第331回 日本内科学会九州地方会

演題要旨

第 1 会場

1 リンパ球浸潤癌と診断された早期胃癌の 1 例

1) 佐賀大学医学部附属病院消化器内科
2) 同　光学医療診療部
○野田亮介[1)]，武富啓展[1)]，島田不律[1)]，芥川剛至[2)]，
鶴岡ななえ[1)]，坂田資尚[1)]，下田　良[2)]，江﨑幹宏[1)]

【症例】62 歳，女性【主訴】なし【現病歴】検診精査で前医にて施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）にて，胃体上部小弯に 20mm 大の潰瘍を伴う不整な平坦陥凹性病変を認め，その周囲には粘膜下腫瘍様隆起を認めた．またその肛門側にも 10mm 大の不整な陥凹性病変を認めた．いずれも生検にて腺癌（por>tub2）の診断となり当科紹介となった．当科での EGD でも同様の所見を認め，EUS で第 1 ～ 2 層を主座に low echoic lesion として描出され第 3 層の断裂を認めた．SM 深部浸潤と診断し，幽門側胃切除術を施行した．切除標本では間質への著明なリンパ球浸潤を伴った異型腺上皮の増殖を認め，CK AE1/AE3 陽性，EBER 陽性よりリンパ球浸潤癌の診断となった．【考察】リンパ球浸潤癌はその大多数が Epstein-Barr virus 感染を伴う特殊型胃癌の一つであり，胃癌全体の約 1 ～ 2.5% とされている．通常 EGD では 0 - IIc 型の肉眼型や粘膜下腫瘍様隆起を呈することが特徴であり，本症例も同様の所見を呈していた．悪性リンパ腫との鑑別を要することもあり，EBER - ISH などの免疫染色などを用い正確な診断と加療が必要と考えられた．

2 腹水 ADA 高値により結核性腹膜炎と診断しえた 1 例

1) 鹿児島市立病院消化器内科
2) 鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学
○時岡玲子[1)]，中村義孝[1)]，矢野弘樹[1)]，橋口正史[1)]，
岩下祐司[1)]，那須雄一郎[1)]，玉井　努[1)]，堀　　剛[1)]，
坪内博仁[1)]，井戸章雄[2)]

【症例】29 歳，，男性【主訴】発熱，下痢【現病歴】20XX 年 5 月初旬，発熱と下痢を主訴に前医を受診．急性腸炎として入院となり，抗菌薬投与にて加療されていたが改善に乏しく，腹水もみられたため当科紹介転院となった．CT 検査で腹水貯留と小腸の浮腫状拡張を認め，胸部では左肺上葉優位に小葉中心性粒状影および小結節影を認め，肺結核が疑われた．T-SPOT は陽性であったが，喀痰培養・PCR は陰性であった．腸結核の可能性も疑い下部消化管内視鏡検査を施行したが，腸結核を示唆する所見はみられなかった．高熱が持続し，腹水の増加を認めたため腹水試験穿刺を行ったところ，ADA 89.9U/L と高値であった．T-SPOT 陽性と胸部 CT で肺結核を疑う所見を認めることに加え，腹水 ADA 高値であることから臨床的に結核性腹膜炎と診断した．抗結核薬 4 剤で治療を開始し，後に腹水の抗酸菌培養で結核菌陽性が判明した．【考察】結核性腹膜炎は，全結核菌感染症の 1% 未満と稀な疾患であり，特徴的な臨床徴候が乏しいため診断が困難な場合があるとされる．また，腹水の抗酸菌染色・培養の感度は低く，陽性例においても診断に時間を要する．腹水 ADA 高値は，結核性腹膜炎の診断において感度・特異度ともに高いことが知られており，早期治療介入に有用であると考えられた．

3 卵管留膿腫の炎症が腸管へ波及し感染性腸炎と誤診された 1 例

1) 佐賀県医療センター好生館消化器内科
2) 同　産婦人科
○平野里佳[1)]，松永拓也[1)]，島村拓弥[1)]，冨永直之[1)]，
緒方伸一[1)]，中山幸彦[2)]，安永牧生[2)]

【症例】48 歳，女性【主訴】腹痛【現病歴】朝から持続する腹痛があり，同日夜間に救急搬送となった．造影 CT にて小腸全体の拡張と液貯留を認め，感染性腸炎の診断で入院となった．絶食・補液で症状改善なく，第 3 病日に CRP 上昇も認めたため，FOM を開始した．一旦は改善したが，第 7 病日に発熱と CRP 再上昇を認めた．再度撮像した造影 CT で腹膜炎と左卵管留膿腫を疑う所見を認め，卵管の炎症が腸管および腹膜へ波及して感染性腸炎様の症状・所見を呈していた可能性を考えた．感染巣コントロール目的に子宮内避妊器具の経膣除去を試みたが困難であった．抗菌薬を ABPC/SBT に変更し，CRP は改善傾向となったが，経膣超音波検査で膿瘍腔の拡大を認めたため保存的加療は困難と判断し，子宮全摘出術および付属器切除術施行となった．術後経過は良好で，第 23 病日に退院となった．【考察】卵管留膿腫は CT では早期診断が困難なことが多く，本症例でも初回 CT では診断に至らなかった．CRP 値に比して腸管の画像所見が軽度であったこと，感染性腸炎としての治療が奏功しなかったことが卵管留膿腫発見の契機となった．経過が芳しくない場合には初期の診断が正しいかを再考することが重要であると学んだ症例であった．

4 胆嚢十二指腸瘻を原因とする胆石性腸閉塞の1例

1）宮崎生協病院内科
2）同　外科
○山下さくら[1)]，黒木寿一[2)]，眞川昌大[1)]

【症例】63歳，女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】気管支喘息，高血圧，糖尿病，脂質異常症【現病歴】来院2日前より頻回な嘔吐と腹部膨満感を認め，腸閉塞疑いで紹介受診となった．来院時，腹部単純CTにて高吸収の胆石様異物を先進部とする小腸腸閉塞と胆道気腫を認め，胆石性腸閉塞を疑った．腹部単純CTにて胆嚢と十二指腸に瘻孔を認め，原因として胆嚢十二指腸瘻が考えられた．絶食補液で保存加療を行い，入院4日目の腹部CT所見で腸管内の胆石が消失し自然排石したものと思われたが，便中への排石は確認できなかった．食事再開後症状増悪なく経過し入院7日目に退院となった【考察】今回，胆嚢十二指腸瘻を原因とする胆石性腸閉塞の症例を経験した．胆石性腸閉塞の排石経路としては胆嚢十二指腸瘻が78.9%と大多数を占めている．緒家の報告では腸閉塞をおこす胆石の大きさは平均4ｃｍ前後で2.5ｃｍ以上だと嵌頓しやすいとされる．治療法としては自然排石を待つ保存的治療と外科的治療がある．自然排石する症例は4-8%と少なく排出に平均9.3日を要するとされている．そのため保存的治療を行う日数は10日程度で，全身状態が増悪する前に外科的手術が施行される例が多いとされる．本症例では胆石は直径3mmで自然排石に要した期間は4日と短期間であった．【結語】今回，保存的治療で治療奏功した胆石性腸閉塞の症例を経験したので報告する．

5 黄色肉芽腫性胆嚢炎との鑑別が困難であった胆嚢結石症を合併した胆嚢癌の1例

高邦会高木病院消化器内科
○重橋　塁，山内康平，四本界人，松尾純武，河合雅子

【症例】80代，男性【主訴】発熱【現病歴】20XX年4月に発熱を主訴に当院を受診し，血液検査で炎症所見と肝胆道系酵素の上昇を認めた．腹部CTで多数の胆嚢結石と総胆管結石を認め，総胆管結石性胆管炎として入院となった．また，MRCPで胆嚢底部の著明な肥厚と同部の拡散能低下，及び胆嚢と肝臓の境界の不明瞭化を認め，黄色肉芽腫性胆嚢炎（XGC）が疑われた．胆嚢癌も鑑別に挙げられたが，1年前のMRIでは腫瘍性病変はなく，経過と併せてXGCの可能性が高いと診断した．【経過】入院後，第5病日に内視鏡的総胆管結石除去術を施行した．胆管炎症状は軽快し，後日胆嚢結石及びXGCに対する胆嚢摘出術目的に外科に紹介となった．同年7月に施行した腹部US及びCT検査にて，肝両葉に多数の低吸収腫瘤と胆嚢底部の不整な増強効果を伴う壁肥厚が新たに出現していた．同月施行した肝生検の結果と併せ，最終的に胆嚢癌および転移性肝腫瘍と診断した．ご本人，ご家族のご希望もあり，緩和ケア治療目的に他院に転院となった．【考察】胆嚢癌とXGCとの鑑別が困難であった本邦の報告例を検討すると，胆石症の合併例が多い点や，胆嚢癌にXGCを併発することが少なくない点が挙げられ，本症例との類似点がみられた．これらの特徴を有する場合は様々な画像検査を併用しても胆嚢癌の確定診断が困難なケースが存在するため，常に胆嚢癌を念頭に置いた術前検査や治療方針の決定を行う必要があると考える．

6 肝腫瘍を呈した単中心性キャッスルマン病の1例

1）九州大学病院肝臓・膵臓・胆道内科
2）同　病理診断科
○岩尾美紀[1)]，日置智惟[1)]，川元美緒[1)]，木下伊寿美[2)]，孝橋賢一[2)]，小田義直[2)]，合谷　孟[1)]，田中正剛[1)]，国府島庸之[1)]，小川佳宏[1)]

【症例】64歳，女性．主訴はなし（肝腫瘍精査目的）．健康診断の腹部超音波検査で肝S2に25mm大の肝腫瘍を指摘され，前医で腫瘍生検を施行するも診断困難であり当科紹介受診した．肝胆道系酵素の上昇を認めず，肝予備能は正常であり，各種腫瘍マーカーの上昇は認めなかった．造影CT，MRIでは25mm大の乏血性腫瘍を認め，EOB取り込みは低下していた．腫瘍生検にて小型のリンパ球及び形質細胞の集簇を認め，キャッスルマン病が疑われた．当院外科にて腹腔鏡下亜区域切除術を施行した．病理組織は硝子化した血管を胚中心に認めるリンパ球及び形質細胞の集簇したリンパ増殖性病変であり，免疫染色では傍濾胞領域にはCD3，CD4陽性，胚中心にはCD20，CD79a陽性の細胞浸潤を認めキャッスルマン病と診断された．術後1年3ヶ月経過しているが，現在のところ再発なく経過している．【考察】キャッスルマン病はリンパ節の病理組織像で特徴付けられる非腫瘍性リンパ増殖性疾患である．臨床的には単中心性キャッスルマン病と多中心性キャッスルマン病に大別され，単中心性キャッスルマン病は後腹膜に好発するとされているが，肝腫瘤で発見されることは比較的稀であり，文献的考察を加え報告する．

7 ANCA関連血管炎の治療中に発症した肝機能障害の1例

1）中津市民病院消化器内科　2）同　腎臓内科
○元吉沙貴[1)]，大森　薫[1)]，安部雄治[1)]，末廣侑大[1)]，梅野成大[1)]，古寺紀博[2)]，青木宏平[2)]，横田昌樹[1)]

【症例】67歳，女性【主訴】褐色尿【現病歴】2019年12月初旬に腎機能障害が出現し，当院の腎臓内科に紹介された．腎生検などでANCA関連腎炎による急速進行性糸球体腎炎と診断し，2020年1月下旬よりステロイド治療を開始した．徐々に腎機能は改善し，同5月時点ではPSL15mgの内服で，腎機能とMPO-ANCAは良好にコントロールされていた．しかし6月の血液検査で肝機能障害を認め，精査加療目的に当科に紹介された．PSLを長期に内服しており，CMV抗原検査は陰性であったがCMV IgM抗体が陽性であり，CMVの再活性化による肝機能障害が疑われた．肝生検では毛細血管や類洞への炎症細胞の進展があり，ANCA関連血管炎による肝障害も鑑別を要した．診断的治療として第10病日よりガンシクロビル100mg/日の点滴を開始したところ，速やかに肝機能障害は改善に転じた．CMV抗原検査は当初より陰性であったため，CMV IgM抗体が低下していることを確認し，第24病日より維持治療としてバラガンシクロビル450mg/隔日の内服を開始した．その後は肝機能障害の再燃はなく，第27病日に自宅へ退院した．【考察】CMVは標的臓器細胞の他に血管内皮細胞にも親和性があり，消化管など他のCMV感染症ではしばしば毛細血管の障害や出血を引き起こすことが知られている．その病理像は血管炎と類似しているため，他の臓器障害の有無や臨床経過を踏まえて慎重に治療方針を決定することが重要と考えられた．

8 膵仮性嚢胞に伴う胃静脈瘤に対して部分的脾動脈塞栓術を施行した 1 例

福岡県済生会福岡総合病院内科
○上田孝洋，立花雄一，明石哲郎

【症例】50 歳代，男性【現病歴】（X-2）年にアルコール性重症急性膵炎で入院歴あり．その後膵仮性嚢胞を形成し，経過観察されていた．X 年（Y-2）月に焼酎 5 合を飲酒し，急激な腹痛が出現したため当院救急搬送．腹部 CT で膵仮性動脈瘤からの出血を認め，コイル塞栓術を施行した．X 年（Y-1）月，膵仮性嚢胞が増大しており，ERP で膵管破綻が疑われたため，膵管ステントを留置した．X 年 Y 月，体動困難のため救急搬送された．腹部 CT で膵仮性嚢胞は増大しており，脾静脈閉塞と側副血行路の発達を認めた．黒色便と貧血の進行を認め，EGD を施行したところ胃内に少量の新鮮血と静脈瘤を認めた．胃腎シャントが未発達のため B-RTO は適応外であり，胃静脈瘤への供血量減少を企図して部分的脾動脈塞栓術（PSE）を施行した．PSE 施行後は貧血の進行や黒色便なく，以降胃静脈瘤からの出血なく経過している．【考察】本症例では膵仮性嚢胞の増大により脾静脈閉塞を来したことによる局所的な門脈圧亢進により，胃静脈瘤を生じたと考えられた．慢性膵炎の場合，炎症の波及と繊維化も関与しており，仮性嚢胞のドレナージを行っても再燃が高いとされており，本症例では胃静脈瘤への血流減少を期待して PSE を施行した．

9 DLST で多剤陽性を示した薬物性肝障害による急性肝不全の 1 例

鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学
○竹中嵩博，伊集院翔，小田耕平，豊留亜衣，谷山央樹，坂江　遥，楢　一晃，熊谷公太郎，馬渡誠一

【症例】62 歳，男性【現病歴】20XX 年 2 月，健康診断の胸部レントゲンにて肺結核が疑われ前医を受診した．排菌は認めないが QFT 陽性で画像所見から結核は否定できず，2 月下旬より抗結核薬が開始された．3 月上旬より食思不振と倦怠感，中旬より褐色尿が出現した．3 月の血液検査では肝機能正常であったが，4 月上旬に AST 2880U/L，ALT 2610U/L，ALP 490U/L，γ -GTP 180U/L と肝細胞障害型の肝障害を認めた．器質的疾患は否定的で急性肝炎が疑われ，精査加療目的に当院紹介入院となった．【経過】初発症状から 8 週以内の高度の肝機能障害および PT 活性＜ 40％の低下を認め，急性肝不全と診断した．ウイルス性肝炎や自己免疫性肝疾患は否定的で，経過から薬物性肝障害によるものと考えた．入院後は薬剤中止と安静にて肝機能は改善し，入院 14 病日で前医へ転院となった．薬剤リンパ球刺激試験（DLST）を提出し，2 月に開始されたリファンピシン，イソニアジド，エタンブトール，ピラジナミド，テプレノン，ベンズブロマロン，フェキソフェナジンが陽性であった．薬物性肝障害スコアリング 12 点で薬物性肝障害に矛盾しないと判断した．【考察】2010-2018 年の全国調査にて薬物性肝障害患者の DLST の陽性率は 48% と報告されている．本症例のように多剤で陽性となる例は稀であり，示唆に富む 1 例と考えた．

10 持続する嘔気・嘔吐を契機に診断された小腸腺癌の 1 例

佐賀大学医学部附属病院総合診療部
○大家さつき，徳島圭宜，平田理紗，久田祥雄，藤原元嗣，多胡雅毅，山下秀一

【症例】40 歳，女性【主訴】腹部膨満感，嘔気・嘔吐【現病歴】生来健康で特に手術歴はない．20XX 年 10 月に右腰背部痛で前医を受診し，血液検査や単純 CT で異常を指摘されず便秘症として対症療法となっていた．その後も腹部膨満感と嘔気が増悪し受診を繰り返していた．12 月に行われた上部消化管内視鏡では十二指腸下行脚までに特記所見はなかった．嘔吐のため食事摂取が困難となり前医へ入院した．その際の造影 CT で十二指腸近傍の壁肥厚とリンパ節腫大を認め，胃管での減圧でも改善しないとのことで 12 月中旬に当院初診となった．上部消化管内視鏡検査を再度行い，Treitz 靭帯を超えた空腸近位側に全周性の潰瘍性病変を認めた．同部位からの生検で低分化腺癌を伴う印環細胞癌の診断に至った．【考察】小腸腺癌は全消化管腫瘍の 1-2% と極めて稀でその多くが症候性で発見される．早期発見は未だ難しいが，外科的根治術が可能な状態で発見できれば予後不良ではない．Common disease として加療しても改善しない腹部症状（下血や狭窄に伴う便秘や嘔吐の症状など）を有する患者には積極的に造影 CT や小腸を含めた内視鏡精査をすることで早期診断につながると考えられる．

11 膀胱自然破裂が原因となった再発性腹水の 1 例

北九州総合病院消化器内科
○仲野　優，有留玄太郎，西尾　仁，烏山　司，黒瀬龍彦，山崎雅弘

【症例】88 歳，女性【主訴】腹満感，下腹部痛【現病歴】42 歳時に子宮癌に対し子宮全摘術を施行された．86 歳時，腹満感，下腹部痛を主訴に当院内科を受診した．来院時，腹部全体に圧痛があり，血液検査では炎症反応および血清クレアチニンの上昇を認めた．腹部 CT 検査で著明な腹水貯留を認め，腹水の性状は漏出性で腹水中の多核白血球数上昇を認めた．細菌性腹膜炎，肝性腹水として抗菌薬投与，利尿薬投与を行い，腹水の消失とともに腎障害も改善を認め，退院した．その後も突発性の腹痛と腹水貯留を認め同様の経過を繰り返した．以前より認めていた血尿の精査のために膀胱鏡を行ったところ，膀胱壁の菲薄化を指摘された．大量腹水貯留時に，導尿により速やかに腹水は消失したことから，膀胱自然破裂による尿性腹水で偽性腎不全を来していたと診断した．【考察】偽性腎不全とは，腹腔内に流出した尿中のクレアチニンが腹膜を介して再吸収され血清値で高値を示すことから急性腎不全と混同される．腹腔内の尿が腹膜を介して再吸収されるために起こり，腹腔内尿漏の典型的異常といわれている．本症例のように，血清クレアチニンの上昇を伴う大量腹水貯留が認められた場合，膀胱自然破裂に伴う尿性腹水も鑑別にあげる必要がある．

12 trisomy8 陽性骨髄異形成症候群に合併した高齢発症回腸大腸多発潰瘍の 1 例

1) 宮崎大学医学部附属病院消化器内科
2) 宮崎大学医学部医学科消化器内科学講座
○吉田直樹[1)]，山本章二朗[1)]，内山尚美[1)]，畑田紘志[1)]，田村穂高[1)]，坂元一樹[1)]，平田智也[1)]，鈴木　翔[1)]，三池　忠[1)]，河上　洋[2)]

【症例】86 歳，男性【現病歴】2018 年 5 月より trisomy8 陽性の骨髄異形成症候群（MDS）にて加療されていた．2019 年 6 月より，下痢，発熱，体重減少を認めた．7 月に大腸内視鏡検査（CS）を施行され，回腸末端に深掘れ潰瘍を認め，大腸には潰瘍やびらんが多発していた．カプセル内視鏡検査では小腸全域に潰瘍を認めた．内視鏡所見から腸管ベーチェット病，CMV 腸炎，腸結核などが考えられたが，基礎疾患，組織検査，培養検査などから MDS に合併した回腸大腸の多発潰瘍と診断し，インフリキシマブ（IFX）を投与した．IFX 投与で症状は改善したが，3 か月後の CS では潰瘍が残存していたため，メサラジンを開始した．その後，MDS に伴う発熱などに対しステロイドも追加された．IFX 開始 1 年後の CS では回腸の潰瘍は縮小化しており，大腸の潰瘍は瘢痕化していた．【考察】近年，trisomy8 陽性 MDS と腸管ベーチェット病様潰瘍の合併例の報告が増えているが，治療法は確立しておらず，治療抵抗例も報告されている．本例は，高齢，MDS と感染のリスクは高かったが，IFX にて良好な経過が得られた貴重な症例であった．

13 HCV Genotype 6a 型に対して，グレカプレビル / ピブレンタスビルによる DAA 治療が奏功した 1 例

1) 国立病院機構佐賀病院内科
2) 同　消化器科
3) 佐賀大学医学部附属病院肝疾患センター
○熊谷貴文[1)]，遠山志穂[2)]，行元崇浩[2)]，赤司太郎[2)]，江島英理[1)]，磯田広史[3)]

【症例】20 歳，男性．ベトナム国籍【主訴】検診異常
【現病歴】職域検診にて，HCV 抗体陽性を指摘され，当院受診．血液検査では，AST 91IU/l，ALT 148IU/l，T-bil 1.16mg/dl，血小板 20.5 万 / μ l，HCV RNA 4.5logIU/ml であり，C 型慢性肝炎と診断した．HCV Genotype（GT）については当初 others との結果であったため，佐賀大学医学部付属病院肝疾患センターと名古屋市立大学に精査を依頼した結果，GT6a と判明した．そこで，グレカプレビル / ピブレンタスビルによる DAA 治療を行い，SVR12 を達成した．【考察】本邦での C 型慢性肝炎の大部分は GT1 あるいは GT2 であるが，文献によると，ベトナムでは C 型慢性肝炎の約半数は GT6 であった．GT6 に対する DAA 治療の有効性については，海外より複数の報告があるが，本邦において医中誌にて検索する限り，報告は認めなかった．本邦においても，グレカプレビル / ピブレンタスビルによる DAA 治療は，海外と同様，GT6 に有効と考えられた．

14 術後 10 年目に腹膜播種を来した胃癌の 1 例

1) 九州大学大学院病態機能内科学
2) 同　病態修復内科学
3) 同　形態機能病理学
○加来寿光[1)]，大草　響[1)]，冬野雄太[1)]，土橋賢司[2)]，伊東　守[2)]，川床慎一郎[3)]，古賀　裕[3)]，鳥巣剛弘[1)]，北園孝成[1)]

【症例】70 歳，男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】20XX-10 年に胃前庭部後壁の 2 型進行癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した．病理組織学的検査では，低分化型腺癌（T3N2M0:stage3A）と診断された．術後化学療法として S-1 療法を開始したが，副作用が強く 1 クールで終了された．年に 1 回の上部消化管内視鏡検査，CT でフォローしており，再発所見は認められなかった．20XX-1 年 9 月から腹部膨満感が出現し，近医にて 11 月に上下部消化管内視鏡検査を施行したが有意な所見は認められなかった．症状の改善がないため 20XX 年 2 月に当院紹介入院となった．【入院後経過】入院時の CT で腹水，腹膜肥厚，播種結節を認めた．癌性腹膜炎を疑い腹水穿刺を施行し，cell block より adenocarcinoma と診断した．免疫組織化学では，CK7（+）/CK20（-）を確認した．20XX-10 年の胃癌の標本と同一であり，その他の原発巣を認めないため胃癌再発による腹膜播種と診断した．FOLFOX 療法を開始し，11 コース施行し，自覚症状および腹水は改善傾向である．【考察】胃癌の術後再発形式として多く認められるのは腹膜播種であり，原発巣が低分化型腺癌，深達度 T3 以上の場合は腹膜播種の再発率が上昇する．再発までの期間としては，1 年以内の再発率が高く，5 年以降の再発率は 8.6%，10 年以降では 1% 未満とされる．今回，術後 10 年目に腹膜播種を来した胃癌の 1 例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する．

15 潤腸湯による薬物性肝障害の 1 例

古賀総合病院内科
○楠元寿典，落合俊雅，堀口みなみ，黒木暢一，田井　博，今村卓郎

【症例】80 歳，男性【主訴】黄疸，肝障害【現病歴】高血圧，陳旧性脳梗塞，前立腺肥大症で近医内服加療中，定期的な血液検査を受けており肝障害はなかった．便秘に対し 2020 年 3 月下旬から潤腸湯内服治療を開始され，症状はなかったが 6 月下旬の定期血液検査で肝障害（T-Bil 1.9mg/dl，AST 481U/L，ALT 674U/L，ALP 1348U/L，gGTP 348U/L）を認め，当院紹介入院となった．飲酒は焼酎 1 合を週 4 回程度，牡蠣，猪，鹿等の摂食なし，健康食品摂取なし，画像検査で胆嚢結石あり，各種ウイルス検査は陰性，抗核抗体陰性，抗ミトコンドリア M2 抗体陰性，潤腸湯 DLST 検査陽性で，肝組織は薬物性肝障害に矛盾しない所見であった．JDDW2004 薬物性肝障害スコアリングは 10 点であり，潤腸湯による薬物性肝障害と診断した．潤腸湯中止のみで肝障害は速やかに改善し，急性肝不全への移行はなかった．【考察】潤腸湯による薬物性肝障害の報告は少ないが，薬剤投与の際は丁寧な経過観察が必要と考えられた．

16 神経性やせ症との鑑別が困難であった機能性ディスペプシアの1例

1）九州大学病院心療内科
2）九州大学大学院医学研究院心身医学
○大杉康司[1)]，戸田健太[1)]，山下　真[1)]，波夛伴和[1)]，髙倉　修[1)]，須藤信行[2)]

【症例】30歳代，女性【主訴】胃部不快感，るい痩【現病歴】幼少期から強固な便秘あり．15歳時に体重減少し，総合病院小児科で摂食障害と診断され，現在までに複数回の入院歴がある．同時期より胃部不快感が出現し，食事量が更に減少した．24歳時に他院で精査されるも，器質的な異常は認めず，機能性ディスペプシア（FD）が疑われた．その後，様々な薬物療法をうけたが，効果は乏しかった．X-1年12月に急性胃腸炎に罹患後，更に食事摂取量が低下した．X年2月に体重32kg（BMI12.2）となり，神経性やせ症（AN）が疑われ当院紹介入院となった．入院当初は，ANとFDの両疾患を考慮し，身体的評価と薬物・栄養療法を行いながら，心理社会的背景を詳細に聴取した．体重増加に伴う不安などのAN特有の心理特性はみられず，最終的にFDと診断した．治療の過程で，症状の背景にある感情に着目し，表出を促すことで，患者は症状と感情との関わりに気づき，食事量と体重は増加した．【考察】ANは必ずしも当初から肥満恐怖を表明するとは限らないことから，高度なるい痩を合併したFDとの鑑別が困難な場合がある．両疾患は心理社会的因子が大きく関与するが，ANにおいては自己評価が体重や体形に影響されるという点でFDとは異なる．本症例のようなFDにおいて，心理社会的因子を考慮した診断と適切な病態評価に基づく治療が重要と考えられる．

17 難治性心房細動に対するカテーテルアブレーション治療後に発症した上腸間膜動脈症候群の1例

1）福岡ゆたか中央病院消化器内科
2）同　内科　3）同　循環器内科
○増原裕之[1)]，船田　碧[2)]，長畑誠修[1)]，田畑寿彦[1)]，中塚敬輔[2)]，松本高宏[3)]

【症例】80歳，男性．身長164cm，体重43kg，BMI 16.0．食道癌EMR後．【主訴】腹痛と頻回の嘔吐．【現病歴】2型糖尿病，肥大型心筋症，慢性心不全の診断で当院循環器内科通院．2019年8月心房細動を発症し薬物療法を開始されたが改善なく，10月X日他院で冷凍アブレーションを施行．X+3日より左側腹部痛と嘔気が出現．術後合併症として経過観察となり，X+7日当院転院．頻回の嘔吐，左側腹部の膨隆と臍周囲の自発痛・圧痛，腸音減弱を認めたが，腹膜刺激症状は認めなかった．腹部CTで胃・近位十二指腸の著明な拡張と肛門側腸管の虚脱を認め，上腸間膜動脈症候群と診断し，胃管／イレウス管の挿入はせず絶食のみとした．嘔吐消失後のX+9日，上部消化管造影検査で造影剤の通過を確認し，経腸栄養剤による経口食を再開．その後は，腹部症状の再燃なく経過．X+28日後には常食の摂食が可能となり，退院．【考察】上腸間膜動脈症候群は，十二指腸水平部が上腸間膜動脈と腹部大動脈に圧迫され消化管通過障害を呈する病態で，痩せや急激な体重減少に伴う脂肪織の減少や大動脈瘤の存在，術後の癒着などにより発症する．本症例は，カテーテルアブレーション後に胃食道神経障害を来し，胃が拡張したことにより，SMAと腹部大動脈の解剖学的位置が変化し，二次的に上腸間膜動脈症候群を発症した，稀な症例と考えられた．

18 左側腹部痛を主訴に来院した十二指腸胆石イレウスの1例

1）敬愛会中頭病院総合内科
2）同　消化器内科
3）同　消化器外科
○平良貴大[1)]，新里　敬[1)]，石原健二[2)]，林　圭吾[3)]

【症例】73歳，女性【主訴】左側腹部痛【現病歴】10年前に胆石を指摘され，手術を勧められるも手術希望なく，症状も軽微であったことから経過観察となっていた．来院の数か月前から心窩部違和感を認め経過をみていたが，来院6日前から左側腹部痛および食後の嘔吐が続いたため，当院内科外来受診，精査加療のため入院となった．【経過】来院時の血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め，腹部造影CT検査を施行したところ，胃拡張，胆嚢十二指腸瘻および十二指腸水平脚における胆石の陥頓を認め胆石イレウスと診断した．内視鏡的治療も考慮されたが，破砕後に回腸末端などで陥頓してしまう可能性や破砕した胆石による腸管損傷を考慮し，腹腔鏡的手術によりイレウスの解除に至った．【考察】胆石イレウスを発症する頻度は全胆石症の0.15～1.5％と低いが，胆石症の既往がある患者では鑑別疾患に含めることが重要である．陥頓する部位は主に小腸であり，十二指腸での陥頓は約10％と頻度は低い．胆石の大きさだけでは自然排石するか否かは判断が難しく，約80％は外科的治療が必要となる．本症例では，左側腹部痛を主訴に受診したが，胆石の陥頓での胃拡張に起因する疼痛を考慮することができなかったことは反省すべき点であった．

19 アクリル板を用いた上部消化管内視鏡検査時の飛沫感染リスク低減対策

社会保険仲原病院内科
○久保宏明，安田幹彦，大神吉光，岡嶋泰一郎

【はじめに】新型コロナウイルス感染拡大時，内視鏡診療においては，緊急性がなければ検査を延期するとのスタンスで診療が行われてきたが，消化器内視鏡検査は，消化器病診療において不可欠な検査であり，感染対策を徹底して施行せざるをえない状況である．当院ではその対策のひとつとして，上部消化管内視鏡検査時の患者の咳嗽による飛沫感染リスク低減を期待し市販のアクリル板を使い，内視鏡検査を行っているので，紹介する．【アクリル板の性状】40cm×40cm×2mmの市販のアクリル板を使用．内視鏡が抵抗なく挿入できるように直径5cmの円をくり貫き使用する．【アクリル板の設置】マウスピースの延長上にアクリル板の穴が合うよう設置する．マウスピースとアクリル板の距離はできるだけ短く，当院では5cm程度の距離に設置し検査を行っている．【アクリル板設置の効果】霧吹きを使ってアクリル板の有無による被曝量の差を比較した．アクリル板を使用した場合，飛沫による汚染は右手手袋がほとんどで，右前腕また体幹部も汚染されていなかった．アクリル板を使用しない場合，右手肘から手指にかけて，また術者の右胸腹部また右側腰部に強い飛散を認め，アクリル板使用時との差は視覚的に明らかであった．【考察】アクリル板は，上部消化管内視鏡検査時の飛沫による汚染の低減に有効であると思われる．また防護具の汚染も最小限となることで防護具を脱ぐ際のエラーを防ぐことにも有効と考える．

20 病理解剖で診断に至った急性間質性肺炎の 1 例

1）宮崎生協病院内科
2）宮崎大学医学部附属病院病理学講座腫瘍・再生病態学分野
○佐藤聖香[1)]，眞川昌大[1)]，井上三保子[1)]，山下さくら[1)]，山本晃士[2)]，片岡寛章[2)]

【症例】81 歳，男性【主訴】脱力，食思不振【現病歴】X-2 月から咳や痰が増え，X-1 月から食事が摂れなくなった．来院前日より嘔吐を繰り返すようになり，受け答えが悪かったため X 月 Y 日に救急要請された．バイタル，血液検査，CT 所見より急性肺炎の診断となり，入院して CTRX を投与した．Y ＋ 4 日に P/F 比 184 と悪化し，LVFX を追加した．Y+7 日に P/F 比 152 とさらに悪化したため，MEPM+VCM に変更した．Y+13 日には P/F 比 44 と悪化し，ステロイドセミパルス療法を 3 日間継続し，Y+15 日 に P/F 比 98 まで改善した．その後，メチルプレドニゾロンを継続したが，Y+24 日に呼吸状態が悪化し，死亡した．その後，病理解剖を行った．【考察】臨床症状として，突然発症の発熱，咳嗽，息切れ，心不全だけでは説明できない呼吸不全，発症から 1 週間以内に P/F 比＜ 300 があり，胸部 CT で両側性斑状スリガラス様陰影が認められた．また，抗菌薬及びステロイドへの反応は乏しかった．剖検時所見としては，両肺は暗赤色調で硬く含気不良であった．組織学的に，肺胞道を中心とした同心円状の線維化をびまん性に認め，時相は一様であった．また，II 型肺胞上皮過形成や気管支上皮の扁平上皮化生も伴っていた．以上の臨床的・病理学的所見と，明らかな先行病変を指摘し得ないこととを併せて急性間質性肺炎と診断した．

21 最終診断に難渋した間質性肺炎の 1 例

1）地域医療機能推進機構九州病院総合診療部
2）同　呼吸器内科
○平畑実乃理[1)]，坪内和哉[2)]，中津留広成[2)]，指宿　立[2)]，衛藤大祐[2)]，岡松佑樹[2)]，井上勝博[2)]，原田大志[2)]

症例は 77 歳，男性．20XX 年 11 月 X 日労作時呼吸困難感を自覚し前医受診．胸部 CT で浸潤影と腫瘤影を認め，PIPC および LVFX で加療後，異常陰影の精査目的に X+6 日当院を受診した．胸部 Xp 写真では浸潤影が残存していたが，抗菌薬治療にて臨床症状は改善傾向にあり，LVFX を継続された．しかし，X+13 日に新たにスリガラス影を認め，抗菌薬を変更するも陰影は増悪し，さらに全身倦怠感および両膝関節痛が出現した．気管支鏡検査で有意菌の発育はなく，リンパ球分画の上昇を認めたことから，細菌性肺炎後の二次性器質化肺炎を疑い，PSL で加療された．速やかに異常陰影は改善し，加えて全身倦怠感および関節痛も消失した．二次性器質化肺炎以外に，間質性肺疾患の原因検索を行うと，RF・抗 CCP 抗体が陽性で，関節痛と併せて IPAF が疑われた．また LVFX の DLST が陽性で，薬剤性間質性肺炎も否定できなかった．陰影の改善とともに PSL を漸減すると，約半年後に全身倦怠感・関節痛が再燃し，関節リウマチの診断となり，本症例の肺病変は関節リウマチに先行して発症した間質性肺炎と考えられた．本症例では，複数の陽性所見のため最終的な病因同定に難渋し，半年の経過を加え最終診断に至った．間質性肺疾患では，原因により治療方針が異なるため，病因の同定が肝心である．その鑑別において，肺病変の検査所見のみならず全身症状および臨床経過が重要であると再認識した症例であり，報告する．

22 肺腺癌の化学療法中に薬剤性肺障害を発症した 1 例

1）済生会長崎病院呼吸器内科
2）長崎大学病院呼吸器内科
○高木　亮[1)]，夫津木要二[1)]，飯田桂子[1)]，中田奈々[1)]，迎　　寛[2)]

【症例】71 歳，男性【現病歴】20XX 年 4 月に右上葉肺腺癌（cT2bN0M1c（OSS，ADR）stageIVb）の診断で化学療法（CBDCA+PTX+BEV+Atezolizumab）を開始し，8 月までに計 4 回施行した．引き続き BEV+Atezolizumab を 12 月までに計 4 回施行し PR の状態であった．翌年 1 月 CT にて両肺野に淡いすりガラス影が出現，Atezolizumab による間質性肺障害を疑い BEV+Atezolizumab を一旦休薬し外来でフォローしていたが，3 月下旬より体動時の呼吸困難出現し，画像上両肺びまん性陰影の増強を認めたため当科入院となった．【入院後経過】経気管支肺生検でリンパ球主体の細胞浸潤を，気管支肺胞洗浄では細胞数とリンパ球分画の増加を認めた．Atezolizumab 中止後 3 ヶ月の緩徐に増悪した経過から同剤起因とは考えにくく，前年 7 月より PTX による両下肢のしびれに対し投与中であった牛車腎気丸によるものを疑い DLST を施行，陽性（最大 S.I.=3.5）であった．その後当該薬剤の中止，ステロイド内服で速やかな症状軽快と陰影消失を認めた．引き続き行った BEV+Atezolizumab の再投与では間質性肺障害を認めなかった．【考察】牛車腎気丸はタキサン系抗癌剤などの末梢神経障害の治療に汎用されるものの間質性肺障害の報告も見られるため投与には注意が必要である．

23 孤立性結節影を呈したニューモシスチス肺炎の 1 例

健和会大手町病院内科
○柘植竜太，山口征啓

【主訴】2 か月前からの食思不振，体重減少【現病歴】来院 2 か月半前から全身倦怠感と食思不振が出現，動悸を主訴に当院を受診．精査目的に入院となった．るい痩著明で，廃用のため寝返りも困難であった．呼吸音清，喫煙歴：20 本 / 日 40 年，長谷川式認知症スケール 14 点．血液検査：CYFRA 6.5ng/mL HBs 抗原陰性 HCV 抗体陰性 TPLA 陰性，RPR 陰性 betaDglucan 98.34pg/mL KL-6 707U/mL，胸部 CT：両側びまん性の気腫性病変および右肺下葉 S6 に胸膜に接する 27mm 大の結節性病変あり．造影効果なし．優位なリンパ節腫大なし．左上葉にすりガラス陰影あり．髄液検査：正常，頭部 CT，MRI：異常所見なし．原発性肺癌疑い，せん妄と診断し，他院で胸腔鏡下右肺下葉部分切除を行ったところ，病理組織で悪性所見はなく，肺胞内に壊死様物質と泡沫組織球を認め，ニューモシスチス感染症が疑われた．HIV 抗体陽性，CD4 10.1/ μ L より AIDS と診断した．【考察】本症例では認知機能低下もあり，入院時の病歴や検査結果から AIDS を疑えず，手術により診断が判明した．認知機能低下は HIV 関連神経認知障害であった．AIDS に合併するニューモシスチス肺炎で孤立性結節影を呈するものは 1.5% と稀である．孤発性結節影であっても慢性的な全身衰弱を伴う場合は HIV 感染症も鑑別に入れる必要がある．

24 胸部大動脈瘤からの大量喀血が疑われた1例

健和会大手町病院内科
○原田智慧，山口征啓

【症例】85歳，男性．ADL全介助，施設入所中【主訴】吐血【既往歴】胸部大動脈瘤，結核治療中，高血圧症，慢性腎不全，認知症，第12胸椎圧迫骨折【現病歴】施設で約500mlの血を吐いている所を発見され当院へ救急搬送された．来院時は出血症性ショックであり，輸血でバイタルサインは安定した．巨大な胸部大動脈瘤があることから緊急上部消化管内視鏡検査は施行しなかった．集中治療室へ入室となり，翌日上部消化管内視鏡検査を施行した．上部消化管からの出血はなく，気管からの出血を認めた．胸部CTでは肺内に喀血を来す病変はなく，90mmの胸部大動脈瘤を認めた．保存的治療でその後は出血なく，第17病日に退院となった．【考察】本症例は肺内に出血源となる病変を認めず，胸部大動脈瘤からの出血を疑った．胸部大動脈瘤からの喀血については気管支鏡検査による大動脈気管穿孔部位の発見は報告がなく，外科的に治療した症例のみである．大量喀血は半数以上で発生し，通常早期に死亡するが，少量の喀血を繰り返す症例も6例報告されている．これらは肺気腫の既往，下行胸部大動脈瘤と関連があり，動脈瘤のサイズには関係がない．大量喀血であっても一過性の喀血であれば予後良好な例が多く，破裂から手術までの時間は数週間から数ヶ月であった．これは動脈瘤内の壁内血栓や出血後肺内に充満した血腫によって出血が防止されるため，また動脈瘤と肺組織とが癒着しているためと考えられている．

25 人工呼吸管理を行い救命した重症COVID-19の3症例

1) 国立病院機構福岡東医療センター呼吸器内科
2) 同　初期臨床研修医
3) 同　感染症内科
○島内淳志[1)]，山下崇史[1)]，石野史晃[2)]，中島裕子[3)]，木村信一[1)]，中野貴子[1)]，吉見通洋[1)]，田尾義昭[1)]，肥山和俊[3)]，高田昇平[1)]

【背景】COVID-19症例において，糖尿病，高血圧症，肥満などの基礎疾患を有する症例で重症化のリスクや致死率が高いことが報告されている．人工呼吸管理症例の治療経過に関する報告は少ない．【目的】当院で人工呼吸管理を要し救命した重症COVID-19症例3例に対し，治療経過について検討を行った．【症例】3例とも男性で，年齢は54.3 ± 7.0歳，全員非喫煙者であった．BMIは29.8 ± 5.4と肥満傾向にあり，基礎疾患として2型糖尿病，慢性肝疾患，高血圧症が認められた．入院時APACHE2スコアは5.0 ± 2.6で，P/F比は214 ± 130であった．インフォームドコンセントを取得し，全症例にアジスロマイシンとヒドロキシクロロキンを投与した．酸素投与開始から人工呼吸管理開始までの期間は1.67 ± 0.58日であった．7.0 ± 2.6日間で人工呼吸管理から離脱することができ自宅退院となった．【考察】重症化のリスク因子を要する重症COVID-19症例でも，早期の治療介入と人工呼吸器管理が有用である可能性がある．

26 当院で経験した中等症COVID-19肺炎におけるCT画像経過の検討

北九州市立八幡病院内科
○磯嶋　佑，森　雄亮，安藤伸尚，星野鉄兵，宮崎三枝子，末永章人

【背景と目的】COVID-19肺炎は，発症初期より肺野にすりガラス影を呈し，その後crazy-paving-patternを経て浸潤影や線状影に変化するなど，陰影が消退するまでに特徴的な経過を辿ることが報告されている．しかしながら，どのような画像変化が重症化の兆候となりうるかは明らかにされていない．そこで当院経験症例での胸部CTを追跡し経時的画像変化を検討した．【方法】2020年4月から8月までに当科入院となった成人COVID-19肺炎患者のうち，中等症以上と診断した33例（うち中等症Iが23例，中等症IIが10例）の胸部CT画像を後ろ向きに評価した．【結果】中等症以上の症例では，入院時よりファビピラビル，シクレソニド，デキサメタゾン，レムデシビルなどの治療介入を行った．重症度の悪化を認めなかった患者（23例）は，発症日より10-14日間程度で概ねすりガラス影は浸潤影，瘢痕収縮を伴う線状影に変化し，その後消退傾向が確認できた．一方で，重症度が悪化した患者（10例）は，発症10日目以降もすりガラス陰影の拡大を認め，浸潤影への変化が乏しかった．また身体所見では熱発・倦怠感の症状が増悪する傾向があった．【結論】COVID-19肺炎の多くは，既報の肺陰影の経時的変化を辿るが，典型的変化を辿らない症例は重症化の兆候となりうる可能性が示唆された．

27 EGFR遺伝子変異を伴う腺様嚢胞癌の1例

佐世保中央病院呼吸器内科
○永江由香，北御門孝孝，小林　奨，副島佳文，土谷智史，山崎直哉，永安　武

【症例】60歳，女性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】X-1年12月に受けた胸部X線検診で右上肺野結節影を指摘され，精査目的でX年1月当科外来を紹介受診．検診で異常を疑われた右上肺野には異常を認めなかったが，胸部CTで気管上部に壁外への進展を伴う腫瘤を認めた．気管支鏡検査を行ったところ気管上部に左方より隆起する病変を認め，生検で腺様嚢胞癌の診断であった．PET/CTでは気管上部の腫瘤に一致してFDG集積を認めたが，肺門，縦隔リンパ節，遠隔転移は認めなかった．生検標本をEGFR遺伝子変異検査へ提出したところ陽性（S768I）であった．X年4月に長崎大学病院呼吸器外科で気管腫瘍切除術を受け，断端陽性の可能性を指摘されたため5月より術後放射線治療（60.0Gy/30fr.）を受け経過観察中であった．X＋5年1月のCTで上葉に2つの小結節を認め，今後，部分切除術が予定されている．【考察】腺様嚢胞癌にもEGFR遺伝子変異を伴う場合があり，EGFR遺伝子変異検査が必要である．再発時にはEGFRチロシンキナーゼ阻害薬の効果が期待できる可能性がある．

28 長期休薬後にニボルマブ再投与が著効した肺腺癌の1例

大隅鹿屋病院内科
○西元嘉哉，野津百合子，朝戸順也，重田泰基，池田悠人，貴島沙織，田村幸大

【症例】73歳，男性【現病歴】X-8年に腰痛，高CEA血症を契機に精査を行い左肺癌，副腎転移，腹部リンパ節転移が判明した．左上葉切除にて腺癌と確定診断を得た．以後，ペメトレキセド＋ベバシズマブ，ドセタキセル，ゲムシタビン，S-1の投与を行ってきた．X-4年1月にニボルマブ（NIV）を開始．CEA 1205.1ng/ml → 612.6ng/mlまで低下したが，骨転移及びCEA再上昇（2362.4ng/ml）があり29サイクル投与で終了とした．その後，パクリタキセル，S-1で治療を行ったが，CEA 3634.8ng/mlまで上昇．アテゾリズマブの投与を検討したが，NIVを長期間使うことが出来た経緯もあった点，多数のレジメンを行っており今後使えるレジメンも限られている点を考慮しX-2年6月よりNIV再投与を開始した．【臨床経過】NIV再投与開始後，11サイクル目投与時28.6ng/ml，13サイクル目投与時4.0ng/mlとCEAが著明に低下した．腹部CTにおいても大動脈周囲リンパ節の著明な縮小を認めた．X-1年4月より2ヶ月毎の投与に変更し36サイクル投与を終えた時点でCEA 1.4ng/mlで推移しCRを維持している．【考察】免疫チェックポイント阻害剤の再投与については複数の報告がなされているが，機序は確定されていない．今回，投与再開にて再奏効した症例を経験しており初回治療時の奏効例に関しては再投与も選択肢と考える．

29 感染後器質化肺炎として診断，治療を行い診断が遅れた非小細胞肺癌の1例

国立病院機構大牟田病院呼吸器内科
○野田直孝，合瀬瑞子，片平雄之，原真紀子，大塚淳司，伊勢信治，出水みいる，若松謙太郎，川崎雅之

【症例】71歳，男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】1週間程前から続く労作時息切れを自覚し当科を受診した．血液検査ではWBC，CRPが高値を示し，画像所見では両肺に多発する浸潤影，粒状影が認められ，細菌性肺炎および器質化肺炎と診断し，抗菌薬，ステロイド投与を行った．自覚症状や血液検査所見は改善したものの，画像所見は改善した部位と増悪した部位が混在していた．右肺の浸潤影に対して気管支鏡検査を行ったところ，悪性所見が認められ全身検索の結果，右中葉肺癌（Adenocarcinoma cT4N3M1c，PUL，OSS，Stage IVBドライバー遺伝子変異陰性，PD-L1未発現）と診断した．治療についてはCBDCA+PEM+ペムブロリズマブの投与を行った．【考察】肺癌としては非典型的な画像所見を呈していたものの，陰影が広範囲に及んでいるにもかかわらず発熱や咳・痰などの自覚症状が乏しかったことから，感染症以外の鑑別疾患を上位に挙げるべきであったと思われる．

30 Xp11.2転座型腎細胞癌との鑑別に苦慮した肺腺癌の1例

1）宮崎県立宮崎病院内科
2）同　病理診断科
○松本亮一[1)]，姫路大輔[1)]，椎葉律哉[1)]，田中弦一[1)]，盛口清香[2)]，丸塚浩助[2)]

【症例】49歳，女性【現病歴】咳嗽，頚部リンパ節腫大を主訴に近医受診し，胸部Xpで右肺腫瘤を指摘され肺癌疑いにて当科紹介された．精査の結果，右肺癌疑い，リンパ節転移，副腎転移，脳転移疑いの所見を認めた．頚部リンパ節の腫大を認めたため同部位から生検を行い，病理組織学的に腺癌転移の所見であり，TFE3陽性，TTF-1陰性，clear-eosinophilicな細胞質の腫瘍細胞が胞巣状に増殖していた．また，腫瘍組織の解析からXp11.2転座が判明した．以上より腎細胞癌の肺・縦隔リンパ節転移を疑ったが，画像上腎臓に腫瘍像を認めない事などより最終的には肺腺癌 cT3N3M1c cStage4Bと診断した．この間に深部静脈血栓症，肺動脈血栓塞栓症も発症し，フィルター留置や抗血栓療法を開始した．担癌状態かつ血栓塞栓症の影響でPerformance Status（PS）3～4と不良であったが，PD-L1 30%／TPSであったため，Pembrolizumab単独投与の方針とした．3コース終了後の効果判定にて部分著効と判定し，またPSも改善したため外来で投与継続した．9コース施行後の効果判定ではさらに腫瘍の縮小を認めた．【考察】悪性腫瘍の診断において，病理学的所見と臨床所見の乖離から診断に苦慮する事がある．今回我々は診断に難渋した，最終的に肺癌と診断した1例を経験した．病理所見，若干の文献的考察を含め報告する．

31 再発性MRSA肺炎にMDRP肺炎が合併した嚢胞性線維症の1例

1）長崎大学病院呼吸器内科
2）長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野
3）同　病態解析診断学
○住吉　誠[1)]，宮崎泰可[1)]，芦澤信之[1)]，平山達朗[1)]，髙園貴弘[1)]，山本和子[1)]，今村圭文[1)]，泉川公一[2)]，柳原克紀[3)]，迎　寛[1)]

【症例】27歳，女性【診断】嚢胞性線維症【現病歴】X-19年（8歳）頃より湿性咳嗽が出現した．X-15年，学校の健康診断で胸部単純X線の異常陰影を指摘され，精査の結果，嚢胞性線維症と診断された（CFTR遺伝子変異陽性）．【経過】診断後より慢性下気道感染症に対しクラリスロマイシン内服治療を開始した．経過中にmucoid impactionによる無気肺，両側気胸などを発症し，またX-12年から喀痰培養でMRSAが検出されるようになった．X-3年にMRSA肺炎を発症し，バンコマイシンで良好な治療反応性を示した．しかし，その後，3回繰り返し，バンコマイシンやテイコプラニンに対して治療抵抗性を示したため（薬剤感受性試験では感受性），リネゾリドによる治療を行った．また，アジスロマイシンやトブラマイシン吸入薬を追加し外来フォローした．X-2年に喀痰培養で緑膿菌が検出され，X-1年には緑膿菌肺炎を発症した．X年にはMRSAと緑膿菌の混合感染による肺炎を発症し，また，入院加療中に喀痰よりMDRP，S. maltophiliaが検出された．肺移植待ちであったが，コリスチンを含めた各種抗菌薬治療で改善がみられず呼吸不全で死亡された．【考察】薬剤感受性試験では感受性が保たれていても臨床効果が低下する症例が存在するため注意が必要である．緑膿菌は耐性化が早く，MDRPを含む混合感染による肺炎の治療は非常に困難であった．

32 トファシチニブ投与中に肺クリプトコックス症を発症した 1 例

1) 長崎大学病院呼吸器内科（第二内科）
2) 同　感染制御教育センター
3) 同　検査部
○平山達朗[1)]，芦澤信之[1)]，髙園貴弘[1)]，山本和子[1)]，今村圭文[1)]，宮崎泰可[1)]，泉川公一[2)]，栁原克紀[3)]，迎　　寛[1)]

【症例】66 歳，女性【主訴】発熱，乾性咳嗽【現病歴】X-11 年に関節リウマチ（RA）と診断された．X-1 年からサラゾスルファピリジン（SASP）とメトトレキサート（MTX）に加え，トファシチニブ 10mg/day を開始された．X 年 5 月 2 日頃から発熱，労作時呼吸苦が出現し，細菌性肺炎を疑われ，ガレノキサシン 400mg/day を 4 日間内服したが，その後も発熱が持続したため，同年 5 月 12 日に精査加療目的で当科に入院となった．【入院後経過】胸部 CT では右下葉に多発する浸潤影を認めた．血液検査にてクリプトコックス抗原が 16 倍と上昇しており，気管支肺胞洗浄液より cryptococcus neoformans が培養され，肺クリプトコックス症と診断した．フルコナゾール投与にて自覚症状，画像所見とも改善した．【考察】トファシチニブ投与中に肺クリプトコックス症を発症した 1 例を経験した．免疫不全患者における肺クリプトコックス症は細菌性肺炎に類似した浸潤影を呈することがあり，注意する必要があると考えられた．

第 2 会場

33 両室造影で確認された，完全房室ブロック合併両心室型たこつぼ型心筋症の 1 例

宮崎県立宮崎病院循環器内科
○福良拓也，島津久遵，増田浩一，増山浩幸，川越純志，福永隆司

【症例】87 歳，女性【主訴】失神【現病歴】X 年 4 月頃からふらつきを自覚していた．5 月末日，眼前暗黒感で近医を受診し完全房室ブロックと診断された．その後失神を来し，当院へ救急搬送となった．【臨床経過】緊急で一時的ペースメーカを留置した．高齢で認知機能低下あり，入院当日に夜間せん妄もあった．早期に恒久的ペースメーカ留置し，離床を促す必要があると考えた．DDD が望ましいが，背景を考慮しリードレスペースメーカによる VVI の方針とした．入院翌日の心電図で広範囲に陰性 T 波を認め，心エコーはたこつぼ型心筋症を疑う所見を認めた．虚血性心疾患の鑑別目的に，冠動脈造影検査を行った．冠動脈に有意狭窄はなく，左室造影では典型的なたこつぼ型心筋症の所見を認めた．予定通りリードレスペースメーカの方針とし，右室造影を施行すると，右室にも典型的なたこつぼ型心筋症の所見を認めた．問題なくリードレスペースメーカは留置され，翌日から心臓リハビリテーションを開始した．一過性に心不全を認めたが速やかに代償され，左室内血栓予防に抗凝固療法を導入し，離床に合わせて VVIR とし自宅退院となった．【考察】たこつぼ型心筋症に右室造影を行い，右心室の評価を行ったとの報告は非常に少ない．たこつぼ型心筋症の病変の広がりや病態を正確に把握することにおいて，右室造影は有効である可能性が示唆された．

34 演題取り下げ

35 左室緻密化障害の形態を呈した心不全の 1 例

1）熊本市民病院循環器内科　2）同　消化器内科
○江原祥太[1)]，永野美和[1)]，三角郁夫[1)]，佐藤幸治[1)]，
小畑雅寛[2)]，両角香奈[2)]

【症例】70 歳代，男性【主訴】食欲不振・息苦しさ・心窩部痛【現病歴】某日上記症状で近医を受診．当院消化器内科を受診し急性胃粘膜病変にて入院，その際心電図異常があり当科紹介となる．既往歴は十二指腸潰瘍と胃潰瘍，嗜好はビール 1L，焼酎 3 合を飲酒していた．身体所見は血圧 136/91mmHg，脈拍 95bpm 整，肺野・心音に異常は認めなかった．　血液検査では肝機能障害，腎機能障害，BNP 高値（1204.5pg/mL）を認めた．胸部×線写真では両側胸水を認め，CTR 不明であった．心電図は左室高電位と V5，V6 での軽度 ST 低下を認めた．心エコーでは左室壁厚は正常であったが，左室は拡大しびまん性の壁運動低下を認めた（LVDd 67mm，LVDs 59mm，EF 24%）．ドプラエコーでは僧帽弁逆流と大動脈弁逆流を軽度認めた．心尖部は肉柱の発達が著明で左室緻密化障害の所見であった．心臓 MRI でも心尖部の肉柱が著明で，冠動脈は回旋枝に狭窄が疑われたが他の血管は有意狭窄はなく，左室壁運動低下の原因は虚血によるものではないと考えられた．また，心筋の線維化もそれほど目立たなかった．心不全は安静と利尿剤内服により改善した．腎機能低下と胃粘膜病変のため心臓カテーテル検査は行わなかった．【考察】左室緻密化障害は一定の診断基準はなく，わが国における発症頻度や予後については明らかではない．左室緻密化障害を疑う症例の心不全の治療効果および予後を検討する上で重要と考え報告する．

36 心電図変化により発見された膵神経内分泌腫瘍術後の転移性心臓腫瘍の 1 例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科心臓血管高血圧内科学
○東　大智，濱元裕喜，堀添善尚，安田久代，湯淺敏典，
大石　充

【症例】56 歳，男性【主訴】特になし【現病歴】X-6 年に前縦隔腫瘍を認め，前縦隔腫瘍摘出術を施行された．病理検査にて，高分化型神経内分泌腫瘍 G2 と診断された．X-3 年に膵神経内分泌腫瘍（pNET）G2，pNET の転移性肺腫瘍と診断され，膵全摘術 + 脾臓摘出術 + 右副腎腫瘍切除術を施行された．その後は再発なく経過した．X 年の人間ドックの心電図で V2-V5 誘導で ST 低下，陰性 T 波を新規に認めた．心臓超音波検査で，左室前側壁の中間部から心尖部に，心筋内に 22 × 55m の乏血性腫瘤を認めた．FDP-PET/CT 検査で，心臓の心尖部（SUVmax 2.98 → 3.47），左腕頭静部（SUVmax 2.29 → 3.56）に集積を認め，オクトレオスキャンで同部位に集積を認め，pNET の転移が疑われた．心臓腫瘍，縦隔腫瘍の生検を行い，pNET の転移性腫瘍と診断された．他，胸椎にも骨転移を認めた．転移性心臓腫瘍は，全摘出術は困難であり，化学療法を施行している．【考察】pNET の転移部位は肝臓，リンパ節転移，骨が主で，心臓への転移は非常に稀である．本症例において，前胸部誘導で左室肥大に似た心電図変化を認め，診断に至った 1 例である．pNET 患者においては心電図変化がある際には転移性心臓腫瘍の鑑別のために精査を考慮すべきである．

37 開胸心臓生検にて診断に至ったびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の 1 例

1）済生会熊本病院循環器内科
2）同　心臓血管外科　3）同　腫瘍内科
○稲森大治[1)]，古山准二郎[1)]，押富　隆[2)]，森北辰馬[3)]，
坂本知浩[1)]

【症例】69 歳，女性【主訴】吸気時の胸痛【現病歴】吸気時の胸痛を自覚し，近医を受診したところ，胸部造影 CT にて心嚢液及び左室前壁から肺動脈周囲に拡がる造影効果を持った腫瘤影に加え，両側胸水，縦隔リンパ節の腫大，肺野の結節影を認め，精査目的に当院紹介となった．【臨床経過】右心不全徴候を認めたが，血圧低下はなかった．心嚢ドレナージを行い，淡血性の心嚢液約 500mL を回収した．細胞診やセルブロック法による組織診では悪性像は認めなかった．心臓造影 MRI では拡散制限を伴い造影効果を持った腫瘤影を認めた．ガリウムシンチグラフィでは同部位や縦隔リンパ節の異常集積を認めたが，生検に適した体表リンパ節はなく，胸水や縦隔リンパ節の細胞診でも悪性像を認めなかったため，開胸心臓生検を行い確定診断に至った．【考察】心臓原発腫瘍における悪性腫瘍の割合は約 15％と報告されており，そのうち約 30％が悪性リンパ腫である．心臓原発悪性リンパ腫のうち左心系に浸潤を認める症例は 30％程度であったと報告されている．今回，比較的稀な心臓原発性悪性リンパ腫において，さらに稀な左心系への浸潤を来した症例を経験し，開胸心筋生検にて診断に至った．本症例の診断及び治療の経過を報告する．

38 冠攣縮により誘発された冠動脈解離の 1 例

原三信病院循環器内科
○山岡慶士，山本光孝

【症例】48 歳，女性【主訴】胸痛【既往歴】なし【家族歴】なし【生活歴】喫煙歴・飲酒歴：なし【現病歴】某日未明に嘔吐，冷汗を伴った胸痛にて当院救急搬送された．搬送時徐脈および心原性ショックの状態であった．12 誘導心電図では下壁誘導での ST 上昇が認められ，心エコー上も下壁の壁運動の低下を認めた．ミオコールスプレーにて 10 分程度で心電図変化は消失．下壁心筋梗塞疑いで緊急冠動脈造影行った．冠動脈造影上，右冠動脈 #1 に解離所見を認め，特発性冠動脈解離が疑われた．血管内超音波で病変の観察行ったところ，#1 の中間部から入口部にかけて螺旋状の冠動脈解離を認めた．flap による冠動脈閉塞を引き起こした可能性を考慮し，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の評価行い stent 留置し手技終了とした．解離が入口部まで及んでいたため，stanford A 型の大動脈解離の可能性も考え，術後造影 CT 行うも大動脈解離の所見は認めなかった．術後心筋逸脱酵素の軽度上昇を認めたが胸部症状の再発はなかった．冠攣縮の予防目的に塩酸ベニジピンの内服開始し第 12 病日に退院となった．【考察】特発性冠動脈解離（SCAD）は動脈硬化性変化が少ないにも関わらず冠動脈の中膜が裂けて血流が途絶えることで急性心筋梗塞を発症する稀な疾患である．50 歳以下の若年女性に多く，ACS 全体の 3-4% を占めるとも言われている．現在有効な治療法がなく，再発率や予後に関しても未解明であり，文献的な考察を踏まえ報告する．

39 急性骨髄性白血病に伴い発症したと思われる超遅発性ステント血栓症による急性心筋梗塞の1例

産業医科大学病院第2内科学（循環器・腎臓内科）
○竹尾政宏，穴井玲央，仲悠太郎，津田有輝，荒木　優，園田信成，尾辻　豊

【症例】60歳，男性【主訴】胸痛【現病歴】基礎疾患に高血圧症，2型糖尿病を持つ方．2年前に左前下行枝近位部（#6）の慢性完全閉塞病変に対して薬剤溶出性ステントによる治療後で，治療1年後の冠動脈造影検査にてステント留置部の血管拡張とそれに伴うステント圧着不良を認めており抗血小板2剤併用療法（DAPT）継続となっていた．今回急性骨髄性白血病（AML）を発症，化学療法による血小板減少による出血傾向を危惧し，バイアスピリン単剤とされ，治療を行っていた．化学療法中には血小板3000/ μlと著明低値や出血合併症を認めたため複数回の血小板輸血を行い，一時的にバイアスピリンも中止されていた．血小板は改善を認めたのでバイアスピリン再開したが，血液内科入院中に突然の胸痛が出現した．ST上昇型急性心筋梗塞の院内発症として緊急冠動脈造影を行ったところステント血栓症を認め，同部位に対して薬剤塗布バルーンによる治療を行った．【考察】ステント留置後1年以上が経過した超遅発性ステント血栓症（VLST）を経験した．今回AML発症に伴いDAPTが中止されたこと，化学療法を含めた血小板数の急激な増減があったことが原因である可能性が考えられた．

40 超低左心機能症例に対する心房血栓除去術

浦添総合病院循環器内科
○片岡小百合，儀間義勝，千葉　卓，名護元志，阿部昌巳，幡野　翔，知念敏也，仲村健太郎，宮城直人，上原裕規

【症例】61歳，男性【現病歴】胸痛を主訴に救急外来を受診し，心電図で心拍数160回/分の心房細動および下壁誘導のST上昇を認めた．左回旋枝末梢に血栓塞栓を思わせる所見があったが末梢枝であるためPCIの適応はないと判断した．経食道心エコーで左心耳に可動性のある53 × 15mm大の巨大血栓を認め左房内血栓による心筋梗塞と考えられた．心臓血管外科に紹介し，頻拍誘発性心筋症が原因と考えられる左室駆出率低下（LVEF15%）のため手術のリスクが高いと判断され，抗凝固療法およびランジオロール静注による保存的加療の方針となった．第2病日に施行した頭部MRIで左頭頂葉や両側小脳半球に複数の微小梗塞像を認めた．第3病日の経食道心エコーで左房内血栓の半分が消失しており，脳梗塞巣の増加を認めた．保存的加療のみではコントロールのつかない塞栓症であることから第4病日に外科的心房内血栓除去術およびメイズ手術を行った．【考察】左房内血栓の脳梗塞予防のための手術適応や時期については一定の見解が得られていない．左心耳の形態や血栓の形状により塞栓症のリスクが異なるとされ，リスクが高いと考えられる症例に関しては可及的速やかに外科的治療を検討する必要がある．

41 AdvisorTM HD-grid Mapping Catheterにより non-PV foci及びAF driver電位を同時に捕捉し得た発作性心房細動の1例

九州労災病院門司メディカルセンター循環器内科
○石井望務，渡部太一，河合冬星，屏　壮史，谷口一成

症例は61歳，男性．薬剤抵抗性症候性PAFに対して，PVIを施行した．入室時は洞調律であったが，Brockenbrough針の心房中隔スタック時にAFへ移行した．型通りに両側拡大肺静脈隔離を施行し，DC20Jにて除細動し洞調律に復帰した．各肺静脈で両方向性ブロックが確認された．ISP負荷で多源性PACは頻発するもプログラム刺激によるAFの誘発は認めなかった．AdvisorTM HD-grid Mapping Catheter（HDMC）にて右房側よりPACのマッピングを行なった．心房中隔に機械的刺激を加えたところAFが再現性をもって誘発され，同部位のみにおいてhigh-frequency fractionated potentialを認め，AF driverを形成している可能性が示唆された．HDMC内の同potentialを指標に心房中隔に面状焼灼を行った．その後，ISP負荷，プログラム刺激及び心房中隔への機械的刺激を行うもAF及びPACは誘発不能となった．本症例はHD-gridを用いて安全に心房へ機械的刺激を行ったことにより，non-PV fociの同定並びにAF driverとなりうるfractional potentialの捕捉に同時に成功した症例であり文献的考察を踏まえて報告する．

42 AdvisorTM HD-grid Mapping Catheterにより同定したLA前壁の広範囲なCFAEの隔離により洞調律に復帰し得た長期持続性心房細動の1例

九州労災病院門司メディカルセンター循環器内科
○河合冬星，渡部太一，石井望務，屏　壮史，谷口一成

【症例】79歳，男性【現病歴】増悪する心不全合併の長期持続性心房細動に対し，カテーテルアブレーションを施行した．AdvisorTM HD-gridにて左房のfractinated mapを作成したところ，左房は高度に拡大しており広範囲にfractinated potentialを認め，特に左房後壁，天井，前壁上部及び中隔にhigh-frequency fractionated potentialを認めた．両側拡大肺静脈隔離施行後，fractinated potentialを囲むようにroof及びbottom lineを追加した．後壁隔離後，25J及び30Jにて心腔内除細動を行うも心房細動は停止しなかった．左房前壁のCFAE領域の隔離を追加したところ，25Jにて洞調律に復帰した．ISP負荷，プログラム刺激を行うもAF及びPACは誘発不能となった．【考察】持続性心房細動に対する治療戦略として，拡大肺静脈隔離以外に有効なストラテジーは確立されていない．本症例は，通常の肺静脈隔離に後壁隔離を追加してもなお停止しない難治性持続性心房細動に対し，高密度マッピングにて同定したhigh-frequency fractionated potentialを認める領域を隔離することにより洞調律に復帰し得た症例であった．若干の文献的考察を踏まえて報告する．

43 カテーテルアブレーション治療時に認めた，下大静脈奇形の 2 症例

宮崎市郡医師会病院循環器内科
○木山卓也，足利敬一，柴田剛徳

症例 1 は 31 歳，女性．4 歳時にファロー四徴症に対して手術歴あり．2013 年 7 月心房粗動に対するカテーテルアブレーションを施行した．右大腿静脈からのカテーテル挿入は可能であったが，透視上，右房へのカテーテル挿入が困難であり，静脈造影にて右大腿静脈が奇静脈を介して上大静脈へ開口している所見を認めた．右内頸静脈からアプローチにて三尖弁輪 - 下大静脈間峡部の線状焼灼を施行した．症例 2 は 16 歳，女性で，明らかな既往症は認めず．2019 年 12 月動悸発作を認め，発作性上室性頻拍症と診断し，2020 年 4 月カテーテルアブレーションを施行した．右大腿静脈からシース挿入が困難であり，大腿静脈造影にて右大腿静脈完全閉塞，左大腿静脈から副奇静脈を介して上大静脈への流入を認めた．右内頸静脈，鎖骨下静脈アプローチにて電気生理学的検査を行い，頻拍の機序は三尖弁輪前側壁の潜在性副伝導路を介する房室回帰性頻拍と診断した．同部位での焼灼を行い，頻拍停止及び副伝導路切断を確認した．【考察】下大静脈奇形は希な先天奇形の一つであり，症例報告によりチアノーゼ型心疾患に合併していることが多い．（8 症例中 6 症例）多くの場合は自覚症状や身体異常所見を欠き，偶然発見されるが，術前診断は非常に困難であり，左房アプローチが必要な症例の場合には治療に難渋することが予想される．

44 2 型糖尿病合併の拡張型心筋症に SGLT2 阻害薬を追加し左室拡張能改善を認めた 1 例

鹿児島共済会南風病院循環器内科
○柴田啓佑，今村正和

【症例】48 歳，男性【主訴】血糖コントロール不良【現病歴】健診で 27 歳時に糖尿病を 30 歳時に心拡大を指摘されるも放置していた．35 歳時に HbA1c 8.1%，抗 GAD 抗体陰性であり，2 型糖尿病と診断し SU 薬を開始した．37 歳時に LVEF 19% と低下し，うっ血性心不全を来し，高次医療機関へ紹介した．心臓カテーテル検査を含めた精査で拡張型心筋症と診断された．利尿剤調整および，ACE 阻害薬，β遮断薬を導入・増量され，心不全改善し退院した．以後心不全入院なく経過している．2 型糖尿病に対し経口血糖降下薬を多剤併用するも HbA1c 8.8%とコントロール不良でありエンパグリフロジンを追加した．4 ヶ月後には体重約 2 kg 減量し，HbA1 c は 6.5% に改善した．同日施行した定期の胸部レントゲン・心エコーでは前年と比較し CTR が 2% 縮小し，LVEF は 30% 程度で変化ないが，拡張能は Grade3（E/A 2.9，E/e´ 26.8）から Grade2（E/A 0.9，E/e´ 18.8）へ改善を認めた．【考察】DAPA-HF 試験で糖尿病の有無にかかわらず HFrEF 患者における SGLT2 阻害薬の有効性が示された．SGLT2 阻害薬の左室拡張能改善には循環血漿量減少による前負荷軽減，内臓脂肪減少，内皮細胞機能改善などの関与が指摘されている．本例は e´= 4.3cm/s と著変なく前負荷軽減が拡張能改善に寄与していた可能性が高い．

45 多彩な不定愁訴を訴えた Liddle 症候群の 1 例

宗像水光会総合病院内科
○岡田隆雄，新生修一，甲田博久，植田美津子，石田芳英

【症例】50 歳，男性【主訴】胸部圧迫感，勃起不全，脈が飛ぶ．【現病歴】高血圧，低 K 血症で外来経過観察中であったが多彩な不定愁訴のため消化器疾患，心理的要因の精査目的で内科紹介され入院となった．心エコー，イベントレコーダー，CT 検査，消化管検査等では異常を認めなかった．1. 高血圧 2. 低 K 血症 3. 高 Na 血症 4. 血漿アルドステロン低値 5. 血漿レニン活性低値 6. 代謝性アルカローシスを認め Liddle 症候群と診断した．入院後不定愁訴は完全に消失し，トリアムテレンを投与して血清 K 値は基準値となり 1 ～ 6. も改善して退院となった．Liddle 症候群の症状，症候は，低 K 血症の是正で改善したものと思われたが，退院後の外来診察時「会社に行くと気分が悪く胸がピクピクする」「勃起不全」など不定愁訴が再発，会社内での「いじめ」が関係すると分かった．傾聴することで心身相関に気付き症状は治まった．【考察】Liddle 症候群は高血圧，低 K 血症を呈する常染色体優性遺伝の比較的希な疾患である．臨床症状としては高血圧と低 K 血症に起因するものが多い．本症例では多彩な不定愁訴が入院後トリアムテレン投与により血清 K 値が正常化する前から消失したが，外来フォローアップになってから勃起不全など不定愁訴が再発した．トリアムテレンによる低 K 血症の是正とともに心理社会的背景に目を向け「いじめ」が明らかになり心身相関を明確化する中で不定愁訴は完全に消失した．

46 虚血性僧帽弁閉鎖不全症を伴う心不全患者に経皮的冠動脈形成術を行い僧帽弁逆流の改善を認めた 1 例

宮崎市郡医師会病院心臓病センター循環器内科
○海老原卓，古堅　真，緒方健二，木村俊之，小岩屋宏，
西平賢作，渡邉　望，栗山根廣，柴田剛徳

【症例】87 歳，女性【主訴】呼吸困難【現病歴】近医で高血圧治療中．入院 2 週間ほど前に気分不良を自覚するようになり，徐々に増悪．数日前からは起坐呼吸も出現したため当院救急外来を受診した．心音は不整で，心尖部を最強点とする Levine III/IV 度の pansystolic murmur と，呼吸音は両側肺野で湿性ラ音を聴取した．胸部単純 X 線写真は心胸郭比 64%，両肺野で肺うっ血を認めた．心電図は心房細動で II，III，aVF，V4-6 誘導で ST 低下を認めた．経胸壁心エコー図（TTE）では左室壁運動は良好だが中等度の僧帽弁閉鎖不全症と肺高血圧を認めた．第 3 病日に肺うっ血の増悪，CK 値の上昇，TTE で左室下壁基部の壁運動低下と僧帽弁閉鎖不全の増悪を認めた．急性冠症候群とそれに伴う虚血性僧帽弁逆流増悪と考え冠動脈造影検査を行った．回旋枝 seg14 に 90% の高度狭窄を認め，同部位に冠動脈インターベンションによる血行再建を行った．心不全が改善した第 20 病日の TTE では，左室下壁基部の壁運動低下は消失し僧帽弁逆流は軽度に改善していた．【考察】本症例は Carpentier 分類 type IIIb に分類される虚血性の機能的僧帽弁閉鎖不全で，虚血解除により tethering が改善されたため僧帽弁逆流が改善したと考えられた．僧帽弁閉鎖不全症の原因は多岐にわたるため，原因を明確にし適切な治療選択が必要である．

47 上腕動脈からの 4Fr Fogarty catheter 治療後の血管吻合部残存狭窄治療にバイアバーンステントを留置した1例

池田病院循環器内科
○安田幸一，古賀敬史，東福勝徳，池田大輔

【症例】68歳，男性【主訴】左手の違和感【既往歴・現病歴】心房細動の罹患と維持透析中．突然の左手のしびれで受診．左橈骨動脈を触れずエコーを施行．シャント部の血流は認めたが左上腕動脈の血栓閉塞を確認．鎖骨下動脈造影で上腕動脈分岐部前の亜完全血栓閉塞を認めた．肘部の上腕動脈切開からの 4Fr Fogarty catheter 使用による血栓除去を行った結果，吻合部狭窄50％が残存したが，血栓なしの良好な再灌流で終了．以後シャント部からの透析も可能であったが，11日後に左手のしびれが再発し，左大腿動脈からの血管造影で Fogarty 施行部の動脈吻合部を中央とする血栓閉塞を確認．吸引カテと 4mm のバルーンで拡張し，再灌流を得たが，吻合部 50％が残存した．肘部の病変であったことから IVUS 下に 6.0 × 50 mm の バイアバーンを留置．肘部を 90 度屈曲した造影でもバイアバーンは kink することなく残存狭窄 0％の良好な Flow で終了．3か月経過後，左上肢の症状なく透析できている．【考察･結語】REVISE study でシャント部再狭窄，閉塞に対してバイアバーンを肘部へ留置した 25 例の 2 年の経過は 6-，12-，24-month primary patency rates は 72%，56%，32% であり，secondary patency rates は 95%，95%，83% であった．さらに Stent の断裂は1例もなかった報告があり，レスキュー目的のバイアバーンの肘部留置はオプションになりえると考えた症例を経験した．

48 逆行性 A 型大動脈解離による心肺停止を心嚢ドレナージで救命し右下肢虚血に対し血管内治療を施行した症例

天陽会中央病院循環器内科
○北園和成，向井麟太郎，竹井達郎，柴田明治，
二宮登志子，井上尊文，加治屋崇，厚地伸彦，
宮村明宏，高岡順一郎

【症例】56歳，女性【現病歴】突然の胸背部痛を訴えた後に心肺停止状態となり救急搬送された．ドクターカー内で心拍再開，心臓超音波検査で心嚢液を認め造影 CT にて Stanford A 型大動脈解離と診断した．エントリーは左鎖骨下動脈以遠にあり逆行解離からの心タポナーデであった．意識障害が遷延し緊急手術の適応なしと判断されたがショックに対して心嚢ドレナージのみ施行された．全身管理にて徐々に改善を認め従命可能となり，CT で上行大動脈の偽腔は閉塞したままであり心嚢ドレーンも抜去した．合併症として右下肢痛と冷感があり，右 ABI は 0.69 と低下，CT で胸部下行大動脈から及ぶ偽腔開存の血流が右腸骨動脈の真腔を圧排している所見が認められた．症状強く血管内治療を施行した．血管内超音波を活用し右総腸骨動脈起始部からバルーン拡張型ステントグラフトを留置，続いて右外腸骨動脈のリエントリーと思われる解離フラップをカバーして自己拡張型ステントを留置した．治療後は右 ABI 1.03 となった．【考察】逆行解離で上行大動脈は偽腔閉塞した条件が重なり心嚢ドレナージのみで回復したと推察した．下肢虚血に対しては胸部ステントグラフト内挿術による偽腔減圧や大腿－大腿動脈バイパス術も検討されるが，より低侵襲の治療で同等の効果が得られた．

49 高齢者の急性前壁心筋梗塞に合併した LOS に対してイバブラジンの併用で独歩退院に至った1例

池田病院循環器内科
○古賀敬史，安田幸一，東福勝徳，池田大輔

【症例】9X歳，女性【経過】anterior AMI で入院．再灌流治療に成功したが，LOS（血圧 80mmHg 台）とＰＡＦを合併．アミオダロン（注射）→ 100mg，ラシックス 40mg，アルダクトン 25mg，トルバプタン 15mg，トリクロルメチアジ 1mg 内服下でドブタミンから離脱できていなかった．入院11日目にビソプロロール 0.625mg 追加．18日目にピモベンダン 1.25mg 開始．70台の脈拍を 60 台前半へと目指して 19 日目にコララン 2.5mg × 2 を開始．これで血圧は 100 台を認めるようになった．脈は 60 前半となった．22 日目にドブタミン離脱．23 日目からメインテートを 0.625mg × 3 に増量できた．39 日目フルイトラン中止．44 日目アンカロン 50m に減量．偽膜性腸炎合併による脱水からか血圧 80 台を認めたことから，49 日目ビソプロロール 1T，フロセミド 20mg に減量．この後血圧 100 台を常に超える状態となり独歩で退院となった．【考察・結語】βブロッカーは心不全患者の予後改善効果が示されているが，血圧の低下や運動耐容能の低下，陰性変力作用が懸念される．本症例のような超高齢の LOS 合併例には特にβブロッカーの増量は困難であることが多い．さらに将来のＱＯＬの観点からスムーズな運動リハビリ開始と継続が重要であるが，本症例はイバブラジンが血圧と脈拍の安定に寄与し，心臓リハビリが継続できた結果，独歩退院に至ったと考えた症例を経験したので報告する．

50 塞栓性脳梗塞を繰り返した calcified amorphous tumor の1例

1）国立病院機構鹿児島医療センター第一循環内科
2）同　循環器内科
3）鹿児島大学病院心臓血管内科
○稲津真穂人[1)]，福永研吾[2)]，新地秀也[2)]，鮫島光平[2)]，
福元大地[2)]，髙﨑州亜[2)]，片岡哲郎[2)]，薗田正浩[2)]，
中島　均[2)]，大石　充[3)]

生来健康であったが，視野障害・頭痛あり，他院を受診し，頭部 MRI 検査より塞栓性脳梗塞と診断され当院紹介となった．経胸壁・経食道心エコー図検査で僧帽弁に腫瘤を認めた．複数回血液培養検査を施行したがすべて陰性で，炎症反応も陰性であったため，感染性心内膜炎の診断基準は満たさなかった．抗生剤投与はせずに経過観察としており，フォローアップの頭部 MRI 検査で新規の塞栓性脳梗塞を認めた．僧帽弁腫瘤以外に明らかな塞栓源を認めなかったため，開心術による僧帽弁腫瘤切除術を施行した．切除した組織の病理はフィブリンを伴う非感染性の石灰化結節を認め，calcified amorphous tumor（CAT）と診断した．術後経過は良好で，脳梗塞の再発もなく自宅退院となった．【考察】CAT は透析導入後の患者に多く，心内腫瘤のうち変性した血性成分が慢性炎症性変化を背景として石灰化病変を伴っているものを示す．本症例は非透析患者であり，短期間に塞栓性脳梗塞を繰り返しており，早期の外科的切除が必要と考えた．

51 未破裂冠動脈瘤合併冠動脈－肺動脈瘻の 14 年間に渡る長期の経時的変化と病理所見

1) 宮崎市郡医師会病院心臓病センター循環器内科
2) 同　心臓血管外科
○吉田千春[1)]，栗山根廣[1)]，西野　峻[1)]，小岩屋宏[1)]，渡邉　望[1)]，西村征憲[2)]，矢野光洋[2)]，柴田剛徳[1)]

【症例】60 代，女性．生来健康．10 代より心雑音を指摘されていたが精査されず，14 年前に副鼻腔炎の術前検査を契機に初めて循環器内科での精査を受けた．CT 検査にて，冠動脈肺動脈瘻及び左冠動脈前下行枝近位部に最大径 13mm の冠動脈瘤を認めた．その他明らかな器質的異常は認めず，心雑音の原因は冠動脈肺動脈瘻によるものと考えられた．無症候性であり経過観察の方針とし，その後は 2 年毎に心エコー図検査及び CT 検査でフォローを行った．瘤径は徐々に増大し，14 年目の評価で冠動脈瘤は最大径 34mm となった．冠動脈瘤に対する一般的治療適応とされる 30mm を超えており，この時点で破裂のリスクを考慮し手術適応と判断した．なお，術前全身精査では他臓器の血管奇形を含めた異常所見は認めなかった．冠動脈瘤切除及び冠動脈バイパス術を施行した．切除された瘤の血管病理では，血管炎や血管壁の菲薄化，変性などの所見は認められなかった．【考察】心雑音を契機に発見された無症候性の冠動脈瘤合併冠動脈－肺動脈瘻に対して，14 年に渡る経過観察の後，冠動脈瘤の拡大により外科治療に踏み切った症例を経験した．冠動脈瘤の原因として血管炎や結合組織病，感染などが考えられている．冠動脈瘤に原因となる明らかな基礎疾患を有さない場合にも将来的に拡大するリスクがあることが示唆された．

52 胃潰瘍出血時に左心室瘤を形成した後，心尖部に一過性の肥大を認めた 1 例

産業医科大学第 2 内科
○田村健太郎，荒木　優，三浦俊哉，穴井玲央，津田有輝，園田信成，尾辻　豊

【症例】77 歳，女性【主訴】吐血【現病歴】乳房外パジェット病で化学療法中であった．突然の大量吐血で救急搬送され，その際の心電図で 1，2，3，aVF，V2-6 の広範囲の ST 上昇を認め，心エコー図検査で左室駆出率 45％，心尖部の壁運動低下，壁菲薄化を認め，たこつぼ型心筋症が疑われた．吐血に伴う出血性ショックのため赤血球輸血下に緊急内視鏡検査を行い，出血性胃潰瘍の診断となった．CPK の上昇は認めず，心不全の発症なく経過した．1 か月後の心電図では広範囲の深い陰性 T 波を認め，心エコー図検査では左室駆出率 60％，心尖部の壁肥厚を認めた．2 か月後に冠動脈疾患除外目的に心臓カテーテル検査を施行した．冠動脈に有意狭窄はなく，左室造影検査では壁運動異常を認めなかった．その後外来で経過観察を行い，6 か月後には心電図の ST 変化，心エコー図検査での心尖部の壁肥厚も残存なく改善を認めた．【考察】心尖部壁運動低下の後に心尖部壁肥厚を一過性に認め，数か月の期間を経て正常化するたこつぼ型心筋症が存在することが報告されている．敗血症性ショックや精神的ストレス等に多く併発するとされるが，今回我々が経験した出血性ショックに併発した報告は少ない．本現象については明らかな機序は知られていない．

53 全身性エリテマトーデス加療中に発症した感染性心内膜炎の 1 例

1) 北九州総合病院循環器内科
2) 産業医科大学循環器内科腎臓内科
○白水智大[1)]，林　篤志[2)]，赤司　純[2)]，鍋嶋洋裕[2)]，岩瀧麻衣[2)]，尾辻　豊[2)]

【症例】40 代，女性【主訴】発熱【現病歴】X 年 Y 月に全身性エリテマトーデス（SLE），ループス腎炎，ネフローゼ症候群と診断されステロイドおよび免疫抑制薬による治療が開始された．X 年 Y+2 月に精神症状を発症し，治療薬調整目的に当院膠原病内科に入院した．入院時より 37 度台前半の発熱を認めた．感染性心内膜炎のスクリーニング目的に心エコー図検査が施行された．検査にて大動脈弁位の疣種の付着および弁破壊に起因すると思われる重症大動脈弁逆流を認めたため，循環器内科紹介となった．【経過】感染性心内膜炎と診断し，血液培養提出後抗生剤治療開始となった．緊急手術の適応と考えられたが，ステロイドおよび免疫抑制薬内服中であること，心不全を発症していないことより，ステロイド減量を行い，待機的に手術を行う方針となった．抗生剤治療開始後 12 日目に呼吸状態が悪化した．心エコー図検査を行ったところ，弁破壊の進行と共に弁輪部膿瘍を疑う所見であった．うっ血性心不全を発症していることより緊急手術となった．【考察】SLE 加療中は免疫抑制状態にあり，感染性心内膜炎のリスクとされるが，その報告は少ない．本症例は，弁膜症既往のない SLE 患者に発症した大動脈弁位感染性心内膜炎が急速に進行し心不全に至るまでを観察した貴重な症例であり，若干の考察を添えて報告する．

54 右室心機能からみた心疾患における循環動態の考察

1) 長崎労災病院循環器内科
2) 長崎大学病院循環器内科
○田中規昭[1)]，貝原宗平[1)]，山佐稔彦[1)]，池田聡司[2)]，河野浩章[2)]，前村浩二[2)]

心機能を評価する指標としては様々なものがあるが，これまで最も重要視されていたのが左室駆出率である．左室駆出率は心収縮能の指標であり，その重要性は疑うべくもないが，近年は左室駆出率の低下がない心不全（HFpEF）の増加が臨床的な問題になっている．右室駆出率は，その計測の煩雑さや不正確さのために臨床の現場ではあまり参考とされてはいないが，右室心機能が循環動態に与える影響は決して小さくないことも明らかになっている．当院の心臓超音波検査では TomTec 汎用画像解析システムにより，MRI と相関性の高い右室機能評価が可能となっている．当院における様々な疾患（拡張型心筋症，急性肺塞栓症など）での右室駆出率を含む右室機能を，考察を加えて発表する．

55 大腸梅毒が疑われたアメーバ性大腸炎の1例

1）古賀総合病院臨床研修センター　2）同　内科
○長友達寛[1)]，松浦良樹[2)]，今村卓郎[2)]

【背景】アメーバ性大腸炎は，Entamoeba histolyticaの感染により直腸や盲腸にびらん，アフタ様潰瘍を形成し，粘血便，下痢，テネスムス等を来す疾患である．【症例】66歳男性．胃幽門部癌ESD後の外科的追加切除術を予定されており，CFで盲腸の潰瘍性病変を指摘され，術前検査で梅毒検査陽性であり大腸梅毒が疑われ当科へ紹介された．術前検査を確認すると，梅毒非特異的検査（RPR法）4.8 R. U.，梅毒非特異的検査（TPLA法）陽性，HIV抗原・抗体陰性，HBs抗原陰性，HCV抗体陰性であった．病歴を確認すると，同性間肛門性交歴があることが判明した．大腸病変の生検病理学的検査でアメーバ虫体を疑う構造物が認められ，生便鏡検で偽足を出し運動する栄養体を確認し，ヨード染色で嚢子も確認しアメーバ性大腸炎と診断した．メトロニダゾール 内服による治療を開始し，後療法としてパロモマイシン内服を追加した．内服終了2週間後のCFで盲腸の潰瘍性病変は瘢痕化し，アメーバ性大腸炎の治療は終了とした．梅毒検査の解釈は，無症候性でRPR 4.8 R.U.と低く，陳旧性梅毒と判断した．その後HIV等の性感染症の検査，フォローアップを行い終診とした．【考察】本例は梅毒検査陽性で当初は大腸梅毒による潰瘍が疑われた．しかし1期梅毒でもみられることのある直腸病変と異なり，2期梅毒として形成される盲腸などの大腸梅毒の報告は極めて少ない．各種抗体検査結果を適切に解釈し，詳細な問診と適切な検査（便検査）が診断の手助けとなった症例であった．

56 可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎・脳症（MERS）を合併したCampylobacter jejuni腸炎の1例

同心会古賀総合病院内科
○柴田麻珠子，松浦良樹，齊藤健太，今村卓郎

【症例】22歳，男性【主訴】頭痛，発熱，下痢【現病歴】生来健康な男性．頭痛と発熱を主訴に当院外来を受診し，抗菌薬を処方され帰宅したが，翌日に嘔吐と下痢が出現したため再診した．身体診察で髄膜刺激徴候と左上下肢のわずかな筋力低下を認め，実施した髄液検査では優位な所見はなかったが，頭部MRI検査の拡散強調画像で脳梁膨大部に卵円形の高信号領域を指摘した．便のグラム染色鏡検でCampylobacter jejuni（C.jejuni）を疑う菌体があり，脳梁膨大部病変を伴ったC.jejuni腸炎と診断した．入院のうえで，アジスロマイシン内服を開始したところ，入院2日目には頭痛は消失し，5日目までには神経学的異常所見も消失した．7日後の頭部MRI検査では脳梁膨大部の高信号領域は消失した．【考察】今回我々は成人発症のC.jejuni腸炎を契機としたMERSを経験した．可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎・脳症（MERS）は発熱後1週間以内に異常言動・行動，意識障害，けいれんなどで発症するが，多くは発症後10日以内に後遺症なく回復する．C.jejuni腸炎に伴った神経症状を有する合併症はギランバレー症候群が有名であるが，MERSを呈した症例は報告が少ない．C.jejuni腸炎の発症後早期に神経症状を呈した場合MERSも鑑別にあげる必要がある．

57 蝶形骨洞炎から海綿静脈洞血栓症，肺炎球菌性髄膜炎を発症した1例

1）長崎大学病院医療教育開発センター
2）長崎大学熱帯医学研究所臨床感染症分野
○北村可恋[1)]，清水皓己[2)]，蟹江信宏[2)]，山内桃子[2)]，高橋健介[2)]，有吉紅也[2)]

【症例】61歳，女性【主訴】左顎跛行，側頭部痛，発熱【現病歴】入院3週間前から左開口時痛と頭痛を自覚し，入院2週間前に発熱が見られた．近医を受診しLVFX，CFPN，CTRXで加療され症状改善したが，入院3日前の頭部MRIの結果から左蝶形骨洞炎と頭蓋内への炎症波及を指摘され当院紹介受診となった．【現症】体温37.0℃．眼瞼結膜充血，眼瞼腫脹，眼球運動障害，項部硬直なし．WBC 6800/ μL，CRP 0.53mg/dL．頭部造影MRIで左蝶形骨洞，左側頭下窩，翼突筋周囲，海綿静脈洞，髄膜の一部に増強効果を認める．髄液細胞数93/ μL（単核球98%，多核球2%），糖45 mg/dL（随時血糖134 mg/dL），蛋白92 mg/dL，髄液培養陰性，髄液multiplex PCR：S.pneumoniae（+）．【経過】蝶形骨洞炎から波及した細菌性髄膜炎を考慮し，CTRX，VCMを開始．第5病日より抗菌薬をCTRXのみへと変更．第6病日に内視鏡下副鼻腔開放術を施行．第32病日の頭部造影MRIで髄膜・側頭下窩に広がる造影効果の改善を認め，LVFX内服へと変更し退院とした．【考察】副鼻腔炎から頭蓋窩・頭蓋内に炎症波及をした症例を経験した．副鼻腔炎の合併症として周囲の頭蓋窩や中枢神経領域への感染波及は致命的になる可能性があり，付随症状および病状経過に応じて髄液検査やMRIを考慮する必要がある．

58 S. pneumoniaeによる化膿性脊椎炎を早期に診断し得た1例

浦添総合病院病院総合内科
○濱田誠司，栗原　健，飯塚　築，末松聡史，鈴木智晴，金城俊一

【緒言】化膿性脊椎炎は頻度の低い疾患で，起因菌の半数はS. aureusであり，肺炎球菌によるものは稀である．【症例】53歳，男性が発熱，腰痛，食思不振を主訴に受診した．受診2ヶ月前より食思不振があり，緩徐発生の腰痛を自覚した．既往歴に高血圧，アルコール性肝硬変，2型糖尿病があった．来院時，意識清明，体温36.6℃，血圧149/92 mmHg，心拍数103/分，呼吸数20/分，Sp02 99%（室内気）であった．身体所見では口腔内にう歯が多数あった．腰部ではL1-L5領域に圧痛と叩打痛があったが，下肢伸展挙上テストは陰性で，膀胱直腸障害はなかった．血液検査ではWBC 19,000/ μL，C反応性蛋白も9.4mg/dlと上昇していた．腰部MRIにより化膿性脊椎炎，腸腰筋膿瘍，硬膜外膿瘍と診断し入院した．セフトリアキソンとテイコプラニンを投与し，入院後3日目に肺炎球菌と同定したため，アンピシリンに変更した．受診日8日目の腰部MRIで増悪があり，筋力低下が進行したため，腰椎後方除圧術を施行した．術後，全身状態は改善し経過している．【考察】化膿性脊椎炎の多くは血行性播種により生じるが，感染巣が特定されるのは半数である．診断までに時間が要する症例が多いため，早期診断例として報告する．

59 尿路感染症，腸腰筋膿瘍から HTLV-1 関連脊髄炎（HAM）の診断に至った 1 例

1）長崎大学病院感染症内科　2）同　脳神経内科
3）長崎大学熱帯医学研究所臨床感染症学分野
○小泉陽介[1)]，山内桃子[3)]，高橋健介[1)]，宮﨑禎一郎[2)]，有吉紅也[3)]

【症例】基礎疾患に 2 型糖尿病と神経因性膀胱を有する 70 歳，女性【主訴】発熱，全身倦怠感，排尿障害，歩行障害【現病歴】症例は尿路感染症で複数回入院加療歴があり，近医泌尿器科で神経因性膀胱と診断されており，間欠的自己導尿で経過観察されていた．入院約 2 週間前より腰痛を自覚し歩行も困難になっていた．定期外来受診時に発熱，倦怠感の訴えがあり，尿路感染症をを疑い CT を撮像したところ腎周囲膿瘍と腸腰筋膿瘍を指摘され入院となった．血液培養，尿培養，腸腰筋膿瘍穿刺液培養より ESBL 産生 Escherichia coli が検出され，ドレナージならびにメロペネム投与で 3 週間の治療を行い腸腰筋膿瘍は消失し治療終了とした．しかし軽快後も歩行障害は残存し，両下肢の痙性と下肢の深部腱反射亢進を認めた．MRI にて脊髄の萎縮を認め，血清 HTLV-1 抗体陽性，髄液 HTLV-1 抗体陽性が判明し，HAM と診断した．神経因性膀胱や歩行障害は HAM による症状と考えられ，脳神経内科へ紹介しフォローを行う方針となった．【考察】HAM は HTLV-1 キャリアに発症する慢性進行性痙性脊髄麻痺を呈する疾患である．初発症状として両下肢の痙性による歩行障害や排尿障害，排便障害を呈することが多いとされている．感染症診療においては治療だけでなく，発症のリスクや背景因子について見直すとともに，神経診察も含めた注意深い全身診察が重要である．

60 大動脈二尖弁，大動脈弁狭窄症を背景とした大腸菌による感染性心内膜炎の 1 例

1）済生会川内病院内科
2）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学
○宮之前優香[1)]，福森　光[1)]，網屋　俊[1)]，前田将久[1)]，田平悠二[1)]，柴田隆佑[1)]，藤田俊浩[1)]，福岡嘉弘[1)]，嵜山敏男[1)]，井戸章雄[2)]

【症例】56 歳，女性【主訴】発熱【現病歴】X 年 3 月中旬より脱力を主訴に 4 回目の脳梗塞で前医入院中に，発熱を認め肺炎の診断で CTRX 2g/day 開始となった．しかし，38 度以上の高熱が持続し，血液培養陰性で，不明熱精査目的に当院転院となった．抗菌剤を MEPM 1g/day へ変更した．喀痰培養・尿中白血球は陰性で，静脈血液培養で 2 回大腸菌を認めた．MEPM を含む全ての抗菌剤に感受性が良好であったにも関わらず解熱せず，第 7 病日に経胸壁心エコーで大動脈二尖弁，大動脈弁狭窄症（以下 AS）と疣腫を疑い，臨床的に感染性心内膜炎（以下 IE）と診断した． 感受性のある LVFX 注 500mg/day を追加し，速やかに解熱したため第 12 病日に MEPM を終了した．しかし，翌日に発熱，悪寒戦慄が再燃し，MEPM を 2g/day へ増量再開し解熱した．以後発熱なく，第 38 病日で LVFX を終了し，第 54 病日の心エコーで疣腫疑いは消失し，抗菌剤を終了した.【考察】大腸菌による IE は全体の 2% 程度と稀で，糖尿病，心臓基礎疾患等がリスクファクターとなる．本例は二尖弁による中等度の AS があり，口腔内の清潔を保てておらずハイリスクであり，感受性が良好にもかかわらず治療に難渋した．二尖弁での AS 発症年齢は通常の加齢性より若年であり，中年でも不明熱をみた場合には IE を疑い弁膜症精査を検討すべきである．

61 SLE を基礎疾患とし繰り返す肺炎の後に診断された肺放線菌症

宮崎大学医学部附属病院膠原病感染症内科
○木村賢俊，川口　剛，工藤理紗，力武雄幹，岩尾浩昭，松田基弘，宮内俊一，梅北邦彦，高城一郎，岡山昭彦

【症例】46 歳，女性【主訴】発熱 / 咳 / 前胸部痛【現病歴】25 歳時に全身性エリテマトーデス（SLE）と診断され，少量の prednisolone にて加療されていた．29 歳頃から数年毎に肺炎の治療歴があったが，42 歳頃から年数回の発熱 / 胸痛があり近医で肺炎として繰り返し抗菌薬投与を受けた．2018 年 11 月，肺炎となり levofloxacin で改善したが中止後に再燃し，当科へ入院した．気管支肺胞洗浄液培養（BALF）では口腔内常在菌のみであった．抗菌薬有効な繰り返す浸潤影であり，放線菌を想定して 2 ヶ月間の amoxicillin（AMPC）投与を行った．2019 年 2 月，抗菌薬中止 1 ヶ月後に肺炎が再燃した．BALF 培養では嫌気培養のみで 8 日目に Actinomyces odontolyticus が検出され，肺放線菌症と診断した．AMPC を継続し再燃なく経過している.【考察】本例は 2015 年以降に抗菌薬投与の頻度が上昇しており，この時期に Actinomyces に感染した可能性がある．糖尿病 / アルコール多飲はなく，ステロイドは少量のみであった．抗菌薬は有効であるが中止で再燃を繰り返す肺炎では Actinomycosis を想定して嫌気培養を 2 週間行うことが重要である．

62 持続菌血症が診断契機となった黄色ブドウ球菌による前立腺膿瘍の 1 例

宮崎生協病院内科
○眞川昌大

【症例】69 歳，男性【主訴】体動困難，尿失禁【既往歴】2 型糖尿病（HbA1c 12.7%），高血圧，脳梗塞【現病歴】X 月 Y 日に体動困難と尿失禁があり救急要請した．JCS 3，BT 39.0℃，BP 153/90mmHg，HR 107/min，RR 24/min，SpO2 95%（RA）．右 CVA 叩打痛及び直腸診で前立腺圧痛を認めた．血液検査 :WBC 14040/ μ L（好中球 90.4%），CRP 16.55mg/dL．尿中白血球 30-49/HPF．腹部単純 CT で前立腺の境界不明瞭と周囲脂肪敷織濃度上昇を認め，急性前立腺炎の診断で入院し CTRX を開始した．自己抜針頻回で Y+1 日から ST 合剤に変更，Y+2 日に解熱し，Y+4 日に血液検査で炎症反応低下を認め退院した．血液培養及び尿培養から MSSA が検出されたため，Y+6 日の外来にて心エコーで疣贅ないこと確認し，同日血液培養を行った．再度 MSSA が陽性となり，持続菌血症のため造影 CT 施行し，前立腺に 13mm 大の内部低吸収で，辺縁が造影される膿瘍を疑う所見と右腎に巣状の造影低下域を認め，前立腺膿瘍と右急性巣状性細菌性腎炎と診断した.【考察】前立腺膿瘍は稀な疾患（前立腺疾患の 0.5 ～ 2.5%）であり，起炎菌が黄色ブドウ球菌であることは稀である．免疫不全があることが多く，本症例はコントロール不良の糖尿病があった．前立腺膿瘍は径 1cm 以上や多房性の場合はドレナージ適応とされている．診断が遅れ予後不良（死亡率 5%）となるが診断は難しいことが多い．本症例は血液培養による持続菌血症が診断の契機となった．

63 大腸菌による壊死性筋膜炎に急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の合併が疑われた 1 例

1）長崎労災病院感染症内科　2）同　総合内科
○西山　明[1)]，小泉陽介[1)]，木岡ともみ[2)]，平岡知子[2)]，加藤隼悟[2)]

【症例】71 歳，女性【主訴】体動困難，腰痛【経過】2 型糖尿病，高血圧で近医加療中．直近のワクチン接種歴なし．X-7 日からの発熱と X-3 日からの腰痛，X 日からの体動困難にて当院へ救急搬送された．腹部 CT で右股関節部から臀部のガス像と筋の腫大を認め，壊死性筋膜炎の診断にて MEPM を開始し，同日に緊急開腹ドレナージが施行された．入院時の血液培養からは ESBL 産生大腸菌が分離された．X+5 日に全身強直発作を認め，直後より意識障害および四肢麻痺となった．頭部 MRI の FLAIR 画像にて右視床から両側前頭葉の高信号域が出現し，髄液検査では分葉核球優位の上昇を認めた．髄液の一般培養やヘルペスウイルスの PCR は陰性であった．脳波検査ではびまん性の高振幅徐波を認め，脳炎の所見と考えた．抗菌薬を継続しつつ，X+6 日よりステロイドパルス治療を実施し，後治療としてプレドニゾロン 40mg の投与を行った．X+23 日より意識状態が改善傾向となり，右片麻痺は遷延したものの，リハビリテーションにより改善を認めた．【考察】先行するウイルス感染やワクチン接種，連鎖球菌感染による ADEM の発症の報告はあるが，腸内細菌科細菌感染症に ADEM が合併したとの報告はほとんどない．成人 ADEM の診断基準は未だ確立していないため，敗血症性脳症など他の診断がなされることによって under diagnosis となっている可能性がある．

第 3 会場

64 DIC を合併した日本紅斑熱の 1 例

公立八女総合病院腎臓内科
○平田英生，山下裕也，神戸賢利，大原敦子

【症例】56 歳，男性【主訴】発熱，全身倦怠感，全身性発疹【現病歴】200X 年 9 月下旬に山に入った後に 38 度台の発熱，全身倦怠感が出現し，A 病院を受診しインフルエンザ疑われ，オセルタミビル，アセトアミノフェン，葛根湯にて経過観察された．第 5 病日に全身に皮疹と 40 度台の発熱を認め，その翌日，倦怠感の増悪と悪寒戦慄が出現したため，第 6 病日に倦怠感の増悪と悪寒戦慄が出現したため当院入院となる．【経過】入院後の診察で刺し口を疑う所見を認めたため，「発熱」「全身性皮疹」「刺し口」の症状から日本紅斑熱，ツツガムシ病，SFTS などを疑い各種抗体検査，刺し口皮膚組織の PCR 検査を施行し日本紅斑熱と診断した．治療は MINO+CPFX 併用療法を選択し，DIC に対してリコモジュリン投与を行ったところ寛解に至り，入院 15 日目に自宅退院となった．【考察】症例報告の検討より，刺し口を認めない日本紅斑熱が約 34％存在し，診断に難渋することが予想されるケースが多いにも関わらず，重症化因子は発病から適切な治療開始までに有する期間が 5 日以内かどうかであり，「発熱」「全身性発疹」の症状を有する場合，本症を留意して，検査結果を待たずに先行し治療にあたるべきと考えられた．本症例も第 6 病日で重症化した状態で入院に至っており，入院初日から治療を開始したことで比較的早期に寛解に至ることができた．

65 高度の嚥下障害を呈した神経サルコイドーシスの 1 例

1）労働者健康安全機構熊本労災病院脳神経内科
2）同　呼吸器内科
3）熊本大学大学院生命科学研究部脳神経内科学分野
○生田純基[1)]，竹内陽介[1)]，村端秀映[1)]，原　靖幸[1)]，藤田良佑[2)]，伊藤清隆[2)]，植田光晴[3)]

【症例】82 歳，女性【主訴】物を飲み込めない【現病歴】X 年 5 月中旬，偶発的に両肺野の多発粒状影，縦隔リンパ節腫大を指摘された．6 月初旬（第 1 病日）から嚥下障害が出現，徐々に増悪し，誤嚥性肺炎で第 9 病日に当院呼吸器内科へ入院した．第 12 病日の当科初診時，両側末梢性顔面神経麻痺（左優位），嗄声，両側軟口蓋挙上不良を認め，唾液の嚥下も困難な状態であった．血中 sIL-2R 高値（1,050U/ml），髄液細胞増多（20/ μ L，単形核球優位），蛋白上昇（114.4mg/dL），頭部造影 MRI で左顔面神経，聴神経の増強効果を認めた．Guillain-Barre 症候群を否定できず免疫グロブリン大量静注療法を実施したが，嚥下機能の改善を認めなかった．眼科的精査で隅角，虹彩結節，気管支肺胞洗浄でリンパ球比率，CD4/CD8 比の上昇を認め，神経サルコイドーシスと診断した．第 18 病日からステロイドパルス，プレドニゾロン内服を開始し症状は著明に改善，第 22 病日から経口での食事摂取が可能となった．【考察】サルコイドーシスにおける脳神経障害は顔面神経麻痺が最多だが，それに次いで嚥下障害が多い．サルコイドーシスはステロイド反応性が良好な疾患であり，治療可能な嚥下障害の鑑別として念頭に置いておくべきと考えられた．

66 streptococcus Suis による細菌性髄膜炎の 1 例

1) 佐賀大学医学部付属病院脳神経内科
2) 唐津赤十字病院内科
○枝吉　誠[1)]，吉川正章[1)]，津村圭亮[1)]，井手俊宏[1)]，
近藤めぐみ[2)]，江里口誠[1)]，宮原正晴[2)]，原　英夫[1)]

【症例】55 歳，男性【主訴】発熱，頭痛
【現病歴】養豚業 に従事しており，既往として慢性中耳炎を有していた．X 年 5 月初旬某日より 38 度の発熱と頭痛が出現し，徐々に意識 障害も出現したため，発症 4 日目に前医へ救急搬送となった．来院時意識レベルは JCS3，体温 39.7 度で項部硬直を認 めた．血液検査では白血球 26,000/μ L，CRP 11mg/dL，髄液 検査では細胞数 13,870/μ L（多形核球 95%），髄液蛋白 633mg/dL，髄液糖 0mg/dL であった．頭部 MRI FLAIR 画像で両側大 脳半球脳溝にびまん性に高信号病変を認めた．前医で細菌 性髄膜炎としてデキサメタゾン，メロペネム 6g/ 日，バンコ マイシン 2g/ 日が開始され，発症 5 日目に当院搬送となった ．髄液，血液培養検査で Streptococcus Suis（以下 S. suis）が検出され，同菌による髄膜炎と診断した．感受性結果よ り抗生剤をペニシリン G2400 万単位 / 日へ変更し，熱型や髄 液検査は経時的に改善したが，意識の改善とともに高度の 難聴が明らかとなった．【考察】S.suis は豚の扁桃腺や上気道などに存在し，重 篤なヒト感染を引き起こす人獣共通感染症の起炎菌として 近年注目されている．細菌性髄膜炎例では初期から聴覚障 害を合併するとされ，本症例でも高度の難聴を来した．S. suis は本邦では稀ではあるが養豚業の職業歴，高度の難聴合併例の細菌性髄膜炎の起炎菌として想定すべきである．

67 高度難聴を合併した肺炎球菌性髄膜炎の 1 例

鹿児島大学病院脳神経内科
○上山未紗，武　義人，田中咲衣，吉田崇志，髙畑克徳，
平松　有，安藤匡宏，田代雄一，崎山佑介，髙嶋　博

【症例】62 歳，男性【主訴】頭痛，両肩･背部痛，難聴【現病歴】1 週間程度感冒症状が出現後，悪寒と両肩・背部の疼痛が出現．2 日後には頭痛と両耳の難聴が出現したため，当院救急搬送された．JCS は I 桁だったが，ショックバイタルで項部硬直があり jolt accentuation も陽性で，両耳の感音性難聴が強く，筆談が必要であった．各種培養検査と髄液検査を施行したところ，髄液で多核球優位の細胞数（349/ μ L）と蛋白の上昇（402.5mg/dL），糖の低下（5mg/dL 未満）がみられ，血液と髄液の塗抹・培養で肺炎球菌が検出された．CT 検査では左上顎洞の粘膜肥厚と脾臓の低形成の可能性が示唆されたが，MRI 上，蝸牛や脳幹に異常は指摘できなかった．急性腎不全もあり，CTRX，LZD による抗生剤の他，免疫グロブリン，デキサメタゾン，VitB12，ATP の投与も行った．治療により，解熱が得られ，髄液所見も改善．難聴も通常会話が可能な程度まで改善した．【考察】細菌性髄膜炎の神経合併症として難聴がみられることがあり，肺炎球菌が原因菌として多い．14% に著明な障害が出現し，高齢者と女性に多いとされているが，本症例は中年男性であったが高度な難聴がみられた．治療法は一定の見解はみられないが，本症例においては上記治療により軽減が得られた．蝸牛内骨化など難聴が持続することも多く，積極的な治療が必要と考えられた．

68 若年発症の破傷風例

宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野
○小永田綾香，中里祐毅，酒井克也，杉山崇史，望月仁志，
塩見一剛，中里雅光

【症例】35 歳，男性【主訴】開口障害，頸部痛【現病歴】漁師で，漁場のクレーンのワイヤーで右側頭部挫創を来した．受傷 13 日後に発熱と頸部痛が出現し，その後上肢の筋攣縮と開口障害を伴った．受傷 14 日後に他院にて破傷風を疑われ，翌日当科へ紹介入院となった．沈降破傷風トキソイド筋注，破傷風免疫グロブリンとペニシリン G カリウム点滴を，筋攣縮に対してミダゾラム持続静注を行った．しかし，同日中に開口障害や頸部と上肢の筋攣縮が進行したため，気道確保目的に人工呼吸管理とし，プロポフォールとデクスメデトミジン，フェンタニルの持続静注を追加した．7 日間の集学的治療の後，開口障害や筋攣縮は改善し，人工呼吸管理を離脱した．当科入院 18 日目に後遺症なく，自宅退院した．【考察】現在，破傷風ワクチンは定期接種に該当し，1 期として乳幼児期の 4 回，2 期として 11 歳もしくは 12 歳に 1 回の追加投与が推奨されている．しかし本患者の年代での 2 期のワクチン接種率は 7 割前後と不十分であった．本症例においても 2 期のワクチン接種歴はなく，破傷風発症を予防できなかったものと考える．破傷風は生命予後不良の疾患である一方で，適切なワクチン接種により十分に予防できることを強く啓蒙したい．

69 意識障害を呈した左内包膝部梗塞の 1 例

白十字会白十字病院脳血管内科・神経科
○佐々木繁，松岡幹晃，水戸大樹，清原卓也，由比智裕，
熊井康敬

【症例】76 歳，男性【主訴】活気がなく発語がない【現病歴】X-2 年に小脳梗塞を発症したが，後遺症はなかった（mRS 0）．X 年 7 月 Y 日のデイケア時に普段より活気がなく，帰宅後も発語がなく様子がおかしいため，当院に救急搬送された．来院時，意識レベルは JCSII-20 で発語がなく，傾眠であった．また，両上下肢 MMT3/5 の左右差のない運動障害が見られ，来院時 NIHSS は 15/42 点であった．意識障害の原因は Vital signs や血液検査や脳波検査で指摘できなかった．MRA では脳主幹動脈病変はみられなかったが，頭部 MRI 拡散強調画像で左内包膝部に 8mm 大の高信号域を認め，急性期脳梗塞と診断した．抗血栓薬療法を開始し，第 2 病日には発語を認め，傾眠も徐々に改善し，脳梗塞の増悪や再発はみられず経過した．自発性の低下や見当識障害，短期記憶障害は遷延したが軽快し，ADL は自立して第 57 病日に自宅退院となった（mRS 1）．【考察】内包膝部は視床や大脳皮質を連絡する回路や記憶回路が通っている．同部位の障害により意識障害，記憶障害，注意障害や自発性の低下，無為など様々な精神神経症状を呈することが報告されている．本症例のように構音障害や片麻痺，感覚障害を伴わない意識障害の原因疾患に内包膝部梗塞も鑑別に挙げるべきかと考えられた．

70 特徴的な画像の経過を呈した重症低血糖脳症の1例

佐世保市総合医療センター脳神経内科
○天野貴徳，足利裕哉，鳥村大司，前田泰宏，藤本武士

【症例】74歳，女性【主訴】意識障害【現病歴】30年前より1型糖尿病があり，強化インスリン療法を行なっていた．約2週間前より意識消失があり，近医を受診した際に低血糖が疑われていた．X日夕方の血糖値は34mg/dLだったが，意識障害はなく，定時のインスリン注射を行い就寝した．翌朝，意識障害のため当院へ救急搬送された．来院時，意識はJCS200，簡易血糖測定器で血糖値はLOWを示し，ブドウ糖投与後の血糖値は72mg/dLと改善したが，意識障害は持続した．頭部MRIで両側大脳皮質や皮質下に拡散強調像で高信号，ADC低信号，FLAIR高信号がみられた．入院第4病日の同検査で両側大脳皮質全体に脳浮腫が拡大し，左大脳基底核にも異常信号を認めた．第24病日には両側大脳皮質と大脳基底核に異常信号を伴い，びまん性の脳萎縮を認めた．【考察】低血糖に対する血糖補正後も意識障害は遷延し，画像上脳障害は進行性の経過を呈した．予後不良の低血糖脳症の画像所見として広範な大脳皮質病変が指摘されているが，長時間の低血糖により脳障害が起こった場合，血糖補正に拘らず不可逆的な脳障害を来すことが経時的な画像評価により確認できた【結語】予後不良の画像所見を呈した重症低血糖脳症では血糖コントロールのみでは脳障害の進行阻止には不十分な場合があり，更なる治療法の検討が必要である．

71 Pembrolizumab最終投与から約1か月後に脳炎を発症しステロイドが著効した1例

1）公立学校共済組合九州中央病院脳血管内科
2）同　呼吸器内科
○水戸大樹[1)]，牧原典子[1)]，金澤有華[1)]，伊辻花佳[1)]，中富啓太[2)]，竹迫仁則[1)]

【症例】81歳，男性【主訴】会話の辻褄が合わない【現病歴】X-2年8月に肺腺癌（cT2N0M0）と診断され放射線治療を施行された．X-1年9月に再発認め，PD-L1 80～90%と高発現であったため，同月より当院でPembrolizumabの投与が開始され，同年11月に4コース目まで施行された．X年1月y日から会話の辻褄が合わないようになり，y+3日に当院を受診した．来院時，超皮質性感覚性失語が示唆された．髄液検査は単核球優位の軽度細胞数上昇，蛋白上昇を認めたが，Film Array髄膜炎・脳炎パネルでヘルペスなどの感染性脳炎は否定的で，頭部造影MRIでは転移性脳腫瘍含め新規病変や癌性髄膜炎を疑う所見はなかった．Pembrolizumabによる脳炎を疑い，緊急入院の上，y+5日にステロイドパルス療法開始し，翌日には症状は著明に改善した．【考察】Pembrolizumabによる脳炎の頻度は0.1%未満と非常に稀で，投与開始から平均6～10週間後と遅発性に発症することが知られている．本症例は発症早期より同疾患を疑い，速やかに治療介入することができた．免疫チェックポイント阻害薬投与中の患者は遅発性に脳炎が起こり得ることを念頭に置く必要がある．

72 症状増悪にミトコンドリア異常が関与した脳症の1例

1）鹿児島市立病院脳神経内科
2）鹿児島大学病院脳神経内科
○石川　文[1)]，牧　美充[1)]，小田健太郎[1)]，野村美和[1)]，重畠裕也[1)]，宮下史生[1)]，渡邊　修[1)]，岡本裕嗣[2)]，髙嶋　博[2)]

【症例】69歳，男性【主訴】意識障害【現病歴】2019年11月初旬，変動する意識障害，異常行動にて救急搬入となった．来院時，意識レベルJCS I-2．項部硬直（-）．血液検査にて血糖値331mg/dl，HbA1c 16.0%と未治療の糖尿病が判明し，易感染状態であった．髄液所見では軽度タンパク上昇を認めた．頭部MRIで多発微少出血と梗塞，小結節と白質病変を認めた．脳波では非痙攣性てんかん重積の所見を認めた．悪性リンパ腫や各種感染症を考慮し検査したところ，血中トキソプラズマ抗体陽性を認め，トキソプラズマ脳症を考え加療を継続したが効果なく，最終的に腎不全の合併も有り，第53病日に永眠された．脳の剖検では多発出血以外に病原体も含め，特異所見はなかった．しかし脳検体の遺伝子検索で，ミトコンドリア病MIMECK（mitochondrial myopathy with episodic hyper-creatine kinase（CK）-emia）に合致する遺伝子異常が判明した．【考察】本症例は，コントロール不良の糖尿病と感染を契機とした非痙攣性てんかん重積が予後に関与したと考えられる．MIMECKは，感染や薬剤を契機に高CK血症を来すミトコンドリア病である．本症例では，脳炎を機にてんかん重積が生じた際に細胞内のエネルギー不足に到り，神経細胞障害が広範に生じ，遷延性の意識障害に繋がったと考えられた．

73 原発性中枢神経系血管炎（PCNSV）によりWallenberg症候群を呈した1例

1）潤和会記念病院神経内科　2）同　放射線科
○金丸和樹[1)]，矢澤省吾[1)]，村原貴史[1)]，中尾紘一[1)]，杉本晶子[1)]，鈴木由紀子[2)]，鶴田和仁[1)]

【症例】45歳，女性．看護師【主訴】頭痛，めまい，嚥下困難，構音障害【現病歴】入院4日前（Day 1）より頭痛が出現し，その後頭痛の増悪と嚥下障害，構音障害も加わったためDay 5に当院入院．入院時の頭部MRIでは右椎骨動脈狭窄を認めるのみで拡散強調画像で高信号域は確認できず，Day 8での再検で右延髄外側の新規脳梗塞病変が出現した．CT-Angioでは頭蓋入り口レベルで右椎骨動脈が狭窄･閉塞を呈するものの，解離は認めず．その他の観察しうる血管には狭窄病変なし．造影MRIでは両側椎骨動脈の血管壁が硬膜内で広範囲に造影された．狭窄を伴わない左椎骨動脈にも造影効果を認めたため，血管炎の可能性が高いと判断した．　血管炎の所見はこの椎骨動脈領域以外にはCT-angioや造影MRIでは指摘できず，血液検査や身体所見からは中枢神経系領域以外の血管炎を示唆する所見は認められないことから，PCNSVと診断した．ステロイドによる加療を開始し，当初より認めていた頭痛は軽快し，頭部造影MRI再検では血管壁の造影増強効果も改善した．【考察】PCNSVはまれな病態であるが，なかでも内頚動脈，椎骨動脈，脳底動脈，前・中・後大脳動脈の近位側血管のみに起こる頻度は少ないと言われている．椎骨動脈領域の血管炎は動脈解離との鑑別が難しいが，本症例では造影MRIによる評価が有用であった．

74 脳梗塞の原因となった野生型トランスサイレチンアミロイドーシスの1例

1）熊本大学病院脳神経内科
2）杉村病院脳神経内科
3）長崎国際大学アミロイドーシス病態解析学
○永松秀一[1)]，増田曜章[1)]，三隅洋平[1)]，永利聡仁[1)]，杉村勇輔[2)]，中島　誠[1)]，安東由喜雄[3)]，植田光晴[1)]

【症例】82歳，男性【主訴】失語，腹痛【現病歴】X年1月に突然の腹痛および失語を認め，前医にて脳梗塞及び左腎梗塞と診断され，塞栓源不明の塞栓症として治療され退院となった．4月より下肢浮腫を認め，心臓エコー検査にて心室壁肥厚，拡張不全を認めたことから全身性アミロイドーシスが疑われ紹介となった．神経学的には運動性失語，臍周囲の温覚低下，膝下の温痛覚低下，下肢腱反射減弱を認めた．神経伝導検査で両側性手根管症候群を認め，下肢の温痛覚障害，表皮内神経線維密度減少から小径線維ニューロパチーも示唆された．ピロリン酸心筋シンチにて心筋異常集積，経食道心臓エコー検査にて左房内にもやもやエコーを認めた．消化管生検にてアミロイド沈着を認め，同部位は抗TTR抗体で陽性を示した．TTR遺伝子変異はなく，野生型トランスサイレチンアミロイドーシスと診断した．【考察】本症は，両側性手根管症候群，脊柱菅狭窄症，小径線維ニューロパチーなど多彩な神経合併症を認める．また心アミロイドーシスには心房細動および心房粗動等心伝導系異常を高率に合併し，さらに洞調律においても心房機能および左室機能が低下し，易血栓性の状態となるため，塞栓症の原因となりうる．【考察】塞栓性機序が疑われる脳梗塞においては，アミロイドーシスの存在を疑い，他臓器障害の検索を行うことが重要であると考えられた．

75 Small fiber NeuropathyとMGUSを呈し，最終的にALアミロイドーシスと診断した1例

1）祐愛会織田病院総合診療科
2）佐賀大学医学部附属病院総合診療部
3）同　脳神経内科
○中島知太郎[1)]，藤原元嗣[2)]，徳島圭宜[2)]，相原秀俊[2)]，香月尚子[2)]，織田良正[1)]，西山雅則[1)]，飯田紘太朗[3)]，多胡雅毅[2)]，山下秀一[2)]

78歳，男性．1年前から左足底部異常感覚あり，4カ月前から右足底部にも出現した．複数の医療機関を受診したが改善ないため当院当科紹介となった．音叉による振動覚の低下を認める以外に神経学的異常はなく，神経伝導速度検査（以下NCS）も正常であった．血液検査では血液蛋白分画でM蛋白が検出された．免疫電気泳動でIgG-λ型M蛋白が検出され，意義不明の単クローン性免疫グロブリン血症（MGUS）の範疇であった．上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部粘膜を生検したところ，免疫染色でALアミロイド陽性となった．以上よりMGUSおよびALアミロイドーシスによるsmall fiber neuropathy（SFN）と診断した．【考察】MGUSに伴う神経障害は比較的まれだが運動失調を呈することもあり，正確な評価と治療が求められる．IgG-λ型M蛋白血症でも比較的軽症のニューロパチーを呈すると報告されているが，本症例はNCSで異常を認めず，ALアミロイド沈着によるSFNと判断した．今後症状が進行した場合，さらなる精査のうえ治療方針を検討する必要がある．臨床的に興味深い症例であり，文献的考察を加え報告する．

76 筋萎縮性側索硬化症の診断から5年後に眼瞼下垂が出現し重症筋無力症と診断した1例

1）恒心会おぐら病院脳神経内科
2）川内市医師会立市民病院脳神経内科
○矢野直志[1)]，重久彩乃[2)]，吉村道由[1)]，田邊　肇[1)]

【症例】68歳，女性【主訴】嚥下障害，左上肢の筋力低下【既往歴】洞不全症候群（ペースメーカー），橋本病【現病歴】X-6年に嚥下障害，X-5年から構音障害が出現し，A病院を受診．針筋電図の検査結果などから筋萎縮性側索硬化症（ALS）probableと診断された．B病院へ転医したが進行しなかった．しかしX-3年中旬には眼瞼閉鎖不全が加わり，年末には唾液の吸引を要するようになった．X-1年に左上下肢の筋力低下が出現，外来受診中に喀痰を誤嚥し急性呼吸不全となり人工呼吸器管理となった．抜管後に気管切開と胃瘻造設が行われた．X年6月ごろから眼瞼下垂が出現し，抗AChR抗体が陽性だったため重症筋無力症（MG）が疑われ精査目的に当科に入院とした．【経過】意識は清明で，歩行や筆談が可能な状態だった．嚥下はできず，自分で唾液を吸引していた．当院で再検した抗AChR抗体は陽性，テンシロンテスト陽性，針筋電図で脱神経所見を認めなかったことからMGと診断した．ステロイド治療とタクロリムスの内服で筋力低下，球症状，眼瞼下垂は改善した．【考察】本症例は球麻痺で発症，進行し，経過中に非対称性の筋力低下を呈したまれなMGの1例であったが，治療可能な疾患であるためALSの診断の際には常に念頭に置く必要がある．

77 1週間続く吃逆と左耳痛を主訴に受診しRamsay Hunt症候群と診断された1例

1）敬愛会中頭病院総合内科　2）同　耳鼻科
○大池聖志[1)]，新里　敬[1)]，糸数哲郎[2)]

【症例】54歳，男性【主訴】1週間続く吃逆，左耳痛【現病歴】受診4日前より特に誘引なく吃逆が出現した．受診3日前より軽度の左耳痛の自覚し37度台の発熱を認めた．受診前日より左耳鳴を自覚し，発熱が持続したため当院外来を受診した．吃逆に関しては，腹部超音波検査，胸腹造影CT検査行ったが，異常所見は認めなかったため，バクロフェンの内服による対症療法を行った．左耳痛に関しては，診察時に左耳介の軽度発赤と牽引時痛を認めたものの，その他有意な身体所見は認めなかったため，外耳道炎を疑い対症療法を行った．3日後に左耳痛の増悪と吃逆の持続，新規の症状として回転性めまいと嘔気・嘔吐を主訴に再度外来を受診した．頭部CT，MRI検査を施行したが異常所見はなかった．左耳の炎症所見の増悪と水泡形成，聴力検査で左耳の感音性難聴を認め，Ramsay Hunt症候群の診断となりプレドニゾロン，バラシクロビルの内服を開始し，5日後に吃逆症状は改善した．【考察】吃逆は発症・持続時間により吃逆発作，持続性吃逆，難治性吃逆に分類される．持続性・難治性吃逆の場合には原因となる基礎疾患を有する可能性が高く，原因検索が必要となる．本症例は，Ramsay Hunt症候群による迷走神経枝の刺激により持続性吃逆として症状を呈していたと考えられた．国内外でも類似症例の報告は稀有であり，解剖・病態生理学的考察を含めて症例報告する．

78 ステロイド内服下に脳脊髄多発病変で再発した視神経脊髄炎の1例

小倉記念病院脳神経内科
○白石　渉，植本優里，藤木亮輔，古田興之介

【症例】59歳，女性【主訴】意識障害，対麻痺【現病歴】来院2年前に視神経炎を生じ眼科で加療された．その際に抗AQP4抗体陽性を指摘されたが，脳脊髄病変を認めず，視神経脊髄炎の疑いでPSL 5mg/日の内服を継続し経過観察していた．X日に急性の腰痛と尿閉が出現した．X+1日になり意識障害と対麻痺が出現し当院に救急搬送となった．来院時，意識はJCS 2桁で項部硬直を認め，対麻痺と尿閉を認めた．髄液検査で細胞数1232/μLの細胞数増多（単核球優位）を認めた．頭部MRI検査で脳室周囲と脳梁に多発病変を認め，脊髄MRIでC2からTh5までの長大病変を認めた．視神経脊髄炎の再燃と診断し，ステロイドパルス療法を開始，その後PSL 1mg/kg/日の後療法を行った．しかし症状は進行し，四肢麻痺，昏睡状態となり，頭部MRIで脳室周囲の深部白質に新規病巣の出現を認めた．2回目のステロイドパルスを追加後に単純血漿交換を開始し，徐々に意識状態は改善し左上肢の自発運動を認めるようになった．【考察】ステロイド内服中に多発脳脊髄病変で再発した劇症の視神経脊髄炎を経験した．ステロイドパルス後も疾患の進行を認め，血漿交換療法が有効であった点が特徴的と考えられ，本症例の病態について文献的考察を交えて報告する．

79 ビデオ脳波モニタリング検査にてfaciobrachial dystonic seizureを詳細に記録し得た抗LGI-1抗体陽性辺縁系脳炎の1例

九州大学病院脳神経内科
○姫野洋平，林　佐保，稲水佐江子，松下拓也，山崎　亮，吉良潤一

【症例】52歳，女性【主訴】一過性の右手・右顔面のこわばり【現病歴】生来健康．X-1年11月末より突発的な左上下肢の脱力感，四肢のぴくつきを自覚し，抗てんかん薬で加療されていたが，X年6月より発作的な右顔面，右手指，右下肢の引き攣りを1日に3，4回自覚するようになった．入院時，上記症状に加えHDS-R 23点と記銘力低下を認めた．頭部MRIでは左海馬が萎縮し，FDG-PET検査で同部の集積低下を認めた．髄液検査では特記所見を認めなかった．ビデオ脳波モニタリング検査にて右顔面および右手指の引き攣りを2日間で計85回観察し，faciobrachial dystonic seizure（FBDS）のパターンであった．発作後，脳波ではT5を中心に律動性のδ波を認めた．血清抗LGI-1抗体が陽性であったため同抗体陽性辺縁系脳炎と診断した．経過中に開頭血種除去術を要する右被殻出血を発症したが，免疫治療後に抗てんかん薬に抵抗性であったFDBSは消退した．【考察】FBDSは，顔面と同期して同側上肢に生じる非常に短く（3秒以内）頻回な（50回/日）常同的なジストニー発作とされ，本例の発作様式と合致した．FBDSは抗LGI-1抗体陽性辺縁系脳炎に特徴的な症候で，かつ認知機能障害に先行することが報告されていることから速やかな診断・治療のため理解を深めておくことは重要である．

80 Stanford A型大動脈解離を契機に重症筋無力症クリーゼを来した1例

1）長崎大学病院脳神経内科　2）同　心臓血管外科
○吉村俊祐[1)]，三浦　崇[2)]，金本　正[1)]，島　智秋[1)]，長岡篤志[1)]，宮崎禎一郎[1)]，立石洋平[1)]，辻野　彰[1)]

【症例】66歳，女性【主訴】眼瞼下垂・労作時呼吸苦【病歴】X-4年にアセチルコリン受容体抗体陽性全身型重症筋無力症（MG）と診断された．MGは4年間薬理学的寛解を維持していた．1週間前から眼瞼下垂，労作時呼吸苦が出現して入院となった．入院時，QMG score 10，WBC 14200/μl，CRP 2.88mg/dl，胸腹部CTでは明らかな異常は指摘できなかった．第3病日，深夜1時に腰痛を自覚，午後から徐々に球症状が悪化，17時には浅呼吸となり，18時には意識障害に陥った．血液ガスでPCO2貯留を認め気管内挿管を施行，MGクリーゼと診断した．ICU入室後，炎症反応高値であったため，胸部造影CTを撮像したところStanford A型大動脈解離を認めた．大動脈解離急性期であることを考慮して，IVI g（15g/day）5日間及びPSL 20mgとタクロリムス2mgで加療した．その後，Stanford A型大動脈解離は保存的に加療を行い，第56病日にはQMG score 7で退院となった．【考察】MGの増悪因子として，感染症，手術や外傷，妊娠や出産，接合部に作用する薬剤や治療薬の変更，精神的ストレスなどが知られている．本症例では，入院後の大動脈解離から症状が急速に増悪しており，血液浄化療法やステロイドパルス療法を併用せずMGクリーゼを離脱した経過から，状態の悪化には大動脈解離の影響が強くあったことが考えられた．

81 陰性ミオクローヌスが遷延したAsterixisを伴う一過性ミオクローヌス（TMA）の1例

1）潤和会記念病院神経内科　2）同　臨床検査科
○清水栄里[1)]，矢澤省吾[1)]，村原貴史[1)]，中尾紘一[1)]，杉本晶子[1)]，山下三統[2)]，八木和弘[2)]，鶴田和仁[1)]

【症例】79歳，男性【主訴】両上肢のふるえ【既往歴】右頭部外傷（頭蓋内銃弾残存）．【現病歴】○年○月○日18時頃（第一病日）から両上肢のふるえが出現．一旦症状は自然消失したが翌日午前3時頃から同症状が再燃し左顔面へ広がったため7時に当院へ救急搬送された．【経過】当院搬入時，両上肢と左顔面に陽性ミオクローヌスを認めたが意識清明で随意運動可能であり，その他神経学的異常所見は認めなかった．頭部CTでは右前頭葉に銃弾片残存を認めた．ジアゼパム5mg投与直後，右上肢の陽性ミオクロ―ヌスは速やかに消失し，左上肢と左顔面の陽性ミオクロ―ヌスは残存した．7時間後の脳波検査では明らかなてんかん性放電は認めず，両側（右側優位）の中心部に間欠的に出現し数秒持続する4Hzの律動性徐波を認めた．このとき左上肢の陽性ミオクローヌスは観察されず，陰性ミオクロ―ヌスは残存していた．その後クロナゼパム1.5mg/日を投薬し第3病日には陽性，陰性ミオクローヌスは消失し再発は認めていない．【考察】今回の症例はTMAの診断基準に合致したが，左側で症状が遷延した点，陰性ミオクローヌスの回復が遅れた点，脳波検査で軽度異常を呈した点などが特徴的であり，このことより各種ミオクローヌスの発生機構が異なり，その一部に運動皮質の選択的な興奮が関与する可能性が示唆された．

82 デュロキセチンによる薬剤性 SIADH の 1 例

平成紫川会小倉記念病院腎臓内科
○権藤雄三，濱小路友哉，別府祐希，藤岡美紗子，
安宅映里，倉橋基祥，内田大貴，原田健司，金井英俊

【症例】84 歳，女性【主訴】嘔気・心窩部痛【現病歴】慢性腰痛症に対してプレガバリン内服中であった．7 月末に歩行時のふらつきや眩暈の訴えあり，近医にてデュロキセチンに変更した．変更後より心窩部痛出現し，3 日後にデュロキセチン内服中止するも心窩部痛改善ないため，翌日当院救急外来を受診した．血清 Na 116mEq/L，血症浸透圧 242mEq/L と低張性低 Na 血症を認め，同日精査加療目的で入院となった．【入院後経過】発症時期不明であったため慢性低 Na 血症として，生理食塩水・5% ブドウ糖液にて加療開始した．第 2 病日に近医の採血データを確認し，デュロキセチン内服後より急激な血清 Na の低下を認め，急性低張性 Na 血症と診断した．血液検査・尿検査の結果，SIADH の診断基準を満たすためデュロキセチンによる薬剤性 SIADH と診断した．第 5 病日までに Na 132 mEq/L まで改善し，輸液中止した．第 7 病日に低 Na 血症の再燃ないことを確認し，退院となった．【考察】デュロキセチンを原因とした薬剤性 SIADH の 1 例を経験した．SNRI であるデュロキセチンは精神疾患領域だけでなく，糖尿病領域・整形外科領域・緩和領域等幅広い分野で処方されている．デュロキセチンによる SIADH は頻度不明とされているが近年，症例報告が散見される．内服開始後，急速に SIADH が発症する可能性があるため，投与開始後は慎重に電解質をフォローすべきと考える．

83 トシリズマブ投与により透析を離脱できた TAFRO 症候群の 1 例

1）大分県立病院腎臓内科　2）同　血液内科
3）大分大学医学部内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学
○矢野文子[1)]，鈴木智子[1)]，和田萌美[1)]，山口奈保美[1)]，
縄田智子[1)]，柴冨和貴[1)]，高田寛之[2)]，福長直也[3)]，
柴田洋孝[3)]

【症例】68 歳，女性．生来健康．20XX 年 10 月より発熱，全身浮腫が出現し，近医にて検尿異常，CRP 上昇，腎機能低下を認め当院に紹介となった．【入院後経過】入院時，血小板減少・低 Alb 血症も認め，単純 CT 検査にて肝脾腫，腋窩・縦隔・鼠径部にリンパ節の軽度腫大がみられた．鼠径リンパ節生検にて，胚中心の萎縮や胚中心へ向かう毛細血管，濾胞間の拡大，形質細胞の増生を認めた．VEGF 466pg/mL，IL-6 29.1pg/mL と高値であり，腎障害や胸腹水，血小板減少の程度も強い事から TAFRO 症候群と診断した．mPSL 60 mg より開始したが，乏尿により呼吸状態が悪化したため，入院 10 日目より血液透析を開始した．腹水に関しては CART（腹水濾過濃度再静注法）を定期的に行った．mPSL 500mg パルス療法を実施するも腹水コントロールがつかず，入院 102 日目よりトシリズマブ 8mg/kg を開始した．開始後腹水は徐々に減少し自尿も回復し，入院 144 日目に透析を離脱した．【考察】TAFRO 症候群は明確な治療法は確立されていない．本症例は，腹水コントロールに難渋したが，抗 IL-6 受容体抗体であるトシリズマブが有効であった．TAFRO 症候群は急峻な経過をたどる例もあり，本症例を疑った場合，速やかな治療介入と病態に応じた薬剤選択が必要である．

84 原発性マクログロブリン血症に合併したネフローゼ症候群に対してリツキシマブが奏功した 1 例

1）小倉記念病院腎臓内科　2）同　血液内科
○長堀　貴[1)]，安宅映里[1)]，原田健司[1)]，金井英俊[1)]，
米澤昭仁[2)]

【症例】78 歳男性【病歴】60 歳頃より 2 型糖尿病のため近医へ通院していた．約 1 か月の経過で下腿浮腫が増悪し，Alb 2.2g/dl，Up/UCr 21g/gCr のネフローゼ症候群を呈しており当院へ紹介，入院した．IgM κ 型 M 蛋白血症を認め，骨髄穿刺で原発性マクログロブリン血症と診断した．腎生検施行し，病理診断の結果，免疫染色で C3，IgM がメサンギウム領域に沈着し，光学顕微鏡ではメサンギウム増殖型糸球体腎炎の像を呈していた．原発性マクログロブリン血症によるネフローゼ症候群への関与が否定できずリツキシマブ投与を開始したが，腎機能は増悪し入院 13 日目より血液透析を開始した．治療開始 23 日目より腎機能改善傾向となり，治療開始 25 日目で血液透析を離脱，以後 Cre 2.0mg/dl，Up/UCr1g/gCr 前後で安定し外来治療を継続している．【考察】原発性マクログロブリン血症に腎障害が合併する場合はアミロイドーシスやクリオグロブリン血症が関連することが多いが，本症例ではいずれの所見も認めなかった．文献では原発性マクログロブリン血症に準じた治療が試みられている．特にアミロイドーシスを合併しない糸球体腎炎では半数以上で治療が奏効すると報告されており，本症例のように積極的に治療を検討してよいと考えられた．【結語】原発性マクログロブリン血症に合併したネフローゼ症候群に対してリツキシマブが有効であった 1 例を経験した．

85 ニボルマブ投与後に発症した急性尿細管間質性腎炎に対してステロイド治療が奏功した 1 例

1）熊本大学病院腎臓内科　2）同　泌尿器科
○松下昂樹[1)]，岡川裕子[1)]，中村敬志[1)]，松永愛子[1)]，
泉裕一郎[1)]，元島崇信[2)]，桒原孝成[1)]，向山政志[1)]

【症例】71 歳，男性【現病歴】左腎細胞癌全摘除術後，右腎に進行腎細胞癌が再発し，イピリムマブ＋ニボルマブ併用療法を 3 コース施行した．治療開始から 3 ヶ月経過時に口渇感を自覚し，精査にてシェーグレン症候群の診断となった．免疫関連有害事象（irAE）が疑われたため，2 週間毎のニボルマブ単剤療法に変更した．腎機能は，元々 Cr 1.1mg/dL 程度で推移していたが，ニボルマブ 7 コース目終了後に Cr 2.31mg/dL と悪化を認めたため当科紹介となった．尿中 NAG と β 2-MG の上昇を認め，薬剤性間質性腎炎を疑い，ニボルマブを中止したが，Cr 3.16mg/dL と腎機能は更に増悪した．Ga シンチグラフィーにて右腎に異常集積を認め，DLST ではニボルマブが陽性であり，ニボルマブによる尿細管間質性腎炎と診断した．PSL 30mg/ 日内服開始により腎機能は速やかに改善したが，PSL 5mg/ 日まで減量した段階で腎機能が再増悪した．PSL 10mg/ 日へ増量し，以後半年間は増悪なく経過している．【考察】PD-1 阻害薬の irAE の一つである尿細管間質性腎炎に対して，ステロイド治療は一般的に反応性良好と言われている．本症例も比較的速やかに改善傾向となったが，ステロイドの減量には時間を要している．当科経験の他症例でもステロイド遅効や著効後再発など多様な経過を辿っており，当科複数症例を比較検討しながら治療方法について考察する．

86 経皮的腎生検後に大量出血を来し IVR にて止血し得た 1 例

1) 鹿児島大学病院腎臓内科
2) 鹿児島厚生連病院腎臓内科
3) 白石病院
○中村英仁[1)]，伊比裕太郎[1)]，中原　舞[2)]，南　真人[1)]，吉嶺陽仁[1)]，徳永公紀[3)]，井戸章雄[1)]

【症例】75 歳，男性【現病歴】数年前より検尿異常，腎機能障害を指摘されていたが放置していた．20XX-1 年 12 月近医より当科紹介初診となり，検査結果（血清 Cre 1.61mg/dL，尿潜血（+/-），尿蛋白 0.73g/gCr）から慢性糸球体腎炎が疑われ，20XX 年 1 月 30 日経皮的腎生検を施行した．生検施行直後，気分不良，冷汗，血圧低下を認め，造影 CT で右腎動脈下極枝から腎下方背側の腎周囲腔に extravasation を伴った出血，背側寄りの腎周囲腔を主体として粗大な血腫の充満が確認された．同日放射線科にコンサルトし，IVR を施行し右腎動脈造影で下極枝から extravasation を認め，同枝に対しコイル塞栓施行し止血が得られた．加療後一時的に腎機能増悪，貧血進行を認めたが補液負荷にて腎機能は改善し，2 月 3 日の単純 CT，腹部エコーでも活動性出血や血腫の増大は認めず，経過良好として 2 月 5 日に自宅退院となった．【考察】本邦の腎生検総数は年間約 1 万件であり，高度な出血合併症（輸血，塞栓術，開放止血，腎摘）の発生は腎生検 100 件あたり約 2 件と報告されている．今回，経皮的腎生検後に高度の出血を認め，IVR にて止血し得た症例を経験したので文献的考察を交え報告する．

87 PF4- ヘパリン複合体 IgG 抗体陽性となった抗糸球体基底膜腎炎の 1 例

1) 長崎みなとメディカルセンター腎臓内科
2) 同　血液内科
3) 長崎大学病院腎臓内科
○澤瀬篤志[1)]，岩田麻有[1)]，梅根隆介[1)]，山下　裕[1)]，一瀬将広[2)]，西野友哉[3)]

【症例】83 歳，男性【病歴】X 年 1 月初旬に意識障害，体調不良を主訴に救急搬送され，Cr 18.58mg/dL と高度腎不全を認め，入院後の検査で抗糸球体基底膜（GBM）抗体が測定上限を上回っており，抗 GBM 腎炎と診断した．無尿であり，尿毒症に伴う意識障害を来していたことから緊急透析とステロイド内服，血漿交換を行った．肺血栓塞栓症の既往がありアピキサバンを内服していたが，透析導入に伴い内服中止とし，入院 3 日目よりヘパリン化を行った．過去の検査で血小板数は 10-15 万 /μL 前後だったが，入院 21 日目から血小板減少を認め，入院 33 日目には 3.1 万 /μL まで低下した．入院 35 日目の検査で PF4- ヘパリン複合体 IgG（HIT-IgG）抗体が陽性であり，4T's score が 5 点だったため，ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）を疑い，ヘパリンの使用は中止し，ワーファリンによる抗凝固療法を開始した．FDL カテーテルの充填にはアルガトロバンを用いた．入院 40 日目に血小板数は 7.0 万 /μL に改善した．【考察】抗 GBM 腎炎と HIT の合併症例はまれであり，文献的考察を含めて報告する．

88 診断に苦慮した結節性糸球体硬化症の 1 例

1) 長崎みなとメディカルセンター内科
2) 長崎医療センター腎臓内科
3) 長崎みなとメディカルセンター血液内科
4) 長崎大学病院腎臓内科
5) 産業医科大学第二病理
○岩田麻有[1)]，澤瀬篤志[1)]，髙木博人[2)]，梅根隆介[1)]，一瀬将広[3)]，山下　裕[1)]，牟田久美子[4)]，片渕瑛介[5)]，西野友哉[4)]

53 歳，男性．X 年 2 月に四肢の浮腫を主訴に近医を受診し，検尿異常と腎機能低下，貧血の精査加療目的に当科紹介となった．尿蛋白 /Cr 比 1.0g/gCr と蛋白尿と血尿があり，Cr 2.64mg/dL と腎機能低下を認めた．血清，尿中蛋白分画で M ピークは認めなかった．精査目的に腎生検を施行し，光顕で糸球体に結節性病変があり，結節性糸球体硬化症と診断された．蛍光抗体法（IF）で免疫グロブリンや軽鎖の特異的な沈着は認めず Congo red 染色は陰性だった．免疫電気泳動で血清，尿に BJ- κ 型 M 蛋白を認め，骨髄穿刺で多発性骨髄腫と診断された．電顕で糸球体基底膜内から内皮下に砂を撒いたような帯状の高電子密度沈着物を認め，monoclonal immunoglobulin deposition disease が示唆された．再度 IF を施行したが特異的な沈着は認めないことから多発性骨髄腫による腎病変との確定ができず，沈着物質の同定のため質量分析を行う方針となった．【考察】多発性骨髄腫との関連が示唆されたが，IF で特異的な沈着を証明できず，診断に苦慮した結節性糸球体硬化症を経験したため文献的考察を含めて報告する．

89 関節リウマチ発症から短期間で AA アミロイドーシスを発症した 1 例

国立病院機構別府医療センター腎臓内科
○沖田　純，河野恵美子，川原有希子，菊池秀年

【症例】75 歳，女性【主訴】両膝・両手関節痛，下痢，両下腿浮腫【経過】X-10 年より両膝関節痛あり，変形性膝関節症の診断で整形外科に通院開始．X-2 年の両膝関節痛増悪時は関節液に CPPD を認め偽痛風と診断された．X-1 年 3 月より CRP 陽性が続き，X-1 年 6 月より両手関節の腫脹・疼痛が出現，両膝関節痛も持続し，多関節痛は偽痛風発作として NSAIDs や PSL 内服で対処された．X 年 3 月より下痢，両下腿浮腫を認め，4 月には血清 Alb 1.5g/dL，尿蛋白 5.4g/gCr とネフローゼ症候群を認めた．同時期に膠原病内科で関節リウマチと確定診断され，ネフローゼ症候群の精査目的に当科紹介受診となった．SAA 213 μg/mL と上昇あり，腎生検で細動脈を中心に糸球体基底膜やメサンギウム領域，間質・尿細管に AA 染色陽性のアミロイド沈着を認め，胃・大腸生検でも粘膜固有層や血管壁にアミロイド沈着を認め，AA アミロイドーシスと診断した．Tocilizumab 開始で速やかに CRP は陰性化し，関節痛・下痢症状は軽快，治療開始 3 ヶ月時点で尿蛋白 0.9g/gCr に減少した．【考察】本症例は多発偽痛風として加療中に下痢，下腿浮腫を認め，ネフローゼ症候群発症を契機に関節リウマチ，AA アミロイドーシスの診断に至った．一般に AA アミロイドーシスは炎症性疾患で SAA 高値が長期間持続することで発症するが，本例は炎症所見の確認から 1 年未満という短期間で発症しており，確定診断に腎組織所見が有用であった．

90 特発性細菌性腹膜炎による難治性腹水に対して，Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy が有効であった腎臓移植症例について

前田病院
○前田篤宏，前田麻木

【症例】58 歳，男性【主訴】腹痛，発熱【現病歴】34 歳時に慢性糸球体腎炎で血液透析導入となり，38 歳時に生体腎移植が施行され，mycophenolate mofetil（500 mg/day），tacrolimus hydrate（2 mg/day），prednisolone（7.5 mg/day）を内服中であった．58 歳時に C 型慢性肝炎による Child-Pugh score grade A の肝硬変と診断された．同年に腹痛，発熱で入院となり，腹水穿刺が施行され滲出性腹水と腹水中の好中球 940/mm3 mm^3 を認めた．腹部造影 CT 等で腸管穿孔等を認めず特発性細菌性腹膜炎（SBP）と診断された．mycophenolate mofetil と tacrolimus hydrate を中止し，ceftriaxone（1g/day）の投与と腹水穿刺（3L/ 回）を行ったが腹水の管理は不良であった．腹水中の好中球が減少し，エンドトキシンも陰性であった事から，Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy（CART）を計 6 回施行し経過良好であった．【考察】1 回の CART で 60g のアルブミンを再静注でき，これは 25％アルブミン製剤 240ml に相当する．CART ではエンドトキシンが除去できないため，SBP 症例ではエンドトキシンショックや発熱のリスクがあるとされているが，腹水中のエンドトキシンが陰性である事を確認して施行すれば，ショックや発熱を認めずに CART が可能であったた．【結語】エンドトキシンが陰性であればSBP 症例でも CART は安全に施行可能と考えられた．

91 慢性腎不全に著明な低 P 血症，低 K 血症を合併した神経性食欲不振症の 1 例

1）長崎医療センター腎臓内科
2）大村腎クリニック　3）長崎大学病院腎臓内科
○荒木慎平[1)]，髙木博人[1)]，浦松　正[1)]，前川明洋[2)]，西野友哉[3)]

【症例】48 歳，女性【主訴】四肢のしびれ【現病歴】X-8 年頃より神経性食欲不振症を指摘されていた．X-5 年に低 K 血症を認め，K 製剤の内服を開始したが，自己中断していた．X-3 年より治療再開されたが，進行性に腎機能が悪化し，X-2 年に血清 Cr 2.38mg/dl のため当院へ紹介となった．腎生検を検討したが，本人が希望せず，慢性的な低 K 血症に伴う間質性腎障害を疑い，慢性腎不全の保存的治療を行った．血清 Cr 2.0mg/dl 前後で推移していたが，下剤乱用もあり慢性的な下痢が持続していた．X 年 3 月に四肢のしびれで当院救急外来を受診した際に，血清 P 0.1mg/dl，血清 K 2.0mEq/l と著明な電解質異常を認め，当院入院となった．【経過】血清 P は感度限界低値であったため，心電図モニターを装着し，絶食下で点滴にて各種電解質補正を行った．頻回に採血フォローを行い，第 3 病日には血清 P 3.0mg/dl，血清 K 4.0mEq/l まで改善得られ，少量から食事を再開した．第 4 病日に点滴を終了，第 11 病日には四肢のしびれも軽減し退院となった．【考察】著明な低 P 血症に低 K 血症を伴っていた．慢性腎不全ではリンやカリウムは上昇することが多いが，本症例では摂取不足に加え，下剤乱用に伴う吸収障害の影響も考えられた．低 P 血症は Refeeding 症候群の最も重要な因子であり，また低体重でもあったため発症リスクが高い状況にあったが，合併症なく良好な経過が得られた 1 例であった．

92 妊娠中の新規発症ループス腎炎に対する治療経験

1）九州大学病院腎・高血圧・脳血管内科
2）同　産婦人科　3）同　免疫・膠原病・感染症内科
○遠矢　遥[1)]，土本晃裕[1)]，中川兼康[1)]，植木研次[1)]，守口文花[2)]，坂井淳彦[2)]，才木智尋[3)]，小野伸之[3)]，中野敏昭[1)]，北園孝成[1)]

【症例】38 歳，女性【主訴】下腿浮腫【現病歴】37 歳時に顕微授精で MD 双胎妊娠が成立した．妊娠 17 週に眼瞼浮腫・発赤，両下腿浮腫が出現し，高度蛋白尿を指摘されて当院産婦人科および当科に紹介となった．初診時（妊娠 20 週），血圧 140/97 mmHg，Up/Ucre 18.1g/gCr，赤血球沈査 1-4/HPF，TP 5.0g/dL，Alb 2.2g/dL とネフローゼ症候群を呈し，Selectivity Index 0.4 と低選択性であった．両側胸水を認め，好中球 MPO の欠損を認めた．抗核抗体 80 倍，抗 dsDNA 抗体感度以下，C3 102mg/dL，C4 8 mg/dL と異常は軽微であった．PSL 40mg/ 日で 2 週間加療したが改善を認めなかった．妊娠 21 週に発育の小さい後続児が胎児死亡に至った．妊娠 22 週に腎生検を施行し，ループス腎炎 ISN-RPS 分類 IV-S（A）型と診断した．PSL 40mg で 6 週間治療継続したが不完全寛解 2 型までしか至らず，Tacrolimus を追加した．妊娠 32 週に緊急帝王切開に至り生児を得た．その後徐々に尿蛋白は減少し，出産 2 か月後に完全寛解した．【考察】活動性が高いループス腎炎患者の妊娠はハイリスクであり，妊娠前の病勢管理が重要である．本症例では妊娠成立後にループス腎炎の新規発症が疑われ，疾患活動性も高かったが，治療反応性は比較的良好であり生児出産に至った．なんらかの胎児由来抗原に対する抗体の産生がループス腎炎の発症と進展に関与した可能性が考えられた．

第 4 会場

93 遺伝性球状赤血球症にパルボウイルス B19 感染を合併し aplastic crisis を来した 1 例

福岡大学病院腫瘍・血液・感染症内科
○蓮田敏也，中島勇太，知念祥太郎，土居靖宗，茂木　愛，戸川　温，佐々木秀法，田中俊裕，髙田　徹，高松　泰

【症例】47 歳，女性【主訴】発熱，咳嗽，咽頭部痛，関節痛，全身倦怠感，体動困難【現病歴】HS と診断されていたが，定期受診はしていなかった．息子も HS に罹患しており，20XX 年 5 月 3 日 HPVB19 感染に伴う aplastic crisis と診断され，小児科に入院され看病していた．7 日頃より咳嗽，咽頭部痛を自覚され，14 日 39 度の発熱，関節痛，全身倦怠感が出現した．症状は持続し体動困難となったため，20 日当院に紹介入院した．【臨床経過】入院時，37.5 度の発熱，頻脈を認め，診察では貧血，黄疸，脾腫を認めた．血液検査では高度の貧血を認めるものの網赤血球は増加しておらず，白血球数，血小板数は正常で，赤芽球癆が疑われた．骨髄は正形成で赤血球系細胞が減少しており，巨大前赤芽球が見られた．抗 PVB19 IgM 抗体価が 11.6 単位と上昇しており，HPVB19 感染に伴う aplastic crisis と診断した．入院後に赤血球濃輸血と対症療法を行い，5 日後に発熱，貧血症状は改善したため退院した．【考察】HPVB19 の潜伏期間は 4 - 20 日で，成人では感染初期にインフルエンザ様症状が起こり，7-10 日後に関節痛，皮疹を生じ，自然に軽快する．本患者は HS による慢性的な溶血に伴い赤血球寿命が短縮しており，息子から水平感染した HPVB19 が赤血球造血を抑制したため急速に貧血が進行したと考えられた．

94 中咽頭癌に対する化学放射線療法後に生じた葉酸欠乏性巨赤芽球性貧血

福岡大学病院腫瘍・血液・感染症内科
○石田倖子，中島勇太，知念祥太郎，土居靖宗，茂木　愛，戸川　温，佐々木秀法，田中俊裕，髙田　徹，高松　泰

【症例】62 歳，男性【主訴】労作時息切れ，ふらつき【現病歴】中咽頭癌と診断され，20XX 年 9 月～ 11 月に根治的化学放射線療法を受けた．癌病変は消失したが，味覚障害を生じ食事量が減少した．12 月以降は無治療で血液検査を含む観察を毎月行っていたが，20XX+1 年 7 月に労作時の息切れ，ふらつきが起こり，血球減少が出現した．8 月に血球減少が急速進行したため紹介受診した．味覚障害，食事量減少，偏食は持続していた．大球性貧血で，骨髄は過形成で巨赤芽球を含む形態異常を認めた．血清葉酸値は低下しており，葉酸内服を開始すると血球数は 1 週後より増加し，5 ヶ月後に正常化した．以上より葉酸欠乏性巨赤芽球性貧血と診断した．化学放射線療法により味覚障害が起こり食事量減少，偏食が長期間続いたことが原因と考えられた．【考察】化学放射線療法後に急速に汎血球減少が出現したため二次性白血病を疑ったが，骨髄の芽球増加は認めず，葉酸内服で血球数は正常に回復した．患者は大酒家であったが，化学放射線療法前の血球数は正常であった．治療終了，8 ヵ月後に血球減少が出現し，その後 1 か月で急速に悪化した．このように葉酸欠乏性貧血の急速な出現を観察できることは稀である．またがん患者の治療中および治療後の栄養管理が重要であることを再認識した．

95 免疫抑制療法後の再生不良性貧血に続発した発作性夜間血色素尿症（PNH）に対するラブリズマブの投与経験

小倉記念病院血液内科
○吉井理恵，大中貴史，岩井文絵，小倉愛子，大塚泰幸，米澤昭仁

【症例】38 歳，女性【主訴】全身倦怠感【現病歴】X-6 年 9 月に血小板減少を指摘され，精査の結果 stage4 の再生不良性貧血と診断．シクロスポリン（CsA）と抗胸腺グロブリン製剤により血球は回復．X-3 年 9 月に妊娠を契機に CsA を中止したが血球減少を認めず，X-2 年 5 月に出産．X-1 年 11 月，自他覚症状はないが，Hb 10.7g/dL，LDH 639U/L と貧血および LDH 上昇を認めた．精査にて総ビリルビン上昇はないが，ハプトグロビンは感度以下に低下．HAM 試験及び砂糖水試験が陽性で，CD55・CD59 欠損赤血球が 31.8％と陽性から PNH と診断も，症状なく経過観察とした．X 年 5 月に起床時のコカコーラ尿及び倦怠感が出現し，加療目的に入院．【臨床経過】入院後，PNH に対してラブリズマブを導入した．投与時 infusion reaction は認めなかった．副作用として軽度頭痛が生じたが鎮痛剤で軽快，肉眼的ヘモグロビン尿等の臨床所見の出現はなく，速やかな LDH の改善を認め，貧血も徐々に改善傾向となった．【考察】ラブリズマブは長時間作用型抗補体（C5）モノクローナル抗体である．エクリズマブとの比較では治療効果は非劣勢であるとされ，投与回数の低減によりエクリズマブに比して負担の軽減が期待される．髄膜炎菌髄膜炎などの危険性はエクリズマブと同様であり，適切な受診勧奨のための十分な患者教育は必要なものの，外来治療においての有益性が示唆された．

96 肝生検により抗 PD-1 抗体の免疫関連有害事象とホジキンリンパ腫を確認し得た 1 例

1）熊本大学病院血液・膠原病・感染症内科
2）同　消化器内科
○諸岡研人[1)]，立津　央[1)]，森脇健次[1)]，中村貴久[1)]，樋口悠介[1)]，遠藤慎也[1)]，楢原哲史[2)]，安永純一朗[1)]，野坂生郷[1)]，松岡雅雄[1)]

【緒言】様々ながんにおいて免疫チェックポイント阻害薬の有用性が示されているが，稀に重篤な有害事象を引き起こすことが知られている．今回，我々は再発ホジキンリンパ腫に対して，抗 PD-1 抗体投与中に肝障害を来し，原疾患および免疫関連有害事象（irAE）を肝生検により病理学的に確認した症例を経験し得たので報告する．【症例】78 歳，男性．X-6 年，右頚部腫大リンパ節の生検より古典的ホジキンリンパ腫と診断した．ABVD 療法 5 コースで完全寛解を達成したが，X-4 年に再発し Brentuximab vedotin 投与を 16 コース施行した．X-1 年に病勢増悪し，抗 PD-1 抗体を導入した．7 コース施行後，原疾患は不変であったが，徐々に肝障害が進行し，Grade 3 となったため，抗 PD-1 抗体による治療を中止してステロイド投与を開始した．しかし，肝障害の改善を認めず，肝生検を施行したところ原疾患および免疫関連有害事象の共存を示唆する病理像を認めた．その後，ステロイドを増量，患者の同意を得て，適正使用ガイド上使用が考慮されているミコフェノール酸モフェチルを追加し，肝障害の改善を認めた．【考察】ホジキンリンパ腫肝病変の存在下に irAE による肝障害を来した症例を経験した．同時に両病変を病理学的に確認した例は稀であり，病理学的検討・文献的考察を加え，報告する．

97 診断に苦慮した TdT 陽性 EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫

1) 大分県厚生連鶴見病院血液内科
2) 同　病理診断科
○三戸優花[1)]，安部美由紀[1)]，中山俊之[1)]，佐々木人大[1)]，井谷和人[1)]，近藤能行[2)]，幸野和洋[1)]

【症例】68 歳，男性【現病歴】2 週間続く全身倦怠感，食欲不振で近医受診した．38℃の発熱と，血液検査にて白血球増多（12500/μl）を指摘され，翌日当科に紹介された．末梢血に芽球様細胞を 6% 認め，LDH 15142U/L，sIL-2R 2771U/mL と高値，その他肝機能異常を認めた．CT で脾腫を認めたが，リンパ節腫脹は指摘できなかった．骨髄塗抹標本で中～大型でクロマチン粗網状，空胞を有する芽球様細胞を 78.6% 認めた．表面マーカーでは TdT，CD79a，CD5，CD10，CD19，CD20 陽性，MPO，CD34 陰性，κ / λ 偏りなく，急性リンパ性白血病（ALL）を疑った．しかし，骨髄病理組織は centroblast 様および immunoblast 様の大型リンパ球が密に充満し，MIB-1 50%，EBER 陽性であった．以上より EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫（EBV positive DLBCL）と診断した．EPOCHR 療法を導入し，症状消失，LDH 正常化した．【考察】TdT は ALL の診断根拠となる重要なマーカーである．しかし，稀に DLBCL で発現する場合もあり，我々が検索した範囲で 17 例，うち EBV 陽性は 1 例の報告があった．多くは予後不良であり，TdT 陽性の病的意義について今後の症例蓄積が必要と考えられた．

98 DEK-NUP214 および FLT3-ITD 変異を伴う急性骨髄性白血病に同種末梢血幹細胞移植を施行した 1 例

1) 久留米大学病院臨床研修センター
2) 久留米大学医学部内科学講座血液・腫瘍内科部門
○宮田佳奈[1)]，中村剛之[2)]，高木友輔[2)]，山崎嘉孝[2)]，大屋周期[2)]，森重　聡[2)]，関　律子[2)]，毛利文彦[2)]，大﨑浩一[2)]，長藤宏司[2)]

【症例】17 歳，女性【主訴】倦怠感，紫斑【現病歴】X 年 1 月，倦怠感，紫斑を認め，近医受診．血算異常（WBC：15000/μl，Hb：7.4 g/dl，Plt：3.8 万 /μl）を指摘され，前医を紹介受診．精査の結果，急性骨髄性白血病（AML），染色体 t（6；9）（p23；q34.1），DEK-NUP214 および FLT3-ITD 変異陽性の診断に至る．寛解導入療法，地固め療法施行後，X 年 4 月同種移植目的で当院紹介受診．移植までの期間，キザルチニブを投与し，血液学的寛解を維持した．移植前 DEK-NUP 214mRNA：3.3×10^3 コピー /μg RNA．X 年 6 月に Flu+TBI を移植前処置として，同種末梢血幹細胞移植を施行した．ドナー：兄，HLA：5/8 一致，GVHD 予防：post CY，MMF，TAC．移植後 14 日目で生着，GVHD は認めなかった．移植後 31 日目の骨髄穿刺では，キメリズムは完全ドナー型，DEK-NUP214 mRNA は検出せず，分子生物学的寛解に至り，移植後 36 日で退院となる．【考察】DEK-NUP214 を有する AML は予後不良で，コホート研究の結果によると 5 年無再発率と生存率は同種移植を受けた場合 45% と 53%，化学療法のみの場合 7% と 23% と報告されている．FLT3 阻害薬と組み合わせることで更なる治療成績の改善が期待される．

99 免疫性血小板減少性紫斑病を合併した木村病の 1 例

1) 国立病院機構別府医療センター血液内科
2) 同　病理診断科
○大賀慎太郎[1)]，片山映樹[1)]，緒方優子[1)]，中園裕一[2)]

木村病は好酸球や IgE の増多を伴う肉芽種性疾患で，その原因は明らかではない．今回我々は木村病に免疫性血小板減少性紫斑病（ITP）を合併した症例を経験した．【症例】47 歳，男性【主訴】両鼠径部の腫瘤【現病歴】X -7 年より掻痒性皮疹が出現し加療うけるも難治であった．X 年○月に右大腿腫脹が出現し，CT にて両鼠径などに多数のリンパ節腫脹を認めた．左鼠径リンパ節生検にてリンパ濾胞間の好酸球浸潤と血管増生・好酸球膿瘍を認め木村病と診断した．X 年○月末，血小板減少（1.3 万 /μL）を認め当科紹介入院．右下肢深部静脈血栓症認め抗凝固療法開始し，血小板数は次第に上昇した（9.4 万 /μL）．またリンパ節も触知しないまでに縮小したため経過観察とした．X＋1 年初旬よりリンパ節の再増大を認め，その後血小板が減少し始めた（2.2 万 /μL）．骨髄検査にて ITP に矛盾しない所見であり，木村病と ITP の合併例と考えられた．両者に対する治療として PSL 1mg/kg/day より開始し，速やかにリンパ節の縮小と血小板数の改善が得られた．【考察】本症例は木村病のリンパ節増大の経過に一致して，血小板減少を認めており，木村病の病勢と血小板値に関連性がみられた．木村病は ITP との報告例は我々が検索し得た限り 1 例のみであるが免疫疾患との合併例は多く報告されており，本症例の経過からも木村病の発症に何らかの免疫学的機序が関与している可能性が示唆された．

100 リツキシマブ療法が有効であった難治性血栓性血小板減少性紫斑病の 1 例

鹿児島市立病院血液膠原病内科
○上野卓也，新居亮彦，川田英明

【症例】58 歳，男性【主訴】せん妄，発熱【現病歴】X 年 Y 日，せん妄を認め前医受診．血液検査で貧血や血小板減少を認め，当院紹介受診となった．来院時より不穏が強く安静を保てず鎮静を必要とした．その際血小板減少に対し血小板輸血を行い，発熱や肝腎機能障害の増悪やけいれんを認めた．Y+2 日に血液内科紹介となった．入院時に末梢血塗抹標本にて破砕赤血球を認め溶血性貧血，血小板減少，精神症状から血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）を疑い，同日より血漿交換，ステロイド療法を開始した．その後一旦は症状の改善見られたが，Y+9 日で再増悪を認めたため追加治療としてリツキシマブ療法（週 1 回，計 4 回）を施行し，寛解を認めた．その後再発を認めていない．【考察】血漿交換施行中にも関わらず血小板減少や精神症状に増悪が見られ，難治性 TTP と判断．血漿交換とステロイド投与に加えリツキシマブ投与を開始し，寛解した症例を経験した．血漿交換により ADAMTS13 は補充され，一旦は病態は改善していたが，頻回の血漿交換により同 inhibitor が再活性化され，病態の再増悪を引き起こしたと考えられる．リツキシマブは TTP において ADAMTS13 inhibitor の産生を直接抑制できるとされている．2019 年に難治性・再発性の TTP に保険適応が認められた．近年難治性 TTP 治療において重要性の増しつつあるリツキシマブについて，有効であった 1 例として報告する．

101 セフトリアキソンが原因であることが疑われた後天性凝固第 V 因子欠乏症の 1 例

福岡和白病院内科
○山口統子，田口文博

【症例】57 歳，女性【主訴】凝固系検査値異常【病歴】某日朝，右中大脳動脈瘤破裂にて当院脳神経外科に入院．同日開頭にて動脈瘤クリッピングおよび血腫除去術が施行された．第 1 病日からセフトリアキソン（CTRX）が開始されていたが，第 6 病日より 38℃台の発熱を認めた．第 10 病日から抗生剤を変更し，その後数日で解熱．第 32 病日に頭蓋形成術が予定された．その前日の術前採血で PT 73.8 秒，APTT 93.5 秒と異常を認め，手術は延期された．出血症状は特になく，入院時採血では凝固時間は異常なし．第 34 病日に内科に紹介．第 V 因子活性が 1.0％未満と異常値を示しており，第 V 因子インヒビターが 17 ベセスダ U/mL と高値を認め，後天性凝固第 V 因子欠乏症と診断した．第 45 病日よりプレドニゾロン（PSL）の投与を開始し，凝固異常は軽快した．薬剤熱が疑われる経過もあったため，薬剤誘発性リンパ球刺激試験（DLST）を施行．術直後に使用された CTRX が陽性であり，同薬使用が第 V 因子インヒビター出現の原因であることが疑われた．第 80 病日に頭蓋形成術が施行されたが，凝固異常の再燃なく経過した．【考察】後天性凝固第 V 因子欠乏症は稀な疾患であるが，出血症状がないことがあり，薬剤性の場合は薬剤投与開始後数日以降で出現し薬剤投与終了後自然軽快することが多いとされているため，看過されている可能性がある．観血的手技を行う場合には，その直前に凝固系のチェックが必要である．

102 壊死性筋膜炎との鑑別を要した，好中球性皮膚症で発症した t（6;9）転座を有する急性骨髄性白血病

1）九州大学病院免疫・膠原病・感染症内科
2）同　血液・腫瘍・心血管内科
3）同　救命救急センター
○渡部　遥[1)]，幸地　祐[2)]，籾井健太[3)]，森　康雄[2)]，島　隆宏[2)]，吉本五一[2)]，沼田晃彦[2)]，加藤光次[2)]，宮本敏浩[2)]，赤司浩一[2)]

【緒言】好中球性皮膚症（neutrophilic dermatosis: ND）は骨髄異形成症候群や急性骨髄性白血病（AML）などに合併することが知られ，真皮の好中球浸潤が特徴的である．我々は外傷を契機に潰瘍や軟部組織壊死が急速に進行し，当初皮膚軟部組織感染症が疑われたが，最終的に AML に伴う ND と診断した 1 例を経験したため報告する．【症例】67 歳男性．左母指球を打撲後に血疱が出現し，近医整形外科でドレナージ，抗菌薬（CEZ）投与されたが増悪傾向であった．血液検査で汎血球減少を指摘されたため当科受診し，骨髄検査で多系統に異型を有する AML（AML-MRC），t（6;9）（p23;q34），FLT3-ITD 変異陽性，と診断した．皮膚軟部組織感染症を疑い広域抗菌薬（MEPM/DAPT）を投与したが増悪した．血腫 / 表皮壊死は急速に進行し，第 5 病日には手掌全体～手背 / 前腕にまで及び，一部に水疱を伴った．壊死性筋膜炎も疑われ，同日緊急デブリードマンと筋膜切開を行ったが，筋膜は intact で培養検査も陰性であり，ND を疑った．病理組織では著明な好中球浸潤があり，AML に合併した ND を示唆する所見であった．手術直後より開始したステロイド治療（mPSL 1 mg/kg）で速やかに改善したことも，これを支持するものであった．【考察】AML 症例に皮膚病変を認めた際には，常に ND を鑑別に挙げることが重要であると考えられた．

103 2 回目のランダム皮膚生検で診断に至った内分泌異常を伴う血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫の 1 例

1）織田病院総合診療科
2）佐賀大学医学部附属病院総合診療部
○平田理紗[1)]，大家さつき[2)]，久田祥雄[2)]，徳島圭宜[2)]，相原秀俊[2)]，藤原元嗣[2)]，多胡雅毅[2)]，山下秀一[2)]

【症例】71 歳，男性【主訴】発熱【現病歴】1 ヶ月前より発熱，盗汗，食思不振が出現し体重が 4.4kg 減少した．症状が持続するため近医を受診した．胸腹部単純 CT と胸腹部 MRI では脾腫を認めるのみでその他の粗大病変はなかった．ランダム皮膚生検の組織学検査では悪性所見はなく，精査目的に当院に紹介された．血液検査では，白血球分画で単球 28.4％，末梢血液像は正常，CRP 15.52mg/dL，LD 359U/L，sIL-2R 6415U/mL，フェリチン 3051ng/mL であった．上下部内視鏡検査で異常はなかった．入院時に低血圧，甲状腺機能低下，副腎機能低下を認め，汎下垂体機能低下症と診断した．下垂体 MRI では T2 強調画像で低信号の下垂体腫大がみられた．以上より血管内リンパ腫を強く疑い骨髄生検と 2 度目のランダム皮膚生検を行ったところ，皮膚組織に血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫（IVLBCL）の所見を認めた．汎下垂体機能低下症も IVLBCL に伴うものと判断し，ステロイド補充を行いつつ R-CHOP 療法を導入した．【考察】汎下垂体機能低下症を有する不明熱では血管内リンパ腫を鑑別に挙げるべきである．ランダム皮膚生検は診断に有用であり，結果が陰性であっても他の鑑別疾患が否定されている場合には，必要に応じて複数回の実施を検討すべきである．

104 ネフローゼ症候群を契機に診断に至った全身性 AL アミロイドーシスの 1 例

1）古賀総合病院血液内科
2）同　腎臓内科　3）同　循環器内科
○堀　竜太[1)]，古郷博紀[2)]，増元大祐[3)]，河野　浩[1)]，武内正紀[1)]，久永修一[2)]，今村卓郎[3)]

【症例】68 歳，男性【主訴】足背浮腫，蛋白尿【現病歴】X-1 年 9 月健診にて蛋白尿の指摘あり，X 年 6 月から足背浮腫が出現したため近医受診．ネフローゼ症候群疑われ，X 年 7 月当院腎臓内科受診．入院精査にて血中，M 蛋白（IgG- λ），尿中 Bence-Jones 蛋白陽性，腎生検にて腎アミロイドーシスと診断．また心エコーにて心室中隔壁肥厚，心筋輝度上昇，ECG では心肥大に比しやや R 波増高不良を認め，心アミロイドーシスの合併が考えられた．骨髄穿刺検査（Plasma cell 17.8%，κ / λ ratio 0.02），CRAB 徴候陰性により，くすぶり型骨髄腫を基礎疾患とする全身性 AL アミロイドーシスと診断．年齢，心機能低下，多臓器病変から AHSCT 適応外であったため DBd 療法開始とした．【考察】AL アミロイドーシスは沈着臓器により多彩な症状を呈する予後不良な疾患である．治療は障害臓器に応じた治療と，軽鎖産生抑制目的に MD 療法，AHSCT 併用大量 MEL 療法が施行されてきたが，近年は bortezomib や lenalidomide，daratumumab を用いた治療の有用性が報告されている．予後改善には早期診断，早期治療が必要であり，蛋白尿，心不全症状，巨舌，手根管症候群などの症状を認めた場合，AL アミロイドーシスの可能性も念頭に置くことが重要である．今回ネフローゼ症候群を契機として診断に至った 1 例として，文献的考察を踏まえ報告する．

105 巨大皮下血種を契機に播種性骨髄癌腫症の診断に至った1例

1) 高邦会高木病院消化器内科
2) 同　泌尿器科　3) 同　血液内科
○河合雅子[1)], 山内康平[1)], 伊東直城[2)], 四本界人[1)], 松尾純武[1)], 久富　崇[3)], 江島和久[2)]

【症例】83歳, 男性【現病歴】X年X-1月より食思不振が出現した. X-1月下旬に転倒し, 背部の打撲歴があった. X月に食思不振, 体重減少を主訴に当院内科外来を受診した. 背部や四肢に広範な皮下出血を認め, 単純CTで背部巨大皮下血腫を認めた. 血液検査ではHb 9.4g/dl, PLT 7.1×105/μl, PT-INR 2.09, APTT 51.6秒と貧血, 血小板低下, 凝固系異常を認めた. DICスコアは11点で線溶系亢進の播種性血管内凝固（DIC）と診断した. 悪性腫瘍の骨髄浸潤を疑い, 上下部内視鏡検査・造影CT検査を施行した. 造影CT検査にて前立腺に辺縁不整な異常濃染を認め, 血清PSA 1546ng/mlと高値であったため, 臨床的に前立腺癌と診断した. 骨シンチグラフィー・腰椎MRI施行し, びまん性骨転移の所見であった. 前立腺癌に対してホルモン治療を開始し, DICは軽快を認めた.【考察】巨大皮下血腫を契機に播種性骨髄転移症によるDICを診断し得た1例を経験した. 播種性骨髄転移症は固形癌のびまん性骨転移によりDICや白赤芽球症, 最小血管障害性溶結性貧血を呈する. 原発巣としては胃癌が最多で, 報告の90%を占めている. 急激に予後不良な経過をたどる病態であるが, 前立腺癌はホルモン治療が奏功する可能性があるため, 胃癌に比べると予後が良い報告がある. 巨大皮下血種を認めた場合は播種性骨髄転移症も念頭に置き, 精査を進める必要がある.

106 悪性リンパ腫との鑑別が困難であったメチマゾール（MMI）による薬剤性ループス（DIL）の1例

宮崎県立延岡病院内科
○外山孝典, 味志裕介, 戸井田達典, 山口哲朗

【緒言】バセドウ氏病の治療薬であるMMIには無顆粒球症をはじめいくつかの有害事象が報告されている. 今回, 比較的稀と思われるDILを発症した1例を経験した.【症例】30歳台, 女性. 平成17年にバセドウ氏病を発症するも治療を自己中断していた. 令和元年12月に下肢の浮腫が出現, 令和2年1月に近医の膠原病内科でバセドウ氏病の増悪と診断されMMIを開始された. 10日後より発熱, 下痢, 倦怠感が出現し同院に入院. CTにて深部リンパ節腫大, 脾腫, 心拡大を指摘された. 悪性リンパ腫が疑われて当科へ転院となった. 身体所見にて肝腫大あり. 表在リンパ節は触知せず. 胸腹部CTにて縦隔, 腸間膜リンパ節腫大, 肝脾腫, 心拡大, 胸水を認め, 可溶性IL-2Rが3547と上昇し悪性リンパ腫は否定できない所見であった. 入院後は不明熱として鑑別を行なっていたところ抗核抗体, MPO-ANCAが陽性であった. 顕微鏡的多発血管炎や好酸球性多発血管炎肉芽腫症の所見は見られず, MMIによるDILを疑った. その後, MMIを中止, PSL 20mg内服を開始し症状, 検査異常など改善した.【考察】MMIによるMPO-ANCA関連血管炎は1992年以来, 100以上の症例が報告されているが, DILは比較的稀である. 特に本症例はSLEの特異的な症状はなくリンパ節腫大や臓器腫大が目立ち悪性リンパ腫が疑われたが, 生検が可能な表在リンパ節の腫大がなく診断が困難であった. DILの原因薬剤の中でもMMIは上位にはなく貴重な症例と思われた.

107 同種造血幹細胞移植後のSOSに対してdefibriotideが奏功した1例

宮崎大学医学部附属病院血液内科
○関根雅明, 秋月渓一, 日高智徳, 久冨木庸子, 下田和哉

【現病歴】52歳, 男性. 急性骨髄性白血病され, 寛解導入療法, 地固め療法後, 第一寛解の状態でＨＬＡ合致血縁ドナーから同種骨髄移植を施行された. 前処置としてBUCYを行った.【臨床経過】day14に好中球生着を認めたが, day15から徐々に体重増加を認め, day17には+8%の体重増加を認めた. T-bil 2.1mg/dl, AST 333U/L, ALT 275U/L, 腹水7L, 無痛性の肝腫大を認め, 腹部超音波検査によるHOK-UK10スコアは5点だった. 以上より肝類洞閉塞症候群（SOS）と診断し, day18よりdefibriotideを開始した. defibriotide投与後, 徐々に体液貯留, 肝腎機能の改善を認めたが, day40（defibriotide開始後day23）よりBKウイルスによる出血性膀胱炎を発症した. 膀胱灌流を行いながらdefibriotideを継続し, day66にdefibriotideを終了した. defibrotide中止後出血性膀胱炎は徐々に改善を認めた.【考察】SOSは重症化すると多臓器不全にいたり, 致死率80％以上と報告されているが, 診断後すみやかにdefibriotideを開始することで, 臓器症状の改善が期待できる.

108 手指末梢壊死を合併した特発性好酸球増多症の1例

1) 長崎大学病院総合診療科
2) 同　リウマチ膠原病内科
3) 同　皮膚科・アレルギー科
4) 同　病理部
○岩田知真[1)], 山梨啓友[1)], 小笹宗一郎[1)], 泉田真生[1)], 松原　大[1)], 中道聖子[1)], 内田智久[2)], 芦田美輪[3)], 二口　充[4)], 前田隆浩[1)]

【症例】77歳, 女性【主訴】手指の疼痛, 呼吸困難感【現病歴】両手指の疼痛と呼吸困難感を主訴に前医入院. 入院翌日より両手指が暗赤色を呈し, 第4病日には四肢に水疱が多発した. 末梢血の著明な好酸球増加も認め, 精査加療目的に当科入院となった.【経過】血管造影では両側橈骨・尺骨動脈末梢以遠は描出不良で, 特に示指・中指の指動脈は描出されなかった. 胸部造影CTでは肺動脈血栓症を認めた. 好酸球増多を呈する血液疾患や二次性の疾患は明らかでなく, 血管病変を合併した特発性好酸球性増多症と診断した. ステロイド全身投与により末梢好酸球数は速やかに正常化したが, 両側示指・中指は紫斑が徐々に拡大し, 抗血小板療法, 抗凝固療法, プロスタグランジンE1製剤連日投与, こたつ療法, スーパーライザーなどを行ったが, 最終的に壊疽に至った.【考察】四肢末梢に虚血症状を呈する特発性好酸球増多症の報告は少ない. 動脈の狭窄・閉塞の病態は一様でなく, 最適な治療法が異なる可能性がある. 疾患概念の確立のために症例蓄積が必要と考え報告する.

109 発症 29 日で急激な経過をたどった抗 MDA5 抗体著明高値の皮膚筋炎性間質性肺炎の 1 例

聖マリア病院リウマチ膠原病内科
○斎藤禎晃，中野輝明

【症例】54 歳，女性【現病歴】20XX 年 6 月 X-20 日より咳嗽，嗄声，呼吸困難の症状が出現した．X-16 日に近医を受診し，抗生物質を処方されたが改善を認めなかった．X-10 日より 38℃台の発熱を認めるようになり，X 日に呼吸困難の症状が増悪したため当院救急搬送となり，呼吸不全の診断で緊急入院となった．【入院時検査】抗核抗体：陽性（40 未満 /+cyto），フェリチン：964ng/mL，LDH：507U/L，CK：403U/L，アルドラーゼ：11.2U/L，抗 MDA-5 抗体：2500【入院後経過】入院時より CK 上昇と右手指の皮膚角化を認め，胸部 CT では間質性肺炎を認めたため入院同日よりステロイドパルスを開始し，IVCY 1g，TAC も併用追加した．X+6 日に抗 MDA5 抗体強陽性が判明し，皮膚筋炎性間質性肺炎の診断に至った．フェリチンも著明高値であるため治療抵抗性が高く，急激に呼吸状態が増悪し，同年 X+9 日に永眠された．【考察】本症例は抗 MDA5 抗体 が 2500 と高値を示しており，3 剤併用療法も奏功せず，急激な呼吸状態の増悪を認めた．搬送時点で発症から 20 日経過しており治療開始までの時間が予後を左右したものと思われる．このような症例では診断から治療開始までの期間が予後に強く影響することを学ぶ 1 例となった．

110 難治性血小板減少に対してシクロスポリン投与で軽快した TAFRO 症候群の 1 例

1）聖マリア病院腎臓内科
2）同　リウマチ膠原病内科　3）同　血液内科
○柿　彰廣[1)]，吉水秋子[1)]，中垣仁博[1)]，竹迫真那子[1)]，坂井健太郎[1)]，松井　礼[1)]，中野輝明[2)]，岡村　孝[3)]，東　治道[1)]

【症例】56 歳，女性【現症】X-1 年 12 月後腹膜炎で入院し保存的加療で軽快後も発熱炎症が持続．X 年 1 月より徐々に貧血，血小板減少，腎障害が進行し X 年 2 月当科入院となった．血小板 1.7 万，Cre 1.89mg/dL まで悪化し，造血障害精査目的に骨髄生検施行．過形成骨髄で組織球増加を認めた．IL-6 5.1pg/mL，高ガンマグロブリンは認めず，血小板減少（T），胸腹水（A），発熱（F），骨髄細網線維化（R），臓器腫大・リンパ節腫大（O）から TAFRO 症候群と診断．ステロイドパルス後に腎障害や貧血は改善したが，血小板減少は持続低値．難治性血小板減少に対し，シクロスポリン（CyA）を 3mg/kg/day で追加後は血小板輸血から離脱し，4 週で血小板は 2 倍に増加した．X 年 6 月 Plt 13.3 万となり，TAFRO 症候群重症度分類（2015 年）での grade4（10 点）から grade1（1 点）に軽快．

【まとめ】TAFRO 症候群は（T），（A），（F），（R），（O）を起こす原因不明の炎症性疾患で臨床経過は多中心性 Castleman 病と類似し，治療はステロイド，シクロスポリン，トシリズマブ，リツキシマブが報告されている．本症例ではステロイドパルス後に腎障害は改善したが，血小板減少はステロイド治療抵抗性であった．シクロスポリン追加後，速やかに反応し血小板減少は回復を認めた．

111 胆管炎との鑑別を要した家族性地中海熱非典型例の 1 例

1）済生会長崎病院呼吸器内科
2）長崎大学病院リウマチ・膠原病内科
3）同　呼吸器内科
○古賀彩華[1)]，中田奈々[1)]，飯田桂子[1)]，古賀智裕[2)]，夫津木要二[1)]，迎　　寛[3)]

【症例】74 歳，男性【主訴】発熱【現病歴】44 歳時胆嚢摘出術を行った．翌年術後胆管炎で総胆管の炎症性狭窄を生じ，胆管空腸吻合術を行った．X-5 年，急性胆管炎が疑われ A 病院に入院し，内視鏡的胆管ステント留置術が複数回行われたが，ステント留置困難で，抗菌薬治療を繰り返していた．その後当院に転医，3 ～ 4 か月の間隔で発熱があり，胆管炎として抗菌薬治療を行っていた．X 年 5 月 38℃台の発熱があり，精査加療目的に当科へ紹介となった．【臨床経過】症状は発熱のみで，WBC 14500/μL，CRP 11.0 mg/dL と炎症反応の上昇を認めたが，胆道系酵素の正常で，画像検査で感染巣は認めなかった．また，自己免疫を示す検査は正常であった．自然経過で 3 日後には解熱，5 日後の血液検査では炎症反応も改善した．これらの経過から自己炎症性疾患を疑い，自己炎症性疾患遺伝子パネル検査を行った．*MEFV* 遺伝子の Exon10 に変異を認めなかったが，E148Q/P369S/R408Q 複合多型があり，コルヒチン投与後は発熱発作を生じなかった．以上から家族性地中海熱（FMF）非典型例と診断した．【考察】FMF は，周期性の発熱や腹痛などを生じ，感染症と類似した症状を示す．本症例では胆管炎の既往があったため FMF の診断に至るまでに時間を要した．原因不明の周期的発熱を認めた場合は，感染症，悪性腫瘍，自己免疫性疾患に加え，FMF を始めとした自己炎症性疾患も念頭に入れ診療に当たることが重要である．

112 顕微鏡的多発血管炎（MPA）の寛解導入療法中に腸間膜動脈破綻を来した 1 剖検例

1）健和会大手町病院内科　2）同　病理科
3）産業医科大学第一内科
○中村文音[1)]，名和田彩[3)]，松木康真[2)]，小坂峻平[3)]，宮田寛子[3)]，田中良哉[3)]，田場正直[1)]

【症例】66 歳，男性【主訴】胸痛【臨床経過】X-1 年 9 月より四肢末梢の痺れや発熱が出現，12 月に体動困難となり当院へ入院．腎機能低下，炎症所見亢進，MPO-ANCA221 と高値を認め，精査の結果，半月体形成性糸球体腎炎を伴う MPA と診断．S 病院に転院し，大量ステロイド（mPSL）療法＋ RTX 療法を施行後，改善し退院．K 病院外来にて mPSL 24mg 投与中の X 年 3 月，胸痛が出現し当院に救急入院．同日，CAG 施行し，冠攣縮性狭心症の診断．可逆性後頭部白質脳症も合併し，降圧療法を開始．第 3 病日に胸痛が出現後心停止し，PCPS 導入も死亡された．剖検では横行結腸脾湾曲部に血腫形成，組織学的には同部位の腸間膜動脈壁では，炎症・フィブリノイド壊死は認めないが，弾性線維の断裂像を伴う破綻を認め，MPA に伴う変化と推察された．腎では半月体形成は改善も，弓状動脈に同様の弾性線維断裂像を認めた．死因は出血性ショックであった．【結論】本症例では，腸間膜出血発症時には血管炎は治療で沈静化していたが，治療前の炎症に伴い弾性線維が変性し脆弱化した血管壁に高血圧等の要因が加わり，血管壁の破綻を来したと考えられる．MPA の寛解導入療法後に腸間膜動脈の出血を来した既報は認めておらず，貴重な症例と考え報告する．

113 Garcin 症候群を呈した ANCA 関連血管炎性中耳炎の 1 例

1）国家公務員共済組合連合会浜の町病院膠原病内科
2）同　耳鼻咽喉科
○倉沢　亮[1)]，西村直矢[1)]，玉江昭裕[2)]，吉澤誠司[1)]

【症例】72 歳女性【主訴】難聴，嚥下困難【現病歴】X 年 1 月頃より難聴を自覚，4 月に近医耳鼻科を受診し中耳炎と診断された．鼓膜切開術を施行されたが症状改善なく，精査目的に 6 月に当院耳鼻科を紹介受診した．また同時期より顔面神経麻痺や嚥下困難も出現したため近医で頭部単純 MRI 検査を施行されたが，虚血性病変は認めなかった．難治性中耳炎の鑑別として ANCA を測定したところ，MPO-ANCA が陽性であり ANCA 関連血管炎性中耳炎（OMAAV）が疑われ当科を紹介受診し，入院となった．頭部造影 MRI 検査で左中頭蓋窩に硬膜肥厚及び炎症性病変を認め，これらに伴う左 VII，IX，X 脳神経麻痺，いわゆる Garcin 症候群を呈した OMAAV と診断した．嚥下困難が急速に進行していたためステロイドパルス療法を施行し，シクロホスファミド間欠的大量静注療法を併用した．治療開始後は脳神経症状や難聴の改善を得られ経過良好で寛解を維持している．【考察】OMAAV は ANCA 関連血管炎により生じる難治性中耳炎で，近年注目されている概念である．OMAAV の約 30% で顔面神経麻痺や肥厚性硬膜炎を合併するとされる．本症例では OMAAV に起因する続発性肥厚性硬膜炎により，中頭蓋窩において脳神経が圧迫され，Garcin 症候群を呈したと考えられる．Garcin 症候群は一側のみの脳神経が多発性に障害され，運動・感覚系・小脳症状など脳症状，頭蓋内圧亢進症状は示さない．本症例より中耳炎に合併する一側の多発脳神経症状を呈する症例では OMAAV も鑑別に上げることが重要と考えられた．

114 偽性腸管閉塞を発症し，オクトレオチドが奏効した全身性強皮症の 1 例

鹿児島大学病院血液・膠原病内科
○藤崎真由，髙木博佑，中村桃子，保坂加奈子，秋元正樹，吉満　誠，石塚賢治

【症例】60 歳，男性【主訴】腹痛，嘔吐【現病歴】X-9 年に前医で腎機能障害を指摘され，X-8 年に混合性結合組織病（MCTD）と診断された．腎炎に対し，ステロイド，間欠的シクロホスファミド点滴静注，ミコフェノール酸モフェチルを投与され，経過良好となった．X-1 年，当科紹介受診した．X 年 1 月初旬に腹痛を自覚し，麻痺性イレウスの診断で入院した．手指硬化，近位皮膚硬化を認め，MCTD から全身性強皮症（SSc）に移行し，偽性腸管閉塞を発症したと考えた．メトクロプラミド，ジノプロスト，メトロニダゾール，大建中湯，パントテン酸を使用したが，食後の嘔吐，誤嚥性肺炎を繰り返した．肺気腫を合併していたため，高圧酸素療法は適応できなかった．当院の医療倫理委員会の承認を得て，オクトレオチド 100 μg/ 日持続皮下注を開始したところ，腸管蠕動改善を認め，食事を再開することが可能となった．その後 200 → 100 μg/ 日間欠皮下注への減量でも有効だった．【考察】SSc による偽性腸管閉塞は予後不良の合併症で，消化管機能調整薬も無効で中心静脈栄養に頼らなければならないケースも多い．オクトレオチドは SSc の難治性腸管蠕動運動低下を改善するという報告はこれまでにもあったが，本症例においても安全で有効な治療法と考えられ，効果発現後は投与回数を減らせる可能性がある．

115 ステロイドと抗 IL-5 抗体の投与で中枢神経病変が改善した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の 1 例

九州大学病院免疫・膠原病・感染症内科
○才木智尋，柏戸佑介，小野伸之，綾野雅宏，三苫弘喜，有信洋二郎，赤司浩一，新納宏昭

【症例】88 歳，女性【主訴】上下肢の痺れ，歩行困難【現病歴】X-12 年に気管支喘息を発症し，翌年下肢の痺れを主訴に前医を受診した．好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）と診断され，プレドニゾロン（PSL）内服で治療された．以後症状なく経過していたが，X 年 4 月初旬より気管支喘息が再発し，上下肢の痺れ，歩行困難，紫斑も出現した．近医受診時に好酸球数増多（1.1 万 / μL）から EGPA 再燃を疑われ，X 年 7 月に当科入院となった．末梢神経障害の他，頭部 MRI で無症候性の多発急性期脳梗塞を認め，EGPA の中枢神経病変と考えた．再寛解導入療法として，ステロイドパルス療法に引き続き PSL 内服を開始した．併せて，メポリズマブ 300 mg/ 月も開始した．治療開始 19 日後の頭部 MRI で中枢神経病変の改善を認めた．【考察】抗 IL-5 抗体メポリズマブは，IL-5 と好酸球表面の IL-5 受容体との結合を阻害することで好酸球の増殖・活性化等を抑制する．重症 EGPA の寛解導入療法としてはステロイドとシクロホスファミドの併用が推奨されるが，本症例ではステロイド単剤での寛解導入療法に加え，早期からのメポリズマブ導入で良好な治療効果を得た．メポリズマブはシクロホスファミドと比較して有害事象が少なく，寛解導入期の治療として有用な選択肢となる可能性があるが，比較的新しい薬剤でありさらなる症例集積が望まれる．

116 高齢発症の成人スチル病の 1 例

浦添総合病院総合内科
○川田健太郎，鈴木智晴，中原　舜，栗原　健，金城俊一

【症例】72 歳，女性【主訴】悪寒，発熱【現病歴】入院 4 日前から悪寒，発熱が出現．感染症を疑い精査するも尿中細菌が陽性である以外に発熱の原因が明らかではなく，尿路感染症として抗菌薬治療を開始し入院した．第 5 病日に背部，腹部，大腿に紅色局面が出現し，掻破痕に一致する紅斑も認め，当初は抗菌薬による中毒疹と考えた．尿中細菌は消失したが解熱せず，第 7 病日からその他の熱源精査を開始し，改めて系統的な身体診察を行った．身体診察では頚部リンパ節腫脹を認め血液検査ではフェリチン 12,799ng/mL と上昇を認めた．頸部リンパ節生検では悪性リンパ腫の所見なく，皮膚生検も悪性所見や血管炎の所見なし．各種感染症，膠原病マーカー検査も陰性であった．皮膚科診察でも成人スチル病に矛盾しない所見であった．以上から成人スチル病と診断した．臓器障害は無く，重症度分類では軽症であったため NSAIDs で治療導入した．経過でフェリチンが 1,121ng/mL まで低下していたが，第 20 病日に 10,431ng/mL と再燃したためプレドニンを導入した．現在外来でプレドニンを減量中だが，再発や他の疾患を疑う徴候は出現していない．【考察】成人スチル病は人口 10 万人当たり 0.16 人という稀な疾患である．主な年齢分布は 15-25 歳と 36-45 歳の二峰性であり，本症例のような高齢での発症は稀である．また，皮膚所見が抗菌薬による薬剤過敏の可能性もあり診断に難渋したが，本疾患が除外診断であることを意識して診断を再考し慎重に鑑別を進め診断し得た．

117 免疫固定法により診断しえたSchnitzler症候群の1例

公立学校共済組合九州中央病院内科
○古賀恒久

【症例】74歳，女性【主訴】発熱，皮疹【現病歴】X-2年より体幹に湿疹ができ近医皮膚科で抗ヒスタミン剤処方されていたが改善を認めなかった．その際，発熱は認めていなかった．X年2月下旬に38度台の発熱が出現，皮疹も増悪していた．3月に体幹・四肢の皮疹にて前医皮膚科を受診された．薬疹やウイルス疹が疑われ，少量のプレドニン投与にて一時皮疹，発熱は軽快した．しかし，プレドニンを中止すると症状の再燃を繰り返したため4月に当院紹介入院となった．【経過】血液検査では高度の炎症所見，軽度の肝機能障害を認めた．胸腹部CT，消化管検査，ガリウムシンチ，皮膚生検などを施行したが特異的所見を認めなかった．免疫グロブリンの上昇は認めなかったが，微量なM蛋白の存在を確認するために免疫固定法を実施したところ，IgM κ型M蛋白が検出されSchnitzler症候群と診断した．【考察・結語】比較的珍しい成人発症のSchnitzler症候群を経験した．自己炎症症候群は，近年第4の不明熱として注目されている．持続する発熱，慢性の皮疹を認める際は，本疾患を不明熱の鑑別として挙げる必要があると考えられた．

118 SGLT2阻害薬と糖質制限食により正常血糖ケトアシドーシスを発症した2型糖尿病の1例

済生会福岡総合病院糖尿病内科
○友田貴博，伊奈雄二郎，関口直孝，甲斐田実里

【症例】27歳，男性【主訴】倦怠感，動悸，腹痛【現病歴】元々うつ病で内服治療中の方．半年前より無職で乱れた食生活をしていた．2019年10月，随時血糖が300mg/dLで糖尿病と診断され，SGLT2阻害薬が開始された．同時に，自己流の糖質制限食を開始したところ，10日後より上記症状が出現し当院を受診．血糖198mg/dL，3-ヒドロキシ酪酸5.6mmol/L，pH 7.063，HCO3-5.2mmol/Lであり正常血糖ケトアシドーシス（euDKA）の診断で当科入院となった．SGLT2阻害薬は中止し，入院後24時間で輸液と糖質の補給，インスリン持続静注を行い，第2病日にはpH 7.318，3-ヒドロキシ酪酸1.6mmol/Lまで改善を認めた．その後内服へと切り替え，第14病日に退院となった．【考察】SGLT2阻害薬の開始と極端な糖質制限により，euDKAを発症した2型糖尿病の1例を経験した．SGLT2阻害薬内服中の患者が嘔気，倦怠感，腹痛などの症状で受診した際には，血糖が正常範囲内でもケトン体測定も行うべきである．また，国内でSGLT2阻害薬によるeuDKAを発症した報告例を解析したところ，積極的な糖質制限食を行った以外に，シックデイと思われる経口摂取量の減少などが誘引となっていた．従ってSGLT2阻害薬を開始する際には，DKAのリスクやその予防法について十分指導する必要がある．

119 GH補充療法中に発症した甲状腺眼症の1例

1）久留米大学病院内分泌代謝内科
2）大牟田市立病院内分泌代謝内科
○津村健二[1)]，赤須祥子[1)]，四方雅人[1)]，出宮睦之[1)]，森高かの子[1)]，岩田慎平[1)]，原　健人[1)]，徳渕市朗[2)]，蘆田健二[1)]，野村政壽[1)]

【症例】62歳，女性【主訴】眼痛【現病歴】X-1年7月，中枢性甲状腺機能低下症と重症型成人GH分泌不全症の診断で甲状腺製剤と成長ホルモンの投与が開始された．X年6月に眼痛・複視・眼瞼腫脹を自覚し甲状腺眼症が疑われ7月に入院した．【身体所見】身長163cm，体重78kg．血圧110/76mmHg，脈拍76回/分，整．弾性軟のびまん性甲状腺腫大を認める．【検査所見】TSH ＜0.005 μIU/mL，FT3 4.20pg/mL，FT4 1.07ng/dL，TRAb（第3世代）1.9IU/L，TSAb 152%，IGF-1 205ng/mL（± 2SD，68-196）．びまん性に123Iの甲状腺への集積を認めた．【経過】FT3優位の甲状腺中毒症と123Iのびまん性集積からバセドウ病と診断した．またGH投与の中断とステロイドパルス治療を行い，甲状腺眼症は軽快した．【考察】甲状腺眼症患者の眼窩線維芽細胞や外眼筋はTSH受容体とともにIGF-1受容体が発現し，主な病因の一つとされている．しかしながらGH治療を契機とする甲状腺眼症や甲状腺眼症を合併した先端巨大症の報告はない．本症例は，TRAb，TSAbは軽度高値程度であるものの，GH投与によるIGF-1の上昇と一致して甲状腺眼症を発症した．また，パルス治療後の経過は良好であり，GH治療との関連が示唆された．

120 85歳の高齢で発症した男性Basedow病の1例

高邦会高木病院内科
○高山弘毅，福島範子

【症例】85歳，男性【主訴】動悸，呼吸苦【現病歴】1か月ほど前から労作時の動悸，呼吸苦が増強したため，20XX年11月下旬に近医受診し，COPD疑いで当院を紹介受診となる．体重45kg．BT：36.5℃．脈拍80回/分，整．心音異常なし．甲状腺右葉は軽度腫大で軟．眼球突出なし．手指振戦あり．手掌乾燥．下腿浮腫あり．心電図異常なし．血液検査で甲状腺機能亢進（TSH 0.00，FT4 2.54 TRAb，TSAb，TPOAb，TgAb高値）を認め，甲状腺エコーで甲状腺右葉のびまん性腫大と甲状腺両葉の血流増加を認めた．123I甲状腺シンチで摂取率上昇を認め，Basedow病と診断される．【経過】20XX+1年2月下旬メルカゾール15mgから開始したが，自己判断で3日で休薬された．3月初旬TSH 0.00，FT4 1.40と甲状腺ホルモンは休薬後も安定してきたため経過観察としていたところ，6月中旬，るい痩（体重40.6kg）と労作時息切れ出現し，TSH 0.00，FT4 2.36と再燃を認めた．メルカゾール15mg再開，2週間後にさらに減量し，8月下旬，TSH 0.67，FT4 0.80と軽快．メルカゾール5 mgで維持している．【考察】高齢発症のBasedow病は甲状腺の腫大が軽度で臨床症状に乏しい．抗甲状腺薬の投与量は若年者より少量で済むことが多く，急速な甲状腺機能低下症を来すことがあるので調整を慎重に行う必要がある．また本例のように早期に寛解を得ても，著明な体重減少で再燃する例もある．高齢者社会において示唆に富む貴重な症例を経験したので報告する．

121 下行結腸癌術後に身体徴候が顕在化したクッシング症候群の 1 例

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学
○橋本千明, 長尾敏彦, 中尾　裕, 山下彩織, 馬越洋宜, 松田やよい, 坂本竜一, 小川佳宏

【症例】61 歳，女性．X 年 1 月に腰椎圧迫骨折，骨粗鬆症を指摘され同年 5 月に当科紹介．ACTH 1.6pg/mL，コルチゾール（F）14.6 μ /dL，F の日内変動は消失，デキサメサゾン 1mg 抑制試験で F 13.0 μ g/dL と，副腎からの F 自律分泌を認めた．骨粗鬆症，耐糖能異常，高血圧を合併していたが，典型的なクッシング徴候は欠如していた．CT で両側副腎結節（右 15mm，左 23mm）を認め，131I- アドステロールシンチグラフィーで左副腎により強い集積あり．精査中に閉塞性イレウスを発症，下行結腸癌が原因と判明し緊急左半結腸切除術を施行した．その後体重増加あり，術後 6 ヵ月頃には満月様顔貌，中心性肥満を認めた．【考察】クッシング症候群 F 自身の脂肪分化促進作用や F 過剰に伴う高インスリン血症によって脂肪蓄積が促進される結果，満月様顔貌，中心性肥満，水牛肩などの特徴的な身体徴候が出現するとされる．一方で，がん終末期に認めるとされてきた悪液質は比較的早期から存在し，腫瘍から産生される炎症性サイトカインや LMF などが脂肪分解や白色脂肪組織の褐色かを促進するとされている．本症例では悪性腫瘍の存在がクッシング徴候をマスクしていた可能性が考えられた．本症例のようにクッシング徴候を欠く場合は診断が遅れる可能性があり，注意が必要である．

122 典型的な臨床所見を呈した先端巨大症 1 例からの考察

1）佐賀県医療センター好生館糖尿病代謝内科
2）同　病理診断科　3）同　脳神経外科
○南　優希[1)]，愛川可南子[1)]，井上　瑛[1)]，江頭絵里奈[1)]，増田正憲[2)]，松本健一[3)]，吉村　達[1)]

【症例】60 歳，女性．X-14 年頃より膝痛が出現し，X-9 年に結婚指輪が入らなくなった．その頃から，近医で高血圧の加療が開始された．また，両膝関節症に対し関節鏡下手術が施行された．本態性振戦が出現したため神経内科を受診した際，先端巨大症が疑われ，当科紹介受診となった．眉弓部の膨隆，鼻口唇の肥大など先端巨大症様顔貌を呈し，空腹時 GH 8.39ng/ml，IGF-I 346ng/ml と高値で，75gOGTT で 120 分 GH 値は 8.55ng/ml と抑制されなかった．また，CRH 負荷試験で GH の奇異性上昇を認めた．乳汁分泌はみられなかったが，PRL 基礎値が 203 ng/ml と高値であった．X 線検査でトルコ鞍の拡大，足底軟部組織の肥厚，末節骨の花キャベツ様変形を認めた．下垂体 MRI では下垂体左方へ進展する不均一に造影される 17 × 12mm の下垂体腺腫を認めた．左眼鼻側に視野欠損を認めたが，画像上視交叉への圧排は存在しなかった．全身検索では明らかな悪性疾患，MEN の合併は否定的であった．先端巨大症と診断し，経蝶形骨洞下垂体腺腫摘出術を施行した．病理所見では好酸性顆粒状の胞体と円形核を有する腫瘍細胞を認めた．また，免疫組織学的に GH 陽性で，PRL 染色も散在性に陽性であった．術後の MRI では明らかな残存病変は認めず，IGF-I は 151ng/ml，75gOGTT の 120 分 GH 値は 0.48ng/ml であった．【結語】上記症例の治療経過と腫瘍摘出による全身に及ぶ改善効果について，身体所見およびホルモン変化を含め報告する．

123 インスリン配合注 2 回打ちからの段階的治療が週 1 回 GLP-1 製剤への切替に有効であった高齢者 2 型糖尿病の 1 例

産業医科大学第 1 内科
○齋藤　桃, 岡田洋右, 田中健一, 田中良哉

【症例】78 歳，女性【現病歴】罹病歴 20 年の 2 型糖尿病でデグルデク・アスパルト配合注（10-0-5），リナグリプチン 5mg，メトホルミン 1000mg で加療されるも HbA1c 10.7 % と不良であり，当科紹介入院となった．【結果】神経障害，両増殖網膜症（右眼失明），腎症 2 期と進行を認め，視力低下のため拡大鏡を用いて 1 日 2 回インスリン自己注射していた．MMSE 22 点と認知機能低下もあり，簡易な治療を考慮する必要があった．入院時の CGM では平均血糖（AG）±標準偏差（SD）142 ± 42，最低血糖値は 70 と低値であった．夜間低血糖の可能性を考慮し，デグルデク・リラグルチド配合注朝 1 回 10 dose（デグルデク 10 単位＋リラグルチド 0.36mg）へ切替，4 日後には 109 ± 18 と著効した．退院後を見据え更なる簡易な治療内容と低血糖リスク軽減のため，第 9 病日デュラグルチド 0.75 mg 週 1 回製剤へ変更し 145 ± 14 とやや AG 上昇したが低血糖はなく，血糖変動は抑えられており第 13 病日退院とした．退院 2 ヶ月後には HbA1c 7.0 % と改善し低血糖もなく経過良好である．【考察】今回，認知機能・視力低下を伴う高齢者 2 型糖尿病に対して，デグルデク・アスパルト配合注 2 回打ちからデグルデク・リラグルチド配合注 1 日 1 回，デュラグルチド週 1 回へ切り替え，段階的に自己注射回数を減らすことで，血糖コントロールを改善するのみならず低血糖リスクを回避し，QOL を向上しえたと考える．

124 骨髄異形成症候群が原因と思われた両側副腎出血の 1 例

今村総合病院救急・総合内科
○寺師綾子, 西村時紘, 畠中成己, 大塚　暢, 市来征仁, 西垂水和隆

【症例】80 歳，男性【主訴】発熱，血圧低下，腰背部痛，血球減少【現病歴】前立腺癌に対してホルモン療法後．X-11 日に左前胸部から背部にかけて疼痛あり，前医受診，緊急入院．CT，上下部消化管内視鏡，心エコーを施行するも原因となる器質的疾患は認めなかった．X-6 日に 38℃台の発熱，肝・胆道系酵素上昇認め，胆管炎疑いで抗菌薬点滴開始．発熱持続，赤血球・血小板の 2 系統の血球減少，腰背部痛が持続し，X 日に当院転院となった．来院時，37 度台の発熱，腰背部痛，食思不振，倦怠感を認めた．造影 CT で下腸管膜動脈から左総腸骨動脈にかけて大動脈解離，虚血性腸炎の所見を認めたが，発熱，腰背部痛の原因とは考えにくかった．CT 比較で副腎腫大傾向だったことから，副腎血腫が疑われた．MRI・T1/T2 強調像で高信号を呈し，副腎出血を認めた．副腎機能検査で原発性副腎不全の所見で，ステロイド投与を行い，徐々に食思不振・倦怠感は改善した．血球減少を来す被疑薬を中止したが，血球低値のままだった．骨髄検査で明らかな形態異常や異常細胞の出現はみられなかったが，血液検査で破砕赤血球，染色体検査で複雑型の染色体異常を認め，骨髄形成症候群の診断に至った．【考察】明らかな出血素因は認めず，骨髄異形成症候群が両側副腎出血の原因と考えられた．

125 高 Ca 血症を契機に明らかになった破壊性甲状腺炎後の甲状腺機能低下症・ACTH 単独欠損症の合併例

琉球大学大学院医学研究科 内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座（第二内科）
○照屋理子，吉村　蘭，久高将太，玉城敦子，屋比久賢光，上原盛幸，山城清人，中山良朗，益崎裕章

【症例】49 歳，男性【現病歴】8 ヶ月前より倦怠感，食思不振，味覚障害，関節痛，6 ヵ月で 20kg の体重減少が出現．血圧低値（90/53mmHg），洞性頻脈（100 回 / 分），高 Ca 血症（血清 Ca 12.6 mg/dL）を認めた．TSH 0.008 μ IU/mL，FT4 3.73ng/dL と甲状腺機能亢進，TRA b，TPOAb，TgAb は陰性．甲状腺超音波検査で血流増加や腫大なし．チアマゾール 5mg/ 日，ヨウ化カリウム 50 mg/ 日を開始．症状は改善せず，上・下部内視鏡検査や CT 検査で悪性疾患を除外した．1 ヶ月で甲状腺機能低下症に転じ，血清 Ca は 10.8mg/dL に低下した．レボチロキシン 25 μ g/ 日を開始するも倦怠感の改善を認めず入院．【検査所見】コルチゾル，ACTH は終日感度以下，尿中遊離コルチゾルも感度以下．CRH 負荷試験でコルチゾル，ACTH は無反応．他の下垂体前葉・後葉ホルモンは正常反応．抗下垂体抗体は陰性，IgG4 値は正常で頭部造影 MRI で下垂体に腫大や腫瘍性病変を認めず．【経過】ACTH 単独欠損症を疑いヒドロコルチゾン 15mg/ 日を開始し，全身状態は著明に改善した．血清 Ca は 9.0mg/dL と基準値内に改善した．【考察】副腎皮質機能低下症と甲状腺機能亢進症はそれぞれ高 Ca 血症を引き起こすが，単独で 12.5mg/dL 以上になることは稀である．本症例は両者の合併により血清 Ca 濃度の上昇を来した可能性が示唆された．

126 粘液水腫性昏睡を呈し合成 T4 製剤投与が有効であった神経性食思不振症（神経性過食症）の 1 例

1）宗像水光会総合病院内科　2）同　産婦人科
○岡田隆雄[1)]，新生修一[1)]，甲田博久[1)]，植田美津子[1)]，石田芳英[1)]，松本信一郎[2)]，白橋淨彦[2)]

【症例】20 歳，女性【主訴】呼吸困難，意識障害【現病歴】心室中隔欠損手術，三心房心手術の既往．小児期に発達障害と診断されまた神経性食思不振症として精神科を受診中．当院入院前に過食となりペットボトルから多量の水を飲み水中毒となり当院緊急入院となった．【入院後経過】昏睡状態で痙攣，肺水腫，低 Na 血症，呼吸状態悪化の為人工呼吸管理となった．肺水腫はほどなく改善し抜管したが昏睡は JCS20 から改善せず，身体～顔面の水腫をみとめ，また TSH 低下，F-T3 低下，F-T4 正常下限と甲状腺機能低下症を認めた．神経性食思不振症に多い low T3 syndorome と中枢性甲状腺機能低下症の鑑別は必ずしも容易ではないが病態としては粘液水腫性昏睡と考えた．合成 T3 製剤 100 μ g 投与開始した．血清 F-T3 濃度の改善とともに意識は回復し発語，食事，粘液水腫様顔貌も改善した．TRH 負荷試験では TSH は低反応をしめし中枢性甲状腺機能低下症の関与が示唆された．【考察】神経性食思不振症の low T3 syndorome と中枢性甲状腺機能低下症の鑑別は必ずしも容易ではないが，前者の場合体重の回復に伴い改善されるので甲状腺製剤の投与は必要ないといわれている．本症例は甲状腺機能低下症があり粘液水腫性昏睡に対し合成 T 3 製剤を積極的に投与することが臨床的に有用であったと考えられた．