対的副腎不全など様々な病態をともなう多発転移の組織球肉腫を経験した。

### 306 著明な肝機能障害を合併したTAFRO症候群の一例

奈良県立医科大学内科学第二講座<sup>1)</sup>

奈良県立医科大学内科学第三講座<sup>2)</sup>

○内原正人<sup>1</sup>, 久保政之<sup>1</sup>, 長谷川淳<sup>1</sup>, 山内基雄<sup>1</sup>

田中晴之<sup>1</sup>, 天野逸人<sup>1</sup>, 吉川雅則<sup>1</sup>, 花谷純一<sup>2</sup>

下里直隆<sup>2</sup>, 吉治仁志<sup>2</sup>

【症例】73歳男性【主訴】全身倦怠感、発熱

【現病歴】2017年4月下旬頃より鼻出血、右季肋部痛、紫斑、発熱を認めた。近医内科で汎血球減少と肝機能障害を指摘され、保存的加療が行われたが、改善を認めず当院に転院となった。

【入院後経過】骨髄穿刺を施行し、血球貪食症候群と診断したが基礎疾患は不明であった。血圧低下と肺水腫による呼吸不全を認めたが、ステロイドパルスにより安定した。転院直後は軽微であった胸腹水貯留は急速に増悪を認め、診断基準からTAFRO症候群と診断した。CyA持続静注を併用したところ、体液貯留は明らかに改善を認めた。一方で肝障害については改善を認めず高ビリルビン血症が持続した。敗血症に対して抗生剤加療を行ったが、再度肺水腫と胸腹水の増悪を認め、呼吸不全にて永眠された。

【考察】本症例では死後に病理解剖を行い、TAFRO症候群として矛盾しない結果であった。これまでにALP高値となる症例が多いことが報告されており、胆道系障害の関連が疑われている。しかし本症例のように著明な高ビリルビン血症を伴ったTAFRO症候群の報告は稀であり、今後の病態の解明に寄与する貴重な例と考え報告する。

### 307 ステロイド依存性免疫性血小板減少症に対するトロンボポエチン受容体作動薬によるステロイド中止効果

岩手医科大学医学部4年<sup>1)</sup>

岩手医科大学医学部5年<sup>2)</sup>

岩手県立中央病院血液内科<sup>3)</sup>

岩手医科大学医学部内科学講座血液腫瘍内科<sup>4)</sup>

○板持雅知<sup>1</sup>, 稲葉かずは<sup>1</sup>, 大沼 創<sup>2</sup>, 前沢 瑠<sup>2</sup>

村井一範<sup>3</sup>, 石田高司<sup>4</sup>, 石田陽治<sup>4</sup>, 古和田周吾<sup>4</sup>

【背景】慢性免疫性血小板減少性紫斑病(cITP)患者の多くはコルチコステロイド(PSL)を中止することが出来ず、長期投与に伴う有害反応が問題となる。一方トロンボポエチン受容体作動薬(TPORA)を、これらPSL依存性cITP患者に投与した場合にどの程度の患者がPSLを中止できるかは不明である。【目的】PSL依存性cITP患者におけるTPORA投与によるPSL中止率(primary endpoint)とその安全性を明らかにする。【方法】TPORAを追加投与し血小板数10万を維持出来た患者で一定の減量プロトコールに沿ってPSLを減量した。PSL中止率、減量率、臨床的背景を前方視的に検討した。【結果】TPORAを17例に併用投与し、適格症例15名で以下の解析を行った。12/15例(80%)で投与後461日(中央値)でPSL中止が可能であった。PSL中止が不可能であった3例はより罹患期間が長く、PSL維持量も多い傾向にあったが、PSLを減量することが可能であった。研究期間中に全ての症例で重篤な有害事象は認めなかった。【結論】PSL依存性cITP患者において、TPORA投与によりPSLを高い割合で中止できる可能性が示された。

### 308 急性骨髄性白血病の寛解導入療法中に合併した播種性フサリウム感染に対して外科的切除を施行した一例

りんくう総合医療センター血液内科

○正木 暁, 佐多 弘, 安見正人, 鳥野隆博

【緒言】播種性フサリウム感染症は比較的稀な真菌感染症であるが造血管腫瘍などの免疫力低下の患者においては予後不良といわれている。我々は急性骨髄性白血病(AML)の寛解導入療法中に内科的治療に加え外科的切除を施行し、以後の原疾患治療が継続できた症例を経験したので報告する。

【症例】56歳男性。20××年7月に急性骨髄性白血病(AML)M2と診断されLVFX/FLCZによる予防投与の上、寛解導入療法が開始された。骨髄抑制期の8月中旬頃より発熱を繰り返し、腓腹筋などに有痛性小結節を認めた。当初Bacillus cereusの微小膿瘍と考え、MEPMとVCMを投与したが改善せず、有痛性の皮下硬結は左大腿・左上肢にも拡大した。血液培養から糸状菌が検出されCTでは右中葉に浸潤影をみとめ、β-glucanが陰性であったことから接合菌を念頭にL-AMBの投与を開始し解熱・硬結の縮小を認めた。後日、糸状菌はFusarium spp.と判明しVCZの併用を行った。8月下旬に骨髄所見は完全寛解に至ったが、CT上は右中葉に浸潤像が残存していた。今後の寛解後地固め療法のため、10月上旬に胸腔鏡下右S5区域切除術を施行した。切除標本ではフサリウムは検出されず、その後地固め療法を再開したがフサリウム感染症の再燃を認めず、20××+1年1月に造血幹細胞移植を行う予定である。

【考察】フサリウム感染症に対しては内科的治療に加え外科的治療も考慮する必要があると考えられる。

### 309 化学療法導入前に腫瘍崩壊症候群を呈したリンパ腫型 ATLL の 1 例

王子総合病院血液腫瘍内科<sup>1)</sup>

札幌医科大学腫瘍血液内科<sup>2)</sup>

○大森銀治<sup>1</sup>, 蟹沢祐司<sup>1</sup>, 下山紗央莉<sup>1</sup>, 井畑壮詞<sup>1</sup>

佐藤 健<sup>2</sup>, 吉田正宏<sup>2</sup>, 藤見章仁<sup>2</sup>

【症例】60歳台, 男性。201X年2月初旬より腹痛, 下痢が出現したため前医を受診。2月28日に造影CTが施行され小腸腫瘍が疑われた。NSAID, 利尿剤が投与されたが, 自覚症状は急速に悪化したため3月11日に当院を紹介受診。腎機能障害 (Cr 7.01mg), 高尿酸血症 (20.5mg), 電解質異常 (K 7.1mEq, P 8.4mg) を呈しており腫瘍崩壊症候群が疑われ入院となる。両側頸部や鎖骨上窩に多数のリンパ節を触知した。腹壁は膨満し右下腹部に圧痛を有する腫瘤を触知したほか, 腹水, 胸水貯留も認められた。腹水は乳糜状で花弁状核を有する異常リンパ球が多数確認された。HTLV-1が陽性であることと併せて ATLL リンパ腫型と診断した。血液透析を導入し循環動態の安定を図り第7病日から mLSG15 療法を施行した。リンパ節の縮小が得られ透析からも離脱可能となった。【考案】自然発症 TLS の頻度は造血器腫瘍の 1% 程度で発生するとされる。基礎疾患としては ALL や Burkitt リンパ腫が大半を占める。ATLL は中間リスク群に分類されるが自験例では腫瘍量が多かったこと, 経口摂取量が不十分な状態に利尿剤が投与され脱水を呈していたこと, さらに NSAID やヨード造影剤が使用されたことが TLS 発症の誘因となったと思われる。教訓的事例と思われ報告する。

### 310 副腎出血で発症した未分化大細胞リンパ腫の一例

慈泉会相澤病院<sup>1)</sup>

慈泉会相澤病院総合内科<sup>2)</sup>

○藤岡磨里奈<sup>1</sup>, 寺川偉音<sup>2</sup>, 内坂直樹<sup>2</sup>, 山本智清<sup>2</sup>

【症例】60歳男性。今回受診の約1ヶ月前に非外傷性左副腎出血にて当院泌尿器科に入院。保存加療にて経過は良好であった。今回受診約2週間前から異常行動が出現し始め, 受診当日は見当識障害や計算能力の低下等もみられたため, 意識障害として当科入院となった。髄液検査では, 細胞数・蛋白の上昇, 糖低下がみられたため, 何らかの感染による髄膜炎・脳炎を疑い, 抗菌薬, 抗ウイルス薬, 抗結核薬による治療を開始したが奏功しなかった。左鼠径部リンパ節腫脹があり, 第8病日にリンパ節生検を施行。迅速診断と, 同日判明した髄液細胞診で悪性細胞が観察され癌性髄膜炎と診断した。リンパ節生検の病理組織像では核小体明瞭な大型の lymphoid cell が増生しており, 悪性リンパ腫を疑い第11病日に専門的加療目的に他施設に転院となった。その後, 免疫染色で CD30+, CD4+, ALK - と併せて Anaplastic large cell lymphoma (ALCL), AKL - と診断した。【考察】ALCL, ALK - の節外病変は 20% 程度と比較的稀で, 皮膚, 肝臓, 胃腸管に多い。また中枢神経病変も稀とされている。本症例では, 節外病変として副腎転移, 中枢神経系転移が確認され, 更に転移の結果として副腎出血を引き起こした極めて稀な症例と考えられた。【結語】副腎出血の原因の1つとして悪性腫瘍があり, 副腎出血を見た際には早期の原因精査が必要と考えた。

### 311 多発根神経炎で発症した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例

東北大学病院血液免疫科<sup>1)</sup>

東北大学病院神経内科<sup>2)</sup>

○奥田健大<sup>1</sup>, 福原規子<sup>1</sup>, 氷室真仁<sup>1</sup>, 市川 聡<sup>1</sup>

沖津庸子<sup>1</sup>, 小林匡洋<sup>1</sup>, 大西 康<sup>1</sup>, 黒田 宙<sup>2</sup>

張替秀郎<sup>1</sup>

症例は 50 代男性。X-1 年 3 月左腰部から左大腿後面しびれ 7 月左足底部しびれと左足背屈障害を自覚した。11 月右足指しびれと左上肢の脱力, 12 月膀胱直腸障害と進行性であり, X 年 1 月当院神経内科に紹介。神経伝導検査や髄液中の蛋白細胞乖離。MRI で馬尾に造影効果を認め, 多発根神経炎として免疫グロブリン大量療法および PSL 0.5mg/kg にて神経学的所見のやや改善を認めたが, 漸減すると 7 月左足底部のしびれと下肢脱力が再燃, 2 週間後には歩行困難と急速に進行した。8 月ステロイドパルスにて軽快, PSL+cyclosporine 導入されたが, 10 月両上肢しびれ, 11 月下肢しびれや脱力から歩行困難となり, 発熱や血小板減少を認め 12 月当科紹介。LDH 989U/l, 血小板 10.5 万 /ul, フェリチン 2188ng/ml, PET / CT で胸水を伴った両肺野浸潤影・脾腫・両側副腎腫瘍が認められた。皮膚ランダム生検にて血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の診断に至り, R-CHP 療法 / 大量 MTX 療法にて神経症状も改善している。本例は多発根神経炎で発症され, ステロイド漸増減にて神経症状の改善と再燃を繰り返し, 約 1 年 9 ヶ月後に発熱や血小板減少などの所見をきたした。神経以外の所見に乏しい症例の経過や診断アプローチに関して示唆に富むと考え, 文献的考察を含めて報告する。

### 312 孔脳症を認めた血友病 B の一例

上尾中央総合病院初期臨床研修研修センター初期研修医<sup>1)</sup>

上尾中央総合病院血液内科<sup>2)</sup>

○徳永峻吾<sup>1</sup>, 鴫田勝哉<sup>2</sup>, 泉福恭敬<sup>2</sup>

【はじめに】血友病 B は X 連鎖性遺伝を示し, 凝固第 9 因子欠乏による出血傾向を契機として幼少期に診断される。孔脳症は胎児・新生児期に何らかの原因で脳の循環障害が生じ, その結果脳の一部欠損を認める脳奇形である。今回, 以前から孔脳症を指摘されていた高齢者が初めて血友病 B と診断された。両疾患の関連性について考察を加え報告する。

【症例】68歳男性 【主訴】口腔内出血

【現病歴】入院の 20 年以上前から血が滲むような出血を繰り返していたが自然止血するため, 経過観察していた。入院 3 日前に誘因なく口腔内出血を認め, 止血困難となり貧血 (Hb6.2g/dl) も認めたため入院した。

【既往歴】孔脳症を指摘されていた。四肢の麻痺 (-)

【家族歴】患者の弟とその孫, 甥が血友病 B

【診断】APTT は 72 秒と延長していた。家族歴から血友病が疑われ, 第 9 因子が 1% 未満で重症型血友病 B と診断した。第 9 因子濃厚製剤 2000 単位の投与により APTT は 61.4 秒から 36.4 秒に短縮した。

頭部 CT では側脳室と連絡する前頭葉域の空洞を認め孔脳症と診断した。

【考察】周産期・生後の脳梗塞や頭蓋内出血は, その後遺症として孔脳症を生じることが知られている。血友病は 1-4% に新生児期の頭蓋内出血をきたす疾患であることから, 本症例が血友病により周産期に頭蓋内出血をきたし, その結果孔脳症となったと推測した。

### 313 顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) 投与後に動脈炎様画像所見を呈した非ホジキンリンパ腫三例の報告

東京大学医学部附属病院血液内科<sup>1)</sup>

東京大学医学部附属病院放射線科<sup>2)</sup>

東京大学医学部附属病院無菌治療部<sup>3)</sup>

○佐々木謙<sup>1)</sup>, 宮内 将<sup>1)</sup>, 小倉瑞生<sup>1)</sup>, 志村有香<sup>1)</sup>

渡谷岳行<sup>2)</sup>, 遠山和博<sup>3)</sup>, 中崎久美<sup>1)</sup>, 黒川峰夫<sup>1)</sup>

顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) は, 化学療法に伴う好中球減少に対する安全性の確立した有効な治療法である. G-CSF の適正使用のためには極めて頻度の低い有害事象プロファイルも正確に把握しておく必要がある. 今回, 化学療法に伴う G-CSF 投与後に動脈炎様所見を呈した非ホジキンリンパ腫三例を経験した. CT・MRI にて動脈炎様画像所見を呈し (3/3 例), 次サイクルの化学療法時に G-CSF 投与によって同様の動脈炎様所見を呈する症例が存在した (1/3 例). 血液培養は陰性であり抗生物質投与に対する反応性は乏しかった (3/3 例). また, 抗核抗体, 抗好中球細胞質抗体は陰性であり, 感染性動脈炎, 高安病・巨細胞性大動脈炎は否定的であった (3/3 例). 動脈炎様所見は自然軽快し (3/3 例) ステロイド投与を行った一例については症状の改善が認められた (1/1 例).

【考察】文献的考察においては単一症例で同様の報告が数件認められた. 今回の報告の一症例では G-CSF 投与により反復性に動脈炎様所見を呈し, 客観的指標を用いても薬剤性動脈炎の可能性が示唆された.

【結語】G-CSF 投与に起因する薬剤性動脈炎の可能性が示唆され, 今後さらなる症例の蓄積が必要である.

### 314 B 細胞性腫瘍との鑑別に難渋した血管免疫芽球形 T 細胞リンパ腫 (Angioimmunoblastic T-cell Lymphoma: AITL)

京都大学医学部付属病院血液内科

○田中望美, 高柳俊亮, 恩田佳幸, 進藤岳郎, 松原 雄羽賀博典, 菱澤方勝, 近藤忠一, 山下浩平, 高折晃史

【症例】67 歳男性【主訴】リンパ節腫脹, 盗汗【現病歴】X 年 7 月に盗汗, 頸部リンパ節腫脹, 体重減少を自覚し当院を紹介受診. 【現症】全身性の表在リンパ節腫脹, 肝脾腫, 下肢に紫斑あり. 下肢遠位の感覚神経障害あり. 【検査所見】末梢血中に多数の形質細胞を認め, 血小板減少 ( $2.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ ) と DIC を伴った. 血清  $\gamma$  グロブリン分画はポリクローナルに増加していたが, IgG- $\kappa$  型 M 蛋白を伴った. 末梢血中に EBV-DNA を検出し, 抗核抗体・抗 ds-DNA-IgG 抗体が弱陽性であった. 【経過】悪性リンパ腫, 特に血管免疫芽球形リンパ腫 (AITL) を疑い左腋窩リンパ節生検を行った. EBER 陽性細胞を含む多彩な細胞群を認めたが, 腫瘍の確定診断に至らなかった. 各徴候は短期間に増悪し, 急性腎不全が進行した. AL アミロイドーシスや POEMS 症候群を疑い bortezomib と dexamethasone を投与したが, 効果は不十分だった. リンパ節生検標本で 19trisomy 異常と TCR $\beta$  鎖・ $\gamma$  鎖の遺伝子再構成を認め, AITL と診断した. CHOP 療法が劇的に奏功した. 【考察】本症例の多彩な徴候は, 腫瘍性 T 細胞の免疫学的作用によると考えられる. 非特異的な病理組織所見, 形質細胞増多, 高 IgG 血症, 自己抗体陽性等の所見により診断に難渋したが, いずれも EBV 感染 B 細胞の反応性増多に起因すると考えられた.

### 315 診断に 8 年を要した慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV) の 1 例

日本赤十字社長野赤十字病院血液内科

○野中起聡, 北原茉莉, 貝梅紘子, 植木俊充, 廣島由紀  
住 昌彦, 小林 光

慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV) は小児～若年成人に好発し, 持続または再発・反復する伝染性単核症様症状を呈し末梢血や病変組織の T/NK 細胞に EBV が検出される予後不良で診断困難な疾患である. 症例は 74 歳男性. X-8 年から間欠的な発熱を自覚し X-2 年から発熱に加え咽頭痛が出現した. X-1 年に頸部リンパ節腫脹, 間質性肺炎のため近医にて膠原病疑われるも診断には至らなかった. X 年 8 月近医耳鼻科でベーチェット病による難治性咽頭潰瘍と診断され PSL 投与されるも改善なく当院紹介された. 受診時は咽頭潰瘍の他, 発熱, 頸部リンパ節腫脹を認めた. 咽頭生検では腫瘍細胞増殖は認めなかったが EBER 陽性の T 細胞浸潤を認めた. 末梢血 EBV ゲノム量は  $3.8 \times 10^4 \text{ copy/ml}$  であり, リンパ球サブセットの EBVPCR 検査で B 細胞の他, NK 細胞にも EBV 感染が証明された. 末梢血サザンプロット法で EBV クローナリティを認め, 臨床経過と併せ CAEBV を背景とした EBV 関連 T/NK 細胞 LPD と診断した. 化学療法の効果は限定的であった. 近年 CAEBV の成人発症例の報告は散見されるが高齢での発症は極めて稀である. 成人例は小児・若年例と比較し急激な経過を辿るとされ早期診断が望まれる. 本症のように咽頭潰瘍と発熱で発症した報告もあり原因不明の難治性咽頭潰瘍と発熱をみた場合に本疾患を鑑別に挙げる事が重要と考える.

### 316 自己免疫性溶血性貧血が先行した卵巣原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

東北大学医学部 6 年<sup>1)</sup>

東北大学血液免疫科<sup>2)</sup>

○笹岡麻実<sup>1)</sup>, 市川 聡<sup>2)</sup>, 福原規子<sup>2)</sup>, 渡邊正太郎<sup>2)</sup>  
沖津庸子<sup>2)</sup>, 小林匡洋<sup>2)</sup>, 大西 康<sup>2)</sup>, 張替秀郎<sup>2)</sup>

症例は 60 代女性. X-1 年 12 月から黄疸, 息切れを自覚し, X 年 1 月中旬に前医を受診した. 右胸水貯留が認められたが悪性所見はなく, 血液検査で溶血所見が認められたため当科に紹介され, 自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の診断に至った. 一時自然軽快したものの貧血が進行し, 4 月上旬より prednisolone (PSL) の投与を開始したが奏効しなかった. CT を撮影したところ胸水に加えて左卵巣腫瘍が認められ, 卵巣癌疑いにて 5 月 23 日切除術を施行された. 術後 AIHA は一時改善傾向となったが, その後再増悪を認めた. 卵巣腫瘍の病理検索にて diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) の診断に至り, PET-CT ではリンパ腫病変と考えられる高集積が右心房周囲, 副腎, 腸間膜, 子宮周囲などに認められ, 比較的急速な病勢増悪が示唆された. 胸水の再検でもリンパ腫細胞が検出された. 6 月 30 日より R-CHOP 療法 (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, PSL) を開始し, 腫瘍病変の明らかな縮小, AIHA および胸水貯留の改善を確認した. 以後 R-CHOP 療法を計 6 コース施行し, 完全奏効に至り, AIHA も再燃なく経過している. 治療抵抗性 AIHA の原因検索にて卵巣原発 DLBCL の診断に至った貴重な症例であり, 若干の文献的考察を含めて報告する.

### 318 10 数年の間、未指摘であった偽性高カリウム血症へのアプローチについて

市立福知山市民病院<sup>1)</sup>市立福知山市民病院総合内科<sup>2)</sup>市立福知山市民病院大江分院<sup>3)</sup>○二村 俊<sup>1</sup>, 川島篤志<sup>2</sup>, 北村友一<sup>2</sup>, 片岡 祐<sup>3</sup>和田幹生<sup>3</sup>, 香川恵造<sup>1</sup>

高尿酸血症などで定期通院、過去に健診受診歴のある 60 歳男性。無症状だが、健診でカリウム高値 (6.1mEq/L) を指摘され、救急外来での評価を依頼された。心電図異常なく、過去にも高カリウム血症の記載があったため、翌日初診外来で再評価。K 5.7mEq/L でカリウム高値を来す薬剤やサプリメントの内服なく、腎機能も正常。偽性高カリウム血症の原因となる白血球増多症・血小板増多症、溶血も認めなかった。駆血、採血時の手指運動などの採血手技に関連する原因を考え、動脈血採血を実施し、K 4.0mEq/L を確認した。後日、通常採血と同じタイミングで反対側から駆血・手指運動なしで採血を施行したところ前者 5.2mEq/L、後者 4.5mEq/L であった。以上より採血手技に伴う偽性高カリウム血症と診断、以後の採血時には手指運動を控え、駆血時間を短くする必要があるなどの説明を行った。高カリウム血症は 10 年以上前から指摘され、複数医師が関与していたが原因の言及はなく、患者は致死的不整脈が起こる可能性や食事への配慮など、不安を感じていたとの事であった。身体には症状を来さない偽性高カリウム血症ではあるが、原因を適切に評価する事で、本人や家族の不安を取り除くことができるため、啓発の意味も含めて報告する。

### 319 敗血症による DIC と思われたが病理解剖にて血管内リンパ腫に伴う DIC と判明した一例

総合東京病院研修医<sup>1)</sup>総合東京病院消化器内科<sup>2)</sup>○池田祥平<sup>1</sup>, 菅原 崇<sup>2</sup>, 尾関伸司<sup>2</sup>

【症例】88 歳女性

【主訴】発熱、食欲不振、意識レベル低下

【現病歴】近医にて腰椎椎体圧迫骨折の診断で保存的治療を行っていたが、腰痛増悪のため立位困難となり救急要請された。この時は 38.5 度の発熱があり、感冒による一時的な病状の悪化と判断され帰宅となった。その後も腰痛は持続し、整形外科、脳神経外科、総合内科の外来受診をしたが原因不明であった。腰痛に加え食欲不振となり、1 週間後に意識レベル低下を来したため、救急要請された。採血にて高 CRP 血症および汎血球減少を認めたため緊急入院となった。

【臨床経過】入院時 DIC スコア 6 点の DIC と診断し、細菌感染に伴う DIC と考え、リコモジュリン等を投与したが、第 3 病日においても治療反応性に乏しかった。第 8 病日に著明な肝酵素高値がみられ、第 10 病日に永眠された。その後の病理解剖にて、血管内リンパ腫に伴う血球貪食症候群および DIC との結果であった。

【考察】抗生剤不応の DIC においては、薬剤耐性菌の他に血管内リンパ腫などの血液疾患による血球貪食症候群を鑑別に挙げる必要がある。

【結語】薬剤耐性菌の敗血症による DIC と思われたが血管内リンパ腫に伴う血球貪食症候群および DIC であった一例を経験した。

### 320 自然退縮を認めた心臓原発悪性リンパ腫

広島大学病院血液内科<sup>1)</sup>広島大学原爆放射線医科学研究所血液・腫瘍内科研究分野<sup>2)</sup>○藤野啓太<sup>1</sup>, 枝廣太郎<sup>1</sup>, 森岡健彦<sup>1</sup>, 土石川佳世<sup>1</sup>美山貴彦<sup>1</sup>, 名越久朗<sup>1</sup>, 川瀬孝和<sup>2</sup>, 福島伯泰<sup>2</sup>一戸辰夫<sup>2</sup>

60 歳、女性。20XX 年 X 月胸痛を主訴に近医を受診した。受診時上室性頻拍、心房粗細動を認め原因精査のため心臓 CT を行ったところ左房及び上大静脈から右房にかけての腫瘍を認めた。X+1 月広島大学病院に紹介され腫瘍生検を施行された。病理診断にて非ホジキンリンパ腫、びまん大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL)、胚中心 B 細胞型と診断された。生検直後の CT では左房腫瘍の縮小を認め、PET-CT でも FDG の集積を認めなかった。残存する病変に対して R-CHOP 療法を施行した。心臓原発悪性リンパ腫 (PCL) は全リンパ腫の 1-2% とされ、その多くは DLBCL である。可及的速やかに治療開始が必要とされるが、一方 PCL が自然退縮をきたした例はほとんど報告されていない。今回若干の文献的考察を含め報告する。

### 321 全身性エリテマトーデスの経過中に大腿に局限した節外性NK/T細胞リンパ腫を発症した1例

東北大学医学部6年<sup>1)</sup>

東北大学病院血液免疫科<sup>2)</sup>

東北大学病院造血管器病理学共同研究部門<sup>3)</sup>

○池田正俊<sup>1</sup>, 市川 聡<sup>2</sup>, 福原規子<sup>2</sup>, 渡邊正太郎<sup>2</sup>

沖津庸子<sup>2</sup>, 小林匡洋<sup>2</sup>, 大西 康<sup>2</sup>, 石井智徳<sup>2</sup>

一迫 玲<sup>3</sup>, 張替秀郎<sup>2</sup>

症例は60代女性。X-28年全身性エリテマトーデス(SLE)と診断され、X-24年にはループス腎炎を発症し、血漿交換、ステロイド薬、cyclophosphamideやtacrolimus(TAC)などの免疫抑制薬にて加療したが、再燃を繰り返して病勢制御が困難であった。X年2月頃から右大腿部の腫脹が出現し、当初蜂窩織炎と考えられたため抗生剤の投与を行われたが奏効せず、増悪傾向であった。4月中旬に撮影されたCTにて同部位に最大径10cmの軟部腫瘍が疑われ、同部位からの針生検にて節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(ENKL)の最終診断に至った。免疫抑制がENKL発症・増悪の一因となっていると考えTACは中止した。病変は右大腿部に局限していたため、放射線照射(50Gy)と化学療法(2/3DeVIC療法3コース)の同時併用療法を行ったところ、腫瘍は速やかに縮小した。治療終了時のCT所見にて完全奏効を確認し、以後再発を認めず経過している。また経過中、SLEの病勢増悪傾向も認めていない。SLEにおいて悪性リンパ腫の合併率が高いことは知られているが、その大半はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であり、ENKLの合併は非常に稀である。貴重な症例経験と考え、若干の文献的考察を含めて報告する。

### 322 筋痛を主訴として来院した後天性血友病の2例

諏訪中央病院総合診療科<sup>1)</sup>

諏訪中央病院腎臓・糖尿病内科<sup>2)</sup>

○石川直樹<sup>1</sup>, 藤川裕恭<sup>1</sup>, 関 智行<sup>1</sup>, 玉井道裕<sup>1</sup>

荒木 真<sup>2</sup>

【緒言】後天性血友病は、治療の遅れが致死的な経過を招くため、早期診断が求められる。昨年経験した2例を通じて、診断のプロセスを検証した。【症例1】43歳男性。1週間前からの右単徑部痛で当院紹介入院となった。入院時検査でaPTTの延長、腸腰筋の腫脹を認めた。外傷歴があったことから膿瘍と後天性血友病の両面で精査・加療を行ったところ、第8因子活性の低下、第8因子inhibitor力価の上昇が確認され診断にいたった。【症例2】60歳男性。前日からの激しい右臀部下肢痛を主訴に入院となった。打撲の既往があったが、経過・症状からまずは椎間板ヘルニアとして加療を開始した。第3病日、右臀部に皮下出血が出現した。MRIで右殿筋に直径10cmの血腫を認めた。aPTT延長を伴っており、クロスミキシング検査を行ったところ、インヒビターパターンを示した。後日第8因子の活性低下およびinhibitorが確認された。【考察】後天性血友病はaPTT延長と出血徴候から連想される疾患である。筋肉内出血は血友病の出血部位として1~2番目と非常に多いが、消化管や皮膚と比べて重大性が認識されにくいという特徴がある。2例とも外傷の既往に引きずられて血友病の想起が遅れたという点でも教訓的な症例であった。

### 323 新規遺伝子変異によるATTRアミロイドーシスの1例

立川総合病院臨床研修医<sup>1)</sup>

立川総合病院腎臓内科<sup>2)</sup>

立川総合病院循環器内科<sup>3)</sup>

○佐久間杏子<sup>1</sup>, 吉岡友基<sup>2</sup>, 酒巻裕一<sup>2</sup>, 藤田 聡<sup>3</sup>

青柳竜治<sup>2</sup>

【症例】70歳男性【主訴】呼吸苦【現病歴】50代より高血圧、高尿酸血症のため近医通院中で、20XX年より腎機能の低下を指摘されていた。20XX+2年8月より労作時胸部圧迫感を認め、同年10月に増悪した。不整脈、胸部レントゲンで心拡大を認め、心不全精査加療目的に当院紹介受診した。【臨床経過】利尿薬を開始したが反応乏しく、血液透析によりうっ血が改善し、尿量が得られ透析は離脱した。心エコーで心室に著しい壁肥厚を認め、心筋生検でトランスサイレチン(TTR)陽性のアミロイドの沈着を認めた。十二指腸と直腸の生検組織でもTTR陽性であった。TTR遺伝子検査では新規の点変異(V121A)を認め、遺伝性ATTRアミロイドーシスと診断した。高齢で肝移植が適応外であり、TTRアミロイド形成抑制薬治療を検討している。【考察】TTR遺伝子変異によるアミロイドーシスは従来家族性アミロイドポリニューロパチー(FAP)と呼ばれ、V30M型が多くを占める。本例は神経障害がなく、心不全、不整脈、心腎連関による腎不全を認め、FAPとしては非典型的であった。V121A型は新規変異であり、その病原性は明らかではなく、症状の発現様式も不明である。両親・兄弟の家族歴は乏しいが、患者家族に対しても慎重なフォローが必要である。

### 324 下肢痛で発見された筋肉サルコイドーシスの1例

国立病院機構岩国医療センター

○河角敬太, 工藤健一郎, 松本千晶, 森 俊太, 西 達也

田村朋季, 久山彰一

【症例】57歳女性【主訴】下肢痛、筋肉痛

【現病歴】2015年1月より左大腿部前面、外側部や腰部に疼痛が出現した。同年11月に近医受診し精査目的で当院整形外科に紹介された。当初は腰部脊柱管狭窄症と診断され鎮痛剤による内服加療を受けていたが症状の改善はなかった。大腿部外側や腰部に腫瘤を触知したため、大腿部MRIを施行したところ両側大腿部、臀部に多発する腫瘤性病変を認めた。大腿部筋生検を行い、非乾酪壊死性類上皮肉芽腫を認めた。ACE、リゾチーム、sIL-2Rの上昇を認めPET/CTでも同部に著明な集積を認めており、筋肉サルコイドーシスと診断した。全身検索を行ったが、他臓器に病変は認めず腫瘤型筋肉サルコイドーシスとして2017年3月からプレドニゾロン30mg/日を開始した。治療開始後疼痛は徐々に改善し、MRIでも腫瘤は著明に縮小し画像上指摘できない程度となっている。現在がプレドニゾロン10mg/日で維持しており再燃なく経過している。

【考察】サルコイドーシス症例の50-80%に筋組織内に類上皮細胞肉芽腫が検出されるが、症候性の筋肉サルコイドーシスの頻度は0.5-2.3%と稀であると報告されている。また他臓器に病変を認めず筋肉に局限し症状を呈する筋肉サルコイドーシスは稀であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

【結語】他臓器に病変を認めない症候性筋肉サルコイドーシスの1例を経験した。

### 325 急速な臨床経過を呈した HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) の一例

国立病院機構北海道医療センター神経内科

○藤井信太郎, 中野史人, 新野正明, 藤木直人, 南 尚哉  
宮崎雄生, 中村雅一, 網野 格, 菊地誠志

【症例】74 歳男性【主訴】両下肢のしびれ, 脱力

【現病歴】2015 年 6 月, 原因不明の四肢脱力を認めたが自然に改善した。2016 年 6 月より歩行時のふらつき, 両下肢のしびれ・脱力, 便秘を自覚し, 症状は徐々に増悪した。同年 9 月に脊髄 MRI で異常を認め, 当院入院となった。各種検査を行ったが確定診断には至らず, 原因不明の脊髄炎としてステロイドパルス療法が施行され, 同年 12 月退院となった。11 月中旬, 両下肢のしびれ, 脱力が出現したため, 再度当科入院となった。

【臨床経過】11 月下旬に髄液・血液検査を再度施行したところ, 髄液, 血清の HTLV-1 抗体が共に高値であり, 検査・画像所見から他の脊髄炎を来す疾患が否定的であったため, HAM の診断となった。ステロイドパルス療法が 3 日間施行され, 上記症状は改善し, リハビリ継続後 12 月下旬退院となった。

【考察】HAM による歩行障害は十数年かけて進行することが多いが, 本症例のように急速な経過を辿る場合も存在するため, 臨床症状, 画像所見等で HAM を積極的に疑い, 抗体検査を行う必要があると考えられた。

### 326 下垂体炎を伴った肥厚性硬膜炎の一例

福島県立医科大学神経内科学講座

○則川晃希, 黒見祐美子, 村上丈伸, 榎本博之, 宇川義一

【はじめに】肥厚性硬膜炎は, 脳脊髄硬膜の炎症性の肥厚により神経症状を呈する疾患である。硬膜から下垂体へ炎症が波及した報告例は少ない。【症例】潰瘍性大腸炎の既往のある 38 歳男性。約 1 ヶ月前から発熱と頭痛が続き, NSAIDs にて加療した。倦怠感と視野障害を伴うようになり, 救急受診した。診察上, 両耳側上 1/4 盲を認めた。頭部 MRI にて右半球優位の硬膜肥厚と大脳正中偏位, 下垂体腫大, 副鼻腔炎を認めた。髄液検査では蛋白上昇と単核球優位の細胞数増加を確認した。血液検査上, 好酸球上昇と MPO -, PR3-ANCA が陽性であったが, IgG4 は正常であった。下垂体前葉ホルモンは全般的に低下していた。多尿と尿比重低値を認めた。培養検査や真菌抗原検査からは結核, 真菌感染は否定であった。肥厚性硬膜炎に伴う下垂体前葉機能低下症, 中枢性尿崩症, 副鼻腔炎と診断した。メチルプレドニゾロンパルス療法後にプレドニゾロン内服療法を行ったところ, 頭痛や視野障害は速やかに改善し, 画像や髄液所見も改善した。中枢性尿崩症に対して抗利尿ホルモンを補充して改善した。【考察】肥厚性硬膜炎に下垂体炎が合併することは稀であり, その関連性はわかっていない。本例では硬膜からの炎症が, 隣接した下垂体に波及したことによるものと考えた。【結語】下垂体炎による両耳側上 1/4 盲と下垂体機能低下を認めた肥厚性硬膜炎の一例を経験した。

### 327 Vogt-小柳-原田病の診断から 6 年後に神経サルコイドーシスを合併した一例

芳賀赤十字病院神経内科<sup>1)</sup>

芳賀赤十字病院眼科<sup>2)</sup>

○大塚英明<sup>1</sup>, 瀬原吉英<sup>1</sup>, 坂本晋一<sup>2</sup>, 安藤喜仁<sup>1</sup>  
澤田幹雄<sup>1</sup>

【症例】50 歳女性

【主訴】顔面左半分の異常感覚, 左手のしびれ

【既往歴】Vogt-小柳-原田病 (X-6 年)

【家族歴】父: 胃癌

【現病歴・臨床経過】X-6 年, 充血・眼痛・視力低下が出現し, 前医眼科を受診した。漿液性網膜剥離と両視神経乳頭腫脹を呈しており, Vogt-小柳-原田病の診断でステロイド療法が行われた。X 年 Y 月, 顔面左半分と左手の「局所麻酔がかかった時のような」異常感覚で当院を受診した。身体所見では左三叉神経領域および左尺骨神経領域の異常感覚と多発皮下結節を認めた。血液検査では ACE 43.7 U/l, リゾチーム 25.4 μg/ml, 可溶性 IL-2 受容体 4380 U/ml。胸部レントゲンでは両側肺門部リンパ節腫脹を認め, サルコイドーシスを疑った。皮下結節生検を行ったところ多角巨細胞を認め, サルコイドーシスと確定診断した。ステロイドパルス療法に続いてプレドニゾロン 0.8 mg/kg 経口投与を開始し, 現在は外来通院で漸減中である。

【考察】Vogt-小柳-原田病はサルコイドーシスと並びブドウ膜炎の原因疾患として重要であるが, その病態は異なり, 両者を併発することは稀である。発表時には文献的考察を加え報告する。

【結語】Vogt-小柳-原田病の経過中, 発症 6 年後に神経サルコイドーシスを合併した 1 例を経験した。

### 328 手足口病に関連の髄膜脳炎により麻痺症状が出現し脳卒中と混同された 45 歳男性例

昭和大学藤が丘病院研修医<sup>1)</sup>

昭和大学藤が丘病院脳神経内科<sup>2)</sup>

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院脳神経内科<sup>3)</sup>

○石代優美香<sup>1</sup>, 増田祐友子<sup>2</sup>, 高橋聖也<sup>2</sup>, 黒川信二<sup>2</sup>  
笠井英世<sup>2</sup>, 市川博雄<sup>3</sup>, 馬場康彦<sup>2</sup>

【現病歴】突然の左上肢の動かしづらさを主訴に来院。脳卒中を疑い頭部 MRI を施行。拡散強調画像で右中心前回皮質に高信号域を認めた。問診で手足口病の家族との接触, 手・足・口に典型的な発疹, 頭痛・発熱があり, 髄液検査で軽度の細胞数上昇を認め, 手足口病に関連した髄膜脳炎が疑われた。【臨床経過】第 1 病日よりアシクロビル, グリセオールによる加療を開始したが, 第 2 病日に左上肢の麻痺が増悪したため, ウイルスの直接侵襲による一次性脳炎ではなく, 免疫性機序が関与する二次性脳炎の可能性も考え, ステロイドパルス療法の併用を開始したところ第 3 病日から症状は徐々に改善を認めた。第 8 病日には髄液中の細胞数は正常化し, 第 9 病日には頭部 MRI の高信号域も消失し, 後遺症も認めなかった。検査結果では, 髄液と血清中のエンテロウイルス 71 型の有意な上昇を認めた。【考察】本症例はステロイドパルス療法が奏功したこと, 症状と MRI 所見が完全に可逆性であったことが二次性脳炎を示唆する経過ではあるが断定はできず, エンテロウイルス 71 関連性髄膜脳炎とするのが妥当と考えられた。

### 329 t-PA 静注療法施行症例における脳卒中初期診療アルゴリズム導入の効果と退院時予後良好因子の検討

信州大学第五内科<sup>1)</sup>

長野市民病院脳神経外科<sup>2)</sup>

長野市民病院神経内科<sup>3)</sup>

○西川 賢<sup>1</sup>, 草野義和<sup>2</sup>, 山本寛二<sup>3</sup>

【背景】長野市民病院では2015/10に脳卒中診療アルゴリズムを導入した。IV-tPA 施行症例におけるアルゴリズム導入前後での臨床指標の変化について検討した。予後良好に関する因子も合わせて検討した。【方法】2012/8～2017/7にIV-tPAを施行した連続117例をアルゴリズム導入前(55例)と導入後(62例)に分け指標を検討した。また予後良好群(退院時mRS0-2, 30例)と非良好群(退院時mRS3-6, 87例)に分け各種背景との関連を検討した。【結果】アルゴリズム導入後は導入前に比べ有意に来院からt-PA投与までの時間(DNT)が短く(49.5 [IQR 40.5 - 71]分 vs. 64 [IQR 51.5 - 82]分,  $P < 0.01$ ), 退院時mRSが低下した(4 [IQR 2 - 5] vs. 4 [IQR 3 - 5],  $p=0.02$ )。予後良好群は非良好群と比べ、有意に若年で(73 [IQR 67 - 81]歳 vs. 82 [IQR 74 - 86]歳,  $P < 0.01$ ), 男性(女性率  $10.3 \pm 30.4\%$  vs.  $46.6 \pm 49.9\%$ ,  $P < 0.01$ ), 来院時NIHSSが低く(11 [IQR 7-15] vs. 18 [IQR 13.5-24.5],  $P < 0.01$ ), 血清総蛋白値(TP)が低かった(6.6 [IQR 6.5 - 6.9] g/dl vs. 7.1 [IQR 6.8 - 7.4] g/dl,  $P < 0.01$ )。多変量解析では、年齢、性別、来院時NIHSS、TPが独立予後良好因子であった。【結論】アルゴリズム導入によりDNTが短縮し退院時予後が改善した。年齢、性別、来院時NIHSS、TPはIV-tPAの実施の参考になり得る。

### 330 急性冠症候群を疑われ、頭痛を伴わなかったため診断に難渋したくも膜下出血の一例

和歌山県立医科大学附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

新宮市立医療センター循環器内科<sup>2)</sup>

新宮市立医療センター脳神経外科<sup>3)</sup>

○瀧上淳也<sup>1</sup>, 寺田幸誠<sup>2</sup>, 森 和也<sup>2</sup>, 山本康徳<sup>2</sup>

西口 毅<sup>2</sup>, 友瀧匡紀<sup>3</sup>, 石原隆史<sup>3</sup>, 中井三量<sup>3</sup>

谷本貴志<sup>2</sup>

【症例】67歳女性【主訴】両肩痛、気分不良【内服薬】シロニジピン5mg 2T/日【現病歴】高血圧症にて近医通院中の旅行者。急斜面の参道を登っている際、両肩痛、気分不良を訴えたため周囲の参拝者により救急要請された。救急隊接触時、血圧171/100mmHgで左右差なし、脈拍数52回/分、末梢冷感あり、モニター心電図でST低下あり。急性冠症候群(ACS)疑いにて当院へ救急搬送された。【臨床経過】ER到着時、意識清明、血圧189/107mmHg、脈拍数54/分、体温33.1℃。心電図、心エコーで有意所見なし。血液検査ではトロポニンIは陰性、CK-MBの上昇を認めなかった。経過観察として帰宅の準備をしていた際に嘔吐した。ER到着2時間後、頭痛を訴えたため頭部CT施行すると、くも膜下出血を認め、緊急開頭ネッククリッピング術を施行され、救命された。【考察】両肩痛、徐脈、ST変化あり、との情報からACSを念頭に診療にあたり、ACSは否定できたものの、頭痛を有さない症例であり、くも膜下出血の診断まで時間を要した。徐脈、血圧高値、嘔吐を呈する患者では頭蓋内圧亢進症を鑑別にあげる重要性を痛感した。

### 331 三叉神経第2、3枝領域の帯状疱疹に付随した髄膜炎が疑われた一例

新東京病院消化器内科

○幡手亜梨子, 村上大輔, 清水貴徳, 氏原哲郎, 早坂健司  
原田英明

【症例】91歳、女性。施設入所中。【既往歴】C型肝炎、認知症【現病歴】1週間前より左顔面に有痛性の皮疹が出現し、4日前に往診で帯状疱疹の診断となり、パラシクロビル内服が開始となったが、翌日より徐々に意識レベルの低下があり、救急搬送された。【経過】来院時BT 36℃、意識レベルはGCS E3V1M1で、従命は入らず身体所見は評価困難であった。血液検査で炎症反応の上昇を認めたため、アンピシリン・スルバクタムを点滴の上、経過観察入院となった。また、顔面の水泡疹に治癒傾向を認めず、アシクロビル点滴を開始した。入院翌日も意識レベル低下の遷延が認められたため髄膜炎を疑い腰椎穿刺を施行した。髄液中の細胞数(多核球57%, 単核球42.3%)と蛋白の増加を認め、帯状疱疹に続発した髄膜炎が疑われたため、アシクロビルを増量した。また、多核球増加の所見より、抗菌薬は継続とした。意識レベルは徐々に改善し、2週間後の髄液検査では細胞数と蛋白の顕著な減少を認めた。その後、経口摂取可能となり意識レベルも安定していたため、アシクロビルおよび抗菌薬は3週間で投与終了とし退院となった。脳脊髄液中のVZV IgG抗体価(EIA)は初回が10.38と高値を認め、フォロー時には $\geq 12.80$ とさらに上昇を認めた。【考察】先行する水疱疹に意識障害を認めた場合は、速やかに本疾患を疑う必要がある。

### 332 脳梗塞関連訴訟判例の争点別傾向から見た診療上の注意点

浜松医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>

浜松医科大学法学教室<sup>2)</sup>

○徳山喜心<sup>1</sup>, 杉本祥拓<sup>1</sup>, 湯山健太<sup>1</sup>, 大磯義一郎<sup>2</sup>

【目的】脳梗塞に関する判例の争点別傾向を明らかにし、脳梗塞の患者を診療する上での注意すべき点を検討する。【方法】1999年1月1日から2017年12月1日までの脳梗塞に関する判決文を民間判例データベース等から抽出し、脳梗塞関連訴訟の争点の傾向について検討した。【結果】抽出された神経内科疾患に関する訴訟は55件だった。そのうち脳梗塞が最多で20件、脳炎・髄膜炎13件、てんかん7件と続いた。脳梗塞関連訴訟における病院側勝訴率は55%だった。脳梗塞関連訴訟における主な争点及び病院側勝訴率は、血栓溶解療法の適用6件50%、診断の遅れ6件67%、転倒転落5件20%だった。【考察】2005年にrt-PA静注療法適正治療指針が発表されたが、2005年以前に血栓溶解療法が争点となった訴訟は5件で、そのうち病院側敗訴が3件あった。しかし、2005年以降は血栓溶解療法が争点となった訴訟は1件しかなく、その訴訟でも上記指針に沿った治療を行った病院側が勝訴となった。また、診断の遅れが争点となった2件の訴訟は、頭部外傷による意識障害の患者に対して、CT検査を行わなかった、又はearlyCTsignを見落としたことに過失が認められた。脳梗塞の急性期は、指針に沿った血栓溶解療法の適応、CT検査の実施に、慢性期は、転倒転落に注意が必要であると考えられた。

### 333 頭蓋咽頭腫由来の脳表ヘモジリン沈着症の1例

信州大学医学部医学科5年<sup>1)</sup>

信州大学医学部脳神経外科<sup>2)</sup>

○高見 健<sup>1</sup>, 神谷圭祐<sup>2</sup>, Alhusain Nagm<sup>2</sup>, 長谷川貴俊<sup>2</sup>

萩原利浩<sup>2</sup>, 本郷一博<sup>2</sup>

【はじめに】指定難病の対象疾患でもある脳表ヘモジリン沈着症の原因は未だ解明されていない。今回我々は頭蓋咽頭腫に併存した脳表ヘモジリン沈着症の稀な1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】50歳男性。半年の経過で増悪する難聴を主訴に近医受診。突発性難聴と診断された。その際、頭部MRIで鞍上部腫瘍を指摘されたが、症状とは無関係と判断し、経過観察となった。その3か月後、ふらつき・視野障害が出現し、頭部MRIで鞍上部腫瘍の増大の他、脳表広範囲にヘモジリン沈着を疑う所見を認めた。当科に紹介され、内視鏡下経鼻手術にて腫瘍を摘出した。術後、視機能障害は改善したが、難聴・ふらつきは残存した。病理診断は扁平上皮乳頭型頭蓋咽頭腫だった。【考察】術中に腫瘍被膜外への出血の所見を認め、髄液はキサントクロミーであり、本症例は頭蓋咽頭腫からの出血に由来した脳表ヘモジリン沈着症と診断した。脳表ヘモジリン沈着症は、鉄が脳表・脳実質に沈着し、神経障害をきたす難治性の中樞神経系疾患で、難聴や小脳失調が緩徐に進行することが知られている。特異的な治療法はないが、本症例では原因疾患の頭蓋咽頭腫の治療を行うことで再出血は予防できると思われる。一方で、症状は進行性で両耳聾となった症例も報告されており、今後も慎重な経過観察が必要である。

### 334 当院で経験した Wernicke 脳症 11 例の臨床的検討

上尾中央総合病院<sup>1)</sup>

上尾中央総合病院消化器内科<sup>2)</sup>

○半田理恵<sup>1</sup>, 笹本貴広<sup>2</sup>

【緒言】Wernicke 脳症（以下 WE）はチアミン欠乏による中樞神経障害である。原因はアルコール多飲や胃切除後、医原性など多岐にわたり、治療反応性や予後も様々である。当地域での WE 症例の臨床的特徴を明らかにするために、症状、発症の背景、治療、予後などについて検討した。【方法と対象】2012年7月～2017年10月に当院で入院加療を行った WE を、診療録をもとに retrospective に検討した。【結果】11症例が対象となった。男女比7:4、平均年齢59.1歳（34～77歳）。背景（重複あり）は常習飲酒者9例、低栄養9例、医原性（入院中発症）3例。3徴とされる意識障害、眼球運動障害、運動失調は各々11例（100%）、7例（64%）、8例（73%）。11例中5例（45%）で3徴候すべて、10例（91%）で2徴候以上が認められていた。本症例の特徴である頭部MRIでの中脳水道周囲・脳室周囲のT2高輝度は11例中5例（45%）で認められた。全例チアミンの投与が行われ、9例は当院退院が可能だったが、全症例で何らかの後遺症が認められた。死亡例が2例だった。【考察】WEは適切な治療介入でも約75%に後遺症が残るとされ、早期発見と早期治療が重要である。今回の検討でも全例で死亡、または後遺症を認めていた。予防可能な症例であるにも関わらず、今回の検討で11例中3例が入院治療中に発症していた。今後、高齢者医療や在宅医療においては本症予防のため最大の注意を払う必要がある。

### 335 麻痺や感覚障害を伴わない、急性経過の健忘症・発語減少・無為・嗜眠を呈した左内包膝部ラクナ梗塞の1例

諏訪中央病院総合診療科<sup>1)</sup>

同腎臓・糖尿病内科<sup>2)</sup>

同神経内科<sup>3)</sup>

○埴 孝哉<sup>1</sup>, 藤川裕恭<sup>1</sup>, 小澤廣記<sup>1</sup>, 小平のり子<sup>1</sup>

荒木 真<sup>2</sup>, 渡辺慶介<sup>3</sup>

【緒言】健忘症・発語減少・無為・嗜眠は高齢者に好発する症状であるため、重要視されないことが多い。我々は麻痺や感覚障害を伴わずに上記症状を呈した、ラクナ梗塞の一例を経験したので報告する。

【症例】81歳男性。右利き。糖尿病と高血圧症の治療を自己中断していた。来院3日前、妻の外出中に健忘症が急に増悪し、発語減少・無為・嗜眠を呈した。返答や日常生活動作は可能だったが、症状の改善がないため当院総合診療科外来を受診し、入院となった。頭部CT・MRIにより、左内包膝部から淡蒼球にかけての亜急性期ラクナ梗塞と診断した。薬物治療とリハビリテーションを行い、再発なく自宅退院となった。

【考察】内包膝部周辺は、視床-前頭葉のネットワークと視床-側頭葉のネットワークが近接する部位である。そのため、同部位の梗塞では、麻痺や感覚障害を伴わずに多彩な症状を呈し得ることが少数報告されており、本例はその典型であった。診断により症状の進行と再発のリスクを減らしうることから、アルツハイマー型認知症の進行や代謝性脳症などを想起するような症状であっても、血管リスクが高い場合は、脳血管障害も鑑別にいれるべきである。

### 336 低ガンマグロブリン血症合併胸腺腫から進行性多巣性白質脳症を発症した49歳女性例

昭和大学横浜市北部病院

○大澤 基, 郡司寛之, 下里誠司, 浅野未希, 内山正信

石垣征一郎, 山本真寛, 伊藤英利, 緒方浩顕, 成島道昭, 坂下暁子

【症例】49歳女性 【主訴】見当識障害

【現病歴】低ガンマグロブリン血症合併 stage4A 胸腺腫で当院呼吸器センターに通院。カリニ肺炎の既往があり、ST合剤とPSL 5mg/dayを服用していた。2017年11月中旬から夕食を作らない、洗濯物をたたまないなど、行動の変化が出現した。11月下旬には、茨城県で車を運転しているところを警察に保護された。自宅に帰宅後、他院を受診。頭部MRIで両側大脳半球の広範囲に異常信号域を認め、精査・加療目的で当院に転院した。

【臨床経過】見当識障害、Gerstmann 症候群があり、言語の保続が著明であった。頭部MRIは両側大脳皮質下白質にFLAIR画像で高信号域を認め、造影効果は伴わなかった。HIV抗体陰性、HSV-PCR陰性、髄液一般検査は正常だが、髄液中JCV-PCRは陽性。頭部MRI所見は、白質病変が進行性に変化し、進行性多巣性白質脳症（PML）と診断した。その後、徐々に意識レベルも低下し、誤嚥性肺炎を併発。肺炎は抗生剤治療で軽快・増悪を繰り返し、第62病日に心肺停止し死亡した。

【考察】免疫不全患者において、JCV感染者はPMLを発症する可能性があり、注意が必要である。

【結語】低ガンマグロブリン血症合併胸腺腫からPMLを発症した一例を経験した。

**337** 当院におけるメトロナダゾール誘発性脳症 (MIE) 3 例の症例報告と月間薬剤使用状況との関連性の検討  
SUBARU 健康保険組合太田記念病院神経内科<sup>1)</sup>  
SUBARU 健康保険組合太田記念病院薬剤部<sup>2)</sup>  
○田村崇行<sup>1</sup>, 中屋亮彦<sup>1</sup>, 蛭谷征弘<sup>1</sup>, 門前達哉<sup>1</sup>  
山藤 満<sup>2</sup>

【緒言・目的】メトロナダゾール (MNZ) の副作用に脳神経系への障害があり近年報告が増えている。発症のリスクとして各患者への高用量の MNZ 使用が指摘されており、今回は院内全体での MNZ 総使用量と発症の関連性を検討した。【方法】2015 年 1 月から 2017 年 11 月の当院の月間 MNZ 使用量の推移をまとめ、MIE 発症との関係を調査した。発症を認めた場合、月毎の MNZ 投与量に応じて人数を計算した。【結果】対象の 3 症例はそれぞれ転倒・応答不良、感覚障害、転倒・食欲不振で発症した。MRI では順に、脳梁膨大部、橋、小脳から脳幹脳室周囲にかけての異常信号を認めた。症状発症までの投与期間平均値は 42.3 日 (中央値 34.0 日)、発症までの個人投与量平均値は 64.8g (中央値 51.0g) であった。発症率は 2016 年 10 月、2016 年 9 月の順に多く、それぞれ 0.090, 0.035 であり、院内月間総使用量は 239.00g, 309.00g であった。月毎の発症率と院内月間総使用量との相関係数は 0.35 で両者に相関があることが示唆された (Spearman,  $P < 0.05$ )。【考察】MIE の発症は MNZ の大量投与により生じると言われている。各患者の使用量に留意するだけでなく院内総使用量にも留意することで、発症を予測し、注意喚起・発症時の早期対応に繋げられることが示唆された。

**338** 嚥下障害を主訴とし、四肢の障害を認めなかった重症筋無力症の一例  
平塚市民病院神経内科  
○鈴木将平, 小出隆司

【症例】64 歳男性【主訴】構音障害、眼瞼下垂【現病歴】来院 6 日前に構音障害と嚥下障害を自覚、その後右眼瞼優位の眼瞼下垂が見られたため入院となった。小指外転筋での反復刺激試験は陰性であったがテンシロンテストにて眼瞼下垂改善し、重症筋無力症の診断でアンベノニウム 15mg を開始した。開始後より眼瞼下垂と嚥下障害に改善を認めたが、嚥下造影では食物貯留が見られた。抗 Ach 受容体抗体陽性であることがわかり、一時退院後に再入院しタクロリムス 3mg を開始、アンベノニウムを 5mg まで漸減した。入院中症状の増悪はみられず 10 日間で退院したが、退院翌日より眼瞼下垂と嚥下障害が出現した。アンベノニウムを 15mg に増量し嚥下障害は改善したが眼瞼下垂は改善せず、退院 4 日後に再度入院となった。入院 2 日目よりプレドニゾロンを開始、入院 4 日目にプレドニゾロン 500mg でステロイドパルスを行った。パルス後は経過良好で、外来フォローの方針となった。退院半年後よりアンベノニウム中止するも症状再燃見られず、現在はステロイドを漸減している。【考察】本症例ではタクロリムスのみでは寛解が得られず、ステロイドを併用し良好な経過を辿っている。四肢の筋力低下が軽くとも球症状が強い症例では早期からのステロイド使用が望ましいと考えられた。

**339** 当初慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP) との鑑別を要し、重急性に経過した若年 POEMS 症候群の一例

奈良県立医科大学神経内科<sup>1)</sup>  
奈良県立医科大学呼吸器・アレルギー・血液内科<sup>2)</sup>  
南奈良総合医療センター神経内科<sup>3)</sup>  
○塩田 智<sup>1</sup>, 江浦信之<sup>1</sup>, 小原啓弥<sup>3</sup>, 久保政之<sup>2</sup>  
天野逸人<sup>2</sup>, 杉江和馬<sup>1</sup>

【症例】37 歳女性【主訴】四肢筋力低下、しびれ【現病歴】5ヶ月前に両手指のしびれと巧緻運動障害、3ヶ月前に両下肢筋力低下が出現した。神経伝導検査で CIDP の診断基準を満たし、当初は M 蛋白陰性、血清 VEGF 正常、臓器腫大や内分泌異常なく、ステロイドパルス療法と免疫グロブリン大量療法 (IVIg) を複数回行ったが改善しなかった。1ヶ月前に歩行困難、両側鷲手様変形を呈した。入院時には四肢遠位優位に異常感覚と筋力低下があり四肢深部腱反射は消失、Romberg 徴候陽性であった。入院後、多発神経炎に加え IgA- $\lambda$  型 M 蛋白血症、血清 VEGF 高値、耐糖能異常と血小板増多があり、脊髄 MRI で脊髄神経根の腫大を呈した。神経生検では神経周膜直下の浮腫と脱髄所見を認め、POEMS 症候群と診断した。ボルテゾミブ+デキサメタゾン療法を開始後は四肢筋力低下と感覚障害の増悪なく経過した。【考察】POEMS 症候群は予後不良な希少疾患である。本症例は多発神経炎の発症 4 か月までは POEMS 症候群を示唆する他臓器症状を認めず、CIDP との鑑別に苦慮した。治療抵抗性の脱髄性多発神経炎では POEMS 症候群の可能性を考え、他臓器症状の検索や血清 VEGF の継続的な測定が診断に重要である。

**340** 頸髄に ring enhance される病変を認めた視神経脊髄炎の一例

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター<sup>1)</sup>  
名古屋大学医学部附属病院神経内科<sup>2)</sup>  
○福島大喜<sup>1</sup>, 岸本祥之<sup>2</sup>, 井口洋平<sup>2</sup>, 川頭祐一<sup>2</sup>  
勝野雅史<sup>2</sup>

【症例】52 歳女性  
【主訴】両上肢脱力・異常感覚  
【現病歴】2017 年 9 月より 1ヶ月間持続する難治性吃逆があり、9 月下旬より右上肢の異常感覚を自覚した。12 月初旬から両上肢の脱力と左上肢の異常感覚、膀胱直腸障害を自覚し、近医で施行した頸髄 MRI で C3-C5 髄内に異常信号が認められ、精査加療目的に神経内科へ紹介となった。【臨床経過】脊髄造影 MRI では頸髄に ring enhance される病変を認め、脊髄腫瘍や膿瘍、結核、脱髄疾患等が鑑別にあがった。頭部 MRI では異常所見を認めず、全身 CT でも腫瘍や感染症は認めなかった。髄液検査では軽度の細胞数上昇と蛋白上昇を認め、細胞診は陰性であった。臨床経過と各種検査から脱髄疾患の可能性を第一に考え、ステロイド点滴で症状の改善がみられた。治療中に抗 AQP4 抗体陽性が判明し、視神経脊髄炎と診断した。【考察】多発性硬化症や視神経脊髄炎による脊髄病変では ring 状の造影効果を認めることがあり、腫瘍や感染との鑑別が必要であると考えられた。【結語】頸髄に ring enhance される髄内高信号を認めた視神経脊髄炎の一例を経験した。

### 341 クリーゼで来院し診断に苦慮した重症筋無力症の1例 洛和会音羽病院総合内科

○吉田常恭, 神谷 亨

【症例】2か月前にうつ病と診断された25歳男性。【現病歴】3週間前に水様下痢があり、2週間前から日内変動のない複視、構音障害を自覚したが、複数の医療機関で心因性が疑われた。1日前より急速に嚥下障害、四肢脱力、呼吸困難感が出現したため入院した。入院時、軽度意識障害と浅呼吸、低酸素血症を認めたが、アスパック試験は陰性だった。神経診察では腱反射に異常はなく、両側眼球運動障害、嚥下障害、構音障害、四肢近位筋の筋力低下があった。髄液検査、頭部MRIは正常だったが、神経伝導検査で末梢神経障害を認めた。動脈ガスで急性呼吸性アシドーシスがあり、挿管し、血漿交換を行った所、症状は改善した。後に抗アセチルコリン受容体抗体が陽性、入院12日目に行った反復刺激試験でWaningを認め、重症筋無力症クリーゼと診断した。【考察】クリーゼで発症する重症筋無力症の認知度は低い。致死的であり、急速進行する神経筋疾患と鑑別を要するが、今回、複視などの先行症状に日内変動がなく、アスパック試験陰性で、下痢の病歴や神経伝導検査の結果からギランバレー症候群類縁疾患を先に疑った。直ちに反復刺激試験を行えなかったが治療開始後も陽性となったため、急性期に鑑別や検査が困難な場合でも検体採取後に治療を先行すべきと考える。幸い鑑別を要する疾患の治療は血漿交換や免疫グロブリンと共通している。

### 342 異常感覚で発症し、筋緊張亢進および軽度意識障害を認めた抗GQ1b抗体陽性の1例

聖路加国際病院神経内科<sup>1)</sup>

聖路加国際病院一般内科<sup>2)</sup>

○杉本裕史<sup>1)</sup>, 松田和樹<sup>1)</sup>, 近藤円香<sup>1)</sup>, 小林大輝<sup>2)</sup>  
宇那木晶彦<sup>1)</sup>, 有岡宏子<sup>2)</sup>, 木村哲也<sup>1)</sup>

【症例】53歳男性【主訴】下肢のしびれ感【現病歴】入院1週間前に上気道炎症状あり。入院2日前、下肢のしびれ感が出現し、徐々に増悪。歩行困難となり、精査加療目的に入院。【臨床経過】神経学的所見はJCS 1、右顔面麻痺と構音障害あり。四肢で右優位の筋力低下を認め、四肢深部腱反射は正常～亢進で、病的反射なし。体幹優位の運動失調と四肢末梢優位の異常感覚あり。頭部MRI、髄液検査、神経伝導検査、脳波は異常なし。入院後、症状は徐々に悪化し、右上肢は筋緊張亢進のため肘関節で屈曲位となり、嚥下障害と舌根沈下も出現。Bickerstaff型脳幹脳炎(BBE)を考え入院4日目に免疫グロブリン大量静注療法を開始し、症状は徐々に改善。その後、血清抗GQ1b IgG抗体陽性が判明。ほぼ後遺症なく入院41日目に退院。【考察】GQ1bは外眼筋支配神経のミエリンに局在し、BBEでは外眼筋麻痺が中核症状の1つだが、本症例では不明瞭であった。四肢の異常感覚からは末梢神経障害が、軽度の意識障害や右上肢の筋緊張亢進や四肢深部腱反射の亢進からは中枢神経障害が疑われたが、各種検査では対応する異常を指摘できず。非典型的であるが、抗GQ1b抗体が高力価陽性で、治療反応性からも免疫介在性の病態が想定された。【結語】外眼筋麻痺を認めず、末梢神経障害と中枢神経障害が診察で疑われた抗GQ1b抗体陽性の1例を経験した。

### 343 重度知的障害があり不穏を契機にててんかん重積を来した1例

京都府立医科大学附属北部医療センター<sup>1)</sup>

神経内科<sup>2)</sup>

精神科<sup>3)</sup>

腎臓内科<sup>4)</sup>

総合診療内科<sup>5)</sup>

○渡邊亜矢<sup>1)</sup>, 石井亮太郎<sup>2)</sup>, 大矢 希<sup>3)</sup>, 石田 良<sup>4)</sup>  
石野秀岳<sup>5)</sup>, 丹羽文俊<sup>2)</sup>, 中川正法<sup>1)</sup>

【症例】46歳男性【主訴】不穏状態

【現病歴】幼少期より重度知的障害で施設入所中であった。入院日より、ベッド上を歩き回るようになり、施設職員が救急要請を行った。救急室にて不穏状態となり、精査加療目的に入院となった。

【経過】入院直後より全身性の痙攣発作を認めたため、てんかん重積と診断し、ジアゼパム・ミダゾラム・プロポフォール・フェノバルビタール・ホスフェニトインにて治療を開始した。頭部MRI・採血・髄液検査で異常を認めなかった。第3病日より、CPK 51409 IU/Lと急激な上昇と急性腎不全(BUN 42.0mg/dL, Cr 6.3mg/dL)が出現した。人工呼吸管理および持続血液濾過療法を導入した。第11病日抜管・持続血液濾過療法の離脱を行った。第13病日フェニトインの内服のみで独歩退院となった。

【考察・結語】知的障害者の不穏行動がてんかん重積の初発症状であり診断に難渋した。積極的な全身管理により急性腎不全・てんかん重積による中枢神経後遺症を残すことなく治療し得た。知的障害者では症候性てんかんのリスクが高く、けいれん重積は治療の遅れが予後に影響することから注意が必要と考えられた。

### 344 精神症状と痙攣で急性に発症し、入院直後から抗NMDA受容体抗体脳炎を考慮した免疫治療を開始し症状の寛解を得た22歳女性例

NTT東日本関東病院

○原 愛徒, 山崎允喬, 出嶋 皓, 北村明日香, 山口奈々香  
松田俊一, 吉澤利弘

【症例】22歳、女性【主訴】痙攣、易興奮性【現病歴】X年4月上旬、感冒様症状。4月16日に右顔面から広がる全身性痙攣あり、他院で頭部MRIが施行されたが異常を認めず。17日に他院脳外科受診。精神運動興奮とともに痙攣をきたし抗痙攣薬が開始されたが、その後も不穏や暴力行為が続き、21日に当院受診。【臨床経過】病歴から若年女性で感冒様症状の先行の後、精神症状と痙攣発作をきたし、入院時の診察にて口周囲の不随意運動と不規則な呼吸を認めたため抗NMDA受容体抗体脳炎を考慮し髄液検査と骨盤CTを施行。リンパ球優位の細胞数増加と右卵巣奇形腫を示唆する所見あり。入院日より抗ウイルス薬に加えステロイドパルス療法を行った。第11病日に抗NMDA受容体抗体陽性が判明し診断確定。右卵巣腫瘍摘出と免疫グロブリン大量療法を施行。徐々に症状は改善。第98病日に独歩退院となった。【考察】若年女性の脳炎をみた際は抗NMDA受容体抗体脳炎の存在を考え、早期に奇形腫の存在を検討する事が、早期診断と治療開始に重要と考え報告した。

### 345 心肺停止後低体温療法にて救命しえたミトコンドリア病の一例

松下記念病院総合診療科<sup>1)</sup>

松下記念病院外科<sup>2)</sup>

○宮本朋美<sup>1)</sup>, 岡田博史<sup>1)</sup>, 吉村 尚<sup>1)</sup>, 川俣博史<sup>1)</sup>

篠本真紀子<sup>1)</sup>, 三好友樹<sup>1)</sup>, 川崎達也<sup>1)</sup>, 小山田裕一<sup>1)</sup>

山根哲郎<sup>2)</sup>

【症例】48歳男性【現病歴】2型糖尿病, 高血圧症, 両側感音性難聴, 両側白内障の既往のある男性. 20XX年X月X日昼食時, 眼球上転し転倒. 救急隊到着時, 心肺停止状態であったため心肺蘇生を行い, 当院に搬送された. 【臨床経過】来院時GCS E1V1M1 3点. 動脈血液ガス分析でpH7.42, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 15.9mM/L, 乳酸値140mg/dlと代謝性アシドーシスを認めた以外に生化学検査では明らかな異常を認めなかった. 尿中薬物反応は陰性であり, CTや心電図で明らかな異常所見を認めなかった. 来院直後より脳保護目的に42時間の低体温療法を施行した. 経過中肺炎を併発したが, 復温後, 意識状態・血行動態は改善傾向となり第9病日に抜管した. その後リハビリテーション導入し, 後遺症なく第46病日に退院した. 【考察】本症例は若年発症の2型糖尿病, 両側感音性難聴, 両側白内障の既往があり, 病状回復後, 入院中の検査にて, 血液・髄液中の乳酸・ビルビン酸の上昇を認めたことから, ミトコンドリア病の可能性が高い. (遺伝子検査中) ミトコンドリア病の死因としては心筋症による心不全が多いが, 不整脈による突然死の報告が散見される. 低体温療法にて後遺症なく救命しえたミトコンドリア病の一例を経験した. 死因を中心に考察・報告する.

### 346 亜急性の精神症状で発症し, 脳炎, 脳症との鑑別に苦慮した血管内大細胞型B細胞リンパ腫の一例

大阪市立大学医学部附属病院神経内科<sup>1)</sup>

大阪市立大学医学部附属病院血液内科<sup>2)</sup>

大阪市立大学医学部附属病院総合診療センター<sup>3)</sup>

○諸岡千暁<sup>1)</sup>, 長谷川樹<sup>1)</sup>, 安部貴人<sup>1)</sup>, 田垣内優美<sup>2)</sup>

首藤太一<sup>3)</sup>, 中前博久<sup>2)</sup>, 伊藤義彰<sup>1)</sup>

症例は81歳男性. X年10月より意思疎通困難, 異常行動が出現した. その後発熱, 反応性低下を認め近医に入院した. ウイルス性脳炎が疑われ抗ウイルス薬にて一時症状は安定したが, 再び認知機能低下が進行し, 12月に当院へ転院した. 来院時は意識レベルJCS I-3, 会話は支離滅裂で自分の名前を言えず, 幻視, 幻聴を訴えた. 一般身体所見では皮疹やリンパ節腫脹を認めず, 神経学的に四肢で腱反射の亢進を認めた. 血液検査では可溶性IL-2受容体2150U/ml, 抗TPO抗体843IU/mlと上昇を認め, F-T4は軽度低下していた. 髄液検査では蛋白上昇を認めた. 頭部MRIでは非特異的な虚血性病変以外には異常を認めなかった. ランダム皮膚生検で真皮浅層の血管内に異型細胞を認め, 血管内大細胞型B細胞リンパ腫と診断した. ステロイドパルス療法実施後にR-CHOP療法を施行したところ, 精神症状, 認知機能の改善を認めた. 本症では認知症, 運動麻痺, 痙攣などの多彩な神経症状を呈した. 本症例は高齢で亜急性に発症する言動異常にて発症し, 頭部MRIでは特異的所見を認めず, 認知症, 脳炎, 橋本脳症を含めた脳症等との鑑別に苦慮し, 生検にて確定診断に至った.

### 347 地誌見当識障害を呈した右辺縁系脳炎による側頭葉てんかんの一例

滋賀医科大学神経内科

○宮脇光二, 北村彰浩, 端真季子, 塚本剛士, 和田英貴

小川暢弘, 山川 勇, 金 一暁, 川合寛道, 漆谷 真

【症例】69歳男性. 約1年前より予定や約束を忘れるようになり, 運転中に通い慣れた道順を思い出せなくなった. 長谷川式認知機能スケールは15~20/30点と変動し, 地誌見当識障害は街並みの識別や同定は可能だが道順がわからず, 道順障害と考えられた. 語想起や遅延再生の障害からアルツハイマー病が疑われたが, 見当識や病識が保たれ, 取り繕いや構成失行がないことは非典型的であった. MRIのFLAIR画像では右扁桃体が高信号を呈して腫大し, 脳波検査で右側頭部にてんかん性放電を頻回に認めた. 脳血流シンチでは同部位の血流低下が示唆され, 血液・髄液検査では明らかな異常なく, 各種自己抗体は陰性であった. 抗てんかん薬投与のみでは改善乏しく, ステロイドパルス療法の併用で, てんかん波は消失し, 地誌見当識や記憶力障害の改善も認めた. 【考察】認知機能障害と道順障害を主訴とする免疫介在性右辺縁系脳炎による右側頭葉てんかんの一例を経験した. 二次性認知症の鑑別と地誌見当識障害(街並失認と道順障害)について文献的考察を加えて報告する.

### 348 診断に難渋した特発性頭蓋内圧亢進症の一例

水戸協同病院総合診療科<sup>1)</sup>

筑波大学付属病院<sup>2)</sup>

順天堂大学医学部付属浦安病院救急診療科<sup>3)</sup>

○高井千尋<sup>1)</sup>, 畑 拓磨<sup>2)</sup>, 伊藤 慶<sup>1)</sup>, 鈴木智晴<sup>3)</sup>

長崎一哉<sup>1)</sup>, 小林裕幸<sup>1)</sup>

【はじめに】特発性頭蓋内圧亢進症(IIH)は頭痛の鑑別疾患の中でも稀な疾患とされている. 頻回の救急外来受診の末に診断されたIIHの症例を経験したため報告する.

【症例】頭痛を主訴に来院した肥満体型の43歳女性. 排便時のいきみをきっかけに頭痛が出現し, 以降頭痛は排便時, 臥位時に出現するようになった. 当院救急外来を受診し神経所見や頭部CT検査で異常所見が見られず帰宅となったが, その後も改善せず数度の受診を繰り返した. 5度目の医療機関受診で精査目的に入院となり, 病歴からIIHが疑われた. 臥位時の頭痛で診察も困難のため鎮痛薬投与の上で施行した髄液穿刺で初圧23cm水柱圧だが, 眼底所見でうっ血乳頭も認めたこと, 髄液ドレナージで症状改善したことからIIHと診断した. 炭酸脱水素阻害薬で症状緩和が得られ, 退院となった.

【考察】特発性頭蓋内圧亢進症は10万人に1-2人と報告数が少なく, 頭痛の鑑別としてとして挙がりにくい疾患である. 妊娠可能年齢の肥満女性に多いとされ, 排便時や臥位時に出現・増悪した頭痛など典型的な症状である. 救急外来では診断がつかず受診を繰り返したが, 病歴から特徴的な所見に気づき稀な診断にたどり着いた.

【結語】診断に難渋したIIHの一例を経験した.

### 349 パーキンソニズムを伴う若年性アルツハイマー型認知症の一例

名古屋大学医学部附属病院老年内科<sup>1)</sup>

名古屋通信病院内科<sup>2)</sup>

○渡邊一久<sup>1</sup>, 柳川まどか<sup>1</sup>, 金 聖泰<sup>2</sup>, 葛谷雅文<sup>1</sup>

49歳女性, 高校教師。主訴: 物忘れ。現病歴: 受診一年前より物忘れを同僚より指摘されるようになった。生徒の名前が覚えられない, 授業が進行できないなど仕事に支障が出るようになった。母や同僚からの指摘を受けて当科受診となり, 精査入院。入院後経過: 左上肢優位のパーキンソニズムをみとめた。採血では甲状腺機能異常, ビタミン欠乏などはみとめなかった。Mini-Mental State Examinatonでは19/30点(時見当識-3, 場見当識-1, 計算-3, 遅延再生-3, 図形模写-1)であった。MRIでは年齢に比して頭頂葉の萎縮が著明であった。脳血流シンチでは両側後部帯状回, 楔前部位で低下を認めた。若年性アルツハイマー型認知症の可能性が高いと告知し, 追加検査として髄液検査を行ったところ ApoE4 E4/E4であった。本症例は左右差のあるパーキンソニズムを伴うが, 若年発症という点からパーキンソン病の合併や, パーキンソニズムを伴う他の神経疾患との鑑別に慎重さを要した一例であった。

### 350 首下がり症候群に対するドパミントランスポーターシンチグラフィ検査の有用性の検討

虎の門病院神経内科

○鈴木優矢, 神崎真実, 内藤龍彦, 上坂義和

【背景】首下がり症候群 (dropped head syndrome) は, 頭部の下垂を呈する疾患の総称である。多系統萎縮症やパーキンソン病などによるパーキンソニズムとしての頸部屈筋群の筋緊張亢進, またはミオパチー, 筋萎縮性側索硬化症, 重症筋無力症などの神経筋疾患を背景とした頸部伸筋群の筋力低下によって生じることが報告されている。しかしながら発症早期には病因の特定が困難な症例も多い。【方法】対象は2017年9月から10月の間に首下がりを主訴に当科を受診した2例。神経学的診察, 血液検査, 神経伝導検査, 針筋電図検査, 頭頸部単純MRI, ドパミントランスポーターシンチグラフィ検査 (DaTSCAN SPECT) を実施し臨床的に検討した。【結果】2例とも女性で発症から数ヶ月の経過であった。頸部の筋緊張亢進以外にパーキンソニズムや運動失調, 自律神経障害などの神経学的異常所見はなかった。血液検査や生理検査, 画像検査においても背景となる疾患を示唆する所見はなかった。2例いずれもDaTSCANで両側線条体への集積低下を認め, 大脳基底核疾患の存在が示唆された。L-dopaを導入し症状の改善がみられた。【考察及び結論】首下がりとは日常生活動作を著しく障害する。長期的な経過観察により原因疾患を特定できることもあるが, 本例のように首下がりのみを呈する症例においては, DaTSCANによって発症早期に介入し得ることが示唆された。

### 351 結核性髄膜炎の鑑別に難渋した無菌性髄膜炎の一例

滋賀医科大学医学部医学科6回生<sup>1)</sup>

滋賀医科大学内科学講座(神経内科)<sup>2)</sup>

○笥 直之<sup>1</sup>, 端真季子<sup>2</sup>, 塚本剛士<sup>2</sup>, 和田英貴<sup>2</sup>

小川暢弘<sup>2</sup>, 北村彰浩<sup>2</sup>, 山川 勇<sup>2</sup>, 金 一暁<sup>2</sup>

川合寛道<sup>2</sup>, 漆谷 真<sup>2</sup>

【主訴】頭痛, 発熱【病歴】34歳女性。当院入院8日前に頭痛を自覚。7日前から微熱と嘔吐があり, 5日前に髄膜炎の疑いで前医にて抗生剤治療をされたが頭蓋内圧亢進によるうっ血乳頭が疑われたため, 精査加療目的に当院転院搬送となった。来院時, 意識清明であったが頭痛と羞明の訴えあり頭部硬直を認めた。頭部MRIに異常は認めず, 髄液検査は糖40mg/dL(血糖134mg/dL)蛋白134mg/dL細胞数55/mm<sup>3</sup>(単核球98%)ADA5.4IU/Lであったため, 抗生剤・抗真菌剤・抗ウイルス薬・抗結核薬によるエンピリック治療を開始した。細菌, 真菌, ヘルペスは除外されたが, 入院7日目の髄液ADAが13.7IU/Lと高値で結核性髄膜炎を除外できず抗結核薬による治療は継続した。経過中に同薬による薬疹が出現し, 結核菌IFN- $\gamma$ 測定・髄液培養・nested PCRが陰性で, 髄液ADAも3.6IU/Lと低下したため抗結核薬を中止とした。その後, 症状や髄液所見は改善があり無菌性髄膜炎の診断のもと退院となった。【考察】結核性髄膜炎は非典型的な経過を取ることが多く治療を考えるにあたりADAや糖などの髄液所見を重視せざるを得ない。貴重な症例と考え報告するとともに, 髄液ADA高値の無菌性髄膜炎における鑑別診断と治療について文献的考察を加える。

### 352 サイトカインプロファイリングが成人Still病(AOSD)の診断及びマクロファージ活性化症候群(MAS)続発の予見に有効であった1例

兵庫県立柏原病院内科<sup>1)</sup>

神戸大学大学院地域医療支援学部門<sup>2)</sup>

金沢大学医薬保健研究域医学系小児科<sup>3)</sup>

○合田 建<sup>1</sup>, 星島正彦<sup>1</sup>, 河崎 悟<sup>1</sup>, 藤井康和<sup>1</sup>

西崎 朗<sup>1</sup>, 秋田穂東<sup>1</sup>, 見坂恒明<sup>2</sup>, 谷内江昭宏<sup>3</sup>

【症例】21歳女性。【主訴】発熱, 皮疹。【現病歴】X年1月より多型性の隆起性紅斑が出現した。2月下旬から発熱, 3月下旬より手指・手・膝関節の腫脹を認め, 紹介入院した。【経過】発熱, 皮疹, フェリチン高値, 肝機能障害, 脾腫などからAOSDを考慮したが, 山口らの診断基準は満たさなかった。他疾患を含めた鑑別診断を行いつつ血清中の一連の炎症性サイトカインを測定したところ, その発現プロファイルはAOSDに特徴的かつMAS合併リスクを示唆した。症状自体は自然軽快傾向であったためPSL0.5mg/kgで治療を開始した。臨床症状は改善しCRP・フェリチンともに正常化していたが, 治療開始38日後に, 定型的皮疹とともに発熱し再入院した。血球減少と凝固異常を伴い, AOSD再燃およびMAS発症と診断しステロイドパルス療法を行った。病態安定化の上で, 免疫抑制剤療法導入目的に転院した。【考察】著明なIL-18高値は, AOSDの診断に有用である。また, RII優位の可溶性TNF受容体の上昇はMAS発症リスクを示す所見と考えられ, 本症例でもサイトカインプロファイリングが診断と病態把握に極めて有効であった。

### 353 ステロイド治療開始後に頸髄硬膜外血腫を来した DIC 合併成人 Still 病の一例

慶應義塾大学病院リウマチ・膠原病内科

○駒ヶ嶺正嗣, 稲毛 純, 菊池 潤, 安岡秀剛, 金子祐子  
鈴木勝也, 山岡邦宏, 竹内 勤

【症例】81歳女性【主訴】発熱

【現病歴】2008年に発熱, 皮疹, 多関節炎を契機に成人 Still 病と診断され, PSL による寛解導入後, PSL 4mg/日 で維持されていた。2017年4月に抗菌薬抵抗性の発熱と関節炎を認め, 再燃疑いで入院した。

【臨床経過】活動性滑膜炎を認め, 血液・画像所見より他疾患を除外し, 成人 Still 病再燃と判断した。血小板減少と凝固因子の消費, D-dimer 高値を認め, DIC 合併と判断した。第9病日から PSL 50 mg/日に増量後, 炎症所見は改善したが, 第13病日に上肢の紫斑, PT, APTT 著明延長, Fibrinogen 低下を認めた。新鮮凍結血漿連日投与を行うも凝固能の改善なく, 四肢体幹部に紫斑・皮下血腫の拡大を認めた。第21病日に右上下肢麻痺を発症し MRI で頸髄硬膜外血腫を認めた。保存的加療を継続したが, 嚥下機能低下による誤嚥性肺炎で第29病日に死亡した。

【考察】成人 Still 病に合併する DIC の治療は, 原病の制御が基本とされている。本例はステロイド治療の炎症抑制による凝固因子の産生抑制と, 血腫形成による消費亢進が混在し, 出血の制御が困難になったと考えられた。

【結語】ステロイド治療後に制御困難な凝固障害を来した成人 Still 病の一例を経験した。

### 354 病初期にリウマチ性多発筋痛症 (PMR) の様相を呈した高齢発症成人スチル病 (ASD) の1例

至誠堂総合病院内科

○高橋祥也, 谷口昌光, 川瀬隆一, 荒生 剛, 佐藤 明  
谷口 央, 瀬角英樹, 富樫厚仁, 中島幸裕, 高橋敬治

【症例】79歳女性【経過】2016年11月(第0病日), 両肩周囲を中心とした全身痛・微熱・食欲不振が出現し, 第11病日に当院を受診した。WBC 15,600/ $\mu$ L, CRP 11.2mg, ESR 64mm/hr と炎症反応を認めたが全身状態は良好だった。血液培養陰性, 心エコー・全身 CT で異常を認めず, 抗菌薬と NSAIDs で改善なく PMR を疑い第18病日入院した。フェリチンは 2,600ng/dL であった。PSL 20mg/日を開始したが無効であった。定型的皮疹を欠いたが 39 度を超える発熱, 関節痛, 肝機能障害がみられ, 第25病日にはフェリチンが 16,346ng/dL と著増し, 咽頭痛, リンパ節腫脹を認めるようになり ASD と診断した。PSL 50mg/日へ増量したが効果なく, 血球貪食症候群の様相を呈したため第53病日ステロイドパルス療法を, 第65病日 MTX を開始した。その後症状・データとも改善し PSL を漸減し退院した。退院後9ヶ月が経過したが寛解を維持している。

【考察】高齢発症 ASD は稀と考えられてきたが最近の調査では 65 歳以上が 22% を占め増加傾向にある。本例は病初期, ASD としての病像が不十分で PMR を疑った。フェリチン異常高値が診断の一助となったが, 高齢者において不明熱の鑑別疾患のひとつとして ASD は重要である。

### 355 リポ化ステロイドが著効した, マクロファージ活性化症候群を合併した Still 病の1例

金沢大学医薬保健学域医学類<sup>1)</sup>

金沢大学附属病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○和田崇宏<sup>1</sup>, 佐藤晃一<sup>2</sup>, 三宅泰人<sup>2</sup>, 北島信治<sup>2</sup>  
岩田恭宜<sup>2</sup>, 坂井宣彦<sup>2</sup>, 清水美保<sup>2</sup>, 古市賢吾<sup>2</sup>  
和田隆志<sup>2</sup>

【症例】20代女性【主訴】発熱【臨床経過】X年Y月上旬より発熱, 咽頭痛, 筋肉痛を認めた。近医にて急性咽頭炎の診断で加療を受けるも症状改善せず, 肝胆道系酵素の上昇を認めたため当院に紹介入院となった。リンパ節腫脹と脾腫を認め, フェリチン 19772 ng/mL, IL-18 333000 pg/mL と異常高値を認めていた。また, リウマトイド因子, 抗核抗体ともに陰性であり, Still 病と診断した。ステロイドパルス療法を2クール施行するも血小板減少やフェリチンの再上昇を認めた。マクロファージ活性化症候群 (MAS) を合併したと考え, リポ化ステロイドの投与を開始した。以降は速やかに症状の改善を認め, リポ化ステロイドを漸減したのちにステロイド経口投与へと変更して退院した。【考察】リポ化ステロイドは脂肪乳剤をデキサメタゾンに結合させた薬剤であり, マクロファージの貪食作用を介して細胞内に大量に取り込まれる。この結果, より効率的にマクロファージの活性化を抑制することが可能であり, MAS の改善につながったと考えられた。【結語】MAS を合併した Still 病に対してリポ化ステロイドが著効した1例を経験した。治療経過と合わせて文献的考察を加え報告する。

### 356 難治性成人発症型 Still 病に対してトシリズマブが奏功した1例

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター<sup>1)</sup>

名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学<sup>2)</sup>

愛知医科大学病院腎臓・リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○黒田ケイ<sup>1</sup>, 増田智広<sup>2</sup>, 勝野敬之<sup>3</sup>, 小杉智規<sup>2</sup>  
坪井直毅<sup>2</sup>, 丸山彰一<sup>2</sup>

【症例】38歳女性【現病歴】X-13年に膀胱炎・腹膜炎を契機に全身性エリテマトーデスの診断。以後, 再発を数回認めた。X-1年に発熱精査の際に成人発症型 Still 病 (AOSD) と診断し以後外来フォロー継続していた。X年にプレドニゾロン (PSL) 12mg・タクロリムス (FK) 2mg・ミコフェノール酸モフェチル (MMF) 1000mg/day 内服時に微熱・皮疹・CRP 高値を契機に AOSD の再燃と考え入院の運びとなった。【入院後経過】感染症の存在を否定した上で PSL を 1mg/kg/day に増量するも悪寒・発熱は断続的出現。メチルプレドニゾロンパルス療法を追加したが解熱得られず。更に, リメタゾンおよびトシリズマブを追加投与し解熱および検査値の改善を認めた。その後, ステロイド精神病併発したため抗精神病薬の追加を要したが免疫抑制剤の漸減および調整を進め, 第97病日に軽快退院の運びとなった。【考察】本症例はマクロファージ活性化症候群の併発について鑑別が必要と考えられた症例であり, その点を踏まえた上での治療策について若干の文献的考察を加えた上で発表する。【結語】難治性成人発症型 Still 病に対してトシリズマブが奏功した1例を経験した

### 357 側頭動脈に病変が及んだ MPO-ANCA 陽性好酸球性血管炎の一例

石巻赤十字病院初期研修医<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院内科<sup>2)</sup>

○田子竜也<sup>1</sup>, 小島慶恵<sup>2</sup>, 加賀屋沙永子<sup>2</sup>, 長澤 将<sup>2</sup>

【症例】57歳 男性【主訴】四肢の痺れ, 脱力

【現病歴】入院半年前に蕁麻疹が頻回に出現。3ヶ月前から両下肢の疲労感, 2ヶ月前から両下腿痛が出現した。以後握力低下や顎跛行も出現し, 歩行困難となって精査加療目的に当院紹介, 入院となった。

【経過】先行する喘息を認めなかった。下垂足で四肢遠位側優位の感覚低下を認める多発性単神経炎を呈し, 四肢に網状皮斑を認めた。WBC 15,000/ $\mu$ l, Eosino 52.5%, MPO-ANCA 75.4 U/ml などの検査所見からも好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) を疑い, 皮膚生検を施行し, ステロイドパルスを開始した。また, 右側頭動脈上に圧痛を認め, 巨細胞性動脈炎 (GCA) の合併を疑い同部位の生検も施行した。生検結果は, いずれも血管周囲に好酸球を含む炎症細胞浸潤を認め血管炎に矛盾しない所見であったが, 肉芽腫は認めなかった。シクロフォスファミドパルスと免疫グロブリン製剤を併用したことで MPO-ANCA 1.4 U/ml と病勢は改善し, 装具使用での歩行が可能となって, 58 病日にリハビリ目的に転院となった。

【考察】典型的病理所見を伴わず, EGPA 及び GCA とは診断し難い症例であった。本症例のように分類困難な血管炎の報告は散見され, 新たな分類基準の制定が待たれる。

### 358 視神経炎を呈した顕微鏡的多発血管炎 (MPA) の一例

北見赤十字病院<sup>1)</sup>

北見赤十字病院内科・総合診療科<sup>2)</sup>

○山口真由子<sup>1</sup>, 菅原正成<sup>2</sup>, 栗田崇史<sup>2</sup>

【症例】81歳女性。約5年前に頭痛・多発肺結節に対してプレドニゾロン 40mg/day で治療が行われ改善し, 以後定期フォローをしていた。当時より尿蛋白 (1+)・血尿 (2+) を認めていた。4ヶ月前に感冒症状で来院し間質性肺炎と診断した。3ヶ月前から尿蛋白 (2+)・血尿 (3+) と増悪し, 2ヶ月前に尿蛋白 3.77g/gCr となった。1ヶ月前から頭痛を認め徐々に悪化していた。外来での MPO-ANCA が 121.0U/ml と陽性であったため MPA と診断し, 腎機能評価のため腎生検目的にて入院とした。頭部 MRI で肥厚性硬膜炎を含めた頭蓋内異常は認められなかったが, 入院後も頭痛は増悪していた。第7病日に突然左の視力障害を訴えたため, 眼科受診し各種検査を施行したところ, 左眼視力 0.01, フリッカー値測定不能, 中心暗点がみられ, 眼窩 MRI では左視神経周囲に脂肪抑制 T2 強調画像で高信号が確認されたため視神経炎と診断した。同日よりステロイドパルス療法を開始し翌日には頭痛・視力障害ともに改善した。以後2週間間隔でのシクロフォスファミド大量静注療法も開始し, 第32病日に退院した。後日届いた腎生検の結果は Pauci-immune 型壊死性糸球体腎炎であった。

【臨床的意義】ANCA 関連血管炎での視神経障害の合併は稀であり, 原因としては肥厚性硬膜炎による圧迫が多い。本症例の様な肥厚性硬膜炎によらない MPA の視神経炎の合併は極めて稀である。

### 359 閉塞性肺炎を認めた多発血管炎性肉芽腫症の一例

岡山大学医学部医学科<sup>1)</sup>

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腎・免疫・内分泌代謝内科学<sup>2)</sup>

○神浦真光<sup>1</sup>, 渡辺晴樹<sup>2</sup>, 山村裕理子<sup>2</sup>, 山口哲志<sup>2</sup>

渡邊真由<sup>2</sup>, 松本佳則<sup>2</sup>, 川畑智子<sup>2</sup>, 佐田憲映<sup>2</sup>

和田 淳<sup>2</sup>

【症例】65歳 男性【主訴】咳嗽【現病歴】5月下旬より咳嗽が出現し, 胸部レントゲン上異常影を認め6月上旬前医受診, CT にて右中葉, 左舌区の広範な浸潤影を認め入院。抗生剤に反応なく気管支鏡検査にて多発する隆起性病変を認め, 右中葉支は発赤・易出血性を伴ってほぼ閉塞していた。気管支肺泡洗浄液で類上皮細胞を認め, 血液検査では PR3-ANCA が 19.8 IU/mL と上昇しており多発血管炎性肉芽腫症 (GPA) が疑われ当科紹介入院となった。【臨床経過】呼吸器症状及び, 肺生検で壊死性肉芽腫性炎症も認めたことから GPA と診断し, プレドニゾロン (PSL) を 50mg/日 で開始, 入院 15 病日シクロホスファミド (CYC) 間歇静注療法を導入した。肺陰影・炎症反応は改善し PSL の減量を進めたが, 8月下旬に発熱, 鼻出血, 頭痛が出現, 炎症反応の上昇と肥厚性硬膜炎を認めたことから治療抵抗例と判断し, CYC からリツキシマブに変更し寛解を得た。【考察】GPA において気管支粘膜病変は 59% に認められるが, 初発症状として出現することは稀であり, 気管支を閉塞するような肉芽腫病変は治療抵抗性と関連する可能性も示唆された。【結語】区域性の肺炎を認めた場合 GPA を鑑別に入れる必要があり, 治療経過にも注意する必要がある。

### 360 再燃時に MPO-ANCA が陽性化した ANCA 関連血管炎性中耳炎 (OMAAV) の一例

東北大学病院血液免疫科

○森健太郎, 藤井博司, 星 陽介, 佐藤紘子, 藤田洋子

白井剛志, 城田祐子, 石井智徳, 張替秀郎

【症例】82歳女性。【主訴】発熱, 全身倦怠感。

【現病歴】X-9年7月に左難聴が出現した。慢性中耳炎疑いでステロイドと抗生剤を投与されたが改善せず, 右難聴と左顔面神経麻痺も出現したため, X-8年6月に当院へ精査目的に入院となった。MPO/PR3-ANCA 陰性であり, MRI にて両側中耳に炎症性病変を認めた。多発血管炎性肉芽腫症を疑い中耳生検を施行したが, 肉芽腫や壊死性血管炎を認めなかった。側頭骨炎症性偽腫瘍として大量ステロイド (PSL) とシクロフォスファミドパルスを併用し症状と検査所見は改善した。X年7月, 嘔気嘔吐が出現し, MPO-ANCA 高値 (84.2U/ml) と脳 MRI にて新たな硬膜肥厚性病変を認め, 精査と治療目的に再入院となった。

【経過】これまでの経過と検査所見から ANCA 関連血管炎性中耳炎 (OMAAV) の再燃と診断し, PSL を増量したところ症状と検査所見は改善した。

【考察】側頭骨炎症性偽腫瘍は組織学的には良性であるにもかかわらず, 局所に浸潤性の進行を来す病変として報告されている。これらの症例の多くは OMAAV の診断基準を満たすと考えられる。経過中に ANCA が陽性化する場合があり, 初発時に陰性であっても症状増悪時は再検する意義があると考えられた。

【結語】再燃時に MPO-ANCA が陽性化した OMAAV の一例を経験した。

### 361 Flu vaccine 接種後に激しい全身筋痛と急速進行性糸球体腎炎を来した顕微鏡的多発血管炎の一例

山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学<sup>1)</sup>

山口大学大学院医学系研究科神経内科学<sup>2)</sup>

○芝 翔<sup>1</sup>, 久保 誠<sup>1</sup>, 名和田隆司<sup>1</sup>, 山岡孝之<sup>1</sup>

尾本雅俊<sup>1</sup>, 池上直慶<sup>1</sup>, 神田 隆<sup>2</sup>, 矢野雅文<sup>1</sup>

【症例】77歳女性【主訴】発熱, 全身筋痛【現病歴】H28年に当院呼吸器内科に入院し肺CPFEの精査を受けた際, 抗SS-A抗体陽性, MPO-ANCA陽性であったが, 症状, 身体所見からシェーグレン症候群, 顕微鏡的多発血管炎(MPA)ともに診断基準を満たさなかった。H29年11月初旬にFlu Vaccine接種。接種後数時間以内に全身筋痛を自覚。近医入院後12月下旬に当科に紹介となった。【臨床経過】患者は全身筋痛, 筋力低下を呈し, MRI, PETでは筋炎が示唆される所見であったが, 筋生検では血管周囲の炎症細胞浸潤が顕著でフィブリノイド変性を伴っており血管炎の所見であった。また, 腎機能障害が進行したため腎生検を施行し, 顕微鏡的多発血管炎と診断した。【結語】Flu vaccine接種を契機に激しい全身筋痛とRPGNを来したMPAの一例を経験した。

### 362 慢性咳嗽を契機に診断したCurvularia lunataによるアレルギー性気管支肺真菌症の一例

市立吹田市民病院呼吸器・アレルギー内科<sup>1)</sup>

千葉大学真菌医学研究センター<sup>2)</sup>

○稲田怜子<sup>1</sup>, 南 崇史<sup>1</sup>, 亀井克彦<sup>2</sup>, 榎本貴俊<sup>1</sup>

津田 学<sup>1</sup>, 宮本武明<sup>1</sup>, 宮崎昌樹<sup>1</sup>, 辻 文生<sup>1</sup>

【症例】43歳女性【主訴】咳嗽【現病歴】201X年1月より咳嗽を認めた。近医にて加療も改善無く, 3月10日に当院内科を受診した。胸部CT検査にて粘液栓様の陰影と腫瘤様の陰影を認め, 末梢血好酸球数の増加も認めたため, アレルギー性気管支肺真菌症を疑い, 3月22日に精査目的に入院となった。【臨床経過】3月23日に気管支鏡検査を施行し, 中葉枝入口部に粘液栓による閉塞を認めた。粘液栓の組織所見より多数の好酸球とともに菌糸型の真菌の検出を認めた。臨床経過と血液検査結果と合わせてアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)を疑い, 4月7日よりPSLとITCZによる治療を開始とした。その後に粘液栓の真菌の培養検査よりCurvularia lunataと同定され, 本真菌によるABPMと診断した。治療開始に伴い, 咳嗽の症状は消失し, 胸部画像においても陰影の改善を認めた。【考察】アスペルギルス以外の真菌によるABPMとしては, Candida albicansが最も多いとされるが, 日本においてCurvularia lunataが同疾患の原因となる報告は少ない。今後は, アスペルギルス以外のABPMに対する診断基準が必要と考えられる。【結語】Curvularia lunataによるABPMの一例を経験した。

### 363 非定型抗酸菌性筋炎及び多発性膿瘍を合併した抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎の一例

東北大学医学部医学科<sup>1)</sup>

東北大学病院血液免疫科<sup>2)</sup>

○桑田 亮<sup>1</sup>, 城田祐子<sup>2</sup>, 秋田佳奈恵<sup>2</sup>, 藤田洋子<sup>2</sup>

白井剛志<sup>2</sup>, 藤井博司<sup>2</sup>, 石井智徳<sup>2</sup>, 張替秀郎<sup>2</sup>

【症例】39歳女性【主訴】左前腕部痛【現病歴】X-3年ゴットロン兆候, ヘリオトロープ疹, 筋原酵素上昇, 非破壊性関節炎, 炎症反応より皮膚筋炎(DM)と診断。軽度間質性肺炎(IP)を合併。PSL導入し症状は改善。X年皮膚症状, 左肩・左前腕筋痛持続し再燃疑われ, 当科入院。【臨床経過】PSL増量, TAC開始するも筋症状改善せず, MRIで左前腕筋炎・筋膜炎疑い, 筋生検施行。病理で筋束内・筋膜へ炎症性細胞浸潤, 壊死組織内と類上皮型組織球細胞質内にZ-N染色陽性桿菌認め, 培養で非定型抗酸菌検出しRFP, EB, INHを開始。PSL漸減した。X+1年4月広範性多発性膿瘍を認め再入院。膿汁にZ-N染色陽性桿菌をわずかに認めたが, 培養陰性で抗結核薬継続後, X+3年筋症状軽快, 膿瘍は消退した。抗MDA5抗体陽性と判明したが, IPは軽度で小康状態にある。【考察】治療抵抗性で非典型的筋症状は, 感染症を含めた鑑別が必要で診断に筋生検が有用であった。多発性膿瘍は抗結核薬治療で細胞性免疫が回復したことによる奇異反応と考えた。抗MDA5抗体陽性DMは, 通常, 無筋炎性で急速進行性IPを伴い, 予後不良が多いが, 本症例は当院における抗MDA5抗体陽性例と比較しフェリチン低値でIPが慢性経過を辿った。【結語】抗MDA5抗体陽性で非典型的筋症状の非定型抗酸菌性筋炎を経験した。

### 364 女性の反応性関節炎を契機に腸管アメーバ症と診断した1例

市立札幌病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

市立札幌病院<sup>2)</sup>

○山本託矢<sup>1</sup>, 片岡 浩<sup>2</sup>, 近藤 真<sup>2</sup>, 児玉文宏<sup>2</sup>

小野雄司<sup>2</sup>, 中野宏昭<sup>2</sup>, 向井正也<sup>2</sup>

【症例】26歳, 女性。【主訴】左臀部痛, 血便, 下痢。【現病歴】CSWで, 海外渡航歴のない26歳女性。急激に進行した左臀部痛による歩行障害を認め, 前医入院した。MRIにて左仙腸関節に高信号が認められ, 仙腸関節炎と診断した。精査加療目的に当科転院となった。血便, 下痢の原因検索目的に下部消化管内視鏡を施行したところ, 盲腸から上行結腸に膿瘍や白苔を伴った多発潰瘍を認め, 便検体よりアメーバ赤痢の虫体を認めたことから, 反応性仙腸関節炎により発症した腸管アメーバ症と診断した。メトロニダゾール, パロモマイシンを投与し, その後腹部および関節症状は改善を認めた。【考察】反応性関節炎は, 尿道炎や細菌性下痢後1~3週間に無菌性関節炎が起こる。その原因としては, サルモネラ, エルシニア, カンピロバクター, クラミジアといったものがよく知られており, アメーバ赤痢によるものの報告は少ない。また, アメーバ感染症は本邦では海外渡航歴がある, もしくは男性同性愛者に多いと言われており90%は男性で発症する。今回の症例より, アメーバ赤痢は稀ではあるが反応性関節炎の原因となりうると考えられた。

### 365 帯状疱疹後に発症し著明な自律神経障害を合併したベーチェット病の一例

長崎大学リウマチ・膠原病内科<sup>1)</sup>

長崎大学循環器内科<sup>2)</sup>

熊本大学神経内科<sup>3)</sup>

○古藤世梨奈<sup>1</sup>, 梅田雅孝<sup>1</sup>, 河野浩章<sup>2</sup>, 向野晃弘<sup>3</sup>

中根俊成<sup>3</sup>, 清水俊匡<sup>1</sup>, 古賀智裕<sup>1</sup>, 一瀬邦弘<sup>1</sup>

川上 純<sup>1</sup>

症例は58歳女性。X年8月発熱、後頸部皮疹、起立不耐症、右膝関節痛のため前医入院した。皮疹は典型的な水疱から帯状疱疹と診断されバラシクロビルにより痂皮化するも、陰部潰瘍、口腔内アフタ、針反応の出現からベーチェット病(BD)が疑われ同月当院転院となった。上記症状に加えブドウ膜炎や神経因性膀胱を認めるも、これらは起立不耐症を除き軽快し、CRPも陰性化したことから帯状疱疹後の一過性の病態と思われた。しかし2ヶ月後、起立不耐症が座位困難まで増悪し関節炎が再燃した。再発性アフタ、結節性紅斑様皮疹、HLA-B51、A26より完全型BDと診断した。起立不耐症に関しては心電図R-R間隔呼吸性変動の消失、ヘッドアップティルト試験(HUT)での起立性類脈症候群と起立性失神から自律神経障害と判断した。ステロイドとコルヒチンにより起立不耐症やBDの諸症状は改善しHUTも陰性化した。帯状疱疹ウイルス感染の症状とBDの症状は類似性があり自律神経障害も共通して認められる。またヘルペス属ウイルスはBD発症への関与が疑われている。BD感受性遺伝子を持ち帯状疱疹を誘因とし上記病態を発症した本症例は病態形成メカニズムを考える上で貴重な症例と思われた。

### 366 片側性強膜炎から診断に至った高齢男性の梅毒感染症の一例

三井記念病院内科・リウマチ膠原病科

○中村公亮

【主訴】右眼の充血

【現病歴】2017年6月頃から右眼球内側の充血を自覚。近医眼科を受診し強膜炎の診断で治療を行っていたが改善せず本人の希望で11月当院眼科紹介受診。背景疾患の評価目的に膠原病内科紹介受診。身体所見上明らかな皮疹や関節症状、リンパ節腫脹などの特記すべき所見認めなかった。血液検査において関節リウマチや血管炎などの免疫血清学的マーカーは陰性であり、梅毒定性でRPR・TPLAがともに陽性だった。更に定量を行ったところTPHA 20480・RPR 64倍で梅毒の原感染の診断に至った。精査・加療目的に入院となった。

【入院後経過】髄液検査で細胞数45/3μL(Lympho 91%)・髄液TPHA定量640であったため梅毒性髄膜炎を合併していると診断した。改めて病歴を聴取したところ直近6ヶ月の間に複数の異性パートナーとの避妊具無しでの性交渉をしており同性間の性交渉に関しては否定、HIV抗体・HBS抗原はともに陰性であった。また詳細な身体所見では陰部・口腔内・リンパ節に異常無く、神経学的所見では異常は認めず頭部のMRIでは明らかな実質性病変を認めなかった。眼梅毒と梅毒性髄膜炎の合併例として神経梅毒に準じてペニシリンG1200万単位/日を5日間、1600万単位/日を6日間、2400万単位/日を3日間、合計2週間の経過で右眼球内側の充血の改善を認め退院となった。

【考察】最近本邦での梅毒発症率は2013年から再び増加傾向にある。海外では同性愛者間での発症が多いが本邦では異性間での発症が増加傾向にある。また発症年齢は若年と高齢で二峰性であることが報告されている。眼梅毒は多くの場合両側性のぶどう膜炎を伴い高率に梅毒性髄膜炎を併発することが知られている。

本例は複数の異性パートナーを持つ高齢男性に発症した眼梅毒で髄膜炎を併発したところはこれまでの報告に類似するが、6ヶ月長期にわたり片側性の強膜炎のみを呈し、後に診断に至った点で特徴的であった。梅毒は様々な症状を呈する疾患で経過も長く高齢者にも多く発症する。

### 367 間質性肺炎の急性増悪を認めた抗MDA-5抗体陽性関節リウマチの一例

福島県立医科大学医学部リウマチ膠原病内科

○松本聖生, 佐藤秀三, 屋代牧子, 松岡直紀, 浅野智之

小林浩子, 渡辺浩志, 石田清志

【症例】75歳女性【主訴】呼吸苦【既往歴】子宮筋腫、胆石症、虫垂炎で手術【現病歴】2007年に関節リウマチ(RA)を発症し少量ステロイド内服、メトトレキセート(MTX)及びアダリムマブ(ADA)投与にて症状は軽快していた。間質性肺炎(IP)は指摘されていたが、軽微であった。2017年9月に感冒症状あり、その後呼吸苦が出現し前医受診。胸部レントゲン、CTにて両肺のすりガラス影の増強を認めた。KL-6も高値であった。精査加療目的に入院となり、MTX、ADAは中止された。ステロイドパルス療法後、プレドニゾン35mg/日内服としたがIPの改善に乏しく、同年10月に当科転院となった。【経過】MTX、ADA等による薬剤性、感染、あるいはRA関連IPの増悪が疑われた。ステロイド抵抗性であり自己抗体を検索したところ、抗MDA-5抗体が53 indexと高値であった。経過中皮膚、筋症状はなく、皮膚筋炎の合併は認めなかった。タクロリムスを開始し、すりガラス影の改善を認めた。【考察】RA患者で抗MDA-5抗体を認めた報告はなく、RA関連IPの急性増悪との関連について文献的考察を加え報告する。

### 368 関節リウマチの経過中に発症したκ型ALアミロイドーシスにボルテゾミブデキサメタゾン療法とトシリズマブの併用が奏功した一例

虎の門病院

○藤川莉那, 上野智敏, 澤 直樹, 星野純一, 乳原善文  
高市憲明

【症例】58歳女性【主訴】下腿浮腫。【現病歴】15年前に関節リウマチ(RA)を発症しプレドニゾン(PSL)、メトトレキセート(MTX)で治療された。10年前にネフローゼ症候群を発症し入院されκ型全身性アミロイドーシスの診断となった。メルファラン(MEL)を先行し自家末梢血幹細胞移植(PBSCT)を施行した所、蛋白尿の減少のみならずRAの活動性も安定した。3年後に抗CCP抗体の再上昇とともに関節症状が再燃。生物学的製剤を導入しRAは沈静化した。再度蛋白尿の増加と血清FLCの増加を認めた。腎生検で高度のアミロイド沈着を確認し腎アミロイドーシスの再燃と判断。RA治療を中止してボルテゾミブデキサメタゾン(BD)療法を開始するも、RAが再燃した。BD療法とトシリズマブ(TCZ)を併用した所両者の病勢は安定し、4年半後の腎生検で腎アミロイド沈着の減少を確認した。【考察】発症から5年が経過したRAにκ型全身性アミロイドーシスを合併した極めて稀な症例を経験した。本症例ではアミロイドーシスに施行したPBSCTがRAに著効し、約3年間の寛解維持に影響を及ぼした可能性が示唆された。BD療法とTCZの併用が長期に渡ってアミロイドーシス及びRAに奏功し良好な経過を辿っている。

### 369 2型糖尿病を合併した乾癬性関節炎の1例

岡山大学病院総合内科<sup>1)</sup>

岡山大学病院リウマチ膠原病内科<sup>2)</sup>

○孫 麗那<sup>1)</sup>, 長谷川功<sup>1)</sup>, 西村義人<sup>1)</sup>, 長尾聡子<sup>1)</sup>

安田美帆<sup>1)</sup>, 頼 冠名<sup>1)</sup>, 花山宜久<sup>1)</sup>, 小比賀美香子<sup>1)</sup>

松本佳則<sup>2)</sup>, 大塚文男<sup>1)</sup>

【緒言】乾癬性関節炎患者では健常人と比べ糖尿病, 心血管イベントを合併しやすいといわれ, 抗TNF $\alpha$ 製剤はその心血管リスクを有意に減少させると報告されている。【症例】40代, 男性【主訴】筋痛, 多発関節痛【現病歴】201X-5年から頭部に落屑を伴う皮疹が出現した。201X-1年夏頃から上肢近位筋優位の筋痛, 201X年8月頃から多発関節痛を認めるようになった。9月下旬に近医皮膚科を受診し乾癬と診断され外用剤で皮疹は改善したものの, 10月初旬から筋痛・関節痛が増悪傾向となり当科を受診した。【家族歴】父方祖父と父が乾癬【入院時現症】BMI 29.5, 全身に鱗屑を付する紅斑多発, 上肢近位筋優位の把握痛あり, 両側手関節腫脹・圧痛あり, 血液検査ではWBC 10970/ $\mu$ L, 血沈1時間 100mm, CRP 11.22 mg/dL, HbA1c 10.5%, 各種自己抗体陰性, MMP-3 138 ng/dL, 関節レントゲンで関節近傍の骨新生や骨破壊は認めなかったものの, ガリウムシンチグラフィで両側肩・肘・手関節, 膝関節, 両仙腸関節に集積を認め, 臨床的に乾癬性関節炎と診断した。【考察】本例は肥満, 糖尿病を有しており, 抗TNF $\alpha$ 抗体導入後乾癬性関節炎は速やかに改善し, 糖尿病も伴って改善傾向となった。その経過について文献的考察を含め報告する。

### 370 診断に難渋したが, 偶然の骨病変の発見を契機に

Erdheim-Chester病(ECD)と診断し得た一例

加古川中央市民病院リウマチ膠原病内科<sup>1)</sup>

加古川中央市民病院内科<sup>2)</sup>

○井上綾華<sup>1)</sup>, 山根隆志<sup>1)</sup>, 北山 翠<sup>1)</sup>, 葉 乃彰<sup>1)</sup>

田中千尋<sup>1)</sup>, 西澤昭彦<sup>2)</sup>, 金澤健司<sup>2)</sup>, 大西祥男<sup>2)</sup>

【症例】47歳女性, 34歳時乳癌で左乳房全摘術, X-2年に両側脈絡膜腫瘍を指摘された。乳癌術後転移, 再発を疑われ全身検索された際にCRP陽性, 大動脈壁肥厚, 副腎腫大, 腎機能異常, 後腹膜軟部影, 水腎症を認めIgG4関連疾患や高安動脈炎を疑ったがその後の精査でも確定診断には至らなかった。X年4月偶然の外傷で撮影された膝関節MRIで骨硬化病変を指摘された。PET-CTで大腿骨遠位・脛骨近位部に集積がありECDを疑い, 同年8月に骨生検を行ったところ組織球の集簇を認めた。CD68/CD163陽性, CD1a/S-100陰性でありECDと確定診断した。同時期より急激な心嚢水貯留があり, 漿膜炎と考えプレドニゾン(PSL)1mg/kg/日を開始した。インターフェロン $\alpha$ 300万単位週3回投与を併用し, 腎機能の改善とCRPの正常化が得られた。PSLを漸減したが再燃はなくX年10月に退院した。【考察】ECDは本邦では非常に稀な疾患であり, 診断に数年を要するとされる。最も多い病変は骨病変であり95%にみられるが, 骨痛を呈するものは約半数との報告もある。本例は骨病変の発見まで診断に難渋したが, 顧みればECDに比較的特徴的とされる大動脈壁肥厚などの画像所見を当初から有していた。【結語】典型的画像所見を呈し, 骨病変の発見を機に診断し得たECDの一例を経験した。骨病変以外の特徴的な所見を, 認識し共有することは早期診断につながると考え, 文献的考察を加え報告する。

### 371 Ga67 SPECT-CT検査が病変の検索, 疾患活動性評価,

治療効果判定に有用であった再発性多発軟骨炎の一例

産業医科大学第一内科学講座<sup>1)</sup>

産業医科大学第一内科学講座<sup>2)</sup>

○有富貴史<sup>1)</sup>, 中野和久<sup>1)</sup>, 大久保直紀<sup>1)</sup>, 中山田真吾<sup>1)</sup>

岩田 慈<sup>1)</sup>, 福與俊介<sup>1)</sup>, 宮川一平<sup>1)</sup>, 名和田雅夫<sup>2)</sup>

齋藤和義<sup>2)</sup>, 田中良哉<sup>1)</sup>

症例は64歳男性。X年X-1月に乾性咳嗽, 耳介, 鼻部, 前頸部痛が出現して来院。疼痛の局在部位より再発性多発軟骨炎(RP)が疑われ, McAdamらの診断基準より診断した。抗II型コラーゲン抗体高値, 赤沈・CRPなど炎症反応高値であり, Ga67 SPECT-CT検査により鼻部軟骨, 気管軟骨, 耳介部軟骨に一致する集積亢進が確認された。生命臓器障害を伴い, 疾患活動性が高いと判断し, ステロイド大量療法を開始した。その結果, 疼痛, 炎症所見は改善し, 治療1ヶ月後のGa67 SPECT-CT検査で同部位における集積の低下を確認した。

【考察】RPは全身の軟骨組織に炎症を起こし, 特に喉頭・気管病変は非可逆的な狭窄が死亡の原因ともなる。しかし, これまでは気管などの深部臓器を含む全身の炎症部位を正確に把握できずに, 早期診断や治療反応性の評価が困難であった。Ga67 SPECT-CT検査は, 深在性で, 小さく集積の少ない部位においても炎症部位の同定が可能であり, 希少疾患であるRPの深部臓器も含めた臓器障害の特定, 疾患活動性評価, 治療効果判定などに極めて有用なツールであることが示された。

【結語】Ga67 SPECT-CT検査が臓器障害の検索, 疾患活動性評価, 治療効果判定に有用であった再発性多発軟骨炎の一例を経験した。

### 372 P 発作性関節痛と難治性下痢を契機に診断に至った消

化管アミロイドーシス合併家族性地中海熱の一例

長崎大学病院リウマチ膠原病内科

○相川恵莉加, 清水俊匡, 遠藤友志郎, 古賀智裕, 中村英樹  
川上 純

【症例】53歳男性。X年5月, 右膝・足関節痛, 水溶性下痢, 腹痛が出現。前医での下部消化管内視鏡検査で腸管に潰瘍病変を認め, 生検によりAAアミロイドーシスと診断された。リウマトイド因子陽性であり, X年6月当科入院となった。入院時には関節痛は消退しており, 画像検査でも関節変形や滑膜炎など関節リウマチを示唆する所見は認めなかった。病歴を確認したところ, X-16年より発作的な大関節の腫脹・疼痛を複数回認めていた。X年7月に急性の左肘関節炎, 37度台の発熱を認め, 病歴と併せ家族性地中海熱(FMF)を疑い, コルヒチンを開始したところ, 速やかに症状は改善した。MEFV遺伝子解析でE84K(Exon1)及びE148Q(Exon2)の複合ヘテロ変異・多型を認め, 非典型的な症状, コルヒチン反応と併せFMF非典型例と診断した。コルヒチン継続, アミロイドーシスに対してトシリズマブを開始し, 以後発作はなく, 腹部症状, 内視鏡所見も改善した。【考察】FMFはしばしばアミロイドーシスを合併する。FMF非典型例は典型例と比較し, 発作期間が長く, 漿膜炎は少なく, 関節症状が多いなど, 非特異的な徴候が多い。そのため本例のように診断までに時間を要する場合も散見される。非典型的な症状であっても病歴からFMFを疑った場合はコルヒチンによる診断的治療を行い, 精査することが望まれる。

### 374 TNF 受容体関連周期性症候群 (TRAPS) と考えられた 1 例

公立藤田総合病院

○小川 到, 斎藤広幸, 星 英行, 伊藤 理, 鈴木修三

【症例】16 歳女性 【主訴】発熱 【現病歴】○年 4 月上旬に発熱と咽頭痛のため近医で受診。マイコプラズマ感染の診断でキノロン系抗生剤処方を受けるも解熱が得られず、当院へ紹介。抗生剤継続の上でステロイドの内服が開始となった。39 度以上の熱が続くため入院となった。【臨床経過】マイコプラズマへの過剰な免疫反応を疑いデキサメサゾン (DEX) 8mg の点滴で投与。速やかに解熱し 1 週間で漸減中止。中止直後に熱の再燃があり、マイコプラズマ抗体に有意な上昇なし。不明熱として検索開始。熱は数時間で解熱する間欠熱で解熱後は無症状であった。感染症、膠原病、血液疾患等の検索で原因が特定できず、経口ステロイドの内服で解熱が得られ、DEX1.5mg で退院。0.25mg へ減量したところ熱の再燃、同様の間欠熱であった。熱型から Still 病を疑うもリウマトイド疹がなく非典型的であった。数週間以内の発熱発作が計 5 回繰り返され、鑑別診断で自己炎症症候群が残り、熱型が TRAPS と合致。ガイドラインの診断法で遺伝子検査施行の基準を満たした。遺伝子検査で TNFRSF1A に異常はなかったが臨床的に TRAPS と診断、発熱発作時のみのステロイド内服で有熱期間の短縮がえられた。【考察】繰り返す発熱発作の症例では熱型に注視し、自己炎症症候群を鑑別にあげることがあると考えられた。【結語】TRAPS と考えられた 1 例を経験した。

### 375 トシリズマブ (抗 IL-6 抗体) からカナキヌマブに変更した自己炎症症候群 2 症例の検討

市立長浜病院免疫膠原病内科<sup>1)</sup>

京都大学医学部付属病院血液・腫瘍内科<sup>2)</sup>

○田代裕介<sup>1,2</sup>, 佐藤智美<sup>1</sup>, 中村拓路<sup>1</sup>, 梅原久範<sup>1</sup>

【症例 1】29 歳男性。繰り返す発熱あり、X 年に遺伝子検査を施行され、非典型的な MEFV 変異を認め、臨床的に家族性地中海熱 (FMF) と診断した。コルヒチンやトシリズマブ投与を行ったが、有害事象の出現を認め、効果も不十分であり中止した。代替療法としてカナキヌマブ導入目的に X+2 年当科入院となった。カナキヌマブ導入後は特に問題なく治療継続している。その後発熱は比較的落ち着いている。

【症例 2】38 歳男性。小児期より、腹痛、発熱を頻繁に繰り返すも原因は同定されていなかった。遺伝子検査で非典型的な TNFR1 変異を認め、TNF レセプター異常症 (TRAPS) と診断した。それ以降、カナキヌマブを含めた複数の生物学的製剤による治療を行い、トシリズマブで最も良好な効果が得られた。

【考察】自己炎症症候群に対して、治療に難渋した場合の代替療法のエビデンスは確立されていない。上記 2 症例で、生物学的製剤からカナキヌマブへ変更し両者の治療効果を比較することが出来た。

【結語】自己炎症症候群に対して、カナキヌマブ投与は有効な選択肢の一つとなり得ることが証明された。

### 376 TAFRO 症候群の治療中に胆道系酵素上昇を示した 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院総合内科

○相原健志, 吉崎亜衣沙, 金森真紀, 西岡弘晶

【症例】69 歳女性 【主訴】浮腫 【現病歴】当院入院 2 週間前に下痢、浮腫が出現し、2 日前からの発熱で前医に入院したが、腎機能障害などを認め、当院に転院した。【身体所見】血圧 148/74 mmHg, 脈拍 90 /min, 呼吸数 22 /min, SpO2 98 % (室内気), 体温 37.6 °C. 腹部膨満、軟、下腹部に圧痛あり。両側下腿浮腫あり。【検査所見】WBC 5,700 / $\mu$ L, Hb 10.3 g/dL, Plt 6.1 万 / $\mu$ L, Cre 1.60 mg/dL, ALP 446 U/L,  $\gamma$ -GTP 59 U/L, CRP 15.5 mg/dL, 胸腹部単純 CT: 両側胸水、腹水、肝脾腫あり、両側腋窩・縦隔・傍大動脈リンパ節腫脹あり。【経過】左腋窩リンパ節生検で胚中心の萎縮、髄索の高内皮血管増生及び髄洞に形質細胞の集簇を認め TAFRO 症候群と診断し、ステロイド、トシリズマブを開始した。浮腫の軽減と腎障害の改善を認めたが、第 27 病日から発熱、胆道系酵素上昇 (ALP 1645 U/L,  $\gamma$ -GTP 749 U/L), 第 32 病日から浮腫の増悪と腎機能悪化を認めた。トシリズマブを中止し、第 39 病日にシクロスポリンを開始したが、第 45 病日に死亡した。病理解剖では肝門脈域の線維性拡大、中心静脈周囲の線維性肥厚があり、門脈域の胆管障害や胆管消失の所見を認めた。【考察】TAFRO 症候群は ALP 上昇を呈することが多いがその機序は不明で、病理組織との関連についての報告は稀である。本症例は病勢悪化とともに胆道系酵素上昇があり、病理解剖で肝内胆管障害の所見を確認できた稀な症例である。

### 377 TAFRO 症候群との鑑別を要した高齢発症男性全身性エリテマトーデスの一例

京都大学医学部医学科<sup>1)</sup>

京都大学医学部附属病院免疫・膠原病内科<sup>2)</sup>

○梅本大地<sup>1)</sup>, 日和良介<sup>2)</sup>, 村上孝作<sup>2)</sup>, 秋月修治<sup>2)</sup>

蔵本伸生<sup>2)</sup>, 中嶋 蘭<sup>2)</sup>, 吉藤 元<sup>2)</sup>, 大村浩一郎<sup>2)</sup>  
三森経世<sup>2)</sup>

【症例】80歳男性【主訴】紫斑, 浮腫

【現病歴】血小板減少, PAIgG 高値であり特発性血小板減少性紫斑病と診断. プレドニゾロン (PSL) 20mg/日を開始したが, 治療抵抗性であり, 浮腫, 胸腹水貯留, 炎症所見, 全身リンパ節腫脹, 進行性腎障害が続発した.

【臨床経過】臨床所見から TAFRO 症候群が鑑別診断に挙げられたが, 骨髓線維化は認めなかった. 一方, 蛋白尿, 抗核抗体陽性 (1280 倍, 斑紋型), 補体低値 (抗 DNA 抗体は陰性) を認めたため全身性エリテマトーデス (SLE) と診断した. PSL を 60mg/日に増量およびミコフェノール酸モフェチルの併用により寛解導入が得られた.

【考察】TAFRO 症候群は近年提唱された新たな疾患概念である. 除外すべき疾患として SLE をはじめとした自己免疫疾患が挙げられている. 本症例は現行の TAFRO 症候群診断基準のうち必須項目および小項目の一部を充足するが SLE の分類基準も満たし免疫抑制療法に速やかに反応したことから, 臨床的に高齢発症 SLE と診断することが適切であると考えられた.

【結語】TAFRO 症候群との鑑別を考える上で示唆に富む SLE の一例を経験した.

### 378 肉眼的血尿と高度貧血で発症したループス膀胱炎の 1 例

富山県立中央病院内科

○蓬田大地, 小林 拓, 越智雅彦, 白石詩織, 越野瑛久

上川康貴, 能勢知可子, 川端雅彦

症例: 47 歳, 女性. 29 歳時に発熱と Raynaud 症状で発症, ds-DNA 抗体陽性, RNP 抗体陽性より全身性エリテマトーデス (SLE)・混合性結合組織病が疑われ, プレドニゾロン (PSL) の投与が開始された. PSL 減量時に環状紅斑が出現した. ds-DNA 抗体の上昇があり, 39 歳よりシクロスポリン (CyA) を併用. 43 歳で左視力低下を自覚し, SLE 網膜症 (乳頭浮腫, 網膜出血) と診断された. 45 歳の CT で左水腎症と水尿管, 下部尿管のびまん性肥厚・拡張を指摘された. 46 歳時に肉眼的血尿が持続し Hb 4.7 g/dL と高度の貧血を呈した. 白血球数 1900, 血小板 7.8 万, CH50 26.8 U/mL と低下, 蛋白尿 2.4 g/gCre, 血清 Cre 1.88 mg/dL, ds-DNA 抗体 29.8 IU/mL, RNP 抗体 446 U/mL と高値であった. CT で両側の腎盂尿管拡張, 尿管壁と膀胱壁肥厚を指摘があり, 膀胱鏡下の生検を施行した. 悪性所見はなく, 尿路感染と間質性膀胱炎による膀胱出血と診断された. 膀胱壁の免疫組織染色で多数の免疫複合体が証明され, ループス膀胱炎と診断した. 輸血とともに PSL 20 mg, CyA 120 mg に増量し血尿と汎血球減少は改善した. 考察: ループス膀胱炎は SLE 患者の 0.5 ~ 1% で合併する稀な疾患である. SLE の免疫学的異常を基盤とする間質性膀胱炎であり, 検尿所見には異常を認めないことが多い. 本例は肉眼的血尿と高度貧血で発症しており, 興味深い症例と考えた.

### 379 蛋白漏出性胃腸症を初発として著明な脂質異常症を合併した全身性エリテマトーデスの 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

神戸市立医療センター中央市民病院総合内科<sup>2)</sup>

○吉田壮志<sup>1)</sup>, 吉田壮志<sup>1)</sup>, 西久保雅司<sup>2)</sup>, 井本寛東<sup>2)</sup>

金森真紀<sup>2)</sup>, 西岡弘晶<sup>2)</sup>

【症例】15 歳男性【主訴】腹痛【現病歴】入院 2 カ月前に眼瞼浮腫が出現した. 入院 4 日前から腹痛があり, 腹部膨満が進行し入院した.【身体所見】両側眼瞼浮腫と頸部リンパ節腫脹あり, 腹部は膨隆し全体に叩打痛と腹水を認める.【検査所見】WBC 5500 / $\mu$ l (リンパ球 990 / $\mu$ l), Hb 12.6 g/dl, Plt 16.9 万 / $\mu$ l, Alb 2.1 g/dl, C3 15 mg/dl, C4 2 mg/dl, TG 845 mg/dl, LDL-C 77 mg/dl, HDL-C 18 mg/dl, CRP 0.2 mg/dl, 抗核抗体 > 2560 倍, 抗 dsDNA 抗体 > 400 IU/ml, 尿蛋白は 135mg/日, 腹部造影 CT: 胸腹水, 肝脾腫, 腹腔内リンパ節腫脹あり.【経過】入院後から下痢が出現し, Alb は 1.7 まで低下した. 蛋白漏出シンチグラフィで漏出所見を認め, 蛋白漏出性胃腸症を初発とした全身性エリテマトーデスと診断した. ヒドロキシクロロキン, ステロイド及び静注シクロフォスファミドで治療し, 腹水は減少し, 治療開始 63 日目には Alb 4.8, 抗 dsDNA 抗体 13.4, TG 219, HDL-C 78 と改善した.【考察】SLE では, TG 高値と HDL-C 低値を呈する “lupus pattern” と呼ばれる脂質異常が認められる. 本症例では, 疾患活動極期に脂質異常も著明な異常値となり, SLE の加療に伴い改善した. 脂質異常が SLE の疾患活動性を反映する可能性が示唆された.

### 380 混合性結合組織病の診断 13 年後に全身性強皮症の病態が顕在化した 1 例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部医療人育成支援センター<sup>2)</sup>

宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学<sup>3)</sup>

○福島理紗<sup>1)</sup>, 宮内俊一<sup>1)</sup>, 小山彰平<sup>1)</sup>, 坪内伸伸<sup>1)</sup>

中島孝治<sup>2)</sup>, 安倍弘生<sup>2)</sup>, 岡山昭彦<sup>3)</sup>, 小松弘幸<sup>1)</sup>

【症例】30 台, 女性.【主訴】右上肢の冷感.【現病歴】13 年前にレイノー症状, 抗 RNP 抗体陽性, 白血球減少, 拘束性換気障害, 筋原性酵素上昇より混合性結合組織病 (MCTD) と診断された. 指尖部潰瘍を伴っており, 副腎皮質ステロイド, 免疫抑制剤, プロスタグランジン製剤の内服を続けていた. 20XX 年 5 月より右上肢の冷感, 右母指尖部の潰瘍増悪があり, 宮崎大学膠原病感染症内科へ入院となった.【臨床経過】白血球数減少はあるものの筋原性酵素上昇はなく, 発熱や炎症所見も認めなかった. 造影 CT で右橈骨動脈および骨幹動脈の狭小化を認めた. 爪郭毛細血管異常, MCP 関節より遠位に限局した皮膚硬化を認め, 全身性強皮症 (SSc) の分類基準を満たした. SSc 関連特異抗体として血清抗 RP-11 抗体陽性であった. ボセンタンの内服を開始し指尖部潰瘍は改善した.【考察】MCTD から SSc へ移行する症例についてはこれまでも報告されており, 病態の再評価は絶えず必要である.

### 381 積極的治療にも関わらず高力価が持続した抗 GBM 抗体病の一例

石巻赤十字病院初期臨床研修医<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○福原悠一朗<sup>1)</sup>、竹内陽一<sup>2)</sup>、小島慶恵<sup>2)</sup>、長澤 将<sup>2)</sup>

【症例】82歳女性【主訴】食欲不振、発熱

【病歴】入院4ヶ月前に発熱・全身倦怠感あり近医受診しインフルエンザ陽性として加療。その後も倦怠感は持続し、入院2ヶ月前には微熱と食欲不振を認めた。次第に臥床傾向となり、体重は2ヶ月間で約4kg減少した。入院2週間前には呼吸困難感・肉眼的血尿を認め、症状改善しないため当院入院となった。

【経過】浮腫や呼吸困難感を認め、採血ではCr 1.87mg/dl、尿検査では血尿(>100/HPF)・尿蛋白(0.8g/day)の腎機能障害を、CTでは間質性肺炎や両側腎腫大の所見を認めた。抗MPO-ANCA抗体(66.9U/ml)と抗GBM抗体(767U/ml)は共に高値であり、腎生検では約50%の糸球体に壊死を認め、壊死性糸球体腎炎と診断した。抗GBM抗体病として第5病日からステロイドパルス療法とシクロフォスファミド療法および7回の血漿交換療法を開始した。第11病日の抗MPO-ANCA抗体価11.4U/mlと改善するも抗GBM抗体価は2200U/mlとむしろ増加傾向であった。その後、腎機能は改善なく第25病日(Cr 6.6mg/dl)に透析導入となった。

【考察】本症例では免疫抑制療法に加え早期に血漿交換を行ったにも関わらず抗GBM抗体価が改善せず、腎機能の改善が望めないことから透析導入となった。抗GBM抗体価と病勢の関連についてはこれまで確立しておらず、結果的にステロイド長期使用に伴うADL低下を招いた。本症例に対しての治療選択の妥当性を文献的考察も加えて報告する。

### 382 筋炎を合併した好酸球性筋膜炎の1例

湘南藤沢徳洲会病院神経内科<sup>1)</sup>

湘南藤沢徳洲会病院放射線科<sup>2)</sup>

○福武 滋<sup>1)</sup>、伊藤 恒<sup>1)</sup>、亀井徹正<sup>1)</sup>、八木進也<sup>2)</sup>

【症例】25歳男性【主訴】四肢腫脹と筋力低下

【現病歴】X月より両手指のつっぱり感が出現した。X+1月より四肢腫脹と下肢痛、及び両側の握力低下と起立困難を生じたためにX+3月に受診した。

【臨床経過】両手指の腫脹と熱感を認めた。四肢は腫脹して皮膚は緊満していたが、orange peel-like appearanceを認めなかった。頸部筋と上肢近位筋の筋力は保たれていたが、握力が右18kg・左15kgに低下しており、Gowers徴候陽性だった。筋原性酵素の上昇や炎症所見を認めず、自己免疫抗体も陰性だったが、好酸球の増加を認めた(12.4%)。骨格筋MRIでは筋膜がびまん性に肥厚していた。針筋電図では筋原性変化を認め、病理学的にも炎症細胞浸潤を伴う筋膜肥厚とその直下の筋細胞の大小不同・endomysiumへの炎症細胞浸潤を認めた。筋炎を伴った好酸球性筋膜炎(EF)と診断し、プレドニゾロンとメトトレキサートを投与したところ臨床所見・画像所見の改善を認めた。

【考察】

Whitlock JBらは類似する症例を報告し、筋痛と筋腫脹の鑑別におけるEFの重要性を示唆している(Muscle Nerve 2017, 56: 525)。EFの診断には血液検査とMRIが有用であるが、筋力低下を認める場合には筋炎の合併を考慮する必要がある。

【結語】

筋炎を合併したEFの1例を報告した

### 383 突然の皮下・筋肉内出血で発症した後天性血友病 A の一例

市立札幌病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

市立札幌病院リウマチ・免疫内科<sup>2)</sup>

○青木礼奈<sup>1)</sup>、片岡 浩<sup>2)</sup>、近藤 真<sup>2)</sup>、向井正也<sup>2)</sup>

【症例】74歳、男性

【主訴】右頸部～肩の腫脹、内出血

【現病歴】出血傾向を呈する薬剤使用歴や、家族歴、既往歴のない74歳男性。突然の左肩関節痛、変色を自覚し当院を受診。頸部に広範囲の皮下出血が見られ、血液検査で進行性の貧血、APTT延長、造影CTで左肩から背部に活動性の筋肉内出血を認めた。病歴から後天性の出血性疾患が疑われ、第VIII因子凝固活性が1%以下であったことから後天性血友病A(Acquired hemophilia A: AHA)が疑われた。止血治療として遺伝子組換え第VII凝固活性因子製剤、免疫抑制療法としてプレドニゾロン60mgを投与開始した。APTTクロスミキシング試験の結果、凝固抑制第VII因子の存在が示唆され、測定値も14B.U.と高値であった。ループスアンチコアグラントは陰性、フォンヴィルブランド病は否定的であることから、AHAと診断された。プレドニゾロン(PSL)単独療法の治療反応性は良好であり、APTT、第VIII因子凝固活性は正常値まで回復し、凝固抑制第VIII因子は感度以下まで低下した。以後PSLを漸減したが、観察期間中の再発傾向は認められなかった。

【考察】AHAはまれな病態であるが、重症・致死的な出血をきたすことがあり、突然発症の出血傾向を認めた場合に鑑別に挙げ、早期治療介入を行うことが重要であると考えられた

### 384 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎に対し、単純血漿交換の導入で救命しえた1例

長崎大学医歯薬総合研究科先進予防医学共同専攻先進予防医学講座リウマチ膠原病内科学分野(第一内科)

○原 万怜、遠藤友志郎、古賀智裕、中村英樹、川上 純

【症例】71歳女性。X年8月より両手指・両上眼瞼の紅斑、四肢の脱力あり、他院に入院となった。筋炎の合併と典型皮疹から皮膚筋炎(DM)の診断となった。初診時に間質性肺炎(IP)の合併は認めなかったが、その後にIPが顕在化し、抗MDA5抗体陽性(>150 index)と判明した。早期からmPSLパルス療法、シクロフォスファミド間歇大量療法(IVCY)で治療を開始し、PSL40mg、シクロスポリン(CyA)内服を開始された。その後mPSLパルスとIVCYをそれぞれ計2度施行されるも、IPは進行性の経過をたどり、11月中旬に当科へ転院となった。酸素療法を開始し、翌日より単純血漿交換(PE)を導入したところ、間質性マーカーやフェリチン値、抗MDA5抗体価の速やかな改善とともに、活動性のIP像は改善を示した。計4回のPE終了後も再燃はなく、経過は良好である。【考察】抗MDA5抗体陽性DMは高頻度に急速進行性間質性肺炎(RPILD)を合併し、予後不良な疾患である。初期から多剤併用免疫抑制療法が推奨されているが、救命しえない症例も多く、新規の有効な治療法が望まれている。本疾患では、サイトカインの異常な活性化や抗MDA5抗体価の病勢との相関が示唆されており、それらの直接的な除去が可能なPEは新規治療の選択肢として期待できる。

### 385 悪性腫瘍を合併した抗 TIF1 $\gamma$ 抗体陽性皮膚筋炎の臨床的検討

湘南鎌倉総合病院総合内科<sup>1)</sup>

湘南鎌倉総合病院リウマチ科<sup>2)</sup>

○伊賀崎麻里<sup>1</sup>, 新津敬之<sup>1</sup>, 豊田真帆<sup>1</sup>, 吉澤和希<sup>2</sup>

北川 泉<sup>1</sup>

【症例】55歳男性【主訴】全身浮腫, 嚥下障害【現病歴】1ヶ月前から上肢浮腫, 皮疹, 飲み込みづらさを発症した。症状持続し, 顔面浮腫, 全身倦怠感も加わり受診となった。【臨床経過】ヘリオトロープ疹, ゴットロン徴候を認め, CK高値, 自己抗体は抗 TIF1 $\gamma$  抗体のみ陽性であり, 皮膚生検結果と併せて皮膚筋炎の診断となった。悪性腫瘍精査で大腸癌 stage3b を認めたが, 経過中, 筋炎症状, 嚥下障害は増悪し, CKは15000台に上昇, 手術先行は困難と判断され, ステロイドパルス, 免疫グロブリン, アザチオプリンを併用し, プレドニゾン先行投与となった。プレドニゾンは20mgまで減量し, 右半結腸切除, 気管切開, 胃瘻造設となった。現在, 術後1ヶ月経過するが, 筋炎症状の改善は乏しい。【考察】抗 TIF1 $\gamma$  抗体陽性の皮膚筋炎は悪性腫瘍の合併が多く, 嚥下障害を来しやすく, 治療抵抗性で再発も多いと言われる。これまで悪性腫瘍を合併した抗 TIF1 $\gamma$  抗体陽性皮膚筋炎に関するまとまった報告は少なく, 治療方針についての一定の見解は得られていない。今回自験例も含め複数症例検討し, 適切な手術のタイミング, 治療方針などに関して考察した。【結語】悪性腫瘍を合併した抗 TIF1 抗体陽性皮膚筋炎の臨床的検討を行った。

### 386 梅毒, 結核, B型肝炎を合併した高安動脈炎の一例

新潟大学医歯学総合研究科腎・膠原病内科<sup>1)</sup>

新潟大学保健管理センター<sup>2)</sup>

新潟大学医学部保健学科<sup>3)</sup>

○荻根沢真也<sup>1</sup>, 中枝武司<sup>1</sup>, 若松彩子<sup>1</sup>, 大塚忠司<sup>1</sup>

野澤由貴子<sup>1</sup>, 佐藤弘恵<sup>2</sup>, 和田庸子<sup>1</sup>, 黒田 毅<sup>2</sup>

中野正明<sup>3</sup>, 成田一衛<sup>1</sup>

【症例】31歳, 女性【主訴】腹痛, 下肢の痺れ【現病歴】X-2年, 労作時の左脚の痺れを自覚した。X年1月, 労作時の右下腹部痛, 間欠性跛行があり, 6月, 造影CTで腹部大動脈閉塞を指摘された。高安動脈炎を疑われ, 7月, 入院した。左橈骨動脈は触知不良で, 収縮期血圧は右上肢117 mmHg, 左上肢68 mmHgであった。血管雑音は聴取しなかった。CRP, 血沈はともに陰性で, STS (+), TPLA (+), FTA-ABS (2+), HBs 抗原 (-), HBs 抗体 (+), HBc 抗体 (+), HBV-DNA (-), Tスポット判定保留, クオエンティフェロン陽性であった。頭頸部MRAで左椎骨動脈の描出不良, 造影CTで左鎖骨下動脈以遠の描出不良, 腹部大動脈の完全閉塞が認められた。以上から高安動脈炎と診断した。PET-CTで取り込みは認められず, 疾患活動性は低いと判断し, 経過観察の方針とした。【考察】鑑別診断として梅毒性中膜炎, 結核性大動脈炎, B型肝炎ウイルス関連動脈炎が挙げられ, いずれも完全には否定できなかった。感染が高安動脈炎発症の契機になるという報告もあり, 本例の発症に感染が寄与した可能性が考えられた。【結語】高安動脈炎の発症機序を考察する上で示唆に富む症例を経験した。

### 387 拡散強調画像で活動性を評価し得た高安動脈炎の一例

福島赤十字病院内科・消化器内科

○橋本 舞, 宮田昌之, 藁谷雄一, 児玉健太, 菅野有紀子

黒田聖仁, 寺島久美子

【症例】68歳女性【主訴】腰痛, 下肢痛, 発熱, 全身倦怠感【現病歴】20XX年1月, 持続する腰痛と両下肢痛があり, 近医整形外科で受診し, MRI所見から腰部脊柱管狭窄症と診断された。手術の方針となったが, 術前の血液検査でCRP18 mg/dLと炎症反応の上昇を指摘され, 微熱も持続したため, 2月に当院内科で紹介受診した。【臨床経過】造影CTで大動脈弓から腹部大動脈にかけて連続性に大動脈壁肥厚を認め, MRI拡散強調画像(以下DWI)では壁肥厚に一致して高信号を認めた。症状と画像所見より高齢発症の高安動脈炎と診断し, ステロイド療法を開始した。約1週間でCRPは0.53 mg/dLまで低下し, 自覚症状も徐々に改善した。ステロイド漸減中に症状, 炎症反応の再燃を認めず, 加療開始から5ヵ月後のDWIでは, 大動脈壁の高信号が消失した。【考察】近年, 高安動脈炎の早期診断や活動性評価にFDG-PET/CTが有用であると報告されているが, 施行できる施設に限られ, 被曝も問題となる。本症例では, DWIで炎症の有無を判別でき, 高安動脈炎の診断および活動性の評価におけるDWIの有用性が示唆された。

### 388 腹痛を契機に診断された, 血管ベーチェット病の1例

鳥取市立病院総合診療科

○福安悠介, 懸樋英一, 藤田良介, 廣谷 茜, 檀原尚典

清水佳都代, 尾坂妙子, 橋本靖弘, 吉田晶代, 足立誠司

【症例】55歳, 男性【主訴】発熱, 腹痛【現病歴】4日前からの発熱と左側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診された。身体診察で口腔内アフタ, 右陰嚢に有痛性潰瘍, 両体幹及び下肢に毛嚢様皮疹を認めた。右大腿の毛嚢様皮疹より皮膚生検施行したところ, 壊死性血管炎の所見が得られた。眼科診察では, 特記する所見を認めなかった。以上より, ベーチェット病不全型と診断した。腹部造影CT所見は, 上腸管膜動脈とその空腸枝の動脈瘤病変を認め, 周囲の脂肪識混濁を認めた。上腸間膜動脈に動脈瘤病変を呈した血管ベーチェット病と診断した。【入院後経過】皮膚粘膜症状はコルヒチンで治癒傾向を認めた。発熱・腹痛が持続したため, ステロイドパルス1000mg/日を3日間とプレドニゾン1mg/kgの後療法を施行したところ, 発熱, 腹痛は速やかに改善した。腹部造影CTの再検査では, 上腸間膜動脈の所見は消失していた。【考察】ステロイド治療が奏功した血管ベーチェット病を経験した。ベーチェット病の患者で腹痛を認めた場合, 血管ベーチェット病を鑑別に挙げるのが重要と考えられた症例であった。上腸管膜動脈に病変を呈する血管ベーチェット病は比較的稀であり, 文献的考察を加え報告する。

### 389 皮膚型結節性多発動脈炎と診断された一例

真生会富山病院内科<sup>1)</sup>

真生会富山病院皮膚科<sup>2)</sup>

○瀬川莉恵子<sup>1)</sup>, 佐々木彰一<sup>1)</sup>, 豊田茂郎<sup>1)</sup>, 刀塚俊起<sup>1)</sup>

花川博義<sup>2)</sup>

【症例】44歳女性【主訴】右足関節部痛, 発熱

【現病歴】200X年9月中旬に左足関節部の腫脹・疼痛が出現し, その後1ヶ月間で39℃台の夜間発熱を繰り返し10月下旬より右足関節部の腫脹・疼痛が出現した。発熱および多関節炎の精査加療目的で入院となった。

【臨床経過】入院後, 不明熱として精査を行った。白血球およびCRP上昇を認め, 尿蛋白陰性, 腎機能障害は認めなかった。各種抗体検査では抗核抗体80倍, SPECLE型80倍, リウマトイド因子陰性, 抗RNP抗体陰性, 抗Sm抗体陰性, 抗SSA抗体陰性, 抗Sci70陰性, PR3ANCA/FEIA陰性, MPOANCA/FEIA陰性, 抗CL-β2GP1抗体1.3U/mL未満であった。CTで有意所見を認めず, 可溶性IL-2レセプターは768U/mlであった。確定診断に至る前に発熱, 関節痛の症状が増悪したため入院4日目プレドニン30mg/day内服を開始した。開始後, 解熱傾向, 両足関節痛改善を認めた。皮膚所見で両足背に網状皮斑(リベド), 大豆大の疼痛性紅斑を認めたため入院2日目皮膚生検を施行した。壊死や潰瘍はなく下腿には網状皮斑(リベド)はなかった。皮膚病理所見では真皮下層から皮下脂肪組織の血管周囲にリンパ球主体の炎症細胞浸潤を認め, 蛍光抗体直接法で血管周囲にIgAの沈着は認めなかった。この皮膚病理所見から結節性多発動脈炎と診断した。また臓器病変なく末梢神経症状・筋症状が皮膚部以外には認めないことから皮膚型結節性多発動脈炎との診断に至った。

【考察】皮膚型結節性多発動脈炎は比較的若年女性に発症し, 長期間再発を繰り返すが生命予後は良好とする報告がある。稀な疾患だが, 本例は皮膚生検により比較的早期に診断され治療を開始できた一例であったと考えられる。

【結語】皮膚型結節性多発動脈炎と診断された一例を経験した。

### 390 手根管症候群を合併したリウマチ性多発筋痛症(PMR)にステロイド投与が奏功した一例

国立病院機構福山医療センター統括診療部<sup>1)</sup>

医療法人紫苑会藤井病院<sup>2)</sup>

○知光祐希<sup>1)</sup>, 宮阪 英<sup>2)</sup>, 豊川達也<sup>1)</sup>

【症例】70代男性

【主訴】全身疼痛

【既往歴】両側手根管症候群, 高血圧, 糖尿病, 高尿酸血症, COPD, 前立腺肥大症

【臨床経過】生活習慣病にて通院中の患者。入院1ヶ月前に左手の手根管症候群に対して手術が行われた。入院当日, 失神で救急搬送され精査目的に入院となった。失神は各種検査施行後状況性失神が疑われたが, 入院直後より全身の疼痛の訴え強く, 微熱も認めていた。詳細に病歴を聴取すると, 入院約1ヶ月前(手根管症候群術後)より両肩~上腕, 両大腿の疼痛及び両手の浮腫を認めていた。入院中の血液検査にて血沈>100, CRP10台でありPMRが疑われた。PMRの診断基準を満たしており診断的治療としてプレドニンの内服を開始すると痛み, しびれともに著明に改善した。退院後予定していた右手手根管症候群の手術は中止し, 外来にてステロイド漸減しており経過は良好である。【考察・結語】PMRで末梢の滑膜炎をきたした場合, 手根管症候群を10-14%で合併するという報告があるが, 本症例もPMRによって手根管症候群を起こしていたと考えられた。PMRと類似疾患のRS3PE症候群でも手根管症候群の合併が報告されているがいずれもステロイドが著効する。本症例もステロイドが奏功したため反対側の手術が不要となった。

### 391 偶発的に発見された梅毒性脾動脈瘤の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

順天堂大学医学部総合診療科<sup>2)</sup>

○登知佑太<sup>1)</sup>, 乾 啓洋<sup>2)</sup>, 加野美希<sup>2)</sup>, 内藤俊夫<sup>2)</sup>

【症例】79歳の女性【主訴】倦怠感, 心窩部不快感

【現病歴】10か月間持続する倦怠感, 心窩部不快感を自覚したため総合診療科を受診した。

【臨床経過】スクリーニングの血液検査では梅毒RPR(定性)陰性, 梅毒TPHA(定性)陽性であり, 梅毒に対しては他院で6年前に治療は終了しているとのことであった。悪性腫瘍精査目的に単純CTを施行したところ脾臓近傍に径12mm大の辺縁石灰化を伴う結節を認め, 脾動脈瘤が考えられた。精査のため再度血液検査施行したところ梅毒RPR(定量)は1倍未満, 梅毒TPHA(定量)では640倍と陽性であり, 梅毒治療後の抗体保有者に偶発的に発見された梅毒性脾動脈瘤であると考えられた。

【考察】梅毒は粘膜の接触を伴う性行為によりトレポネーマが侵入し, 長期にわたって全身に多様な症状を起こす感染症である。日本でも一時減少傾向にあったが, 近年の梅毒総報告数は増加傾向にある。臨床症状は1期から4期に分けられる。本症例は治療後であり, 梅毒に関連のある症状も認めなかったことから画像精査を行わなければ脾動脈瘤は発見されなかったと考えられる。梅毒性脾動脈瘤の報告は少なく, 標準的治療も確立されていない。性的活動性の低い年代でも梅毒感染者では晩期梅毒の症状などに注意する必要があると考える。

【結語】偶発的に発見された梅毒性の脾動脈瘤と考えられる一例を経験した。

### 392 梅毒診療における髄液検査の重要性

自治医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>

自治医科大学附属病院感染症科<sup>2)</sup>

○大谷真紀<sup>1)</sup>, 秋根 大<sup>2)</sup>, 笹原鉄平<sup>2)</sup>, 森澤雄司<sup>2)</sup>

【背景】神経梅毒は注意を要すべき梅毒合併症で, しばしば無症状のまま進行する。髄液検査で診断されるが, その実施条件は各国ガイドラインにより異なる。髄液検査は実際にどのような状況で行うべきか検討した。【方法】後ろ向きの観察研究である。自治医科大学附属病院で2011年4月から2017年7月までに感染症法に基づき梅毒と報告(無症状RPR16IU以上または臨床症状ありRPR陽性)した28人を対象とした。「髄液RPR陽性, 髄液細胞数5/mL以上, 髄液蛋白45mg/mL以上のいずれかを一つを満たした場合」を神経梅毒の判定基準とした。【結果】髄液検査を施行した18人のうち66.7%(12/18人)が神経梅毒の判定基準に合致した。神経症状のある患者の80%(4/5人), 神経症状のない患者の61.5%(8/13人), HIV陽性患者の66.7%(4/6人), HIV陰性患者の66.7%(8/12人)がそれぞれ判定基準に合致した。【考察】神経症状がない患者の61.5%, HIV陰性患者の66.7%が神経梅毒の判定基準に合致したことから, これまで髄液検査を行っていない患者の中にも神経梅毒として治療すべき患者が含まれる可能性がある。【結論】報告基準に至る梅毒患者では, 神経症状がない場合や, HIV陰性であっても髄液検査の実施を考慮すべきである。

### 393 —Killer sore throat— Lemierre 症候群の 1 例

三重県立総合医療センター総合内科

○中澤祐一, 白木克哉, 三羽晃平, 西浦祐貴, 菅 大典

森谷 勲, 山中 豊, 大矢由美, 井上英和, 高瀬幸次郎

【症例】45歳女性【主訴】発熱, 咽頭痛【現病歴】入院1週間前より発熱, 左頸部の痛みと咽頭痛を自覚し, 近医にて扁桃炎の診断で抗生剤等を投与されていたが, 症状軽快せず, 肝障害も出現したため紹介となった。【身体所見】37.1℃の発熱, 口腔内扁桃腫脹・発赤, 両側頸部リンパ節腫脹を認めた。皮膚, 四肢に異常所なかった。【検査結果】WBC 6600/ $\mu$ l/LYMPHO 48.0%, CRP 2.122 mg/dl, PCT 3.08 ng/ml, AST 74 IU/l, ALT 65 IU/lと炎症所見と肝障害を認めた。【臨床経過】ウイルス感染と扁桃腺炎の診断にて精査をすすめたが高熱が続き, 血液培養にて, *Streptococcus intermedius* および *Eikenella corrodens* が検出された。また, CTにて肺野に感染性塞栓を示唆する結節影を多数認めた。造影CTにて, 左扁桃周囲膿瘍と左頸部静脈内に血栓が認められた。以上の所見より, Lemierre 症候群(左扁桃周囲膿瘍→化膿性血栓性静脈炎→敗血症性肺塞栓)と診断した。入院4日目から抗菌薬(CEZ+CLDM)投与を開始し, 入院9日目から抗凝固療法を開始した。徐々に症状は改善し, 入院6週後に退院となった。【結語】Lemierre 症候群は Killer sore throatとも呼ばれ, 急性扁桃炎や扁桃周囲膿瘍の合併症として, 留意すべき疾患であると考えられた。

### 394 扁桃周囲膿瘍から外頸静脈血栓をきたし, 細菌性髄膜炎を合併した Lemierre 症候群の一例

帝京大学医学部附属溝口病院第四内科<sup>1)</sup>

帝京大学医学部附属溝口病院神経内科<sup>2)</sup>

○竹内英之<sup>1</sup>, 菊池健太郎<sup>1</sup>, 永山嘉恭<sup>1</sup>, 原 園佳<sup>1</sup>

杉浦杏奈<sup>1</sup>, 高井敦子<sup>1</sup>, 磯尾直之<sup>1</sup>, 馬場泰尚<sup>2</sup>

原 真純<sup>1</sup>

【症例】27歳男性【主訴】咽頭痛, 発熱, 倦怠感【現病歴】X年5月初旬, 咽頭痛・発熱出現した。6日後に摂食不能となり近医を受診した。左口蓋扁桃腫大, 開口障害, 白血球上昇と血小板減少を認め, 当院に紹介受診となった。【臨床経過】左頸部の腫脹と圧痛, 項部硬直を認め, 頸胸部造影CTで左扁桃周囲膿瘍, 硬膜外膿瘍, 左外頸静脈内腔の閉塞および両側肺に空洞を伴う多発陰影を認めた。髄液で多核白血球が増加, 血液培養から *Fusobacterium necrophorum* が検出された。Lemierre 症候群と診断し, メロペネム投与を開始した。第14病日より解熱し, 第26病日に軽快退院となった。

【考察】Lemierre 症候群で内頸静脈血栓の報告が多いが, 本例は扁桃周囲膿瘍の直接波及による外頸静脈の感染性血栓が敗血症性肺塞栓をきたし, 髄膜炎は硬膜外膿瘍からの波及と考えられた。咽頭痛に対し, 頸部痛や開口障害への着目が救命につながると考えられた。

【結語】Lemierre 症候群の一例を経験した。

### 395 生魚摂食後に *Shewanella algae* 肝膿瘍/菌血症を発生した肝内胆管癌の 1 例

唐津赤十字病院

○成瀬尚美, 宮原貢一, 島村拓弥, 伊東陽一郎, 中山賢一郎  
梅口仁美, 井手康史, 野田隆博

【症例】80代後半女性。胃癌に対して幽門側胃切除後, 海水魚の鮪を摂取し4日後より40℃の発熱が出現。そのため当院救急外来を受診し, CTで肝内胆管癌, 肝膿瘍を指摘された。TAZ/PIPC 4.5g  $\times$  3で治療開始したが解熱なく, 入院4日目に血液培養から *Shewanella algae* が検出されたため, 薬剤感受性に基づき, 同日より SBT/ABPC3g  $\times$  3+LVFX500mg  $\times$  1へと抗生剤を変更した。なお同日肝膿瘍に対して経皮経肝膿瘍ドレナージ(percutaneous transhepatic abscess drainage: PTAD)を施行し, その際の膿汁からも *Shewanella algae* のみが検出された。抗生剤変更翌日より解熱し, 血液培養でも菌は検出されなかった。入院12日目に大腸内視鏡検査を施行し肝彎曲部に胆管癌の直接浸潤による高度狭窄を認め, 同部生検より管状腺癌を検出した。その後は入院17日目より抗生剤をLVFX内服へと変更したが, 感染のコントロールは良好であった。

【考察】好気性グラム陰性桿菌である *Shewanella* は自然界に広く分布しているが, 菌血症の報告は少ない。本症例は生魚の摂取に加え, 担癌患者であったことや大腸狭窄があったことが発症に関与していると考えられた。

### 396 MALDI は市中病院において抗菌薬適正使用に革新をもたらすか

埼玉協同病院内科<sup>1)</sup>

埼玉協同病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○村本耀一<sup>1</sup>, 井上智友記<sup>1</sup>, 山田歩美<sup>1</sup>, 相原雅子<sup>2</sup>

村上純子<sup>2</sup>

【背景】MALDIでは, 細菌検査において質量分析を用いることで従来と比べてより早く菌名特定を行うことができる。現在市中病院でMALDIを導入している施設はほとんどない。当院では2017年12月よりMALDIによる細菌検査を導入した。【目的】MALDIで菌名を特定し, 薬剤感受性リストと併用することで, 早期から適正な抗菌薬を選択できたかについて検討した。【対象】当院MALDI導入後1ヶ月間の血液培養陽性例24人。【方法】菌名報告までの期間と使用した抗菌薬の種類を調査した。抗菌薬に対する感受性を調査し, 当院で使用している薬剤感受性リストと比較した。【結果】MALDIで菌名報告がなされるまでの期間(休日を除く)は血液培養提出から平均1.33日であり, 従来と比べて短かった。原因疾患としては尿路感染症が8人(33.3%)と最多で, 報告された菌名は大腸菌が13人(54.1%)と最も多かった。感受性最終報告までの期間は平均3.27日であり, 従来に比べ明らかな短縮は認めなかったが, 抗菌薬の初回変更は血液培養提出後平均1.96日であった。大腸菌においてはすべての薬剤で薬剤感受性リストより実際の感受性が良好であった。【考察】MALDIでは従来に比べ, 菌名報告までの期間が短縮されており, 抗菌薬の早期選択に大きく寄与していると考えられた。当院で作成している薬剤感受性リストと実際の感受性に相違ないことから, 菌名と薬剤感受性リストを組み合わせることで, より迅速に適正な抗菌薬使用を行うことができると考えられた。

### 397 老健施設における尿路感染症の発生率と治療の現状

浜松医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>

浜松医科大学総合人間科学講座法學<sup>2)</sup>

○森 亘平<sup>1)</sup>, 大野 航<sup>1)</sup>, 谷口かおり<sup>2)</sup>, 大磯義一郎<sup>2)</sup>

【目的】近年、抗菌薬の不適切使用が問題となっている。しかし、老健施設での状況は明らかとなっていない。本研究では老健施設の尿路感染症についての実態を明らかにすることで、尿路感染症の発生を減少させ、耐性菌の増加を防ぐ方策を模索する。【方法】本研究では平成28年10月に全国老人保健施設協会が正会員施設3604施設を対象に行った「介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業」の結果の内、尿路感染症者数、入居者数等を抽出した。比較対象として厚労省院内感染対策サーベイランス事業（平成23～28年）の結果を用い、統計学的に検討した。【結果】老健施設の尿路感染症の発生率（患者数/入院患者（入居者）の入院日数合計×1000）は、0.76であった。一方、病院ICUでは0.56であった。施設で発生した93.3%の尿路感染症が所定疾患施設療養費を用いて治療されていた。また、治療日数は平均5.12日であった。他方、43%の施設で日常的にガイドラインは使用されていなかった。【考察】老健施設では尿路感染症が高頻度で発生していた。治療期間はガイドラインが示す抗菌薬投与期間に満たなかった。さらに半数近くの施設でガイドラインが未使用だったことから、老健施設において抗菌薬の適正使用が十分に浸透していないことが示唆された。老健施設での感染症治療ガイドラインの普及・啓発を行っていく必要が考えられる。

### 398 肝膿瘍を発症した104才の患者にドレナージを行うべきか

～当院における超高齢者に発症した肝膿瘍8例の検討～

沖縄県立中部病院総合内科<sup>1)</sup>

沖縄県立中部病院消化器内科<sup>2)</sup>

沖縄県立中部病院呼吸器内科<sup>3)</sup>

○大野春香<sup>1)</sup>, 尾原晴雄<sup>1)</sup>, 久保田富秋<sup>2)</sup>, 山城 信<sup>3)</sup>

【緒言】予備能の低い超高齢者に侵襲的な処置をどこまで行うか、悩まされる機会は多い。今回我々は104才で肝膿瘍を発症し、経皮的肝膿瘍ドレナージで改善した症例を経験した。当院で経験した超高齢者の肝膿瘍症例8例を含め、ここに報告する。【症例】104歳男性。発熱精査のため当院入院となり、第8病日に腹部造影CTで肝膿瘍の診断となり、imipenem開始。また経皮的膿瘍ドレナージ術が施行された。その後、臨床的に改善し抗菌薬を4週間投与後に退院となった。

【考察】Chenらによれば、肝膿瘍患者で65才以上の高齢者とそれ以下の群で予後を比較し、有意差はなかったとされるが、超高齢者における肝膿瘍の報告は少ない。当院の過去5年間における90才以上に発症した肝膿瘍は8症例であった。8症例中再発例は1例であり、高齢でリスクが高いことを理由にERCPが見送られ、抗菌薬投与のみで改善した。他の7例では内視鏡的治療またはドレナージ術が施行され、全例で臨床的に改善を認め、退院となった。

【結語】超高齢であっても肝膿瘍症例では、まず医学的適応を吟味した上で、家族ともよく相談しながら、ドレナージを検討する価値はある。

### 399 MRI再検が診断に寄与した化膿性脊椎炎の3例

自治医科大学附属病院総合診療内科

○橋本祐一郎, 神田直樹, 神谷尚子, 畠山修司, 松村正巳

【症例】1例目は77歳男性。薬剤性過敏症候群で入院中に発熱と腰痛が出現し、血液培養からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌が検出された。腰痛発症から5日目のMRIに椎体・椎間板に異常信号を認めなかったが、28日目の再検MRIで、L5/S1の椎体および椎間板にSTIR高信号が出現し、化膿性脊椎炎と診断した。2例目は74歳女性。2日前から発熱し、入院当日に後頸部痛が出現した。翌日に施行したMRIでは、椎体・椎間板に異常信号を認めなかったが、入院時の血液培養から肺炎球菌が検出され、入院16日目のMRIでC3/4の化膿性脊椎炎と診断した。3例目は83歳女性。腰痛が出現して14日目のMRIで異常は指摘されなかったが、発熱があり、22日目のMRIでL2/3の化膿性脊椎炎と診断し、CTガイド下椎間板生検検体の培養からクレブシエラ・ニューモニエが検出された。

【考察】これらの症例はいずれも初回MRIで椎体や椎間板に異常信号を認めなかったが、2回目のMRIで異常信号が出現した。化膿性脊椎炎の画像診断はMRIが第一選択で早期診断に有用だが、発症と同時に異常信号が出現するとは限らない。化膿性脊椎炎の有無は治療期間や抗菌薬の選択に関わるため、臨床経過および微生物学的検査結果から化膿性脊椎炎を疑う場合にはMRIの再検を考慮する。

### 400 MDSに合併した好中球性皮膚の発症を疑い、生前の診断に難渋した多発真菌塞栓症（播種性ムーコル症疑い）の1剖検例

金沢大学医薬保健学域医学類<sup>1)</sup>

金沢大学附属病院腎臓内科<sup>2)</sup>

○岩井孝憲<sup>1)</sup>, 北島信治<sup>2)</sup>, 三宅泰人<sup>2)</sup>, 遠山直志<sup>2)</sup>

原 章規<sup>2)</sup>, 岩田恭宜<sup>2)</sup>, 坂井宣彦<sup>2)</sup>, 清水美保<sup>2)</sup>

古市賢吾<sup>2)</sup>, 和田隆志<sup>2)</sup>

【症例】70代、男性。【主訴】発熱、歯肉腫脹。【現病歴】X-2年2月に貧血と血小板低下を認め、骨髓異形成症候群（MDS）と診断した。X-1年1月に左大腿骨頭壊死手術後の炎症反応の遷延、術創部の皮膚発赤、潰瘍を認めた。経過で改善するもその後、右歯肉腫脹と発熱を認め入院した。歯肉感染と診断し抜歯を施行した。経過で点滴刺入部の水疱や表皮剥離を認めた。再燃と増悪を繰り返す、非感染性の皮膚粘膜病変の病態からMDSに合併した好中球性皮膚症を疑った。多発する皮膚粘膜病変が出現し、経口ステロイドを開始した。ステロイドの増減に従って、症状は改善と増悪を繰り返した。X年8月に強直性の痙攣を認め、多発出血性脳梗塞と診断した。9月に右完全麻痺、意識障害、発熱が出現した。血中からはじめて緑膿菌が検出され敗血症性塞栓症を疑い加療を行なった。意識障害は改善傾向を認めたが再び増悪し、呼吸状態の悪化も伴い、永眠となった。剖検を行い多臓器に真菌塞栓症（ムーコル症疑い）の所見を認めた。【考察】ムーコル症は生前の診断に難渋する症例が多い。本例も生前の検査で各種の真菌マーカーは陰性であった。繰り返し発症し、好中球性皮膚症を疑った本例の臨床的経過をふまえて文献的考察を加え報告する。

#### 401 診断の3年前に無菌性髄膜炎とリンパ球減少を認めていた HIV 感染症の1例

上尾中央総合病院初期研修医<sup>1)</sup>

上尾中央総合病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

上尾中央総合病院神経内科<sup>3)</sup>

○葛 航晨<sup>1</sup>, 金田聡門<sup>2</sup>, 鈴木直仁<sup>2</sup>, 山野井貴彦<sup>3</sup>

徳永恵子<sup>3</sup>

【はじめに】HIV 急性感染期は、感染後2～6週頃に発熱、リンパ節腫脹や発疹、下痢等の症状が出現し、24%に無菌性髄膜炎を伴うとされている。今回、SLEに伴う髄膜炎としてステロイド投与されていた患者が髄膜炎の発症3年後にAIDSを発症した。【症例】54歳女性 主婦【主訴】発熱、呼吸苦、咳嗽【現病歴】3年前に発熱・意識障害のため入院した。WBC 4,900 (リンパ球147) / $\mu$ L、髄液細胞数62/ $\mu$ L。諸検査の結果SLEに伴う髄膜炎と診断され、ステロイドの投与が開始された。HIV 関連検査は行われず、PSLを合計16か月継続投与後に中止された。PSL投与中のリンパ球数は概ね正常範囲内で、明らかな感染の合併は認められなかった。今回、発熱・呼吸苦・咳嗽を認め再入院となった。【臨床経過】胸部X線・CTで両肺野のびまん性すりガラス陰影が認められた。Pneumocystis jirovecii-DNA-PCR陽性、CMV-pp65抗原陽性細胞数319/50000細胞と感染が認められ、WBやRNA定量でHIV-1陽性で、HIV感染症AIDS期と診断した。

【考察】3年前の髄膜炎の際に著明なリンパ球減少を認めており、リンパ節腫脹や皮疹などの特徴的症状と合わせ、HIV関連無菌性髄膜炎であったと推測した。1年半に及ぶステロイド投与の影響についても考察を加える。

#### 402 下痢で紹介となり複数の日和見感染/腫瘍の合併が明らかとなった AIDS 症例

JCHO 東京山手メディカルセンター血液内科<sup>1)</sup>

同消化器内科<sup>2)</sup>

同病理診断科<sup>3)</sup>

○高橋尚大<sup>1</sup>, 谷藤辰哉<sup>1</sup>, 米野由希子<sup>1</sup>, 斉藤 聡<sup>2</sup>

阿部佳子<sup>3</sup>, 柳 富子<sup>1</sup>

45歳男性(MSM)。2017年8月頃より頻回下痢(20回/日)が出現し、翌月に他院受診。HIVスクリーニング陽性であり精査加療目的で当科紹介。高度脱水を認め同日入院。BT 36.9, SpO<sub>2</sub> 96%, WBC 2560, Hb 8.0, CRP 4.0,  $\beta$ -D グルカン 56.3, RPR 301.2, TP 抗体 332.4, HIV-1 WB 陽性, CD4 46, HIV-1mRNA 5.0  $\times$  10<sup>4</sup>, CMV 抗原 10/50000。口腔内カンジダ症, 全身皮膚, 硬口蓋, 歯肉にカポジ肉腫(KS)を認め、生検にて確定診断された。便は採取後、直ちに検鏡。栄養体を認めアメーバ腸炎と診断された。Chest X-p 異常なし。CTでは胸膜側末梢優位の淡いすりガラス影を認め、ニューモシスチス肺炎を疑った。入院当日よりKS以外の梅毒を含めた感染症に対する治療を開始した。入院3日目にCF施行しアメーバ腸炎, CMV 腸炎と診断されガンシクロビル開始。GFでは喉頭蓋, 胃にKSを認めた。抗HIV薬(RAL, TAF/FTC)とliposomal doxorubicin (PLD)を同時に開始しKS病変は消失した。【考察】AIDS患者では、複数の日和見感染/腫瘍を合併していることがあり、速やかな診断、治療にチーム医療が重要である。KSで死因となりうる喉頭病変は、見落とさない事が重要であり、治療は抗HIV薬とPLDの併用が推奨される。【結語】下痢で紹介となり複数の日和見感染/腫瘍の合併が判明したAIDS症例を経験した。

#### 403 HIV 感染症治療中に急性肝障害となり、薬剤性との鑑別を要した急性E型肝炎(HEV)の一例

東京大学医学部附属病院感染症内科

○北浦 慧, 若林義賢, 岡崎逢子, 岡田雄大, 池田麻穂子

岡本 耕, 奥川 周, 森屋恭爾

【症例】50歳男性【主訴】倦怠感

【現病歴】2015年5月にHIV/AIDSと診断され、2015年6月より抗HIV薬を開始した。2017年4月末に市販の精力剤(マカ)の内服を開始したところ、その1週間後より倦怠感、微熱、褐色尿が出現した。2017年5月初旬の血液検査でAST 1228 U/L, ALT 1866 U/Lと著明な肝酵素異常があったことから入院となった。

【臨床経過】入院後マカを中止とした。腹部エコーでは明らかな器質的異常はなかった。肝酵素は入院後に軽快し、約1週間の入院で外来経過観察とした。HAV, HBV, HCVの抗体検査ではいずれも急性感染を示唆する所見はなかったが、血清HEV IgA, 血清HEV RNAが陽性で遺伝子型4型であった。2017年6月下旬に便中HEV RNA測定で陰性を確認し、HIV/AIDSに併発した急性E型肝炎と診断した。詳細な問診を行うも感染経路は不明であった。

【考察】HIV感染患者における肝障害の鑑別は多岐に渡るが、原因が明白でない場合は明らかな曝露がなくともE型肝炎は重要な鑑別となる。

【結語】HIV感染治療中に生じた急性E型肝炎の一例を経験した。

#### 404 ニューモシスチス肺炎発症を契機に診断した HIV 感染女性の2例

県立広島病院呼吸器内科・リウマチ科

○須磨治道, 河野紘輝, 中本可奈子, 三好俊太郎, 棚橋弘貴

濱井宏介, 谷本琢也, 庄田浩康, 石川暢久, 前田裕行

【症例1】35歳, 女性。2ヵ月前から発熱・倦怠感を自覚し、近医で抗生剤・解熱剤を処方されたが改善しなかった。3日前から呼吸困難が出現し、胸部CTで両側びまん性すりガラス影を指摘され、紹介受診した。精査の結果ニューモシスチス肺炎と診断した。不特定多数の男性との性交渉歴はないが、既往歴として帯状疱疹を複数回発症していたためHIV感染を疑い精査したところ、HIV感染症と判明した。

【症例2】42歳, 女性。2年程前から感冒様症状を繰り返すようになっていたが、1ヵ月前から呼吸困難を自覚し前医を受診した。胸部CTで両側びまん性すりガラス影を指摘され、間質性肺炎の診断でステロイドパルス療法を施行されたが、著明な改善を認めなかった。頬部紅斑や口腔内アフタなどから膠原病が疑われ、紹介転院した。気管支鏡検査でニューモシスチス肺炎と診断した。風俗関係の職業歴はないが、外国人を含む不特定多数の男性との性交渉歴があり、複数回の帯状疱疹発症と尖圭コンジローマの治療歴を聴取したため、HIV感染症を疑って精査したところHIV感染症と判明した。

【考察】女性のHIV感染者は男性に比してはるかに少なく、その多くが異性間の性的接触が原因である。風俗関係の職業歴がない女性のHIV感染症は非常に稀であるが、上記のような症例が存在することを認識しておく必要があり、問診等でHIV感染症の疑いがある場合には検査を行い、早期の発見に努める必要がある。

#### 405 開腹術1年後の遅発性合併症と考えられる左横隔膜下膿瘍の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科

○利根澤しおり, 中村晃久, 渡辺珠美, 菅原 斉

【症例】74歳男性【主訴】発熱, 左背部痛【現病歴】27歳で虫垂切除術施行。その後5回の腸閉塞に罹患。1年前の腸閉塞では腸管切除術を施行された。2週間前に食欲不振が出現し当院消化器内科にて上部消化管内視鏡検査を施行され異常所見はなかった。同時期より微熱があった。左背部痛が出現し当科紹介受診。左側腹部叩打痛あり, 白血球10,010 /  $\mu\text{L}$  (好中球69%), CRP 8.64 mg/dLであった。腹部造影CTで左横隔膜下膿瘍を認め加療目的に入院。【臨床経過】発作性心房細動に対しダビガトラン内服下であったためABPC/SBT 12g/日による保存的加療を開始した。血液培養は陰性。炎症所見の改善乏しく, ダビガトランを中止し入院3日目にCTガイド下ドレナージを施行し, 膿性の排液を得た。膿瘍培養でABPC/SBT耐性のE.coliが検出されたため, CTRX 2g/日に変更。下部消化管内視鏡検査では脾湾曲部に憩室はなかった。発熱と腹部症状は改善し, 腹部造影CTで膿瘍腔の消失を確認しCTRXを4週間投与後退院。【考察】横隔膜下膿瘍の原因には上部消化管の穿孔, 胆嚢炎, 膵炎などがあり, またリスクには糖尿病やステロイド内服があるが, 本例はいずれも該当しなかった。術後遅発性合併症として稀に開腹術後半年以上経過した後に腹腔内膿瘍を生じることが知られている。本例は術後遅発性合併症として左横隔膜下膿瘍を発症したと考え報告する。

#### 406 当院のレジオネラ症20例の臨床的検討

上尾中央総合病院<sup>1)</sup>

上尾中央総合病院救急総合診療科<sup>2)</sup>

○勝又豊啓<sup>1)</sup>, 鶴 将司<sup>2)</sup>, 高沢有史<sup>2)</sup>

##### 【背景と目的】

レジオネラ肺炎は成人市中肺炎の5%を占め, 死亡率は8~12%とされ早期診断が重要である。当院は救急外来受診2万件, 救急車搬送9千件を超え, 埼玉県東央地域の中・重症患者が当院に集中する。当院でのレジオネラ症患者の検討・臨床的特徴を抽出することにより, 当地域の本症の特徴を明らかにし早期診断の一助としたいと考えた。

##### 【対象と方法】

2012年1月から2017年12月の6年間に当院で経験したレジオネラ症を, 診療録をもとに後視的に検討した。

##### 【結果】

症例は19例(男性16例, 女性3例), 年齢43-84歳(中央値66歳), 入院18例, 死亡2例, 明らかな暴露歴を有するもの7例(37%), 温泉・銭湯・24時間風呂・冷却塔, 呼吸不全10例(53%), 意識障害5例(26%), 低Na血症11例(58%), 高CK血症8例(42%), 下痢4例(21%), Brinkman Index 400以上11例(58%), エタノール摂取60g/日以上3例(16%), 糖尿病8例(42%)だった。

##### 【考察】

レジオネラ症は温泉などの生活歴が広く知られているが半数以上が感染源不明であった。過去の報告にもあるように低Na血症, 高CK血症が優位に認められた。一方で大酒家は一般的に知られるリスクであるが比較的頻度は低く, むしろ大量喫煙歴や糖尿病既往が診断する上で有益な項目と考えた。

#### 407 健常な若年男性に発症し, 診断に苦慮した結核性腹膜炎の一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター初期研修医<sup>1)</sup>

同呼吸器内科<sup>2)</sup>

同消化器内科<sup>3)</sup>

同内科<sup>4)</sup>

○宮本翔太<sup>1)</sup>, 田村朋季<sup>2)</sup>, 秋元 悠<sup>3)</sup>, 森 俊太<sup>2)</sup>

松本千晶<sup>2)</sup>, 西 達也<sup>2)</sup>, 工藤健一郎<sup>2)</sup>, 久山彰一<sup>2)</sup>

田中彰一<sup>3)</sup>, 谷本光音<sup>4)</sup>

結核性腹膜炎は腎不全や肝不全などの免疫力の低下した患者に稀にみられる肺外結核で, 全結核症例の1%以下の稀な疾患である。今回我々は基礎疾患のない若年男性に発症し, 診断に苦慮した結核性腹膜炎の一例を経験したためここに報告する。

症例は22歳男性。生来健康であったが, 38度台の発熱が持続するために近医を受診し, 腹水の貯留を認めたため当院に紹介となった。腹部CTにて大量の腹水と腹膜肥厚, 大網の不整軟部影, 播種を疑う結節を多数認めた。両側の胸水貯留も認めしたが, 肺野に異常は認めなかった。PET-CTでは腹膜肥厚部, 大網に広範にわたるFDGの高集積を認め, 両側胸膜, 傍大動脈リンパ節にもFDGの集積を認めたが, 肺野や腹腔内臓器には異常集積を認めなかった。胸水・腹水中のADAが異常高値を示しQFT検査陽性を認めた。全身麻酔下に審査腹腔鏡を行ったところ, 腹腔内, 腸管, 腹膜, 肝表面に小結節を多数認め, 腹膜切除生検を施行したところ, 組織診にて壊死を伴う肉芽腫を認めた。腹膜結節の組織, 胸腹水中ADA値, QFT検査結果から結核性腹膜炎と診断し, INH/RFP/EB/PZAの4剤にて加療開始したところ, 速やかに胸水の消失を認めた。

#### 408 経過中に播種性ノカルジア症を発症した皮膚筋炎関連間質性肺炎の1例

鹿児島大学病院総合臨床研修センター

○園田理子, 富岡勇也, 谷川健悟, 堂嶽洋一, 隈元朋洋

萩原陽子, 三山英夫, 初 博晃, 井上博雅

【症例】55歳女性。

##### 【現病歴】

2017年2月から抗MDA5抗体陽性の皮膚筋炎関連間質性肺炎に対してプレドニゾロン, タクロリムスを投与した。間質性肺炎の増悪に対しステロイドパルス療法やシクロフォスファミドパルス療法を行い, 改善傾向となっていた。

同年6月に嘔気, 嘔吐, 回転性めまい, 頭痛がみられ, 頭部MRIで左小脳, 右後頭葉, 左上前頭回にリング状に造影される病変を認めた。脳膿瘍と判断しCTX + VCMの投与を開始したが症状は増悪し, 画像所見も改善しなかった。右後頭葉の病変に対して穿刺ドレナージを行ったところ, 粘性の膿汁の流出を認めた。膿汁の塗抹検査でグラム陽性分枝状桿菌を多数認め, 培養検査ではNocardia farcinicaが検出された。胸部CTで左上葉に小結節を認め, 播種性ノカルジア症と診断した。ST合剤での治療で改善が無く, 薬剤感受性検査でST合剤への耐性が判明した。LVFX + MINOに変更したところ, 臨床症状, 画像所見ともに改善傾向となった。その後治療を継続しているが, 現在のところ播種性ノカルジア症の再発の徴候はない。

##### 【結語】

経過中に播種性ノカルジア症を発症した皮膚筋炎関連間質性肺炎の1例を経験した。ノカルジア感染症は日和見感染症として発症することがあり, 免疫抑制治療を施行中の患者では注意が必要である。

#### 409 副作用のため治療薬の選択に難渋した播種性ノカルジア症

国立病院機構東京医療センター総合内科

○小野早紀, 森 伸晃, 吉田心慈, 林 智史, 本田美和子  
鄭 東孝

【症例】75歳女性【主訴】意識障害【現病歴】入院3日前より発熱, 意識障害あり救急外来受診【患者背景】自己免疫性肝炎に対してPSL30mg内服し漸減中【身体所見】GCSE3V4M5.38.4℃. 左視野狭窄, 左注視困難, 構成失行, 左半側空間無視, 消去現象認めた. 右背部に4cm×4cm大の腫瘤. CRP22.2mg/dL【経過】CTで右頭頂葉と側頭葉に腫瘤様構造物, 右肺尖部に低吸収腫瘤を認め, 肺癌の脳転移疑いで入院. その後頭部MRIでは脳膿瘍が疑われ, 右背部腫瘤穿刺にて膿を認めた. 膿培養からキノロン染色陽性グラム陽性桿菌を分離し, 患者背景からノカルジアが疑われた. 播種性ノカルジア症としてIPM/CS, AMK, ST合剤による治療開始. しかしIPM/CSによる意識障害を認めたためLVFXに変更. その後16SrRNA遺伝子の塩基配列より*Nocardia farcinica*と同定. ST合剤による嘔吐を認めたため, 薬剤感受性試験の結果を基にLZDとAMKに変更. しかしLZDによる血球減少を認めたため最終的にCPFXとAMKに変更. その後有害事象なく経過し計8週間の経静脈的投与により各病変の縮小を認めたことから, MFLXの内服へ切り替え退院となった【考察】ステロイド内服時に腫瘤性病変を認めた場合はノカルジア感染症を想起し, 標準治療薬が副作用で使えない場合には, 薬剤感受性試験の結果を基に治療を進めていくことが重要.

#### 410 発熱精査で判明したHaemophilus parainfluenzaeによる感染性心内膜炎の一例

菊名記念病院総合診療科<sup>1)</sup>

昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門<sup>2)</sup>

菊名記念病院心臓血管外科<sup>3)</sup>

○本道春花<sup>1)</sup>, 宮司正道<sup>1)</sup>, 角田隆文<sup>1)</sup>, 大石庸介<sup>2)</sup>

福田 智<sup>3)</sup>, 奈良原裕<sup>3)</sup>, 尾頭 厚<sup>3)</sup>, 村田 升<sup>1)</sup>

【症例】58歳男性【主訴】発熱, 脱力【現病歴】発熱および上肢の脱力を認め, 精査目的に内科入院となった. 【既往歴】鼻中隔矯正術【臨床経過】来院時, SIRS診断基準を3項目, qSOFA基準を1項目満たした. 血液検査では白血球数が24500/ulと高値であった. 感染症が疑われたが, 胸腹部単純CT検査では明らかな感染源は不明であった. 血液培養検査ではHaemophilus parainfluenzae (H.parainfluenzae)が2セット中1セット陽性であった. 心臓超音波検査で僧帽弁に約10mm大の疣贅と僧帽弁破壊による逆流を認めたことから, H.parainfluenzaeを起炎菌とした感染性心内膜炎(IE)と診断し, 抗菌薬治療を開始した. 入院時より心不全症状は認めなかったが, 頭部MRI検査で左頭頂葉に急性期脳梗塞所見が認められた. また第17病日には右手にJaneway発疹, Osler結節と考えられる皮膚所見が出現した. 改訂Duke診断基準はdefiniteであった. 心臓血管外科によって外科的手術が施行され, 術後僧帽弁逆流は改善した. 【考察】H.parainfluenzaeは上気道の常在菌であるが, 基礎疾患のない若年成人にもIEを引き起こすという報告がある. 今回, 起炎菌として稀なH.parainfluenzaeによるIEを経験したので報告する.

#### 411 Hypermucoviscous Klebsiella pneumoniae (hvKP)による気腫性前立腺膿瘍の1例

日本大学医学部附属板橋病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

日本大学医学部内科学系総合診療学分野<sup>2)</sup>

東邦大学医学部微生物・感染症学講座<sup>3)</sup>

○孫 燕<sup>1)</sup>, 鈴木清澄<sup>2)</sup>, 徳永智彦<sup>2)</sup>, 稲垣喜則<sup>2)</sup>

小長井誠<sup>2)</sup>, 大橋 明<sup>2)</sup>, 林 悠太<sup>2)</sup>, 矢内 充<sup>2)</sup>

相馬正義<sup>2)</sup>, 山口哲央<sup>3)</sup>

【症例】75歳, 男性【既往歴】認知症【臨床経過】来院2日前から発熱(39.4℃), 活気低下を認めショックバイタルで搬送された. 採血でWBC 32,000/μL, BG 367 mg/dL, HbA1c 7.3%, 尿検査で膿尿を認めた. CT施行し気腫性膀胱炎, 気腫性前立腺膿瘍, 右腎膿瘍による敗血症性ショック, DICの診断で入院した. MEPM, トロンボモジュリン製剤を開始し, ドレナージも検討したが全身状態不良であることから施行困難であった. 入院時の血液, 尿培養からstring test陽性の*K. pneumoniae*が検出された(血清型K1, rmpA・magA陽性). 眼科診察では白内障を認めるのみであった. CTRXに変更し合計8週間の治療を行った.

【考察】hvKPは, 主に糖尿病患者におけるinvasive liver abscess syndromeの起炎菌として知られているが, これまで気腫性前立腺膿瘍(死亡率25%)の報告はない. 本症例は, 未指摘糖尿病にhvKPによる膿瘍を伴う多発気腫性尿路感染症を合併したが, 保存的加療で救命し得た.

【結語】糖尿病患者の発熱では, hvKPによる多発気腫性尿路感染症も考慮すべきである.

#### 412 ウレアーゼ産生菌による尿路感染症により高NH3血症を来した1例

松下記念病院総合診療科<sup>1)</sup>

松下記念病院外科<sup>2)</sup>

○羽生桃子<sup>1)</sup>, 岡田博史<sup>1)</sup>, 山口勝利<sup>1)</sup>, 川俣博史<sup>1)</sup>

三好友樹<sup>1)</sup>, 小山田裕一<sup>1)</sup>, 山根哲郎<sup>2)</sup>

【主訴】意識障害【既往歴】69歳:子宮・卵巣癌術後から自己導尿【現病歴】85歳女性. 201X年7月脱水にて他院入院となったが, GCS E1V1M4の意識障害が出現したため当院転院となった. 【経過】頭部CT, MRI検査にて特記すべき所見は認めず, 血液検査にてNH3 273 μg/dlと高NH3血症を認め, 意識障害の原因と考えた. 腹部造影CTにて肝に特記すべき異常所見なく, 両側水腎と, 尿検査で細菌尿, 膿尿を認めたことからウレアーゼ産生菌による高NH3血症を疑った. 抗生剤投与及び尿道留置カテーテル挿入により, 翌日の血液検査でNH3値は速やかに改善し(NH3 13 μg/dl), 意識レベルもGCS E4V4M6にまで改善した. 【考察】ウレアーゼ産生菌感染による尿路感染症で高NH3血症をきたした1例を経験した. ウレアーゼは尿素を分解してCO<sub>2</sub>とNH<sub>3</sub>を産生する酵素であり, 尿中で生成されたNH<sub>3</sub>が膀胱静脈叢から吸収され, 直接体循環へ移行することで高NH<sub>3</sub>血症をきたすとされている. 本症例では術後の尿閉に対し自己導入されており, 尿道留置カテーテル挿入後から意識レベルは速やかに改善したことから, 尿閉が誘引となった可能性が考えられる. 意識障害を鑑別する上で肝疾患の既往がない高NH<sub>3</sub>血症を認めた場合は, ウレアーゼ産生菌による尿路感染症も確認すべきであると考えられる.

#### 413 ■ MSSA 性化膿性関節炎と MRSA 性化膿性関節炎の臨床的特徴に関する比較検討

湘南鎌倉総合病院総合内科<sup>1)</sup>

湘南鎌倉総合病院消化器病センター<sup>2)</sup>

○辻 喬繁<sup>1)</sup>, 熊谷知博<sup>1)</sup>, 魚嶋晴紀<sup>2)</sup>, 北川 泉<sup>1)</sup>

【背景】化膿性関節炎は早期の適切な抗菌薬投与が必要とされる緊急疾患である。起病菌の多くは黄色ブドウ球菌であるが、MSSA と MRSA どちらを想起するかで最適な抗菌薬が異なり、初期抗菌薬選択に苦慮する。今回我々は、当院における黄色ブドウ球菌性化膿性関節炎の中で MSSA と MRSA の臨床的特徴を対比して検討したため報告する。【方法】研究期間は 2006 年 4 月から 2017 年 12 月とした。対象患者は、関節液培養より黄色ブドウ球菌性化膿性関節炎の診断に至った 40 例。対象患者を MSSA 性化膿性関節炎群と MRSA 性化膿性関節炎群の 2 群に分け、背景因子を比較検討することで、臨床的特徴を明らかにした。【結果】MSSA 群: 26 例, 年齢中央値 77.5 歳 (40-86), 男女比 1.3:3, Charlson Comorbidity Index (CCI) 中央値 2 (0-7), Elixhauser Comorbidity Index (ECI) 中央値 3.5 (4-19)。MRSA 群: 14 例, 年齢中央値 80.5 歳 (67-98), 男女比 1.3:1, CCI 中央値 4 (0-8), ECI 中央値 15 (2-30)。Mann-Whitney U Test にて 2 群間の比較検定を行ったところ、年齢 (P=0.033), 性別 (P=0.043), CCI (P=0.045), ECI (P=0.001) にて有意差を認めた。【結論】高齢男性かつ CCI, ECI スコアが高値である患者では、MRSA に起因した化膿性関節炎の可能性が高いことが示された。

#### 414 致死の転機をたどったメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) による感染性心内膜炎の一例

沖縄県立北部病院内科

○齋藤隆弘, 徳増一樹, 山本恭資, 永田恵蔵

【症例】57 歳 女性【主訴】意識障害【既往歴】糖尿病性腎症を契機に血液透析 小腸穿孔術後 脳梗塞【現病歴】入院 7 日前から全身倦怠感, 3 日前より発熱があり入院当日から頭痛・意識障害のため救急車で受診した。【経過】診察上、髄膜刺激兆候・眼瞼結膜点状出血があった。頭部 MRI にて新規脳梗塞像・心エコーで僧帽弁に疣贅疑い・髄液検査で多核優位の細胞数上昇を認め、感染性心内膜炎に細菌性髄膜炎を合併したと考えセフトリアキソン・バンコマイシン・アンピシリンを用い治療した。血液培養からは MRSA を検出した。心不全の出現がなかったため内科的加療を継続したが、第 8 病日に腹痛を訴え全身造影 CT を撮影したところ、上腸間膜動脈塞栓・出血性脳梗塞を合併していた。同日心エコー検査で新規の大動脈弁逆流症が出現し、血管内カテーテル治療を行い塞栓子を除去したが、その後も乳酸アシドーシスが進行し死亡した。

【考察】

感染性心内膜炎の進行とともに塞栓症を発症し急激な悪化をした。塞栓症の発生を減らすためには、敗血症の段階から治療介入を行い早期の抗菌薬投与が重要と考えられたため報告する。

【結論】早期の治療介入の必要性を再認識した MRSA による感染性心内膜炎の一例を経験した。

#### 415 Aeromonas 腸炎が発症契機となった成人発症の溶血性尿毒症症候群の 1 例

麻生飯塚病院総合診療科

○菅原大輔, 富山周作, 井村 洋

【共同演者】菅原大輔 富山周作 井村洋【症例】74 歳女性【主訴】血便【現病歴】特記すべき既往歴のない方で、3 日前からの血便、腹痛を主訴に来院し、感染性腸炎の診断で入院した。【入院後経過】入院後から徐々に血小板が低下し、溶血性貧血、腎機能障害も見られるようになった。目視で破碎赤血球を認め、血栓性微小血管障害症が考えられた。第 5 病日には血小板は 1.4 万/μl まで低下し、血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) の可能性も考慮し、血漿交換を第 6, 第 8 病日に施行した。その後は上記の採血結果はいずれも軽快し再燃なく経過した。後日判明した結果では、ADAMTS13 活性の明らかな低下はなく、抗 ADAMTS13 抗体も陰性であることから、TTP は否定的と考えられた。また、便培養では腸管出血性大腸菌 (EHEC) は検出されなかったが、Aeromonas spp が検出され、臨床症状とあわせて Aeromonas 腸炎が発症契機となった溶血性尿毒症症候群 (HUS) と診断した。【考察】HUS は典型的には EHEC から産生される志賀毒素により惹起される血栓性微小血管障害であるが、Aeromonas spp も志賀毒素を産生するという報告や、HUS を発症したという報告もいくつか散見される。本症例も臨床経過や便培養の結果から、Aeromonas 腸炎による HUS と診断できた貴重な症例と考えられた。【結論】Aeromonas 腸炎が発症契機となった HUS の症例を経験した。

#### 416 多型滲出性紅斑にて発症した旅行者下痢症としての Salmonella Poona/Farmsen 菌血症・腸炎

福井大学医学部内科学 (1)<sup>1)</sup>

福井大学医学部附属病院感染制御部<sup>2)</sup>

○山内英暉<sup>1)</sup>, 田居克規<sup>1)</sup>, 松田安史<sup>1)</sup>, 細野奈穂子<sup>1)</sup>

山内高弘<sup>1)</sup>, 岩崎博道<sup>2)</sup>

【症例】20 歳男性【主訴】発熱, 腹痛, 下痢, 多型滲出性紅斑【現病歴】2017 年 8 月末からバンコク (タイ) に 3 週間滞在し、9 月中旬に帰国した。帰国後 day2 から全身に多型滲出性紅斑が出現し、day7 から 39℃ の発熱, 腹痛, 水様便を認めたため近医受診した。整腸剤, ホスホマイシン処方されるも改善なく、当科紹介入院 (day9) となった。【臨床経過】輸入感染症もしくは旅行者下痢症を想定して精査を行ったところ、便および血液培養から Salmonella Poona/Farmsen が検出され、サルモネラ菌血症・腸炎と診断した。レボフロキサシン内服、その後セフトリアキソン点滴に変更し、症状は軽快したため退院 (day18) となった。【考察】アジア地域は旅行者下痢症の高リスク地域であり、バンコクに滞在した旅行者の 26% が本症を発症したとの報告もある。Salmonella Poona/Farmsen はリクガメやイグアナなどの爬虫類から高率に検出され、ペット用カメに由来するサルモネラ症の原因菌として、しばしば幼児に重篤な症状を示すことが知られている。また、サルモネラ菌と多型滲出性紅斑との関連を示唆する 2 例の症例報告がある。【結論】多型滲出性紅斑にて発症した旅行者下痢症としての Salmonella Poona/Farmsen 菌血症・腸炎を経験した。

#### 417 原因不明の胸痛で来院した肋骨骨髓炎の一例

石巻赤十字病院内科<sup>1)</sup>

石巻赤十字病院救急科<sup>2)</sup>

○中山湧貴<sup>1</sup>, 遠山昌平<sup>2</sup>, 長澤 将<sup>1</sup>

【症例】80歳男性【主訴】左側胸部痛【既往歴】糖尿病（直近のHbA1c=11.4%）【現病歴】数日の内に増悪する左側胸部痛を自覚し、当院救急外来を数回受診、対症療法を行っていた。2日後に再度撮影された胸部単純CTで、2日前には認めなかったガス像を左第6肋骨部位に認めた。WBC=14400/ $\mu$ L, CRP=25.1mg/dl, 肋骨骨髓炎の診断として入院となった。

【経過】メロペネムにて治療開始。病変部である左第6肋骨のドレナージでは膿とガスの排出を認めた。胸腔内にも膿が貯留しており、胸腔ドレーン留置した。後日、血液培養からMSSAが検出され起炎菌と考えられたため抗菌薬をセファゾリンへ変更した。さらに詳細に病歴を聴取すると数日前に右足の火傷を負っており、この部位から菌が侵入したと考えた。適宜外科的なデブリドマンと胸腔内液の排液を継続し、病状は改善していった。

【考察】肋骨骨髓炎は骨髓炎全体の中でも0.8%~1.03%と稀な疾患であるが、今回の症例では重度の糖尿病の背景もあり骨髓炎となるリスクは十分に考えられた。重度糖尿病などの易感染性を背景にもつ患者の原因不明の胸痛では肋骨骨髓炎も鑑別に上げる必要がある。

#### 419 頸部化膿性筋炎の1例

JCHO 東京新宿メディカルセンター内科<sup>1)</sup>

JCHO 東京城東病院内科<sup>2)</sup>

○石田悠人<sup>1</sup>, 清水秀文<sup>1</sup>, 楠崎容史<sup>1</sup>, 東原和哉<sup>1</sup>

大内啓嗣<sup>2</sup>, 君川千尋<sup>1</sup>, 権 杞映<sup>1</sup>, 小巻奨吾<sup>1</sup>

福満紅実<sup>1</sup>

【現病歴】慢性的な腰痛に対し近医整形外科で加療されていた以外は生来健康であった。入院約2ヶ月前から腰痛が増悪し、約1週間前から左頸部痛、左鼠径部痛、微熱が出現した。左鼠径部痛が増悪し、立位困難となったため精査加療目的に当院へ入院となった。

【臨床経過】入院時に左頸部の腫脹を認めたが、エコーでは明らかな液体貯留を認めず、穿刺でも膿の排出を認めなかった。抗生剤投与を開始するも頸部腫脹は増大し、頸部デブリドマンを施行した。壊死した筋組織を認め、化膿性筋炎と診断した。画像検索の結果、腸腰筋膿瘍や椎体炎、硬膜外膿瘍、腎盂腎炎、内閉鎖筋膿瘍を伴っていた。血液培養、筋組織からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌（MSSA）が検出され、遺伝子の検討を行ったがTSST-1やPVLといった毒素遺伝子は保有していなかった。3ヶ月の抗生剤投与後、退院となった。化膿性筋炎の背景となるような基礎疾患は認めなかった。

【考察】化膿性筋炎の成人発症例は本邦では報告が少ない。また頸部での発症も稀である。起炎菌となったMSSAの遺伝子解析も行ったので、その結果の考察も含めて発表する。

#### 418 3週間前の運動中に受傷した臀部擦過傷を契機に発症した敗血症と化膿性筋炎の健常男子の1例

藤沢市民病院呼吸器内科<sup>1)</sup>

桜ヶ丘中央病院内科<sup>2)</sup>

○田中克志<sup>1</sup>, 堂下皓世<sup>1</sup>, 宮園 希<sup>1</sup>, 水堂祐広<sup>1</sup>

増田 誠<sup>1</sup>, 草野暢子<sup>1</sup>, 高島良樹<sup>2</sup>, 西川正憲<sup>1</sup>

【緒言】化膿性筋炎は骨格筋に生じる重急性的の深部感染症である。熱帯地域で多く報告されており、温帯地域にある我が国では稀な疾患とされている。【症例】17歳男子。発熱と腰痛が持続するため搬入された。特記すべき既往歴と併存症はない。10日前から腰痛があり、8日前に40℃の発熱がみられたため前医に入院した。骨盤MRIで左腸骨に血腫を認めたが、発熱の原因は不明であった。5日前から抗菌薬使用したが、発熱が持続するため、当院へ転入された。心音と呼吸音とに異常はなかった。白血球13,500/ $\mu$ L, CRP 25.5mg/dLであった。血液培養にて黄色ブドウ球菌（PC系耐性）を同定した。体幹部造影CTにて左大腰筋、左中臀筋、左棘筋に筋肉内膿瘍に矛盾しない所見を認め、化膿性筋炎と診断した。口腔内を含めた身体診察で感染侵入門戸を検索したが、臀部に痂皮形成を伴う小さな擦過傷を認めるのみであった。3週前に運動部の練習中に臀部擦過傷を受傷していた。抗菌薬投与12週間で治癒した。【結語】健常人において体表のわずかな擦過傷から病原微生物が侵入し化膿性筋炎を発症するとの報告が散見されている。不明熱の原因検索法として身体診察が有用であることを忘れてはいけない。

#### 420 高齢者に発症し保存的治療で軽快した閉鎖筋膿瘍の1例

宮崎県立日南病院

○松本尊行, 島津久遠, 早川 学, 原誠一郎

【症例】77歳女性【主訴】腰痛

【現病歴】2010年〇月に急性発症の腰痛を自覚し、近医を受診した。腰椎圧迫骨折は認めなかったが、症状が持続し、CRP上昇（35.2mg/dL）を認めたため、精査加療目的で当院へ転院となった。

【臨床経過】CT・MRIにて右閉鎖筋膿瘍と周囲の脂肪織濃度の上昇が疑われた。また、血液培養と尿培養からそれぞれ黄色ブドウ球菌が検出されたため、経静脈的にセファゾリン（CEZ）投与を開始した。その後、臨床症状の改善と血液検査での炎症所見の改善を認め、2週間のCEZ投与後に血液培養の陰性化を確認した後、さらに2週間の経静脈的CEZ投与を行い、レボフロキサシン（LVFX）内服に切り替えた。経過中のCTでは膿瘍のサイズに変化は認めなかったが周囲の脂肪織濃度は改善し、腰痛の訴えもなくなったため、第40病日に退院となった。

【考察】小児における閉鎖筋膿瘍の報告は散見されるが、糖尿病、免疫不全のない成人の症例は報告が少なく明確な治療指針が確立されていないのが現状である。本症例では腸腰筋膿瘍とブドウ球菌菌血症の標準治療を参考に加療し、臨床症状と検査データの改善が得られた。急性発症の腰痛の鑑別として、深部膿瘍を考える必要性を再認識した症例であった。【結語】高齢者に発症した閉鎖筋膿瘍の一例を経験した。

## 421 Edwardsiella tardaによる特発性腹膜炎から敗血症性ショックを引き起こした一例

社会医療法人生長会府中病院<sup>1)</sup>

社会医療法人生長会府中病院総合診療センター<sup>2)</sup>

○仲子聡一郎<sup>1</sup>, 太田忠信<sup>2</sup>, 梅田桜子<sup>2</sup>, 村上義郎<sup>2</sup>

梅田卓郎<sup>2</sup>, 賀来大輔<sup>2</sup>, 小林勇介<sup>2</sup>, 津村 圭<sup>2</sup>

【症例】43歳, 女性【主訴】腹痛【既往歴/嗜好歴】アルコール性肝炎, 糖尿病, 多量飲酒歴あり。【現病歴】受診前日より腹痛, 水様性下痢で発症。当院受診時, 意識清明だが血圧72/51(62)mmHg, 脈拍149回/分とショックバイタル, 腹部全体に筋性防御を認めた。腹部造影CTで盲腸から上行結腸にかけて造影不良を指摘, 緊急試験開腹術を行った。術中腸管に明らかな虚血や穿孔は指摘できなかったが, 大量の混濁腹水を認めた。術後集中治療室にて治療を行うも第二病日に死亡確認となった。後日, 血液培養及び腹水培養よりEdwardsiella tardaが検出された。

【考察】Edwardsiella tardaは1965年に初めて報告された細菌で, 人に感染すると主に急性胃腸炎を引き起こし, 多くは自然寛解する。しかし高齢者や基礎疾患を有する患者では時に壊死性筋膜炎や菌血症から重篤な転機をとり注意を要する。今回の症例では特発性細菌性腹膜炎から敗血症性ショックを引き起こしたが, このような報告は稀であり, 症例の蓄積が望まれる。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 422 診断に難渋した成人手足口病の一例

東北大学医学部医学科<sup>1)</sup>

東北大学病院総合感染症科<sup>2)</sup>

東北大学病院総合診療科<sup>3)</sup>

○瀬堂川拓<sup>1</sup>, 青柳哲史<sup>2</sup>, 黒田 仁<sup>3</sup>, 賀来満夫<sup>2</sup>

【症例】20歳男性【主訴】発熱, 腹痛

【現病歴】入院1週間前に臀部痛が出現し, 臀部膿皮症の診断でセフカペンビポキシル塩酸塩水和物が処方された。入院3日前より38℃台の発熱が出現し, 入院日に当院形成外科を受診するも, 発熱の原因として臀部膿皮症の関与は積極的に考えられなかった。40.1℃の発熱, 全身衰弱, 腹痛があり, 当院総合感染症科に入院となった。

【経過】入院時JCSI - 1, HR 130/min, SpO2 96%, BP 118/70mmHg BT 40.1℃, RR 24/min. 全身状態不良で悪寒震戦を認めた。咽頭発赤, 左頸部リンパ節の軽度圧痛, 左臀部の発赤を認めたが, その他理学所見は陰性であった。Group A streptococcus 迅速抗原検査陰性。qSOFA2点で敗血症を考え血液培養採取, セフトリアキソン開始となった。入院翌日より咽頭痛, 陰窩の白苔が出現した。4日目に手掌, 足底に一部有痛性の点状紅斑を認め, 感染性心内膜炎が疑われたが心エコーで疣贅を認めず, この時点で血液培養も陰性であった。入院5日目に流行状況, 小児との接触歴から手足口病が疑われ, 抗体価検査でコクサッキーウイルス(CV)-A6で512倍, CV-A16で360倍と上昇を認めた。

【考察】手足口病の成人に占める割合は少ない上, 入院に至る重症症例の報告は更に少ない。今回, 特徴的な皮疹を経過後期まで認めず, 鑑別に苦慮した成人手足口病の症例を経験したので報告する。

## 423 経過中に一過性の白質病変を認めた日本脳炎の一例

県立広島病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

県立広島病院脳神経内科<sup>2)</sup>

○田中健太<sup>1</sup>, 山田英忠<sup>2</sup>, 棚橋梨奈<sup>2</sup>, 向井智哉<sup>2</sup>

荒木陸子<sup>2</sup>, 仲 博満<sup>2</sup>, 時信 弘<sup>2</sup>

症例は農業協同組合職員の58歳男性である。9月X-3日より38℃台の発熱と頭痛を認めていたが自宅で経過をみていた。9月X日の起床時に便失禁があり, シャワーや髭剃りの動作が拙劣なため, 当院へ搬送された。

来院時, 体温38.6℃, GCSE3V4M6の意識障害, 頭痛, 髄膜刺激徴候を認め, 髄液細胞数, 蛋白の上昇, 頭部MRIで両側視床に異常信号を認めた。日本脳炎ウイルス抗体価(CF法/HI法)のベア血清での上昇, 特異的IgM抗体(ELISA法)の上昇を認め, 日本脳炎と診断した。

【経過】ステロイドパルス療法開始後に意識障害, 髄液所見は改善を認めたが, 終了後より再度傾眠傾向となった。第4病日に施行した頭部MRIにて両側性に白質病変が出現し, 自然経過にて第10病日に消失した。白質病変消失後も傾眠傾向は持続したため第11病日より再度ステロイドパルス療法を施行した。意識障害は再度改善したが, 高次脳機能障害が残存しリハビリテーション病院へ転院した。

【考察】日本脳炎は画像所見として両側視床病変が特徴的であり病歴と合わせて診断に有用であった。本例では経過中に白質病変の出現を認めたが, 臨床経過や髄液所見の経過から, 二次性の免疫介在性脳炎との鑑別を要した。

## 424 集学的治療にて救命しえた非外傷性Pasteurella Multocidaによる敗血症の1例

鳥取市立病院教育研修センター<sup>1)</sup>

鳥取市立病院総合診療科<sup>2)</sup>

鳥取市立病院内科<sup>3)</sup>

鳥取市立病院麻酔科<sup>4)</sup>

岡山大学病院血液腫瘍内科<sup>5)</sup>

○嶋崎 岳<sup>1</sup>, 懸樋英一<sup>2</sup>, 前田祐哉<sup>3</sup>, 久代昌彦<sup>3</sup>

谷水将邦<sup>3</sup>, 井上悠希<sup>4</sup>, 清水貴志<sup>4</sup>, 碓井喜明<sup>5</sup>

【緒言】Pasteurella Multocida(以下PM)は犬猫の口腔内・爪に常在する通性嫌気性グラム陰性桿菌で, 咬傷による外傷性感染と外傷を伴わない非外傷性感染がある。一般的には予後良好だが, 重症化する症例もあり, 特に敗血症の致死率は20%に及ぶ。今回, 集学的治療により救命しえたPMによる敗血症を経験した。【症例】64歳男性。基礎疾患のリンパ形質細胞性リンパ腫(LPL)は, 無症状にて経過観察されていた。誘因なく発熱と腰痛が出現し, 急速に状態が悪化。ショック状態で肝機能障害, 急性腎障害, 急性呼吸不全, 播種性血管内凝固症候群も併発していた。入院時の血液培養よりPMが証明され, 左腸腰膿瘍が感染巣と考えられた。広域抗生剤, 人工呼吸器管理, 血液浄化療法に続く腎代替療法等の集学的治療で救命しえた。PMは非外傷性感染で, 家族より室内飼育犬との濃厚な接触歴を確認した。【考察】本例は基礎疾患のLPLで血清IgA値が著明に低下しており, 粘膜等の局所免疫低下がPM感染成立に関連した可能性が考えられた。また, 近年, ペットは室内飼育が主流だが, PMは重症化する可能性のある人畜感染症の起原菌として, 啓蒙をしてゆく必要があると考えられた。

## 425 不明熱を呈し、シェーグレン症候群と鑑別を要した *Bartonella henselae* 大血管グラフト感染症の一例

沖縄県立中部病院循環器内科<sup>1)</sup>

同感染症内科<sup>2)</sup>

○板金正記<sup>1</sup>、高倉俊一<sup>2</sup>、成田 雅<sup>2</sup>、和気 稔<sup>1</sup>

【症例】50歳男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】大動脈解離に対し上行～弓部大動脈・大動脈弁置換術後の方。上記主訴で当院受診し、心不全の診断で入院。来院時、自覚のない発熱と体重減少を認めた。【経過】身体所見で収縮期雑音を認めた。採血で赤沈118mmと高値、造影CTで脾腫を認めた。利尿薬で心不全は改善したが、発熱は持続。第8病日、右眼瞼結膜に点状出血が出現し、感染性心内膜炎を疑い経食道心エコーを施行するも疣贅は認めなかった。血液培養は8セット陰性。追加の病歴で友人が飼育するネコとの接触歴と関節リウマチの家族歴が得られ、*Bartonella* 抗体と各種自己抗体を提出。その後、c-ANCA 15.2 IU/ml、抗SS-A抗体 126 U/mlと判明し、特にシェーグレン症候群を疑ったが、口唇生検で有意な所見は認めなかった。第42病日、*B. henselae*-IgG 1024倍、IgM 320倍、血液PCR陽性と判明。FDG-PET施行し、上行～弓部大動脈に集積を認め、診断に至った。手術リスクは高く、DOXY 200 mg/日長期内服の方針とした。治療開始後は速やかに解熱し、第55病日に独歩で退院した。【考察】*Bartonella* 慢性感染症では、ANCA、抗SS-A抗体など自己抗体が陽性となり、自己免疫疾患と鑑別を要した報告がある。自己抗体が陽性であっても、*Bartonella* 感染症や心血管系感染症のリスクが高い場合は、その可能性を積極的に考慮すべきである。

## 426 重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) の鑑別に関する検討

紀南病院内科<sup>1)</sup>

紀南病院消化器内科<sup>2)</sup>

○川浪翔大<sup>1</sup>、山西一輝<sup>1</sup>、早川佳奈<sup>1</sup>、早川隆洋<sup>1</sup>

小原俊央<sup>2</sup>、山西浩文<sup>2</sup>、太田敬之<sup>1</sup>、中野好夫<sup>1</sup>

藤本特三<sup>1</sup>

【背景と目的】SFTSは、ブニヤウイルスによるマダニ媒介性感染症であり、20%の高い致死率が報告されている。発熱、消化器症状、血球減少、肝酵素上昇を呈するが、初診時に全ての所見は認めず、診断に苦慮する。今回我々は、SFTSと類似疾患の相違点および早期診断と予後の関係性を検討した。【方法】医学中央雑誌でSFTSをキーワードとして検索し、年齢、性別、入院時所見、治療内容、転帰が分かる25例に当院で診断した5例を加えた30例に関して、他の鑑別疾患と早期鑑別の有用性を後方視的に検討した。【結果】初診時でSFTSを鑑別に挙げたものは7例(23%)と少なく、日本紅斑熱との鑑別に難渋する報告が多かった。相違点を比較した所、SFTSでは症状が多彩で、白血球数とCRPが低値であった。また、生存群と死亡群で発症から診断までの日数に関し、有意差は認めなかった。【考察】SFTSを初診時で鑑別することは難しいが、多彩な症状、炎症反応低値を認める患者では、SFTSを鑑別に挙げ、嚴重な経過観察が必要と考える。今回、早期診断の有効性は示されなかったが、抗ウイルス薬の開発により、今後は早期診断の重要性が高まると考える。【結語】多様な症状、白血球数とCRP低値を認める場合は、SFTSを鑑別すべきである。

## 427 SFTS ウイルス量とサイトカインを解析した重症熱性血小板減少症候群の一例

JCHO 諫早総合病院リウマチ科<sup>1)</sup>

JCHO 諫早総合病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

長崎大学医歯薬総合研究科先進予防医学講座リウマチ膠原病学分野<sup>3)</sup>

長崎大学熱帯医学研究所ウイルス学分野<sup>4)</sup>

○本多貴一<sup>1</sup>、藤川敬太<sup>1</sup>、岡本百々子<sup>1</sup>、三原 智<sup>2</sup>

近藤 晃<sup>2</sup>、古賀智裕<sup>3</sup>、嶋田 総<sup>4</sup>、森田公一<sup>4</sup>

溝上明成<sup>1</sup>、川上 純<sup>3</sup>

【症例】63歳女性、糖尿病で加療中。農作業でダニを駆除した約12日後より発熱し、発熱後3日目に受診。来院時、軽度の意識障害(GCS:E3V5M6)、右鼠径リンパ節腫大、白血球減少(1260/ $\mu$ L)、血小板減少(10.2万/ $\mu$ L)、肝障害を認めた。入院3日目(第5病日)に血球減少が進行し下痢を認めた。SFTS ウイルスPCR陽性が判明し重症熱性血小板減少症候群(SFTS)と診断。第6病日に高フェリチン血症(13180ng/mL)とDICを認め、ステロイドパルスやトロンボモジュリンなどの支持療法を行った。意識障害は第13病日、血球減少は第29病日まで遷延したがその後回復した。継時的にSFTS ウイルス量を測定したところ第10病日には検出されなくなっていた。【考察】SFTSはマダニから感染する致死的なウイルス感染症である。本症例は血球貪食症候群と脳症を起こした重症例であった。SFTS ウイルスRNAは発症後、比較的速やかに検出されなくなり、意識障害や血球減少は遅れて回復した。【結論】本症例において血清サイトカインを網羅的に解析した結果もふまえて報告する。

## 428 熱中症との鑑別が困難であった SFTS の一例

宮崎県立日南病院<sup>1)</sup>

宮崎県立日南病院内科<sup>2)</sup>

宮崎大学地域医療・総合診療医学講座<sup>3)</sup>

○富田俊介<sup>1</sup>、松本尊行<sup>2</sup>、楯真由美<sup>2</sup>、早川 学<sup>3</sup>

原誠一郎<sup>2</sup>

【現病歴】20XX年7月X-4より連日屋外作業をしていた。X-1日に気分不を主訴に近医を受診、熱中症と診断され補液を実施されるも改善なく、下痢等の消化器症状も出現した。X日に症状増悪のため当院に救急搬送された。

【臨床経過】搬送時より38℃台の発熱、腋窩乾燥等の脱水所見を認めたため熱中症を疑い、補液・冷却等の保存的加療を開始したが、入院時の血液検査でWBC 2430/ $\mu$ L、PLT 11.6万/ $\mu$ Lと減少を認め、肝機能異常(AST 108IU/L、ALT 59IU/L、LD 453IU/L)、四肢の紅斑が見られたため、リケッチア感染症やSFTSの鑑別のため衛生環境研究所に検体を提出。入院3日目にSFTSの確定診断となり、対症療法を行ったが、入院5日目より意識障害・多臓器不全が出現し、入院6日目より人工呼吸管理となった。集学的治療に加えてG-CSF製剤、広域抗菌薬投与、ステロイドパルス療法を施行したが効果なく、入院8日目に死亡した。

【考察】SFTSでは発熱、消化器症状、WBC・PLT減少を約90%の症例に認め、重症例では中枢神経症状や出血傾向を伴うことが知られている。AST・LDの異常高値は生命予後に関する可能性が示唆されており、本症例とも合致する所見であった。

【結語】熱中症との鑑別が困難なSFTSの一例を経験した。

#### 429 伊豆半島で発症した刺し口の無い日本紅斑熱の一例 伊東市民病院内科<sup>1)</sup>

東京ベイ浦安・市川医療センター救急集中治療科<sup>2)</sup>

○山崎 寛<sup>1</sup>, 小野田圭佑<sup>1</sup>, 国谷有里<sup>2</sup>, 長澤有祐<sup>2</sup>

村山貴英<sup>1</sup>, 枇榔雄太郎<sup>1</sup>, 永山竜士<sup>1</sup>, 築地治久<sup>1</sup>

川合耕治<sup>1</sup>

【症例】70代男性【主訴】発熱、皮疹【現病歴】来院3日前から発熱、頭痛、筋肉痛を自覚した。来院前日から意識変容と背部の皮疹を認めたため当院を受診した。【職業】農家【来院時現症】JCS1-1, 体温38.1度, 脈183/分不整, 血圧126/102 mmHg, 呼吸数21/分, 酸素飽和度97%室内換気, 全身紅斑と小指頭大の辺縁不明瞭な不整形紅斑が体幹四肢に認められたが, 刺し口は認めなかった。【検査所見】AST 138 U/L, ALT 83 U/L, ALP 582 U/L,  $\gamma$ GTP 121 U/L, T-Bil 1.5 mg/dl, BUN 51.1 mg/dl, Cre 2.93 mg/dl, CRP 24.45 mg/dl, WBC  $89.2 \times 10^4/\mu\text{l}$ , PLT  $6.5 \times 10^4/\mu\text{l}$ 。【経過】血小板減少を伴う発熱・皮疹と病歴からリケッチア感染症を鑑別に入れ抗菌薬治療を開始した。第4病日に血清学的に日本紅斑熱PCR, IgM, IgG陽性の報告があり, 日本紅斑熱と診断した。治療は奏効し自宅退院した。【考察】日本紅斑熱の報告は東日本でも年々増加傾向である。典型的な刺し口が見つからない事例もあり, 診断が遅れ死亡例も報告されている。皮疹を伴う発熱に対しては刺し口の有無に関わらず日本紅斑熱を疑う事が重要であり, 伊豆半島での発生状況を含め, 文献的考察を加え報告する。

#### 430 診断に苦慮したツツガムシ病 Kawasaki 型の1例 中濃厚生病院<sup>1)</sup>

中濃厚生病院皮膚科<sup>2)</sup>

○中島典子<sup>1</sup>, 勝村直樹<sup>1</sup>, 山田孝宏<sup>2</sup>

【症例】75歳女性【主訴】発熱・皮疹【現病歴】クリームを顔に塗ったところ顔面の発赤・腫脹が出現し皮膚科受診。接触性皮膚炎を疑われ外用薬処方。翌日より発熱と四肢体幹のピンク色の皮疹, 関節痛, 筋肉痛が出現し第7病日に内科受診。明らかな感染巣を認めず, 白血球・CRP高値, 肝障害を認め, 成人Still病も疑い入院。【経過】皮膚生検も念頭に皮膚科受診させたところ左腋窩に黒色痂皮を指摘, 臨床的にツツガムシ病と診断。第8病日よりドキシサイクリン投与。第9病日より症状は改善し12病日退院。保険適用のGilliam, Karp, Kato型のIgM抗体を第8, 21病日に測定するも共に陰性。Kawasaki型, Kuroki型も考え第17病日に保健所に痂皮のPCR検索を依頼, Kawasaki型と診断された。【考察】発熱患者を診た場合, 頻度の高い感染症等が否定されると, 膠原病を念頭に診察しがちとなるが, ダニ媒介感染症など頻度の少ない感染症も鑑別が必要である。ツツガムシ病では刺し口の有無が診断の決め手となり, 全身の観察が重要である。ツツガムシ病は4類感染症に指定されており, 2016年には505例の報告があるが, 保険適用された確定診断は先の3つの型の抗体検査に限られており, その他の型は確定診断に至らず報告されない例も多いと推察される。Kawasaki型とGilliam型は抗体検査で交差反応をきたす場合もあり, 正確な診断や症例数の把握にはPCR検査など新しい検査法の周知と実施が必要と思われた。

#### 431 S-1 併用放射線療法で完全奏功 (CR) に至った認知 症合併上皮下発育型進行食道癌の1例

中濃厚生病院内科<sup>1)</sup>

岐阜大学附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○相羽優志<sup>1</sup>, 勝村直樹<sup>1</sup>, 宮崎龍彦<sup>2</sup>

【症例】87歳, 男性【主訴】嚥下障害【現病歴】2016年10月より経口摂取困難となり当院受診 (Day1)。

【経過】EGDで頸部食道に食物塊の嵌頓を認め内視鏡的に除去。嵌頓部位にびらんを認め生検するも結果は良性。経口摂取可能になるが再燃し, Day9にバルーン拡張術施行し軽快。1か月後に再度経口摂取困難となり, Day53, 56にもバルーン拡張術施行。CTで頸部食道右側に23mm大の主気管支も圧排する腫瘍を認めたが, 食道・気管支内視鏡検査共に粘膜面への腫瘍の露出は認めなかった。Day65にEUS-FNAで食道癌 (cT3N0M0) と診断。手術またはFP併用放射線療法が標準治療であったが, アルツハイマー型認知症のため長時間の点滴は困難であり, 家族と相談の上S-1併用放射線療法を選択し, Day81から計50.4Gyの照射とS-1を100mg/日 (5日/週) で服用。栄養はEDチューブより投与した。照射終了後のCTで腫瘍は消失し, 経口摂取可能となった。Day211のPET-CTでもCRと判断し, S-1の内服を計1年間継続しCT, EGDでCRの維持を確認し治療を終了とした。【考察】粘膜面に癌の露出のない進行食道癌はまれであり, 診断にはEUS-FNAが有効であった。高齢者や認知症の患者が増加する中, 標準治療が困難な場合も増えてきている。本例のように治療強度を落としても有効な例もあり, 高齢者を対象とした臨床試験の実施が望まれる。

#### 432 当院における後期高齢者の食道癌動向

新潟大学医学部医学科3年<sup>1)</sup>

新潟大学医歯学総合研究科腫瘍内科学分野<sup>2)</sup>

○木村和義<sup>1</sup>, 松本吉史<sup>2</sup>, 佐々木健太<sup>2</sup>, 周 啓亮<sup>2</sup>

森山雅人<sup>2</sup>, 西條康夫<sup>2</sup>

【背景】がん治療の臨床研究は高齢者を対象とすることが少なく, がん患者の高齢化の進む本邦において後期高齢者のがん治療に関する臨床研究は急務である。

【目的】当院で後期高齢者の食道癌患者に施行した初回治療法, 及び有害事象, 予後を調べ, 後期高齢者に対して適切な治療を検討することを目的とした。

【方法】2007年1月から2015年12月までに当院を受診した後期高齢者の食道がん患者359人を抽出, 年齢, 性別, 来院経路, 病期, 初回治療法, 有害事象グレード, 生存期間を調査した。

【結果・考察】初回治療法は, 内視鏡治療主体の治療が60%, 外科手術主体の治療は12%, 放射線療法6.7%, 放射線化学療法8%, 化学療法0.3%, BSC13%であった。内視鏡治療の予後は良好で, stage別の予後は, stage IIIで予後不良でstage IVと同様であった。stage IIIにおけるgrade 3以上の有害事象12例中7例で化学療法を施行していた。stage III症例で化学療法施行群と未施行群を比較すると, 前者の生存期間中央値が短い傾向であった。また, 緩和治療群での主な理由は高齢のためであり, 生存期間中央値は28ヶ月と長期であったが, 早期食道がんが含まれているためと考えられた。

【結語】stage IIIにおける化学療法施行は慎重な判断を要する。また, 後期高齢者は緩和治療も選択となり得る。

### 433 腸閉塞を契機に発見された局所進行結腸癌に対し化学療法先行後に治癒切除を得られた一例

大崎市民病院初期研修医<sup>1)</sup>

大崎市民病院腫瘍内科<sup>2)</sup>

○田中悠也<sup>1)</sup>、高橋義和<sup>2)</sup>、大槻泰史<sup>2)</sup>、大石隆之<sup>2)</sup>

坂本康寛<sup>2)</sup>、蒲生真紀夫<sup>2)</sup>

63歳女性、20XX年8月上旬から持続する左上腹部痛が出現した。近医CTで横行結腸脾湾曲部の腫瘤による大腸イレウスが疑われ当院救急搬送とされた。

精査の結果、局所進行下行結腸癌(cT4b,N0,M0 cStage2c)、大腸イレウスと診断とされた。腫瘍が脾臓、腹壁へ浸潤していた為、消化器内科、外科と協議した結果、大腸ステント留置しFOLFOXIRI療法を先行したうえで外科的根治術を施行する方針となった。G2以上の有害事象無く5コース施行後、腫瘍の縮小を認めたが他臓器への浸潤は残存していた。これ以上の腫瘍縮小は困難と判断し臓器合併切除を行い、治癒切除を得られた。現在も術後補助療法で通院中である。

#### 【考察】

局所進行結腸癌に対し化学療法先行後に治癒切除を得られた一例を経験した。局所進行結腸直腸癌に対して臓器温存や侵襲の低減、切除可能に腫瘍を縮小させる目的で化学療法を先行する場合がある。当院では2015年1月から2017年12月の3年間に電子カルテ上で482例の手術を施行している。うち16例(3.3%)では根治目的で化学療法施行後に外科的根治術を行い、うち15例(94%)で完全切除が得られていた。進行結腸直腸癌に対する化学療法先行根治術は集学的癌治療における選択肢のひとつとなり得る可能性がある。

### 434 大腸癌骨転移の治療経過中にビスフォスフォネート関連顎骨壊死をきたした一例

東北大学病院腫瘍内科

○小森和磨、梅垣 翔、高橋昌宏、石岡千加史

【症例】68歳男性【主訴】下顎痛【現病歴】X年2月、肝転移を伴う横行結腸癌に対して拡大右半結腸切除及び肝部分切除が施行された。手術所見として小腸間膜に多発リンパ節転移を認め、さらに術後のPET-CTで多発骨転移の診断となり、化学療法目的で紹介された。【臨床経過】X年4月よりBevacizumab+SOX療法及びゾレドロン酸を開始した。治療は奏効し経過中に腫瘍増大や病的骨折は認めなかったが、X+2年3月に歯周炎を発症し、他院で左下第3歯を抜歯した。抜歯後に左下顎腫脹と疼痛が出現し、徐々に増悪したため同年11月に当院歯科を受診した。抜歯窩に腐骨形成を伴う骨露出を認め、Stage2のビスフォスフォネート(BP)関連顎骨壊死(BRONJ)と診断された。腐骨除去及び抗菌薬投与を行い、ゾレドロン酸の休薬を要した。【考察】本症例では長期間のBP投与、歯性感染、他院で行ったことから抜歯の確認が遅れたこと、血管新生阻害薬併用という複数のリスク因子が重なり、BRONJを発症したと考えられた。大腸癌に対する化学療法の成績向上により、骨転移を有する場合にBPを長期間継続する症例が増えてきている。そのためBP使用中に歯科処置を必要とする機会も増えることが考えられ、医科歯科連携及び患者教育によりBRONJ発症を予防することが重要である。

### 435 がん患者、がん患者の家族、そして遺族として今を生きる女性を支えるために

大阪医科大学附属病院<sup>1)</sup>

大阪医科大学内科学I<sup>2)</sup>

大阪医科大学附属病院臨床研究センター<sup>3)</sup>

○船本智哉<sup>1)</sup>、中村敬彦<sup>2)</sup>、三好啓治<sup>2)</sup>、鶴岡健二郎<sup>2)</sup>

松永仁綜<sup>2)</sup>、田村洋輔<sup>2)</sup>、池田宗一郎<sup>2)</sup>、後藤 功<sup>2)</sup>

藤阪保仁<sup>3)</sup>、今川彰久<sup>2)</sup>

癌診療において、家族は医療従事者と協働して患者ケアを行う存在であると同時に、日常生活の変化、ケアに伴う疲労や負担、不安といったストレスによる全人的苦痛を持つ「第二の患者」でもある。患者家族に対しても全人的視点での支援を、チーム医療として行うことが推奨されている。今回我々は進行NSCLCの女性患者とSCLC終末期の夫を同じ病棟で診るという経験をした。夫は、BSCの方針を希望し永眠した。妻は夫の亡くなる3週間前から転移性骨腫瘍に対する放射線治療のため入院しており、夫を看取った後も加療のため約3週間継続入院し、現在は外来で治療を続けている。

退院後、他職種でデスカンファレンスを行い、がん患者、がん患者の家族、そして遺族という様々な経験をされてきた患者に対し、治療に携わるチームとして何をなすべきであったか、これからどのように支えるか等を検討した。二人で過ごす時間を確保し、最期の時間を身近で過ごしてもらおう工夫ができた一方で、自身の病状に不安を感じながら夫の病状説明も受けなければならなかったことへの精神的サポートの面で課題が判明した。この経験を、多少の文献的検討を加えて報告する。

### 436 スニチニブにより壊死性遊走性紅斑が軽快したグルカゴノーマ

川崎医科大学総合医療センター臨床研修センター<sup>1)</sup>

川崎医科大学総合内科学<sup>4)</sup>

倉敷中央病院消化器内科<sup>3)</sup>

○河原辰由樹<sup>1)</sup>、越智宣昭<sup>2)</sup>、山根弘路<sup>2)</sup>、石田悦嗣<sup>3)</sup>

長崎泰有<sup>2)</sup>、中川 望<sup>2)</sup>、山岸智子<sup>2)</sup>、本多宣裕<sup>2)</sup>

中西秀和<sup>2)</sup>、瀧川奈義夫<sup>2)</sup>

【症例】61歳女性【主訴】紅斑増悪【現病歴】2007年より膵内分泌腫瘍(Ki-67陽性細胞、15%)に対して外科的切除、オクトレオチド投与、化学療法、そして動脈閉塞術を行っていた。2015年6月よりmTOR阻害薬のエベロリムスを投与したが、2015年11月に下腿の紅斑の増強とともに、画像上肝転移巣および腹腔内リンパ節増大が確認された。12月より血管内皮増殖因子受容体および血小板由来増殖因子受容体を阻害する分子標的薬のスニチニブ(37.5 mg/日)を投与したところ、4か月後には紅斑は軽快し転移巣も縮小した。血清グルカゴン値(正常値71-174 pg/mL)も803 pg/mLから425 pg/mLへと低下した。【考察】グルカゴン値上昇に伴う壊死性遊走性紅斑は、膵内分泌腫瘍であるグルカゴノーマの腫瘍随伴症候群のひとつである。本症例はスニチニブにより現在に至るまで、2年間以上病状は安定しており、治療効果とともに紅斑も軽減している。壊死性遊走性紅斑に対しては原発巣の外科的切除が有効であるが、オクトレオチド、ステロイド、あるいはシクロスポリンなどの薬物療法も散見される。スニチニブによる腫瘍縮小効果に伴い紅斑が軽快した症例は極めて稀と考え報告する。

### 437 切除不能膀胱癌に対する二次治療としてのGEM+nab-PTX療法の検討

大分大学医学部腫瘍・血液内科学講座

○丸山莉果, 小森 梓, 稲塚 崇, 西川和男, 大津 智  
廣中秀一, 白尾国昭

【背景】FOLFIRINOX療法およびGEM+nab-PTX療法は切除不能・再発膀胱癌に対する初回治療の標準治療である。しかし、FOLFIRINOX療法後の二次治療におけるGEM+nab-PTX療法の有効性と安全性は不明である。【目的】切除不能・再発膀胱癌に対するFOLFIRINOX療法後の二次治療におけるGEM+nab-PTX療法の有効性と安全性を明らかにする。【方法】2015年1月から2017年8月までに当科でFOLFIRINOX療法後にGEM+nab-PTX療法を行った切除不能・再発膀胱癌症例を対象として、後方視的に有効性と安全性を検討した。【結果】対象は、初回治療としてFOLFIRINOX療法が施行された21例中、二次治療としてGEM+nab-PTX療法を施行した9例。治療成績は生存期間中央値: 8.3か月、治療成功期間中央値: 2.8か月、奏効割合11%、病勢制御割合は44%であった。Grade3以上の主な有害事象は、好中球減少33%、貧血33%、血小板減少22%、食欲不振22%、末梢神経障害22%であった。【考察】切除不能膀胱癌に対するFOLFIRINOX療法後のGEM+nab-PTX療法は忍容可能であり、既報と遜色ない有効性が示唆された。

### 438 集学的治療により長期生存が得られた多発遠隔転移を伴った左房原発intimal sarcomaの一例

市立福知山市民病院腫瘍内科<sup>1)</sup>

市立福知山市民病院消化器内科<sup>2)</sup>

○藤村香里<sup>1)</sup>, 原田大司<sup>1)</sup>, 辻 俊史<sup>2)</sup>, 奥田隆史<sup>2)</sup>  
小牧稔之<sup>2)</sup>, 香川恵造<sup>2)</sup>

【症例】66歳女性【既往歴】X-2年に悪性黒色腫切除【現病歴/経過】X-1年に左房原発intimal sarcomaと診断され、他院で切除術を施行した。X年に発熱を主訴として当院を受診し、精査の結果intimal sarcomaの局所再発、多発胃転移、多発小腸転移と診断した。局所再発巣と多発胃転移に対して放射線治療を行い、1カ月後両病巣において著明な縮小を認めた。その後ゲムシタピン、ドセタキセルによる化学療法を施行したが、3カ月後に多発肺転移を認めた。化学療法をパゾパニブに変更し2カ月後、局所再発巣のさらなる縮小と、肺転移と胃転移の消失を認めた。パゾパニブ開始6カ月後に小腸転移の一部に増悪を認め、外科的切除術を施行、パゾパニブは継続した。パゾパニブ開始から約3年経過した現在、寛解状態を維持している。【考察】Intimal sarcomaは心大血管内膜由来の未分化間葉系腫瘍である。非常に稀な疾患であり、外科的切除以外に確立された治療はなく、再発した場合は極めて予後不良である。本症例では遠隔転移を伴い再発したが、放射線治療、パゾパニブ、外科的切除による集学的治療が奏功し長期生存が得られた。外科的切除に加えて放射線治療、パゾパニブはintimal sarcomaに対する治療選択肢になり得る。

### 439 アルコール離脱症状を契機に診断に至った肺動脈内膜肉腫の一例

京都大学医学部附属病院消化器内科<sup>1)</sup>

京都大学医学部附属病院腫瘍内科<sup>2)</sup>

○住永圭一郎<sup>1)</sup>, 本澤有介<sup>1)</sup>, 佐藤千尋<sup>2)</sup>, 井口恵里子<sup>1)</sup>  
西川義浩<sup>1)</sup>, 上田佳秀<sup>1)</sup>, 松本繁己<sup>2)</sup>, 武藤 学<sup>2)</sup>  
妹尾 浩<sup>1)</sup>

【症例】52歳女性【主訴】不穏【現病歴】アルコール離脱せん妄及び肝硬変にて通院中。2017年8月不穏状態にて、救急搬送。禁酒ができておらず、アルコール離脱症状もしくは肝性脳症の疑いで緊急入院。【臨床経過】不穏は改善したが、酸素化の不良が持続する為、CT検査を施行し、心嚢水及び肺動脈腫瘍を指摘。診断目的に開胸生検を施行し、肺動脈内膜肉腫の診断を得た。局所進行で完全切除不能であったが、化学療法導入には心駆出率の改善が必須であり、腫瘍減量切除術を施行。術後に化学療法を開始したが、約2ヶ月後に心肺停止状態で救急搬送。蘇生に成功するも冠動脈への腫瘍浸潤が確認され、積極的治療は困難と判断し、BSCの方針となった。【考察】内膜肉腫は肺動脈等の大血管から発生する稀な悪性軟部腫瘍である。今回、化学療法施行目的に減量手術を行ったが、化学療法後に腫瘍の増悪により冠動脈の閉塞を来した。本疾患は手術が唯一の根治治療であるが、成功例は少なく、化学療法による予後も不良である。

【結語】非常に稀な内膜肉腫の症例を経験した。胸部症状を呈し、大血管に接した腫瘤影を認めた場合には本疾患の鑑別を検討する必要があると考えられた。

### 440 下大静脈原発平滑筋肉腫、胃・十二指腸転移に対して6次治療でゲムシタピン+ドセタキセル再投与を行い著効した1例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター呼吸器内科

○永久成一, 森 俊太, 松本千晶, 西 達也, 田村朋季  
工藤健一郎, 久山彰一

【症例】69歳女性【主訴】黒色便, 全身倦怠感【現病歴】2011年より下大静脈原発平滑筋肉腫, 多発肝・骨転移に対して1次治療イホスファミド+エビルピシン, 2次治療ゲムシタピン(GEM)+ドセタキセル(DTX), 3次治療トラバクテジン, 4次治療エリブリンを施行。2017年7月CTで肝転移増悪, 胃内に腫瘤影を認め, 上部消化管内視鏡で胃・十二指腸転移を指摘。8月5次治療でパゾパニブを開始。9月黒色便, 全身倦怠感あり, 貧血進行を認め入院。上部消化管内視鏡で出血源はなく, パゾパニブによる消化管出血と考え, 毒性中止し, 状態が改善した後GEM+DTX再投与を施行。【臨床経過】2018年1月5コース施行後腫瘍増大や大きな副作用はなく経過を見ている。【考察】本症例は長期生存が得られ, 多くの薬剤を使用しているため, 治療薬の選択に難渋した。エリブリンによって薬剤デリバリーが改善し後治療効果が高まる可能性が示唆されており, 今回PS良好で, 2次治療で29コースと長期奏効が得られたGEM+DTX再投与を行い, 縮小効果を得られた。【結語】長期生存を得られている下大静脈原発平滑筋肉腫に対して6次治療でGEM+DTX再投与が奏効している1例を経験した。

#### 441 悪性リンパ腫に対するCEOP療法の検討

島根大学医学部附属病院

○小野康弘, 島崎裕正, 熊野御堂慧, 岡田祐介, 伊藤俊輔

岡田隆宏, 高橋 勉, 三宅隆明, 鈴木律朗, 鈴宮淳司

【背景】悪性リンパ腫の標準療法はCHOPであるが, 心毒性のために実施困難な例がある. ドキソルビシンをエトポシドに置換したCEOP療法が開発されたが, その抗腫瘍効果はCHOP療法より劣るとの報告もある. 【目的】当施設でのCEOP療法の実態を調査することである. 【方法】2010年以降, 島根大学医学部附属病院でCEOP療法を受けた患者を後方視的解析した. 【結果】21名の患者が(R-)CEOP療法を受けていた. 組織型はDLBCL 18例, AITL 3例. 年齢中央値80歳(範囲:63~94歳)で, 男女比9:12. 化学療法歴のない初回治療例が10例, 既治療例11例で, うち10例はR-CHOP/R-THP-COPからの変更例であった. 病期はI期4例, II期3例, III期6例, IV期8例. DLBCLではrituximabが併用され, 中央値で4コースのCEOP療法が実施されていた(範囲:1~6コース). 治療効果はCR 14例, PR 3例, SD 2例, PD 1例, 評価不能1例であった. 10例が生存しており, 3年生存率56.4%(95% CI: 32.8-74.5), 5年生存率42.3%(95% CI: 19.4-63.6)であった. CEOP療法による重篤有害事象は特に認めなかった. 【考察】高齢で合併症を有する悪性リンパ腫にも, CEOP療法は実施可能であった. 背景因子を考慮すると, 治療成績はそれほど悪くないと考えられるが, 既存の他の治療との比較に関しては更なる検討が必要である.

#### 442 多発性骨髄腫患者の自家末梢血幹細胞移植における採取量不足因子の検討

岩手医科大学医学部<sup>1)</sup>

岩手医科大学医学部臨床腫瘍学講座<sup>2)</sup>

○島田龍太郎<sup>1)</sup>, 佐藤 剛<sup>1)</sup>, 伊藤薫樹<sup>2)</sup>

【背景・目的】多発性骨髄腫に対し自家造血幹細胞移植が行われるが, 導入療法後に十分量の幹細胞を採取できない患者が一定数存在する. 今回, 採取量不足群を予測する因子について検討を行った. 【方法】2011年1月から2017年10月に当院・八戸赤十字病院で, 新規薬剤で導入療法を受け, 自家移植を行った骨髄腫患者35例を対象に, 年齢, 診断時の血球減少(Hb < 10g/dl, 好中球 < 1,000/ $\mu$ l, 血小板 < 10万), 初回導入療法中の血液毒性の有無(Hb < 8g/dl, 好中球数 < 1,000/ $\mu$ l, 血小板数 < 5万)と末梢血幹細胞の採取不良群( $4.0 \times 10^6$ 未満)の関係を後方視的に解析した. 【結果】初回導入療法中に血液毒性がみられた群では, 採取不良の割合が有意に高かった(66.6% vs 5.9%). 診断時に血液毒性を認めた群でも採取不良の割合が高かった. 年齢では差は認められなかった. 【考察】初回導入療法中に血液毒性が認められた群では十分量の採取ができなかった. 毒性のみられた患者には通常のG-CSF投与に加え, プレリキサホルの併用を考慮すべきである. また, Mustoらの行った先行研究では年齢も採取量不足群の予測因子であったが, 本研究では年齢での有意差は認められなかった. 【結語】多発性骨髄腫患者の自家移植において, 初回導入療法中の血液毒性出現は採取量不足群の予測因子である.

#### 443 薄壁空洞を伴う多発肺転移により続発性気胸を繰り返した脂肪肉腫の一例

東北大学病院腫瘍内科

○佐藤彩加, 平出 桜, 高橋昌宏, 川村佳史, 高橋 信

高橋雅信, 石岡千加史

【症例】83歳男性【現病歴】右上腕原発多形型脂肪肉腫に対しX年11月に右肩関節離断術を施行し, 病期はpT2N0M0, Grade 3, pStageIIIA (UICC第7版)であった. 断端陰性のため追加治療は行わなかった. X+1年5月, CTで両肺に結節影と薄壁空洞病変が多発しており, 肺転移再発として化学療法目的に紹介された. 【臨床経過】同年6月, アドリアマイシン(ADR)を開始した. 呼吸器症状はなかったがADR初回投与直後のCTで右気胸を認め, 胸腔ドレナージではエアリークが改善せず, 胸腔鏡下手術の方針となった. 術中所見として腫瘍の肺穿破があり, 右肺上葉部分切除術を施行した. 病理学的に肺腫瘍は脂肪肉腫の転移であり, 胸膜に浸潤していた. その後ADRを継続し, 肺転移は一部縮小し同年9月まで計6コース施行した. 同年10月に呼吸困難を伴う左気胸を発症し, 胸腔ドレナージで一時的に改善したものの9日後に再度左気胸となり, 胸膜癒着療法により肺拡張が得られた. 【考察】脂肪肉腫の肺転移による続発性気胸は稀である. 本症例の肺転移巣は薄壁空洞を有し, かつ胸膜直下に存在していたために, 続発性気胸を繰り返したと考えられた. 薄壁空洞を伴う肉腫の肺転移では気胸の発生に注意が必要である.

#### 444 肺腫瘍による上大静脈症候群の浮腫が利尿剤コントロールで著明に改善した1例

菊名記念病院総合診療科<sup>1)</sup>

菊名記念病院循環器内科<sup>2)</sup>

菊名記念病院放射線科<sup>3)</sup>

○倉内大門<sup>1)</sup>, 宮司正道<sup>1)</sup>, 角田隆文<sup>1)</sup>, 川崎志郎<sup>2)</sup>

穴村 聡<sup>3)</sup>

【症例】68歳, 男性【主訴】呼吸苦【既往歴】大腸癌(49歳時)【現病歴】入院2ヶ月前より労作時に著明な呼吸苦を自覚した. 入院日の往診の際, 安静時呼吸苦と全身浮腫が著明であり, 心不全疑いで当院に救急搬送となった. 【臨床経過】入院時の身体所見では, 頸静脈怒張と全身浮腫を認めた. 心音は3音と4音を聴取し, 両側肺野に湿性ラ音を聴診した. 造影CTでは右肺門部と縦隔に腫瘤を認め, 腫瘤による肺動脈と上大静脈の圧排を認めた. NPPV, hANP0.025 $\gamma$ , フロセミド20mg  $\times$  2/日で治療を開始した. 第2病日に血圧低下がみられhANPを一時中止し, ノルアドレナリンとドブタミンを開始した. 血液検査ではPro-GRP 4071.5pg/mLと高値を認め肺小細胞癌が示唆された. 第3病日に緩和ケア目的に内科に転科となった. 体液量のコントロールを目的としてトルバプタン内服を治療の主軸とし, 呼吸不全, 全身浮腫の改善を得た. 第17病日にHOT導入で自宅退院となった. 【考察】今回, 肺腫瘍による上大静脈症候群のために呼吸不全をきたしたが, トルバプタンにより全身状態改善, 在宅緩和ケアに至った症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告したい.

**445** 認知症がん患者の治療と予後に関する後方視的検討  
愛媛大学医学部医学科 3年<sup>1)</sup>  
愛媛大学医学部附属病院腫瘍センター / 緩和ケアセンター<sup>2)</sup>  
○和田迪子<sup>1)</sup>, 長谷部晋士<sup>2)</sup>, 藤井知美<sup>2)</sup>, 薬師神芳洋<sup>2)</sup>  
【緒言】 認知症を併発したがん患者の明確なガイドラインは無い。本研究では認知症がん患者に如何なる治療が選択されたかを集計しその予後を検討した(愛媛大学附属病院 IRB#1508011)。【方法】 愛媛大学医学部附属病院でがんと診断された過去7年間の症例(n=9,354)から、認知症の病名が登録済み患者を電子カルテから抽出し、その治療法ならびに予後を集計した。【結果】 がん診断前に認知症と診断された患者数は105名(女性49例, 要支援以上が79例)。平均年齢78歳(56-91)。これは全がん患者の1.1%であった。治療では、完治を目指した治療が81名(77%)、症状緩和目的の治療が6名(6%)、無治療経過観察が18名(17%)に施行されていた。完治を目指し標準治療がなされた患者群の50%生存期間は33ヶ月、標準治療を逸脱した治療群は28ヶ月。また、標準治療群の中でも手術を施行された患者群の50%生存率は45ヶ月と最も長い(無治療群17ヶ月)。【考察】 認知症推定有病率(2010年)は15%と推定されるが、本集計の認知症併発がん患者の抽出率は1.1%と極めて少なく、これは認知症の有無・程度への医療者の関心の低さが影響している。一方、手術治療を主体とした標準治療が可能な患者の予後は良い。がん患者においても正確な認知機能の評価と予後の推定が重要と考えられる。

**446** 進行非小細胞肺癌に対する nivolumab 治療後の抗腫瘍治療効果の後方視的研究  
佐世保市総合医療センター呼吸器内科<sup>1)</sup>  
同病理診断科<sup>2)</sup>  
長崎大学病院第二内科<sup>3)</sup>  
○竹井大貴<sup>1)</sup>, 早田 宏<sup>1)</sup>, 小河原大樹<sup>1)</sup>, 須山隆之<sup>1)</sup>  
岩崎啓介<sup>2)</sup>, 福田雄一<sup>1)</sup>, 山口博之<sup>3)</sup>, 迎 寛<sup>3)</sup>  
【緒言】 肺癌の nivolumab 治療後の抗腫瘍薬の効果を後方視的に評価し、nivolumab と抗腫瘍薬の相互効果を検討した。【結果】 Nivolumab で治療された進行肺癌30例中7例に抗腫瘍薬が後治療として投与された。抗腫瘍薬は4次治療以上5例, 3次治療2例で、S-1 またはタキサン系が投与された。抗腫瘍薬の効果は7例中PR5例, SD1例, PD1例で、奏効率は71% (95%信頼区間: 42-100%)、無増悪生存期間中央値は204日 (95%信頼区間: 102-306日)であった。重篤な有害事象はGrade 3の間質性肺炎が1例であった。PR例は扁平上皮癌2例, 腺癌2例, 未分化癌1例, 全例喫煙者でnivolumab 治療の効果はPDであった。診断時組織での腫瘍細胞のPD-L1は<1%から>90%と様々であった。腫瘍間質にはCD8<sup>+</sup>T細胞とCD4<sup>+</sup>T細胞とともに、免疫抑制系細胞のFOXP3<sup>+</sup> regulatory T細胞とTIM-3<sup>+</sup>細胞の浸潤も認められた。【考察・結語】 Nivolumab 治療後の抗腫瘍薬の奏効率は従来の抗腫瘍薬単独の成績よりも有望であり、nivolumab と抗腫瘍薬によりがん免疫微小環境が抗腫瘍環境へ変化した可能性も推測された。Nivolumab 治療後の抗腫瘍薬の効果と作用機序を明らかにするために大規模コホートでの臨床研究の必要性が示唆された。

**447** 抗PD-1抗体で加療中に自己免疫関連副作用として続発性副腎皮質機能低下症と大腸炎を合併した肺腺癌の一例  
近畿大学医学部附属病院総合医学教育研修センター<sup>1)</sup>  
近畿大学医学部附属病院腫瘍内科<sup>2)</sup>  
○魚谷友香<sup>1)</sup>, 田中 薫<sup>1)</sup>, 酒井 瞳<sup>2)</sup>, 谷崎潤子<sup>2)</sup>  
川上尚人<sup>2)</sup>, 吉田健史<sup>2)</sup>, 林 秀敏<sup>2)</sup>, 岩朝 勤<sup>2)</sup>  
中川和彦<sup>2)</sup>  
症例は64歳女性。転移性脳腫瘍を伴うPD-L1高発現の肺腺癌に対し抗PD-1抗体で治療中であった。10月下旬に嘔吐下痢が出現したため当院時間外受診。感染性腸炎疑いで経過観察となったが、全身倦怠感が強く数日後、再び時間外受診された。血液検査で低Na血症を認めたため精査加療目的に緊急入院となった。ACTH、コルチゾールを測定したところ、著明に低下認めており、代謝内分内分泌科診察で抗PD-1抗体による続発性副腎皮質機能低下症と診断され、ヒドロコルチゾンで治療開始となった。電解質異常、全身倦怠感は改善認めたがヒドロコルチゾンを減量中に下痢のみ再燃。免疫関連有害事象としての大腸炎(irAE腸炎)を疑い大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸からS状結腸かけて全周性に浮腫状の腸管粘膜が認められ、病理所見でもirAE腸炎で矛盾しない所見であった。CTCAE Grade2であったためプレドニゾロン0.5mg/kgで治療開始後、下痢は改善を認めた。【考察】 症状経過からirAEとしての大腸炎が先行し副腎機能低下が続発したと考えられた。PD-1抗体での治療中は頻度は低いが、このようにirAEが重複することも念頭に症状経過観察を継続する必要があると考えられる。

**448** ニボルマブ投与終了半年後に顕在化したニボルマブによる尿細管間質性腎炎の一例  
市立福知山市民病院内科  
○長谷部仁美, 原田大司, 荃田祐司, 金森弘志, 奥田隆史  
小牧稔之, 香川恵造  
【症例】 50歳男性。肺腺がん, stageIV, X-1年2月, ニボルマブを開始し奏功した。X年3月, 脳転移を認めニボルマブは中止し, デキサメタゾンを投与した。同時期に腎障害を認めたが短期間で改善した。化学療法変更後, 間質性肺炎を認めプレドニゾロンを開始し漸減していた。7月, 軽度腎障害(BUN:14mg/dL, Cre:1.20mg/dL)を認め徐々に増悪, 8月に発熱, 腎障害(BUN:21mg/dL, Cre:2.19mg/dL)のため入院した。腎前性/腎後性腎不全は否定的で, CTで両腎腫大を認めた。ニボルマブ中止時の腎障害がステロイド投与後に軽快していた経緯もあり, ニボルマブによる尿細管間質性腎炎を疑った。腎生検で尿細管の萎縮と間質にびまん性リンパ球浸潤を認め, 尿細管間質性腎炎と診断した。メチルプレドニゾロンを開始し症状, 検査所見ともに改善した。ステロイドは緩徐に漸減し再燃なく経過している。【考察】 ニボルマブによる尿細管間質性腎炎を経験した。後方視的にみるとX年2月に発症しており, ステロイド投与後, 速やかに改善していたが, ニボルマブ中止半年後に再燃したと思われる。ニボルマブによる免疫関連有害事象はステロイドの減量中に再燃することがあり, 緩徐に漸減することが必要で, 投与終了後も長期的な観察が必要である。

#### 449 免疫チェックポイント阻害薬投与によりがん性疼痛の著しい悪化を認めた一例

岡山大学病院卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>

岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科<sup>2)</sup>

岡山大学病院血液・腫瘍内科<sup>3)</sup>

○加藤朱万理<sup>1</sup>, 原 尚史<sup>2</sup>, 市原英基<sup>2</sup>, 渡邊洋美<sup>2</sup>

二宮 崇<sup>2</sup>, 久保寿夫<sup>2</sup>, 堀田勝幸<sup>2</sup>, 前田嘉信<sup>3</sup>

片山英樹<sup>2</sup>, 木浦勝行<sup>2</sup>

【症例】60歳男性【主訴】腰背部痛【現病歴】2016年1月, 非小細胞肺癌の術後再発に対し, 細胞障害性抗腫瘍薬が開始された。同年8月より腰背部痛が出現し, がん性疼痛としてオキシコドンが開始となった。翌月, 腹腔内リンパ節の増大を認め, 次治療導入目的に入院となった。【経過】三次治療としてニボルマブが開始された。投与開始2時間後より腰背部痛が急激に悪化し Numerical Rating Score (NRS) は4/10から10/10まで上昇した。Pseudoprogressionの可能性も考えられたが, 痛みが強く一旦中止とした。次治療として細胞障害性抗腫瘍薬の投与を行うも病勢進行を認めた。11月, ニボルマブ再投与を行うも, 開始後2時間で再び腰背部痛が悪化し (NRS 4/10→7/10), 硬膜外麻酔・メサドンの投与を要した。【考察】免疫チェックポイント阻害薬ニボルマブは, 過剰な免疫・炎症を抑制するPD-1をブロックすることにより抗腫瘍効果をもたらす。本症例ではニボルマブによる炎症の惹起が疼痛の悪化に関与した可能性が示唆された。【結語】免疫チェックポイント阻害薬投与によりがん性疼痛の著しい悪化を認めた一例を経験した。

#### 450 nivolumab投与中にACTH単独欠損症を呈した肺腺癌の1例

帝京大学医学部附属病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

帝京大学医学部附属病院腫瘍内科<sup>2)</sup>

帝京大学医学部附属病院内分泌代謝科<sup>3)</sup>

○鈴木崇史<sup>1</sup>, 深澤陽子<sup>2</sup>, 江戸直樹<sup>3</sup>, 本田 健<sup>2</sup>

渡邊清高<sup>2</sup>, 石川敏夫<sup>3</sup>, 関 順彦<sup>2</sup>

【症例】52歳, 男性【主訴】意識障害【現病歴】原発性右肺尖肺癌に対し, 201X年6月よりnivolumab療法を開始した。13 course投与後より食思不振, 全身倦怠感などを認め, 201X+1年1月, 意識障害にて当院に救急搬送された。低血糖を補正するも, 意識障害は遷延した。入院経過中に低Na血症の進行を認め, ACTH 2.1 pg/ml (基準値 7.2-63.3 pg/ml), コルチゾール 0.2 μg/dl (基準値 7.1-19.6 μg/dl) を認め中枢性副腎不全と考えた。下垂体MRI検査にて明らかな異常所見は認めず, TRH, CRH, GnRH3者試験及びGHRP-2試験にてACTHおよびコルチゾールは無～低反応であった。ACTH以外の視床下部・下垂体系に機能障害は認めず, ACTH単独欠損症と診断した。ヒドロコルチゾンの補充療法を開始後, 症状は速やかに改善し第37病日に退院した。【考察】免疫チェックポイント阻害薬は重篤な免疫関連有害事象を引き起こすことがある。これは致命的となるばかりでなく, その後の治療方針にも多大な影響を及ぼすため, 早期からの治療介入が望ましい。今回, われわれは, nivolumabによって引き起こされたACTH単独欠損症を呈した症例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

#### 451 血清PSA値の上昇を認めた腺癌の1例

帝京大学医学部附属病院臨床研修センター<sup>1)</sup>

帝京大学医学部附属病院腫瘍内科<sup>2)</sup>

帝京大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>

○佐山遥平<sup>1</sup>, 深澤陽子<sup>2</sup>, 夏目まいか<sup>2</sup>, 齊藤光次<sup>3</sup>

関 順彦<sup>2</sup>

症例は73歳, 男性。前立腺肥大症フォローアップ中に, 右顎下腺腫脹を認めた。右頸部リンパ節穿刺吸引細胞診にてclassVを認め, 顎下腺癌と診断した。また, 同時期に血清PSA値の上昇と多発骨転移も認められたことから, 臨床的に前立腺癌stage IVに合併した右顎下腺癌Stage IIと判断され, 顎下腺癌の根治手術が実施された。しかし, その後の精査で前立腺癌は発見されなかった。一方, 顎下腺組織検体では, 顎下腺導管癌 (Salivary duct carcinoma, 以下SDC) の所見であり, 免疫染色にてPSAも陽性を示した。顎下腺癌は多発頸部リンパ節および多発骨転移を認め, pT2N3M1 Stage IVと再診断し, CBDCA + 5-FU + Cetuximab療法を選択した。治療開始後, 血清PSA値は明らかに低下傾向を示し (30.5 ng/mL → 6.0 ng/mL), 本例の血清PSA値はSDCに由来するものと考えられた。血清PSA値は前立腺疾患に特異度が高いことから, 前立腺癌の腫瘍マーカーとして広く用いられているが, 前立腺癌以外の腫瘍が多発骨転移とPSA値の上昇を伴って発見された場合でも, 必ずしも前立腺癌の合併を意味しないことに注意が必要である。今回, われわれは血清PSA値の上昇を認めた顎下腺導管癌の1例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

#### 452 ニボルマブ投与後に重篤な肝障害を認めた腎細胞癌の一例

昭和大学病院腫瘍内科<sup>1)</sup>

昭和大学病院泌尿器科<sup>2)</sup>

○大熊遼太郎<sup>1</sup>, 高橋威洋<sup>1</sup>, 濱田和幸<sup>1</sup>, 森田 順<sup>2</sup>

久保田祐太郎<sup>1</sup>, 佐藤悦子<sup>1</sup>, 石田博雄<sup>1</sup>, 角田卓也<sup>1</sup>

小川良雄<sup>2</sup>, 佐々木康綱<sup>1</sup>

ニボルマブは免疫チェックポイント阻害薬であり様々ながん種で有効性が示され, 腎細胞癌でも有効性が示されている。一方で免疫関連有害事象 (immune-related Adverse Events; irAE) が全身の様々な臓器で出現することが報告され, 使用上の課題となっている。われわれはニボルマブ投与後に重篤な肝障害を認めた一例を経験した。50歳代の男性。右腎低形成があり左腎細胞癌術後から透析が導入された。その後肺転移, 骨転移が出現しニボルマブを投与していた。15コース後に肝障害 (Grade4) と好酸球増多を認め入院となり, CTや腹部エコーで肝障害の原因となる所見はなかった。肝生検の病理所見では門脈域周囲に好酸球とCD8陽性Tリンパ球の浸潤が認められ, 免疫関連肝障害として矛盾しない所見であった。以上より臨床経過を含めニボルマブの免疫関連肝障害と診断し, ステロイドパルス療法, ミコフェノール酸モフェチルを投与したが反応に乏しかった。その後十二指腸穿孔と敗血症を併発し死亡した。ニボルマブによる胆汁うっ滞型肝障害は稀であり, irAEは典型的でない経過を呈することがある。また免疫関連肝障害は治療反応性が良好とされるが, 本症例のように治療抵抗性の場合もありニボルマブを使用する際には注意が必要である。

#### 453 病理組織の免疫染色追加により原発巣を絞り込み、化学療法が著効した尿路上皮癌の一例

岡山大学医学部医学科<sup>1)</sup>

岡山大学病院血液・腫瘍・呼吸器・アレルギー内科<sup>2)</sup>

岡山大学病院病理部<sup>3)</sup>

○近藤怜子<sup>1)</sup>, 西森久和<sup>2)</sup>, 楨本 剛<sup>2)</sup>, 小田尚廣<sup>2)</sup>

久保寿夫<sup>2)</sup>, 堀田勝幸<sup>2)</sup>, 田端雅弘<sup>2)</sup>, 田中顕之<sup>3)</sup>

木浦勝行<sup>2)</sup>, 前田嘉信<sup>2)</sup>

【症例】62歳男性 【主訴】下腿浮腫, 鼠径リンパ節腫脹

【現病歴】受診1か月前より左下腿浮腫と左鼠径リンパ節腫脹を自覚し前医受診, 左鼠径部リンパ節生検にて転移性腺癌(CK7+, CD20-)と診断され原発不明癌として当科紹介受診となった。

【臨床経過】PET-CTを含む全身精査にて頸部, 縦隔, 大動脈周囲, 鼠径部までの多発リンパ節転移を認めしたが, 原発巣は同定できなかった。至急前医より病理標本を取り寄せ, 免疫染色を追加したところ uroplakin III が一部の細胞で陽性であり, 尿路上皮癌の可能性を考え膀胱鏡, TUR-BTにて非浸潤性尿路上皮癌(TaN3M0:stageIV)と診断した。stageIV尿路上皮癌に対する第一選択であるGC療法(ゲムシタピン 1000mg/m<sup>2</sup> day1,8,15 + シスプラチン 70mg/m<sup>2</sup> day2)を施行したところ著明にリンパ節転移が縮小し, 最終的にPET-CTにてCMRを達成し約3年無再発生存中である。

【考察】原発不明癌の予後は6~9ヶ月と非常に不良であるが, 本症例のように症状, 転移の分布などから原発巣を推測し, 更なる免疫染色により原発巣の同定や推定が可能となり, 予後の向上につながる事が示唆された。

#### 454 腹膜播種に伴う膀胱浮腫, 直腸浮腫により両側水腎, および直腸狭窄をきたした膀胱癌の一例

地域医療機能推進機構九州病院総合診療部<sup>1)</sup>

地域医療機能推進機構九州病院消化管内科<sup>2)</sup>

地域医療機能推進機構九州病院腎臓内科<sup>3)</sup>

○八坂裕太<sup>1)</sup>, 八坂裕太<sup>1)</sup>, 酒井賢一郎<sup>1)</sup>, 秋吉大輔<sup>2)</sup>

池上幸治<sup>2)</sup>, 藤澤 聖<sup>2)</sup>, 菰田圭佑<sup>3)</sup>, 田村恭久<sup>3)</sup>

【症例】80歳女性【主訴】腹痛, 排尿・排便困難

【現病歴】X年8月(Y-17)日より排尿困難を自覚した。その後徐々に排便困難も出現し, 8月Y日に腹痛と腹部膨満感も認めため救急要請した。来院後の単純CTおよび下部消化管内視鏡でS状結腸から直腸に腸管浮腫を認め, 精査治療目的に緊急入院となった。

【臨床経過】急速な腎機能悪化・両側の水腎症のため膀胱鏡を施行したところ, 膀胱粘膜に発赤が散見されたが腫瘍性病変は認めなかった。尿管ステント留置にて腎機能改善した。直腸浮腫は著明であり排便困難が持続したため下部消化管内視鏡検査を複数回実施した。CA19-9(238.9U/ml)の高値があったが直腸生検では腫瘍性病変は認めなかった。審査腹腔鏡・人工肛門造設・膀胱生検を施行した。術後病理は膀胱癌(invasive urothelial carcinoma)でありその腹膜播種が疑われた。

【考察】本邦の医学中央雑誌では膀胱癌(術後再発を含む)により直腸狭窄をきたした症例は15例。本症例では直腸生検では診断に至らなかったものの直接浸潤による急速な直腸浮腫をきたした可能性が示唆された。

#### 455 当科で化学療法を施行した皮膚外原発悪性黒色腫10例の後方視的検討

山形大学医学部附属病院腫瘍内科

○佐野町友美, 鈴木修平, 渡邊 要, 武田弘幸, 中村 翔  
福井忠久, 吉岡孝志

【はじめに】皮膚外原発悪性黒色腫は稀少さゆえに治療方針の決定が難しく皮膚原発に準じた加療が行われることが多い。予後は皮膚原発に比して悪くBRAF変異陰性例が多いなど異なる性質を有するとされる。当科で化学療法を行った皮膚外原発悪性黒色腫10症例について後方視的に検討した。【結果】男性5例, 女性5例, 年齢中央値64歳, 原発部位は脈絡膜4例, 消化管2例, 頭頸部2例, 膈1例, 胸髄付近1例であり, Stage分類不能の胸髄症例以外の9例がStage4であった。BRAF変異を検索しえた6例は全例陰性であった。1次治療として免疫チェックポイント阻害剤(ICI)を5例に, DTICを含むレジメンを5例に投与し, ICI投与例で2例のPRを得た。2次治療では, 6例にICI, 1例でDTICを含むレジメンを投与し, ICI投与例は2例でPR, 2例でSDであった。DTICを含むレジメンは全例PDであった。稀な免疫関連有害事象として十二指腸炎, 血球貪食症候群を1例ずつ認めた。OSは中央値約13か月, ICI投与例に限ると約15か月であった。【結語】既報同様, 皮膚外原発悪性黒色腫の予後は不良であったが, ICI投与例の一部では良好な治療反応を得ることもあり, 有害事象に留意した上で慎重な治療選択が必要と考えられた。

#### 456 Alectinibが奏効したALK遺伝子転座陽性原発不明癌の一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター初期研修医<sup>1)</sup>

同呼吸器内科<sup>2)</sup>

同内科<sup>3)</sup>

○廣瀬 梓<sup>1)</sup>, 田村朋季<sup>2)</sup>, 森 俊太<sup>2)</sup>, 松本千晶<sup>2)</sup>

西 達也<sup>2)</sup>, 工藤健一郎<sup>2)</sup>, 久山彰一<sup>2)</sup>, 谷本光音<sup>3)</sup>

原発不明癌, 特に腺癌においては免疫組織学的検査は原発巣の推定に有用であり, リンパ腫や骨・軟部肉腫に特異的な染色体異常やキメラ遺伝子の検出は確定診断に有用といわれている。今回我々は免疫染色とdriver遺伝子の検索を追加することで有効な分子標的治療を施行できたALK遺伝子転座陽性原発不明癌の一例を経験したためここに報告する。

症例は67歳女性。右頸部リンパ節の腫脹を自覚して耳鼻科を受診した。針生検にて細胞診から扁平上皮癌が疑われた。PET-CTでは頸部の他, 腹腔内にFDGが高集積するリンパ節腫大を認めた。CEA, CA125, CA15-3が高値であった。右頸部リンパ節廓清及び両側扁桃摘出術を施行したところ, adenocarcinomaと診断され, 原発不明癌として当科紹介となった。原発臓器の推定のために免疫染色を施行したところ, TTF-1陽性, Cytokeratin 7陽性, Cytokeratin 20陰性, サイログロブリン陰性, Mammaglobin陰性で原発臓器としては肺癌が疑われた。抗ALK免疫染色を追加したところ陽性であり, ALK Break Apart FISH検査でもスプリットシグナル陽性であった。以上よりALK遺伝子転座陽性原発不明癌と診断した。Alectinibを開始し, 以後長期間にわたり完全奏効を維持している。

**457** 人工呼吸器管理中の MRI 拡散強調画像ガイド下骨腫瘍生検が治療方針決定に有用であった ALK 陽性肺癌の 1 例

湘南藤沢徳洲会病院内科<sup>1)</sup>

湘南藤沢徳洲会病院呼吸器内科<sup>2)</sup>

○大塚ゆか<sup>1</sup>, 日比野真<sup>2</sup>, 福田 稔<sup>2</sup>, 堀内滋人<sup>2</sup>

近藤哲理<sup>2</sup>

【症例】44 歳男性【主訴】呼吸困難感【現病歴】5 ヶ月前から腰痛, 2 週間前から発熱と湿性咳嗽, 来院当日に呼吸困難感を認め救急搬送された。【入院時現症】BP:114/92mmHg, HR:158bpm, BT:37.8 °C, RR:25/min, SpO<sub>2</sub>:76%, GCS:E3V3M5 で右肺呼吸音の低下あり。【臨床経過】気管挿管後に CT を行った。胸部では右肺腫瘍・無気肺・胸水, 両側浸潤影を認め, 全身の骨に溶骨性変化を多数認めた。胸腔穿刺及び気管支鏡検査では悪性疾患の確定ができず, 入院第 2 病日に MRI (拡散強調像と T1 強調像の融合画像) と CT を比較しながら, 人工呼吸器管理下で骨腫瘍を針生検した。第 9 病日で抜管し, 第 17 病日に ALK 陽性肺腺癌と判明し, 第 19 病日からアレクチニブの投与を開始した。【考察】分子標的薬開発と共に生検は重要性を増しているが, その侵襲性は無視できない。本症例は急性呼吸不全を呈しており, 肺からの安全な組織採取は困難であった。溶骨部位の MRI 拡散強調画像の質的情報を T1 強調画像の解剖的情報に加えることにより, 安全かつ迅速に viable な組織を採取するための生検部位が決定できた。【結語】MRI 拡散強調画像ガイド下骨腫瘍生検が治療方針決定に有用であった ALK 陽性肺癌の 1 例を経験した。

**458**  オシメルチニブに早期に耐性化し, その分子機構と臓器間 heterogeneity を基礎的に解析しえた T790M 陽性 EGFR 変異肺がんの一例

金沢大学医薬保健学域医学類<sup>1)</sup>

金沢大学附属病院がんセンター<sup>2)</sup>

○森新太郎<sup>1</sup>, 谷本 梓<sup>2</sup>, 西山明宏<sup>2</sup>, 足立雄太<sup>2</sup>

竹内伸司<sup>2</sup>, 大坪公士郎<sup>2</sup>, 矢野聖二<sup>2</sup>

【症例】55 歳, 男性

【現病歴】右下葉肺腺癌術後再発 多発肺・骨・脳・縦隔リンパ節転移 (EGFR exon21 L858R 変異) に対しエルロチニブ (150mg/日) が導入 (最良効果 stable disease) されたが, 7 か月後に脳転移と骨転移の増大を認めたため progressive disease (PD) と判断された。

【臨床経過】血漿 cfDNA で L858R/T790M 変異が検出されたため, オシメルチニブ 80mg/日を開始した。しかし, 1 か月半後の CT では骨転移 (頸椎転移) の増悪を認め PD と判定された。頸椎に対する後方除圧固定術が行われ, 検体の一部を用いて網羅的な遺伝子解析を実施したところ EGFR T790M 変異が陰性化し, MET 遺伝子増幅が起こっていることが判明した。さらに同検体から細胞株の樹立に成功しており, in vitro での検討を進めている。一方で, 後治療に対しても抵抗性となり, 6 か月後に死亡が確認された際の病理解剖では, 転移巣における T790M 変異ならびに MET 遺伝子増幅の有無に関して解析し, 転移臓器間の heterogeneity が評価可能であった。

【考察】本症例はオシメルチニブに対し早期に耐性化を示したが, その分子機構に基づいた新たな治療戦略の可能性を追求していく必要があると考えられた。

**459** 術前の画像診断にて肺癌や転移性肺腫瘍が否定しえず, 手術にて診断に至った抗酸菌感染症の 5 症例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター<sup>1)</sup>

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター呼吸器内科<sup>2)</sup>

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター内科<sup>3)</sup>

○川尻智香<sup>1</sup>, 田村朋季<sup>2</sup>, 松本千晶<sup>2</sup>, 森 俊太<sup>2</sup>

西 達也<sup>2</sup>, 工藤健一郎<sup>2</sup>, 久山彰一<sup>2</sup>, 谷本光音<sup>3</sup>

結核をはじめとした抗酸菌感染症の画像所見は非常に多様であり, 時に肺癌との鑑別が困難である。今回我々は術前の画像診断から肺癌や転移性肺腫瘍が疑われて手術を行った結果, 抗酸菌感染症と診断された 3 症例と, 画像診断から非結核性抗酸菌症が疑われていた, もしくは非結核性抗酸菌症と診断されていたが, その後の経過から肺癌を否定し得たため手術を行った 2 症例を経験した。術後に結核と診断された症例は 2 例でいずれも PET-CT にて FDG の高集積を認めていた。術前画像診断にて非結核性抗酸菌症が疑われていた症例については, 若年かつ増大する結節から肺癌を積極的に否定する必要があると判断され手術をおこなった。術前に転移性肺腫瘍が疑われた症例は, 根治治療のために手術を行ったが術後に非結核性抗酸菌症と診断された。これらの症例について若干の文献的考察を加えてここに報告する。

**460** 縦隔原発 ganglioneuroblastoma の成人発症例  
信州大学包括的がん治療学

○佐藤良紀, 関口 和, 福岡敏郎, 野口卓郎, 小沢岳澄

小林孝至, 塚原嘉子, 間宮敬子, 小泉知展

【症例】16 歳, 男性【主訴】腰痛【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】15 歳時に施行された学校検診の胸部 X 線写真で縦隔異常陰影を指摘され, 近医総合病院に受診。胸部 CT にて胸椎右側後縦隔に石灰化を伴う腫瘍を認め, 生検により ganglioneuroblastoma と診断された。胸腔鏡下後縦隔腫瘍切除術が施行され, 術後病理も同様の所見であった。外来で経過観察をされていたが, 翌年腰痛が出現し, CT, MRI にて L3, L5, 仙骨に転移を疑わせる腫瘍を認めた。腰椎生検を施行し, ganglioneuroblastoma の腰椎転移と診断した。加療目的で当院に紹介となり, 当院入院後, 病変部への緩和的放射線療法 (30Gy/10 分割) と, cisplatin 50mg/m<sup>2</sup>:day1, doxorubicin 40mg/m<sup>2</sup>:day1, Vincristine 0.6mg/m<sup>2</sup>:day3, Cyclophosphamide 700mg/m<sup>2</sup>:day4 の治療を 4 クール施行し, 現在外来経過観察中である。

成人発症の ganglioneuroblastoma は非常に稀であり, 標準的な化学療法は確立されていない。文献検索と小児科との連携にて治療を開始した成人発症の ganglioneuroblastoma を経験したため報告する。

## 466 75歳以上の切除不能非小細胞肺癌に対しプラチナ併用療法を実施した症例の背景と安全性に関する検討

島根大学医学部医学科 5年<sup>1)</sup>

島根大学医学部内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学<sup>2)</sup>

○永川 貴<sup>1</sup>, 津端由佳里<sup>2</sup>, 白築陽平<sup>2</sup>, 奥野峰苗<sup>2</sup>

兒玉明里<sup>2</sup>, 中尾美香<sup>2</sup>, 天野芳宏<sup>2</sup>, 堀田尚誠<sup>2</sup>

濱口 愛<sup>2</sup>, 磯部 威<sup>2</sup>

【背景・目的】人口の高齢化に伴い、高齢がん患者も増加している。肺癌診療ガイドラインでは、75歳以上の切除不能非小細胞肺癌患者に対する標準療法はドセタキセル (DTX) 単剤もしくはプラチナ併用療法であるが、どちらを選択するかについて明確な基準はない。プラチナ併用療法を選択した症例の背景と安全性を検討し、治療方針の決定に重要な因子について考察する。【方法】2014年4月から2017年6月までに当科で切除不能非小細胞肺癌と診断され化学療法を開始した75歳以上の患者18名について後方視的に解析した。【結果】年齢中央値78歳、男性17例、女性1例。プラチナ併用療法12例 (66.7%)、そのうち毒性のため化学療法を中止した症例は3例 (25%)。単剤 (DTX もしくはペメトレキセド) を選択した症例で毒性中止は6例中3例で50%に上った。【結語】高齢肺癌患者に対する化学療法は、生活の質を維持しながら安全に実施することが重要であり、至適レジメンおよび治療方針決定のプロセスについてさらに検討が必要である。

## 461 日本内科学会教育病院年報を用いた初期研修医数の分析

富山大学医学部医学科<sup>1)</sup>

富山大学医学部疫学・健康政策学講座<sup>2)</sup>

○一木優太郎<sup>1</sup>, 内田ひとみ<sup>1</sup>, 清田萌由<sup>1</sup>

新谷由美子<sup>1</sup>, 由井沙和<sup>1</sup>, 山田正明<sup>2</sup>

緒言と目的：近年、初期研修医数の偏在が問題として挙げられているが、今回我々は、病院の規模、忙しさ、月給の基本給と初期研修医数との関係を明らかにすることにした。

方法：対象は日本内科学会認定医制度教育病院である423病院。同学会の年報 (2016年度) からベッド数、内科の総退院患者数、内科の救急車搬送総数、内科医一人当たりの退院患者数、一人当たりの救急車搬入件数を参照し、月給の基本給についてはレジナビ Book や各病院のHPを参照した。結果：教育病院の初期研修医数の平均は16.9名 (SD11.9) であり、初期研修医数と、総ベッド数 ( $r=0.64$ )、総退院患者数 ( $r=0.55$ )、救急車搬送総数 ( $r=0.48$ ) とは正の相関を認めた。忙しさを示す「内科医一人当たりの退院患者数」とは弱い相関を認め ( $r=-0.26$ )、月給とも弱い相関を認めた ( $r=-0.16$ )。

結語：初期研修医数は、総ベッド数や総退院患者数といった病院の規模を示す数値に強い相関を示した。一方で、内科医一人当たりの退院患者数や給料とは弱い相関を認めた。また規模の小さい病院でも、一人当たりの経験数は少なくないことが判明した。初期研修病院の選択には、病院の規模以外にも一人当たりの経験数などにも目を向ける必要がある。

## 462 内科志望者数増加への処方箋

浜松医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>

浜松医科大学法学教室<sup>2)</sup>

○湯山健太<sup>1</sup>, 杉本祥拓<sup>1</sup>, 徳山喜心<sup>1</sup>, 石橋公平<sup>1</sup>

谷口かおり<sup>2</sup>, 大磯義一郎<sup>2</sup>

【目的】新専門医制度導入で、内科志望者は15.2%減少したと報道された。本研究は、内科志望者増加のための方策を提案する。【方法】厚生労働省が2016年に行った「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の結果から、属性やタイムテーブルに関する項目を統計解析した。【結果】内科医全体の女性比率は25.0%であった。年代別女性比率は、70歳以降で7.9%、20代で38.9%となり、年代が下がると共に上昇した。Subspecialty 領域別では、糖尿病内科が38.0%と最も女性比率が高く、循環器内科は13.8%と最も低かった。未就学児を持つ女性は、男性より有意に始業時間が遅く、終業時間が早かった (共に  $P < 0.01$ )。【考察】女性内科医は今後、更に増加すると考えられる。内科志望者数増加のためには、女性が内科を志望し易くする方策が重要となる。女性医師に向けた対策は既に産婦人科等で様々な試行錯誤が行われているが、現時点で効果のある対策として、保育サービスの外部委託による保育パターンの増加、複数主治医制・チーム医療や休日・夜間の完全当直体制による労働環境整備等がある。これらの方策を内科領域において採用することで内科医志望者増加につながるものと考えられる。

## 463 診断戦略を支える「同化思考」の試み - 救急外来での見逃し症例からの学び -

沖縄県立中部病院内科<sup>1)</sup>

沖縄県立中部病院感染症内科<sup>2)</sup>

○奥村和也<sup>1</sup>, 西山健太<sup>1</sup>, 高倉俊一<sup>2</sup>, 高山義浩<sup>2</sup>

椎木創一<sup>2</sup>, 成田 雅<sup>2</sup>

【症例】81才男性【主訴】悪寒、発熱、嘔吐【現病歴】来院2日前から繰り返す悪寒、発熱を主訴に当院救急外来を受診した。初診時の問診、身体診察から有意な所見や検査結果から異常所見を認めず、ウイルス感染症の診断で帰宅となった。この際、菌血症の可能性が示唆されて血液培養を2セット採取した。帰宅後も悪寒が継続し、嘔吐の症状も出現し、不安もあったため救急外来を再受診した。初診時と同様に経過観察可能として帰宅となった。その後血液培養2セットよりグラム陽性球菌 (後に黄色ブドウ球菌と判明) が検出された。再受診時の身体所見で右第5趾にオスラー結節を認め、造影CT、造影MRIにて第3、4頸椎の右椎間関節に感染巣の所見を認め、頸椎椎間関節炎を伴った感染性心内膜炎を疑い、入院し抗菌薬で治療を開始した。経胸壁心臓超音波検査で疣贅を認めず、経食道心臓超音波検査で無冠尖に7mmの可動性に富む疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断した。治療経過は良好で、頸椎椎間関節炎も考慮して抗菌薬を計56日間投与して治療終了とし、独歩で退院となった。【考察】診断過程では直感的思考だけでなく、分析的思考、患者の解釈モデル (水平思考) を活用することで診断の精度の上昇に繋がる。当院では「患者がshakingしたら主治医もshakingしろ」との教えがある。客観的な視点から患者に身を重ねて同化し、最終診断に向けて突き進む力を与えるような医療者の態度をもたらす「同化思考」を提案したい。

## 464 臨床実習中の経験症例から検討したポリファーマシーへの対処法

愛知医科大学 5 学年次<sup>1)</sup>

愛知医科大学卒業臨床研修センター<sup>2)</sup>

愛知医科大学医学部地域医療教育学寄附講座・医学教育センター<sup>3)</sup>

○河原幸平<sup>1</sup>，山本さゆり<sup>2</sup>，宮田靖志<sup>3</sup>

【背景】高齢者のポリファーマシーには様々な要因が絡み合っており、その解消は難しく対策は発展途上である。その回避のためには、QOL の維持・向上をケアの目標とし、関係者での十分な話し合いが必要がある。臨床実習中に経験した 2 症例より、ポリファーマシー対策を検討した。

【症例 1】95 歳男性。高血圧、認知症のため降圧薬、抗認知症薬など 8 剤内服中。療養上の必要性本人・介護者の意向について話し合い、5 剤の内服薬を中止した。

【症例 2】73 歳男性。糖尿病、高脂血症のため血糖降下薬 4 剤、他計 8 剤内服中。血糖コントロール不良のため血糖降下薬を中止しインスリン療法へ変更を勧めたが本人の強い希望により内服はそのまま継続となった。

【考察】病状だけを考えても減薬、治療の変更はうまく行えなかった。介護施設などの環境因子の十分な考慮が、減薬には必須であった。また、本人のケアに対する考え方、本人・介護者を含むケアの状況（治療負荷など）、各科連携の評価など、様々な要素を考慮し、場合によっては減薬できないこともあることもわかった。

【結語】ポリファーマシー対策には、医師、患者・家族、その他の環境要因の 3 つの要素を考慮しなければならない。特に、本人・介護者の服薬に対する意向・価値観、療養の環境、各科・他業種・地域連携が重要である。単に医学的観点を優先したポリファーマシー対策は有効でないことを肝に銘じるべきである。

## 465 カルバマゼピンによる薬剤性過敏症症候群 (DIHS) と診断した一例

沖縄県立北部病院総合内科<sup>1)</sup>

沖縄県立北部病院病理診断科<sup>2)</sup>

○板野雄基<sup>1</sup>，徳増一樹<sup>1</sup>，岩橋雅之<sup>1</sup>，永田忠蔵<sup>1</sup>，仲西貴也<sup>2</sup>

【症例】53 歳女性【主訴】紅斑【現病歴】意識障害にて受診となり右被殻出血の診断にて開頭血腫除去術、外減圧術を施行され入院、その後カルバマゼピンを服用していた。内服 1 ヶ月後より全身に掻痒を伴う紅斑が出現、肝機能障害も認め当科紹介となった。【臨床経過】紅斑の出現、発熱、リンパ節腫脹、白血球増多、異型リンパ球の出現、肝機能障害、HHV-6 の再活性化より上記と診断した。皮膚生検では炎症細胞の浸潤や一部に好酸球の浸潤を認め、矛盾しない結果であった。また、カルバマゼピンの薬剤添加リンパ球刺激試験 (DLST) は陽性であった。紅斑出現後内服中止し、5 日後よりプレドニゾロン 60mg/日 (1mg/kg/日) 内服を開始、2 週目より紅斑、肝機能の改善を認めた。徐々に漸減し 4 週目にはほぼ寛解となった。【考察】近年、DIHS の病態として HHV-6 の再活性化の関与が指摘され、B 細胞や血清 IgG の低下、T 細胞の活性化といった機序が解明されてきている。今回免疫低下を来すような既存の疾患は無く IgG の低下も認めなかったが、DLST は陽性であり T 細胞を介した免疫反応の関与が示唆される結果であった。【結語】DIHS の免疫学的な機序が報告されてきている中で、本症例においても T 細胞を介した病態が示唆される結果であり報告した。