

目次

▶ 会長挨拶	3
▶ タイムテーブル	5
▶ 会場周辺地図	6
▶ 会場案内図	7
▶ ポスターセッション 発表時間割	8
▶ ポスターセッション 会場図	9
▶ 参加の皆様へ	10
▶ 各セッションのご案内	11
▶ 発表用データ受付のご案内	14
▶ プログラム	17
▶ 会長講演	43
▶ 基調講演Ⅰ	49
▶ 基調講演Ⅱ	50
▶ 公開討論会	53
▶ 一般演題	73
▶ 筆頭著者索引	152



「医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ 2017 東京」
開催にあたって

第 114 回日本内科学会総会・講演会会長

東京大学大学院医学系研究科消化器内科学 小池 和彦

本会は、第 114 回日本内科学会総会・講演会に合わせて開催されるもので、明日の内科学を担う初期研修医・専門研修医、医学生の皆さんが対象です。本会では 4 つのセッションが企画されています。

一つ目は、医学生・研修医による症例報告または臨床研究のポスター発表です。応募演題は全てポスターセッションで発表していただくのですが、登録された抄録によって予め選出された 10 名の優秀演題賞受賞者には、プレナリーセッションで口演発表をしてもらいます。当日のポスターセッションからも、座長の採点によって優秀演題賞を選出します。

二つ目は、大勢の先輩による講演が用意されているということです。基調講演、会長講演、懇親会（meet the mentor）における激励の言葉などを通じて、内科学を志す皆さんにとって将来へ向けた大きな糧となるメッセージが贈られます。

三つ目はテーマ別公開討論会です。今回は、「キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？」、「これからの医療における AI と医工連携に期待すること」、「研修医の視点からの高齢化社会と地域医療」という各テーマで討論していただきます。どれも皆さんにとって関心の深いテーマばかりだと思いますが、3 つのテーマから 1 つを選んでご参加下さい。いただいた抄録からテーマ毎に、予め優秀発表者を数名選出し、また、当日のグループ討論会において優秀討論者を選出します。

四つ目として、今年も実践内科塾を開催します。研修医に登壇いただいて、重要な位置づけにある内科疾患症例の検討を行います。皆さんのロールモデルとなるモデレーターの先生方の卓越した助言に導かれ、症例が広く深く検討され、診断と治療方針の確定へと至る醍醐味をぜひ味わって下さい。

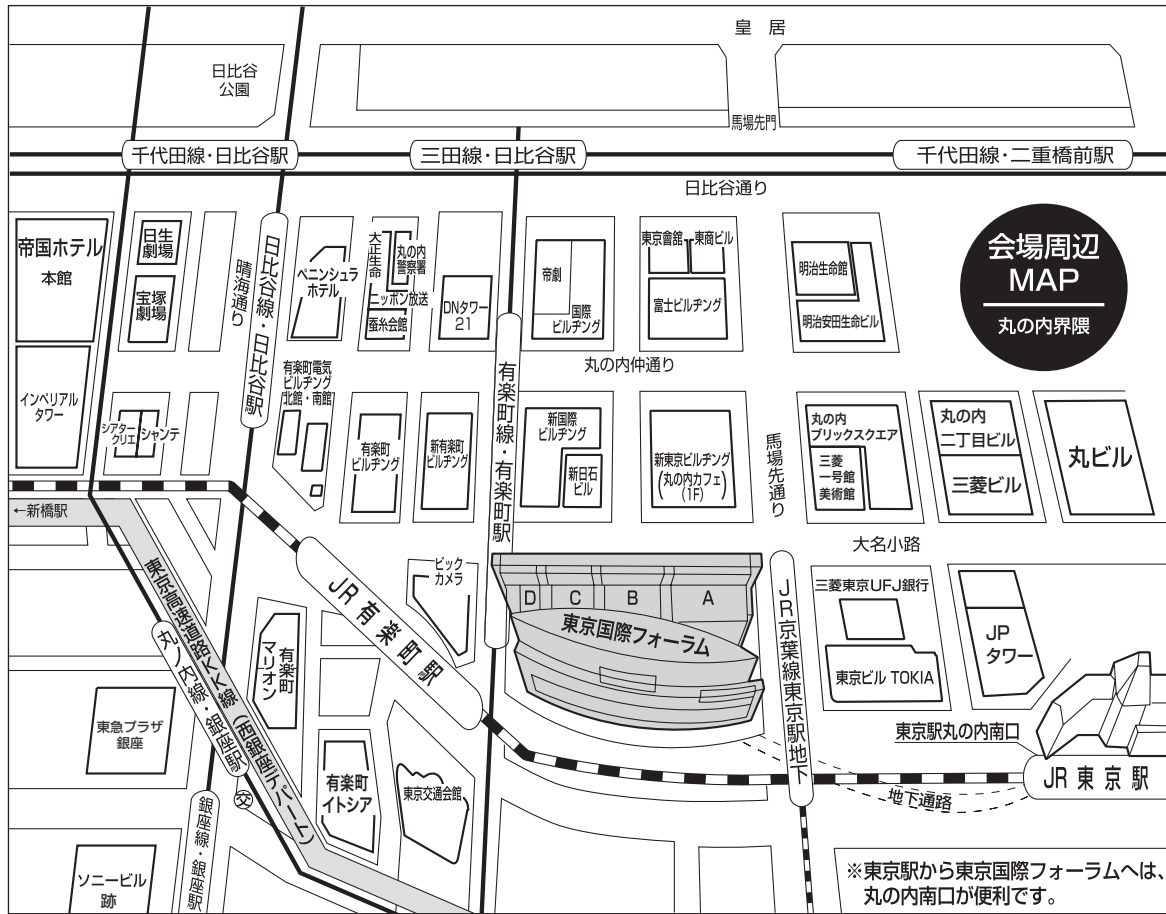
本年の日本内科学会総会・講演会のテーマは「超世代の内科学の挑戦～ Generality と Specialty の先へ～」としました。超世代という言葉には、少なくとも三つの意味が込められています。一つ目は文字通り、世代を超えて続いていく内科学という意味であり、「次世代」のはるか先まで進歩し続けていこうという信念です。二つ目は現在の内科学では超えられない疾患、病態の壁を乗り越えていこうという決意です。そして三つ目は副題にもある通り、今後は内科学における Generality と Specialty というカテゴリーを超えた新たな内科像が生まれることへの期待です。これからの内科学の臨床と研究を担っていくのは若い皆さんです。この「ことはじめ」が皆さんのモチベーションを一層高める良い機会となることを願っています。

医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ 2017東京 タイムテーブル

会場：東京国際フォーラム
開催日 2017年4月15日(土)

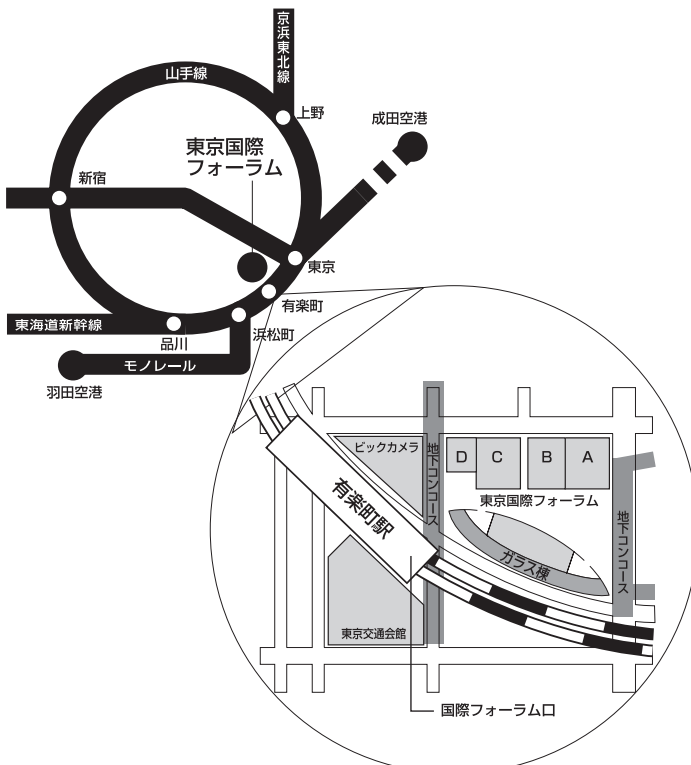
	ホールB5 講演会場	ホールB7 ポスター発表／表彰式・懇親会 会場
8:00		8:00-9:00 受付 / ポスター掲示
9:00	9:00-10:30 プレナリーセッション (優秀演題受賞者 口述発表) 座長：伊佐山浩通(順天堂大学) 建石 良介(東京大学)	9:00-11:40 ポスター準備・閲覧
10:00	10:30-11:00 基調講演Ⅰ 小室 一成(東京大学 循環器内科)	
11:00	11:00-11:30 基調講演Ⅱ 榎本 信幸(山梨大学 第一内科)	
12:00		11:40-13:20 ポスター発表 (座長制)
13:00	13:20-14:00 会長講演(モニターによる中継) 「国民病である肝炎・肝癌の病態解明と克服への歩み」 会長 小池 和彦	13:20-14:00 ポスター撤去
14:00	14:10-14:50 テーマ別公開討論会 各テーマにおけるグループ討論会 (優秀発表者プレゼンテーションあり)	
15:00	14:50-15:10 討論発表会	ポスター優秀演題 掲示
16:00	15:20-16:20 [実践内科塾 2017] 生坂 政臣(千葉大学 総合診療部)	
17:00		16:20-17:30 表彰式&懇親会 (meet the mentor) mentor：工藤 翔二(結核予防会 理事長) 柴垣 有吾(聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科)
		閉会の辞 会長 小池 和彦

会場周辺地図



**会場周辺
MAP**
丸の内界隈

※東京駅から東京国際フォーラムへは、丸の内南口が便利です。



会場への交通案内

- JR線
 - 東京駅より徒歩7分
(京葉線東京駅と地下1階コンコースにて連絡)
 - 有楽町駅より徒歩1分
- 地下鉄
 - 有楽町線 有楽町駅と地下1階コンコースにて連絡(D5出口)
 - 日比谷線 銀座駅より徒歩5分/日比谷駅より徒歩9分
 - 千代田線 二重橋前駅より徒歩5分/日比谷駅より徒歩9分
 - 丸の内線 銀座駅より徒歩5分
 - 銀座線 銀座駅より徒歩5分/京橋駅より徒歩5分
 - 三田線 日比谷駅より徒歩7分
- 羽田空港から
 - モノレール浜松町駅まで23分
 - JR浜松町駅より有楽町駅まで4分

※駐車場には限りがありますのでなるべく公共交通機関をご利用下さい。駐車券などのご用意はございません。

会場案内図



[ホール B7]

9:00-11:40 ポスター準備・閲覧
11:40-13:20 ポスターセッション
15:00 受賞者掲示
16:20-17:30 表彰式 & 懇親会 Meet the Mentor

[ホール B5]

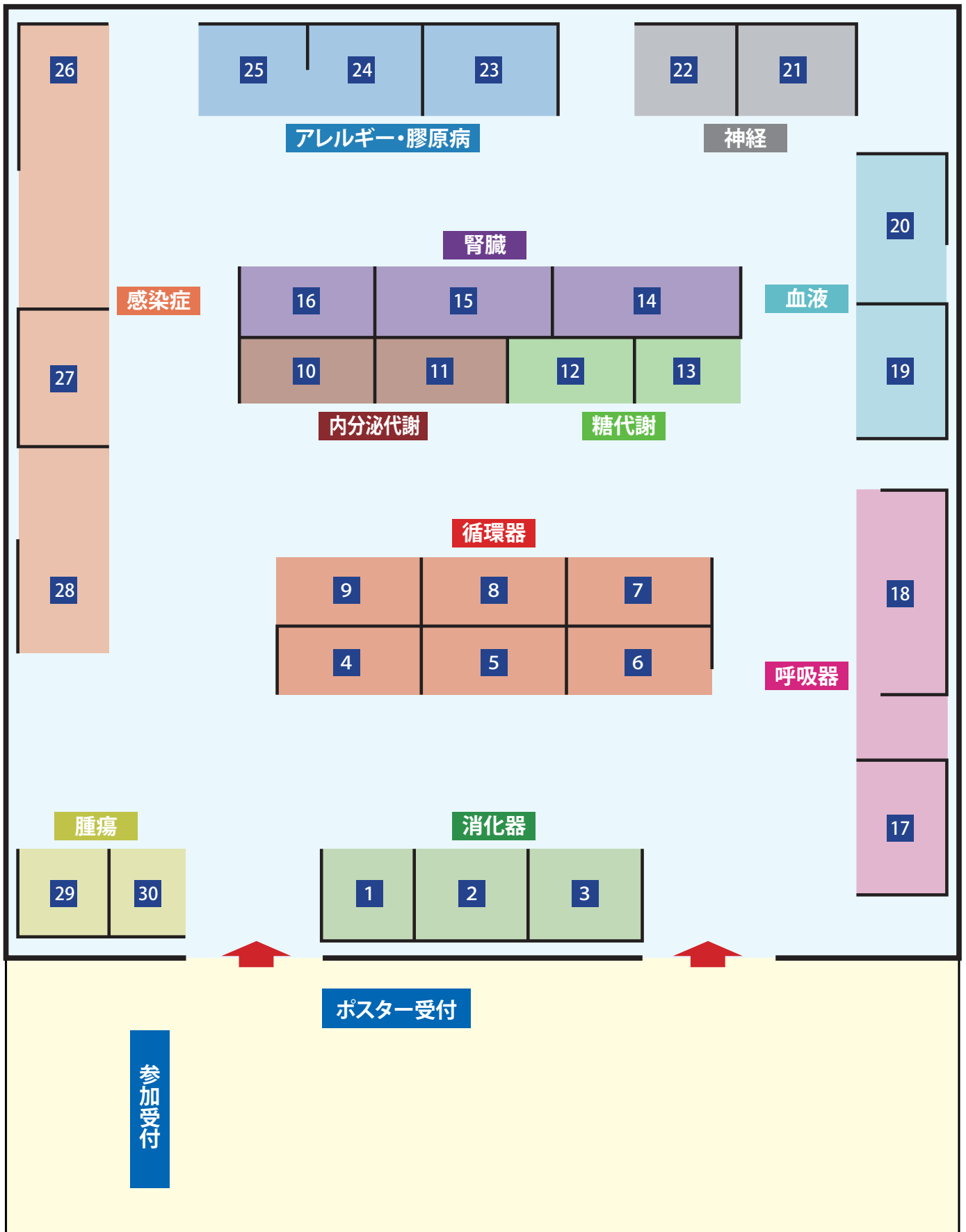
9:00-10:30 プレナリーセッション	14:10-14:50 テーマ別公開討論会
10:30-11:00 基調講演 I	14:50-15:10 討論発表会
11:00-11:30 基調講演 II	15:20-16:20 実践内科塾 2017
13:20-14:00 会長講演 (モニター中継)	

ブース	11:40 ~ 12:30	12:30 ~ 13:20
1	消化器① (1~6) 東京大学 建石 良介 東京通信病院 光井 洋	消化器② (7~12) 東京大学 大塚 基之 日本赤十字社医療センター 吉田 英雄
2	消化器③ (13~18) 東京大学 平田 喜裕 JR 東京総合病院 岡本 真	消化器④ (19~24) 東京大学 山道 信毅 三楽病院 和田 友則
3	消化器⑤ (25~30) 東京警察病院 小椋 啓司 東芝病院 松原 康朗	消化器⑥ (31~37) 東芝病院 山本 夏代 東京大学 伊地知 秀明
4	循環器① (38~43) 東京大学 武田 憲彦 帝京大学 上妻 謙	循環器② (44~49) 横浜市立大学 小菅 雅美
5	循環器③ (50~55) 東京大学 藤生 克仁	循環器④ (56~61) 東京大学 瀧本 英樹 国際医療福祉大学 田村 雄一
6	循環器⑤ (62~67) 東京大学 大門 雅夫	循環器⑥ (68~72) 東京大学 渡辺 昌文 菊名記念病院 本江 純子
7	循環器⑦ (73~78) 自治医科大学 今井 靖	循環器⑧ (79~84) 東京大学 池田 祐一 北里大学 東條 美奈子
8	循環器⑨ (85~90) 東京慈恵会医科大学 名越 智古	循環器⑩ (91~95) 東京大学 森田 啓行 慶應義塾大学 河野 隆志
9	循環器⑪ (96~102) 東京大学 武田 憲文	
10	内分泌① (103~107) 京都大学 八十田 明宏 東京大学 伊東 伸朗	内分泌② (108~112) 東京大学 横田 紀子 群馬大学 佐藤 哲郎
11	内分泌③ (113~118) 名古屋大学 有馬 寛 虎ノ門病院 竹内 靖博	内分泌④ (119~124) 横浜労災病院 西川 哲男 千葉大学 田中 知明
12	糖代謝① (125~129) 近畿大学 池上 博司 京都大学 長嶋 一昭	糖代謝② (130~134) 東京慈恵会医科大学 森 豊
13	糖代謝③ (135~140) 滋賀医科大学 卯木 智	
14	腎臓① (141~147) 杏林大学 要 伸也	腎臓② (148~154) 東京慈恵会医科大学 横尾 隆 虎の門病院 乳原 善文
15	腎臓③ (155~160) 埼玉医科大学 岡田 浩一 東京大学 加藤 秀樹	腎臓④ (161~167) 東海大学 和田 健彦 東京大学 川上 貴久
16	腎臓⑤ (168~173・315) 東北大学 阿部 倫明	腎臓⑥ (174~179) 自治医科大学 長田 太助 東京大学 田中 哲洋
17	呼吸器① (180~185) 東京大学 山内 康宏 国立国際医療研究センター 飯倉 元保	呼吸器② (186~190) 関東中央病院 高見 和孝 東京女子医科大学 多賀谷 悦子
18	呼吸器③ (191~195) NTT 東日本関東病院 白井 一裕 慶應義塾大学 川田 一郎	呼吸器④ (196~200) 国立国際医療研究センター 佐藤 輝彦 東京通信病院 渋谷 英樹
19	血液① (201~206) 災害医療センター 竹迫 直樹	血液② (207~212) 順天堂大学 原田 浩徳
20	血液③ (213~218) 東京大学 中崎 久美	
21	神経① (219~224) 東京大学 作石 かおり 日本赤十字社医療センター 松本 英之	神経② (225~230) 東京大学 林 俊宏
22	神経③ (231~236) 東京大学 三井 純 NTT 東日本関東病院 吉澤 利弘	
23	アレルギー・膠原病① (237~242) 慶応義塾大学リウマチ内科 金子 祐子	アレルギー・膠原病② (243~248) 東京大学 住友 秀次 埼玉医科大学 佐藤 浩二郎
24	アレルギー・膠原病③ (249~254) 東京大学 久保 かなえ 多摩総合医療センター 島田 浩太	アレルギー・膠原病④ (255~259) 東京大学 庄田 宏文
25	アレルギー・膠原病⑤ (260~264) 東京女子医科大学 中島亜矢子	
26	感染症① (265~269) 慶應義塾大学 西村 知泰 東京大学 柳元 伸太郎	感染症② (270~276) 杏林大学 皿谷 健
27	感染症③ (277~283) 埼玉医科大学 前崎 繁文 東京大学 奥川 周	感染症④ (284~290) 東京女子医科大学 吉田 敦 東京医科大学 渡邊 秀裕
28	感染症⑤ (291~296) 順天堂大学 上原 由紀 獨協医科大学 松田 直人	
29	腫瘍① (297~302) 帝京大学 渡邊 清高 東京大学 浅岡 良成	腫瘍② (303~308) 都立駒込病院 下山 達 岡山大学 西森 久和
30	腫瘍③ (309~314) 順天堂大学 十合 晋作 昭和大学 濱田 和幸	

ポスターセッション会場図

ホール B7

1 ~ 30 ブース番号



参加の皆様へ

1. 参加登録について

当日はホールB7前にて、参加証をお受け取りください。参加費は無料です。所属・氏名をご記入の上、会場内では必ずご着用ください。

参加受付：8：00～15：30（ホールB7前）

2. 会場内でのお願い

各会場での、携帯電話・PHS等の使用は講演の妨げとなりますので、電源をお切りいただくかマナーモードへの切り替えをお願いいたします。また、会場内では取材関係者以外のカメラ撮影、ビデオ撮影はご遠慮ください。

3. 軽食サービスのご案内

ポスターセッション終了後に、軽食・お飲物をご用意いたします。

4. 優秀演題賞受賞者の発表について

ポスターセッション後、座長の採点により優秀演題賞受賞者が選出され、15時10分頃にホールB5前で掲示発表されます。是非ご確認頂き、表彰式にご出席ください。

5. 表彰式・懇親会 (Meet the Mentor)

優秀演題賞、優秀発表者賞、優秀討論者賞受賞の方には、表彰式にて賞状と副賞を贈呈します。

筆頭演者には賞状と副賞として*Up to Date* モバイルアクセス1年間分の契約キーまたは、内科学会ロゴ入り聴診器（188Ⅱ）を進呈！

懇親会では、軽食、お飲物をご用意いたします。ご参加ください。

各セッションのご案内

基調講演 I・II

時間：基調講演 I 10：30～11：00

基調講演 II 11：00～11：30

会場：ホールB5

演者の方へ

1. ご講演は、PCプレゼンテーションに限ります。詳細は、後述の「発表データ・PC受付のご案内」をご参照ください。講演の30分前までに受付してください。
2. ご講演の10分前には各会場の前方の次演者席にお着きください。

座長の方へ

1. ご担当頂くお時間の10分前には会場の前方の次座長席にお着きください。
2. 進行は一任いたしますが、時間厳守をご留意ください。

テーマ別公開討論会

時間：14：10～14：50

会場：ホールB5

概要：ご参加は自由となっております。ご興味をお持ちになったテーマのブースにてご討論ください。なお、各討論会にご参加された医学生・研修医の中より、Debateの内容を審査し、テーマ毎に「優秀討論者」を顕彰いたしますので、是非ご参加いただき、活発なご討論をお願いいたします。

指定発言者の方へ

1. PCスライドを使用できます。1時間前までにはPC受付をしてください。
2. 討論会開始10分前には各ブースの前方に着席ください。
3. メンターの指名により、活発な討論会への口火となりますよう、ご発表をお願いいたします。進行は座長の指示に従ってください。

座長の方へ

1. 1時間前までに受付してください。
2. 討論会開始10分前にはご担当のブースの座長席にお着きください。
3. 進行は一任いたしますが、時間厳守をご留意ください。

討論発表会

時間：14：50～15：10

会場：ホールB5

概要：各テーマにおいて、座長より推薦された「優秀討論者」が、そのテーマについて要約をおこなひ、自身の意見等を含め、参加者に向けて発表します。

実践内科塾 2017

時間：15：20～16：20

会場：ホールB5

概要：事前登録などは必要ありません。ご参加は自由となっております。内科領域の各分野のスペシャリストをモデレーターとしてお招きし、臨床上大変重要でかつ間違えやすい疾患や、解決に時間を要する難解な疾患など、症例を説明しながら解説していく相互討議形式の講義です。出題される問題は奇抜な内容というよりはむしろオーソドックスな良問を取り揃えています。本企画は学生や研修医のみだけでなく、一般臨床で活躍されている先生方にも大変勉強になる内容ですので奮ってご参加ください。

実践内科塾にご登壇の方へ

1. 30分前までに受付までお越しください。専用のネームカードと簡単なお説明をさせていただきます。
2. 進行は、モデレーターの指示に従ってください。

プレナリーセッション

時間：9：00～10：30

会場：ホールB5

概要：ポスターセッションより選出された10演題の発表です。

演者の方へ

1. ご講演は、PCプレゼンテーションに限ります。詳細は、後述の「発表データ・PC受付のご案内」をご参照ください。講演の30分前までに受付してください。
2. ご講演の10分前には各会場の前方の次演者席にお着きください。
3. ご講演時間は、質疑応答含めて8分（口述6分・質疑2分）です。発表開始後は緑ランプの点灯、終了1分前には黄ランプの点灯、終了時には赤ランプの点灯で、壇上の装置よりお知らせいたします。

座長の方へ

1. ご担当頂くお時間の10分前には会場の前方の次座長席にお着きください。
2. ご講演時間は、質疑応答含めて8分（口述6分・質疑2分）です。発表開始後は緑ランプの点灯、終了1分前には黄ランプの点灯、終了時には赤ランプの点灯で、壇上の装置よりお知らせいたします。進行は一任いたしますが、時間厳守をご留意ください。

一般演題（ポスターセッション）

時間：11：40～13：20

会場：ホールB7

演者の方へ

1. ポスターパネル、演題番号は事務局でセットいたします。ポスターパネル図の各掲示スペース内に収まるよう図表や写真を有効的に活用し、「見やすく、見栄えのするポスター」をご準備ください。COI掲示スペースには、「A4」用紙1枚程度にてご作成のうえ掲示してください。

※COI情報開示について本会は、2010年4月に開催された定例評議員会にて「臨床研究の利益相反（COI）に関する共通指針」が正式に承認され、2010年4月12日より施行となっております。

2. 発表当日は、ポスター受付にて貼付用押しピンをお受け取り頂き、下記の時間帯にご掲示ください。

受付・掲示時間：8：00～9：00

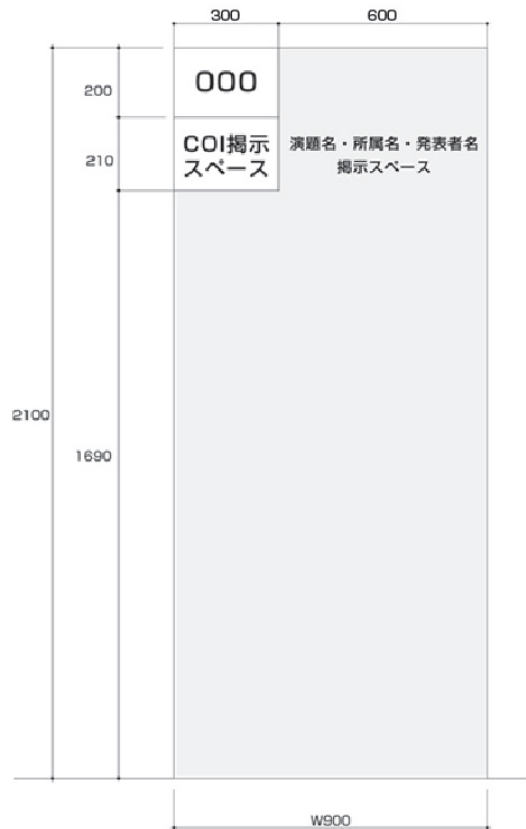
閲覧時間：9：00～11：40

ポスター発表時間：11：40～13：20

3. 1セッションあたり5～7演題グループ座長制による発表形式といたします。1演題あたりの発表時間は7分（発表4分，質疑3分），進行は，座長へ一任しておりますので，指示に従い発表，質疑応答に参加してください。受付の際，リボンを用意しますので着用のうえ，セッションの開始5分前までには会場にお集まりください。

座長の方へ

30分前までには，受付をしてください。発表は，1演題7分（発表4分，質疑3分）となります。受付時に評価表をお渡しいたしますので，採点のうえポスターセッション終了後事務局スタッフにお渡しください。優秀演題を選考し，表彰式にて表彰します。なお，セッションの開始時間は11：40からのセッションと，12：30からのセッションとなりますのでご担当時間をご確認ください。



発表用データ受付のご案内

発表データ・PC 受付について

受付：ホールB5ホワイエ

Windowsの場合 : USBメモリ, CD-ROMによる受付が可能です。ノートPCも受付可能です。

Macintoshの場合 : ノートPCの持込にのみ対応いたします。ポータブルメディア (USBやCD-ROM) による受付はできません。

USB メモリ, CD-ROM によるデータ受付について

- ・発表用のPCは、Windows7をご用意しております。
- ・アプリケーションは、Microsoft Power Point 2007, 2010, 2013, 2016をご利用いただけます。
- ・Windows標準フォントをご使用ください。
- ・動画データはPower Pointデータと同じフォルダーに入れてください。万が一、会場でのPCで動画が正常に動作しない場合を想定し、念のためご自身のPCをご持参ください。
- ・Power Pointの発表者ツールは使用できません。

ノート PC の持込みについて

- ・D-sub 15pin 3列タイプのコネクタで接続いたします。変換コネクタが必要な方は、必ずご自身でご用意ください。また、念のためACアダプタもご持参お願いします。
- ・受付にて外部出力のチェック, 発表データの試写, 動作確認を行っていただいた後で, ご発表頂く会場左前方のPCオペレータ席まで, ご自身でPCをお持ちください。
- ・PCは, オペレータ席で接続いたします。演壇上に設置のキーボード, マウスにて操作してください。受付の際に, 演壇上の機材のご説明をさせていただきます。

プログラム

基調講演 I

10:30 ~ 11:00

[ホール B5]

座長.....	東京大学	小池和彦	
持てる能力をフルに動員して未知の世界に挑戦しよう	東京大学	小室一成	49

基調講演 II

11:00 ~ 11:30

[ホール B5]

座長.....	東京大学	四柳宏	
内科学の魅力	山梨大学	榎本信幸	50

会長講演 (モニターによる中継)

13:20 ~ 14:00

[ホール B5]

座長.....	広島大学	河野修興	
国民病である肝炎・肝癌の病態解明と克服への歩み	東京大学	小池和彦	43

公開討論会 テーマ概要

テーマ1 キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？

社会的背景や様々な科学技術の進歩に連動して医師の働き方にも多様性が生じることはいうまでもない。いまこの時代に医師としてのスタートをきった、あるいはきろうとしている皆さん各々にとっての理想のキャリア形成とはなんだろうか。さらにいえばキャリアを積み重ねることだけで理想の医師像を語るのに足るのであるか。このセッションを通して新たな時代を築いていく内科医像を想像する足掛かりにさせていただきたい。

ファシリテーター …………… 聖マリアンナ医科大学 柴垣 有 吾
京都大学 柳 田 素 子

テーマ2 これからの医療における AI と医工連携に期待すること

ワトソンのような人工知能 AI が人間を超えた診断能力を駆使する時代が現実となるかもしれません。あなたはそんな時代を素直に歓迎できますか？そのときあなたは医師としてもちうる自身の専門性をどこに置きますか？一方でまた新たな医療機器開発などに代表される医工連携の可能性とその潜在能力はますます期待を集めています。これからの医工連携に求める姿とはなんでしょうか？医工連携を推進するのに必要とされる要素とは？本セッションではこれからの医療現場の未来型を討論できればと思います。

ファシリテーター …………… 東京大学 東 隆
東京大学 中 井 陽 介

テーマ3 研修医の視点からの高齢化社会と地域医療

大きな社会現象である「高齢化」について臨床現場においても実感する機会は多いと思います。医学・医療の面でも「高齢化」という要素は治療方針の決定や選択肢のスペクトラムに新たな議論をひきおこす場合もあるかもしれません。またそんな高齢化社会とも密接に関わり合い、支える地域医療の重要性はますます高まるばかりです。皆さんが考えるこれからの高齢化社会、地域医療に適応し必要とされる医療、医師、医学についてご意見をご発表いただきたい。

ファシリテーター …………… 旭川医科大学 長谷部 直 幸
長崎大学 川 上 純

公開討論会

14:10 ~ 14:50

[ホール B5]

* 「公開討論会」とは、今後大きな問題となる内科領域の重要な3つのテーマを抄録より選定された指定発言者（医学生・研修医）の意見を踏まえ、テーマごとにファシリテーターの司会にてそのテーマに興味をお持ちの医学生・研修医の方々と討論をおこなう企画となります。どなたでもご参加いただけます。

* 各討論会に参加された医学生・研修医の中より、Debateの内容を審査し、テーマ毎に「優秀討論者」を顕彰いたしますので、是非ご参加いただき、活発なご討論をお願いいたします。

テーマ1 キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？

ファシリテーター 聖マリアンナ医科大学 柴垣有吾
京都大学 柳田素子

- 1 **指定発言者** 内科医として多くの夢を実現するため
医学部在籍中にできることを実行する。 千葉大学 伊豆永晃子 53
- 2 **指定発言者** 女性医師の理想像を考える 浜松医科大学 山本実果 54
- 3 私の目指す医師像 東北医科薬科大学 相川正考 55
- 4 内科医としての経験を生かした医療・社会システムの改善
～多様性の導入とキャリア形成の視点から～ 神戸中央病院 佃綾乃 56
- 5 経験と学問に基づいた医療 昭和大学 松根佑典 57
- 6 キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？ 東北医科薬科大学 田中聖人 58
- 13 学会ガイドラインに準じる診療が重要である現代臨床で、医学生が心掛けるべき
初期研修、後期研修4年間の人生における意義 千葉大学 神田珠莉 59

テーマ2 これからの医療におけるAIと医工連携に期待すること

ファシリテーター 東京大学 東隆
東京大学 中井陽介

- 7 **指定発言者** これからの医療におけるAIと
医工連携に期待すること 東北医科薬科大学 奈良井大輝 60
- 8 コグニティブ・コンピューティング・システム時代の到来
～医師との関わり～ 山形大学 柳谷稜 61
- 9 ケアサイクル全体の枠組みの中で、AI“に”活用されるのではなく
AI“を能動的に”活用することで患者中心の医療を実現する。 ... 千葉大学 右田修介 62
- 10 医療現場における人工知能技術の活用および
医工連携への期待と課題 東北医科薬科大学 石山良生 63

テーマ3 研修医の視点からの高齢化社会と地域医療

ファシリテーター 旭川医科大学 長谷部直幸
長崎大学 川上純

- 11 **指定発言者** 社会人経験者である研修医の視点からの
高齢化社会と地域医療 旭川医科大学 久木田新 64
- 12 **指定発言者** 地域基幹病院での研修を通してみえる
高齢者医療と地域医療 市立福知山市民病院 久瀬雄介 65

15	「人生の終え方」を考える ～二次救急を担う地域急性期病院の現場から～	埼玉協同病院	松原 浩太	66
16	地域医療を考える～健康先進国日本を目指して～	松下記念病院	湯浅 健人	67
17	「地域医療におけるこれからの総合内科医」	沖縄県立中部病院	徳増 一樹	68
18	高齢化社会と地域医療における総合診療医の可能性	東北医科薬科大学	一戸 護	69

討論発表会

14:50～15:10

[ホール B5]

総合司会 川上 純 (長崎大学)

*各テーマにおいて、座長より推薦された「優秀討論者」が、そのテーマについて要約をおこない、自身の意見等を含め、参加者に向けて発表いたします。

実践内科塾 2017

15:20～16:20

[ホール B5]

モデレーター・司会 生坂 政臣 (千葉大学)

プレゼンター 野田 和敬 (千葉大学)

この企画は、内科領域の各分野のスペシャリストをモデレーターとしてお招きし、臨床上大変重要でかつ間違えやすい疾患や、解決に時間を要する難解な疾患など、症例を説明しながら解説していく相互討議形式の講義です。出題される問題は奇抜な内容というよりはむしろオーソドックスな良問を取り揃えています。本企画は学生や研修医のみだけでなく、一般臨床で活躍されている先生方にも大変勉強になる内容です。

— 討論登壇者 (研修医) —

福田 太郎 (自治医科大学)

松島 慶央 (久留米大学)

竹原 朋宏 (慶應義塾大学)

荒井 宏之 (京都大学)

表彰式・懇親会 (Meet the mentor)

16:20 ~ 17:30

[ホール B7]

*各受賞者の表彰式の後、参加者皆様の懇親会を行います。

受賞者には、賞状と副賞として **Up to Date** モバイルアクセス1年間分の契約キーまたは、内科学会ロゴ入り「聴診器(188Ⅱ)」を進呈し、今後のさらなる飛躍の糧としてご利用いただき、その演題を指導された先生には指導教官賞を贈呈します。

Mentor

- ・工藤 翔二 (結核予防会 理事長)
- ・柴垣 有吾 (聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科)

*Meet the mentorとは、普段、身近に接する機会の少ない先生方 (メンター:mentor) と、軽食を取りながら、専門家としての生き方、考え方を語るカジュアルなミーティングです。

プレナリーセッション（ポスターセッションより選出）10 演題

9:00～10:30

[ホール B5]

座長：伊佐山 浩 通（順天堂大学）

建 石 良 介（東京大学）

プレナリーセッション 演題一覧（口述6分 質疑2分）

27. 消化管病変により蛋白漏出性胃腸症を呈した
サルコイドーシスの1例 …………… 札幌医科大学 高 田 夢 実他6名 …………… 79
91. 抗 SRP 抗体陽性壊死性ミオパチー関連心筋症の一例 …………… 旭川医科大学 早 坂 太 希他9名 …………… 95
116. 小細胞肺癌鞍上部転移により
視床下部性下垂体前葉機能低下を呈した1例 …………… 湘南鎌倉総合病院 小 野 亮 平他7名 ……………101
175. 家族性糖尿病の鑑別診断を実施した腎移植待機患者 …………… 筑波大学 原 田 拓 也他8名 ……………116
204. 自動陽イオン交換法（HPLC）による HbA_{1c} 測定を契機に発見された
ヘモグロビン（Hb）異常症の一例 …………… 群馬県済生会前橋病院 田 村 美 樹他7名 ……………124
236. 末期腎不全患者におけるセフェピム脳症についての臨床的検討 …… 虎の門病院 中 川 諒他7名 ……………132
251. 抗 IL-17 抗体で疾患制御しえた乾癬合併の治療抵抗性
ループス腎炎の一例 …………… 産業医科大学 佐 藤 友梨恵他9名 ……………135
282. 第2期梅毒に髄膜炎を合併したと考えられる1例 …………… 自治医科大学 湊 さおり他7名 ……………143
299. 結腸癌の化学療法中にリステリア髄膜炎をきたした一例 …… 大崎市民病院 吉 田 裕 也他4名 ……………147
186. ELISA で測定した抗 MDA5 抗体価の皮膚筋炎合併間質性肺障害（PM/DM-ILD）
における臨床的意義 …………… 久留米大学 古 賀 琢 眞他8名 ……………119

一般演題 ポスターセッション

〔第1ブース〕

消化器①

座長 (1～6).....	東京大学	建石良介	
	東京通信病院	光井洋	
1. アラジール症候群に発生した多発肝細胞癌の一例	公立陶生病院	長江翔平他8名	73
2. Direct acting Antiviral Agents にて蛋白尿の改善が見られた HCV 関連腎症の一例	金沢大学	堀智裕他4名	73
3. B型慢性肝炎治療中に生じた肝原発性悪性リンパ腫の一例 ..	小牧市民病院	吉田武之輔他9名	73
4. 健常人における非侵襲的肝脂肪量測定の有用性	愛媛大学	山田七海他9名	73
5. B型慢性肝炎に対しエンテカビル (ETV) 導入後, 自己中断により不幸な転帰を辿った一例	東京大学	青野仁美他6名	74
6. 治療に難渋したうつ病併重症アルコール性肝硬変の1例 ..	東北公済病院	首藤彰他7名	74

消化器②

座長 (7～12)	東京大学	大塚基之	
	日本赤十字社医療センター	吉田英雄	
7. 緊急入院患者の在院日数とそれに影響を与える因子 ～医療費の適正化をめざして～	松下記念病院	湯浅健人他7名	74
8. 食道胃静脈瘤の治療時のルストロンボグ投与が有用であった 高度の血小板減少を伴う肝硬変の1例	埼玉医科大学	飯淵顕他9名	74
9. 感染経路が不明であったE型肝炎の一例	庄原赤十字病院	鳴戸謙輔他9名	75
10. 拡張型心筋症による重症心不全加療中に門脈ガス血症を呈した一例	島根大学	兒玉康秀他9名	75
11. 臍切除術後の脂肪肝におけるカルニチン製剤の有用性	川崎医科大学	三澤拓他8名	75
12. 男性医師の育児中の働き方の実態と子育て世代の 男性医師を支える制度づくりの検討	浜松医科大学	徳山喜心他5名	75

〔第2ブース〕

消化器③

座長 (13～18).....	東京大学	平田喜裕	
	JR 東京総合病院	岡本真	
13. 慢性腎不全に合併した進行食道癌に対して 5-FU+ シスプラチン + 放射線療法が有効であった一例	金沢大学	前田悠智他3名	76
14. 胃全摘術後12年でビタミンB12欠乏症状が顕在化した一例	石巻赤十字病院	野添大輔他4名	76
15. 上部消化管造影検査後に腸閉塞をきたした1例	筑波大学	足立真穂他5名	76
16. 回盲部に発生したMALTリンパ腫の1例	石巻赤十字病院	木谷優介他2名	76
17. 慢性下痢と心窩部痛から診断した 好酸球性胃腸炎の一例 ..	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	山城俊樹他7名	77
18. Dual antiplatelet therapy (DAPT) 中に発症した 食道壁内血腫の一例	松本協立病院	光武鮎他4名	77

消化器④

座長 (19 ~ 24)	東京大学	山 道 信 毅	
	三楽病院	和 田 友 則	
19. 当院における急性出血性直腸潰瘍の臨床的特徴	生長会府中病院	高 橋 諒他 2 名	77
20. 診断に難渋した小腸悪性リンパ腫の一例	宮崎大学	中 島 知太郎他 6 名	77
21. 大腸癌多発肝転移に併発した肝膿瘍・骨盤内膿瘍の一例	東京大学	瀬戸口 尚 登他 9 名	78
22. 消化管出血を契機に診断した遺伝性出血性毛細血管拡張症の 1 例	宮崎大学	石 崎 友 梨他 6 名	78
23. SGLT2 阻害薬とセツキシマブの併用が著効を呈したと考えられる 肝転移を伴った糖尿病合併大腸癌の 1 例	群馬大学	須 永 匡 一他 6 名	78
24. 造血幹細胞移植後の Graft versus host disease 関連腸炎と 感染性腸炎の臨床病理学的比較検討	札幌医科大学	大和田 紗 恵他 6 名	78

[第 3 ブース]

消化器⑤

座長 (25 ~ 30)	東京警察病院	小 椋 啓 司	
	東芝病院	松 原 康 朗	
25. 再発性アルコール性急性性膵炎を契機に発見された 膵上皮内癌の 1 例	川崎医科大学	藤 本 康 人他 8 名	79
26. 腹部エコーによる膵短径観察が自己免疫性膵炎の経過に 有用であった一例	株式会社日立製作所日立総合病院	越 智 正 憲他 8 名	79
27. 消化管病変により蛋白漏出性胃腸症を呈した サルコイドーシスの 1 例	札幌医科大学	高 田 夢 実他 6 名	79
28. 腸重積を呈した STK11 遺伝子全欠失型 Peutz-Jeghers 症候群の 1 例	札幌医科大学	山 本 崇 史他 6 名	79
29. 腸管スピロヘータを認めた好酸球性腸炎と腸重積症の一例	松波総合病院	児 玉 篤 典他 5 名	80
30. 胃 MALT リンパ腫が疑われたリンパ増殖性疾患の一例	慶應義塾大学	石 垣 星他 6 名	80

消化器⑥

座長 (31 ~ 37)	東芝病院	山 本 夏 代	
	東京大学	伊地知 秀 明	
31. 膵臓原発播種性骨髄癌症の一例	上尾中央総合病院	小 林 秀 彰	80
32. 下垂体機能低下症を伴った自己免疫性膵炎の 1 例	順天堂大学	黒 澤 太 郎他 9 名	80
33. 胆嚢原発神経内分泌癌に皮膚筋炎を合併した一例	東京大学	黒 川 優 太他 9 名	81
34. 肝細胞癌様の画像所見を呈した 胆管過形成の一例	国立病院機構北海道医療センター	米 村 洋 輝他 10 名	81
35. 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) で 結核性リンパ節炎の確定診断に至った一例	横浜市立大学	山 本 奈央子他 9 名	81
36. 制酸薬服用中の高齢女性に発症した Phlegmonous Gastritis の一例	湘南鎌倉総合病院	成 志 弦他 2 名	81
37. 腸回転異常, 膵体尾部欠損, 多脾のほか 多彩な先天異常を合併した急性胆嚢炎の事例	埼玉協同病院	松 村 憲 浩他 1 名	82

〔第4ブース〕

循環器①

座長 (38～43)……………	東京大学	武 田 憲 彦	
	帝京大学	上 妻 謙	
38. 8つの冠動脈瘤が連なり肺動脈瘻を呈した一例……………	小牧市民病院	全 並 正	人他9名…………… 82
39. 家族性高コレステロール血症による冠動脈疾患への寄与……………	一宮西病院	藤 井 将	人他7名…………… 82
40. ST上昇型急性心筋梗塞の発症から受診までの時間と性差の検討 一岩手県心疾患登録パイロット事業の解析から……………	岩手医科大学	峯 田 武 典	他9名…………… 82
41. 肺悪性腫瘍精査目的で抗血小板薬休薬中に、超遅発性ステント血栓症を繰り返した一例 一剖検から得られた知見……………	浜松医科大学	海 野 響 子	他9名…………… 83
42. 産後慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下および2次性高LDLコレステロール血症から 虚血性心筋症を来した1例……………	田附興風会医学研究所北野病院	濱 口 桃 香	他7名…………… 83
43. 洞機能不全症候群に合併した難治性冠攣縮性狭心症に対し 入院管理下で薬剤調整を行った一例……………	埼玉医科大学	豊 崎 雄 一	他8名…………… 83

循環器②

座長 (44～49)……………	横浜市立大学	小 菅 雅 美	
44. 急性心筋梗塞に合併した心室重複破裂に対し手術を行うも、 術後経過中に再度心室中隔穿孔を発症した一例……………	府中病院	木 村 薫	他9名…………… 83
45. 急性心筋梗塞治療経過中の徐脈を伴う心原性ショックに対して心室ペーシングに 心房ペーシングの追加が有効であった1例……………	奈良県西和医療センター	足 立 詩 織	他7名…………… 84
46. 経皮的心肺補助装置(PCPS)により救命し得た 心室細動を伴った急性下壁心筋梗塞の一例……………	新潟大学	鴨 田 知 明	他7名…………… 84
47. 原発性冠動脈解離による急性冠症候群の一例……………	日本海総合病院	須 田 健 生	他9名…………… 84
48. ベジタリアンに発症した急性心筋梗塞の1例……………	聖隷三方原病院	光 定 聖 弥	他8名…………… 84
49. 心肺停止の原因精査にエルゴノビン負荷試験が 有用であった一例……………	国立病院機構東広島医療センター	後 藤 和 貴	他7名…………… 85

〔第5ブース〕

循環器③

座長 (50～55)……………	東京大学	藤 生 克 仁	
50. 妊娠を契機に持続化した心房細動に対して 出産後のカテーテルアブレーションが奏功した1例……………	金沢大学	堀 麗 菜	他9名…………… 85
51. 発作性心房細動に対する薬物療法中に発作性心室細動を契機に診断された Brugada症候群の一例……………	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	他7名…………… 85
52. 冠攣縮性狭心症を契機に、心室細動による失神を発症した 高齢Brugada症候群の一例……………	浜松医科大学	青 島 広 幸	他9名…………… 85
53. ANK2遺伝子変異を認めた右室調節帯起源の心室性期外収縮による 特発性心室細動の1例……………	慶應義塾大学	一之瀬 愛	他9名…………… 86
54. 経静脈植え込み型除細動器の植え込みを行いQT時間の短縮とともに良好な経過を認めた 先天性QT延長症候群の一例……………	新潟大学	須 田 友 海	他9名…………… 86
55. 夜尿症を呈した高度房室ブロックの一例……………	市立秋田総合病院	安 部 誓 也	他4名…………… 86

循環器④

座長 (56 ~ 61).....	東京大学	瀧本英樹	
	国際医療福祉大学	田村雄一	
56. 活動性が明らかでないにもかかわらず肺動脈性肺高血圧症を発症した 混合性結合組織病 (MCTD) の1例	浜松赤十字病院	加藤友紀子他8名	86
57. 肺高血圧を呈した進行胸腺癌の一例	東京大学	北岡寛己他6名	87
58. 高齢者の肺動脈性肺高血圧症の 診断治療に難渋した一例	佐久総合病院佐久医療センター	原納 遥他8名	87
59. pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) による 肺高血圧の一剖検例	新潟大学	土谷浩 気他4名	87
60. 右側臥位にて低酸素血症を呈する Platypnea-Orthodeoxia syndrome の一例	平塚市民病院	都築 一平他6名	87
61. 血圧の日内変動における Azilsartan の効果について	一宮西病院	森山 智仁他8名	88

[第6ブース]

循環器⑤

座長 (62 ~ 67).....	東京大学	大門雅夫	
62. 高齢で発見された肺動脈弁狭窄症の一例	浜松赤十字病院	中村和也他8名	88
63. 重症大動脈弁狭窄症に急性心筋梗塞を合併し、 心破裂を生じた一例	新潟大学	内藤喜浩	88
64. 術後早期に生体弁劣化による 急性大動脈弁閉鎖不全症を認めた一例	慶應義塾大学	佐藤 翠他9名	88
65. 人工心肺使用下手術前に新鮮凍結血漿を投与し ACT を指標にして大動脈弁置換術を行った 血液凝固第XII因子欠乏症の一例	埼玉医科大学	神田 さやか他5名	89
66. 外傷性三尖弁閉鎖不全症の一例	島根大学	茂木 香織他8名	89
67. 透析患者の僧帽弁輪近傍を起源とし急速に増大した 乾酪様石灰化病変に対する1手術症例	国立病院機構東広島医療センター	清水 大輔他7名	89

循環器⑥

座長 (68 ~ 72).....	東京大学	渡辺昌文	
	菊名記念病院	本江純子	
68. 急性大動脈解離 (stanford B型) 患者に対し、上限血圧値の運動強度をCPX で評価して 厳密な血圧管理をおこなった一例	一宮西病院	水井大介他8名	89
69. 血管内治療によって救命し得た 膵十二指腸動脈瘤破裂の1例	奈良県西和医療センター	住田 真理子他6名	90
70. 腹腔動脈解離を保存的治療で治療した1例—当院10年間での孤立性腹部動脈解離の 臨床症状・治療・経過の検討をふまえて—	友愛会豊見城中央病院	上原 康輝他6名	90
71. 慢性期大動脈解離のフォロー中に腹痛を主訴に来院した 急性腹腔動脈解離の一例	生長会府中病院	浅野 数男他9名	90
72. 灌流指標を用いたPADスクリーニング	松下記念病院	大槻 健太他9名	90

〔第7ブース〕

循環器⑦

座長 (73～78).....	自治医科大学	今井 靖	
73. 修正大血管転位症に対し三尖弁置換術を行い 機能的左室収縮能が改善した一例	埼玉医科大学	船登 智 将他 6名	91
74. 心室中隔欠損症術後残存シャントにより後天性肺動脈弁下部狭窄を 形成した一例	公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院	岩野 光 佑他 8名	91
75. 心臓 CT を成人先天性心疾患の診療に活かす。 適切な CT 撮影プロトコルのポイントの作成	千葉大学	神田 珠 莉他 3名	91
76. バルサルバ洞動脈瘤破裂を合併した 心室中隔欠損症の一例	聖マリアンナ医科大学	佐伯 まどか他 9名	91
77. 体外式・植え込み型ループレコーダーが診断に有効であった 心原性失神の 2 例	聖マリアンナ医科大学	佐藤 瑛一郎他 9名	92
78. Rate fading, Closed Loop Stimulation (CLS) 機能を有する DDD ペースメーカー植込みを行った 心抑制型神経調節性失神の 1 例	聖隷三方原病院	白井 祐 輔他 8名	92

循環器⑧

座長 (79～84).....	東京大学	池田 祐一	
	北里大学	東條 美奈子	
79. 左房内腫瘍を合併した悪性リンパ腫の一例	福岡赤十字病院	福地 源司郎他 5名	92
80. 感冒様症状で受診した心臓脂肪肉腫の一症例	日本海総合病院	村上 成人他 6名	92
81. 心嚢腔内に発生した 肺動脈起源の悪性神経鞘腫瘍の一例	みやぎ県南中核病院	佐藤 大二郎他 9名	93
82. 当院における感染性心内膜炎 70 例の検討	友愛会豊見城中央病院	嘉数 真 教他 6名	93
83. 肺胞出血を併発したと考えられた感染性心内膜炎の 1 例	金沢医科大学	古村 芳 樹他 6名	93
84. 診断が困難だった結核性心膜炎の 1 例	菊名記念病院	永井 誠 一	93

〔第8ブース〕

循環器⑨

座長 (85～90).....	東京慈恵会医科大学	名越 智 古	
85. トルバプタン継続投与により心不全の再入院までの 期間が延長した一例	一宮西病院	藤野 智 哉他 8名	94
86. ステロイド治療で重症僧帽弁閉鎖不全が改善した 心臓サルコイドーシスの一例	埼玉医科大学	加藤 里 絵他 5名	94
87. 再燃の予測に 12 誘導心電図が有用であることが示唆された 心サルコイドーシスの一例	自治医科大学	河内 大他 1名	94
88. 短期間に心不全を繰り返す高齢者で AL 型心アミロイドーシスと診断した一例	埼玉医科大学	田中 尚 道他 6名	94
89. ペースメーカー造設および房室接合部に対する高周波カテーテルアブレーションが心不全コントロールに 有効であった閉塞性肥大型心筋症の一例	聖マリアンナ医科大学	小松 理沙子他 9名	95
90. 心原性ショックを合併したたこつぼ型心筋症の 1 例	近畿大学	松浦 剛 郎他 7名	95

循環器⑩

座長 (91 ~ 95).....	東京大学	森 田 啓 行	
	慶應義塾大学	河 野 隆 志	
91. 抗 SRP 抗体陽性壊死性ミオパチー関連心筋症の一例	旭川医科大学	早 坂 太 希他 9 名	95
92. 抗がん剤心毒性と考えられる心機能低下を生じた症例	大阪医科大学	森 山 禎 之他 7 名	95
93. 繰り返す冠動脈狭窄に対する治療を経て Fabry 病の診断に至った アルコール依存症の左室肥大症例	聖マリアンナ医科大学	長 坂 智 裕他 9 名	96
94. 臨床所見と心筋病理所見の経過に乖離があった 好酸球性心筋炎の 1 例を振り返る	三重大学	水 谷 花 菜他 9 名	96
95. 心電図異常, 心機能低下を伴う hypereosinophilic syndrome の原因が 住血吸虫感染症であった 1 例	聖隷三方原病院	梅 田 和 佳他 7 名	96

[第 9 ブース]

循環器⑪

座長 (96 ~ 102)	東京大学	武 田 憲 文	
96. 広範型肺血栓塞栓症による院外心肺停止蘇生後, Lance-Adams 症候群をきたしたが 自宅復帰可能となった一例	浜松赤十字病院	鈴 木 佑 一他 8 名	96
97. 造影 CT 検査で陰影欠損が確認できなかった 肺塞栓の 1 例	日本赤十字社和歌山医療センター	重 里 徳 子他 2 名	97
98. 上肢虚血症状で発症した急性肺血栓塞栓症の 1 例	三重大学	畑 中 友 秀他 9 名	97
99. 巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症から 肺動脈塞栓をきたした一例	聖マリアンナ医科大学	光 定 健 太他 9 名	97
100. 鉄欠乏性貧血を契機に深部静脈血栓症を発症した 若年女性の 1 例	呉医療センター	中 川 垂 耶他 9 名	97
101. 非広範型肺血栓塞栓症を合併した特発性近位型深部静脈血栓症に対して リバーロキサパン単剤療法で治療し得た一例	生長会府中病院	谷 村 卓 哉他 9 名	98
102. 膀胱癌に対し自然排尿型代用膀胱を造設された患者で, 人工膀胱の圧迫により深部静脈血栓症を来たした 1 例	長野中央病院	上 條 千 太他 2 名	98

[第 10 ブース]

内分泌①

座長 (103 ~ 107).....	京都大学	八十田 明 宏	
	東京大学	伊 東 伸 朗	
103. デュロキセチン (S N RI) 内服中に 低ナトリウム血症と緑内障発作を認めた一例	上尾中央総合病院	山 根 史 嗣他 1 名	98
104. ビタミン D 中毒による急性腎障害によって シベンゾリンコハク酸中毒に至った一例	埼玉協同病院	石 濱 智奈美他 4 名	98
105. 高 Ca 血症にて発見され診断に苦慮したサルコイドーシスの 1 例 ..	昭和大学	和 田 紗矢香他 6 名	99
106. 多彩な合併症から異所性副甲状腺による原発性副甲状腺機能亢進症 (PHPT) の 診断に至った 1 例	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	永 富 駿 平他 2 名	99
107. 来院時 Walled-Off Necrosis (WON) に消化管潰瘍を合併していた 慢性経過の高 Ca 血症の事例	埼玉協同病院	尾 内 綾他 1 名	99

内分泌②

座長 (108 ~ 112).....	東京大学	榎 田 紀 子	
	群馬大学	佐 藤 哲 郎	
108. バセドウ病母体児に認めた巨大甲状腺腫の推移を 観察し得た一例	富山県立中央病院	田 中 彰 子他 6 名	99
109. 異所性 ACTH 症候群を呈した 肝内多発神経内分泌腫瘍の 1 例	金沢医科大学	小 倉 慶 雄他 9 名	100
110. 徐脈頻脈症候群を合併した 甲状腺クリーゼの一例	東近江総合医療センター	武 村 秀 孝他 5 名	100
111. 胎盤血管腫に起因する甲状腺中毒症をきたした 母児の経過と病理	金沢大学	北 山 祥 平他 2 名	100
112. 中枢性尿崩症を合併した EGPA (好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) の一例.....	京都大学	中 尾 真 也他 9 名	100

[第 11 ブース]

内分泌③

座長 (113 ~ 118).....	名古屋大学	有 馬 寛	
	虎ノ門病院	竹 内 靖 博	
113. ランレオチド術前投与が有用であった GH 産生下垂体腺腫例と術前 SSA 投与の 臨床効果に関する後方視的検討	千葉大学	竹 内 幹 人他 4 名	101
114. リンパ球浸潤を伴う限局性視床下部炎と診断した 汎下垂体機能低下症の一例	長崎大学	石 橋 麗 雅他 7 名	101
115. 異所性 ACTH 症候群を呈した小細胞肺癌の一例	府中病院	中 野 雅 信他 5 名	101
116. 小細胞肺癌鞍上部転移により 視床下部性下垂体前葉機能低下を呈した 1 例	湘南鎌倉総合病院	小 野 亮 平他 7 名	101
117. 認知機能障害, 筋力低下, 関節拘縮を呈した ACTH 単独欠損症の一例	金沢大学	中 山 智 裕他 4 名	102
118. 肺炎併発と副腎皮質機能低下症の顕在化の時期に乖離を認めた ACTH 単独欠損症の 1 例	川崎市立川崎病院	細 尾 真奈美他 4 名	102

内分泌④

座長 (119 ~ 124).....	横浜労災病院	西 川 哲 男	
	千葉大学	田 中 知 明	
119. 遺伝子診断が治療方針決定に有用であった遺伝性褐色細胞腫・ パラガングリオーマ症候群 (HPPS) の 1 例	和歌山県立医科大学	西 伸 幸他 9 名	102
120. 血小板増多により低 K 血症がマスクされた 副腎アルドステロン産生腺腫の一例	慶應義塾大学	小 杉 将太郎	102
121. 骨髄癌腫症に至った治療抵抗性悪性 パラガングリオーマの一例	金沢大学	有 賀 亮 太他 4 名	103
122. 視力低下の発症を契機に診断に至った 原発性アルドステロン症の 1 例	山形市立病院	山 口 直 樹他 6 名	103
123. 小児期より黄色腫を合併し, 早発性冠動脈疾患を契機に診断された シトステロール血症の一例	千葉大学	我 妻 久美子他 7 名	103

124. 精神症状及びイレウスを呈した褐色細胞腫の一例	昭和大	吉田輝	龍他6名	103
-----------------------------	-----	-----	------	-----

[第12ブース]

糖代謝①

座長 (125 ~ 129)	近畿大学	池上博司		
	京都大学	長嶋一昭		
125. 2型糖尿病患者における人工甘味料入りソフトドリンクの 摂取状況と臨床背景との関連	東京女子医科大学	鈴木麻耶	他3名	104
126. 著明な高血糖 (1620mg/dL) で意識障害が遷延した一例	東邦大学	岡橋愛子	他5名	104
127. 当院教育入院した2型糖尿病患者の骨粗鬆症とその背景	公立陶生病院	佐原和規	他5名	104
128. 糖尿病患者に関する医療訴訟からみた診療上の注意点	浜松医科大学	中根千夏	他3名	104
129. 入院中に発症し、初期研修医の診療が早期発見に繋がった SGLT2 阻害薬による DKA の一例	市立福知山市民病院	西村康裕	他7名	105

糖代謝②

座長 (130 ~ 134)	東京慈恵会医科大学	森	豊	
130. 2型糖尿病患者における保険給付割合と血糖コントロール	松下記念病院	吉武英隆	他7名	105
131. mTOR 阻害薬による糖尿病発症・増悪の臨床的検討	岡山大学	中村悠	大他4名	105
132. SH 基を有さない経皮抗菌薬および漢方薬がリンパ球を刺激した HLA-DRB1*0406 陽性インスリン自己免疫症候群の一例	金沢大学	百木菜摘	他4名	105
133. 持続糖濃度測定装置 (CGMS) を用いた1型糖尿病患者における 重症無自覚低血糖のリスクの検討	東京女子医科大学	五月女浩子	他3名	106
134. 当院における GLP-1 受容体作動薬「デュラグルチド週1回製剤」の 2型糖尿病患者に対する使用成績	公立陶生病院	清水里恵	他7名	106

[第13ブース]

糖代謝③

座長 (135 ~ 140)	滋賀医科大学	卯木	智	
135. mTOR 阻害薬エベロリムスにより 血糖増悪した3症例の病態解析	金沢大学	谷村	純	他3名 106
136. アルコール性低栄養による複合的な電解質異常の管理中に 呼吸筋麻痺を来した一例	滋賀医科大学	大井雅之	他6名	106
137. 高インスリン血症を呈し、妊娠中に多量のインスリン投与を必要とした 妊娠糖尿病一点陽性の一例	慶應義塾大学	荒巻由紀	他9名	107
138. 水疱性類天疱瘡の発症に DPP-4 阻害薬との関連が疑われた3症例	京都大学	平田理子	他9名	107
139. 糖尿病性舞蹈病を随伴した超高齢発症1型糖尿病の1例	筑波大学	伊藤	惇	他5名 107
140. 敗血症により低血糖、痙攣を呈したと考えられた 血液透析患者の1例	名古屋第二赤十字病院	田口備	教	他5名 107

〔第 14 ブース〕

腎臓①

- 座長 (141 ~ 147)..... 杏林大学 要 伸 也
141. ANCA 関連腎炎 3 例の診断, 治療, 予後について 済生会茨木病院 安 田 康 祐他 5 名108
142. mPSL パルス+リツキサシ単回投与にて寛解となった
ANCA 関連血管炎 (AAV) 1 例 石巻赤十字病院 小 島 慶 恵他 4 名108
143. スニチニブ, バゾパニブ治療中に心筋梗塞や好酸球性多発血管炎肉芽腫症を来した
血液透析中の腎細胞癌術後転移症例の一例 虎の門病院 小笠原 暢 彦他 7 名108
144. ループス腎炎 (LN) の維持療法でプレドニゾロン (PSL), シクロスポリン (CyA), ミコフェノール酸
モフェチル (MMF) 併用療法を導入した 1 例 自治医科大学 神 永 洋 彰他 6 名108
145. 顕微鏡的多発血管炎の再燃に対して
リツキシマブ投与により寛解を得た一例 京都大学 澤 井 大 樹他 3 名109
146. 診断に難渋した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
(EGPA) の一例 沖縄県立中部病院 吉 良 匠 平他 1 名109
147. 同種末梢幹血細胞移後の慢性移植片対宿主病に対する PSL 療法中に
ANCA 関連腎炎を発症した 1 例 奈良県立医科大学 板 野 明 子他 9 名109

腎臓②

- 座長 (148 ~ 154)..... 東京慈恵会医科大学 横 尾 隆
虎の門病院 乳 原 善 文
148. Alagille 症候群を背景にした慢性腎臓病の長期経過観察例 東北大学 大 庭 慎 也他 5 名109
149. IV 型コラーゲン $\alpha 4$ 鎖変異による常染色体優性
アルポート症候群と診断した一例 京都大学 白波瀬 愛他 7 名110
150. MGRS の中で鑑別を要した
イムノタクトイド腎症と考えられる一例 諏訪中央病院 福 岡 翼他 4 名110
151. 萎縮腎で尿蛋白軽微な AL アミロイドーシスの一例 諏訪中央病院 光 田 栄 子他 5 名110
152. 蛍光抗体法と LC-MS/MS 解析から
AHL アミロイドーシスが示唆された一例 熊本大学 杉 本 麻 美他 9 名110
153. 原発性マクログロブリン血症に伴う Light-chain deposition disease の
尿細管障害の一例 京都大学 牧 野 愛 子他 4 名111
154. 臨床背景から腎原疾患をネフロン癆と疑い,
遺伝子検査にて診断しえた腎移植症例 神戸大学 向 江 翔 太他 6 名111

〔第 15 ブース〕

腎臓③

- 座長 (155 ~ 160)..... 埼玉医科大学 岡 田 浩 一
東京大学 加 藤 秀 樹
155. Thrombotic microangiopathy (TMA) を発症した
抗 MDA-5 抗体陽性皮膚筋炎の一例 京都大学 伊 藤 彰 仁他 5 名111
156. 魚介類摂取後に顕在化するも自然軽快を繰り返す
非典型溶血性尿毒症症候群 (aHUS) の一例 虎の門病院 小 堀 清 子他 9 名111
157. 高血圧緊急症の急性期病態における腎・脳・眼底の臓器障害の相互連動性:
20 症例の解析 東北大学 船 山 由希乃他 4 名112

158. 再発性大腸癌に対し分子標的薬を含む化学療法中に発症した結晶性腎症のため 血液透析導入となった一例	虎の門病院	大 島 洋	一他 9 名	112
159. 全身浮腫と血小板減少, 全身リンパ節腫脹をきたし腎不全・脳出血を併発して死亡, 病理解剖を行った 1 症例	国際医療福祉大学	佐 藤 雄 亮		112
160. 妊娠高血圧腎症に対して腎生検を行った 1 例	三重大学	山 手 崇 志	他 9 名	112
腎臓④				
座長 (161 ~ 167)	東海大学	和 田 健 彦		
	東京大学	川 上 貴 久		
161. C 型肝炎あるいは悪性腫瘍の原因鑑別に苦慮した 膜性増殖性糸球体腎炎の一例	筑波大学	島 田 憲 佑	他 8 名	113
162. ダサチニブによる慢性骨髄性白血病 (CML) の治療中に ネフローゼ症候群を発症した一例	宮崎大学	落 合 彰 子	他 7 名	113
163. 急速進行性の腎機能障害より判明した IgG4 関連腎臓病の 1 例	大阪赤十字病院	土 井 響	他 7 名	113
164. 腎炎が紫斑に先行した IgA 血管炎の一例	京都大学	福 西 愛	他 5 名	113
165. 特発性膜性腎症の疾患活動性マーカーとしての PLA2R 抗体の可能性 ~同一症例に複数回測定した経験から~	京都大学	宮 本 将 太	他 8 名	114
166. 微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) に 肺血栓塞栓症を伴った一例	石巻赤十字病院	呂 聞 東		114
167. 本態性血小板血症に関連した分節状糸球体硬化病変を伴った IgA 腎症の一例	川崎医科大学	二ノ宮 壮 広	他 9 名	114

[第 16 ブース]

腎臓⑤

座長 (168 ~ 173・315)	東北大学	阿 部 倫 明		
168. Idiopathic systemic capillary leak syndrome の 1 例	大津赤十字病院	清 水 葉 子	他 2 名	114
169. うつ病, 体動困難で 20 年以上前から入退院を繰り返していた distal convoluted tubule DC1type (Gitelman 症候群) の確定診断例	埼玉協同病院	竹 内 洋	他 2 名	115
170. ステロイド・LDL-アフェレーシス・免疫抑制剤の併用により軽快した 巣状分節性糸球体硬化症 (FSGS) の 1 例	自治医科大学	小 森 健二朗	他 8 名	115
171. ループ系利尿薬による低 K 血症誘発性横紋筋融解症の一例	長野中央病院	永 瀬 裕一朗	他 3 名	115
172. 遠位尿細管の NaCl 共輸送体機能不全が原因と考えられ 5 型 Bartter 症候群を呈した 常染色体優性低カルシウム血症の 1 例	小牧市民病院	木 田 健 介	他 6 名	115
173. 繰り返す発熱の経過中に, 突然高 Ca 血症を呈し, 皮膚生検にて肉芽腫性疾患と診断された 血液透析患者の 1 例	筑波大学	松 田 峰 史	他 8 名	116
315. 血液透析 33 年を経て発症した多発性骨髄腫に対して ボルテゾミブ+デキサメタゾン併用療法を施行した一例	虎の門病院	藤 川 莉 那	他 9 名	116

腎臓⑥

座長 (174 ~ 179)	自治医科大学	長 田 太 助		
	東京大学	田 中 哲 洋		
174. レボフロキサシン (LVFX) とステロイド (PSL) の併用後に アキレス腱炎を発症した末期腎不全の 1 例	自治医科大学	大 畑 澄 枝	他 9 名	116
175. 家族性糖尿病の鑑別診断を実施した腎移植待機患者	筑波大学	原 田 拓 也	他 8 名	116

176. 家族歴から診断に至った Fabry 病女性の一例	石巻赤十字病院	野添大輔他2名	117
177. 胸腔鏡下に治療した腹膜透析患者の横隔膜交通症	三重大学	間瀬陽子他9名	117
178. 腎摘後の創傷治癒が経腸栄養により著明に改善した 腎膿瘍合併血液透析患者の1例	自治医科大学	小野友輔他9名	117
179. 尿路感染契機発症の糖尿病ケトアシドーシスに抗生剤投与で 急性腎障害を併発した一症例	NTT 関東病院	川村万里子他8名	117

〔第17ブース〕

呼吸器①

座長 (180 ~ 185)	東京大学 国立国際医療研究センター	山内康宏 飯倉元保	
180. COPD 患者における禁煙治療失敗症例の特性の考察	浜松医科大学	寺澤美晴他6名	118
181. マンゴー生産に従事する農家に生じた間質性肺炎の一例	宮崎大学	内田泰介他7名	118
182. 器質化肺炎と類似した肺陰影を呈し、鑑別を要した 肺動脈血管肉腫の一例	岡山大学	松尾聡子他9名	118
183. 気流閉塞に伴う努力性呼吸困難を体感することが 禁煙に繋がるのか?	久留米大学	矢野千葉他8名	118
184. 消火剤吸引を契機とした肺胞蛋白症の1例	札幌医科大学	高橋晴香他9名	119
185. 造血幹細胞移植後に発症した器質化肺炎の一例	奈良県立医科大学	中川智裕他9名	119

呼吸器②

座長 (186 ~ 190)	関東中央病院 東京女子医科大学	高見和孝 多賀谷悦子	
186. ELISA で測定した抗 MDA5 抗体価の皮膚筋炎合併間質性肺障害 (PM/DM-ILD) における臨床的意義	久留米大学	古賀琢真他8名	119
187. Wegner 肉芽腫症の治療中に肥厚性硬膜炎を発症した一例	日本大学	森田博之他7名	119
188. 筋症状を有する抗 MDA5 抗体陽性の 間質性肺炎合併皮膚筋炎の1例	奈良県立医科大学	片岡良介	120
189. 再発性多発軟骨炎に対してステロイド・免疫抑制剤併用治療中に発症した M.abscessus による播種性非結核性抗酸菌症の一例	奈良県立医科大学	山崎安寿弥他6名	120
190. 反復する肺炎を契機に診断された 分類不能型免疫不全症 (CVID) の一例	沖縄県立中部病院	豊福尚旦他3名	120

〔第18ブース〕

呼吸器③

座長 (191 ~ 195)	NTT 東日本関東病院 慶應義塾大学	白井一裕 川田一郎	
191. オシメルチニブ投与に際し paradoxical response 類似の反応を示した EGFR 遺伝子変異型肺腺癌の1例	水戸協同病院	大内翔悟他6名	120
192. ニボルマブ投与後に pseudoprogression を来した 非小細胞肺癌の一例	福山市民病院	金道寛弥他3名	121
193. 原発性全身性 AL アミロイドーシスに Receptor for advanced glycation end-products (RAGE) 陽性肺腺癌を合併した1例	順天堂大学	永田一郎他8名	121

194. 難治性気胸に対し経気管支的な EWS (Endobronchial Watanabe Spigot) の充填が有効であった 2 症例	日本赤十字社長野赤十字病院	北川 幹 太他 8 名	121
195. 非小細胞肺癌重複癌治療後の孤立性脾臓転移に対し脾臓摘出を施行した一例	慶應義塾大学	石高 絵里子他 9 名	121
呼吸器④			
座長 (196 ~ 200)	国立国際医療研究センター 東京通信病院	佐藤 輝彦 渋谷 英樹	
196. ダウン症候群に合併し、マクロライド少量長期療法が有効であった Excessive dynamic airway collapse の 1 例	公立みつぎ総合病院	堀口 崇典他 3 名	122
197. 血液培養から Moraxella catarrhalis が分離された人工呼吸器関連肺炎の一例	沖縄赤十字病院	新里 広 大他 4 名	122
198. 誤嚥性肺炎に対する抗生剤の適正使用および医療経済に関する後方視的研究	総合病院厚生中央病院	高山 治利他 9 名	122
199. 再膨張性肺水腫をきたした月経随伴性気胸の 1 例	東京女子医科大学	市川 明日香他 9 名	122
200. 自己判断で放置したことにより脾梗塞、脾膿瘍を合併した肺動静脈瘻の一例	千葉大学	内藤 潤他 6 名	123

〔第 19 ブース〕

血液①

座長 (201 ~ 206)	災害医療センター	竹 迫 直 樹	
201. レジオネラ症を合併した TAFRO 症候群の一例	諏訪中央病院	藤川 裕 恭他 4 名	123
202. 亜鉛過剰摂取による銅欠乏で汎血球減少を来した例	信州大学	石川 龍 人他 2 名	123
203. 胃切後の破碎赤血球を伴う巨赤芽球性貧血の一例	獨協医科大学	松井 隆 之他 5 名	123
204. 自動陽イオン交換法 (HPLC) による HbA _{1c} 測定を契機に発見されたヘモグロビン (Hb) 異常症の一例	群馬県済生会前橋病院	田村 美 樹他 7 名	124
205. 著明な高グロブリン血症と骨融解をきたし多発性骨髄腫を疑われた 1 例	医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院	石堂 博 敬他 4 名	124
206. 慢性呼吸不全の原因がメトヘモグロビン血症と判明し、メチレンブルー投与で在宅酸素療法を離脱した一例	那覇市立病院	入部 康 弘他 4 名	124

血液②

座長 (207 ~ 212)	順天堂大学	原 田 浩 徳	
207. 3 回臍帯血移植を行った難治性腸管型 T 細胞リンパ腫の一例	京都大学	加藤 まどか他 6 名	124
208. MTX 関連リンパ増殖性疾患の化学療法中にたこつぼ型心筋症を発症した関節リウマチの一例	JCHO 東京山手メディカルセンター	高橋 孝 通他 5 名	125
209. 抗生剤投与後にアナフィラキシーショックに陥ったホジキンリンパ腫の 1 例	福井大学	松岡 紗 恵他 8 名	125
210. 再発難治性濾胞性リンパ腫の経過中に初感染と考えられる重症水痘症を発症した 1 例	東北大学	櫻井 一 貴他 7 名	125
211. 著名な好酸球増多で発症し好酸球性心筋炎を併発した成人 T 細胞性白血病・リンパ腫 (ATLL) の 1 例	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	中山 鈴他 1 名	125
212. 発症早期から継時的に観察し得た PEL like Lymphoma の 1 例	王子総合病院	石塚 理 恵他 6 名	126

〔第 20 ブース〕

血液③

- 座長 (213 ~ 218)..... 東京大学 中 崎 久 美
213. 軽症血友病 A 患者に発生したインヒビターの特性と
その原因について 愛媛大学 徳 本 大 起他 6 名126
214. ビタミン K 欠乏による凝固障害から消化管出血をきたした一例 ... 帝京大学 木 原 佳 南他 4 名126
215. 巨大血腫を来した後天性血友病 A の一例 京都府立医科大学 高 田 一 平他 2 名126
216. 血小板減少症の末梢血を用いた鑑別方法の検討 岩手医科大学 近 藤 有 佳他 6 名127
217. 抗リン脂質抗体陽性の特発性血小板減少性紫斑病に両側副腎梗塞および
多発肝膿瘍を発症した一例 福井県済生会病院 伊 藤 綾他 8 名127
218. 特発性血小板減少性紫斑病に対するステロイド治療の経過中に *Myroides odoratimimus* による
蜂窩織炎・菌血症を合併した一例 りんくう総合医療センター 大 井 和 哉他 3 名127

〔第 21 ブース〕

神経①

- 座長 (219 ~ 224)..... 東京大学 作 石 かおり
日本赤十字社医療センター 松 本 英 之
219. HTLV-1 キャリアに発症した
視神経脊髄炎スペクトラム疾患の 1 例 大阪医科大学 山 元 康 弘他 4 名127
220. Silent period の消失は破傷風の早期診断に有用である 大分大学 角 華 織他 7 名128
221. ステロイド及び駆虫剤の長期投与にて改善した好酸球性髄膜脳炎を呈した
広東住血線虫症の一例 ... 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 金 城 史 彦他 5 名128
222. 胸腺腫摘出後に顕在化した重症筋無力症の一例 NTT 東日本関東病院 大 坪 研 介他 5 名128
223. 帯状疱疹後に脊髄炎を発症した 35 歳男性例 昭和大学 金 井 貴 宏他 6 名128
224. 臍帯血移植後にヒトヘルペスウイルス 6 型 (HHV6) 再活性化に伴う
脳脊髄炎とギラン・バレー症候群を呈した一例 奈良県立医科大学 塩 田 智他 7 名129

神経②

- 座長 (225 ~ 230)..... 東京大学 林 俊 宏
225. くも膜下出血と尿崩症をきたした
下垂体卒中の一例 JA 長野厚生連長野松代総合病院 中 西 潤他 9 名129
226. 下垂体腺腫による下垂体卒中との鑑別に難渋した
下垂体炎の 1 例 獨協医科大学 五十嵐 晴 紀他 7 名129
227. 橋被蓋部傍正中中部梗塞による手掌・両側口症候群の 1 例 ... 生長会府中病院 小 阪 祥 子他 4 名129
228. 抗凝固療法のコントロールに難渋し病態の悪化を認めるも脳血管内治療により治療し得た,
潰瘍性大腸炎を背景とした脳静脈洞血栓症の一例 慶應義塾大学 窪 田 真 人他 5 名130
229. 最近 30 年間に渡る長期記憶の想起障害を呈した
内側側頭葉てんかんの一例 芳賀赤十字病院 峯 積 拓 巳他 3 名130
230. 前皮神経絞扼症候群 (ACNES) により腹痛を呈した
若年女性の 1 例 岡山大学 大 村 大 輔他 7 名130

〔第 22 ブース〕

神経③

座長 (231 ~ 236).....	東京大学	三井	純	
	NTT 東日本関東病院	吉澤	利弘	
231. レビー小体型認知症と鑑別を要した原発性胆汁性肝硬変に合併した 肝性脳症の 1 例	大阪医科大学	杉本	亜沙美他 4 名	130
232. 急激な経過を辿った MELAS の 1 例	上尾中央総合病院	倉田	原哉他 2 名	131
233. 左片麻痺・痙攣重責発作で成人発症し、救急搬送された MELAS (Mitochondrial Encephalomyopathy with Lactic Acidosis and Stroke like episode) の一例	伊東市民病院	村山	貴英他 5 名	131
234. 進行性の認知機能低下、頭部 MRI 拡散強調画像における皮質下白質の高信号病変を認め、 皮膚生検で診断に至った神経核内封入体病の 72 歳女性例	東京大学	内上	寛一他 9 名	131
235. 体重減少、呼吸困難で発症し、肺癌との鑑別を要した 筋萎縮性側索硬化症の 1 例	長崎大学	林	信孝他 8 名	131
236. 末期腎不全患者におけるセフェピム脳症についての臨床的検討	虎の門病院	中川	諒他 7 名	132

〔第 23 ブース〕

アレルギー・膠原病①

座長 (237 ~ 242).....	慶応義塾大学	金子	祐子	
237. IgG4 高値を伴う後腹膜線維症精査中、 感染性心内膜炎が判明した 1 例	慶應義塾大学	児島	希典他 7 名	132
238. Rituximab (RTX) を含む複数の免疫抑制療法に治療抵抗性の急速進行性間質性肺炎 (Rapidly progressive interstitial lung disease; RP-ILD) を合併した抗 MDA5 抗体陽性 無症候性皮膚筋炎 (clinically Amyopathic dermatomyositis; cADM) の 1 例 (死亡報告)	横浜労災病院	篠遠	朋子他 4 名	132
239. TNF 製剤や Tocilizumab に治療抵抗性を示し、Abatacept が著効した関節リウマチに続発した AA アミロイドーシスの一例.....	虎の門病院	藤原	秀臣他 6 名	132
240. TNF 製剤使用中の関節リウマチに 自己免疫性肝炎を合併した一例.	虎の門病院	藤原	秀臣他 6 名	133
241. 家族性高コレステロール血症 (FH) ヘテロ接合体による急性心筋梗塞 (AMI) 後に診断がついた 高安動脈炎 (TA) の 1 例	岐阜大学	竹田	具史他 6 名	133
242. 若年女性の関節リウマチ加療中に発症した neuropsychiatric SLE の一例	金沢大学	小田	遼平他 7 名	133

アレルギー・膠原病②

座長 (243 ~ 248).....	東京大学	住友	秀次	
	埼玉医科大学	佐藤	浩二郎	
243. MALT リンパ腫疑いの経過観察中に 成人発症スチル病 (AOSD) を発症した 1 例.....	産業医科大学	上野	匡庸他 8 名	133
244. RS3PE 症候群 (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) の 3 症例.....	国立病院機構岩国医療センター	廣瀬	啓他 7 名	134
245. 感染症との鑑別を要したシェーグレン症候群の 漿膜炎の 1 例	東京歯科大学市川総合病院	今本	聡美他 4 名	134
246. 間質性肺炎を合併した強皮症の治療経過中に ANCA 関連血管炎を発症した一例	東北大学	後藤	悠輔他 8 名	134

247. 視神経病変をみとめない抗アクアポリン4抗体陽性 シェーグレン症候群の1例	宮崎大学	濱 廣 友 華他6名	134
248. 腹痛と紫斑にて発症した好酸球性多発血管炎性 肉芽腫症の一若年例	金沢大学	井 上 直 紀他9名	135

[第24ブース]

アレルギー・膠原病③

座長 (249 ~ 254)	東京大学	久 保 かなえ	
	多摩総合医療センター	島 田 浩 太	
249. リハビリテーションの実施記録が診断の鍵となった, 入院中発症のリウマチ性多発筋痛症の1例.	水戸協同病院	伊 藤 有 理他2名	135
250. 経過中に抗凝固薬関連腎障害 (ARN) を来した 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の一例	長崎大学	清 水 友 貴乃他6名	135
251. 抗IL-17抗体で疾患制御しえた乾癬合併の治療抵抗性 ループス腎炎の一例	産業医科大学	佐 藤 友 梨恵他9名	135
252. 抗MDA5抗体陽性無筋炎性皮膚筋炎の一例と 急速進行間質性肺疾患合併の予測因子の検討	長崎大学	平 野 翔 梧他4名	136
253. 高齢で診断され、カナキヌマブが著効した クリオピリン関連周期熱症候群の一例	長崎大学	内 田 智 久他3名	136
254. 無菌性下顎骨髄炎が先行した高安動脈炎の一例	東北大学	花 岡 理 以 沙	136

アレルギー・膠原病④

座長 (255 ~ 259)	東京大学	庄 田 宏 文	
255. メトトレキサート投与中に単核球症およびサイトメガロウイルス胃腸炎を発症した 関節リウマチの一例	東京大学	山 中 暖 日他6名	136
256. 高齢発症の成人スティル病の検討	自治医科大学	大 倉 諒 子他7名	137
257. 周期的な発熱と激しい胸痛を訴え家族性地中海熱との鑑別に苦慮した 全身性エリテマトーデスの1例	大阪大学	宮 本 颯 真他8名	137
258. 静脈優位の肉芽腫性血管炎を来した腹膜炎一例	三井記念病院	占 部 秀 典他5名	137
259. 難治性高安動脈炎を疑われた大動脈血管内膜肉腫の一例	東北大学	山 内 昂 也他8名	137

[第25ブース]

アレルギー・膠原病⑤

座長 (260 ~ 264)	東京女子医科大学	中 島 亜 矢 子	
260. 成人発症スティル病の3症例の検討	東北公済病院	白 鳥 ベアタ他7名	138
261. 低補体血症を合併し急激な経過をたどった 顕微鏡的多発血管炎の一例	帝京大学	成 山 倫 之他9名	138
262. 乳癌全摘直後に発症した皮膚筋炎: 重症薬疹・化学療法・手術との関連	岡山大学	大 塚 勇 輝他8名	138
263. 不明熱で発症した筋腫瘤型サルコイドーシスの一例	飯塚病院	小 糸 秀 他6名	138
264. 両膝関節炎を主体とした血清反応陰性RAに対し MTX + 生物学的製剤が著効した一例	虎の門病院	鈴 木 優 矢他7名	139

[第 26 ブース]

感染症①

座長 (265 ~ 269).....	慶應義塾大学	西 村 知 泰	
	東京大学	柳 元 伸太郎	
265. <i>Mycobacterium Wolinskyi</i> による抗酸菌菌血症	埼玉協同病院	頼 高 多久也他 2 名	139
266. 血便を主訴に来院し複数回の髄液検査で診断し得た 粟粒結核の一例	川崎幸病院	柏 葉 裕他 4 名	139
267. 抗インターフェロン γ 抗体が陽性であった 播種性非結核性抗酸菌症の一例	神戸大学	山 崎 元太郎他 8 名	139
268. 腎盂腎炎に類似した症状で来院し, 化膿性脊椎炎との鑑別を要した 結核性脊椎炎・粟粒結核の一例	沖縄県立中部病院	中 島 知他 4 名	140
269. 他臓器への結核感染の証明が腸結核の診断に寄与した一例	飯塚病院	岸 田 健 吾他 3 名	140

感染症②

座長 (270 ~ 276).....	杏林大学	皿 谷 健	
270. <i>Nocardia farcinica</i> による大腿筋間膿瘍の一例	自治医科大学	吉 成 裕 紀他 4 名	140
271. インド渡航後, <i>Legionella pneumophila</i> 血清群 1 によるレジオネラ肺炎を発症し, 旅行者下痢症の鑑別を要した 1 例	大阪警察病院	岡 田 英 泰他 3 名	140
272. ツツガムシ病との鑑別に苦慮した日本紅斑熱の一例	市立敦賀病院	笹 本 浩 平他 9 名	141
273. マイコプラズマ感染症による院内肺炎の一例	獨協医科大学	阿久津 律 人他 5 名	141
274. 一過性 ballism にて発症した多発脳膿瘍・肺膿瘍の一例	伊東市民病院	松 永 拓他 7 名	141
275. 初期より播種性血管内凝固症候群を合併した 重症ツツガムシ病の一例	庄原赤十字病院	山 中 陽 介他 9 名	141
276. 川遊びを契機に発症したレプトスピラ症の 2 例	紀南病院	藤 川 馨他 9 名	142

[第 27 ブース]

感染症③

座長 (277 ~ 283).....	埼玉医科大学	前 崎 繁 文	
	東京大学	奥 川 周	
277. Immunocompetent 患者に生じた <i>K.pneumoniae</i> による化膿性脊椎炎	秋田大学	長谷川 諒他 5 名	142
278. ステロイド治療中に全身性痙攣で発症した 播種性帯状疱疹の一例	君津中央病院	藤 里 秀 史他 3 名	142
279. 市中感染が示唆された非強毒株による 劇症型 <i>Clostridium difficile</i> 感染症の 1 例	自治医科大学	横 瀬 允 史他 4 名	142
280. 多くを学んだ化膿性脊椎炎の 1 例	京都岡本記念病院	益 本 貴 人他 3 名	143
281. 多種ヘルペスウイルス感染症診断に対する 包括的遺伝子検査開発	大分大学	山 口 統 子他 4 名	143
282. 第 2 期梅毒に髄膜炎を合併したと考えられる 1 例	自治医科大学	湊 さおり他 7 名	143
283. 当院における <i>Clostridium difficile</i> 感染症の現状 と感染に関する因子の検討	南砺市民病院	小 川 太 志他 3 名	143

感染症④

- 座長 (284 ~ 290)..... 東京女子医科大学 吉 田 敦
東京医科大学 渡 邊 秀 裕
284. *Fusobacterium necrophorum* による敗血症性骨盤血栓性静脈炎から
全身敗血症性塞栓を来した一例 東京大学 岡崎哲ロバート他 9 名144
285. 悪寒戦慄の病歴から血液培養を実施し診断に至った
Capnocytophaga canimorsus 菌血症の一例 新古賀病院糖尿病センター 福 山 貴 大他 7 名144
286. 咽後膿瘍と鑑別を要した頸部化膿性脊椎炎,
MSSA 菌血症の一例 沖縄県立中部病院 副 田 圭 祐他 4 名144
287. 歯性感染症による敗血症から DIC を来した 1 例 東北公済病院 大 浪 敦 史他 4 名144
288. 生化学スクリーニング検査で *Cronobacter sakazakii* と誤同定され MALDI-TOF MS で同定し得た *Enterobacter asburiae* 感染による菌血症の 1 例 大分市医師会立アルメイダ病院 堀之内 登他 4 名145
289. 演題取り下げ
290. 胆嚢炎疑いで入院となった
胸部感染性大動脈瘤の一例 地方独立行政法人那覇市立病院 湧 川 朝 雅他 3 名145

[第 28 ブース]

感染症⑤

- 座長 (291 ~ 296)..... 順天堂大学 上 原 由 紀
獨協医科大学 松 田 直 人
291. RS3PE 症候群の治療中に感染性心内膜炎を発症し,
腰椎化膿性脊椎炎と敗血症性塞栓症を併発した一例 長崎大学 浦 島 佳代子他 4 名145
292. インフルエンザ A (Flu A) がフォークト・小柳・原田病 (VKH 病) の
発症契機と考えられた一例 自治医科大学 吉 野 望他 9 名146
293. 血球貪食症候群を伴った軽症のデング熱 市立島田市民病院 横 田 彬 彦他 5 名146
294. 細菌感染を伴わず高プロカルシトニン (PCT) 血症を認めた
横紋筋融解症の一例 公立甲賀病院 大 橋 瑞 紀他 4 名146
295. 成人 Still 病治療中に原因不明の呼吸不全で死亡した一例 三井記念病院 藤 原 綾 乃他 5 名146
296. 不明熱の一例 沖縄県立中部病院 西 村 瑠 美他 2 名147

[第 29 ブース]

腫瘍①

- 座長 (297 ~ 302)..... 帝京大学 渡 邊 清 高
東京大学 浅 岡 良 成
297. c-kit 遺伝子野生型 GIST に対して術前のイマチニブ投与が奏効し
切除可能となった一例 慶應義塾大学 結 城 久美子他 8 名147
298. 悪性腫瘍の骨転移による症状を契機に受診され,
原発巣診断に苦慮した 2 症例 庄原赤十字病院 網 岡 慶他 9 名147
299. 結腸癌の化学療法中にリステリア髄膜炎をきたした一例 大崎市民病院 吉 田 裕 也他 4 名147
300. 集学的治療で長期の病勢制御を実現し得た多発肝転移、肺転移を伴う
直腸癌術後再発の一例 大崎市民病院 佐々木 啓 寿他 4 名148

301. 切除不能膵がんに対する FOLFIRINOX 療法による発熱性好中球減少症の発症抑制に対する 持続型 G-CSF の有効性の後方視的検討	島根大学	林 克 起	他 6 名	148
302. 電子カルテを利用した高齢肺癌患者に対する 総合的機能評価についての検討	島根大学	山 本 なつみ	他 9 名	148
腫瘍②				
座長 (303 ~ 308)	都立駒込病院	下 山 達		
	岡山大学	西 森 久 和		
303. IgD 型多発性骨髄腫の新規薬剤時代における治療成績	岩手医科大学	佐 藤 剛	他 2 名	148
304. パゾパニブが奏効した胞巣状軟部肉腫の 1 例	九州大学	吉 弘 知 恭	他 7 名	149
305. 下大静脈原発平滑筋肉腫に対して四次治療でエリブリンにて 病勢コントロールを認めている一例	国立病院機構岩国医療センター	森 俊 太	他 8 名	149
306. 血管炎との鑑別が困難であった節外性 NK/T 細胞リンパ腫, 鼻型の一例	広島大学	倉 信 達 臣	他 9 名	149
307. 口腔カンジダ症を併発したがん患者の末梢血 Th (helper) 細胞サブセット解析	愛媛大学	岡 宮 礼 於	他 2 名	149
308. 当科における成人発症鼻腔原発横紋筋肉腫症例の検討	新潟大学	大 竹 紘 子	他 6 名	150

〔第 30 ブース〕

腫瘍③

座長 (309 ~ 314)	順天堂大学	十 合 晋 作		
	昭和大学	濱 田 和 幸		
309. Nivolumab 投与により汎血球減少を来した肺腺癌の一例	広島大学	井 料 崇 文	他 9 名	150
310. Stewart-Treves 症候群治療中に過換気症候群を契機として診断された Guillain-Barre 症候群の一例	秋田大学	田 口 大 樹	他 7 名	150
311. エベロリムス・エキセメスタン併用療法中の乳癌患者に発症した ニューモシスチス肺炎の一例	昭和大学	大 熊 遼太朗	他 7 名	150
312. 看取りについて考える。ある若年肺癌患者の最期	大阪医科大学	片 山 大 資	他 3 名	151
313. 縦隔脂肪肉腫に対してトラバクテジン療法で 長期生存を得ている一例	国立病院機構岩国医療センター	川 尻 智 香	他 9 名	151
314. 薬剤性肺障害併発後に、ステロイド投与下に化学療法継続可能であった 子宮原発絨毛癌の一例	国立がん研究センター中央病院	小宮山 哲 史	他 9 名	151

会長講演・基調講演 抄録

会長講演	小池 和彦 (東京大学)
基調講演 I	小室 一成 (東京大学)
基調講演 II	榎本 信幸 (山梨大学)

国民病である肝炎・肝癌の病態解明と克服への歩み

東京大学大学院消化器内科学

小池 和彦

Key words : B型肝炎, C型肝炎, 肝細胞癌, 発癌機序, 抗ウイルス治療

はじめに

日本では、年間約3万人が肝癌により亡くなっている。癌による年間死亡者数において、かつて、肝癌は日本で4番目に多い死亡原因であり、年間35,000人近くが亡くなっていた。肝臓医を中心とした、国をあげた対策が次第に実り、肝癌による年間死亡数は2005年をピークに減少しつつあり、男女合わせて5番目となり、罹患数も2009年あたりから減少基調となってきた。しかし、5年生存率でみると、まだ、膵癌、胆道癌に次ぐ低い数字(30%弱)を示しており、継続した対策が必要である¹⁾。

肝癌の主な原因は、B型肝炎ウイルス(hepatitis B virus: HBV)、C型肝炎ウイルス(hepatitis C virus: HCV)の持続感染、アルコール性肝疾患、過栄養性の脂肪性肝疾患などである。これらのうち、HBV、HCV感染症は、肝癌の主要な原因として、疫学、病態・発癌機序解明、治療法開発が全力で行われてきた。本稿では、ウイルス肝炎を中心として、国民病である肝炎・肝癌との戦いと克服への歩みを記すことにする。

1. 日本のB型肝炎, C型肝炎

現在、私が理事長を拝命している一般社団法人 日本肝臓学会(内科学会関連13学会の1

つ)は1965(昭和40)年に発足したが、その頃にHBVが発見された。肝臓学会は、2015年に50周年を迎えたが、ちょうど中間点である1989年にはHCVが発見された。HCV発見以前と以降の四半世紀では、肝臓(病)学の進歩のスピードは一気に加速した。HCVの発見は分子医学の進歩を待って、ようやく達成されたが、その分子医学はウイルス肝炎の病態解明、抗ウイルス薬の開発で存分に力を発揮した。その結果、現在、HCVは排除可能となり、HBVは排除できないが制御可能な状況となっている。

2016年現在、日本における陽性率(キャリア率)は、HBV、HCVともに約1%と推定されている。B型肝炎については、1950年生まれ世代では1.6%程度であったキャリア率は、社会環境の整備、使い捨て医療器具の進歩、B型肝炎ワクチンによる母児感染予防などによって次第に低下し、1991年生まれ世代では0.025%となっている²⁾。2016年10月からはuniversal vaccinationが日本においてもようやく導入された。水平感染が阻止され、日本からのHBV eliminationが視野に入ってきた。HCV陽性率は、日本の若年者においては極めて低率であることが示されてきている。日本のHCVキャリアの多くは、太平洋戦争後の混乱期に端を発し、HCVが発見されて対策ができるようになるまでの期間に感染しているため、高齢者ほど陽性率が高い。HCVワクチンの開発は、残念ながら困難な状況である。

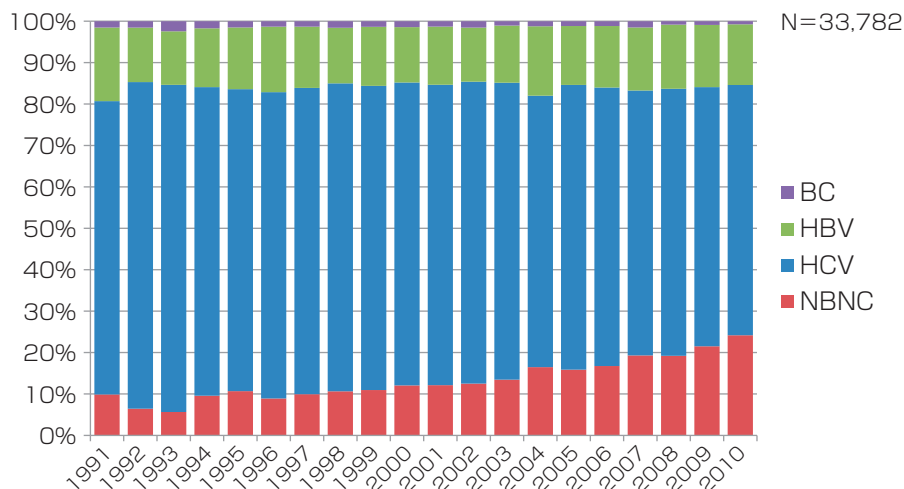


図1. 日本の肝癌背景肝疾患の推移 1991～2010
(多施設 (全国 52 施設) 共同調査 2012)

2. 日本における肝癌の成因の推移

日本の肝癌の約60%はHCV感染に関連している。HCV感染は高率に持続感染を引き起こし、慢性炎症などによる線維化の進行とともに肝硬変へ進展し、肝硬変になると年率約7～9%の高頻度で肝癌を発生する。一方、HBV関連の肝癌による死亡者数は、この30年間にわたり約15%とほぼ一定であり、肝癌の原因としては依然として大きな問題である。世界に目を向ければ、約4億人がHBVに、そして1億7,000万人がHCVに持続感染しており、ウイルス肝炎は肝癌の最大の原因である。また、HBs抗原、HCV抗体共に陰性である非B非C型肝癌が25%超へと増加しつつあり、その原因としては、アルコール性肝硬変や非アルコール性脂肪性肝疾患/非アルコール性脂肪肝炎(non-alcoholic fatty liver disease: NAFLD, non-alcoholic steatohepatitis: NASH)が考えられているが、不明な点も多い(図1)。

これらのウイルス肝炎における肝発癌機序には、いくつかの因子が考えられる。

①炎症因子：肝炎ウイルスに対する免疫によって引き起こされる炎症(肝炎)によって、肝細胞の壊死とそれに引き続く肝細胞再生が繰り返

される課程で、癌遺伝子や癌抑制遺伝子などの細胞遺伝子変異の発生が促進され、それらが蓄積することによって癌細胞が出現して肝発癌に至るという考え方である。

②肝炎ウイルス因子：HBV、HCVの直接的肝発癌作用である。この因子としては、宿主ゲノムに組み込まれたHBVゲノム(の一部)や、HBxやHCVコアタンパクなどの肝炎ウイルス蛋白がもつ肝発癌作用である。

③宿主の遺伝的因子：B型肝炎におけるHLA(human leukocyte antigen)や、両肝炎におけるMICA(MHC class I polypeptide-related sequence A)などの遺伝子多型が肝発癌への感受性を規定する可能性である。

④環境因子：アフラトキシンB1が典型的な例である。

⑤代謝性因子：最近では、肥満、インスリン抵抗性、糖尿病、脂肪肝などの代謝性因子の肝発癌への関与が想定されている。

⑥エピジェネティック因子：遺伝子変異以外の遺伝学的因子であり、遺伝子のメチル化やmicroRNAなどが想定されている。

最近、次世代シーケンサーによる肝癌の全ゲノム/エクソーム解析が多数例で行われている。

HEPATITIS B VIRUS (adr)

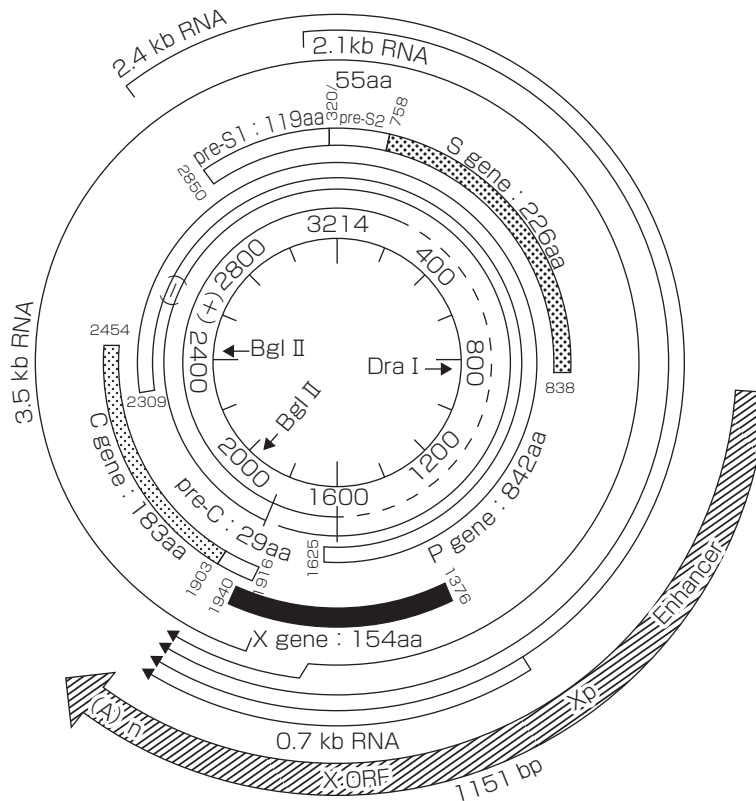


図2. B型肝炎ウイルスのゲノム構造

30 程度のドライバー変異の候補が見出されており、中でも *TERT*, *p53*, β カテニン遺伝子の変異は比較的高頻度に、B型肝炎関連、C型肝炎関連の肝癌両方で同様に認められている³⁾。これらの結果はすばらしいものであるが、全ゲノム/エクソーム解析だけで肝発癌機序の全てが判明するわけではないことも示している。肝炎ウイルス因子については、B型、C型肝炎のそれぞれで異なる形でウイルス自身が肝発癌に関わっていることを私たちは示してきている。以下に、それを概説する。

3. B型肝炎における肝発癌機序

HBVは最初に発見された肝炎ウイルスであり(1965年)、ヘパドナウイルス科(Family *Hepad-*

naviridae)に属している。HBV遺伝子は約3.2 kbの環状の不完全二本鎖DNAであるが、複製の際にはRNAを中間体としてHBV自身の逆転写酵素を用いて遺伝子を複製する。

世界地図上のHBVキャリアの分布と肝癌発生率の分布には、強い関連性がみられる。また、台湾における調査では、HBVキャリアからの肝癌発生率は、非キャリアからの肝癌発生率に比べて223倍の相対危険率を示している。また、HBワクチン投与によって小児におけるHCC(hepatocellular carcinoma)の発生率は有意に減少した。さらに、患者の血清HBVDNA量の多寡が将来の肝癌発生のリスクを決定することも示されている。HBV感染、そしてHBV量は肝発癌のリスク因子である。

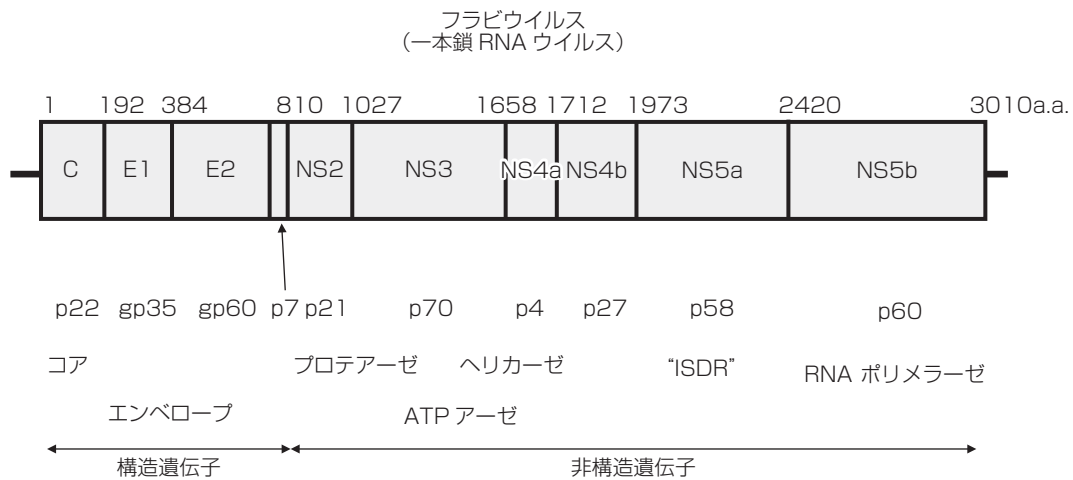


図 3. C型肝炎ウイルスのゲノム構造

1) ウイルスタンパクのもつ肝発癌活性

HBVのX遺伝子産物(HBx)が、肝発癌に関与する因子として挙げられている(図2)。HBxは、他の遺伝子の発現を上昇させるトランス活性化機能を持ち、癌遺伝子の発現を増強する。HBxはMAPキナーゼなどの細胞内のシグナル伝達も亢進させ、細胞増殖をもたらす。さらに、細胞周期やアポトーシスに影響を与え、細胞増殖と細胞死の双方に影響を与える。3つの独立したグループによるトランスジェニックマウスを使った研究で、HBxの肝発癌作用が示されている^{4,5)}。HBxの発癌作用は、c-MycやAdenovirus E1Aなどの、いわゆる転写因子型の癌遺伝子産物と似ている。細胞増殖/細胞死を調節することで、肝臓における癌化に関与している。

2) HBVゲノムの組み込みによる肝発癌機序

HBVはヒト細胞のゲノムに組み込み(integration)を起こすという特徴がみられる。HBVに関連した肝癌の85%以上でゲノムの組み込みがみられる。最近のエクソン全塩基配列決定による研究結果では、TERT, MLL4, CCNE1などの細胞増殖関連の遺伝子の近傍にHBV-DNAが組み込まれている例が少なくない。HBVゲノム組み込みによる肝発癌への関与が、特にTERTで高率であると推定される。また、組み込まれているHBV-

DNAには高率にX遺伝子が含まれていること、3'端の一部を欠失していることが多いが、欠失体であってもHBxの機能が保たれていることが繰り返し報告されている。HBVゲノムの組み込みとHBxは、肝発癌における重要なウイルス因子と考えられる。

4. C型肝炎における肝発癌機序

HCVキャリア、すなわちHCV慢性感染例は、世界中におよそ1億7千万人、日本中には、およそ140万人存在すると推定されている。HCVは、フラビウイルス科(Family *Flaviviridae*)、ヘパシウイルス属(Genus *Hepacivirus*)に属し、約9,600塩基のプラス鎖である一本鎖RNAを遺伝子としてもつ(図3)。

HCVキャリアでは、肝炎が活動期に入ると自然には軽快せず、慢性肝炎から肝硬変へと進行していく危険性が高まる。肝硬変になると、肝癌発生の危険性が年率約7~9%と高い。C型慢性肝炎における肝発癌を考えたときに、持続的な炎症は重要な因子である。しかし、炎症の強い自己免疫性肝炎では、あまり肝癌は発生しない。高頻度かつ多中心性の肝発癌を引き起こす「C型肝炎の炎症」とは何であろうか。

1) HCVによる酸化ストレス誘導

C型慢性肝炎における高頻度かつ多中心性の肝発癌の機序を解明するために、様々な方法が模索されてきた。in vitroの実験系、培養細胞、動物モデルなどである。HCVの各遺伝子を導入したトランスジェニックマウスが順次作製された結果、HCVコア蛋白が肝発癌活性をもつことが明らかとなっている⁶⁾。

コア遺伝子トランスジェニックマウスでは、肝において活性酸素種 (reactive oxygen species: ROS)の産生が非常に増加しており、ヒトにおけるC型肝炎と同様な現象を示している⁷⁾。このモデルでは、ROS産生は、炎症不在の元にコア蛋白によって惹起されている。コア蛋白によるROS産生の機序は、ミトコンドリア電子伝達系の機能障害であり、炎症不在のもとですでにROSの産生過剰状態である。炎症やアルコールが加わると、ROSのさらなる過剰発生が起こる。また、HCVによって一部の抗酸化系が抑制されることも明らかにされている。

2) HCVによる細胞内シグナル誘導、代謝系への影響

HCVコア蛋白は、細胞内シグナル伝達系にも大きな変化を起こしている。JNKが活性化を受け、さらに転写因子AP-1による転写を活性化し、その下流のサイクリンD1やCDK4の発現を増加させ、細胞増殖をもたらしめている⁸⁾。また、コア蛋白は核内レセプターRXR (retinoid X receptor)- α と結合してRXR- α による転写活性化を促進する。

一方、コア蛋白は肝脂肪化、インスリン抵抗性を誘発し、糖尿病を惹起しやすくする⁹⁾。これらのコア蛋白の働きもまた、肝発癌へのステップにおいて大きな役割を果たしている。

このように、HCVコア蛋白は、ROSの産生、細胞増殖シグナルの亢進、肝脂肪化、インスリン抵抗性などの一連の現象を引き起こす。コア蛋白存在下で、組織学的な炎症 (histological inflammation)はないが、生化学的な炎症 (biochemical inflammation) が起こっているともいえる。

5. 肝発癌の宿主因子

同じ慢性肝炎患者においても、肝癌を発生しやすい素因が存在し得る。C型肝炎については、GWAS (genome-wide association study) によって、日本人のC型肝炎においては、MICA遺伝子の特定の遺伝子多型 (SNP (single nucleotide polymorphism)) をもつ人で肝癌発生のリスクが高いことが明らかにされた¹⁰⁾。一方、B型肝炎においては、同じMICA遺伝子のSNPの塩基Gの方が有意に肝発癌に関与していることが判明した。

おわりに

国民病である肝炎・肝癌との戦いと克服への歩みの中で、ウイルス肝炎における病態発現機序について概説した。ウイルスそのもの、免疫を介した炎症、環境要因が組み合わせられて高い発癌率を示すと考えられる。高ウイルス量状態を伴う炎症の持続は肝発癌の大きな危険因子である。C型肝炎に対するDAA (direct-acting antiviral)、B型肝炎における核酸アナログ (逆転写酵素阻害薬) の開発によって、肝炎・肝癌の克服が近づいてきた。一方、非B非C型肝癌患者が増加しつつあり、アルコール性肝硬変やNASHの克服へと力を入れなくてはならない。

文 献

- 1) がん情報サービス：最新がん統計。http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
- 2) Ohisa M, et al: Estimated numbers of patients with liver disease related to hepatitis B or C virus infection based on the database reconstructed from medical claims from 2008 to 2010 in Japan. *Hepatol Res* 45: 1228-1240, 2015.
- 3) Fujimoto A, et al: Whole-genome mutational landscape and characterization of noncoding and structural mutations in liver cancer. *Nat Genet* 48: 500-509, 2016.
- 4) Koike K, et al: High-level expression of hepatitis B virus HBx gene and hepatocarcinogenesis in transgenic mice. *Hepatology* 19: 810-819, 1994.
- 5) Koike K, et al: Molecular mechanism of viral hepatocarcinogenesis. *Oncology* 62: 29-37, 2002.
- 6) Moriya K, et al: The core protein of hepatitis C induces

- hepatocellular carcinoma in transgenic mice. *Nat Med* 4: 1065–1067, 1998.
- 7) Moriya K, et al: Oxidative stress in the absence of inflammation in a mouse model for hepatitis C virus-associated hepatocarcinogenesis. *Cancer Res* 61: 4365–4370, 2001.
- 8) Tsutsumi T, et al: Alteration of intrahepatic cytokine expression and AP-1 activation in transgenic mice expressing hepatitis C virus core protein. *Virology* 304: 415–424, 2002.
- 9) Shintani Y, et al: Hepatitis C virus infection and diabetes: direct involvement of the virus in the development of insulin resistance. *Gastroenterology* 126: 840–848, 2004.
- 10) Kumar V, et al: Genome-wide association study identifies a susceptibility locus for HCV-induced hepatocellular carcinoma. *Nat Genet* 43: 455–458, 2011.
-

【略歴】

1980年3月 東京大学医学部卒業
1982年4月 東京大学医学部第一内科
1986年8月 米国立癌研究所 (NCI) 分子ウイルス部フェロー
1991年1月 東京大学医学部第一内科助手
1997年5月 東京大学医学部第一内科講師
1998年8月 東京大学大学院医学系研究科生体防御感染症学助教授
2004年5月 東京大学大学院医学系研究科感染制御学・生体防御感染症学教授
2009年5月 東京大学大学院医学系研究科消化器内科学教授

【主な専門分野】

内科学, 消化器病学, 肝臓学, ウイルス肝炎, 肝発癌機序解明と治療開発, 肝と代謝, NASH, 膵発癌機序解明と治療開発

【主な学会活動歴】

日本内科学会 (前理事長, 第114回総会・講演会会長), 日本肝臓学会 (理事長), 日本消化器病学会 (理事)
日本医学会連合 (理事), 日本医学会 (幹事), 日本臨床分子医学会 (理事長), 日本癌学会 (評議員), 日本感染症学会 (評議員)

持てる能力をフルに動員して未知の世界に挑戦しよう

○小室 一成

東京大学大学院医学系研究科循環器内科学

“physician scientist”が米国では絶滅危惧種であるとJL Goldstein（コレステロール代謝の研究で1985年ノーベル賞）が嘆いたのは20年近くも前である。臨床医でありながら、研究も行う人を“physician scientist”というが、ここでは疾患の本態と原因を深く考えながら診療を行う医師も含めるとしよう。臨床が高度に発達し習得すべき知識や技術が増え、さらに経済的な配慮も必要とされる忙しい現代，“physician scientist”であることは我が国においても困難な状況となっている。しかし敢えて“physician scientist”になることを勧める理由を2つ述べよう。まず1つは良い臨床医になるためである。日常の臨床においては理解困難な所見や検査データをよく目にするものであり、また時には診断さえわからないこともある。その際、そのような所見や検査データが出た原因や病態についてまず徹底的に考えよう。次に自ら問題を設定し、仮説を立て、多くの論文を読み込み、時には研究をすることによって証明を試みてみよう。それはいわゆる試験でもなければ、ガイドラインに載っているものでもない未知の世界であるため、往々にして仮説は間違っており、正解は得られないかもしれない。しかしそのように深く考え行動することによって、疑問は高度に練磨され、必ずやその臨床医は大きく成長するであろう。私が留学中聞いた講義の中で、癌の血管新生で世界的に有名なJ Folkmanがハーバード大学の学生に向かって言ったことも同じである。「研究を続ける臨床医は少ないだろうが、個々の患者がどうしてその疾患を発症したのかについて常に考える医者であって欲しい」。2つ目は、良い研究をするために臨床を続けてほしい。多くの患者をよく診療すればするほど、現在の医療の限界を知ることであろう。その限界を超えるために何が必要であるのかを考えそれを研究に繋げてほしい。未だわからない、救えないといった悔しい思いを研究するモチベーションに変えてほしい。動物実験等の基礎研究から橋渡し研究を行いヒトへ応用する。その結果また生まれてくる新しい発見を基礎研究で検証しヒトへ返す。このような循環型の研究ができるのも、“physician scientist”ならではの魅力であり特権であろう。最後に内科学について述べる。“医学の原点”である内科学とは、疾患の本態と原因を明らかにし、総合的に患者を診療する臨床科学であり、まさに“physician scientist”活躍の場である。単に異常を発見し対処するだけでなく、鋭い観察眼をもって患者を診察し、深い洞察力で疾患の本質に迫ることが重要である。また全人的な医療を行うためには単に医学的な知識だけではなく、社会的、心理的な考察も必要になってこよう。つまり持てる能力をフルに動員して行うのが内科学であり、人生をかけるに足る大変魅力的な学問であるといえよう。未だ治すことのできない疾患という巨大な敵にチャレンジする若い医師が増えることを心から祈っている。

【略歴】

1982年 3月 東京大学医学部医学科卒業
 1984年 6月 東京大学医学部附属病院第三内科医員
 1989年 9月 ハーバード大学医学部博士研究員
 1993年 11月 東京大学医学部第三内科助手
 1998年 5月 東京大学医学部循環器内科講師
 2001年 4月 千葉大学大学院医学研究院循環病態医科学教授
 2009年 10月 大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学教授
 2012年 8月 東京大学大学院医学系研究科循環器内科学教授

【主な専門分野】

内科学、循環器病学、心不全、心臓血管の発生・再生・老化

【主な学会活動歴】

日本循環器学会（代表理事）、日本心臓病学会（理事）、日本心不全学会（理事）
 日本血管生物学会（理事）、日本脈管学会（理事）、日本心血管内分泌学会（理事）
 日本循環制御学会（理事）、国際心臓研究学会（理事）、日本内科学会（評議員）

内科学の魅力

○榎本 信幸

山梨大学医学部第一内科

私が内科研修医であった30年以上前にはC型肝炎ウイルス（hepatitis C virus, HCV）は未だ発見されておらず、輸血後のNANB肝炎から肝硬変・肝臓癌となる患者さんがたくさんいらっしゃった。1989年にHCVが発見され、診断、治療は急速に進歩し現在は高い有効性を示す画期的な経口薬によりC型肝炎ウイルスを体内から高率に排除することが可能となっている。私のキャリアはこのC型肝炎研究・医療の進展とほぼ重なっておりある疾患の発見からその特異的治療法の実現までをリアルタイムに体験することができた。この進展において内科学・内科医の担った役割は非常に大きい。眼前の患者さんの病態を把握し未知の部分抽出、集積することにより当時原因ウイルスが不明であったNANB肝炎の病像が明らかになるとともに、これを最新の分子生物学的手法で解析することによりウイルスの同定・治療薬開発へと結びつき、それらが迅速に臨床にフィードバックされ不治の病であったものが完治可能な疾病に変貌した。しかし現在さまざまなHCV排除後の新たな問題も出現してきている。

内科医としてのキャリアの最初には既知の知識をEBMという形で駆使、先輩たちから侵襲的医療技術を習得して眼前の患者に診療の没頭することになるが、忘れてはならないことは患者一人ひとりとはすべて異なる背景や病態をもっており医療には常に未知の部分があることである。診療にあたっては常に科学的な視点で既知の知識・技術で説明のつかない部分、解決できない問題に注目することが重要であり、これが研究の第一歩となると思われる。特に内科医は診断、病態把握、あるいは全人的な診療が大きな役割であるが、患者さんの病態を無理やり既存の類型に当てはめて理解しマニュアル的に対処するだけでは単なる「技術者」である。常にそこからはみ出した部分に着目し未知の現象に対して「科学者」として取り組むことが必要であり、ここに内科学の大きな魅力がある。そしてこのような未知の問題は尽きることがなく内科学の挑戦は常に続いている。

本講演では私の経験に基づき私の考える内科学の魅力について伝えたいと思う。

【略歴】

1984年 東京医科歯科大学医学部卒業
 1984年 東京医科歯科大学 第2内科 研修医
 1985年 中野総合病院 内科 研修医
 1986年 取手協同病院 消化器内科
 1987年 金沢医科大学 消化器内科
 1990年 東京医科歯科大学 第2内科
 2001年 東京医科歯科大学 消化器内科 講師
 2003年 山梨大学医学部 第1内科 教授

【主な学会活動歴】

日本内科学会 評議員, 専門医, 指導医
 日本肝臓学会 理事, 評議員, 専門医, 指導医
 日本消化器病学会 評議員, 専門医, 指導医
 消化器内視鏡学会 評議員, 専門医, 指導医

公開討論会 抄録

テーマ 1 キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？

1. 内科医として多くの夢を実現するため、医学部在籍中にできることを実行する。

○伊豆永晃子¹，船橋伸禎²，小林欣夫²

千葉大学医学部医学科 4 年¹⁾，千葉大学附属病院循環器内科²⁾

医学部 4 年生の現在、女性内科医を目指す私には多くの夢がある。実際の臨床で診断力、治療力を高いレベルに保ち、かつ日夜進歩する学会ガイドラインを習熟し、目の前の患者様に生命予後、生活の質、データの改善をもたらすこと、学会活動を積極的に行い、内科専門医、そして専門領域の専門医になること、博士号取得を通じて論理的な考え方を身に着けること、留学をして異文化にふれ、世界のトップといっしょに仕事をする事、新しいエビデンスを大規模臨床試験で自らつくり世界の医学の進歩に貢献することである。一方結婚して、育児も両立させたい。現在 23 歳であり、人生は長いと考えていたが、研修制度、内科専門医制度を勉強し、人生のタイムテーブルを表にしてみたら、全てを実現するのにかなりの努力が必要なことがわかった。人生設計をきちんと作成し、医学部卒業までの 2 年間、卒業試験、国家試験の準備に加えて、大学院、留学でスムーズに研究に移行できるように、昨年 CIPT プログラムで短期留学を行い、現在後ろ向きではあるが臨床研究の指導を受け、今月学会でその成果を発表し、英文でも論文を執筆中である。また実際の臨床にスムーズに移行できるように昨年 BLS プロバイダーの資格を取得、現在は日本不整脈心電学会が主宰する心電図検定試験合格のための学内勉強会に参加、胸部レントゲンなどの勉強会にも参加して、少しでも多くの夢が実現できるように医学部生のうちにできることを実行している。

テーマ 1 キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？

2. 女性医師の理想像を考える

○山本実果¹，中根千夏¹，大磯義一郎²浜松医科大学医学部医学科 4 年¹⁾，浜松医科大学総合人間科学講座法学教室²⁾

一人の人間にすぎない医師の理想像を追求するのであれば、理想の人間像も追い求めねばならないと私は考えている。仮に理想の医師像として臨床・研究の両立ができる医師、理想の人間像として幸せな家庭を持つ人間を掲げるとして、これら両立をする上で、男性医師と女性医師とでは与えられた環境があまりにも違う。女性医師における理想の医師像、およびその理想像に近づくためのキャリアパスを考える上では、専門医資格や博士号の取得といった医師としてのキャリア形成と、結婚、出産、育児といったライフイベントとの両立が最大の課題となる。厚生労働省が2016年12月、医師および医療施設に向けて行った「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」のアンケート結果（7640人の回答を反映）によると、未就学児育児中の女性医師の勤務形態に関して、専門医を取得している女性医師のうち休職・離職を選択した割合は11.5%であるのに対し、専門医資格を取得していない女性医師においては22.0%を占め、専門医取得の有無が女性医師の働き方と関係性があることが明らかとなっている。

近年、休職・離職をせずに乗り切るのが難しい出産、未就学児の育児に配慮し、女性医師が仕事を継続しやすい環境は徐々に整えられているとされているが、同調査が医療施設に向けて行ったアンケートによると、対象となった2000件の施設のうち保育所を保有している施設の割合はわずかに9.7%、医師が仕事と家庭生活とを両立しながら働き続けるための取りくみを問う設問に関して、最も回答率が高かったのは「時間外業務の短縮」で、その割合は26.9%であった。果たして、これらの配慮のみで女性医師が理想の医師像を目指すに足る環境が整ったといえるのであろうか？私はそうは思わない。同調査の医師向けのアンケート結果によると、子供の教育を理由に地方勤務を敬遠している医師は40代女性、つまり、中高生の子を持つ母親の多い世代で最もよく見られることが明らかとなった（地方勤務を希望しない40代女性の29.9%）。すなわち、子を持つ母親の子育てに関する懸念は、子供が未就学児である時期にとどまらず、親の手を離れるまで20年近く続くことが示されている。実際私も医学部に入学するまでの19年間、母親の手厚いサポートを受けてきた。子供が独り立ちするまでに両親、特に母親の庇護がいかに必要であるかは身に染みて感じている。仮に私が実際に家庭や子供を持つことがあれば、自身の医師としてのキャリアを積むこともあきらめたくはないが、母がそうしてくれたように、独り立ちするまでしっかりと子供に目を向けていたいと考える。

3. 私の目指す医師像

○相川正考

東北医科薬科大学病院

私が目指す医師像には主に二つの要素がある。一つは、患者を仲間と想うことである。患者は長い人生においてある時疾患にかかることで挫折を味わう。この経験は医療スタッフも経験することであり、私たち医療者が患者となることもある。同じ人間である。できるだけ一人の人間として近い立場で、可能な限り同等の立場で患者のことを考えられるようになると素晴らしいのではないかと考える。学生時代に「患者を肉親と想え」と教わることがしばしばあったが、私はそれよりも広い意味で「仲間と想う」ことを心がけたい。肉親と想えることは素晴らしいが、全ての患者をそう想うことは負担が大きく非現実的ではないだろうか。また、患者は自分と同じ人間で人生の先輩後輩でもあり患者から私たち医療者が救われることは少なくない。例えば、重篤な疾患にかかりながら懸命に前向きに生きる姿をみたり、元気になって笑顔をみせてくれるだけでも私たちは勇気づけられ前向きになることができる。やりがいを与えてくれることも時には経験を交えて生き方を教えてくれることもある。

もう一つは、地域に根差して患者個々の人生を診ることである。現代はエビデンスに基づきガイドラインに準拠した治療が標準であるが必ずしもそれは当てはまらない。患者には疾患以外にも社会背景・家庭環境などさまざまな因子・個性がある。したがって、個々に応じた治療が最も望ましいことは言うまでもない。また、東京慈恵会医科大学創始者の高木兼寛先生の教えである「病気を診ずして病人を診よ」という言葉があるように、疾患のみでなく人生を診て、サポートできる医師になりたいと考える。病気に罹っている時期は人生の一部であり、そこだけを診るのではなく元気で過ごせる時も頼りにされる医師を目指したい。

以上をまとめると、私が目指す医師像とは患者を仲間と想い、疾患だけでなく人生を診ることで一生のサポートに尽力できる医師である。

4. 内科医としての経験を生かした医療・社会システムの改善 ～多様性の導入とキャリア形成の視点から～

○佃 綾乃, 足立陽子

地域医療機能推進機構神戸中央病院内科

内科医が皆、臨床医でなければならないのだろうか？はたまた、内科系の研究者は内科医と言えるのだろうか？私は内科医でありながら、一般的に言われている研究者とも異なる、内科医の新しいあり方を提案する。

日本における医療は社会保障の側面が強い。皆保険制度のもと、誰もが安心して一定の価格で医療を受けられることは日本の強みであるだろう。均質化した医療はある意味EBM（Evidence Based Medicine）の観点から言うと、良いことなのかもしれない。その一方で、社会保障という側面が強いことにより、病院も医師も各々の強みを強調して差別化するなど、経営面での工夫がなされていることは比較的少ない。病院の経営母体が公的であればなおさらである。だが、医療が均質化することは、社会全体として見たとき、必ずしも善だろうか。そこに競争原理が働かなければ、全体として医療の質が向上していかないのではないかと私は考える。

社会全体としての医療の質が向上していくために必要な条件とはなんだろうか。私は「多様性の導入」を挙げたいと思う。一度社会人を経て、異なる視点や意識を持った上で医師となった人材、他科から転向した医師、研究者を経て、臨床の現場に復帰した医師もそうである。また、男女問わず、子どもを持ち、時短で勤務する医師、妊娠出産育児を経て一旦は現場から離れていた医師も当てはまるだろう。既存の枠組みでは、いわゆる「この道一筋のキャリア」を積んだ医師がイニシアチブを取るケースが多い。しかし、一見その分野の医療とは異なるキャリアを積んでいることで、異なる視点や問題意識を持っていることもあり、彼らが医療の質向上に果たせる役割は大きいと考える。

これからの医療全体の質の向上に、多様なキャリアを持つ人材を導入していくことの重要性を述べた。これは多様なキャリアを積んだ人材を臨床に導入する方向だけではない。内科医としてキャリアを積み、医療人としての視点や問題意識を持った上で、医療や社会のシステムの改善に貢献する方向でもやはり、「多様性」はキーワードになるだろう。ここで、私の理想キャリア形成について述べる。私は内科医でありながらにして、最終的には臨床医でも研究者でもないキャリアを追求したいと考える。

私は内科医として総合的な医療の知識をベースとし、また内科医として臨床で経験を積むことで、日本の医療が抱える問題を発見し、それを医療システム、社会システムとして改善していくことで、社会に還元したいと考える。

具体的には、医療に加えて、公衆衛生や医療行政、ビジネスなどを学び、臨床経験から発見した、現在の医療の抱える問題点を解決するシステムを作りたいと考える。

5. 経験と学問に基づいた医療

○松根佑典

昭和大学医学部

私にとっての理想の医師像とは学問に基づいた医療を行うことである。そのためのキャリアとしては卒業後10年程度大学に残り研究と臨床をおこないたいと考えている。近年、専門医制度は大きく変わりつつある。また、アメリカがTPPに不参加となり個別交渉をすればより厳しい案を提示しアメリカの保険会社が日本に参入してくるかもしれない。このような先の読めない状況で医師として生き残らなくてはならない以上、常に最新の医学に触れ正確な知識に裏付けられた医療を提供したいと思う。このことを踏まえながら、今の私は将来の学問の礎となるよう日々の講義や試験勉強で基本的な病態の理解に努めるようにしている。さらにこのようなキャリア形成に加え、もう一つ大事にしたい原則がある。それは患者の痛みを常に推察することである。

どのような形で働くにせよその医療の目的は患者にあり、患者のニーズを考えることが第一義に来るべきである。

私は一昨年、潰瘍性大腸炎で大腸全摘出を経験した。術後の経過もまた厳しくイレウスや高熱に苛まれた。また病棟には進行がんの患者でがんの症状や副作用に苦しんでいたり、実際に亡くなる患者もいた。このような患者や家族のいたみを実感として理解することは自ら経験してみなくては到底できない。だからこそ学問と経験を積み重ねることで、一手先を読み少しでもそのつらさを緩和できるような医師になりたいと考えている。

今後どのような状況でも患者が求めているものは何かを考えそのための手段としての研鑽を続けていくことを心掛けようと思う。

6. キャリア形成、あなたの目指す理想の医師像とは？

○田中聖人¹，矢吹理人¹，石山良生¹，小野塚航太¹，奈良井大輝¹

一戸 護¹，松井 涼¹，長田大輝¹，齋藤恭平¹，住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹，東北医科薬科大学地域医療学教室東北医科薬科大学病院総合診療科・救急科²

キャリア形成と聞くと、入学したての自分の中では大規模な病院で勤めてポストを上り詰めていくことだと考えていた。東北医科薬科大学は、東北の地域医療に従事する医師の養成を目指して設立されており学生の半数が修学資金をもらっている。したがって、卒業後の進路については、県や大学との相談になる。そんな状況下にあることもあって、自分のキャリア形成について考える機会が多くなった。地域医療に従事する医師像は、家庭医やかかりつけ医、総合診療医として、地域に根付く町医者医師になるといった漠然としたものだった。しかし、将来、自分が従事する日本は、少子超高齢化社会であり、各地に似たような過疎・高齢化地域ができる。超高齢化時代の医療の在り方は、高齢者特有の疾患治療もちろん重要だが、いかにして健康を守り健康寿命を延ばせるかという予防も重要と考える。さらに、独居老人が増えると推測されており高齢者の住みやすい住環境の整備、町のネットワークや見守りの充実、医療と保健・福祉・介護の融合がさらに重要になると考える。この課題を解決するため自分はただ地域に赴任してある期間、地域の人を診療するだけでなく、様々な職種の方々と連携することによって地域の健康増進と地域内の結びつきを強化し、社会的な面でも地域を活性化できる医師になりたい。健康寿命を延ばすことは、高齢化に伴う医療費の軽減につながり市町村の財政健全化にも繋がる。患者さんの家族背景を知っている保健師、ケアマネージャー、身体能力を評価するための理学療法士、栄養管理のための管理栄養士、社会資源の活用のための行政など多職種連携の中心的なリーダーとして地域医療に従事したい。

一方、診療的面では、総合診療医として幅広く診療に従事し地域の柱として勤めたいと思う。低学年の自分にはまだ、幅広く診療に当たるというイメージの実態が良く分からないが、地域医療実習で見かける医師達は、専門を軸にすそ野を広げて活躍されていた。現在の自分の目標は、循環器などのスペシャリティを持ちつつ、小児科、救急、整形など地域で求められる活躍ができる医師になること。得意分野を持つことは、総合診療に当たっての武器であり自分を高めることになると考えられる。

13. 学会ガイドラインに準じる診療が重要である現代臨床で、 医学生が心掛けるべき初期研修，後期研修4年間の人生に おける意義

○神田珠莉¹，船橋伸禎²，小林欣夫²

千葉大学医学部医学科 4年¹⁾，千葉大学附属病院循環器内科²⁾

我々医学生は、多様性に富んだ夢を持って医学部に入学してきている。同級生などの話を聞くとそれらの夢には1) 医学で新しい概念を実現する、2) 臨床医学で実際に患者様と接し、個別の患者様およびその家族の喜ぶ顔をみたい、3) 臨床で患者様の生命予後を延長、生活の質を向上、データ改善などを科学的に実現する、4) 個別診療を通じてマクロ的に特定地域（例えば僻地の高齢者地域）において社会貢献をしたいなどが挙げられる。医学部4年の現在、私個人は、医療を必要としているが、物理的にも、社会的にも医療の手が届きにくい人に医療を届ける仕事をしたい、また、その人自身が持っている生きる力を大事にし、その力を医療で支える仕事がしたいと考えている。たとえば、僻地医療に限定していないが、高齢者の緩和医療、在宅医療、リハビリテーションなどに大変興味がある。現在の初期研修のマッチングでは、多くの症例、恵まれた指導スタッフや設備の環境のもと、高度な最新診療技術を学べるということで、都心の大きな病院に人気が集まっている。しかし現在の臨床では、外科領域では一定の手術経験が必要と思うが、内科領域では、基本的な、基礎的な医療技術習得の上でという前提の上で、その後は、個人の突出した医療経験、技量に依存するというより、学会が作成した疾患毎、臓器毎、病態毎のガイドラインを活用し、症例をこれらガイドラインにいかにか正確に当てはめて全国いたるところで画一的な医療を提供すべきであるという時代であると聞く。一方で、それぞれの人に対して、一人一人に合わせた全人的医療の重要性も叫ばれている。全人的医療にはさまざまな意味が含まれていると思うが、私は、疾患を医療で治すことだけに注目するのではなく、患者自身が持っている生きる力を医療の力で支えていくことも重要な要素であると考えている。

私が、現在興味ある緩和医療、在宅医療、リハビリテーションを通じて、個人、地域社会に貢献するためには、1) 初期研修の2年間ではさまざまな症例を経験、広い範囲の疾患の理学的所見、心電図、レントゲン、エコー、内視鏡など基本的手技を自分のものにするために、都心の大きな病院を選択し、指導スタッフの指導を受けて、全力で勉強、研修を行いたい。2) 後期研修の2年間では、自分が専攻する領域の専門医の指導を直接受けることを希望する。一方、前述のように現在の医学では、日々アップグレードする広範囲にわたる各ガイドラインを生涯、勉強、習熟し、活用できるように努力しつづけることが重要であり、そのためガイドライン自体が指導者の役割を果たしてくれると考える。早期に基本的、基礎的な医療技術の確固たる土台を築くことで、1) 勤務施設選択の際、指導医や指導体制を第一選択にするのではなく、自分の夢を実現できる、自分の力を必要としてくれる僻地などの優先順位を上げること、2) エビデンスに基づいた適切な医療を提供すると同時に、個別の患者様のこれまでの人生の哲学、生き方、主体性を活かせる医療を私から歩み寄っていくことも可能ではないかと考える。以上のように、現代の臨床医学の潮流を考え、および私の夢を実現するには、初期研修、後期研修の4年間で特に重要であり、一日一日を大事にし、さらにはまた迅速に医師として働けるようにあと2年間の医学部生としての日々も有意義に過ごしたい。

7. これからの医療におけるAIと医工連携に期待すること

○奈良井大輝¹，矢吹理人¹，石山良生¹，田中聖人¹，小野塚航太¹

一戸 護¹，松井 涼¹，長田大輝¹，齋藤恭平¹，住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹，東北医科薬科大学地域医療学教室東北医科薬科大学病院総合診療科・救急科²

人工知能は、医師に取って代わる存在にはなりえない。人工知能は、診断や治療の技術の1つとなるだけである。ワトソンのような人工知能がたとえ人が処理できない莫大な情報を処理し、結果を導き出したとしてもそれを現実に「そうである」と採択するのは人間であり、また人工知能を使って診断をすると決めるのも人間である。現在において人工知能が素晴らしいことを知っている方々もいるとは思いますが、一般の人で人工知能を完全に信頼している人は少ないと思われる。つまり人工知能を扱う際には、どのような状況で使うのか、使って導き出された結果をどう利用するのかということを考えなければならない。また、人工知能で導き出された結果に患者は納得するのだろうか。命に関わる決断を人工知能に預けることはできるのだろうか？人工知能の発展や進歩は医療の幅が広がるので歓迎できる。しかし、人工知能は幅広い知識で結果を出してくるのである。よってその結果の妥当性の判断は、医師に求められているものではないか？

医工連携において、理工学で作られるものは、医療の現場でその利便性を発揮しなければならないと考える。理工分野で開発された革新的な技術、センサー、デバイスを医療分野に応用することは、医療の発展に大きく寄与すると考える。一方、医療分野のニーズを理工分野に伝えて開発された革新的な技術、センサー、デバイスがどのような分野に応用可能かディスカッションし共同研究を行う必要がある。

医工連携は生命に関わる分野であり、開発された製品を実用化する責任は重大である。よって、医学と理工学のどちらにも理解を持つ人材の育成が必要なのではないか。それは大学で医学部、理工学部などの授業に医工連携によって生み出された最新医療の授業を取り入れることによって学生時期から医工連携に関心をもたせ、かつ理解をしてもらうことが重要なのではないか。医師であっても必要であるならば井戸を掘る人もおられる。医学部は医療だけを学ぶ場ではないということを学生に認識させる良い機会にもなるだろう。

8. コグニティブ・コンピューティング・システム時代の到来 ～医師との関わり～

○柳谷 稜

山形大学医学部附属病院卒後臨床研修センター

【背景】近年、医療業界においても、Watson に代表されるようなコグニティブ・コンピューティング・システム（CCS）が注目されている。近い将来、CCS は医療業界にとって必要不可欠となるであろう。今回、CCS を用いた新たな統合医療端末について仮想し、討議させていただきたいと思う。

【CCS 導入下の統合医療端末の仮想】我々が日常診療でよく用いる統合医療端末に CCS が導入された場合、患者に関するデータが入力された段階で、CCS がそれらのデータから判断し、鑑別診断や必要な検査などが端末に提示されるようになる。例えば、初診患者の主訴（S）および身体所見（O）を診療録に入力するだけで、CCS がデータを処理して評価（A）を提示し、さらには検査や治療の計画（P）を提案することが可能となる。さらには全世界の CCS 導入端末より患者のデータを集積し、それらをビッグデータとして蓄え続け、必要に応じて各端末へ還元することによって、CCS 自身の判断能力も時とともに成長し、より理想的な情報提示が出来るようになる。

【CCS と医師の理想的な関係性】このように CCS 導入は我々の診療活動の大きな支えとなるであろう。しかしながら、CCS が提示する情報はあくまで CCS の背景にある膨大な知識データから導き出した「予測結果」に過ぎず、全ての CCS の提示情報に確固たる信頼性があると誤認してはならない。あくまで CCS の役割は可能性の一つを提示するのみであり、最終的な意思決定は人間である医師が行わなければならない。CCS に従う医師ではなく、いかに CCS を「利用する」医師になれるかが、今後の CCS 導入における我々の課題となるだろう。

9. ケアサイクル全体の枠組みの中で、AI “に” 活用されるのではなく、AI “を能動的に” 活用することで患者中心の医療を実現する。

○右田修介¹，船橋伸禎²，小林欣夫²

千葉大学医学部医学科4年¹⁾，千葉大学附属病院循環器内科²⁾

AIは人間では不可能な膨大なデータ処理が可能で、しかも新規データを勉強させ続けることでよりいっそう賢くなる。私は、予防、健診、診断、治療、慢性期管理、介護、終末期医療といったケアサイクル全体の枠組みの中で、AI “を能動的に” 活用することで患者中心の医療を実現できる医師になりたい。そのためにはケアサイクルのそれぞれの段階および全体で、AIをどのように活用したらよいであろうか。(1) “予防、健診、診断” の段階： AIに膨大な健診データ、疾患データなどビッグデータを学習させることによって、これまで人間が発見できなかった“疾患発症の予測因子の同定”、“疾患の早期発見”、“疾患の正確な診断”の実現に貢献できる可能性が高い。AIは新規データを勉強させ続けることでさらに精度が上がるという好循環が生まれるが、AIの学習能力は入力されたデータの質に依存するので、医師が、目的意識を持って精度の高い問診情報、診察情報、検査情報、画像情報を過不足なくAIに勉強させることが重要である。近年は、内視鏡、CT、MRIなどで得られた画像データをAI自身が解析し、画像情報自体を生み出す技術が飛躍的に進歩しているとの報告もあり、今後は、施設間、診断医間に格差が無い画一的な、しかも人間の目ではわからないような微小病変もAI自身が正確に画像診断を行う時代の到来も期待される。一方で、実際の医療では、例えば造影剤を使用する画像検査においては造影剤の濃度、投与量、撮像タイミング、患者様の体格や心拍数・心機能など、さまざまな因子によって画像が変化することも知られており、これら因子をAIに勉強させ続けることのほかに、当面は、医師がこれら因子を考慮し診断を補正するなど、お互いが補い合っていくことも大切であろう。(2) “治療の段階” a) 医師の立場から：近年、一般臨床は学会の診療ガイドラインに沿って診断および治療が行われることが推奨されているが、毎年のように多数発行される診療ガイドラインを一名の医師が全てを習熟することは難しい。これら莫大な情報をAIに学習させることで施設間、医師間にばらつきの無い、エビデンスに基づいた、ガイドラインに沿った画一的な治療を行うことが可能となると考えられる。さらにAI自身を治療手技に用いる最新の研究も進められており、当面は、発達したセンサーやInternet of Things (IoT) といった技術と組み合わせることによって、簡易な手術や内科的治療領域において、医師が直接行う手技を減らすことができるかもしれない。すでに外科領域では、ダ・ヴィンチといったロボット手術が医師の手で行われているが、近い将来AIが脳、センサーが知覚となり、医師の手技なしに、大きな外科手術が全自動で行うことができる時代も到来することであろう。b) 患者様の立場から：医学の進歩により同じ病気でもさまざまな治療が存在する。米国などのようにわが国でも、どの治療法を選択するかは専門知識を持つ医師ではなく、最終的に患者様本人になりつつある。もちろん医師の説明を聞いて最終判断を下すことになるが、そのときに医師のアドバイスがさっぱりわからなかったり、説明の行間を読めなかったりすると大変なことになるかねない。前述のように一般臨床は、学会の診療ガイドラインに沿った適切な診断、治療が行われる傾向にあるが、その適切な診断、治療を行ってくれるセカンドオピニオン施設を患者様がインターネット上で、自力で探すことは大変なことであろう。将来は、患者様が医師からももらったカルテ情報や検査結果、画像データを例えばスマートホンで送ると、AIがそれにあった病院と治療法を紹介してくれるといったサービスも出現するであろう。(3) “慢性期管理、介護、終末期の段階”：ウェアラブル機器が患者さんのバイタルや行動を常にモニターして異常があった場合にAIが判断し、すぐに医師や看護師に連絡がいくようにできれば、医療従事者の負担を減らすことができると考えられる。(4) “ケアサイクル全体”：“ケアサイクル全体”に考えると、一名の患者様においても、疾患別に多数の診療科、各々の診療科でも診断医、急性期、慢性期の治療医、看護師などが関与するが、AIを活用することで、患者様の疾患のみならず生活状況を一元的に管理できる。このことで、診断、治療と慢性期管理・介護の間など、ケアサイクルにおいて分断されつつある段階をしっかりとつなぐことができれば患者様に変な利益となるであろう。(5) 総括：高齢化が進み患者様の数も劇的に増えていく中で、学会が定めたガイドラインを習熟し、さらに人間の医師が患者さん一人一人を丁寧に診ていくことには限界がある。その限界を克服する方法の1つとして、医師がAIを活用することが挙げられ、患者様一人一人に合った医療を行うことが可能になると考える。これからの時代はAIが得意な分野はAIと競うのではなくAIに任せて、医師はAIができない領域に特化するという分業制が重要と考えられ、その上で両者が協調していくことが患者中心の医療実現に必須となるであろう。(6) 自分の目指すもの：最後に、自分自身のスタンスとして心掛けていることは、いかにAIが優れていたとしても、データを入力し、AIの判断に盲目的に従うような、AI “に” 活用される医師ではなく、目的意識をもってAIに正確なデータを入力し、AIデータ “を能動的に” 活用する、さらにAIでは評価困難な、患者様の表情、データ入力できない“雰囲気”などを考慮し、患者中心の医療を実現できる医師になりたいと考える。(7) 参考文献：1) 野村直之 人工知能が変える仕事の未来 日本経済新聞出版社 2016/11/15 発行、2) 小林雅一 AIの衝撃 人工知能は人類の敵か 講談社現代新書 2015/3/19 発行、3) 成毛真 AI時代の人生戦略 SB新書 2017/1/15 発行

10. 医療現場における人工知能技術の活用および

医工連携への期待と課題

○石山良生¹, 齋藤恭平¹, 奈良井大輝¹, 矢吹理人¹, 田中聖人¹

小野塚航太¹, 一戸 護¹, 松井 涼¹, 長田大輝¹, 住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹, 東北医科薬科大学地域医療学教室東北医科薬科大学病院総合診療科・救急科²

人工知能技術は目覚ましい進歩を遂げており、その技術はすでに医療現場に導入されつつある。近い将来、本格的に人工知能技術が導入された場合、医療現場にどのような変化がもたされるのだろうか。診察室にワトソンが導入される場合を例に考えたい。現在の診察では、検査結果などから医師が確定診断を下しているが、この確定診断を下す前の段階をワトソンに担わせたとする。学習能力のあるワトソンは、患者が提供する様々な情報を用いて、除外できる疾患と除外できない疾患を仕分けし、医師はその情報により確定診断を下すことができるだろう。しかし、そこには課題も存在する。それは、ワトソンが学習していない疾患に出会い、正確な仕分けが不能になった場合である。この例を基に、医療現場における人工知能活用に対する私の考えを述べたい。人工知能を医療現場に投入することで、医療スタッフの負担が減るなど期待もてる部分もあり、上記の通りデメリットとなる部分も存在する。そこで、人工知能を医療現場により良く活用するとしたら、「比較的簡易な情報処理は人工知能」、「確定診断などの専門的な分野は医療スタッフ」といった具合に医療スタッフと人工知能との間に明確な線引きをする必要があるだろう。

人工知能技術と同じように、医療現場に画期的な変化をもたらす要因になりつつあるのが、医療機器開発に代表される医工連携である。医工連携に関しては、最近始まったものではなく、古くから医療現場を支えてきた分野であった。だが、これからの医療現場では、より強い医工連携が求められているようである。例えば、ウェアラブルデバイスは一般に普及するようになったが、これを健康管理に用いてはどうだろうか？ウェアラブルデバイスは機種にもよるが心電図、体温、運動量などの測定ができる。通信機能が内蔵されているものもありBluetooth経由でクラウドに生体情報をアップすることで心電図情報からは心拍変動解析による自律神経の状態をすることができるし、体動の解析から睡眠状態も分かる。私は、ウェアラブルデバイス情報から得られる自律神経情報、睡眠情報に家庭血圧情報をリンクさせることで疾病推測が出来ないかという研究に関心があり参加している。ウェアラブルデバイス情報がビッグデータとして扱われればより精度の高い健康管理と疾患予測に用いることができる可能性を感じている。

そのために医学部・工学部・理学部の連携が必要と考える。現在、この連携が図られている教育現場はあまり存在しないように思われる。将来的に、医療現場の需要と開発現場の供給が合致した医療機器を開発するなど、よりよい医工連携を図られるとしたら、教育段階における連携は必要不可欠な要素となるだろう。

人工知能や医工連携のように、新しい技術や知識は医療をよりよい方向に導いてくれるだろうと大きな期待もてる反面、解決しなければいけない課題もある。しかし、その課題を少しずつ解決点に着地させることで、医療現場の未来型が見えてくるのではないだろうか。

11. 社会人経験者である研修医の視点からの高齢化社会と地域医療

○久木田新¹， 藁島暁帆²， 木谷祐也²， 杉山英太郎²， 坂本 央²
田邊康子²， 竹内利治²， 佐藤伸之²， 川村祐一郎²， 長谷部直幸²

旭川医科大学病院卒後臨床研修センター¹⁾， 旭川医科大学循環呼吸神経病態内科学分野²⁾

北海道の高齢化率は全体として29%であるが、市町村によっては50%にせまる所が実在する。そのような地域は人口が一万人を切る市町村に多く、二次医療機関へのアクセスにも困難を極める所が少なくない。そのような地域の医療で特に重要と思われるのは予防医学であろう。高齢化の著しい地域にとって重要なのは、寝たきりの主因となる脳卒中の予防であり、認知症を含むフレイルやロコモティブシンドロームなど老年症候群への対応である。これらの発症・増悪にはその土地の文化、風土が関与している可能性もある。同じ疾患に対する予防であっても、異なる地域では異なるアプローチが必要になることもあろう。こうした事は、元々正解がないものであるため、現在の医学教育で賄うには限界があると思われる。したがって、高齢化が進む地域での医療に従事する医師に求められるのは、医学的知識や経験のみならず、その土地に住む人々に対する理解であり、多面的な観察力であり、探究心なのではないだろうか。社会人としての経験も有る自分が、今これらを踏まえた上で目指しているのは、専門性のある総合内科医であり、特に「循環器を診ることのできる総合内科医」である。「循環器を診ることのできる」という接頭語をつけたのは、救急対応を要する循環器の病態に地域で対処する力を身に着けた医師という意味である。上述の通り北海道は広大であり二次医療機関までの搬送にさえ時間を要する場合が少なくない。冬には雪による交通障害も深刻である。そのような場合にも搬送先まで適切な循環動態を維持出来る医師になりたいという意味である。また、予防医学を推進する観点では、「診察室に座っていない医師」になりたいと考えている。診察室で患者を診ることは当然重要であるが、診察室に来る前の患者予備軍に積極的に介入し疾病教育を徹底して迎え討つ「攻めの医療」の重要性に共感するものである。市民公開講座などで知識を提供するだけでなく、共に実践することで健康に対する意識を根付かせ、普及させる上での問題点を同じ目線で探ることのできる医師になりたい。学生時代にとある町立病院で実習させていただいた際に、院長先生がおっしゃっていた印象深い言葉で、「同じ心筋梗塞であっても都市部と田舎では生存率が違う。命の重さに差が生じている。」というのがあった。環境が違えば設備が違い、提供出来る医療にも差が生じるのは止むを得ないことであるが、少しでも命の重みの格差を解消できるよう力を尽くすことのできる医師でありたい。

12. 地域基幹病院での研修を通してみえる高齢者医療と 地域医療

○久瀬雄介¹，川島篤志²，片岡 祐³，渡邊力也³，北村友一³，和田幹生⁴，香川恵造⁵
市立福知山市民病院¹，市立福知山市民病院研究研修センター／総合内科²，市立福知山市民病院総合内科³
市立福知山市民病院大江分院地域医療研修センター⁴，市立福知山市民病院消化器内科⁵

私は、京都北部の地方都市にある医療圏10万人の地域基幹病院（感染症・回復期リハビリ病棟を含めて354床）で初期研修を行っている。地域包括ケア・システムにおいて、当院は各診療領域の高度医療、救急医療、そして入院医療の役割を担い、最後の砦としての役割を担っている。一方で退院支援も入院早期から積極的に関わり、「病院完結型医療から地域完結型医療への転換」の概念は、急性期病院の医療従事者として共有されている。

初期研修医として各科をローテートしているが、各診療科での研修よりも、救急外来の研修で超高齢社会を実感することが多い。救急外来で高齢者を診る機会は多く、高齢者は複数疾患が併存していることも多い。複数の医療機関・担当医で診療を受けている事例をみるが、かかりつけ医・主治医機能の不在、多剤服薬に代表されるような医師間の連携不足、併存疾患の認識不十分なども稀ではない。また、認知症、高齢独居や老々介護などの心理・社会的背景への評価が診療録上では読み取れないこともある。そのため当院では整形外科などの非内科系入院の際にも、受診のきっかけとなった症状に関する情報に加えて、生活・社会背景を含めた複数疾患・問題のプロブレムリストを記載している。実際、内科研修を経験した初期研修医が各診療科をローテートすることで、総合的に診る文化が定着しつつある。

慢性呼吸器疾患の急変時に気管挿管・人工呼吸器管理の要否や、いわゆる虚弱高齢者の搬送時に人生の最終段階における医療の方法などの重大な決断を、初対面の若手医師として患者・患者家族に説明をせざるを得ない事例にも直面する。事前にかかりつけ医からの説明がなされている際は円滑であるが、そうでない事例も少なくなく、意思決定の困難さを実感している。

当院内科では、入院をきっかけに上記の問題を整理する文化が根付いており、この情報を地域の医療機関とも積極的に共有している。病院での外来診療の時点から実践している指導医からの話も将来の参考になっている。

また、当院では研修期間中に地域連携室から地域の実情を聴く機会も設定されている。地域のことは地域でしかわからないことや当院の役割を再認識させてくれる貴重な機会であり、その後の臨床現場における退院支援にむけての多職種協同も円滑に進められている。当院は地域基幹病院であるが、訪問診療を行う在宅ケアチームも存在しており、対象症例の転帰を伺うことで、病気だけでなく人を診ることの重要性を共有させてもらっている。

私が医学の道を志した頃から日本では超高齢社会は進行しており、この先もさらに進行してゆくことは予想に難くない。その中で、医師個人が地域医療において担う役割に変化が訪れると考える。

私は将来の専攻として、総合性を持った内科医になりたいと考えている。残り1年の初期研修期間中だけでなく、後期研修、その後の医師生活の中でも自分の地域医療における役割とは何かを見失わないように日々研鑽に励んで行きたい。

15. 「人生の終え方」を考える

～二次救急を担う地域急性期病院の現場から～

○松原浩太, 河野友絵, 田中宏昌, 村上純子

埼玉協同病院内科

【背景】「救命」を目的とする救急医療の現場で研修医として働く中、高齢者介護施設からの搬送症例に対応することも多い。しかしながら救命行為をしながら自分たちの行動が果たして倫理的に正しいのか、疑問を抱かざるを得ない現実が目の前にある。【現状】地域急性期病院である当院は2016年に3,786件の救急搬送を受け入れている。約4割の1,416件が入院となり、高齢者介護施設からの入院がその1割を占めている。死亡退院例の検討では、施設からの入院患者の年齢（平均87歳）は自宅からの入院例（平均76歳）より有意に高かった。実際は救急要請時から心肺停止状態であり、心肺蘇生法を実施されながら搬入される症例も多い。そして「看取り」が目的だと医師、施設スタッフ、救急隊員の間で暗黙の同意を感じながらも、救急室では医療行為が続けられる。その中には既にDNARの同意が書面や口頭で取られていることもある。患者や家族の意志表示を無視して、暗黙の同意があるにも関わらず医療行為が行われる原因を考えてみた。それは、誰もがいずれは直面する「死」を迎える、その瞬間の準備が出来ていないことではないだろうか。DNARを確認していない場合、患者本人の意志が介在する余地は既がない。我々は家族の到着まで心肺蘇生を続けるが、その場で判断を求められ狼狽する家族も多い。高度医療へのアクセスが保証されている日本だが、死の瞬間はいつか必ず訪れる。今こそ「人生の終え方」について具体的に考えてみませんか、と医療者である我々が声を挙げるときなのかも知れない。

16. 地域医療を考える～健康先進国日本を目指して～

○湯浅健人¹，岡田博史²，安田考志²，川崎達也²，三木茂行²，小山田裕一²，山根哲郎³
松下記念病院¹，松下記念病院総合診療科²，松下記念病院外科³

私は大阪北部の地域基幹病院で研修している研修医2年目（2017年4月現在）で、将来は救急医療をサブスペシャリティとしたいと考えており、幅広く総合診療科的な視点を持ちながら研修を積んでいる。現職場は2016年より総合診療科を立ち上げ、各専門医が兼任で総合診療にあたっている。救急搬送症例は誤嚥性肺炎をはじめとする高齢者の感染症が多く併発症も多臓器にまたがっており、ある程度医師が充足されている同地域においても、臓器別の専門的視点と内科学のジェネラリズムの双方の充実性を強く感じている。また高齢者は入院期間が長期化する傾向にあり、限られた人的・経済的資源を活用するため病院完結型から地域完結型（地域包括ケアシステム）へのシステムの移行、その構築の重要性を目の当たりにしている。加速する高齢者社会における急性期病院の役割とは地域指向性を理解し患者個人だけでなく取り巻く社会環境やその課題、解決策にいたるまで社会、地域、人を対象とした全人的な医療の提供であると考えている（具体的にはプライマリケア医・ケアマネージャーとの連携、ニーズに応じた社会サービスの提案など）。さらにその評価、生涯教育も重要課題でありこれらのマネジメントも含めた取り組みこそが地域における新・内科専門医のプロフェッショナルリズムであり社会的責任と考えている。専門医制度の成り行きが不透明な点はあるが地域における診療ネットワークのリーダーを目指して救急診療、内科診療の研修に研鑽をつみ患者さんの心とからだに寄り添っていきたい。2035年には今の医学生・若手医師が日本の医療の中心となっています。日本が本当の健康先進国となるよう、我々はあらゆる困難に対して努力する必要がある、また今日ここに集まるすべての方にその権利があると思う。

17. 「地域医療におけるこれからの総合内科医」

○徳増一樹¹，尾原晴雄²，金城紀与史²，平田一仁²

沖縄県立中部病院内科後期研修医¹⁾，沖縄県立中部病院内科²⁾

これからの日本の医療は高齢化社会がすすみ、心不全、腎不全、感染症、独居老人など医学的、心理的、社会的に複数の問題を抱えた患者の診察が日常になってくる。このような時代の中で、地域医療における総合内科医の重要性を述べたい。

現在、日本には約8000の病院があり、約10万の診療所がある。100床未満の病院は全体の約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占めている。つまり、中小の医療機関が大多数を占める状況で高齢化のすすむ地域医療を支えなければならない。

これが、日本の地域医療の現実だ。これからは団塊の世代も高齢化し、複雑な問題を抱えた患者の数も増えてくる。地域全体としても医療・福祉への需要が高まり、既存の診療体制のみでは太刀打ちできなくなるのではないか。では、どうしたらよいか。

私は、地域における総合内科医の活躍に解決の糸口があるのではないかと考える。

なぜなら、複数のサブスペシャリティ専門医にかかっている負担を減らし、各診療科の連携を取り、さらには地域との連携もとれるからだ。例えば、80歳女性で慢性心不全、慢性腎臓病、関節リウマチ、シェーグレン症候群、甲状腺機能低下症、腰椎圧迫骨折、変形性膝関節症がある患者が、循環器内科、腎臓内科、膠原病内科、内分泌内科、整形外科に通っているとする。病勢の強さにもよるが、サブスペシャリティ専門医との連携の上で、総合内科医一人でも継続診療は可能だ。また、複数の診療科にまたがっていて各科が内服薬を処方していると、ポリファーマシーにもつながる。自分が処方していない薬の調整はどうしても難しい。さらに、主治医が明確である方が、その患者のリヴィングウィルについて、人生の最期について考え、話し合う機会も増えるだろう。つまり、可能な範囲で一人の患者がかかる医師を集約し、その医師、つまり総合内科医の数を増やし、その診療の幅を広げることが全体を見て地域の医師負担軽減に繋がるのではないかと考える。

また、基幹病院の総合内科医は地域との窓口にもなれる可能性も秘めている。地域住民や家庭医、公共・私設の医療福祉施設と協同することで地域医療に積極的に介入できるのだ。

地域包括支援センターと協力することで、入院をきっかけに医療福祉介入できた独居高齢者、保健所・保健師・民生委員と協力してできた社会的サポートが薄い患者の自宅訪問、家庭医と連携した夜間休日看取り体制や高齢者住居施設の訪問、地域のボランティア団体、医療福祉コミュニティとの協力など、地域における総合内科医の活躍の場は多い。

このように今後、日本の抱える高齢化社会と地域医療を併せて考えたとき、地域で活躍する総合内科医の存在が重要になってくる。そして、そのような医師をしっかりと育成するシステム、つまり明確な総合内科医像とそれを目指した内科専門医制度の構築が重要な課題となって来るだろう。

18. 高齢化社会と地域医療における総合診療医の可能性

○一戸 護¹, 齋藤恭平¹, 奈良井大輝¹, 矢吹理人¹, 石山良生¹

田中聖人¹, 小野塚航太¹, 松井 涼¹, 長田大輝¹, 住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹, 東北医科薬科大学地域医療学教室東北医科薬科大学病院総合診療科・救急科²

2025年問題が取り立たされている現代の日本において、高齢化の問題は医療と切り離せない関係にある。また、いわゆる僻地と呼ばれる地域においては、患者だけではなく医療者にも高齢化が進んでおり、地域医療における大きな壁となっている。これらの問題を抱える中で、我々医学を志すものも時代に合わせて変容していかなければならないと考えられる。今回の発表では、医学生という立場から研修医の視点を想像し、その視点から今後高齢化社会と地域医療に必要なとされる医師像について考察する。平成28年に総務省が発表した資料によると、我が国における総人口に占める高齢者の割合は27.3%で、過去最高の割合を更新した。また、平成25年に厚生労働省が発表した調査によれば、2025年までに75歳以上の高齢者の人口は都市部で急速に増加し、もともと高齢者の多い地方でも緩やかに増加することがわかった。したがって、都市部や地方を問わず、日本全体としてさらに高齢化が進むことが考えられる。一方、都市部には多くの医療従事者が存在し、専門領域別の分担が円滑になされているところが多いが、地方では無医村と呼ばれる地域なども存在し、慢性的な医師不足に悩まされているところも少なくない。こういった地域で、都市部と同様に様々な専門領域の医療従事者が選択的分業を行うことは困難を極めることだと思われる。

こうした状況の中、研修医という専門領域の確定していない医師の視点を想像すると、総合診療科という新たな選択肢が解決の糸口になるように思える。総合診療科とは、2020年度に導入が検討されている新専門医制度で登場する新たな専門科で、現在の制度の中では正式に定義されていないが、全国各地の病院で導入がされている。日本病院総合診療医学会によると、「Subspecialityを持った上でどのような疾患にも対応し、未診断症例には速やかに正確な診断を行い、速やかな治療を行うことができ、場合によっては患者のことを考えた専門医との連携を円滑に行うことができる医師」とされている。

医療従事者の少ない地方で地域医療を行うとき、各々の専門領域に精通した医者が一人いるよりも、総合診療医が一人いる方が、数多くの疾患に対応し、速やかな治療を行うことが可能になるのではないかと思う。実際に早期医療体験学習という形で、医療従事者の業務内容を見学した際にも、それぞれの分野の専門家が、自分の専門領域の診断ないしは治療を行う場面を見るが多かった。高度な疾患や怪我に対応するには、高度な知識が必要になるというのはもったもだが、医療従事者の少ない環境で患者に対する全人的医療を成し遂げるためには、知識や技術の広さという面がより重要視されるのではないかと感じた。研修医時代から総合診療科に興味を持ち、地域医療を担うことができれば、医師の高齢化問題と医師不足の問題の両方に解決策を提示することが出来ると考えられる。今後の高齢化社会において総合診療医が大きな役割を担うことを期待してやまない。

一般演題 抄録

1 アラジール症候群に発生した多発肝細胞癌の一例
公立陶生病院消化器内科

○長江翔平, 新家卓郎, 佐竹美芽, 松田悠司, 河邊智久
竹中宏之, 松浦哲生, 黒岩正憲, 森田敬一

症例 39 歳男性. 小児期に肺動脈狭窄症, 小葉間胆管閉塞, 顔貌からアラジール症候群と診断された. 手術は施行せず
にフェノバルビタールの投薬治療で経過観察となっていた
が, 中学生以降は通院を自己中断された. 20XX 年 1 月, 近
医より肝機能障害で当科紹介受診された. 身体所見上は低
身長, 彫りが深い特徴的顔貌と黄疸を認め, 入院時の血液
検査では肝胆道系酵素の上昇と AFP 48182ng/dl, PIVKA2
75000mAU/ml と腫瘍マーカーの著明な高値を認めた. 腹部
ダイナミック CT 検査にて肝臓の変形と最大長径 15cm 大
までの肝両葉に多発する腫瘍を認めた. 腫瘍は動脈相で濃染し,
平衡相では wash out され多発肝細胞癌と診断した. 肝硬変
の原因としてアラジール症候群が最も疑われ, Child-pugh
分類は B であった. 治療は肝動脈塞栓術を 3 回施行したが,
徐々に肝機能の悪化を認めて同年 8 月に永眠となった.
アラジール症候群は先天性疾患で, 20 年生存率は 75% と
言われている. 感染や心血管を原因とした合併症が主な死因と
されているが, 今回のようにアラジール症候群を背景肝に肝
細胞癌を認めた報告は少ない. 若干の文献的考察を踏まえて
報告する.

2 Direct acting Antiviral Agents にて蛋白尿の改善が
見られた HCV 関連腎症の一例

金沢大学附属病院消化器内科

○堀 智裕, 林 智之, 大和雅敏, 大石尚毅, 金子周一

【症例】72 歳男性【現病歴】2002 年に HCV 陽性を指摘され,
2013 年 6 月の病理所見で F4A1 と肝硬変の所見を認めた.
同年 12 月頃から尿の泡立ちを自覚し, 2014 年 3 月頃から下
肢の浮腫, 体重増加を自覚した. 同年 5 月に CT にて腹水の
増悪, 大量胸水を指摘したため精査加療目的に当科入院と
した. 腎生検にて, 膜性増殖性糸球体腎炎によるネフローゼ症
候群と診断した. 【臨床経過】2014 年 12 月より DAA 経口 2
剤 (Daclatasvir, Asunaprevir) を導入した. DAA 開始後,
速やかに HCV-RNA は測定感度以下となり, その後 SVR24
を達成した. 蛋白尿は, DAA 導入以前は 3.4g/gCr であ
ったが, DAA 導入後は次第に改善を認め, 2015 年 3 月からは
1g/gCr 以下を維持している. 【考察】HCV 関連腎症に対す
るインターフェロン投与により, 50-60% の症例にウイルス
量の減少と並行した蛋白尿減少効果があると報告されてい
るが DAA による報告はまれである. 本症例からは, DAA に
より HCV を治療することで, HCV 関連腎症の改善を認め
る可能性があると考えられる. 【結語】DAA にて蛋白尿の
改善が見られた HCV 関連腎症の一例を経験した.

3 B 型慢性肝炎治療中に生じた肝原発性悪性リンパ腫
の一例

小牧市民病院¹⁾

小牧市民病院消化器内科²⁾

○吉田武之輔¹⁾, 館 佳彦²⁾, 宮田章弘²⁾, 平井孝典²⁾
小原 圭²⁾, 小島優子²⁾, 灰本耕基²⁾, 佐藤亜矢子²⁾
永井真太郎²⁾, 古川陽子²⁾

【症例】72 歳男性【主訴】原発性肝腫瘍精査目的【現病歴】
約 20 年間 B 型慢性肝炎を治療中に腎障害出現し, 抗 HBV
薬減量投与でフォロー中であった. 2016 年 5 月の US にて
S3 に腫瘍が指摘され, 精査加療のため紹介受診となった.
US にて肝 S3 に 23.0 × 18.0mm 内部低エコーの境界明瞭な
腫瘍, 造影エコーにて肝細胞相での欠損像, MRI では T1WI
低信号, DWI 高信号の腫瘍が認められたため, 肝癌病変と
考えられた. 明らかな転移・腹水は認められなかった. 【臨
床経過】入院前検査では肝障害度 A, HCV 抗体 6.67, HBs
抗原 515IU/ml, HCV-RNA と HBV-DNA 未検出, AFP 1.3ng/
ml, PIVKA-II27.7mAU/ml であった. 同年 7 月肝外側区域
切除術施行, 病理検査は CD20 陽性びまん性大細胞リンパ腫
であり, 抗ウイルス薬内服まま R-CHOP3 コースの治療が
開始された. 【考察】肝原発性悪性腫瘍の悪性リンパ腫はまれ
だが, HBs 陽性での発症リスクは高く術後の療法も異なる
ため, 腎機能低下で造影が困難時は針生検を考慮してもよい
と考えられる. 【結語】B 型肝炎治療中に発症した肝原発性
悪性リンパ腫の一例を経験した.

4 健常人における非侵襲的肝脂肪量測定の有用性

愛媛大学医学部附属病院臨床研修センター¹⁾

愛媛大学大学院消化器・内分泌・代謝内科学²⁾

愛媛大学大学院疫学・予防医学講座³⁾

○山田七海¹⁾, 小泉洋平²⁾, 廣岡昌史²⁾, 渡辺崇夫²⁾

吉田 理²⁾, 徳本良雄²⁾, 熊木天児²⁾, 阿部雅則²⁾

古川慎哉³⁾, 日浅陽一²⁾

【背景】脂肪肝の診断は腹部超音波検査の B mode で行われ
ているが, 主観的な所見によるものであり診断精度に問題が
ある. 近年 Transient elastography (TE) により超音波信
号の減衰値から肝内脂肪量の定量 (CAP) を客観的に行う
ことが可能となり, 高い診断率と再現性が報告されている.
【目的】B mode と CAP による脂肪肝診断を比較し, 従来の
B mode での診断方法が妥当かどうかを検証する. 【対象と
方法】住民検診で測定の同意が得られた 742 人を対象に TE
測定を施行した. CAP 値を Reference standard として脂肪
肝の有病率を評価し, B mode と比較した. 【結果】B mode
にて 238 名に脂肪肝の所見がみられた. 得られた CAP 値を
もとに, 既報の cut off 値を用いて S0 ~ S3 と診断した. S1
以上を脂肪肝とした場合, B mode で脂肪肝の所見が無か
った群において 275 人 (55%) が脂肪肝であった. B mode の
脂肪肝診断は感度 42.7%, 特異度 87.2%, 陽性的中率 86.1%,
陰性的中率 45% であった. 【結論】CAP にて脂肪肝と診断
できる半数以上の症例で, 従来の B mode では診断できな
かった. 脂肪肝のスクリーニングとして B mode は感度が低
いことから, CAP を積極的に活用すべきである.

5 B型慢性肝炎に対しエンテカビル (ETV) 導入後、自己中断により不幸な転帰を辿った一例

東京大学医学部附属病院消化器内科

○青野仁美, 野口賢作, 中塚拓馬, 中川勇人, 藤永秀剛
建石良介, 小池和彦

【症例】75歳男性【主訴】全身倦怠感, 食欲不振, 黄疸
【現病歴】慢性B型肝炎に対し, 69歳よりETVを導入された。75歳時, 倦怠感・食欲不振・黄疸が出現し, 肝酵素上昇 (ALT 665 IU/L) を認めた。問診により1年前よりETV内服を自己中断していたことが判明した。慢性B型肝炎急性増悪, 肝性脳症1度の診断で入院となった。

【臨床経過】Day1よりETV, グリチルリチン投与開始したが, Day3夜に脳症3度まで増悪した。Day4より血漿交換 (PE) + 血液濾過透析 (HDF) を開始した。Day6以降, 肺鬱血・胸水による酸素化増悪, 出血傾向に伴う皮下出血や胸腔内出血による貧血・血圧低下を認め, 人工呼吸管理・輸血・カテコラミン投与を行った。循環動態不良のためday7でPE・HDFを終了し, 以降は持続血液濾過透析 (CHDF) と新鮮凍結血漿 (FFP) 補充とした。その後徐々に循環動態が保てなくなり, day11に死亡された。

【考察】ETV投与中断により急性肝炎を起こすことはよく知られており, HBVキャリア急性増悪による肝不全は一般に予後不良とされる。服薬アドヒアランスを良好に保つために十分な注意が必要である。

【結語】ETV中断により不幸な転帰を辿った慢性B型肝炎急性増悪の症例を経験した。

6 治療に難渋したうつ病合併重症アルコール性肝硬変の1例

東北公済病院内科

○首藤 彰, 大歳晃平, 千葉雅樹, 伊藤 薫, 小原克也
小針瑞男, 山岸俊夫, 宮崎 豊

【症例】50歳男性【主訴】全身浮腫, 黄疸, 腹部膨満【現病歴】うつ病, アルコール依存症で精神科通院中。2014年6月歩行困難。12月より全身浮腫著明, 2015年1月当科入院。【入院時現症】身長180cm, 体重86kg, 腹囲118cm, 黄疸著明。【入院時検査成績】TBil2.7, AST281, ALT80, GGT441, ALB2.4g, PT48.7% (INR:1.5), 重症度 (JAS) 10点。CT: 著明な腹水貯留とまだら脂肪肝。【治療経過】利尿剤, アミノレバン, アルブミン製剤の点滴を開始。不安定な精神状態のため点滴自己抜針, 経口摂取量の不安定さなど栄養管理面の困難さあり。2月よりトルパブタン7.5mg内服治療を開始後も胸水, 腹水の改善見られず, 経過中頻繁に39℃台の発熱。4月中旬中心静脈栄養を開始し浮腫と食欲の改善あり。発熱に対して5月よりカナマイシン750mg/日の処方を開始し, その後発熱なし。食道静脈瘤に対しEVLを施行し, 6月よりアゾセミド60mgを投与し, 腹水コントロール良好となる。抗うつ剤の減量とリハビリにて歩行可能となり同年8月に退院。【考察】精神疾患を伴うアルコール性肝硬変の治療は意思疎通の困難さもあり難渋することが多い。治療に当たっては利尿剤使用に加えて適切な栄養管理と腸内細菌叢のコントロール, リハビリなどの総合的な医療が重要と考えられた。

7 緊急入院患者の在院日数とそれに影響を与える因子～医療費の適正化をめざして～

松下記念病院¹⁾

松下記念病院総合診療科²⁾

松下記念病院医事課³⁾

松下記念病院外科⁴⁾

○湯浅健人¹⁾, 岡田博史²⁾, 西 貴士³⁾, 安田考志²⁾

川崎達也²⁾, 三木茂行²⁾, 小山田裕一²⁾, 山根哲郎⁴⁾

(背景)世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持するための医療費の適正化は社会保障における重要課題である。在院日数の延長は医療費の増大につながるため我々は緊急入院患者の在院日数とそれに影響を及ぼす因子について検討した。(方法)2016年1月から11月までに緊急搬送された患者1839名のうち緊急入院患者592名について検討した。(結果)平均在院日数は21.4±21.0日であり, 年齢, CRPと正の相関を, BMI, ALB, Hbとは負の相関関係にあった。原疾患別の検討では感染症による入院群は25.3±20.1日とさらに長期化する傾向にあった(p=0.009)。また年齢(75歳以上), BMI(18.5未満), ALB(3.7g/dl以下)の各リスク因子のうちリスク数が3個の群はリスク数0個の群に比して在院日数15日以上となるORは4.20(95%CI:2.31-7.77), 入院期間III以上となるORは1.92(95%CI:1.09-3.42)とハイリスクであった。(考察)高齢, 感染症, 低栄養の緊急入院症例は在院日数が長期化する傾向にある。年齢, BMI, ALBなどを組み込んだ入院時スクリーニングを確立し, ハイリスク症例には早期からの栄養管理だけでなく在院日数短縮をめざした地域包括ケアシステムの利用, 推進が必要と考える。

8 食道胃静脈瘤の治療時のルストロンボパグ投与が有用であった高度の血小板減少を伴う肝硬変の1例

埼玉医科大学医学部医学科5年生¹⁾

埼玉医科大学消化器内科・肝臓内科²⁾

○飯舘 顕¹⁾, 花田真成美¹⁾, 吉見玲於奈¹⁾, 植村隼人²⁾

鈴木隆信²⁾, 今井幸紀²⁾, 稲生実枝²⁾, 中山伸朗²⁾

富谷智明²⁾, 持田 智²⁾

50歳代の男性。肝硬変で通院中, 血小板数は25,000/μL以下で推移していたが, 吐血が見られ入院した。T-bil 3.2 mg/dL, Alb 3.0 g/dL, PT 43%でChild-Pughスコアは9点。孤立性胃静脈瘤の破裂と診断し, ヒストアクリルを用いた内視鏡的硬化療法で止血した。発達した食道静脈瘤を併発していたが, 血小板数は23,000/μLと低値であり, ルストロンボパグを投与した後に, 内視鏡的静脈瘤結紮術 (EVL) を計画した。同剤投与開始6日後に血小板数は34,000/μLに増加し, その翌日にEVLを施行した。さらに1週間後には血小板数は79,000/μLに増加し, EVLを追加した。治療後には問題となる合併症は認められなかった。投与6週間後には血小板数29,000/μLと前値まで低下し, ルストロンボパグ再投与後に胃静脈瘤の追加治療を予定した。ルストロンボパグは血小板減少を伴う慢性肝疾患症例への, 観血的な手技前の投与が認可されたトロンボポエチン受容体作動薬である。本症例では同剤の投与後に血小板数が増加し, 静脈瘤治療時の血小板輸血が回避された。その有用性については, 肝予備能不良例や再投与例を含めた更なる検討が必要である。

9 感染経路が不明であったE型肝炎の一例

庄原赤十字病院内科

○鳴戸謙輔, 網岡 慶, 谷口陽亮, 山中陽介, 岡正登志

山岡賢治, 森元 晋, 竹内泰江, 鎌田耕治, 中島浩一郎

【症例】84歳男性【主訴】全身倦怠感

【現病歴】2016年8月初旬から全身倦怠感があり8月下旬に近医受診した。肝機能異常を認め当院へ紹介受診された。内服処方追加や変更なし。海外渡航歴なし。猪・鹿肉の摂取歴なし。

【入院時所見】身体所見：眼球黄染なし。腹部圧痛なし。皮疹なし。血液検査：T-Bil 1.1mg/dl, AST 625 IU/l, ALT 1109 IU/l, LDH 305 IU/l, ALP 505 IU/l, γ -GTP 185 IU/l, WBC 4000/ μ l, CRP 0.35mg/dl, HBs-Ag (-), HCV-Ab (-)。腹部超音波・造影CT画像で肝・胆道系などの器質的疾患は指摘できず。

【入院後経過】補液と安静で速やかに症状と肝機能が改善し約1週間で退院した。後日, HA-IgM, EB-VCA-IgM, CMV-IgM, 抗核抗体, 抗ミトコンドリア抗体は陰性だが, IgA-HEV抗体が陽性でE型肝炎と診断した。再度, 摂取歴聴取を行ったが感染経路は不明である。

【考察】HEV感染は2-9週間潜伏期間があり致死率は1-2%とされているが, 特に妊婦では劇症化し易く, その頻度は20%に及ぶとされ予後不良となる場合も多い。感染源は猪・鹿肉・非加熱の豚レバーの他に汚染地域の井戸水なども報告されているが, 全体の60%で感染経路が特定できなかったとされている。

【結語】原因不明な肝炎の際にはE型肝炎の確認・除外が不可欠であると思われる。

10 拡張型心筋症による重症心不全加療中に門脈ガス血症を呈した一例

島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

島根大学医学部内科学講座内科学第四²⁾

島根大学医学部附属病院消化器内科³⁾

○兒玉康秀¹, 山口直人², 伊藤新平², 岡田大司²

渡邊伸英², 大内 武², 遠藤昭博², 園山浩紀³

木下芳一³, 田邊一明²

【症例】72歳, 男性【主訴】腹痛, 嘔吐【臨床経過】拡張型心筋症による慢性心不全にて加療されていたが, 肺炎を契機に心不全増悪し当院に入院。人工呼吸管理, 強心薬や利尿薬の投与にて心不全所見の改善を認めるも, 第30病日の朝, 腹痛, 嘔吐を認め, CRP 6.0 mg/dLと上昇していた。原因精査のため頭部・胸腹部造影CT検査を施行し, 胃壁内気腫と門脈ガスを認めた。動脈血ガス検査ではアシドーシスの進行や乳酸値の上昇は認めずBEは正常範囲内であった。同日午後には腹痛は改善し, 血液検査所見の増悪を認めないことから緊急手術の適応はないと判断し保存的加療を行った。1週間後の腹部CTでは胃壁内気腫・門脈ガスは消失し, 以後再発を認めず経過した。【考察】門脈ガス血症(HPVG)は腸管壊死などに合併し, 予後不良とされ, 多くが外科的治療の適応となる。しかし近年では保存的加療の報告が散見される。【結語】保存的加療により良好な経過であったHPVGの症例を経験した。

11 脾切除術後の脂肪肝におけるカルニチン製剤の有用性

川崎医科大学附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

胆膵インターベンション科²⁾

肝胆膵内科³⁾

○三澤 拓¹, 北川貴之³, 三宅智雄³, 西紋禮士³

時岡峻三³, 青木啓純³, 中島義博², 吉田浩司²

日野啓輔³

【緒言】脾切除後高率に(脾全摘後:45%, 脾頭十二指腸切除後:30%)脂肪肝を合併する。脾切除後の脂肪肝の原因の一つに脾外分泌能低下・蛋白吸収不良による低カルニチン血症が考えられる。当院における脾切除後に合併した脂肪肝に対してレボカルニチン塩化物(L-CAR)を投与した7症例について検討した。【方法】2012年5月から2014年9月までの期間で脾切除術施行後に脂肪肝を合併した7例に対してL-CARを投与し, CT値・採血データ・血中カルニチン濃度の推移を評価した。【結果・考察】男:女=2:5, 平均年齢73歳。採血データ(平均)ALT 44.4 (IU/l), AST 49.3 (IU/l), Alb 3.6 (g/dl), 総コレステロール 129.7 (mg/dl)。全例で術後化学療法を, 6例にL-CAR投与前パンクレリパーゼ先行投与を行った。手術前CT値平均:54.76, L-CAR投与前CT値平均:28.78, L-CAR投与後CT値平均:50.17とL-CARを投与することで脂肪肝に改善がみられた。脾切除後は腸管でのカルニチン吸収が低下し, 脂肪酸の β 酸化障害が生じることなど考えられる。カルニチン補充により脂肪酸代謝障害および脂肪肝が改善する可能性が示唆された。

12 男性医師の育児中の働き方の実態と子育て世代の男性医師を支える制度づくりの検討

浜松医科大学医学部医学科¹⁾

浜松医科大学総合人間科学講座法教室²⁾

○徳山喜心¹, 杉本祥拓¹, 湯山健太¹, 寺澤美晴¹

大野 航¹, 大磯義一郎²

【背景】厚生労働省の雇用均等基本調査によると, 男性の育児休業取得率平均5.6%に対し, 医療福祉系は2.8%である。本研究は, 2016年11月に同省が行った「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の回答結果を用い, 男性医師の育児中の勤務実態の把握と子育て世代の男性医師を支える制度を検討する。【方法】上記の回答者のうち, 育児に関する項目に回答した50歳未満の医師2,392名を対象とし, 性別, 年代等でクロス集計を行い, SPSSを用いて解析を行った。【結果】自分が育児を中心的に行っていると回答した割合は, 女性91.6%, 男性2.0%であった。一方で育児中の勤務形態につき要望がある男性の割合は, 44.3%であり, 特に時間短縮勤務21.1%が多かった。育児中の一日の希望勤務時間は, 女性5.9 \pm 1.47時間に対し, 男性6.5 \pm 2.17時間と有意に長かった(p<0.001)。【考察】男性のほとんどが育児に参加できていないが, 約半数は育児参加を希望している。育児希望男性に対する支援の議論は不十分であり, 時短勤務, 勤務日数減等の導入が求められる。男性の育児参加の促進は, 女性の育児負担軽減をもたらす, ひいてはすべての医師の労働環境の改善へとつながると考える。

13 慢性腎不全に合併した進行食道癌に対して5-FU+シスプラチン+放射線療法が有効であった一例

金沢大学附属病院消化器内科

○前田悠智, 林 智之, 北村和哉, 金子周一

【症例】60歳男性【臨床経過】2014年4月に施行した上部消化管内視鏡検査にて, 食道に全周性の隆起性病変を認め, 生検にて扁平上皮癌と診断した. リンパ節転移や他臓器転移は認めず, cT2N0M0, cStageIIと診断した. 慢性腎不全(Cr 4.62 mg/dl, eGFR 11.40)と, 骨髄異形成症候群に対する造血幹細胞移植後の慢性GVHDの合併から, 外科的切除は適応外と判断した. 同年6月より放射線化学療法(5-FU・シスプラチン2サイクル+50.4Gy)を行う方針とした. シスプラチンは通常より40%減量とし, 投与終了30分後に血液透析を施行した. 有害事象として, Grade3の貧血, Grade2の白血球減少, Grade2の好中球減少, Grade4の血小板減少を認めたため, 2サイクル目の化学療法は5-FUとシスプラチンをさらに25%減量とした. 経過で左肺炎, 偽膜性腸炎を認めたが, いずれも保存的治療にて改善を認めた. 2サイクル目終了後, 上部消化管内視鏡では腫瘍性病変は消失した. 以後, 現在まで2年以上再発を認めていない. 【考察】シスプラチンは腎毒性が報告されているが, 本症例のように慢性腎不全の患者に対してシスプラチンを工夫して投与することで, 有害事象が許容範囲内でありながら癌が消失したことから, 本症例におけるシスプラチンの投与量および投与方法は妥当であったと考えられた.

14 胃全摘術後12年でビタミンB12欠乏症状が顕在化した一例

石巻赤十字病院

○野添大輔, 小島慶恵, 加賀屋沙永子, 竹内陽一, 長澤 将【症例】60歳女性【既往歴】胃癌(48歳胃全摘術), 原発性皮膚末梢T細胞性リンパ腫(60歳)

【現病歴】入院3ヶ月前から舌の腫脹疼痛があり, 両下肢の痺れを自覚した. その後倦怠感と食欲不振が出現し, 改善ないため入院2週間前に近医内科を受診した. その際に汎血球減少を認めたことで当院内科に紹介となり, 精査加療目的に入院となった.

【経過】舌乳頭の著明な萎縮, 両下肢の浮腫及び振動覚の低下を認め, 歩行は困難であった. 血液検査ではWBC 1800/ μ l, Hb 8.0 g/dl, MCV 141.8 fl, Plt 10.4万/ μ lと汎血球減少を認め, 末梢血塗抹では過分葉好中球を認めた. 胃全摘後であることからビタミンB12欠乏を疑い, ビタミン製剤の静注投与を開始した. 第2病日にはMCV 123.1 flまで減少した. 汎血球減少及び下腿浮腫は著明に改善していった. 第3, 4病日にビタミンB12 < 50 pg/ml, ビタミンB1 25 ng/mlと両者の欠乏が判明した. リハビリにて歩行が可能となり, 第27病日に退院となった.

【考察】胃全摘患者では, 内因子欠乏によって2年以内にほぼ100%でビタミンB12欠乏を認める. しかしながら本症例のように症状が顕在化しないまま補充が遅れ, 神経障害の進行を認める例もあることから, 術後早期からのビタミンB12の継続補充が必要であると考えられた.

15 上部消化管造影検査後に腸閉塞をきたした1例 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター総合病院水戸協同病院総合診療科¹⁾

同消化器内科²⁾

同外科³⁾

○足立真穂¹, 五十野博基¹, 奥村信人¹, 中村美穂¹

鹿志村純也², 近藤 匡³

【症例】55歳男性. 【現病歴】来院前日, 午前中に上部消化管造影検査でバリウムを内服した. 検査後は下剤を内服し, バリウム便も少量あったが, 午後から腹痛, 腹部膨満感, 嘔気が出現した. 症状が改善しないため, 翌日早朝に救急外来を受診した. 前立腺癌に対して2年前にロボット支援腹腔鏡下前立腺摘除術を受けている. 来院時, 腹部所見では腹部膨隆, 鼓音であり, 圧痛はなかった. 腹部造影CTで小腸および大腸全体にかけてバリウム造影剤の貯留を認めた. 腹部正中創直下に癒着があり, その口側に小腸の拡張と液体貯留を認め, 腸閉塞を呈していた. 7時間後のレントゲンでバリウムの移動なく, 穿孔性腹膜炎になる可能性がある判断した. 同日緊急で腸管癒着剥離術を施行し, 術中にイレウス管を挿入した. 術後経過に問題なく, 排便を認め, 術後10日目に退院となった. 【考察】上部消化管造影検査後の腸閉塞のハイリスク群として腹部手術や腸閉塞の既往が知られている. 下部消化管穿孔に至り, バリウムが腹腔内に漏出したバリウム性腹膜炎は死亡率がと高い. 検査後に腹痛を訴えた場合は腸閉塞およびバリウム性腹膜炎を鑑別に挙げて, 速やかに対処する必要がある.

16 回盲部に発生したMALTリンパ腫の1例

石巻赤十字病院

○木谷優介, 赤羽武弘, 中寫真治

【症例】79歳, 女性【主訴】右側腹部腫瘍, 腹痛【現病歴】2010年頃より右側腹部の腫瘍に気づいていた. 2016年3月同部位に疼痛が出現. その後増悪したため3月下旬に救急外来を受診した. CTにて回盲部に腫瘍を認め, 腫瘍による回腸末端の圧排と口側小腸の拡張がみられたため腸閉塞に対する治療と腫瘍の精査目的に消化器内科入院となった. 【臨床経過】造影CTで乏血性腫瘍であることやIMA周囲に軟部構造が認められ, 悪性リンパ腫が鑑別に挙がった. 造影エコーのMicro Flow Imagingにて樹枝状の腫瘍血管を認め, より一層悪性リンパ腫が疑われた. 大腸内視鏡では回盲部に粘膜下腫瘍を認め生検したが炎症を伴った大腸粘膜しか得られず, 経皮的腫瘍生検を行ったところMALTリンパ腫の診断となり化学療法目的に血液内科転科となった. 化学療法(R-COP)施行後腫瘍は著明に縮小し, 腸閉塞も改善を認めた. 化学療法は3コース目以降外来で施行することとなり5月中旬に退院となった. 【考察】回盲部原発の悪性リンパ腫は腸重積での発症の報告は存在するが, 本症例の様に壁圧排性に腸閉塞をきたすほどの巨大腫瘍を形成したMALTリンパ腫の報告はほとんどない. また消化管原発の悪性リンパ腫に対して造影エコーを施行した例はほとんどないが, 本症例では肝原発の悪性リンパ腫で見られる造影パターンと同様の所見を得ることができ, 診断の一助となる可能性が考えられた.

17 慢性下痢と心窩部痛から診断した好酸球性胃腸炎の一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター消化器内科
○山城俊樹, 林 成峰, 平山結佳子, 池田守登, 新里雅人
大城武春, 嘉数雅也, 岸本信三

【主訴】水様性下痢, 心窩部痛【現病歴】小児喘息が既往にある35歳男性. 3か月前より水様性下痢, 心窩部痛を認め近医で対症療法となっていた. 経口摂取不良, 症状増悪のため, 精査加療目的に当院消化器内科入院となった.

【経過】血液検査にて好酸球31.1% (絶対数2,550/ μ L)と著増認め, 虫卵検査, 糞線虫培養などは陰性であった. 腹部造影CTにて, 肝周囲の腹水貯留と腸管の全層性浮腫を認めた. 上部消化管内視鏡検査では十二指腸の粘膜浮腫認め, 下部消化管内視鏡検査では回腸末端から直腸にかけて散在性の発赤を認めた. 病理組織検査で十二指腸, 回腸末端の組織から高度な炎症細胞浸潤と20個/HPFを超える好酸球浸潤を認めた. 厚生労働省研究班の診断基準から好酸球性胃腸炎と診断し, プレドニゾロン (PSL) 30mg/日の内服開始した. その後症状の改善を認め, 外来でPSL漸減となった. 【考察】好酸球性胃腸炎は国内外で症例数が少なく, ステロイドを中心としたempirical therapyが行われている. 本症例のように若年でアレルギー歴を有する患者が慢性下痢・腹痛を訴えるときには, 本疾患を疑い内視鏡検査で複数個の生検を行い, 好酸球浸潤の有無を検討する必要がある.

18 Dual antiplatelet therapy (DAPT)中に発症した食道壁内血腫の一例

松本協立病院医局¹⁾
松本協立病院総合診療科²⁾
松本協立病院消化器内科³⁾
松本協立病院循環器内科⁴⁾

○光武 鮎¹⁾, 上島邦彦²⁾, 富田明彦³⁾, 玉城温子³⁾
鈴木 順⁴⁾

AMIに対するPCI後のDAPT (チクロピジン100mg, ゼンアスピリン10mg)中の患者 (89歳男性)が食後突然の心窩部痛と吐血で救急搬送された. 上部消化管内視鏡検査 (EGD)で食道全域に内腔に突出した暗紫色の腫瘤をみとめた. CTで食道壁肥厚をみとめ, 臨床的に食道壁内血腫と診断した. 内服薬を全て中止し, 絶飲食, 安静にて加療した. 第6病日のEGDでは食道粘膜が脱落し, 持続性の出血をみとめなかったため経口摂取を開始した. 第10病日には自覚症状消失し, 第13病日に内服薬中止のまま退院となった. 第46病日のEGDでは治癒していた.

【考察】食道壁内血腫は食道粘膜下層に血腫を形成する稀な疾患であり, 保存的治療により1~2週間で後遺症なく改善し予後良好である. 成因は, 嘔吐などの機械的刺激によるものと, 出血傾向をきたす基礎疾患を有するものに大別される. 基礎疾患を有する場合にはそれに起因した死亡例があり, 早期の診断治療を行い無用な侵襲を避けることが重要である. 近年抗血栓療法を施行されている高齢者が増えており, 本疾患の頻度も増加すると考えられる. 抗血栓療法再開の目途についてはさらなる研究が必要である.

19 当院における急性出血性直腸潰瘍の臨床的特徴 生長会府中病院医師研修センター初期臨床研修室¹⁾ 生長会府中病院消化器内科²⁾

○高橋 諒¹⁾, 久松美友紀²⁾, 廣岡知臣²⁾

【はじめに】急性出血性直腸潰瘍は重篤な基礎疾患 (特に脳血管障害)を有する, 高齢者に突然無痛性の大量新鮮血便にて発症し, 歯状線近傍の下部直腸に不整形ないし輪状傾向の潰瘍が形成され, 止血がなされれば比較的良好に治癒軽快すると定義される. しかし日常診療では出血を繰り返す症例をしばしば経験する. 今回, 当院における急性出血性直腸潰瘍の臨床的特徴について検討した. 【対象と方法】2010年4月から2016年10月に当院で加療を行った急性出血性直腸潰瘍42例 (出血回数62回)を対象とし, 患者背景や出血回数, 治療方法について検討した. 【結果】平均年齢は76.2歳で性差は認められなかった. 88%がPerformance Status (PS)3以上, 平均Alb値は2.6と低値であり, 全症例が基礎疾患を有していた. また全出血回数の内34%でショックを合併し, 42%で輸血を要した. 42例中止手術を要したのは24例であった. 24例中, 止血成功例と出血を繰り返した例についても比較検討した. 出血を繰り返した例は止血成功例と比べると平均年齢やPSが悪く, Alb値が低い傾向にあった. 【結語】高齢, 寝たきり, 低栄養状態の患者では再出血の可能性が高く, 止血術施行後も慎重な経過観察が必要であると考えられる.

20 診断に難渋した小腸悪性リンパ腫の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾
宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野²⁾
○中島知太郎¹⁾, 橋本神奈¹⁾, 黒木建吾¹⁾, 坪内伸伸¹⁾
宮内俊一¹⁾, 小松弘幸¹⁾, 下田和哉²⁾

【症例】79歳男性【病歴】10年前に喉頭癌に対し, 喉頭摘出術, 放射線化学療法が施行された. 8年前PET-CTにて上行結腸に異常集積を認め, 当科で下部消化管内視鏡検査 (CS)を施行したが, 明らかな病変を認めなかった. 以降2年毎にCSを施行していたが, 回腸末端を含め明らかな病変を認めなかった. X年3月, CS施行時に回腸末端に潰瘍性病変を認め, 病理組織学的検査, 各種感染検査等を行ったが診断には至らなかった. 小腸カプセル内視鏡検査では全小腸にびらんが散見されたが, 症状認めず経過観察とした. 同年6月にCS再検. 潰瘍は縮小傾向で, 病理組織は非特異的所見だった. 同年10月, 強い腹痛, 嘔吐にて当科緊急入院となり, 腹部CTで回腸末端を閉塞起点とするイレウスと診断された. イレウス管を挿入し絶食・補液としたが改善なく, 腹腔鏡下回盲部切除術が施行された. 切除標本の病理診断はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL)で周囲リンパ節に転移はなかったが, PET-CTで全身の骨に異常集積を指摘され, 多発骨転移が疑われた. 【結語】小腸原発悪性腫瘍中で悪性リンパ腫は30-40%を占め頻度が高く, 確定診断には組織診断が必要である. 今回生検を繰り返すも診断に至らず, 手術を施行し診断し得た一例を経験したため報告する.

21 大腸癌多発肝転移に併発した肝膿瘍・骨盤内膿瘍の一例

東京大学医学部附属病院初期臨床研修医¹⁾

東京大学医学部附属病院消化器内科²⁾

東京大学医学部附属病院病理部³⁾

○瀬戸口尚登¹, 深川一史², 松本裕太², 小野敏嗣²

小田島慎也², 山道信毅², 河辺昭宏³, 森田茂樹³

深山正久³, 小池和彦²

【症例】78歳男性【主訴】血便、腹部膨満感【既往歴】糖尿病(47歳), 糖尿病性腎症で透析導入(72歳), 右腎細胞癌(72歳), 膀胱癌(76歳)【現病歴】2016年7月初旬より、腹部膨満感・血便認め、7月2日当院救急外来を紹介受診。腹部造影CTでS状結腸全周囲性肥厚及び隣接した骨盤内の膿瘍形成、肝左葉に多発低吸収域を認め、精査加療目的に同日入院。【臨床経過】入院後多発膿瘍を第一に考えPIPC/TAZで加療開始。改善なく、7月12日CTガイド下骨盤内膿瘍ドレナージ施行。穿刺液から複数の嫌気性菌を検出、CFPM+MNZに抗菌薬変更。骨盤内膿瘍縮小するも炎症反応遷延し、7月20日のCTで肝低吸収域増大。画像上肝膿瘍と転移性肝膿瘍の鑑別困難であり、7月22日下部内視鏡検査施行、進行S状結腸癌と診断。しかし長期の感染による全身状態悪化のため積極的加療困難で、8月16日永眠。病理解剖にて、S状結腸癌多発肝転移と一部に肝膿瘍の併発認めた。【考察】肝膿瘍と転移性肝膿瘍は画像上鑑別が困難であり、本症例の様に肝膿瘍と転移性肝膿瘍が合併する場合もあるため、両者の可能性を念頭に検査を進めていく必要がある。

22 消化管出血を契機に診断した遺伝性出血性毛細血管拡張症の1例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

宮崎大学医学部附属病院第一内科²⁾

○石崎友梨¹, 黒木建吾¹, 橋本神奈¹, 坪内伸伸¹

宮内俊一¹, 北村和雄², 小松弘幸¹

【症例】70歳代、男性。【現病歴】15年前より検診で貧血を指摘されていた。1年前に息切れを生じ、前医にてHb 5 g/dL 台の貧血を認めた。上下部消化管内視鏡で活動性の出血性病変は認めず、鉄剤内服されたがHb 6-7g/dL 台であった。今回、吐血し当科入院となった。【経過】上部消化管内視鏡にて胃毛細血管拡張が多発し鏡体の接触で出血を認めた。アルゴンプラズマ凝固法(APC)で止血した。後日、残存する血管拡張部にAPCを行い、その後、貧血は進行しなかった。身体診察で手指や口腔内に血管拡張を認め、問診で本人・家族に繰り返す鼻出血があり、遺伝性出血性毛細血管拡張症(HHT)と診断した。また、CTで右肺の動静脈瘻を認めたがシャント率低値で経過観察とした。【考察】HHTは常染色体優性遺伝疾患で10万人に1-2人程度である。繰り返す鼻出血、皮膚や粘膜の毛細血管拡張、肺や脳などの動静脈瘻、家族歴のうち3項目で確定診断となる。また、胃血管拡張はHHTの17%で認めるとの報告がある。本症例ではHHTを念頭に置いた問診・身体診察が重要であったと考えられる。文献的考察を含めて発表する。

23 SGLT2阻害薬とセツキシマブの併用が著効を呈したと考えられる肝転移を伴った糖尿病合併大腸癌の1例

群馬大学医学部附属病院臨床研修センター¹⁾

群馬大学医学部附属病院内分泌糖尿病内科²⁾

○須永匡一¹, 山田英二郎², 齋藤従道², 洪沢信行²

佐藤哲郎², 岡田秀一², 山田正信²

SGLT2阻害薬による癌治療の可能性について検討した。【方法と結果】HCT116細胞(ヒト大腸癌細胞株)の培養液中に0から2μMの種々の濃度の市販されているダパグリフロジン(以下ダパ)を添加したところ、濃度依存性に培養液中に浮遊細胞数が増加したがMAPKの燐酸化やPARPのcleaveには影響を与えなかった。鶏卵漿尿膜法にてダパによるHCT116細胞塊の有意な縮小を確認した。正常大腸組織並びに癌細胞にSGLT2が発現している肝転移を伴う糖尿病合併大腸癌の患者(複数の抗癌剤に抵抗性を示しセツキシマブの単独投与を開始された)にダパを投与したところHbA1cは10.7から10.3%へ減少し、CEA(ng/mL)は1104から112.4へと1ヶ月後には著減、その3週間後も85.8へと推移した。CTでは肝臓の転移巣の劇的な縮小を確認した。ダパの投与が偶然中断された現在、CEAは117.2, 187.4と上昇傾向へ転じた。免疫組織学的検討では、UGT1A9は正常大腸組織に発現しているが大腸癌細胞では非常に弱く、HCT116細胞でも非常に弱かった。【考察】ダパはUGT1A9の活性が弱いと未変化体のままで細胞内に留まって細胞接着能を阻害する。【提言】本研究結果は、SGLT2阻害薬の癌治療薬としての有望な可能性を示している。

24 造血幹細胞移植後のGraft versus host disease関連腸炎と感染性腸炎の臨床病理学的比較検討

札幌医科大学医学部消化器内科学講座

○大和田紗恵, 飯田智哉, 小野寺馨, 久保俊之, 山下健太郎

山野泰穂, 仲瀬裕志

【背景と目的】Graft versus host disease (GVHD) 関連腸炎は、造血幹細胞移植後の予後を左右する重大な因子の一つであり、感染性腸炎との鑑別が必要である。今回我々は、造血幹細胞移植後のGVHD関連腸炎と感染性腸炎を比較し、その臨床病理学的特徴を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】当科で経験した造血幹細胞移植症例282例のうち、GVHD関連腸炎または感染性腸炎と診断された症例を対象とした。患者背景、内視鏡所見、病理所見などについて後方視的に検討した。【結果】282例中44例が腸炎と診断され、GVHD関連腸炎が20例(A群)、感染性腸炎が24例(B群)であった。A群は全例が内視鏡下生検によって診断され、B群は17例がClostridium difficile (CD) 関連腸炎であった。内視鏡所見は両群ともに発赤、浮腫が多く、生検ではA群でほぼ全例にアポトーシスの所見を認め、B群では非特異的炎症所見のみであった。B群では自家末梢血幹細胞移植が16例と多く、移植から診断までの平均日数はA群43.2日、B群119日であった。年齢や下痢回数、血液検査所見に差は認めなかった。【結論】GVHD関連腸炎は移植後比較的早期に生じており、感染性腸炎は自家移植後のCD関連腸炎が多かった。また、内視鏡下生検は両者を鑑別する上で重要であり、積極的に施行されるべきであると考えられた。

25 再発性アルコール性急性膵炎を契機に発見された膵上皮内癌の1例

川崎医科大学附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

胆膵インターベンション科²⁾

肝胆膵内科³⁾

○藤本康人¹⁾, 西紋禮士³⁾, 三宅智雄³⁾, 北川貴之³⁾

時岡峻三³⁾, 青木啓純³⁾, 中島義博²⁾, 吉田浩司²⁾

日野啓輔³⁾

症例は60歳代男性。アルコール性急性膵炎による入院を繰り返していた。紹介医の精査で急性膵炎と診断し当院救急搬送。CTでは体尾部主膵管のわずかな拡張を認めるのみ。MRCPでは体尾部に狭窄所見を認めたが、狭窄部周囲に腫瘤性病変を認めなかった。微小膵癌を疑いERCPを施行。膵体部狭窄および尾側膵管の軽度拡張・狭窄部分枝膵管描出不良を認め膵癌が疑われた。細胞診では異型細胞が検出されたが癌の確定診断には至らなかった。腫瘍性病変に伴う膵管狭窄が再発性膵炎の原因と判断し膵体尾部切除術を施行した。病理組織では狭窄部を中心に上皮内癌を認め、周囲膵実質には膵炎に伴う腺房の脱落と線維化を認めたが癌の浸潤は認められなかった。急性膵炎を契機に発見された膵上皮内癌の1例を経験した。膵炎の原因として微小膵癌の存在を常に考慮する必要があると考えられた。腫瘤径10mm以下の小膵癌(自験例25例)のうち急性膵炎を発症した7例の臨床病理学的特徴ならびに文献的考察を加えて報告する。

26 腹部エコーによる膵短径観察が自己免疫性膵炎の経過に有用であった一例

株式会社日立製作所日立総合病院消化器内科

○越智正憲, 久保田大, 宮嶋 望, 綿引隆久, 大河原悠

大河原敦, 柿木信重, 鴨志田敏郎, 平井信二

【症例】79歳男性【主訴】高血糖【現病歴】近医で高血糖が指摘され、画像検査で膵体尾部の限局性腫大や主膵管の狭細化が認められた。2015年5月中旬に精査加療目的で当科入院となった。【臨床経過】画像検査および高IgG4血症(525mg/dl)より自己免疫性膵炎が疑われた。腫瘍マーカーは陰性であり、リンパ節腫大や遠隔転移を示す画像所見がなかったことから5月下旬より寛解導入および診断目的にグルココルチコイド30mg/日による加療を開始した。7月上旬に腹部超音波検査で膵短径は入院時16mmから10mm、IgG4値は219mg/dlまで改善し、自己免疫性膵炎と診断した。退院後も腹部エコーおよびIgG4値によるフォローを行い、2016年12月中旬には膵短径は5mm、IgG4値は110mg/dlと正常値まで改善した。【考察】自己免疫性膵炎の病態活動性はIgG4値と定期的な画像検査が有用とされている。画像検査の種類に関しては一定のコンセンサスがなく、本症例のように腹部エコーを用いた膵短径はIgG4値と相関があり自己免疫性膵炎の病態活動性を反映していると考えられた。さらにCTやMRIを有しない施設でもIgG4値と腹部エコーの活用で病態活動性を評価できる可能性が示唆された。【結語】腹部エコーを用いた膵短径観察により、自己免疫性膵炎の経過が示された一例を経験した。

27 消化管病変により蛋白漏出性胃腸症を呈したサルコイドーシスの1例

札幌医科大学医学部消化器内科学講座

○高田夢実, 飯田智哉, 小野寺馨, 久保俊之, 山下健太郎

山野泰穂, 仲瀬裕志

【症例】60代, 男性【主訴】下痢【現病歴】5年前から間欠的に下痢を認めていた。下痢は水様性で1日5回前後であり、腹痛は認めなかった。前頭部に発赤調の皮疹を認めた。血液検査ではAlbが1.5g/dlと低値であり、CRPは陰性で、sIL-2Rが1443U/mlと高値であった。上部消化管内視鏡検査では食道に白色の小隆起が多発しており、十二指腸粘膜は粗ざうであった。下部消化管内視鏡検査では、結腸に白色の小びらんが散在しており、直腸粘膜は浮腫状であった。上下部消化管および前頭部の皮疹からの生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の所見が得られ、造影CTで縦郭・肺門リンパ節腫大を認め、ACEは正常値であったがsIL-2R高値、ツベルクリン反応陰性であり、サルコイドーシスの診断に至った。また、α1-アンチトリプシンクリアランス試験で蛋白の漏出が示され、サルコイドーシスの腸管病変に伴う蛋白漏出性胃腸症と考え、PSL30mg/dayから治療を開始したところ、下痢症状、血液データともに改善を認めた。【考察】サルコイドーシスはその1.6%に腸管病変を合併するとされているが、食道病変は非常にまれである。また、蛋白漏出を来したサルコイドーシスの報告はこれまでに3例しかないが、我々はサルコイドーシスが蛋白漏出性胃腸症の原因となることに留意すべきである。

28 腸重積を呈したSTK11遺伝子全欠失型Peutz-Jeghers症候群の1例

札幌医科大学医学部消化器内科学講座

○山本崇史, 飯田智哉, 小野寺馨, 久保俊之, 山下健太郎

山野泰穂, 仲瀬裕志

【症例】13歳, 男性【主訴】腹痛【家族歴】なし【現病歴】2歳頃より口唇・口腔粘膜に、学童期には手指先端にも色素斑が出現したため、Peutz-Jeghers症候群(PJS)の疑いで紹介となった。遺伝子解析の結果STK11遺伝子の全欠失を示し、PJSと確定診断された。精査を予定していたが以降受診せず、1年半後に腹痛を訴えて近医を受診、CTで回腸-上行結腸の重積を認め、高圧浣腸にて整復後に当院転院となった。転院後腹部症状は認めなかったが、CTでポリープを先進部とした回腸-上行結腸の重積は残存しており、他に小腸にも重積を認めた。小腸造影では小腸内に多発ポリープが指摘され、重積部位には外科的切除術を、その他のポリープには術中の内視鏡的切除術を選択した。【考察】PJSではSTK11遺伝子に何らかの異常を認めることが多いが、遺伝子全欠失を呈する症例は稀であり、変異型と臨床症状との相関についての報告は未だ少ない。また、PJSにおけるポリープは癌化のリスクが高く積極的な治療が必要だが、複数のポリープに対する治療選択は患者のQOLに直結する。近年では外科手術と内視鏡を組み合わせ治療が積極的に行われており、PJSの遺伝子異常ならびにPJSによるポリポーシス、腸重積に対する患者QOLに配慮した最適な治療法について、今後さらなる検討が必要である。

29 腸管スピロヘータを認めた好酸球性腸炎と腸重積症の一例

松波総合病院臨床研修医¹⁾

松波総合病院総合内科²⁾

松波総合病院外科³⁾

松波総合病院消化器内科⁴⁾

松波総合病院中央検査センター⁵⁾

○兄玉篤典¹, 傍島卓也², 古賀正一⁴, 加藤知克³

池田庸子⁵, 村山正憲²

【主訴】腹痛 【症例】57歳男性。誘引なく、数日から数ヶ月ごとに、数日間持続する間歇的腹痛、嘔吐、食思不振を呈し、複数の医療機関を受診するも原因不明として当院内科紹介受診。腹部造影CTで上行結腸にtarget signを認め、腸重積と診断した。下部消化管内視鏡で腫大したパウヒン弁を認め閉塞解除される動きを認めた。待機的に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理学的には、悪性所見は認めず、上行結腸の粘膜下層と、パウヒン弁の粘膜固有層に好酸球浸潤と腸管スピロヘータを認めた。術後経過は良好で退院後症状再発を認めていない。【考察】腸重積症の成人の発症頻度は5～10%であり、80～90%は器質的疾患を有する。本例では腫大したパウヒン弁が先進し腸重積に至ったと考えられた。腸重積と腸管スピロヘータの合併の報告はPubMedで検索した限りで一例認めた。腸管スピロヘータによる好酸球性腸炎から再発性腸重積へ至った可能性が示唆された一例であった。【結語】発症に腸管スピロヘータ及び好酸球性腸炎の関与が考えられた、成人の腸重積の一例を経験した。

30 胃MALTリンパ腫が疑われたリンパ増殖性疾患の一例

慶應義塾大学医学部内科学（消化器）¹⁾

慶應義塾大学医学部内科学（血液）²⁾

慶應義塾大学病院病理診断部³⁾

○石垣 星¹, 亀山尚子¹, 正岡建洋¹, 川井田みほ³

亀山香織³, 森 毅彦², 金井隆典¹

【症例】83歳の女性 【主訴】腹痛。【現病歴】関節リウマチのため当院リウマチ内科に通院中であった。200X年に胃潰瘍と診断された。プロトンポンプ阻害薬の継続内服と、1-2年毎の上部消化管内視鏡検査による経過観察で再発なく経過していた。200X+7年6月より左頸部リンパ節腫脹を自覚し、耳鼻科を受診した。同年7月に上部消化管内視鏡検査を施行し胃噴門部小弯に潰瘍性病変を認め、病理検査ではMALTリンパ腫が疑われた。同時期より血清IgMの上昇傾向を認めたため、血液内科でも精査を開始した。【臨床経過】左耳下腺腫脹は生検施行するも所見に乏しく、IgM高値に関しても高齢であることから骨髓生検は行わない方針とした。当院リウマチ内科でメソトレキセートを処方されていたこと左耳下腺腫脹を認めていたことよりメソトレキセート関連リンパ増殖性疾患（以下MTX-LPD）を疑いMTXを中止としたところ、耳下腺腫脹の消失を認めた。また上昇していたIgMも低下した。胃生検検体のEBER-ISH、血中EBVCA、EBNA IgGが陽性であった。尿素呼吸気試験陽性であったため、除菌療法を行い、便中ピロリ抗原法で除菌成功を確認した。【考察】MTX-LPDは比較的高齢者に発症し、MTXの低用量内服を一定期間継続した患者に多い。EBウイルス陽性例は約半数に認められ、寛解導入率が高いとされているが、再発する可能性は否定できず、今後注意深い経過観察が重要である。【結語】本症例は胃MALTリンパ腫が疑われ、EBウイルスが陽性であった教訓的なMTX-LPDの一例と考えられた。

31 脾臓原発播種性骨髄癌症の一例

上尾中央総合病院

○小林秀彰

【緒言】播種性骨髄癌症は、固形腫瘍の広範骨髄転移および、そのびまん性浸潤により、DICや微小血管炎性貧血を引き起こす病態として林らによって提唱された。90%以上が胃原発で、その他大腸癌や前立腺癌、乳癌、膀胱癌が報告されている。今回我々は脾臓を原発とした播種性骨髄癌症を経験したので報告する。【症例】81歳女性。易疲労感・出血傾向を認め当院受診。Hb 9.9g/dl plt 3.2万, APTT 41.0sec, PT 測定不能, D-Dimer 203.5μg/ml, DUPAN-2 339U/ml, Span-1 144.8U/ml, 右側胸背部痛と心窩部から右側胸部にかけ紫斑を認め、右季肋下に肝を4横指触知した。第1病日に骨髄穿刺を実施しN/C比の高い腫瘍細胞の集積を認め、骨髄癌症を疑う所見であった。腹部CTで脾尾部主脾管拡張、肝内多発腫瘍を認め、脾臓を原発とした播種性骨髄癌症、多発肝転移と診断。緩和療法のみが選択され第38病日に永眠された。【考察】播種性骨髄癌症は、広範な血行性・リンパ行性による骨髄を中心としたびまん性臓器浸潤とDICによる出血症状、溶血性貧血を合併する病態と定義され、本疾患と矛盾しない。DICを合併した本疾患に対し、DIC治療と並行して原発巣に対する化学療法を行った結果、生存期間延長とDIC改善が見られたという報告も散見される。本疾患を疑った場合、DICに移行する前に骨髄穿刺や生検による確定診断を行い早期に治療を開始すべきである。

32 下垂体機能低下症を伴った自己免疫性脾炎の1例

順天堂大学消化器内科¹⁾

糖尿病・内分泌科²⁾

○黒澤太郎¹, 石井重登¹, 内山 明¹, 加藤順子¹

瀧谷智義¹, 山科俊平¹, 後藤広昌², 綿田裕孝²

椎名秀一朗¹, 渡辺純夫¹

【症例】47歳、女性 【主訴】眼瞼腫脹 【現病歴】4ヶ月前から眼瞼腫脹を自覚し当院受診。身体所見上、眼瞼・顎下部腫脹を認めた。内分泌負荷試験で甲状腺機能低下・下垂体前葉機能低下を認めた。頭頸部MRIで下垂体腫脹、外眼筋・涙腺・舌下腺の腫脹、腹部CTでは脾頭部・尾部に乏血性腫瘍を認めた。血清IgG4値が高値でありIgG4関連疾患を疑うも脾管造影検査では、自己免疫性脾炎（AIP）で見られる典型的な主脾管の不整狭細像は認めず、他の脾腫瘍との鑑別目的に超音波内視鏡下穿刺吸引組織診を施行した。またIgG4関連唾液腺炎の鑑別のために口唇生検を施行した。病理組織では、ともにリンパ球および形質細胞浸潤とIgG4/IgG陽性細胞比率の上昇を認め、AIPおよびMikulicz病と確定診断した。プレドニゾロン（0.5 mg/kg/day）治療により血清IgG4値の低下に伴い眼瞼腫脹、下垂体腫脹・外眼筋および涙腺腫大は改善し、脾腫瘍も消失した。【考察】眼瞼腫脹を契機に診断されたIgG4関連疾患を経験した。IgG4関連疾患は多彩な病態を呈することが知られている。AIPと下垂体炎とを合併した比較的稀な病態であり示唆に富む症例と考えられたため報告する。

33 胆嚢原発神経内分泌癌に皮膚筋炎を合併した一例

東京大学病院消化器内科¹⁾

東京大学病院神経内科²⁾

○黒川優太¹, 中村知香¹, 海永光洋², 永迫友規²

高原楠昊¹, 中井陽介¹, 清水 潤², 伊佐山浩通¹

辻 省次¹, 小池和彦¹

【症例】69歳男性

【主訴】腹痛, 食思不振, 皮疹, 筋力低下

【現病歴】約1か月前より腹痛および食思不振, 両側頬部から前額部の発赤, 両上腕の拳上困難感を自覚し近医受診。CTにて胆嚢腫瘍および多発リンパ節腫大を認め, 精査・加療目的に当院紹介受診。

【入院時所見】<身体所見>ヘリオトロブ疹, ゴットロン徴候あり。四肢近位筋主体の筋力低下あり。<検査所見>WBC 4800/ μ L, LD 804 U/L, AST 212 U/L, ALT 54 U/L, CK 4032 U/L, CRP 0.95 mg/dL, LDH 804 U/L, CA19-9 792 U/mL, 抗 TIF-1 γ 抗体 (+)

【入院後経過】超音波内視鏡ガイド下リンパ節生検にて神経内分泌癌の診断を得た。また筋生検および筋電図所見を含め悪性腫瘍随伴性皮膚筋炎と診断した。化学療法を先行したが, 四肢筋力低下および嚥下機能障害の増悪を認めたため, 化学療法を中断しステロイドパルス療法を施行。比較的短期間で四肢筋力は回復したが, 嚥下機能障害が残存し経口摂取再開が困難であった。腫瘍増悪により診断4ヵ月後に永眠された。

【考察】抗 TIF-1 γ 抗体は皮膚筋炎の20-25%に陽性となり, 悪性腫瘍随伴例で高頻度に検出される。合併する悪性腫瘍の臓器や組織型に一定の傾向はないが, 神経内分泌癌への随伴の報告は限られている。示唆に富む一例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

34 肝細胞癌様の画像所見を呈した胆管過形成の一例

国立病院機構北海道医療センター消化器内科¹⁾

NTT 東日本札幌病院臨床検査科²⁾

札幌臨床検査センター病理診断部³⁾

○米村洋輝¹, 北潟谷隆¹, 佐々木暁¹, 常松聖司¹

多谷容子¹, 馬場 麗¹, 塚本祐己¹, 武藤修一¹

木村宗士¹, 佐藤昌明², 水無瀬昂³

【症例】64歳女性【主訴】肝酵素異常【現病歴】当院精神科病棟に入院中, 採血にて肝酵素異常を認めたため当科紹介となった。単純CTでは肝右葉全体の濃度低下が認められ, 造影CTでは同部位に動脈相での早期濃染や平衡相でのwash outが認められた。また右葉内部には胆管拡張があり, 右肝管内に腫瘍様陰影が認められ, さらに門脈右枝が描出なく, 腫瘍による閉塞が疑われた。以上の所見から胆管浸潤と門脈浸潤を伴ったびまん性肝細胞癌が疑われ, 確定診断目的に肝生検を施行したところ, Bile ductular hyperplasia との結果であった。更なる診断のため, 胆管鏡下に胆管内腫瘍生検を行った。腫瘍は表面平滑で乳頭状に隆起しており, 色調は赤色, 一部は白色浮遊物に覆われており, 右肝管を閉塞していた。悪性を示唆する異型細胞は認められず, 所見から胆管過形成と診断した。【考察】本症例のような胆管良性病変は, 本邦で40例ほどしか報告がなく非常に稀である。さらに胆管鏡にて病変を観察出来た貴重な一例を経験した。胆管上皮過形成に胆管上皮内癌を合併した報告もあり, 定期的な経過観察が必要な疾患と考えられた。

35 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) で結核性リンパ節炎の確定診断に至った一例

横浜市立大学医学部医学科¹⁾

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内科²⁾

横浜市立大学医学部医学科消化器内科学教室³⁾

○山本奈央子¹, 三輪治生², 三箇克幸², 合田賢弘²

入江邦泰², 三浦雄輝², 杉森一哉², 沼田和司²

田中克明², 前田 慎³

【症例】24歳男性【主訴】皮膚黄染【現病歴】2016年4月皮膚黄染が出現, 近医受診し造影CTを施行し肝門部から膵頭部周囲に腫瘍と胆管狭窄を認め精査加療目的に当院紹介受診した。【臨床経過】EUS-FNAの結果, 細胞診で紡錘形の類上皮細胞やラングハンス型巨細胞様の多核細胞を認め抗酸菌感染症が疑われた。また組織診で類上皮細胞が集簇性に認められ類上皮細胞肉芽腫の診断であった。TRC法で核酸増幅検査を行ったところTb陽性で結核性リンパ節炎の診断に至った。閉塞性黄疸に対しERCPを施行し遠位胆管に狭窄を認めステントを留置, 黄疸消失後4剤併用抗結核療法を開始し現在治療継続中である。【考察】結核性リンパ節炎は比較的稀な疾患であり画像診断のみでは鑑別は困難である。しかしながら病理診断により悪性疾患を除外し, 根治的治療を選択することができる。EUS-FNAは消化管から観察することができれば低侵襲に行うことができ, 病理検査から遺伝子検査まで可能であり, 診断に有用な検査であると考えられる。【結語】EUS-FNAが診断確定に有用であった結核性リンパ節炎の一例を経験した。

36 制酸薬服用中の高齢女性に発症した Phlegmonous Gastritis の一例

湘南鎌倉総合病院消化器病センター

○成 志弦, 魚嶋晴紀, 賀古 眞

【症例】92歳, 女性。【主訴】発熱, 心窩部痛【現病歴】逆流性食道炎に対して数年間制酸薬を服用していた。当院受診数日前に心窩部痛と発熱が認められ, 当院を受診された。来院時身体所見: 心窩部痛軽度。血液検査所見: WBC 15,500/ μ L, CRP 14.4mg/dL。内視鏡検査所見: 著大な萎縮性変化と胃体下部より前庭部にかけて, 白苔を伴う多発潰瘍を認めた。病理検査では腫瘍性病変を認めなかったが, 白苔部の胃粘膜培養検査から大腸菌が検出された。以上より, Phlegmonous Gastritis の診断で, 抗菌薬の投与を行ったところ改善が認められ, 第16病日に退院された。後日, 制酸薬中止下の胃内Phモニタリングでは, 夜間を中心に長時間Ph5以上が示された。【考察】Phlegmonous Gastritis は胃酸低下と免疫不全に合併する非常に稀な疾患である。Pubmedで検索しえた19例の検討を行ったところ, 平均年齢61.8歳, 男性12例(63.1%)であった。原因は免疫不全が9例(47.4%)と最も多く, 制酸薬単独の関与は1例(5.2%)であり, 治療は全例で抗菌薬治療と再燃した4例(21%)には手術が施行された。本症例は, 免疫不全を認めなかったが, 加齢に伴う胃酸低下と制酸薬による胃内Phが低下したことで, 胃粘膜にE.coli感染が惹起されたものと考えられた。【結語】高齢者に対する制酸薬投与はPhlegmonous Gastritis の発症を留意する必要があると考えられた。

37 腸回転異常, 臍体尾部欠損, 多脾のほか多彩な先天異常を合併した急性胆嚢炎の事例

埼玉協同病院総合内科

○松村憲浩, 田中宏昌

【症例】61歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】来院3日前に突然の心窩部痛で近医受診し, 胆石発作と診断. その後も症状改善しないため当院内科外来を受診した. 【経過】外来諸検査で急性胆嚢炎と診断し入院加療を要した. CT検査では十二指腸水平脚を認めず, 小腸の大半が右側, 結腸の大半が左側に位置するなど複数の先天異常を認めた. 内視鏡的胆道評価は臍尿管異所性開口のため施行が困難であった. 入院経過は順調で第11病日に軽快退院した. その後の検討では臍尿管異所性開口の他に, 腸回転異常, 臍体尾部欠損(背側臍欠損), 輪状臍(腹側臍), 肝外側区の腫大, 多脾症, 左総頸動脈腕頭動脈同時分岐の併存を確認したが, 明らかな心奇形の合併は認めなかった. 【考察】本例の先天異常は, 発生4~10週の鰓弓形成, 腸回転, 臍原基の回転・癒合の時期に正常な発育が障害されて生じたと考えられる. これらの多彩なバリエーションのそれぞれの合併率などは知られていない. 左総頸動脈腕頭動脈同時分岐は5%くらいとの報告が多い. 内臓逆位を合併する多脾症候群でも成人例では心血管系異常の認められない例もあり, 発生学的成因の多様性を反映しているものと考えられる. 内臓・脈管の形態・位置異常, 走行異常, 破格を把握することは処置や手術の手技上の障害や偶発症を回避するうえで重要な情報であり, 適切に他科との情報共有を図ることも初期診療を担うことが多い内科医としての重要な任務である.

38 8つの冠動脈瘤が連なり肺動脈瘻を呈した一例 小牧市民病院循環器内科

○全並正人, 小川恭弘, 今井元, 許聖服, 林元春

田代 詳, 岡島 嵩, 榊原慶祐, 安達 健, 川口克廣
症例は76歳女性. 既往歴, 内服歴特になし. 右上肢の蜂窩織炎で整形外科フォロー中に抗生薬の反応が悪く, 精査のCTで偶然に冠動脈瘤を指摘された. 胸部聴診, 心電図では異常を認めなかった. 心エコーでは心収縮良好であり, 有意な弁膜症を認めなかった. 冠動脈造影では冠動脈自体に異常は認めなかったものの, 左前下行枝より異常血管が分岐して大小様々な冠動脈瘤が連続していた. 瘤径は最大のもので30mmだった. 肺動脈瘻も認めたが, 右心カテーテルではO2STEP UPは特になく, QP/QSはほぼ1だった. 文献上30mm以上は破裂リスクが高いため手術となった. 冠動脈瘤を切開し流入/流出血管を処理し, 肺動脈瘻も結紮して閉鎖された. 病理では, 内膜肥厚やマクロファージの集簇, 中膜の石灰化を認め, 粥状硬化を表す所見であった. 冠動脈瘤は主に川崎病に合併する疾患で, 冠動脈瘤そのものが瘤化することが多い. しかし本症例では, 川崎病に特長な血管炎による内皮細胞の障害も認めないため, 動脈瘻からの乱流により瘤が形成されたと考えられた. また我々が調べた限りでは, 本症例に認めた瘤の数は報告例よりも多く, 比較的稀な症例と考えられたため, 文献的な考察を加えて報告する.

39 家族性高コレステロール血症による冠動脈疾患への寄与

一宮西病院¹⁾

一宮西病院循環器内科²⁾

○藤井将人¹⁾, 田中伸享²⁾, 前田拓哉²⁾, 石原弘貴²⁾

且 一宏²⁾, 寺村真範²⁾, 篠田明紀良²⁾, 寺本智彦²⁾

家族性高コレステロール血症(FH)は冠動脈疾患(CAD)のリスクが高い遺伝性疾患であるがCADへの寄与は不明な点がある. 我々は2010年5月から2014年7月までに一宮西病院を受診した患者484人(CAD患者173人)を調査しFHの有病率を調べた. CADのLDL-Cはおそらくスタチンの使用により非CADよりも低くなっていた(CAD群57.2%, 非CAD群16.7%). JASガイドラインにより各群に2名ずつのFH患者が同定された(CAD群のうち1.2%, 非CAD群のうち0.6%, 有意差なし). 非CADのFH患者は家族歴は認めなかったが, 高LDL-Cとアキレス腱肥厚(ATT)が認められた. CADのFH患者は家族歴とATTを認めたが, 一人はLDL-Cが高くもう一人はスタチンの使用により低かった. 多重ロジスティック回帰分析によると, CADの関連因子として, 年齢, 家族歴, HDL-C, ATTがあげられた. FHはCAD群で多い傾向が認められた. スタチンの使用はFHの診断を困難にしている可能性があるが, 家族歴の十分な聴取とATTの測定で診断できるケースもある. また, ATTをサロゲートマーカーとしてCADの予測に利用できる可能性もある. さらに調査を重ねCADへのFHの寄与について明らかにしていくことが重要と考えられる.

40 ST上昇型急性心筋梗塞の発症から受診までの時間と性差の検討

一岩手県心疾患登録パイロット事業の解析から一

岩手医科大学医学部4年生¹⁾

岩手県立中央病院²⁾

岩手県立中部病院³⁾

岩手県立磐井病院⁴⁾

岩手医科大学内科学講座循環器内科分野⁵⁾

岩手医科大学医学教育学講座地域医療学分野⁶⁾

○峯田武典¹⁾, 今村要介¹⁾, 坂岡雅史¹⁾, 長谷川寛¹⁾

吉直大佑¹⁾, 中村明浩²⁾, 齊藤秀典³⁾, 小野寺洋幸⁴⁾

森野禎浩⁵⁾, 伊藤智範⁶⁾

目的: 性差ならびに同居人の有無と, 受診行動・院内死亡率との関係を明らかにする. 対象: ST上昇型急性心筋梗塞800例を対象とした. 方法: 対象を, 性別と同居人の有無により分類した. 患者背景・時間経過と院内転帰などを調査した. 結果: 独居男性の受診までの時間が最も短く(76.5分), 最も遅く受診するのは, 独居女性であった(216.5分)($p=0.035$). 院内死亡率は, 同居人のいる女性が19.2%で最も高く, 独居男性が14.2%, 同居人のいる男性で8.6%, 最も低いのは, 独居女性で3.3%であった($p=0.001$). 多変量解析では, 独居のオッズ比が0.35(95%CI:0.13-0.98; $p=0.046$)で早期受診の有意な独立因子であった. また, 男性のオッズ比は0.15(95%CI:0.02-1.16; $p=0.069$)であった. 結論: ST上昇型急性心筋梗塞例での発症から受診までの時間と院内死亡率は, 性別と同居人の有無により異なっていた. 家庭生活環境と性差が受診行動に影響を及ぼすと考えられた.

41 肺悪性腫瘍精査目的で抗血小板薬休薬中に、超遅発性ステント血栓症を繰り返した一例 —剖検から得られた知見—

浜松医科大学第三内科¹⁾
東海大学循環器内科²⁾

○海野響子¹、佐野 誠¹、山下哲史¹、榊原智晶¹
大谷速人¹、早乙女雅夫¹、漆田 毅¹、佐藤 洋¹
中澤 学²、林 秀晴¹

72歳男性。55歳、狭心症で前下行枝(LAD)にPCI施行した。61歳、急性前壁梗塞にてLADに薬剤溶出性ステント(DES)を留置した。その後、心内血栓症を合併し、アスピリン、ワルファリン2剤内服中であった。71歳、肺癌疑いに対する気管支鏡検査のため2剤休薬、ヘパリン投与中に再度急性前壁梗塞を発症した。LADの超遅発性ステント血栓症が疑われ、OCTにてstent restenosis, malappositionの所見を得て、同部位にBMS留置した。プラスグレルを追加した3剤併用療法にて精査は延期した。30日後のOCTでもstent malappositionを認め、プラスグレル1剤継続で精査を予定したが、再度ステント血栓症が再燃し、心不全増悪にて死亡した。剖検では、DES周囲に著明な炎症細胞浸潤を認め、late acquired malappositionを引き起こしたと考えられた。【考察・結語】生検や手術のため抗血小板薬の休薬を余儀なくされるが、特にDESでは超遅発性ステント血栓症に注意を要する。本例でも剖検にて特徴的な遅発性炎症反応が確認され、抗血小板薬休薬には症例に応じた判断が重要と言える。抗血小板薬休薬中に超遅発性ステント血栓症を起こし、剖検にて原因検討した一例を経験した。

42 産後慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下および2次性高LDLコレステロール血症から虚血性心筋症を来した1例

田附興風会医学研究所北野病院心臓センター

○濱口桃香、船迫宴福、佐々木健一、中根英策、宮本昌一
和泉俊明、春名徹也、猪子森明

【症例】心疾患の家族歴の無い55歳、女性。15年前に産後一過性甲状腺機能亢進症となり内服加療を受けていたが、通院を自己中断していた。8年前より体重は20kg増加、3年前より下肢や顔面の浮腫と脱毛を認め、1週間前より浮腫の増悪および労作時呼吸困難感を自覚し当院受診。胸部レントゲン写真で心拡大を認め、経胸壁心エコー図検査で左室収縮率(LVEF)は20%と低下し、血液検査でBNP値570pg/mLであった。超音波検査で甲状腺は腫大し、fT4は検査感度以下に低下、TSH53.4 μ IU/mLと甲状腺機能低下を認めた。抗TPO抗体と抗Tg抗体が陽性であり慢性甲状腺炎と診断した。またLDLは266mg/dLであった。冠動脈造影検査では左前下行枝99%と回旋枝90%の狭窄を認め、経皮的冠動脈形成術を施行し改善した。術後、内服加療により甲状腺ホルモン値とLDLは基準範囲内となりLVEFは53%に改善した。以後も心不全の再燃なく経過している。【考察】産後約5%に一過性甲状腺機能異常が生じるが、ときに遷延することがある。本症例は比較的若年女性の心機能障害であり、その主病態は産後慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下と2次性高LDL血症による虚血性心筋症が惹起した心不全と考えられた。虚血性心筋症の機序として興味深い一例であり報告する。

43 洞機能不全症候群に合併した難治性冠攣縮性狭心症 に対し入院管理下で薬剤調整を行った一例

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科

○豊崎雄一、中埜信太郎、保谷洋貴、神田さやか、筋野容守
湯手庸道、丹野 巡、村松俊裕、西村重敬

68歳女性。入院1年半前に安静時の胸部絞扼感あり、近医のホルター心電図で陰性T波認め紹介。冠動脈CTで有意狭窄所見無く経過観察となった。入院半年前から同様の症状あり、血管拡張薬処方されるも改善乏しく、再度行ったホルター心電図で夜間に著明なST上昇と頻脈後の3.3秒のポーズを認めた。再度紹介となり、経過と検査結果から冠攣縮性狭心症および洞機能不全症候群と診断。Ca拮抗薬投与・増量と洞機能不全症候群増悪時の予防的治療(ペースメーカー植込込み等)についても検討が必要であり、入院管理下で薬剤調整とした。入院後、血管拡張薬持続点滴併用の上Ca拮抗薬等の冠拡張薬導入を行うも、深夜に狭心症発作を認めた。その後更なる薬剤調整で胸部症状は消失、洞機能不全症候群悪化の徴候は認めなかったため退院した。退院後のホルター心電図でも夜間のST変化はなく、最長2.6秒のポーズあるも自覚症状無く、内服薬継続とした。

【考察】冠攣縮性狭心症に徐脈性不整脈を合併する症例は、不整脈の原因が心筋虚血によるか否か判断困難である。更に、冠拡張薬による徐脈性不整脈増悪のリスクもあり、入院、モニター管理下での薬剤調整が必要となる。

【結語】洞機能不全症候群に合併した難治性冠攣縮性狭心症で、入院による薬剤治療が成功した一例を経験した。

44 急性心筋梗塞に合併した心室重複破裂に対し手術を行うも、術後経過中に再度心室中隔穿孔を発症した一例

府中病院医師研修センター初期臨床研修室¹⁾

府中病院循環器内科²⁾

ベルランド総合病院心臓血管外科³⁾

○木村 薫¹、山下智子²、戎野和之²、藤澤直輝²
吉田啓子²、蒔田直記²、竹下宏明²、堂上友紀²
南村弘佳³、田口晴之²

症例は86歳女性。2016年7月、突然の胸部不快感が出現し救急搬送となった。胸部聴診上、異常所見は認めなかった。心電図でST上昇を認め、心エコー図で前壁・前壁中隔の基部から心尖部の広範囲に壁運動異常を認めた。有意な弁膜症や心嚢液は認めなかった。急性心筋梗塞と診断し、緊急カテーテル検査で左前下行枝(#6)の閉塞を認めた。IABP挿入後、ステント留置術を行った。術後はアシドーシスの進行なく、血圧は安定した。翌朝左第3肋間に全収縮期雑音を聴取し、心エコー図で心室中隔穿孔を認めたため、同日心臓血管外科へ転院し、心室中隔穿孔と左室自由壁破裂に対し、パッチ閉鎖、自由壁止血術を行った。術後の心エコー図では残存シャントなく、術後経過は良好であった。しかし術後9日目に突然の血圧低下とともに再度全収縮期雑音を聴取した。心エコー図検査で大動脈弁直下心室中隔基部に右心室流出路部への血流を認め、新たな心室中隔穿孔再発と診断した。IABPを再挿入し薬物治療を行ったが、低心拍出症候群による多臓器不全を認め、術後14日目に死亡した。今回、心室重複破裂の術後に中隔穿孔の再発を来した稀な一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

45 急性心筋梗塞治療経過中の徐脈を伴う心原性ショックに対して心室ペーシングに心房ペーシングの追加が有効であった1例

奈良県西和医療センター臨床研修医¹⁾
循環器内科²⁾

○足立詩織¹⁾, 中井健仁²⁾, 平井香衣子²⁾, 橋本行弘²⁾
藤本源²⁾, 鈴木 恵²⁾, 岩間 一²⁾, 土肥直文²⁾

症例は83歳女性。急性下壁梗塞、完全房室ブロックで当院に紹介された。冠動脈造影を実施し、右冠動脈近位部閉塞と左前下行枝中間部狭窄を認めた。右冠動脈の責任病変に対しステント留置を行い、良好な再灌流を得た。洞調律に回復し経過良好であったが、第3病日に徐脈頻脈症候群を合併し、心室ペーシングを開始した。同時に左前下行枝の残存病変に対してステント留置を実施したが、一時的に血栓閉塞をきたし、血栓吸引などにより血流改善を得て終了した。人工呼吸下に大動脈内バルーンパンピングおよび持続的緩徐血液濾過透析による集中治療を行った。しかし心房細動と洞不全を繰り返し、VVIペーシング下でも血圧が安定せず無尿状態となった。第6病日に心房ペーシングを追加し、DDDモードに変更したが、著明な心房内伝導遅延を呈した。血行動態改善目的にAAIペーシングを開始したところ血圧は安定し、第9病日に補助循環、血液濾過透析を離脱し、第32病日に退院した。

考察：徐脈頻脈発作に伴う心原性ショックに対し、心室ペーシングに心房ペーシングを追加し、著明な心房内伝導遅延を認めたが、より生理的な心収縮を得ることで血行動態が安定したと考えられた。

46 経皮的な心肺補助装置（PCPS）により救命し得た心室細動を伴った急性下壁心筋梗塞の1例

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

○鴨田知明、五十嵐聖、高野俊樹、保屋野真、柳川貴央
小澤拓也、尾崎和幸、南野 徹

【症例】51歳女性。2016年某日、突然左肩痛・胸やけ・ふらつきを自覚した。救急隊接触時、血圧70mmHgであり、心電図では下壁誘導でST上昇を伴う完全房室ブロックを認め急性心筋梗塞と診断した。搬送中に心室細動となり電気的除細動を頻回に施行し、アミオダロンを投与するも心室細動が持続し、ニフェカランの静注にて除細動に成功した。人工呼吸器・一時ペーシング・大動脈内バルーンパンピング（IABP）・カテコラミンによる呼吸循環補助を行いながら、緊急冠動脈造影を施行した。右冠動脈近位部の閉塞を認め、経皮的冠動脈形成術により血行再建に成功した。血行再建後も循環動態の維持に難渋したが、経皮的な心肺補助装置（PCPS）の導入により血圧が安定した。クレアチンキナーゼは12,745IU/Lまで上昇し右心カテーテル検査・心臓超音波検査より右室梗塞の関与も考えられた。血行再建後は心室細動・房室ブロックを認めなかった。以後、全身状態は改善傾向となり第4病日にPCPSを離脱、第9病日に抜管し、全身状態は徐々に改善した。

【考察】本症例では難治性心室細動に右室梗塞の関与が疑われ循環動態の維持に難渋したが、PCPSの導入により循環動態が安定し救命につながったと考えられた。

47 原発性冠動脈解離による急性冠症候群の一例 日本海総合病院循環器内科

○須田健生、本田晋太郎、青野智典、齋藤悠司、後藤 準
禰津俊介、菊地彰洋、桐林伸幸、近江晃樹、菅原重生

症例は60代女性。突然の冷汗、嘔気にて当院へ救急搬送となった。当院到着時、心電図でV5-6のST上昇、心エコーで後壁の壁運動低下、心筋逸脱酵素の上昇を認め、急性冠症候群を疑い緊急カテーテル検査を行った。冠動脈造影にて明らかな本幹の閉塞や側副血行路は認めなかったが、側枝の閉塞の可能性を考慮して血管内超音波検査を施行したところ、左冠動脈主幹部から回旋枝にわたり解離を認めた。明らかなentryやflapは認めず、末梢灌流は保たれており保存的に加療する方針とした。第18病日フォローの冠動脈造影にて一部回旋枝の狭窄が進行しており、血管内超音波検査にて再評価した。回旋枝は全体的に解離腔が縮小し、一部血管内腔の狭小化を認めた。主幹部の解離腔はほぼ消失していた。造影上末梢灌流は保たれており保存的に加療する方針とし、第20病日退院となった。

【考察】原発性冠動脈解離は急性心筋梗塞の稀な原因の一つである。中年女性に多く、女性ではホルモン動態の関与が示唆されている。治療に関しては明確な指針はないが、末梢灌流が保たれていれば保存療法、虚血を認める場合は経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス術が選択される。本症例では冠動脈解離を生じて一時的に閉塞した後、自然に再開通した可能性が考えられた。

【結語】原発性冠動脈解離の一例を経験した。

48 ベジタリアンに発症した急性心筋梗塞の1例 聖隷三方原病院臨床研修センター¹⁾

聖隷三方原病院循環器科²⁾

○光定聖弥¹⁾, 生駒剛典²⁾, 岡崎絢子²⁾, 大野嘉寿人²⁾
谷 信彦²⁾, 宮島佳祐²⁾, 渡辺知幸²⁾, 川口由高²⁾
若林 康²⁾

【症例】53歳、男性【主訴】胸痛【現病歴】X年9月、就寝時に前胸部痛が出現し当院を受診した。心電図でST上昇を認め、心エコー図検査で前壁の壁運動低下を認めた。急性心筋梗塞と診断し緊急CAGを施行した所、前下行枝近位部の血栓性病変と遠位部の血栓塞栓を認め、責任病変と判断した。責任病変に対する血栓吸引とベアメタルステント留置を施行した。冠危険因子は無く、残余リスクの検索を施行した所、血漿中イコサペント酸（EPA）/アラキドン酸（AA）比（EPA/AA比）が0.09と著明な低値を認め、乳卵菜食によるものと思われた。二次予防目的でEPA製剤の投与を検討したが、食生活改善による対応を希望し、投与しない方針とした。入院後の経過は良好で、第15病日に退院となった。【考察】血漿中EPA/AA比と冠動脈疾患発症率の間には逆相関の関係がある事が知られ、EPA/AA比が低値である事は冠動脈疾患発症のリスクとされる。EPA、AAは必須脂肪酸と呼ばれ、食事から摂取する必要があるが、ベジタリアンではEPAに代表されるn-3（ ω -3）脂肪酸の摂取が不足するとの調査結果があり、本症例ではリスクになった可能性がある。虚血性心疾患の再発予防の指導をする際には、患者の食習慣にも配慮した指導が必要である。

49 心肺停止の原因精査にエルゴノビン負荷試験が有用であった一例

国立病院機構東広島医療センター統括診療部¹⁾

国立病院機構東広島医療センター循環器科²⁾

○後藤和貴¹, 新田和宏², 対馬 浩², 梶原賢太²

梶原真二², 城日加里², 原 幹², 小野裕二郎²

【症例】65歳男性【冠危険因子】高血圧症, 喫煙

【現病歴】20××年7月頃から労作時に胸痛を自覚することがあった。8月中旬, 胸痛後に意識消失し, 近医へ救急搬送されたが血液検査, 心電図で異常なく熱中症と診断された。その後も労作時胸痛が続くため, 8月下旬に当院を受診し, 冠動脈CTで有意狭窄を認めなかった。11月末, 安静時胸痛の出現後に心肺停止となり, 当院へ救急搬送された。

【臨床経過】来院時の心電図はVF波形で, 直ちにCPR・DC施行し, 自己心拍再開を得た。後日, 原因精査のためCAG施行し, コントロール造影では有意狭窄を認めなかったが, エルゴノビン負荷試験で左冠動脈のび慢性狭窄と心電図でのST上昇, 胸痛が誘発された。硝酸薬冠注後, 狭窄は速やかに解除され, 冠攣縮性狭心症(VSA)と診断し, Ca拮抗薬の内服を開始した。以後, 胸痛発作の出現なく, 第10病日独歩退院された。

【考察】日本は欧米に比べVSAの頻度が高い。労作により冠攣縮が誘発されることもあるが, 冠動脈CTやCAGで冠動脈に有意狭窄を認めないことが多く, 診断に苦慮する場合が多い。VSAは意識消失や突然死の原因となる場合があるため, 胸痛を伴う原因不明の失神では冠攣縮誘発試験を行うて診断する必要がある。

50 妊娠を契機に持続化した心房細動に対して出産後のカテーテルアブレーションが奏功した1例

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学附属病院循環器内科²⁾

○堀 麗菜¹, 古荘浩司², 加藤武史², 押田達朗²

徳久英樹², 高島伸一郎², 村井久純², 薄井莊一郎²

金子周一², 高村雅之²

症例は30歳代後半, 女性。20代より僧帽弁閉鎖不全症と発作性心房細動(AF)を認めており, 第2子妊娠を契機に持続性となった。妊娠中, 動悸症状は自製内であり経過観察とした。出産後も停止しないため, 授乳終了後, 抗凝固薬および抗不整脈薬を開始したがAFは停止しなかった。電気的除細動を施行し洞調律に戻るも, 翌日には再発した。肺静脈をターゲットとしたカテーテルアブレーション(CA)を施行したところ奏功し, その後洞調律を維持している。

【考察】妊娠中に発現するAFはまれであり, その原因と対処方法は不明な点が多い。本症例では, 母体および胎児・新生児への影響を考慮し, 薬物的および電気的除細動を授乳終了後に施行した。しかし, いずれも無効であり, 肺静脈CAにより改善した。本例におけるAFは, 妊娠に伴う血行動態の変化により持続化したと推測されたが, その発生および維持には肺静脈が関与している可能性が示唆された。

【結語】妊娠を契機に持続性となった心房細動に出産後の肺静脈アブレーションが奏功した1例を経験した。

51 発作性心房細動に対する薬物療法中に発作性心室細動を契機に診断されたBrugada症候群の一例

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¹⁾

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院不整脈科²⁾

○仲宗根和孝¹, 船迫宴福², 春名徹也², 佐々木健一¹

宮本昌一¹, 中根英策¹, 和泉俊明¹, 猪子森明¹

【症例】発作性心房細動(PAF)を有する42歳男性。来院2日前よりピルジカインドを処方され, 来院当日心肺停止状態で発見された。救急隊接触時の心電図波形は心室細動(VF)であり心肺蘇生が開始され, 自己心拍再開後に当院へ搬送された。ピルジカインド負荷試験は陽性であり, その他冠動脈疾患や他器質的心疾患は指摘し得ずBrugada症候群と診断し, 後日ICD植込み術を施行した。しかしPAFの発作頻度が多く, ベプリジルを導入するとVFによるICD作動を認めたためキニジンを導入した。しかし半年後より再びPAFを認めるようになり, カテーテルアブレーションを行いPAFの起源であった肺静脈の隔離のみで以後キニジン併用下にPAFもVFも認めなくなった。

【考察】Brugada症候群患者では心房細動合併率が高く, 約10~30%の患者で心房細動を合併するとされる。一方, Brugada症候群患者ではナトリウム(Na)チャネル遮断薬を投与することでVFの発生頻度が増加する。本症例では若年男性患者のPAFに対するNa遮断薬使用を契機にVFを来しBrugada症候群と診断され, カテーテルアブレーションを要した教訓的な症例であり報告する。

52 冠攣縮性狭心症を契機に, 心室細動による失神を発症した高齢Brugada症候群の一例

浜松医科大学第三内科

○青島広幸, 佐野 誠, 山下哲史, 榊原智晶, 佐藤亮太

大谷速人, 早乙女雅夫, 漆田 毅, 佐藤 洋, 林 秀晴

【症例】72歳男性【主訴】失神【病歴】2015年, 初発の繰り返す短時間の失神発作にて当院を受診した。心電図にて1度房室ブロック, 完全右脚ブロックを認め, 電気生理学的検査では, 上室性頻拍ならびに心室性頻拍は誘発されず, HVブロックが認められた。精査にて器質的心疾患は否定的であり, 失神の原因が房室ブロックの進行と判断し, ペースメーカー植込み術を施行した。1年後, 以前とは異なる胸痛を伴う失神をきたし, ペースメーカー記録にて心室細動(Vf)が確認された。第3肋間心電図にて, 右脚ブロックでマスクされていたcoved型ST上昇を認め, ピルジカインド負荷試験で陽性を示した。また, アセチルコリン負荷試験にて冠攣縮が確認され, 今回のVfの発症には, Brugada症候群を背景に, 冠攣縮が関与したと考えられた。ICDへのバージョンアップを行い, Ca blockerを開始し, Brugada波形の増悪なきことを確認した。【考察・結語】Brugada症候群は, 房室ブロックや冠攣縮を合併すると報告があり, 失神の原因診断をする上で考慮すべきである。また, Ca blockerはBrugada波形を顕在化すると報告があり, 導入には注意を要する。冠攣縮性を契機に, Vfによる失神をきたした高齢Brugada症候群の一例を経験した。

53 ANK2 遺伝子変異を認めた右室調節帯起源の心室性期外収縮による特発性心室細動の1例

慶應義塾大学病院卒後臨床研修センター¹⁾

慶應義塾大学医学部循環器内科²⁾

○一之瀬愛¹, 西山崇比古², 谷 英典², 木村雄弘²

西山信大², 相澤義泰², 河野隆志², 佐野元昭²

高月誠司², 福田恵一²

【症例】56歳, 男性. 【主訴】失神. 【現病歴】生来健康であったが, デスクワーク中に突然の失神をきたし救急搬送された. 心電図で北東軸, 左脚ブロック型, 移行帯 V4-V5 リードの心室性期外収縮 (PVC) を認めた. 冠動脈, 心機能に異常を認めず, 薬剤負荷による QT 延長症候群, 早期再分極症候群などの所見も認められなかった. 入院後に PVC から非持続性多型性心室頻拍を認め, カテーテルアブレーション治療を行った. PVC の再早期は右室調節帯と一致し, 同部位からのペーシング波形は PVC と類似し, Purkinje 電位と思われる先行電位を認めた. 同部位への通電で PVC は消失し, その後の β 刺激薬や誘発でも PVC は認められなかった. 2次予防のため植込み型除細動器を植込みし退院した. 次世代シーケンサーによる遺伝子解析を行い, ANK2 遺伝子の T4603A 変異 (W1535R) を認めた. 【考察】本症例は, 文献報告による右室調節帯起源 PVC 波形と一致しており, 術中所見もそれを示唆した. ANK2 遺伝子は膜アダプタータンパク質である ankyrin-B をコードする. 機能喪失変異では Ca^{2+} + シグナル伝達を変化させ期外収縮から不整脈を誘発させるが, カテーテルアブレーションによる治療が奏効した.

54 経静脈植え込み型除細動器の植え込みを行い QT 時間の短縮とともに良好な経過を認めた先天性 QT 延長症候群の1例

新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学

○須田友海, 長谷川祐紀, 南場一美, 大槻 総, 飯嶋賢一
八木原伸江, 佐藤光希, 和泉大輔, 尾崎和幸, 南野 徹

【症例】20代女性 【主訴】失神

【現病歴】幼少期に QT 延長, 運動時の失神を認め, 先天性 QT 延長症候群 (LQTS) と診断された. 運動制限とプロプラノロールを開始後, 失神を認めなかった. 遺伝子検査で LQTS の type1 と診断されたが家族歴はない. 今回へアカットのステージで緊張していたところ, 動悸後に約 30 秒の意識消失を来した. 当院搬送時 QT/QTc=598/621ms であった.

【臨床経過】 β 遮断薬内服中の失神であり ICD の適応と考えられた. 皮下 ICD も検討されたが, 心拍数 45 回/分の洞徐脈を認めたため, 従来の DDD 型経静脈 ICD 植え込みを施行して積極的な心房ペースを行った. 70 回/分の心房ペースにより QT/QTc=500/536ms と短縮し, その後 1 年間失神や ICD の作動を認めていない.

【検討と考察】当科で ICD 植え込み後に積極的な心房ペースを行った LQTS 患者全 10 例 (女性 6 例) を検討した. ペース前後で QTc は $559 \pm 73\text{ms}$ から $499 \pm 59\text{ms}$ へ短縮し ($P < 0.01$), 平均 76 ± 55 か月間で 1 例も失神や ICD 作動を認めなかった. 重症 LQTS 症例の突然死予防に ICD が適応となるが, 失神や ICD 作動の回避には β 遮断薬に加え継続的なペース治療が有用であるとの報告もあり, デバイス選択時の留意点と考えられた.

55 夜尿症を呈した高度房室ブロックの一例 市立秋田総合病院循環器内科

○安部誓也, 中川正康, 藤原美貴子, 柴原 徹, 藤原敏弥
症例は 60 歳代女性. 夜尿にて当院泌尿器科を受診したが, 諸検査で特記すべき異常を認めず, 泌尿器科疾患は否定的と考えられた. 日中の失禁はなく, 睡眠から覚醒すると失禁している状況であった. 認知症も認めなかった. 排尿失神の既往もあったことから, 繰り返すようなら循環器内科を受診するよう勧められた. その後も連日夜尿を繰り返すため, 4 日後当科外来を受診した. ホルター心電図を施行したところ, 記録中に夜尿はなかったものの, 夜間睡眠中に洞徐脈を伴う高度房室ブロックによる 31 秒の心停止を認めた. これが夜尿の原因と判断し, ペースメーカー植え込み術を施行した. 術後は夜尿を全く生じなくなったが, 夜間のみ高度房室ブロックを生じる原因について検索した. 冠動脈造影では器質的狭窄も冠攣縮も認めなかった. パルスオキシメーターを用いた簡易検査では軽度の睡眠時無呼吸症候群が疑われた. 就寝時は家族と別室のため, 睡眠時のいびきや無呼吸, けいれん等の有無については不明であった. 症状が軽快したため, 睡眠時無呼吸症候群に関する精査は行っていないが, これが睡眠中の高度房室ブロック発生に関与している可能性はあり, 今後患者の同意が得られればポリソムノグラフィーによる評価を行う予定である. 繰り返す夜尿のみを呈した高度房室ブロックの一例を経験した.

56 活動性が明らかでないにもかかわらず肺動脈性肺高血圧症を発症した混合性結合組織病 (MCTD) の1例

浜松赤十字病院内科¹⁾

浜松赤十字病院循環器科²⁾

○加藤友紀子¹, 松成政良², 俵原 敬², 松倉 学²
神田貴弘², 田村 純², 高林瑠美², 尾関真理子²

浮海洋史²

【症例】62歳, 女性. 【主訴】労作時呼吸困難.

【現病歴】2013年12月, 労作時呼吸困難, 全身浮腫, 胸水, 心嚢水貯留を主訴に入院. 橋本病の診断にてチラーゼン S で改善し, その際 MCTD も診断された. 治療にて甲状腺機能は正常化. MCTD も活動性高くなく無治療で経過観察されていた. 2016年2月に労作時呼吸困難が再燃. 精査にて心臓超音波検査上, 右房右室圧格差高値が認められ, 精査加療目的に入院. 【検査所見および経過】右心カテーテル検査: 肺動脈圧 78/26mmHg 平均 45mmHg, 肺動脈楔入圧 平均 1mmHg. 造影 CT: 肺血栓塞栓症は否定. 血流シンチ: 慢性血栓塞栓性肺高血圧症は否定. 換気シンチ, 呼吸機能検査: 気質的肺疾患は否定. 血液検査所見: 炎症反応等の上昇なし. 以上より診断してから 3 年間活動性が明らかでない MCTD に伴う肺動脈性肺高血圧症と診断した. PSL, シルデナフィル, マシテンタンにて加療し 1 か月後の右心カテーテル検査では肺動脈圧は平均 24mmHg まで改善. 6 分間歩行も治療前距離 210m, 最低 SpO₂ 78% が治療開始 1 か月後は距離 427m, 最低 SpO₂ 94% まで改善. 【考察】活動性が明らかでないにもかかわらず肺動脈性肺高血圧症を発症した MCTD の興味深い 1 例を経験したのでここに症例を報告する.

57 肺高血圧を呈した進行胸腺癌の一例

東京大学医学部附属病院循環器内科

○北岡寛己, 久保田香葉, 牧 尚孝, 武田憲彦, 波多野将渡辺昌文, 小室一成

【症例】58歳男性。主訴は労作時息切れであった。既往歴、生活歴に特記すべきものはない。X-1年11月より労作時息切れが出現し前医受診。心エコーで重症三尖弁逆流と著明な右心負荷所見を認め、肺高血圧症が疑われたためX-1年12月当科へ紹介された。心エコーでは全周期で心室中隔の扁平化を認め、推定右室収縮期圧は95mmHgと上昇していた。肺血流シンチグラムでは両側区域性血流欠損を認め、慢性血栓性肺動脈血栓症を疑う所見であった。血液検査、胸部単純写真、心電図の結果は肺高血圧症として矛盾しない所見であった。肺動脈精査目的で施行した胸部造影CTで前縦隔から中縦隔に広がる腫瘍により肺動脈が広範囲で圧排され、高度に狭窄している所見を認めた。CTガイド下生検を施行し、病理では扁平上皮癌と診断され、臨床像より胸腺癌と診断した。本症例における右心負荷所見は縦隔腫瘍による肺動脈高度狭窄が原因と判明した。【考察】腫瘍が肺高血圧症の原因となることは稀であるが、縦隔腫瘍による肺動脈圧迫あるいは血栓傾向による肺動脈内血栓症により、肺高血圧症と類似した臨床像を呈することに注意が必要と考えられた症例であった。【結語】肺高血圧症精査中に肺動脈を圧排、浸潤する進行胸腺癌を認めた1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

58 高齢者の肺動脈性肺高血圧症の診断治療に難渋した一例

佐久総合病院佐久医療センター循環器内科

○原納 遥, 橘 賢廣, 土屋ひろみ, 柳澤 聖, 荻原真之木村 光, 堀込実岐, 池井 肇, 矢崎善一

【症例】82歳女性【主訴】歩行困難、両下腿浮腫
【現病歴】来院1ヶ月ほど前より下腿浮腫、喘鳴が出現。来院当日さらに状態が悪化し近医を受診。心エコーで著明な右心系拡大と低酸素血症を認め、当院へ搬送となった。
【臨床経過】来院後、強心薬や利尿薬による治療を開始した。各種検査で肺疾患、肺塞栓、膠原病は否定的であった。心エコー所見から肺動脈性肺高血圧が示唆されたが、中等度の僧帽弁逆流や左房拡大から左心不全を否定できない状況であった。治療抵抗性のため第3病日からマシテンタン、シルデナフィルの内服を開始したが酸素化が悪化し中止した。第8病日に治療方針決定のために右心カテーテル検査を施行したところ、平均肺動脈圧40mmHg、肺動脈楔入圧13mmHg、Diastolic pulmonary gradient 15mmHgであり肺動脈性肺高血圧の診断となった。CO₂ナルコーシスも合併し治療に難渋したが、マシテンタンとシルデナフィルを慎重に順次再開し状態は徐々に安定していった。心エコーでの右心負荷所見も軽快傾向となり第43病日に自宅退院となった。
【考察】特発性肺動脈性肺高血圧症は若年女性に多い疾患とされていたが、高齢者での発症も稀では無く慎重に診断、治療を行なっていく必要がある。
【結語】高齢発症の肺動脈性肺高血圧症で診断治療に難渋した一例を経験した。

59 pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) による肺高血圧の一剖検例

新潟大学医歯学総合病院臨床研修センター¹⁾

新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学²⁾

○土谷浩気¹, 渡邊 達², 柏村 健², 尾崎和幸² 南野 徹²

【症例】41歳女性

【現病歴】呼吸苦を自覚し前医受診、胸部レントゲンにて心拡大を認め、うっ血性心不全で入院した。心エコーで右心負荷所見を認め、心臓カテーテル検査で平均肺動脈圧44mmHg、平均肺動脈楔入圧4mmHg、心拍出量係数1.57L/min/m²を認めた。MRIで右卵巣腫瘍を認め、精査加療目的に当院に転院した。

【臨床経過】卵巣腫瘍の良悪性の鑑別目的に右付属器摘出術を施行したが、麻酔導入時に肺高血圧クリーゼをきたし、一酸化窒素吸入、強心薬を要した。卵巣腫瘍は印鑑細胞癌であった。血行動態悪化しPCPSとエボプロステノール持続静注を開始、その後施行した上部内視鏡で進行胃癌を認めたが血行動態不良のため治療は困難と考えられ、転院30日後に永眠した。剖検で腫瘍塞栓性肺動脈微小血管症(pulmonary tumor thrombotic microangiopathy: PTTM)と診断した。

【考察】PTTMは肺動脈の微小腫瘍塞栓により肺高血圧をきたす疾患で、生前の診断は稀で予後不良である。

【結語】PTTMによる肺高血圧を呈した一剖検例を経験した。

60 右側臥位にて低酸素血症を呈する Platypnea-Orthodeoxia syndrome の一例

平塚市民病院内科¹⁾

平塚市民病院循環器内科²⁾

○都築一平¹, 飯ヶ谷嘉門¹, 松原 隆², 高木俊介² 猪原 拓², 扇野泰行², 今福俊夫¹

91歳女性、2016年3月某日に当院へ救急搬送され、原因不明の低酸素血症およびチアノーゼを呈し、原因精査および加療目的のため入院となった。入院中、体位変換により酸素化の状態が変動し、特に右側臥位にて著明な低酸素血症を認めた。血液検査では特記すべき所見はないが、胸部X線にて右横隔膜の挙上、経胸壁心臓超音波検査にて、右房に隣接する巨大肝嚢胞および卵円孔を経由した左心系への心臓ペースメーカーの迷入を認めた。肺動脈血流シンチや経食道心臓超音波検査などの精査を実施し、その結果卵円孔を介した右左シャントの存在、さらには、右側臥位時にシャント血流が増大していることが示唆され、臨床症状と併せてPlatypnea-Orthodeoxia syndrome (以下POS)と診断した。

POSは、仰臥位から立位へ体位を変換した際に、呼吸困難と低酸素血症が生じる比較的にまれな症候群である。POSの原因は多種多様であるが、右左シャントを起こすような解剖学的異常および機能的異常が併存することが必要といわれている。本症例では、巨大肝嚢胞による右房の圧排や、血行動態に寄与する解剖学的な構造変化、さらにはペースメーカー迷入がPOSの発症に寄与していることが考えられた。

61 血圧の日内変動における Azilsartan の効果について
一宮西病院初期研修医¹⁾
一宮西病院循環器内科²⁾

○森山智仁¹, 田中伸享², 前田拓哉², 石原弘貴²
且 一宏², 寺村真範², 市橋 敬², 篠田明紀良²
寺本智彦²

【背景と方法】来院時血圧の変動が大きいほど脳卒中のリスクが高まるとの報告がある。我々は未治療の高血圧患者で Azilsartan (Az) を投与された患者 10 名と Amlodipine (Am) を投与された患者 5 名を抽出し、来院時血圧、ABI 測定時血圧、家庭血圧への影響について調べた。

【結果】ベースラインでは Az 群で脂質異常症が多かったが、家庭血圧など他の項目は差を認めなかった。Az は来院時血圧・ABI 測定時血圧を (Az vs Am: $-23.4\text{vs} -19.8\text{mmHg}, p = 0.769$, $-14.8\text{vs} -27.0\text{mmHg}, p = 0.248$), Am は家庭血圧を下げる特徴を有していた (Az vs Am: $-12.2\text{vs} -27.3\text{mmHg}, p = 0.001$)。Az では Am に比べ診察時血圧と家庭血圧の差が減少する傾向が認められ (診察時血圧 / 家庭血圧の変化量: Az vs Am: -0.073 vs $0.007, p = 0.094$), ABI 測定時血圧と家庭血圧の差が有意に減少する効果が認められた (ABI 測定時血圧 / 家庭血圧の変化量: Az vs Am: -0.099 vs $0.116, p = 0.008$)。

【考察】Azilsartan はネズミを用いた実験で rest-to-active phase における降圧効果がしめされており、今回の研究における診察時及び ABI 施行時血圧と家庭血圧の差の減少は日中の血圧変動に対する Azilsartan の効果を示したものと考察される。

【結語】Azilsartan は血圧の日内変動の大きい患者に対して、Amlodipine に比べより効果的である可能性が示された。

62 高齢で発見された肺動脈弁狭窄症の一例
浜松赤十字病院循環器内科

○中村和也, 依原 敬, 松倉 学, 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】81 歳, 男性。【主訴】労作時の息切れ【現病歴】小児期より心雑音を指摘されていたが、精査されることなく経過していた。2012 年労作時の息切れと貧血を契機に胃癌が発見された。術前心エコーにて著明な右心負荷所見と肺動脈の拡大が偶然見つかったため、当院紹介受診となった。【検査所見および経過】胸部レントゲン: 左第 2 弓の著明な突出。心エコー: 右室壁肥厚, 心室中隔圧排, 右室から肺動脈への jet 血流。右心カテーテル検査: 肺動脈楔入圧 13/14/10mmHg, 肺動脈圧 21/7/13mmHg, 右室圧 109/2mmHg, 心係数 3.38。心臓 MDCT: 右室漏斗部狭窄, 肺動脈弁狭窄 (弁口面積 0.78cm²) と収縮期の Doming, 肺動脈本幹の post-stenotic dilatation。以上の所見より、肺動脈弁狭窄症および右室漏斗部狭窄症と診断した。【総括】肺動脈弁狭窄症は比較的多く見られる先天性心疾患の一つであるが、本症例のように無症状で経過することも多い。本症例は高齢で見つかり、右室全体の肥厚も強いことから、右室漏斗部狭窄は肺動脈弁狭窄症による二次的なものではないかと考えた。著明な右室負荷を認めるにも関わらず、80 歳超という高齢まで心不全症状を来さずに経過した興味ある 1 例と考えられたため報告する。

63 重症大動脈弁狭窄症に急性心筋梗塞を合併し、心破裂を生じた一例

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

○内藤喜浩

【症例】82 歳女性。2 年前に近医で大動脈弁狭窄症と診断された。2016 年某日、前壁中隔の急性心筋梗塞を発症し当院へ搬送された。緊急冠動脈造影では、左前下行枝近位部の閉塞を認め、経皮的冠動脈形成術を施行し、血行再建に成功した。クレアチンキナーゼは 13109IU/L まで上昇し、人工呼吸器や大動脈内バルーンポンピング (IABP)、カテコラミンによる呼吸循環補助を要した。集中治療室入室後、血圧コントロールに難渋し、第 1 病日、心破裂による心タンポナーデを発症し、外科的修復術を施行した。大動脈弁狭窄により血行動態の改善が得られないことが予想され、第 5 病日にバルーン大動脈弁形成術を施行した。左室 - 大動脈の平均圧差は 29mmHg から 24mmHg へ低下し、その後 IABP, 人工呼吸器, カテコラミンから順次離脱し得た。

【考察】本症例のように、大動脈弁狭窄症を伴う急性心筋梗塞は、心破裂の危険性が大きいとの報告がある。大動脈弁に対する介入を急性心筋梗塞発症後どの時点で行うべきかは定まっていないが、できるだけ早期に施行することが必要である。

64 術後早期に生体弁劣化による急性大動脈弁閉鎖不全症を認めた一例

慶應義塾大学医学部内科学教室¹⁾

慶應義塾大学医学部心臓血管外科学教室²⁾

○佐藤 翠¹, 平出貴裕¹, 西山崇比古¹, 河野隆志¹
鶴田ひかる¹, 村田光繁¹, 佐野元昭¹, 山崎真敬²
志水秀行², 福田恵一¹

【症例】82 歳男性。2012 年 5 月重症大動脈弁狭窄症に対して生体弁置換術を施行された。極少量の弁周囲逆流 (paravalvular leakage) を認めたが経過は安定していた。2016 年 5 月安静時呼吸困難と胸痛を主訴に来院した。心臓超音波検査で生体弁の右冠尖の一部が弁座から離開し、重症大動脈弁閉鎖不全症を来していた。緊急手術を行い、再度生体弁を留置された。手術所見では感染性心内膜炎は否定的であり、生体弁の構造劣化と考えた。

【考察】生体弁の耐久性は向上しており、手術後早期の生体弁劣化は稀である。弁周囲逆流は右冠尖付着部付近にあり、生体弁劣化に関与した可能性がある。

【結語】大動脈弁置換術後 4 年で生体弁劣化による急性大動脈弁閉鎖不全症を認め、緊急手術を行い救命した症例を経験した。

65 人工心肺使用下手術前に新鮮凍結血漿を投与し ACT を指標にして大動脈弁置換術を行った血液凝固第 XII 因子欠乏症の一例

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科

○神田さやか, 丹野 巡, 中埜信太郎, 岩永史郎

村松俊裕, 西村重敬

第 XII 因子欠乏症は常染色体劣性遺伝で, 活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT) が著明に延長するが, 臨床的に血栓傾向や出血傾向を示さないため治療を要さない先天性凝固異常症である。

症例は 79 歳女性で, 高血圧, 慢性腎不全加療で近医へ通院していた。呼吸困難により救急搬送され, 急性心不全で入院となった。心臓超音波検査で大動脈弁が二尖弁様で, 最高血流速度 4.5m/秒, 収縮期平均圧較差 49mmHg, 弁口面積 0.9cm² と高度大動脈弁狭窄症を認めた。心不全加療後に大動脈弁置換術の方針となった。

症例は APTT が 180 秒以上, 活性化全血凝固時間 (ACT) が 277 秒と延長しており凝固因子を精査し, 凝固 XII 因子活性が 3 % であり, 凝固 XII 因子欠乏症と診断した。臨床的には出血, 血栓傾向は認めなかったが, 人工心肺使用手術時に凝固をヘパリン使用により ACT 値でコントロールするため, 指標として ACT が使用出来ることが求められた。術前に新鮮凍結血漿 12 単位投与し APTT が 54.9 秒, ACT も 167 秒と低下した。人工心肺使用時にヘパリン投与で, ACT500 秒前後で適切にコントロールし大動脈弁置換術を施行することができた一例であり, 報告する。

66 外傷性三尖弁閉鎖不全症の一例

島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

島根大学医学部附属病院第四内科²⁾

島根大学医学部附属病院検査部³⁾

島根大学医学部附属病院心臓血管外科⁴⁾

○茂木香織¹⁾, 茂木香織¹⁾, 大嶋丈史²⁾, 岡田大司²⁾

大内 武²⁾, 渡邊伸英²⁾, 吉富裕³⁾, 田邊一明²⁾

織田禎二⁴⁾

症例は 61 歳女性。入院 1 ヶ月前, 自家用車運転中に対向車と衝突し, 右血胸・多発肋骨・胸骨骨折を受傷し総合病院に入院。入院中から頸静脈怒張を認めていたが, 退院後も軽快しないため精査目的にて当科に入院。経胸壁心エコー図検査にて, 右房・右室の拡大, 腱索の断裂に伴う三尖弁前尖及び中隔尖の逸脱, カラードップラー法で重症三尖弁閉鎖不全症を認めた。三尖弁には断裂した腱索および球状構造物を認め, 前乳頭筋断裂が疑われた。以上より外傷性三尖弁閉鎖不全症 (前乳頭筋断裂) と診断した。スワングアンツカテーテル検査では, 収縮期右房圧が 18mmHg, 収縮期右室圧が 17mmHg で, ほぼ等圧になっていた。心係数 1.96 L/min/m² と低値であり, 内科的加療は困難と考えられ, 手術が行われた。術中所見では, 術前の経胸壁心エコー図検査と同様に, 三尖弁前尖につながる前乳頭筋が断裂しており, 三尖弁形成術が施行された。術後の経胸壁心エコー図検査は, 三尖弁逆流は軽度となっていた。今回交通事故が原因と考えられる外傷性三尖弁閉鎖不全症の一例を経験した。非穿通性胸部外傷の際には, 外傷性三尖弁閉鎖不全症の発症も念頭におく必要があると考えられた。

67 透析患者の僧帽弁輪近傍を起源とし急速に増大した乾酪様石灰化病変に対する 1 手術症例

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター診療統括部¹⁾

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター循環器内科²⁾

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター心臓血管外科³⁾

○清水大輔¹⁾, 小野裕二郎²⁾, 対馬 浩²⁾, 城日加里²⁾

原 幹²⁾, 江村尚悟³⁾, 佐藤克敏³⁾, 森田 悟³⁾

【症例】65 歳, 女性【主訴】労作時息切れ【既往歴】慢性糸球体腎炎, 多発性脳梗塞【現病歴】20 年前に維持透析を導入。201X 年, 心臓超音波検査で大動脈弁狭窄と前年まで認めていなかった僧帽弁後尖の腫瘤性病変を指摘され当院紹介となった。【臨床経過】大動脈弁置換術施行時の観察で, 僧帽弁後尖に付着した腫瘤は非常に脆く, 把持すると乳白色の内容物が流出した。僧帽弁の温存は困難と判断し僧帽弁置換術を併せて行い術後経過は良好だった。切除標本の病理所見から Calcified amorphous tumor (CAT) と診断した。【考察】CAT は心臓原発非腫瘍性病変の一つで 1997 年 Reynolds らによって命名された。心臓超音波検査では, 辺縁が高輝度で内部が低エコーの腫瘤として観察されるが, 腫瘍, 疣贅, 血栓との鑑別は困難であり, 大部分の症例は本例の様に切除標本の病理所見で確定診断が得られている。CAT の自然経過については不明な点も多く治療について一定の指針は無いが血栓塞栓症を発症する可能性も指摘されており, CAT が疑われる場合には慎重な経過観察と手術適応の判断が必要である。

68 急性大動脈解離 (stanford B 型) 患者に対し, 上限血圧値の運動強度を CPX で評価して厳密な血圧管理をおこなった一例

一宮西病院¹⁾

一宮西病院循環器内科²⁾

○水井大介¹⁾, 田中伸享²⁾, 前田拓哉²⁾, 石原弘貴²⁾

且 一宏²⁾, 寺村真範²⁾, 市橋 敬²⁾, 篠田明紀良²⁾

寺本智彦²⁾

【症例】急性大動脈解離 stanford B 型, DeBakey IIIb 型, 偽腔閉鎖型と診断された 53 歳女性。内服治療および厳格な血圧・脈拍管理を行い, 発症 2 週間の時点で CPX により労作時血圧と Borg 指数の関係を調べ生活指導を行った。2 週後, 6 ヶ月後, 1 年後, 1.5 年後, 2 年後の運動耐容能および解離腔を調べた。運動耐容能 (Peak VO₂ (ml/min/kg)) は良好に維持されていた (14.6 → 20.3 → 16.3 → 18.5 → 20.8)。弓部の解離腔 (mm) は全期間を通して縮小傾向を示した (37.5 → 36.2 → 33.8 → 33.9 → 34.2)。胸腹移行部の解離腔 (mm) は 1 年後までは拡大傾向を示し, その後は横這いであった。 (36.8 → 38.2 → 40.9 → 41.8 → 41.0)。

【考察】大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドラインによると, 血圧コントロールの目標値として最大活動時 150mmHg 未満が望ましいが, 実臨床において厳守されているとは言い難い。労作時血圧の評価が困難なことがその理由の一つである。CPX による労作時血圧と Borg 指数の測定は日常生活における上限血圧値の運動強度を明らかにしうる。

【結語】CPX による労作時血圧の測定は日常生活における上限血圧値の運動強度を明らかにし, 大動脈解離患者の血圧管理に有用である。

69 血管内治療によって救命し得た膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

奈良県西和医療センター初期臨床研修医¹⁾

奈良県西和医療センター循環器内科²⁾

奈良県西和医療センター放射線科³⁾

○住田真理子¹⁾、野木一孝²⁾、中井健仁²⁾、伊藤博文³⁾

日高晶子³⁾、西村幸洋³⁾、土肥直文²⁾

【症例】60歳女性【主訴】腹痛【現病歴】高血圧症、脂質異常症で近医に通院中であった。入院1日前から嘔気、入院当日の朝から右下腹部痛、右背部痛を自覚し、症状が改善しないため当院に救急搬送された。【臨床経過】搬送時、腹部は平坦で軟、右下腹部に圧痛を認めた。腹部造影CTでは十二指腸周囲の後腹膜血腫と膵十二指腸動脈からの活動性出血を認め、ただちに経カテーテル的動脈塞栓術を施行した。術後、十二指腸狭窄を発症したが保存的加療で改善し、約2ヶ月で退院した。【考察】腹部内臓動脈瘤のうち膵十二指腸動脈領域の動脈瘤は約2%と稀であるが、そのうち約40%が破裂し、死亡率は約19%と非常に高率である。腹部内臓動脈瘤の大部分は分節性動脈中膜融解(SAM)によるものであると近年報告されている。SAMは非炎症性、非動脈硬化性の動脈変性疾患であり、本例でも複数の嚢状動脈瘤を認め、画像上動脈硬化を示唆する所見に乏しく、動脈瘤破裂の原因はSAMであると推察された。【結語】血管内治療で救命し得た膵十二指腸動脈瘤破裂の1例を経験した。

71 慢性期大動脈解離のフォロー中に腹痛を主訴に来院した急性腹腔動脈解離の一例

生長会府中病院医師研修センター初期臨床研修室¹⁾

生長会府中病院循環器内科²⁾

○浅野数男¹⁾、蒔田直記²⁾、戎野和之²⁾、藤澤直樹²⁾

吉田啓子²⁾、山下智子²⁾、竹下宏明²⁾、堂上友紀²⁾

田口晴之²⁾、柳 志郎²⁾

【症例】65歳女性。12年前に大動脈解離(Stanford B型、偽腔開存型)を発症し保存的加療にて経過良好であったが、内服薬自己中断後に突然の腹痛が出現し、当院受診となった。Dダイマー上昇を認めたため、大動脈解離増悪を疑い、造影CTを施行したところ、解離腔の進展や大動脈径の拡大は認めなかったが、新たに腹腔動脈近位部に偽腔閉塞型の解離を認め、急性腹腔動脈解離と診断した。降圧にて腹痛は消失し、明らかな臓器虚血所見も認めなかったため、保存的加療の方針とした。入院後は血圧および脈拍コントロールは良好で、臓器虚血症状もなく、その後の造影CTでも解離腔拡大や臓器虚血所見は認めず、経過良好であった。【考察】慢性大動脈解離に合併した急性腹腔動脈解離の報告は比較的稀であり、また、腹腔動脈解離において臓器虚血が生じた際の死亡率は高率であり、適切な血圧コントロールと十分な症状等の観察が必要である。【結語】今回我々は慢性期大動脈解離のフォロー中に腹痛を主訴に来院した急性腹腔動脈解離の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

70 腹腔動脈解離を保存的治療で治療した1例

— 当院10年間での孤立性腹部動脈解離の臨床症状・治療・経過の検討をふまえて —

友愛会豊見城中央病院循環器内科

○上原康輝、嘉数真教、阿部昌巳、嘉数 敦、前田峰孝

大庭景介、新崎 修

症例)48歳男性。30年間の喫煙歴があるが特筆すべき既往の無い方。明け方の冷や汗を伴う心窩部痛で起床し、持続のためER受診。身体所見上、腹部所見乏しく、腹部エコーで腹腔動脈解離を指摘された。造影CTにて限局性の腹腔動脈解離を確認し、降圧療法を開始し、保存的に入院とした。

臨床経過)降圧療法開始にて、心窩部痛は一両日で軽快。第7病日に瘤の確認目的に腹部CT施行、同部位の瘤化や径の拡張は認めなかった。第8病日に自宅退院とした。

考察)本例では、降圧療法のみでの対症療法で治療を行ったが、報告されている例では、保存的療法に加え、抗血小板・抗凝固療法が奏効する場合があるとされている。論文上で報告されている通り、男性・高血圧・喫煙者に多いとされ、本例は典型的な症例で、男性・喫煙者であった。当院の10年間(2007-2016の10年間)の孤立性腹部動脈解離の症例では、腹腔動脈解離を9例、上腸間膜動脈解離を7例認めた。その臨床所見・治療・経過も合わせて検討した。

72 灌流指標を用いたPADスクリーニング

松下記念病院¹⁾

松下記念病院糖尿病・内分泌内科²⁾

松下記念病院腎不全科³⁾

松下記念病院循環器内科⁴⁾

松下記念病院消化器内科⁵⁾

松下記念病院外科⁶⁾

○大槻健太¹⁾、岡田博史²⁾、藤田哲也¹⁾、乗替寿浩¹⁾

西 貴士¹⁾、安田考志³⁾、川崎達也⁴⁾、神谷匡昭⁴⁾

小山田裕一⁵⁾、山根哲郎⁶⁾

(背景)末梢動脈疾患(PAD)は心血管障害と畳重することから5年生存率は70%前後との報告もあり予後不良疾患と考えられる。TASCIIではABIの値によってPADの診断アルゴリズムが形成されているが一般入院患者においてABIの測定頻度は十分でないと考えられる。ウェアラブルなツールでベッドサイドにて短時間で測定可能な灌流指標(PI)を用いたPADスクリーニングの有用性を検討した。(方法)2015年9月から2016年9月までの内科一般入院患者1095名に対してMasimo SET Radical 7TMを使用し入院時にPIを測定、そのうちABIを測定しえた394名(男性259名、女性135名)についてPIとABIの関係を検討した。(結果)平均ABI 0.99 ± 0.19 、平均PI $2.46 \pm 2.2\%$ であった。PIは女性で有意に低く($p < 0.05$)、PAD(ABI 0.9以下)に対するPIのカットオフ値は男性で1.05(AUC:0.94、感度:83.9%、特異度89.2%)、女性で0.88(AUC:0.88、感度:82.1%、特異度:83.5%)であった。このカットオフ値を用いた場合、1095名のうち189名(17.3%)がPAD疑いに該当した。(結語)PIはPADの入院時スクリーニングとして有用である。

73 修正大血管転位症に対し三尖弁置換術を行い機能的左室収縮能が改善した一例

埼玉医科大学国際医療センター循環器内科

○船登智将, 小國哲也, 筋野容守, 丹野 巡, 中埜信太郎
加藤律史, 西村重敬

症例は65歳男性。30年前より修正大血管転位症を指摘され薬物治療が行われていた。2年前より心不全増悪を繰り返し、手術を含めた加療目的に当院紹介。心臓超音波では、機能的左室（解剖学的右室）の駆出率低下39%及び左側房室弁（三尖弁）の高度閉鎖不全がみられた。右心カテーテル検査等で合併心奇形は認めず、薬物治療での心不全コントロールは困難と診断した。今後、完全房室ブロックへの進行の危険性は高いと診断、ペースメーカー埋め込み術を行った後に三尖弁閉鎖不全治療（三尖弁置換術）を施行した。術後1ヶ月で機能的左室の駆出率は56%に改善し、心肺運動負荷試験で運動耐容能の上昇がみられた。

【考察】他の心奇形を合併しない修正大血管転位症は、中年以後に房室ブロック、心不全を発症してくる。予後改善のためには、適時にペースメーカー埋め込みおよび三尖弁置換術の適応を診断し実施する必要がある。

【結論】60歳になり機能的左室駆出率低下、高度三尖弁閉鎖不全から左室不全を発症した修正大血管転位症に対し三尖弁置換術が有効であった症例を経験した。

74 心室中隔欠損術後残存シャントにより後天性肺動脈弁下部狭窄を形成した一例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

○岩野光佑, 船迫宴福, 林 秀幸, 佐々木健一, 中根英策
宮本昌一, 和泉俊明, 春名徹也, 猪子森明

【症例】70歳女性。46歳時に心室中隔欠損症（VSD）に対し根治手術を施行され、心不全徴候なく経過していたが65歳時から間欠的に動悸発作を自覚していた。動悸発作時に近医を受診し、12誘導心電図で心房頻拍（AT）および心房粗動（AFL）を指摘され当院紹介受診となった。経胸壁心エコーでVSD術後の残存シャントを認め、3.8m/sのシャント血流は肺動脈弁下部へ向かっており、肺動脈自体に異常は認めなかったがシャント血流の当たる弁下部には石灰化を伴う狭窄を認めた。造影CTでは右室流出路の狭窄に加えて右心系の拡大を認め、右心カテーテル検査でも肺動脈圧は基準値内であったが右室流出路で50mmHgの圧較差を認め、右室圧及び右房圧は高値を呈していた。ATおよびAFLはいずれも発作時心電図から右心房由来と考えられカテーテルアブレーションを施行した。ATは右房分界稜由来、AFLは三尖弁輪周囲を巡回する通常型心房粗動であり、アブレーション後はいずれも再発を認めていない。【考察】本症例では心室中隔欠損術後の残存ジェットによる長期の負荷により、肺動脈弁下部に後天性狭窄を来したと考えられた。ATおよびAFLも流出路狭窄により生じた右心負荷が原因となり発症したと考えられ、機序を考える上で興味深い症例であり報告する。

75 心臓CTを成人先天性心疾患の診療に活かす。適切なCT撮影プロトコルのポイントの作成

千葉大学循環器内科

○神田珠莉, 船橋伸禎, 高岡浩之, 小林欣夫

先天性心疾患症例に対する診断、治療の向上は、成人先天性心疾患患者数の増加をもたらした。そのため内科医は、それら症例の複雑な解剖及び血流情報を理解しなくてはならず、そのための非侵襲的な画像診断は必須となった。先天性心疾患の診断には、聴診、胸部レントゲン、心電図を参考に、経胸壁心臓超音波で診断するのが基本的な流れであるが、経胸壁心臓超音波でもその全体像の診断が困難な症例も存在する。小児の場合にはCT検査は放射線被ばくが問題となるが、成人では放射線被ばくは小児ほどには問題にならない。米国心臓病学会による2010年心臓CTの適切使用のガイドラインで、冠動脈と他の胸部動静脈血管異常、複合成人先天性心疾患に対するCTを用いた評価は適切とされている。本報告では冠動脈瘻、血管輪、Fallot四徴症、右室二腔症、右房憩室、冠状静脈洞憩室、修正大血管転位、心房中隔欠損（一次孔、二次孔、冠状静脈洞型）、心室中隔欠損（膜様部欠損型）卵円孔開存、動脈管開存（単方向シャント、Eisenmenger化による両方向シャント）総肺静脈還流異常などの症例の画像を通じて成人先天性心疾患を正確に診断するため、病歴、心音、心電図、胸部レントゲン、経胸壁心臓超音波により、ある程度病態を予測し、それを証明するために造影剤注入法を含めた適切なCT撮影プロトコルのポイントをまとめた。

76 バルサルバ洞動脈瘤破裂を合併した心室中隔欠損症の一例

聖マリアンナ医科大学医学部¹⁾

聖マリアンナ医科大学循環器内科²⁾

○佐伯まどか¹⁾, 黄 世捷²⁾, 山崎浩史²⁾, 古藤 弾²⁾
出雲昌樹²⁾, 石橋祐記²⁾, 木田圭亮²⁾, 鈴木健吾²⁾

原田智雄²⁾, 明石嘉浩²⁾

【症例】78歳女性【主訴】嘔気【経過】幼年期より心室中隔欠損症を指摘されていたものの無症状であり未精査であった。嘔気で当院受診時に心拡大およびBNP 400pg/mlと上昇を認めたため当科外来紹介。診察時にLevine IV/VIの連続性雑音を聴取したため、精査加療目的に入院となった。経胸壁心臓超音波検査では高度の右心系拡大はないものの、経食道心臓超音波検査では右冠尖から右室へ流入する血流を認め、心室中隔欠損症にともなうバルサルバ洞動脈破裂と診断した。

右心カテーテル検査では肺高血圧の合併はないもののバルサルバ洞動脈破裂の外科的治療を含め、外来経過観察となった。

【考察】バルサルバ洞動脈破裂は心室中隔欠損症による左右シャント起因し、突然の左右シャントの増悪を伴うとされる。本症例は自覚症状が乏しく連続性の心雑音が診断のきっかけとなった。

77 体外式・植え込み型ループレコーダーが診断に有効であった心原性失神の2例

聖マリアンナ医科大学医学部¹⁾

聖マリアンナ医科大学循環器内科²⁾

○佐藤瑛一郎¹, 小徳のぞみ², 山田麻里可²

古川俊行², 黄 世捷², 木田圭亮², 田邊康宏²

鈴木健吾², 原田智雄², 明石嘉浩²

【背景】失神を繰り返すものの発作頻度が少なくホルター心電図で原因が断定できない場合、連続して心電図記録が可能な体外式・植え込み型ループレコーダーが診断に有用である。【症例1】78歳男性【経過】パーキンソン病加療中。月に1-2回、座位のまま数秒間の意識消失あり、脈精査目的に受診。発作頻度を考慮し、体外式ループレコーダーを用いたところ、最大7秒の洞静止を認め、洞不全症候群による前失神と診断。ペースメーカー植え込みにより症状緩和を得た。【症例2】66歳男性【経過】僧帽弁置換術後、三尖弁形成術後。自宅にて失神・転倒のため当院搬送。心房細動を伴うものの入院経過中失神をきたす不整脈イベントは指摘できず、植え込み型ループレコーダー挿入の上退院となった。退院後4ヶ月で前失神を自覚したため受診。最大11秒の洞静止を認め、ペースメーカー植え込みとなった。植え込み症状再発無く経過した。【結語】体外式・植え込み型ループレコーダーが診断に有効であった心原性失神の2例を経験した。デバイスの小型化により今後植え込み症例数の増加が見込まれるが、適応・有効性に関し症例を通じて報告する。

78 Rate fading, Closed Loop Stimulation (CLS) 機能を有するDDDペースメーカー植込みを行った心抑制型神経調節性失神の1例

聖隷三方原病院循環器科

○白井祐輔, 宮島佳祐, 岡崎絢子, 大野嘉寿人, 生駒剛典
谷 信彦, 渡辺知幸, 川口由高, 若林 康

症例は52歳男性。生来健康であったが緊張時や採血時に反復する意識消失を認めていた。胸痛を主訴に当科紹介され、心臓CT施行時にβ遮断薬の投与後心停止となった。心肺蘇生術、経皮的ペーシングを行い心拍再開し意識も回復した。Holter心電図では夜間4.8秒の洞停止を認めた。心臓電気生理検査(EPS)を施行したが局所麻酔時に強い緊張、気分不快を訴えた後洞性徐脈、36.4秒の洞停止へと至ったが、心肺蘇生術および硫酸アトロピン投与により洞調律に復帰した。EPSでは洞機能及び房室伝導は正常であった。本症例は反復する意識消失、長時間に及ぶ心停止が確認された悪性型心抑制型神経調節性失神であると考えられ、体外式ペースメーカー留置下にDDDペースメーカー植込みを行った。体外式ペースメーカーでのペーシング時に強い不快感を訴えたためRate drop response機能では無く、Rate fading, Closed Loop Stimulation (CLS)機能を有したペースメーカーを使用しその後一度も失神なく経過している。ペーシング時に強い症状を有する心抑制型神経調節性失神の患者に対してはRate fading, Closed Loop Stimulation (CLS)機能が有用である可能性が示唆された。

79 左房内腫瘍を合併した悪性リンパ腫の一例

福岡赤十字病院初期臨床研修医¹⁾

福岡赤十字病院総合診療科²⁾, 福岡赤十字病院血液内科³⁾

さわやま内科・総合診療クリニック⁴⁾

○福地源司郎¹, 平峯 智², 居原 毅², 坂本佳治³

谷本一樹³, 澤山泰典⁴

【症例】68歳女性。X年4月から持続する微熱と倦怠感で5月初旬に当科を初診し、造影CTで全身の多発リンパ節腫脹、脾内腫瘍と脾腫、径15mmの左房内腫瘍を認めた。左房内血栓も鑑別に挙げられたため、緊急入院として抗凝固療法を開始した。リンパ節腫脹に関しては、入院時s-IL2-R 5350U/mlと高値を認め、頸部リンパ節生検、Gaシンチグラフィ、骨髄検査の結果からB細胞性リンパ腫(StageIIIB)と診断された。悪性リンパ腫の左房内進展も鑑別に挙げられたが、心臓MRIでT1等信号、T2高信号を示し、粘液腫が最も疑われる信号パターンであり、経食道心エコーで腫瘍に可動性はあるものの、広基であったため塞栓リスクは比較的低いと判断された。左房内腫瘍の外科的切除を検討したが、入院後からB症状が増悪していた点や左房内腫瘍は粘液腫が疑われ、塞栓のリスクは低いと考えられた点から、悪性リンパ腫に対する化学療法が優先されると判断し、第17病日からR-CHOP療法を開始した。

【考察】心臓腫瘍の診断は、組織学的診断の侵襲性が非常に高いため、病歴・症候・画像所見などから総合的に判断されることが多い。本症例では、経食道心エコーおよび心臓MRIが有用であった。

【結語】悪性リンパ腫と同時に左房内腫瘍を認め、化学療法と外科的腫瘍切除のどちらを優先させるべきか判断を要する一例を経験した。化学療法の経過とともに報告する。

80 感冒様症状で受診した心臓脂肪肉腫の一症例

日本海総合病院¹⁾

日本海総合病院循環器内科²⁾

○村上成人¹, 近江晃樹², 瀬津俊介², 本田晋太郎²

菊地彰洋², 桐林伸幸², 菅原重生²

症例は20歳前半の男性。長引く感冒症状及び呼吸苦を主訴として2013年6月下旬に救命センターを受診した。胸部レントゲンで心拡大を認めCTを施行したところ心嚢内に巨大な腫瘍が認められ当科紹介となる。心エコーでは右室前面から心尖部を取り囲むように内部がモザイク状の巨大な腫瘍性病変を認めた。右室の拡張及び収縮障害が認められ左室も圧排され心タンポナーデ所見も認められた。開胸生検で脂肪肉腫の病理診断が得られた。転院のうえ7月下旬に腫瘍切除術を施行したが腫瘍は右室全面の心膜に強固に癒着しており、更に心嚢内のあらゆる部位に腫瘍が播種していた。右心室にも浸潤を認め止血も難渋し完全に切除することは困難であった。化学療法目的に8月下旬に転院となったが心エコーでは残存腫瘍が増大し右室腔内への腫瘍浸潤が確認された。更に肺動脈腫瘍塞栓も認められ緩和治療の方針となる。心臓脂肪肉腫の報告は非常にまれであり、広範囲の進展と肺塞栓を併発した希少な症例と考えられた。今回、感冒様症状で受診した心臓脂肪肉腫の一症例を経験したので心臓腫瘍の鑑別における文献的考察を含め報告する。

81 心嚢腔内に発生した肺動脈起源の悪性神経鞘腫瘍の一例

みやぎ県南中核病院循環器内科¹⁾

東北大学病院心臓血管外科²⁾

○佐藤大二郎¹, 富岡智子¹, 竹内 智¹, 伊藤愛剛¹

塩入裕樹¹, 小山二郎¹, 井上寛一¹, 長沼政亮²

川本俊輔², 齋木佳克²

【症例】32歳女性【現病歴】2016年某月中旬より、全身倦怠感、発熱、胸部不快感が出現し近医受診。胸部X線写真にて著明な心陰影の拡大を認めたため、心疾患疑いで当院紹介となった。【経過】心臓超音波で左室後壁に多量の心嚢液と心嚢内に腫瘍性病変を認め、心臓MRIにて左房に近接する有茎性の腫瘍を認めた。診断的治療のため某院心臓血管外科へ転院となり、PETで全身検索追加するも悪性・炎症疾患を示唆する有意な所見は認めず弧発性線維腫瘍と仮診断した。開胸すると、腫瘍は肺動脈から起始し肉眼上自壊していた。術中迅速病理診断にて腫瘍断端に悪性所見を認めたため、急遽人工心肺を使用し広範切除を行った。最終病理診断は悪性末梢神経鞘腫瘍であった。腫瘍自体が自壊していたため、術後化学療法追加治療を行った。術後半年現在で再発は認めていない。【考察】悪性神経鞘腫瘍は全人口の10万人に1人に発症する予後不良疾患で、心嚢内の発症は極めて稀である。特に肺動脈原性は過去に報告がない。MRIは局在や形態評価において腫瘍の鑑別に有用と言われるが、本症例のような稀な悪性腫瘍の診断には限界があると思われた。

82 当院における感染性心内膜炎70例の検討

友愛会豊見城中央病院

○嘉数真教, 阿部昌巳, 知念敏也, 嘉数 敦, 前田峰孝

大庭景介, 新崎 修

【対象】2002年11月から2016年6月の約13年間の間で、Duke診断基準に基づき感染性心内膜炎と診断された当院での連続70例【方法】患者背景、病歴、診断法、起因菌、感染弁、治療、院内生命予後などについて検討した。【結果】男性が61%で、平均年齢は63.7歳、透析患者が18例で全患者の25%を占めた。94%で発熱を認め、血液培養は全症例に施行され、2例のみが陰性所見であった。起因菌はぶどう球菌が33例(44%)と最も多く、連鎖球菌は23例(32%)であった。疣贅を確認できたのが66例(94%)で、感染弁は大動脈弁・僧帽弁とも26例(37%)でそのうち10例(14%)が両弁の感染であった。38例(54%)に手術が施行され、診断から手術まで平均16日間であった。予後としては当院で治療を完結した57例中、生存退院が81.7%であった。【考察】当院でも心内膜炎の患者数はここ数年増加傾向である。特に透析患者症例の増加が目立つ結果であった。また、2011年より心臓血管外科が開設され、早期手術症例が増えてきており、救命率も上がってきている。

83 肺胞出血を併発したと考えられた感染性心内膜炎の1例

金沢医科大学水見市民病院総合診療科¹⁾

金沢医科大学水見市民病院内分泌・代謝科²⁾

金沢医科大学水見市民病院循環器内科³⁾

○古村芳樹¹, 小西一典², 水野宅郎³, 清澤 旬³

福田昭宏³, 三軒龍晶¹, 笠巻祐二¹

【症例】76歳男性【主訴】発熱、食欲不振【現病歴】X年12月初旬より食欲不振と発熱が出現。増悪傾向にあるため同月中旬に近医受診、当院に紹介となった。Hb 8.5 g/dL, WBC 9400 / μ L, Plat 5万 / μ L, CRP 3.9 mg/dL, 動脈血ガス分析でpH 7.51, PCO₂ 28.8 mmHg, PO₂ 55.9 mmHg, HCO₃⁻ 22.8 mmol/Lおよび胸部X線の両肺野浸潤影(CTR < 50%)から、肺炎疑いで入院となった。【経過】ABPC/SBTの投与から開始した。吸痰で著明な鮮血痰を認めた。第6病日、血液培養でEnterococcus faecalisが検出、同日の心エコーで大動脈弁と僧帽弁に疣贅が確認されさたことから、感染性心内膜炎(IE)の診断に切り換えた。ABPCとCTRX併用投与に変更、DICに対しトロンボモジュリン製剤の開始、進行する貧血に対し赤血球輸血を行ったが、呼吸状態悪化していったため、人工呼吸管理とした。第18病日、手術目的に転院となった。【考察】初診時は肺炎を疑ったが、胸部X線像、鮮血痰、貧血進行および血小板低下は、IEとそれにより併発した肺胞出血によるものと考えられた。【結語】IEにおいて、鮮血痰を伴う肺野側浸潤影では、肺胞出血を併発した可能性を念頭に置くべきである。

84 診断が困難だった結核性心膜炎の1例

菊名記念病院研修医

○永井誠一

症例は86歳の男性。既往に心房中隔欠損症、前立腺肥大症、陳旧性肺結核があった。38.0℃の発熱があったため、近医を受診。セフェム系抗菌薬を処方されたが、再び38.7℃の発熱がみられ近医総合病院を受診。著明な心嚢液貯留を認めたため当院循環器に紹介入院となった。

身体所見は特出すべきものではなく、血液検査ではCRP20.95mg/dlと高度炎症反応を認めた。入院当初は感染性心内膜炎や心膜炎を疑い、アンピシリンNa静注6g/day ゲンタマイシン静注40mg/dayを開始した。解熱・発熱を繰り返す、炎症反応も横ばいであったため抗菌薬は中止とした。血培では起因期は検出されず他の循環器系疾患、内分泌、膠原病の鑑別疾患を除外しつつ、心膜炎の精査を開始した。各種ウイルス抗体検査などを行うも全て基準値以下であった。

入院当日に心嚢液・胸水を穿刺しADAがそれぞれ96IU/dl, 103IU/dlと高値であったため結核性心膜炎が筆頭鑑別に挙げられた。結核の既往があったためT-SPOTは陽性であったが、グラム染色・蛍光染色・PCRは全て陰性であった。心嚢液の塗抹やPCR等の検査は陽性率が低く、リンパ球優位の滲出性心嚢液とADL上昇を根拠に疑い診断とし、抗結核薬の治療を開始した。高齢であったため初回標準治療法B法を開始した。抗結核薬投与後は炎症反応、ADAは改善傾向を見せている。

結核菌は検出されなかったが、補助的診断のADAを参考に診断的治療を行った例として症例報告を行う。

85 トルバプタン継続投与により心不全の再入院までの期間が延長した一例

一宮西病院研修医¹⁾

一宮西病院循環器内科²⁾

○藤野智哉¹⁾, 田中伸享²⁾, 前田拓哉²⁾, 石原弘貴²⁾

且 一宏²⁾, 寺村真範²⁾, 市橋 敬²⁾, 篠田明紀良²⁾

寺本智彦²⁾

【症例】重症大動脈弁狭窄症に伴ううっ血性心不全の92歳女性。開胸または経カテーテル的大動脈弁置換術の適応であったが、侵襲的な治療の希望がなく保存的治療のみでの対処の方針となっていた。初回入院時は一般的な心不全治療とともに第2病日から第6病日までトルバプタン7.5mg/日を投与し第24病日に退院となった。退院後11日で心不全が再発し再入院となった。前回と同様に治療を行ったが、トルバプタンは同量を第1病日より第24病日の退院まで継続投与とした。外来でもトルバプタンを継続投与し、再入院するまでの230日間、副作用なく心不全を良好に管理することができ、高ナトリウム血症も生じなかった。

【考察】本症例のように弁狭窄に伴う心不全では過度の脱水は危険を伴うため、トルバプタンのような血管内脱水になりにくい利尿剤が有効である可能性がある。また飲水制限をしないことは患者自身による体液管理を容易にし、心不全管理を容易にする可能性がある。本症例はトルバプタンの継続投与により心不全の再入院までの期間を延長し得たと考えられた。

【結論】トルバプタン継続投与が心不全の再入院までの期間を延長し得たと思われた一例を経験したので報告する。

86 ステロイド治療で重症僧帽弁閉鎖不全が改善した心臓サルコイドーシスの一例

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科

○加藤里絵, 長谷川早紀, 丹野 巡, 村松俊裕, 岩永史郎

西村重敬

【症例】71歳女性【主訴】呼吸困難

【臨床経過】完全房室ブロックおよび急性心不全で入院。恒久的ペースメーカー移植術が施行され、心不全は代償されたが、心臓超音波検査で後乳頭筋不全に伴う重症僧帽弁閉鎖不全と心室中隔基部の非薄化を指摘された。サルコイドーシスが疑われ、PET-CTを施行し、心室中隔基部および下壁に集積を認めた。サルコイドーシスによる肺病変および眼病変はなく、孤発性心臓サルコイドーシスと診断し、ステロイド加療を開始した。不整脈等の有害事象なく経過し、その後の心臓超音波検査では僧帽弁閉鎖不全が中等度まで軽減、左室駆出率34%から47%まで上昇し、ステロイド減量後も悪化がないことを確認し退院となった。

【考察】心臓サルコイドーシスで心機能が高度低下した例では、ステロイド治療による心機能改善はまれであり、心機能の維持・回復のためには早期のステロイド治療が望まれる。本例では、壁運動・乳頭筋機能が改善し、それにより僧帽弁閉鎖不全も軽減したと考えられた。

【結語】心臓サルコイドーシスに伴う僧帽弁閉鎖不全が、ステロイド治療による壁運動改善から軽減した一例を経験した。

87 再燃の予測に12誘導心電図が有用であることが示唆された心サルコイドーシスの一例

自治医科大学医学部医学科

○河内 大, 井上真光人

症例は53歳女性。ふらつきを主訴に来院した際に完全房室ブロックであり、精査の結果心サルコイドーシス(CS)と診断した。メチルプレドニゾロンパルス療法(1g/day×3日間)によって正常洞調律に回復し、ペースメーカーが回避され、プレドニゾロン内服にて外来フォロー中であった。外来にて特に症状なく経過していたが12誘導心電図上PR時間が138msから166msに徐々に延長し、QRS幅が94msから116msに拡大していた。1年1か月後にFDG-PETを施行したところ、心室中隔にFDGのuptakeを認め、CSの再燃と考えられた。メトトレキサート6mg/週を追加投与したところPR時間は142msに、QRS幅は103msに短縮した。本症例はステロイドパルス療法によって洞調律に回復したCSによる完全房室ブロックであるが、CS再燃の予測に12誘導心電図が有用であることが考えられた。

【考察】CSの疾患活動性を反映する検査としてはFDG-PETが有用であることが知られているが、より低侵襲、安価で簡便な指標として、12誘導心電図のPR時間とQRS幅が有用である可能性が示された。

【結語】再燃の予測に12誘導心電図が有用であった心サルコイドーシスの症例を経験した。

88 短期間に心不全を繰り返す高齢者でAL型心アミロイドーシスと診断した一例

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科

○田中尚道, 大山馨子, 深澤佑介, 坂下 徳, 丹野 巡

村松俊裕, 西村重敬

症例は76歳男性、近医にて以前より心房細動で加療中であった。20〇〇年5月に心不全による胸水腹水貯留の為、近医へ入院し心不全加療、内服調節を行い退院した。同年9月に再度同病院へ心不全のため入院し、精査目的に当院へ紹介となった。心電図はI度AVブロック、肢誘導で低電位、II, III, aVF, V2-4でQ波を認め、心エコーは全周性に壁運動低下(左室駆出率34%)、求心性肥大(拡張期左室厚22mm)およびgranular sparkling echoの所見を認めた。冠動脈造影では狭窄を認めず、右室心筋生検所見で、congo red染色陽性所見がみられ、心アミロイドーシスと診断した。経過中、洞不全症候群による失神を認め、恒久的ペースメーカーを植え込んだ。採血にてIgAλ型M蛋白陽性、骨髓生検で形質細胞増加を認め、多発性骨髄腫と診断した。メルファラン+デキサメサゾン(MP療法)による治療を開始し、再入院なく良好な経過を得ている。

【考察】高齢者で短期間に再発を繰り返す心不全の原因として、心アミロイドーシスも念頭に置くべきである。約70%はAL型であり多発性骨髄腫合併例では、現時点ではMP療法が第一選択となり効果が期待できる。

89 ペースメーカー造設および房室接合部に対する高周波カテーテルアブレーションが心不全コントロールに有効であった閉塞性肥大型心筋症の一例

聖マリアンナ医科大学医学部¹⁾

聖マリアンナ医科大学循環器内科²⁾

○小松理沙子¹, 黄世捷², 奥山和明², 高野誠²

中島育太郎², 出雲昌樹², 木田圭亮², 鈴木健吾²

原田智雄², 明石嘉浩²

【症例】89歳女性【既往歴】S状結腸癌術後・心原性脳梗塞【経過】平成28年6月に心房細動を契機とした初回心不全のため当科入院。高度の左室肥大による左室中部の閉塞と左室流出路狭窄を伴い、閉塞性肥大型心筋症と診断した。高度の僧帽弁石灰化、中等度の僧帽弁逆、二次性肺高血圧を認めた。電氣的除細動により洞調律復帰、心不全症状の改善を得たものの、心房細動の再発に伴い7月に再度心不全入院となった。薬剤による心房細動の予防・過収縮の予防は困難であり、高度の左房拡大から肺静脈隔離術による心房細動の根治も困難と判断した。心不全の改善後、待機的にペースメーカーを留置し、次いで房室接合部に対し高周波カテーテルアブレーションを施行し、房室ブロックラインを形成した。これにより、左室収縮は同期不全を呈し、左室中部閉塞による流速は $2.8\text{m/s} > 1.7\text{m/s}$ と低下し、一方で左室流出路の流速は $3.5\text{m/s} > 4.0\text{m/s}$ と上昇したが、心不全の再発なく経過し、心不全の再増悪なく経過している。

90 心原性ショックを合併したたこつぼ型心筋症の1例 近畿大学医学部循環器内科

○松浦剛郎, 岩永善高, 藤田晃輔, 河村尚幸, 渡邊平太郎

中村 貴, 栗田隆志, 宮崎俊一

【症例】88歳女性【主訴】全身倦怠感

【現病歴】左大腿骨頸部骨折術後にてリハビリテーションを施行中であった。2017年1月初旬から全身倦怠感を認めるようになり、その3日後に心電図検査や採血検査から急性冠症候群を疑われて当院救急搬送となった。緊急心臓カテーテル検査を施行し、心電図・心臓超音波検査結果とも併せてたこつぼ型心筋症と診断した。また同検査で左室流出路に約50mmHgの圧較差を認めた。バイタルは血圧110/70mmHg, 心拍90bpm前後で安定していたが、第一病日夜間に収縮期血圧48mmHgの心原性ショックを認め、補液療法を行いバイタルは安定した。その後左室壁運動異常の改善とともに左室流出路の圧較差の改善を認め第13病日に退院となった。

【考察】たこつぼ型心筋症は心尖部の左室壁運動低下を特徴とする一過性の心筋障害であり、心不全・不整脈・心原性ショック・左室流出路狭窄などの合併症を認める場合がある。本症例ではS状中隔を認めているため左室流出路狭窄を合併しやすく、さらに転院前からの脱水状態が加わって心原性ショックに至ったと考えた。

【結語】心原性ショックを合併したたこつぼ型心筋症を経験したので、その機序についての文献的考察を加えて報告する。

91 抗SRP抗体陽性壊死性ミオパチー関連心筋症の一例 旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野¹⁾ 国立循環器病研究センター臨床病理科²⁾

○早坂太希¹, 蓑島暁帆¹, 坂本 央¹, 川幡智樹¹

竹口史織¹, 澤田 潤¹, 片山隆行¹, 植田初江²

池田善彦², 長谷部直幸¹

症例は69歳女性。階段昇降と立位維持の困難を主訴に受診。腸腰筋の筋力低下と高CK血症(CK6300U/L)を認め、内服していたPitavastatin(1mg/日)を中止した。心エコーではびまん性の左室肥大を認めたが、左室基部下壁は菲薄化して収縮能が低下。FDG-PETにて心筋への異常集積と、心MRIにて左室心筋へのGadolinium遅延造影所見を認めた。骨格筋MRIではT2強調像にて筋力低下部位に一致した高信号を認め、筋生検では変性壊死性変化に起因するミオパチーの所見が認められた。心筋生検所見も壊死性ミオパチーに伴う二次性心筋症として矛盾せず。抗signal recognition particle(SRP)抗体が高値であり、抗SRP抗体陽性の免疫介在性壊死性ミオパチーと診断した。1ヶ月あまりで下肢のみならず、体幹および咀嚼筋の高度な筋力低下が進行し、ステロイドパルス療法と免疫グロブリン大量療法を施行した。四肢筋力と嚥下機能の改善、心筋についてはFDG-PETで異常集積の消失を認めた。抗SRP抗体陽性壊死性ミオパチーに心筋病変を合併した極めてまれな症例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

92 抗がん剤心毒性と考えられる心機能低下を生じた症例 大阪医科大学循環器内科¹⁾

大阪医科大学血液内科²⁾

○森山禎之¹, 高橋秀明¹, 藤阪智弘¹, 武田義弘¹

宗宮浩一¹, 星賀正明¹, 石坂信和¹, 三好拓児²

【症例】60代女性【主訴】呼吸困難、下腿浮腫【病歴】某年11月頃に発熱、腹痛を認め、近医を受診した。末梢血中に芽球を認め、当院血液内科に紹介、骨髄検査でAML(M2)と診断された。同年12月に化学療法目的で入院。寛解導入療法後に4コースの地固め療法を行い、完全寛解となった。翌年12月にAMLの再発を認め、翌々年1月に再度寛解導入療法を行った。経過中に急激な経皮的酸素飽和度低下を認めた。胸部レントゲンで心拡大、肺うっ血を認め、当科紹介となった。心エコーで、左心室のびまん性壁運動低下を認めた。冠動脈造影では正常冠動脈所見であった。心筋生検では、間質に軽度の線維化と心筋配列の不整を認めた。化学療法として、アントラサイクリン系抗がん剤が複数使用されており、抗がん剤による心毒性が考えられた。β遮断薬を導入するも、低血圧のため少量投与に留まった。翌々年5月、AMLの再発を認め、再度寛解導入療法を行ったが奏功せず。骨髄移植目的に他院へ転院するも、低心機能のため適応外との判断となった。その後、少量の抗がん剤の経口投与下で自宅療養の方針となり、間もなく自宅で永眠された。化学療法による心毒性により心機能低下を生じ、その後の治療に難渋した症例であった。

93 繰り返す冠動脈狭窄に対する治療を経て Fabry 病の診断に至ったアルコール依存症の左室肥大症例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院循環器内科¹⁾

聖マリアンナ医科大学循環器内科²⁾

○長坂智裕¹⁾, 鈴木規雄¹⁾, 小徳のぞみ¹⁾, 御手洗敬信¹⁾

高井 学¹⁾, 中野恵美¹⁾, 小山幸平¹⁾, 松田央郎¹⁾

大宮一人¹⁾, 明石嘉浩²⁾

【症例】67歳男性【臨床経過】冠危険因子なし、左室肥大、アルコール依存症の既往がある。62歳時に左前下行枝 #7 に高度動脈硬化性変化を伴った90%狭窄に対して、経皮経管冠動脈アテレクトミー (PTCRA) を施行した。治療後6ヶ月、14ヶ月に薬剤溶出性ステント内の再狭窄を繰り返し認め、いずれも標的病変血行再建術により再拡張を行った。66歳時に高度房室ブロック、左室拡大、左室収縮能低下が出現した。心筋病理所見では細胞質は高度空胞変性を呈し、電子顕微鏡検査で心筋細胞に年輪状封入体の蓄積を認めた。αガラクトシダーゼ酵素活性低下、exon2 の R112C および E66Q のミスセンス変異が確認され、Fabry 病の診断に至った。心臓再同期療法機能付きペースメーカー移植術および酵素補充療法を開始し、狭心症状はなく心拡大も正常化を認めている。【考察】血管にも Fabry 病の代謝異常が及ぶとされるが、冠動脈狭窄を繰り返し PTCRA まで要した報告は稀である。また腎機能は保たれ、アルコール依存症の患者背景もあり、診断に至ったのは高齢期となった。飲酒による Fabry 病患者の症状軽減の報告があり (阿部ら)、アルコール摂取と本症例の緩徐な経過との関連性が示唆された。

94 臨床所見と心筋病理所見の経過に乖離があった好酸球性心筋炎の1例を振り返る

三重大学病院臨床研修・キャリア支援センター¹⁾

三重大学病院循環器・腎臓内科学²⁾

三重大学マトリックスバイオロジー研究センター³⁾

○水谷花菜¹⁾, 大森 拓²⁾, 土肥 薫²⁾, 福岡秀介²⁾

熊谷直人²⁾, 栗田泰郎²⁾, 藤井英太郎²⁾, 山田典一²⁾

今中恭子³⁾, 伊藤正明²⁾

生来健康な47歳女性、前胸部痛・発熱を主訴に近医を受診し、ST上昇、トロポニン上昇、心筋浮腫・びまん性壁運動低下および心嚢水が認められ、急性心筋炎と診断された。血圧低下をきたし、劇症化と判断されIABP補助下に直ちに当院へ搬送された。心嚢穿刺排液でも血行動態の改善は不十分であった。心内膜心筋生検標本では、間質に強い浮腫が認められるものの炎症細胞浸潤はごくわずかで、心筋細胞破壊の所見はなく、臨床所見との乖離がみられた。炎症細胞は好酸球が主体であり脱顆粒がみられることから好酸球性と診断された。直ちにステロイドパルス療法が開始され、翌日には浮腫は劇的に改善し、数日で心機能もほぼ正常化した。一方で、入院から約3週間後の2度目の心筋生検では、ステロイド内服継続により心機能が正常化していたにもかかわらず、リンパ球主体の強い炎症細胞浸潤がみられた。上記のように、継続的に得られた心筋生検標本と臨床経過に乖離が見られ、興味深い症例と考えられた。

95 心電図異常、心機能低下を伴う hypereosinophilic syndrome の原因が住血吸虫感染症であった1例

聖隷三方原病院¹⁾

聖隷三方原病院循環器科²⁾

○梅田和佳¹⁾, 宮島佳祐²⁾, 大野嘉寿人²⁾, 生駒剛典²⁾

谷 信彦²⁾, 佐藤亮太²⁾, 渡辺知幸²⁾, 若林 康²⁾

症例は81歳男性。以前より500-3000/μLで変動する好酸球数や心電図で間欠的に出現する陰性T波を認めていたが精査されていなかった。2015年7月大腿頸部骨折のため当院整形外科に入院。入院時心不全を認めており心エコーでEF15%のびまん性壁運動低下を認めていた。利尿薬、βblocker投与で心不全改善後すぐに手術となりそのままリハビリ病院へ転院した。2016年1月心不全増悪のため再入院したがEFは45%まで改善していた。冠動脈造影では冠動脈に有意狭窄を認めなかったが、左室造影で前壁中央部、心尖部、下壁中央部に斑状の壁運動低下を認めた。心臓MRIでは前壁中央部斑状のLGEを認めるのみで、Tl-PYPシンチやFDGPETも集積を認めなかった。hypereosinophilic syndrome (HES) による心筋障害を疑ったが虫卵検査、ANCA陰性で骨髄生検でも染色体異常を認めず経過観察の方針となった。2016年7月腸閉塞、肺炎のため永眠したため施行した病理解剖では前壁中央部の斑状梗塞巣と回腸血管内に住血吸虫を認め、HESの原因と考えられた。心電図異常、心機能低下を伴うHESの原因が住血吸虫感染症であることが剖検で明らかになった稀な1例を経験したため報告する。

96 広範型肺血栓塞栓症による院外心肺停止蘇生後、Lance-Adams 症候群をきたしたが自宅復帰可能となった1例

浜松赤十字病院循環器内科

○鈴木佑一, 松倉 学, 松成政良, 神田貴弘, 田村 純

高林瑠美, 尾関真理子, 浮海洋史, 俵原 敬

【症例】65歳、女性。【主訴】呼吸困難。【現病歴】X年○月下旬、呼吸困難増悪したため救急要請。救急車車内で心肺停止に移行したため、心肺蘇生を開始。当院到着時、無脈性電気活動の波形を確認。アドレナリン投与で心拍再開。蘇生後、造影CTにおいて左右肺動脈に多量の血栓を認めた。広汎型肺血栓塞栓症と診断し、肺動脈内血栓吸引術およびt-PA投与を行った。心原性ショックに対して大動脈バルーンポンピングを留置し、低体温療法を施行したところ、血行動態は徐々に安定した。第5病日に覚醒、第10病日に抜管。第20病日頃に車椅子乗車可能となったが、動作時のミオクローヌスを認めた。低酸素脳症によるLance-Adams症候群と考え、抗精神病薬3剤で投与し、第50病日頃には軽介助下にて平行棒歩行および車椅子自走可能となった。頭部MRIでは明らかな異常は認められず、リハビリ病院を経て第200病日頃に自宅退院となった。現在、知的レベルの低下はほとんどなく脳機能カテゴリー2である。

【まとめ】急性広範型肺血栓塞栓症で心原性ショックを呈した症例の死亡率は30-58%と、心停止に至った症例の死亡率は66-95%と報告されている。今回、良好な経過となった要因はchain of survival、血栓吸引術、血栓溶解療法および低体温療法が迅速に行われたことによると考えた。

97 造影CT検査で陰影欠損が確認できなかった肺塞栓の1例

日本赤十字社和歌山医療センター研修医¹⁾

日本赤十字社和歌山医療センター循環器内科²⁾

○重里徳子¹⁾, 花澤康司²⁾, 田村 崇²⁾

【緒言】造影CT検査単独では診断が困難な肺塞栓(PE)を経験したため、学術的な考察を加え報告する。

【症例】72歳女性【主訴】咳嗽・倦怠感・発熱

【現病歴】上記主訴に対し、気管支炎として加療されたが改善せず、救急外来を受診した。診察中に酸素飽和度が突然低下し、血管病変を鑑別に含めた。造影CT検査では肺動脈中枢側に陰影欠損はなかった。副腎皮質ホルモン剤の内服、Wells ScoreとDダイマー値の上昇より、末梢型のPEが否定できず循環器内科へ入院した。

【経過】入院当日から抗凝固療法を開始し、酸素化は急速に改善した。肺血流シンチグラフィーで散在性に楔状の核種取り込み低下を認め、末梢型のPEと診断し、経過良好で第36病日に退院した。

【考察】PEは、突然の呼吸困難・失神・下肢腫脹・咳などを主訴として来院し、造影CT検査では90%で塞栓がみられる。一方でPEの10%を占める末梢型では、造影CT検査では描出されず、診断には本例のように肺血流シンチグラフィーやCTアンギオグラフィーが有用となる。

【結語】PEの中にも造影CTでは描出されないものがあり、診断・除外のためには臨床症状・その他の画像検査から総合的な判断が必要である。

98 上肢虚血症状で発症した急性肺血栓塞栓症の1例

三重大学医学部附属病院臨床研修・キャリア支援センター¹⁾

三重大学医学部附属病院循環器内科²⁾

○畑中友秀¹⁾, 松田明正²⁾, 中谷 仁²⁾, 荻原義人²⁾

佐藤 圭²⁾, 杉浦英美喜²⁾, 岡本隆二²⁾, 土肥 薫²⁾

山田典一²⁾, 伊藤正明²⁾

【症例】78歳、男性【主訴】右上肢のしびれ、脱力感

【現病歴】小児期に心房中隔欠損症と診断、52歳時に開胸閉鎖術の既往あり。他院で膀胱腫瘍に対し経尿道的切除術を受け退院となったが、膀胱タンポナーデをきたし再入院となった。入院中に突然右上肢の痺れ、脱力感を認め、CT検査で急性動脈閉塞が疑われ当院に搬送となった。緊急カテーテル検査で右上腕動脈に血栓閉塞を認め、血栓吸引およびバルーン拡張術を施行し、血流の改善を認めた。その後、前医CTを確認したところ、両肺動脈にも造影欠損を認めており、抗凝固療法を開始した。下肢静脈エコー検査では左膝窩および両下腿に深部静脈血栓を認め、経胸壁心エコー検査では軽度の右心負荷(TRPG34mmHg)および術後のパッチ部分の一部に右→左シャントを認めた。経食道心エコー検査でも同様に右→左シャントを認めた。膀胱腫瘍に対する追加治療が必要な状況であり、抗凝固療法継続でフォローアップする方針とし退院となった。退院後の経胸壁心エコー検査で右心負荷は消失、明らかなシャント血流は認めず、再発なく経過している。【考察】本症例は肺塞栓により一過性に右房内圧が上昇し、心房中隔欠損症術後開存部の右左シャントを介して発症した奇異性上腕動脈塞栓と考えられた。

99 巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症から肺動脈塞栓をきたした一例

聖マリアンナ医科大学医学部¹⁾

聖マリアンナ医科大学循環器内科²⁾

○光定健太¹⁾, 黄 世捷²⁾, 鈴木知美²⁾, 出雲昌樹²⁾

石橋祐記²⁾, 木田圭亮²⁾, 田邊康宏²⁾, 鈴木健吾²⁾

原田智雄²⁾, 明石嘉浩²⁾

【症例】45歳女性【主訴】呼吸困難感・失神【経過】6年前より子宮筋腫のため近医にて加療中。月経時に大量の出血あり、その後から倦怠感、頭痛が出現し当院救命に受診。ヘモグロビン7.9g/dlと高度貧血を認めた。腹部単純CTでは巨大子宮筋腫と筋腫内出血を認め、筋腫内出血による貧血に伴う症状と診断され、補液にて症状緩和し帰宅。来院翌日に自宅にて意識消失あり再診。呼吸困難感を伴い、酸素飽和度78%、D-dimer 5.6μg/mlであったため、肺動脈塞栓症を疑われ造影CT施行。両側肺動脈の血栓塞栓と左大腿静脈内に残存血栓が認め、肺血栓塞栓症の診断にて当科入院となった。心臓超音波検査では拡張期の心室中隔の扁平化を認めた。急性期治療として下大静脈フィルター留置下にヘパリン投与と輸血を行い、症状改善を得た。経過より巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症、肺動脈塞栓症と診断されたため、再発予防的に子宮摘出や子宮動脈塞栓による筋腫縮小術も考慮されたが、閉経までの期間を考慮し、GnRHアゴニストによる偽閉経療法を選択し、保存的に加療継続とした。

100 鉄欠乏性貧血を契機に深部静脈血栓症を発症した若年女性の1例

呉医療センター¹⁾

呉医療センター循環器科²⁾

○中川亜耶¹⁾, 下永貴司²⁾, 田中克尚²⁾, 原田崇弘²⁾

湯浅可奈子²⁾, 木下晴之²⁾, 市川織織²⁾, 岡 俊治²⁾

松田守弘²⁾, 杉野 浩²⁾

【症例】16歳女性【主訴】左下肢の腫脹、疼痛

【現病歴】X年8月中旬より左下肢全体の腫脹と疼痛を認めるようになった。症状は増悪し、歩行困難を来たしたため8月下旬に救急外来を受診した。

【臨床経過】血液検査にてD-dimer高値と鉄欠乏性貧血を認めた。造影CTにて左総腸骨静脈から下肢深部静脈にかけて広範囲に血栓を認め、深部静脈血栓症と診断した。また左総腸骨静脈が右総腸骨動脈と腰椎との間で圧迫され、腸骨圧迫症候群が基礎疾患にあることが判明した。ヘパリンを投与するも総腸骨静脈領域の血栓溶解効果に乏しく、第12病日に静脈カテーテル治療を行った。造影では左総腸骨静脈は完全に閉塞しており、また多数の側副血行路の発達を認め、同領域の慢性閉塞が疑われた。ファウンテンカテーテルを用いて血栓溶解剤投与し、第29病日のCTでは血栓はほぼ消失していた。

【考察】腸骨静脈圧迫症候群はDVTの原因として重要な病態である。また鉄欠乏性貧血が血栓形成の誘因となる報告があり、DVT発症への関与が疑われる。本症例は腸骨圧迫症候群による慢性的な血流障害があり、そこに鉄欠乏性貧血が誘因となってDVTを発症したと考えられた。

【結語】鉄欠乏性貧血を契機に発症した若年者の深部静脈血栓症を経験した。

101 非広範型肺血栓塞栓症を合併した特発性近位型深部静脈血栓症に対してリバーロキサバン単剤療法で治療し得た一例

生長会府中病院医師研修センター初期臨床研修室¹⁾

生長会府中病院循環器内科²⁾

○谷村卓哉¹⁾, 蒔田直記²⁾, 戎野和之²⁾, 藤澤直樹²⁾

吉田啓子²⁾, 山下智子²⁾, 竹下宏明²⁾, 堂上友紀²⁾

田口晴之²⁾, 柳 志郎²⁾

55歳男性。3日前から増悪する左下腿腫脹を主訴に当院受診。片側性下腿浮腫、Dダイマー上昇より深部静脈血栓症(DVT)を疑い、下肢エコーを施行し、左総大腿静脈に亜急性血栓を認め、Modified wells criteria 6点より肺血栓塞栓症(PE)の合併を疑い、造影CTを施行し、両肺動脈内に造影欠損を認め、心エコーでは右心負荷所見を認めなかったため、非広範型PEを合併した近位型DVTと診断した。早期退院の希望あり、リバーロキサバン30mgによる単剤強化療法にて加療を開始し、第3病日には酸素離脱となり、第5病日には血栓の器質化、第14病日には血栓の退縮を認め、軽快退院となった。第21病日には血栓の著明な退縮を認め、リバーロキサバン15mgに減量のうえ継続とした。新規経口抗凝固薬(NOAC)は従来のワルファリンに比べ同等の有効性を有し、出血リスクは少なく、また早期効果発現のため入院期間を短縮し得ると報告されている。今回我々は非広範型肺血栓塞栓症を合併した特発性近位型深部静脈血栓症に対してリバーロキサバン単剤療法で治療し得た一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

102 膀胱癌に対し自然排尿型代用膀胱を造設された患者で、人工膀胱の圧迫により深部静脈血栓症を来した1例

長野中央病院医局¹⁾

長野中央病院内科²⁾

長野中央病院循環器内科³⁾

○上條千太¹⁾, 林充那登²⁾, 三浦英男³⁾

【症例】67歳男性【主訴】左下肢の腫大、熱感

【現病歴】膀胱癌に対し2014年10月に膀胱全摘出術、自然排尿型代用膀胱造設が行われた。2017年1月初旬に左下肢の腫大、熱感あり、当院受診した。

【臨床経過】造影CTで著明に拡張した代用膀胱と左腸骨静脈内の血栓を認めた。血栓は2か所にあり、1つは拡張した膀胱によって圧排された左腸骨動脈が左腸骨静脈を圧迫している点、もう1つは膀胱とS状結腸と大腰筋が左腸骨静脈を圧迫している点から静脈の著明な拡張と血栓が見られた。下大静脈フィルター留置のうえ、ヘパリン、ワーファリン持続投与し、1週間後にワーファリンに切り替えた。尿道カテーテル留置し、洗浄すると沈殿物が引けた後に2800mlの尿が引けた。2週間後、血栓の減少を認め、下大静脈フィルターを抜去し、退院の運びとなった。

【結語】尿量減少による人工膀胱の拡張に起因すると思われる深部静脈血栓症の症例を経験したので考察を加えて報告する。

103 デュロキセチン(SNRI)内服中に低ナトリウム血症と緑内障発作を認めた一例

上尾中央総合病院

○山根史嗣, 鶴 将司

【はじめに】デュロキセチンは抗うつ剤(SNRI)であるが、慢性疼痛などに対しても適応を有している。副作用としてSIADHと緑内障などが知られているが、報告例は少ない。

【症例】78歳男性。既往に緑内障、頭痛、霧視、左側腹部痛を自覚し救急要請。慢性腰痛に対しデュロキセチン20mgを内服していた。搬入時、両側瞳孔は散瞳、対光反射は右眼では消失、左眼は鈍。血清Na濃度119mEq/l、血清浸透圧247mosm/K、尿中Na排泄121mEq/l、尿浸透圧369osm/l。デュロキセチンの内服歴から薬剤性のSIADHおよび緑内障発作の疑いで入院した。

【経過】SIADHに対して飲水制限と生理食塩水の投与で第4病日には血清Na値131mEq/lに改善した。緑内障に対してはレーザー虹彩切開術と縮瞳薬、浸透圧利尿薬の使用で眼圧は正常値まで低下し、霧視・頭痛の症状は消失した。経過良好で第5病日に退院した。

【考察】抗うつ薬によるSIADH、緑内障は、頻度は稀だが重大な副作用となり得る。高齢者に多く、投与開始後早期に生じる傾向にある。本剤を処方する際にはこれらの副作用に留意し、患者に対して十分な指導をすべきである。

104 ビタミンD中毒による急性腎障害によってシベンゾリンコハク酸中毒に至った一例

埼玉協同病院内科

○石濱智奈美, 土佐素史, 小野塚良輔, 肥田 徹, 忍 哲也

【症例】79歳女性【主訴】意識障害【既往歴】関節リウマチ、発作性上室性頻拍【現病歴】X-3日から構音障害を自覚した。X日午前中に近医で頭部MRI検査が施行されたが脳梗塞は否定された。帰宅後19時頃意識障害が出現したため当院へ救急搬入された。【臨床経過】意識はGCSE2V3M5であり、簡易血糖41mg/dlであったため低血糖補正を開始したところ意識レベルは改善した。血液検査ではCr2.96mg/dl、Ca15.3mg/dlであり低血糖、高Ca血症、急性腎障害の精査目的に入院した。入院後内服薬はすべて中止し生食の点滴を継続した。入院後の血液検査でiPTH20pg/ml、PTHrP<1.1pmol/l、シベンゾリンコハク酸2076.1ng/mlであったため、アルファカルシドール、L-アスパラギン酸カルシウム内服によるビタミンD中毒が原因の急性腎障害と判断した。そして急性腎障害によりシベンゾリンコハク酸中毒に至り低血糖発作が遷延したと判断した。低血糖発作は第4病日以降認めず、補液のみでCr0.72mg/dl、Ca9.4mg/dlまで改善したため、第11病日に退院した。【考察】高齢者では薬物有害事象の発生が若年者に比べて多い。ビタミンD製剤やシベンゾリンコハク酸を内服している患者では漫然と長期投与せず、定期的な血中濃度測定が必要と考えられた。

105 高Ca血症にて発見され診断に苦慮したサルコイドーシスの1例

昭和大学横浜市北部病院内科

○和田紗矢香, 山本真寛, 朝倉 慶, 加藤雅典, 竹島亜希子
成島道昭, 緒方浩顕

【症例】84歳男性【主訴】ふらつき【既往歴】冠動脈バイパス術

【現病歴】陳旧性心筋梗塞, 慢性腎臓病にて他院に通院加療中であった。6月下旬からふらつきが出現し徐々に症状が増悪し, 7月初旬に施行した血液検査にて腎機能悪化を認め当院紹介となった。受診時には脱水, 腎機能障害 (sCr 6.06mg/dl) 及び高Ca血症 (13.4mg/dl) がみられ, 精査加療目的に入院となった。

【臨床経過】補液にて腎機能及び高Ca血症は改善した。高Ca血症の原因精査を行ったところ, 血清 $1,25(OH)_2VD_3$ 濃度上昇がみられたために, 悪性疾患やサルコイドーシスを疑い, 各種血液検査や画像診断を行ったが明らかな病変は認めず一時退院とした。しかし, 退院2週間後の血液検査にてCa等の再上昇を認め再入院とした。PET-CT検査を施行したところ両側肺門部リンパ節や心筋壁への異常集積と認め, 気管支鏡検査及び肺門部リンパ節生検を行うも肉芽腫性病変や気管支洗浄液での異常を認めなかったが, サルコイドーシスと臨床診断しステロイド治療開始したところ血清Ca値は正常化した。

【考察】サルコイドーシスによる高Ca血症を来す頻度は5%前後との報告があるが, 本症例はCa上昇を契機に発見された。組織生検では非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は確認できず, 陳旧性心筋梗塞のため心サルコイドーシスの診断が困難であった。

【結語】診断に苦慮したサルコイドーシスの1例を経験した。

106 多彩な合併症から異所性副甲状腺による原発性副甲状腺機能亢進症 (PHPT) の診断に至った1例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

○永富駿平, 仲里信彦, 池田守登

【症例】56歳男性【既往歴】尿管結石, 心筋梗塞, 高血圧

【現病歴】X年4月胆石性膵炎, 胆管炎のためERCPによる胆管ドレナージ, 総胆管結石治療行った。原因除去のため胆摘も施行している。その経過中に十二指腸潰瘍認め, 保存的加療で経過観察となっていた。X年8月に血便精査目的に内科外来受診となった。

【臨床経過】血液検査所見ではCa 12.4mg/dL , P 1.9mg/dL , Cr 1.2mg/dL , iPTH 139pg/dL , PTHrP < 1.0, 1-25OH-PTH 23.4pg/ml , FECa 4.54% と高Ca血症の原因としてPHPTが疑われた。副甲状腺エコーでは異常見られず, 副甲状腺シンチグラフィーで前下頸部正中に異常集積認め, 異所性副甲状腺によるPHPTと診断した。その後外科的摘出術施行し経過良好であった。

【考察】PHPTは日常診療で見ると割合は少なくなっている。また手術適応と判断される際には, 局在診断が重要であり異所性副甲状腺の割合は7~46%の頻度である。今回多彩な合併症をきたした異所性副甲状腺によるPHPTを経験した。

107 来院時 Walled-Off Necrosis (WON) に消化管潰瘍を合併していた慢性経過の高Ca血症の事例

埼玉協同病院内科

○尾内 綾, 田中宏昌

【症例】85歳男性【主訴】膵酵素高値で近医より紹介【現病歴】便秘を主訴にX年10月に近医を受診し, 血液検査で炎症反応, 膵酵素の著明な上昇と高カルシウム血症を認めたため, 当院を紹介受診した。造影CT検査で肝周囲と網嚢腔に著明な腹水を認め, 精査入院した。【経過】網嚢腔の液体貯留は, 被包化された膵および膵周囲の液状化壊死組織, つまりWONであると考えられ, すでにある程度の時間経過があると想定された。急性膵炎に準じて治療を行い, 炎症反応, 膵酵素共に改善を認めた。第2病日の上部消化管内視鏡検査で十二指腸潰瘍を指摘。一時的に黒色便を認めたものの保存的に改善した。高Ca血症の補正を行い, 全身状態が小康状態となった入院第56病日に退院した。【考察】X-9年よりCa高値が指摘されており, 入院時も 12mg/dL と高値を認めたことから, 急性膵炎と十二指腸潰瘍の原因は高Ca血症によるものと考えた。高Ca血症が慢性的な経過であったことと, 尿中CaがFECa < 1%と低値であったことから家族性低Ca尿症性高Ca血症が疑われた。【結語】家族性低Ca尿症性高Ca血症によると思われる高Ca血症により, 重症急性膵炎と十二指腸潰瘍を来した一例を経験した。

108 パセドウ病母体児に認めた巨大甲状腺腫の推移を観察し得た一例

富山県立中央病院内科¹⁾

富山県立中央病院小児科²⁾

○田中彰子¹⁾, 加藤健一郎¹⁾, 五十嵐登²⁾, 赤堀 弘¹⁾
白田里香¹⁾, 川端雅彦¹⁾, 野田八嗣¹⁾

【症例】39歳女性。36歳時にパセドウ病発症, 以後近医でプロピルチオウラシル (PTU) にて内服加療されていた。コントロール困難かつTRAb陽性にてPTU 450mg/day内服の中に妊娠が判明, FT4, FT3は基準値内なるもTSHは抑制されたまま経過していた。妊娠34週時, 里帰り出産目的で当科紹介。当科初診時TSH 0.25 $\mu\text{IU/ml}$, FT4 0.9 ng/dl, TRAb陰性化にてPTU漸減に努めたが, 妊娠39週時 (PTU 200 mg/day) 帝王切開にて男児出産 (4085g, Apgar score 1分8点/5分9点)。児に巨大甲状腺腫を認め, TSH 72.59 $\mu\text{IU/ml}$, FT3 1.9 pg/ml, FT4 0.5 ng/dl, Tg 6280 ng/ml, 生後4日目に施行した超音波検査では甲状腺最大横径52mmであった。その後甲状腺ホルモン補充なく自然経過で生後7週後には甲状腺機能は基準値内, Tg 353 ng/まで低下。甲状腺腫は最大横径47.3mmに縮小した。

【考察】胎盤を移行した抗甲状腺薬が児の甲状腺機能低下を招きTSH分泌刺激に伴い巨大甲状腺腫をきたしたと考えられる。

【結語】抗甲状腺薬は妊娠後期には母体より胎児の甲状腺機能を強く抑制するとされる。一般的に母体FT4を正常上限近くに維持し抗甲状腺薬減量, 中止をはかるが実臨床では困難な場合もある。周産期のパセドウ病では内科, 産科, 小児科 (新生児科) が連携し, 治療管理を行う必要がある。

109 異所性 ACTH 症候群を呈した肝内多発神経内分泌腫瘍の1例

金沢医科大学糖尿病・内分泌内科学¹⁾

金沢医科大学腫瘍内科学²⁾

金沢医科大学臨床病理学³⁾

○小倉慶雄¹⁾, 中川 淳¹⁾, 藤井 愛¹⁾, 葛西 傑²⁾

安本和生²⁾, 元雄良治²⁾, 相川ちひろ³⁾, 中田聡子³⁾

野島孝之³⁾, 古家大祐¹⁾

【症例】64歳男性。48歳より高血圧で近医通院中。8ヶ月前より血圧上昇、色素沈着出現し増強した。低K血症、糖尿病見出され当科紹介された。BMI 22.3, 血圧150/72mmHg。全身色素沈着著明だが皮膚線条・中心性肥満・満月様顔貌なし。ACTH 774pg/mL, コルチゾール 32 μg/dL で日内変動消失、デキサメサゾン大量投与で抑制なく、CRH に無反応。異所性 ACTH 症候群 (EAS) と診断した。造影 CT で肝内低吸収域 3ヶ所、胸椎に複数の低吸収域を認めた。肝生検で ACTH 産生神経内分泌腫瘍 (NET) (MIB-1 9.7%)。FDG-PET で集積あるが原発巣不明。Metyrapone 開始 6 週後 ACTH > 1,000pg/mL に増加した。Octreotide LAR, 化学塞栓術 (CDDP + 5FU), CDDP + CPT-11 全身投与、everolimus を順次試みるも ACTH 増加 (9,000-19,200pg/mL), 肝腫瘍増大が続いた。初診より 16ヶ月後、肝不全で死亡した。【剖検所見】原発不明 ACTH 産生 NET; 肝・胸椎・リンパ節 (肝門部, 上腸間膜周囲, 傍大動脈) に転移・浸潤。【考察】原発不明または肝原発 NET による EAS は極めて稀。NET への分子標的薬の有効性が確立されつつあり、最初に選択すべきであったかも知れない。

110 徐脈頻脈症候群を合併した甲状腺クリーゼの一例

東近江総合医療センター¹⁾

東近江総合医療センター糖尿病・内分泌内科²⁾

東近江総合医療センター循環器内科³⁾

東近江総合医療センター救急科⁴⁾

東近江総合医療センター消化器内科⁵⁾

○武村秀孝¹⁾, 中泉伸彦²⁾, 前野恭宏²⁾, 大西正人³⁾

五月女隆男⁴⁾, 辻川知之⁵⁾

【症例】60歳代女性【主訴】ふらつき【現病歴】11月下旬に右肩関節、上腕痛を主訴に前医を受診。血液検査では軽度の貧血、軽度の肝酵素上昇を認めるのみで経過観察となっていた。しかし、3日後に自宅でふらつきを自覚し、当院救急搬送された【臨床経過】来院時心電図は心房細動、HR150/min の頻脈であった。洞調律に復した時に6秒の洞停止を認め、徐脈頻脈症候群と診断した。頸部腫大、眼球突出は認めなかったが、発汗による皮膚湿潤のため甲状腺機能を確認したところ、fT3 > 30.0 pg/mL, fT4 > 6.0 ng/dL, TSH 0.003 μIU/mL であり甲状腺中毒症の状態であった。中枢神経症状は認めなかったが、38℃の発熱、下痢があり、甲状腺クリーゼと診断し、抗甲状腺薬、ヨウ化カリウム、β遮断薬の内服を開始した。その後、甲状腺機能の改善とともにふらつきの症状も軽快し、ホルター心電図では洞停止も認めなかった。【考察】甲状腺機能亢進症による頻脈はよく知られているが、徐脈頻脈症候群の報告は稀である。本例では甲状腺機能改善とともに、心房細動、徐脈頻脈症候群も軽快しており、甲状腺機能亢進症に伴い得る不整脈の一つとして注意する必要があると考えられた。

111 胎盤血管腫に起因する甲状腺中毒症をきたした母児の経過と病理

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学付属病院内分泌・代謝内科²⁾

○北山祥平¹⁾, 島 孝佑²⁾, 篁 俊成²⁾

症例 30代女性, 2経妊2経産 (帝王切開), 妊娠高血圧症候群の既往あり。自然妊娠 19 週で胎盤に径 3.8 cm 腫瘍あり, 25 週で 8.0 cm に増大。羊水過多による腹部膨満を主訴に当院搬送。甲状腺腫大, 手指振戦, 心拍 140 bpm, FT3 6.89 pg/mL, FT4 2.23 ng/dL, TSH < 0.01 μU/mL, 甲状腺自己抗体陰性, hCG 525000 mIU/mL, AFP 8590 ng/mL。胎児に頻脈あるも奇形なし。MRI で胎盤臍帯起始部に径 11 cm, 胎盤と等信号の血管腫あり。高 hCG による甲状腺中毒症と診断し, ヨウ化カリウム投与。羊水過多進行し, 妊娠 28 週に帝王切開。1627 g 女児は Apgar 2/6 点, FT3 1.52 pg/mL, FT4 0.48 ng/dL, TSH 86.4 μU/mL。胎盤組織は血栓と虚血を伴う血管腫。産後 4 週で AFP, hCG, 甲状腺機能は正常化。本例では, 胎盤血管腫が血行動態を変え, 胎児由来 AFP が母体に流入し, 血管腫により増殖した栄養膜が hCG を過剰産生することで, 甲状腺中毒症に至ったものと考えられる。胎盤血管腫による hCG 過剰産生の機序は明らかではない。本例の病理組織で観察された血管腫に伴う胎盤の虚血が血管新生作用を持つ hCG の過剰産生を惹起する可能性を議論したい。

112 中枢性尿崩症を合併した EGPA (好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) の一例

京都大学医学部附属病院糖尿病・内分泌・栄養内科¹⁾

京都大学医学部附属病院免疫膠原病内科²⁾

○中尾真也¹⁾, 田浦大輔¹⁾, 福田賢英¹⁾, 榊健太郎¹⁾

吉藤 元²⁾, 小倉雅仁¹⁾, 曾根正勝¹⁾, 八十田明宏¹⁾

長嶋一昭¹⁾, 稲垣暢也¹⁾

【症例】69歳男性。【主訴】多飲, 多尿, 倦怠感。【既往】喘息, 慢性好酸球性肺炎。【病歴】2016年8月末から多飲, 多尿, 倦怠感を自覚。11月に当科入院精査にて中枢性尿崩症と診断した。IgG4 228mg/dL と高値を認め, IgG4 関連疾患も疑われたため, 12月に更なる精査目的に再入院した。【経過】再入院直前に末梢血好酸球が増多 (WBC 26280/μL, Eosino 61.5%), また入院中に皮疹, 炎症反応, 持続する微熱, 更に単神経炎を疑われる下肢の神経痛が出現した。骨髓生検で骨髓増殖性疾患は否定的であった。MPO-ANCA は陰性, 皮膚生検で血管炎を認めなかったが, 経過中に典型的な症状が出揃い, 臨床的に EGPA の診断基準を満たしたため, 中枢性尿崩症を合併した EGPA と診断して PSL0.5mg/kg/日による治療を開始したところ, 好酸球数や皮疹は劇的に改善した。【考察】EGPA に中枢性尿崩症が合併した例は, 症例報告レベルでは存在するがきわめて珍しい。本例における中枢性尿崩症は EGPA に関連すると考えており, 若干の文献的考察を加え発表する。【結語】中枢性尿崩症を合併した EGPA の一例を経験した。

113 ランレオチド術前投与が有用であったGH産生下垂体腫瘍例と術前SSA投与の臨床効果に関する後方視的検討

千葉大学医学部附属病院糖尿病代謝内分泌内科

○竹内幹人, 河野貴史, 大和 梓, 田中知明, 横手幸太郎

【緒言】先端巨大症 (GHoma) に対するソマトスタチンアナログ (SSA) は, SSTR に作用し GH 抑制作用や腫瘍縮小効果から, 臨床的に広く用いられている. 今回, ランレオチドの術前投与が有効であった GHoma の 1 例を経験した. SSA 術前投与施行した GHoma 163 例の後方視的検討と合わせて報告する.

【症例】39 歳女性【主訴】指先のしびれ, 慢性頭痛【臨床経過】2015 年近医にて頭部 MRI で下垂体腫瘍を指摘, アクロメガリー様顔貌と IGF-1 高値 (857ng/ml: +9.2SD) から, GHoma が疑われ当科紹介となった. 下垂体 MRI でトルコ鞍に 20 × 11mm 大の腫瘍を認め, 内分泌学的検査と合わせ, GHoma と診断した. 計 4 回の術前ランレオチド投与を施行し臨床症状の改善と GH 61.1% の減少, 腫瘍体積の 18.2% の減少を認め, 当院脳外科にて経蝶形骨洞下垂体摘出術を施行し, 寛解となった.

【検討】術前 SSA 投与の有用性を検討するため, 本症例を含む GHoma 163 例を後方視的に解析した. GHoma 163 例の検討では約 60% に SSA 施行され, 平均 GH 41.7%, 腫瘍体積 17.6% の縮小を認めた. GH 低下効果を有効群, 非有効群の 2 群とし因子解析を行ったところ, 有効群では有意に腫瘍縮小率が高く, プロモクリプチン負荷試験での GH 低下効果が高い傾向にあった. 【結語】術前 SSA 投与は GH 抑制効果・腫瘍縮小効果が高く有用と考えられた.

114 リンパ球浸潤を伴う限局性視床下部炎と診断した汎下垂体機能低下症の一例

長崎大学病院内分泌・代謝内科 (第一内科) ¹⁾

虎の門病院間脳下垂体外科 ²⁾

虎の門病院病理診断科 ³⁾

○石橋麗雅 ¹, 二里哲朗 ¹, 堀江一郎 ¹, 安藤隆雄 ¹

福原紀章 ², 山田正三 ², 井下尚子 ³, 川上 純 ¹

33 歳女性. 主訴, 無月経. 2010 年 8 月頃から口渴, 多尿を自覚. 2011 年 1 月頃から無月経となり, 近医産婦人科を受診した. その際高 PRL 血症を認め, 続発性無月経の診断でカベルゴリンによる治療を行うも改善しなかった. 2014 年 1 月に当院紹介. MRI にて下垂体柄および下垂体には異常所見を認めず, 視床下部に造影効果のある病変 (矢状断で 10 × 7mm) を認めた. 汎下垂体前葉機能低下症と中枢性尿崩症を認め, 各ホルモン補充を開始した. その後視床下部病変は 13 × 7mm へ増大したことから確定診断のため 2016 年 1 月に生検を施行した. 病理所見では視床下部近傍の脳室周囲に T 細胞優位なリンパ球と IgG4 陰性の形質細胞浸潤を認め, 腫瘍性疾患は否定的で炎症性病変が疑われた. 同年 9 月よりステロイドパルス (mPSL500mg) 3 コールを行ったところ, 視床下部病変は 3 割程度の縮小を認めた. その後 PSL 内服へ切り替え約 5 ヶ月経過したが僅かに縮小傾向にある. 本症例の病理組織像および臨床経過は, いわゆるリンパ球性下垂体炎に酷似しているが, 視床下部に病変が限局している症例は過去 3 例のみである. いずれもステロイドが奏効するものの, その臨床経過は不明な点が多い. 今後慎重に経過を見ていく必要があると思われた.

115 異所性 ACTH 症候群を呈した小細胞肺癌の一例 府中病院医師研修センター初期臨床研修室 ¹⁾ 府中病院消化器内科 ²⁾

○中野雅信 ¹, 久松美友紀 ², 武田修身 ², 高柳成徳 ²

廣岡知臣 ², 土細工利夫 ²

【症例】69 歳女性【主訴】両下腿浮腫, 発熱

【現病歴】受診 5 日前より両下腿浮腫が出現し, 歩行困難となった. 受診 6 時間前より, 37.8℃ の発熱があり救急搬送された. 【臨床経過】血液検査にて高血糖, 高 Na 血症, 低 K 血症, 代謝性アルカローシスを認めた. 画像検査にて右肺下葉に 24mm 大の結節を認め, 他に両肺に多発結節, 多発肝腫瘍, 両側副腎腫大を認めた. 喀痰細胞診で小細胞癌が疑われ, 小細胞肺癌の多発転移と診断した. 電解質異常の原因に異所性 ACTH 症候群を疑い追加検査を施行すると, 血清コルチゾール, 血清 ACTH 上昇を認めた. さらに, 一晚少量・大量デキサメサゾン抑制試験にて抑制を認めず, 頭部単純 MRI 検査にて下垂体に明らかな異常は認められなかった. 以上より異所性 ACTH 症候群 (EAS) と診断し, 下腿浮腫もそれに伴うものと考えた. 全身状態が悪く緩和治療方針となり, 第 20 病日に死亡した. 【考察】EAS では高コルチゾール血症による臨床症候は現れにくく, 体液貯留や高血圧・低 K 血症・代謝性アルカローシス・高血糖が主に見られる. 稀な疾患であるが早期診断・治療が望まれることより EAS であることを念頭に精査を行う必要がある.

116 小細胞肺癌鞍上部転移により視床下部性下垂体前葉機能低下を呈した 1 例

湘南鎌倉総合病院総合内科 ¹⁾

湘南鎌倉総合病院呼吸器内科 ²⁾

○小野亮平 ¹, 伊藤亮治 ¹, 宮下紘和 ¹, 松見信平 ¹

田崎潤一 ¹, 中川佳子 ¹, 北川 泉 ¹, 杉本栄康 ²

【症例】67 歳男性. 1 ヶ月前より倦怠感, 食思不振が出現し, 7kg の体重減少を認め, ふらつきによる立位困難で緊急入院となった. 低 Na 血症, 低血糖, TSH, fT3, fT4 低値を認め下垂体機能低下症が疑われた. 頭部 MRI で鞍上部, 小脳, 大脳に ring enhancement を伴う多発結節影を認めたが, 下垂体の形態と信号異常は見られなかった. 4 者負荷試験で視床下部性下垂体前葉機能低下症の診断となった. 胸部 CT で左肺門部腫瘍を認め, 生検の結果が小細胞肺癌であったことから鞍上部病変は転移性腫瘍と診断した. 内分泌補償療法によって倦怠感, 食思不振は改善した. 入院後 1 ヶ月で全脳照射と化学療法を開始し鞍上部病変は消失し, ACTH とコルチゾールの分泌能が回復した.

【考察】転移性腫瘍に伴う視床下部性下垂体機能低下症に関する報告は少なく, 報告例の多くは転帰が不良であった. 本例では入院から 1 ヶ月以内で治療開始に至り, 良好な経過が得られていることから, 画像診断及び内分泌学的検査を可及的速やかに行うことが予後改善の上で肝要であると考えられた. また本例では視床下部症候群の症候のうち, 視野障害及び後葉機能低下を認めず, 前葉機能低下のみを認めたが, 同様の報告はこれまでになく貴重な症例と考えられた.

117 認知機能障害, 筋力低下, 関節拘縮を呈した ACTH 単独欠損症の一例

金沢大学附属病院内分泌・代謝内科

○中山智裕, 島 孝佑, 迫佐央理, 御簾博文, 篁 俊成
症例 69 歳女性. 58 歳より倦怠感や食欲低下を訴え, うつ病と診断され抗うつ薬治療を受けるも無効. 67 歳頃より筋力低下, 関節拘縮, 歩行困難が進行した. 認知機能障害 (HDS-R 15/30, MMSE 18/30), 頭部 MRI で脳室脳溝拡大・海馬萎縮あり. 69 歳時, Na 126 mEq/l, TSH 5.55 μ U/ml, FT3 4.2 pg/ml, FT4 1.2 ng/dL, ACTH, コルチゾール (F) は感度未満. 頭部外傷や出産時大量出血なし. インスリン低血糖試験 (ITT) および CRH 負荷に ACTH, F とも反応なし. ITT での GH 頂値 9.23 ng/mL, TRH, LHRH 負荷では TSH 6.86 \rightarrow 39.42 μ U/ml, PRL 50.79 \rightarrow 395ng/ml, LH 24.9 \rightarrow 73.4IU/ml, FSH5.1 \rightarrow 74.9 IU/ml. 下垂体 MRI で形態異常なし, CT で副腎萎縮なし. 成人発症 ACTH 単独欠損と診断し, ヒドロコルチゾン補充開始後, 速やかに食欲改善, 体重 4kg 増加, Na146 mEq/l に上昇, HDS-R 15 から 19 に上昇, 寝たきり状態から立位保持可能となった. 加療開始 3 ヶ月後には HDS-R 28 点, 歩行可能となった. 【考察】一般的にステロイド過剰は筋力や認知機能を低下させるが, 本例ではコルチゾール欠乏により同様の症状が生じ, ヒドロコルチゾン補充が著効した. コルチゾールの過剰に加えて欠乏もまた高次脳機能と骨格筋・関節機能を障害することが明らかとなった.

118 肺炎併発と副腎皮質機能低下症の顕在化の時期に乖離を認めた ACTH 単独欠損症の 1 例

川崎市立川崎病院臨床研修医¹⁾

同総合内科²⁾

同糖尿病内科・内分泌内科³⁾

同内科⁴⁾

○細尾真奈美¹, 長田真二², 高田昌幸³, 野崎博之⁴
津村和大³

【症例】42 歳男性. 【現病歴】約 5 年前から悪心を時折自覚するも医療機関を受診することはなかった. 来院 4 日前より 38 $^{\circ}$ C を超える発熱, 咳嗽, 喀痰喀出, 下痢を認めた. 外来における検索の結果, 肺炎と診断された (CRP15.52mg/dl). この時点では軽度の低 Na 血症を認めるも, 高 K 血症, 低血糖, 好酸球増多などは見られなかった. 数日後に症状は軽快. その後約 3 週間を経た頃より再び悪心を自覚するようになり受診. 【既往歴】交通事故後の頭蓋内手術 (1 歳時). 【再受診後の経過】肺炎は軽快し炎症反応も低減するも (CRP1.38mg/dl), 汎血球減少と顕在化した低 Na 血症, 低血糖を認めたため, 精査加療を目的として入院となった. 下垂体前葉負荷試験, 下垂体 MRI 検査を含む諸検索の結果, ACTH 単独欠損症と診断された. 【考察】病歴から少なくとも 5 年以上前に ACTH 単独欠損症に伴う副腎皮質機能低下を認めていたと考えられる. 肺炎を併発し数日を経た時点では副腎皮質機能低下に伴う血液検査上の異常は乏しく, その後 3 週間を経て顕在化した. 同機能低下症の非特異的で多彩な症状を理解し, また詳細な病歴聴取と理学所見評価の重要性を再認識する上でも興味深い症例と考える.

119 遺伝子診断が治療方針決定に有用であった遺伝性褐色細胞腫・パラガングリオーマ症候群 (HPPS) の 1 例

和歌山県立医科大学内科学第一講座

○西 伸幸, 竹島 健, 上田陽子, 河井伸太郎, 浦木進丞

有安宏之, 岩倉 浩, 古田浩人, 西 理宏, 赤水尚史

症例は 32 才男性. 父, 父方祖母が高血圧症. 22 歳頃に高血圧を指摘された. 口唇色素沈着が気になり近医を受診し, 腹部 CT で両側副腎腫瘍, 左傍大動脈腫瘍を指摘され当科紹介となった. 血中・尿中 NA, 尿中 MNM 高値, いずれの腫瘍も造影 CT で濃染し, MRI は T2WI high, 脂肪含有なく, 123I-MIBG シンチで集積亢進を認め, 両側褐色細胞腫・腹部パラガングリオーマ (PGL) と診断した. 若年発症・両側性から遺伝性を, 両側性・NA 優位・腹部傍大動脈腫瘍から悪性を考慮し, ご本人同意の上, 遺伝子検査を行い SDHD の exon2 に胚細胞変異 (W43X) を認めた. SDHD 変異は比較的悪性頻度が少ないとされるが, W43X は転移リスクが高い変異コドンであったため, 副腎皮質温存は行わず両側副腎摘除, 傍大動脈腫瘍摘出術を行った. 術後病理は褐色細胞腫・PGL に合致し, 腫瘍組織における LOH を確認し HPPS と診断した.

本症例は, 臨床像から遺伝性を疑い遺伝子検査により HPPS と診断した. 遺伝性を疑う褐色細胞腫では, 遺伝子検査により悪性・転移リスクを踏まえた治療方針決定が可能となり, 個々の患者に対するオーダーメイド医療を行える可能性が示唆された.

120 血小板増多により低 K 血症がマスクされた副腎アルドステロン産生腺腫の一例

慶應義塾大学病院腎臓内分泌代謝内科

○小杉将太郎

【症例】49 歳女性【主訴】高血圧

【現病歴】元来健診を受診しておらず過去の血圧は不明であった. 2016 年 1 月に動悸を主訴に他院を受診した際, 収縮期血圧 200mmHg であり, 血清 K 3.9mEq/l と正常であったものの血漿レニン活性 0.3ng/ml/hr, アルドステロン 219 pg/ml であったため原発性アルドステロン症が疑われ当院を紹介受診し, 精査加療目的で入院した.

【臨床経過】血中アルドステロンは早朝にピークのある日内変動を認め, 経口食塩負荷試験で尿中アルドステロン異常高値, またその他確定診断目的の負荷試験でもアルドステロンの強い自律性分泌の所見を認めた. さらに CT では右副腎に低吸収結節を認め, 副腎静脈サンプリング検査でも右副腎静脈からのアルドステロンの過剰分泌を認められたことから, 右副腎アルドステロン産生腺腫 (APA) と診断した. 通常 APA で認められる低 K 血症を本症例で認めなかった原因として, 本態性血小板血症による血小板増多 71.5 万 / μ l を合併していたことから, 偽性高 K の関与を疑った. 血漿で K 値を測定し直したところ K 値は 3.4mEq/l と低下していた.

【考察】一般に血小板が 60 万を超えると偽性高 K 血症がみられやすく, 血小板増多を伴う原発性アルドステロン症では K 値の解釈に注意が必要である.

【結語】血小板増多により低 K 血症がマスクされた副腎アルドステロン産生腺腫の一例を経験した.

121 骨髄腫腫症に至った治療抵抗性悪性パラガングリオーマの一部検例

金沢大学医学類医薬保健学域¹⁾

金沢大学附属病院内分泌・代謝内科²⁾

○有賀亮太¹, 島孝佑², 迫佐央理², 御簾博文²

篁俊成²

症例 44 歳男性. 43 歳時, 右上腹部, 背部痛を自覚. 動悸, 頭痛なし, 血圧 126/86mmHg. MRI で下大静脈背側に T2WI 高信号, 内部不均一な 77 × 57 mm の後腹膜腫瘍, MIBG 集積. 下大静脈, 両側腎静脈浸潤, 肝転移, 第 2 腰椎転移あり. 尿中メタネフリン 1.1 mg/day, 尿中ノルメタネフリン 1.8 mg/day, 手術不能の悪性パラガングリオーマと診断. CVD 療法を 3 サイクル, 131I-MIBG 内照射療法 (200mCi) 施行. 初診 10 か月後, 原発巣は縮小, 多発肝転移は増大, びまん性骨転移へ進行. 積極的治療を中止し, 緩和療法のみとした. 11 ヶ月後, Hb 11.6 から 4.0 g/dl まで突如貧血が進行. 網状赤血球 3.4%, WBC 8760/μl, Plt 7.5 万 /μl, Fbg 468 mg/dl, FDP-DD 21.1 μg/ml, フェリチン 9816 ng/mL. 骨髄生検で, 造血細胞は消失, クロモグラニン A, シナプトフィジン陽性細胞に置換. パラガングリオーマ転移による骨髄腫腫症と診断し, 輸血を継続したが, 初診 12 か月後永眠, 剖検し Ki67 など検討中. 骨髄腫腫症は乳癌, 前立腺癌など骨転移の多い癌腫で発症するが, 本例は悪性パラガングリオーマで生じることを示した初症例である. 息子, 娘のノルアドレナリン高値から, SDHB 遺伝子異常が急速な進行, 治療抵抗性の一因と考え, 遺伝子検査を計画中.

122 視力低下の発症を契機に診断に至った原発性アルドステロン症の 1 例

山形市立病院済生館臨床研修センター¹⁾

同糖尿病・内分泌内科²⁾

同外科³⁾

同眼科⁴⁾

同病理診断科⁵⁾

○山口直樹¹, 鈴木亨², 岡崎慎史³, 大村真⁴

大竹浩也⁵, 野村隆², 五十嵐雅彦²

【症例】65 歳男性【主訴】視力低下【現病歴】40 歳時に高血糖, 55 歳頃に高血圧を検診にて指摘されたが医療機関を受診せず放置. 65 歳時の某年 1 月に視力低下を自覚し, 4 月に近視眼科を受診したところ糖尿病増殖性網膜症と新生血管緑内障と診断され当院眼科に紹介となり, 初診時の血圧 193/118 mmHg, 随時血糖 383 mg/dL, HbA1c13.1% と高値のために糖尿病・内分泌内科に入院となった. 【経過】糖尿病はグルカゴン負荷試験にて反応が低下しており, 強化インスリン療法を行った. また, 血圧は 2 剤でコントロールは良好となった. スクリーニングの腹部 CT にて左副腎近傍に最大径 6cm の腫瘍を認めたため, 内分泌学的検査やシンチグラムなどを実施し原発性アルドステロン症と診断された. そこで, 8 月腹腔鏡下腫瘍摘出術が施行され, 術後は経口血糖降下薬 1 剤のみで降圧薬は不要となった. 【考察】糖尿病に高血圧症を併発し合併症が進展悪化した症例では, 治療に苦慮し薬剤の数量が増える場合が多い. そのような場合には副腎腫瘍を疑い, CT やホルモン測定などのスクリーニングの実施が重要と考えられた. 【結語】視力低下の発症を契機に診断に至り, 腫瘍摘出により糖代謝と血圧が著明に改善した原発性アルドステロン症の 1 例を経験した.

123 小児期より黄色腫を合併し, 早発性冠動脈疾患を契機に診断されたシトステロール血症の一例

千葉大学医学部付属病院¹⁾

新潟薬科大学薬学部薬品分析化学研究室²⁾

○我妻久美子¹, 馬場雄介¹, 不破史子², 中川沙織²

前澤善朗¹, 竹本稔¹, 大和進², 横手幸太郎¹

【症例】44 歳男性【主訴】胸部圧迫感【現病歴】小児期に右膝の黄色腫を認め治療を受けたことがある. 検診で高コレステロール血症を指摘されていたが放置していた. 44 歳時労作時の胸部圧迫感が認められた. 労作性狭心症の診断で, 循環器内科にて PCI が施行された. 当科紹介受診時, 四肢に多発結節性皮膚黄色腫, 両側アキレス腱肥厚 (34 mm) を認めた. 家族歴はなく, ロスタタチン 10mg 内服下で LDL コレステロールは 91 mg/dL であった. 早発性冠動脈疾患と皮膚・腱黄色腫をきたす疾患を鑑別する過程で, 血中シトステロール高値 (13.4 mg/dL) と ATP 結合カセットトランスポーター 5 遺伝子の複合ヘテロ接合体変異が明らかとなりシトステロール血症と診断した. 診断後はスタチンを中止し, エゼチミブ 10mg とコレステミド 3000mg の併用で経過を観察している.

【考察】シトステロール血症は我が国で難病指定の常染色体劣性遺伝の脂質代謝異常疾患である. 国内の患者数が 100 人未満であり植物ステロールの一種シトステロールの排泄ができず組織へ蓄積する. 家族歴のない若年発症の黄色腫から本疾患の確定診断に至り, 治療経過を観察できた症例として, 文献的考察を加えて報告する.

124 精神症状及びイレウスを呈した褐色細胞腫の一例

昭和大学横浜市北部病院内科

○吉田輝龍, 加藤憲, 武重由依, 松坂貫太郎, 伊藤英利

坂下暁子, 衣笠えり子

【症例】60 歳台男性【主訴】嘔吐

【現病歴】2005 年 7 月よりパニック障害のため当院精神科に通院していた. 2015 年 12 月に嘔吐を主訴に消化器内科を受診したが, 器質的な疾患は認めず経過観察となった. しかし 2016 年 1 月まで嘔吐を繰り返し, 体重が 2 か月間で 10kg 減少したため当科を紹介受診され, 入院となった.

【治療経過】CT で左副腎腫瘍を認めたため内分泌検査を施行したところ血中カテコラミンの上昇があり, MIBG シンチグラフィで左副腎に集積を認め褐色細胞腫と診断した. 腸管内の著明なガス貯留もあり, カテコラミン過剰のため消化管運動低下を来したと判断し, イレウス管を挿入するとともにフェントラミンの持続静脈注射を開始した. また経過中に発熱もあり腫瘍壊死, 感染が原因と考え, メロペネム <MEPM>3g/日の点滴静注を行い, ナプロキセン 300 mg/日の投与も開始した. しかし改善なく外科的治療が必要と判断し泌尿器科にて副腎摘出術を行ったところ, 精神症状も含め症状の改善を認めた.

【考察】褐色細胞腫は約 13% に便秘を生じるとされ, 腸管穿孔も報告されている. フェントラミンは腸管運動改善に有効であるとされているが, 根治治療として腫瘍切除が治療の第一選択である. また本症例においては画像所見で他の臓器への転移を疑う所見はなく良性であると考えたが, 今後も長期にわたり慎重な経過観察が必要である.

125 2型糖尿病患者における人工甘味料入りソフトドリンクの摂取状況と臨床背景との関連

東京女子医科大学第三内科

○鈴木麻耶, 中神朋子, 廣田尚紀, 内潟安子

目的: 近年, 低カロリー志向により人工甘味料入りソフトドリンク (artificially sweetened beverage: ASB) は市場を拡大している。本研究では2型 (T2DM) 患者におけるASBの摂取状況と臨床背景との関連を検討した。

方法: 対象は当科に2016年12月1日~20日に通院したT2DM患者のうち無作為抽出した209名 (年齢64 ± 13歳, 男61%, 罹病期間15 ± 11年)。ASBならびに天然甘味料入りソフトドリンク (sugar sweetened beverage: SSB) 摂取状況を質問票で調査。ロジスティック回帰モデルを用いてASB, SSBの摂取状況と臨床背景因子の関係を検討。

結果: ASB・SSB摂取者は27%・17%でASB摂取者の71%がDM発症後から飲料。多変量ロジスティック回帰分析ではASB摂取は年齢と負のHbA1cと正の関連を示しオッズ比 (95%信頼区間) は年齢 < 60歳に対して60-69歳で0.2 (0.1-0.5), ≥ 70歳で0.1 (0.03-0.3), HbA1c < 6.5%に対して6.5-7.1%で2.6 (0.9-6.9), ≥ 7.2%で2.9 (1.1-7.6)。SSB摂取状況はいずれの因子とも関連なし。簡易型自記式食事歴法質問票にも回答の22名ではココア高摂取者 (≥ 50g/日) は低摂取者 (< 50g/日) より菓子・飽和脂肪酸摂取量が有意に多かった。

結語: T2DM患者の3割でDM発症後からASBを飲料しており若年・HbA1cが不良な者ほど飲料する実態が明らかとなった。

126 著明な高血糖 (1620mg/dL) で意識障害が遷延した一例

東邦大学医療センター初期研修医¹⁾

東邦大学医療センター大橋病院糖尿病・代謝内科²⁾

○岡橋愛子¹⁾, 三松貴子²⁾, 田中翔士²⁾, 岡畑純江²⁾

坂本健太郎²⁾, 柴輝男²⁾

47歳男性, 生来健康, 健診歴なし。肥満あり2型糖尿病の家族歴あり。一週間前より強い口渇感から清涼飲料水を多飲 (3~4L/日) し, 2日前より全身倦怠感, 食欲減退, 嘔吐が出現。受診当日, 早朝より意識障害あり, 13時頃救急搬送された前医で血糖値1620mg/dL, にて当院搬送, 来院時JCS100, Kussmaul大呼吸見られ, 血漿浸透圧400mOsm/L, pH7.1, HCO₃⁻4.9, AG48, Glu1440mg/dL, HbA1c14.7%, GA54.5%, Amy123IU/L, 尿ケトン2+, 血中総ケトン体16124 μmol/LでHHS (高血糖性高浸透圧症候群) +DKA (糖尿病性ケトアシドーシス) の診断となった。CT上, 左中下肺野優位に浸潤影が見られ, WBC24.5x10³/μL, CRP14.72mg/dLと肺炎を合併していた。pH, 血糖値は速やかに改善したが意識障害は遷延し, day3に開眼, day4に会話可能となった。グルカゴン負荷試験の結果, ΔCPR0.6とインスリン分泌は低値だったが, 抗GAD抗体, 抗IA-2抗体, インスリン抗体陰性で2型糖尿病と考えられた。感染症を契機に飲料多飲にて著明な高血糖を呈しHHSにDKAを合併したと考えられ, 1000mg/dL以上の症例に関し文献的考察を含め報告する。

127 当院教育入院した2型糖尿病患者の骨粗鬆症とその背景

公立陶生病院研修医2年目¹⁾

公立陶生病院内分泌・代謝内科²⁾

○佐原和規¹⁾, 富貴原紗侑里²⁾, 古川麻里子²⁾

山内雄一郎²⁾, 赤羽貴美子²⁾, 吉岡修子²⁾

【背景・目的】糖尿病患者は非糖尿病患者と比べて骨折リスクが有意に高い。2型糖尿病患者の骨密度から骨粗鬆症と診断した患者背景とそのリスク因子について検討した。

【対象・方法】対象は教育入院した2型糖尿病患者177名, 骨粗鬆症の有無2群間で年齢, 性別, BMI, 合併症, 既往歴, 血液検査値, IMT, YAM, 治療薬を比較検討した。多変量解析から骨粗鬆症に関与する因子を検討した。

【結果】26%に骨粗鬆症を認めた。女性大腿骨頸部はほぼすべての年齢層で平均骨密度が低い傾向だった。骨粗鬆症の有無2群間比較では男性, 身長, 体重, BMI, ALT, Cre, 尿中Cペプチド, L/H, non HDL, TG, 椎体・大腿骨頸部・足totalにおけるYAMが骨粗鬆症群に有意に低値で年齢, IMTは有意に高値だった。虚血性心疾患, 骨折既往が有意に多かった。多変量解析では高齢, 女性, やせ, 虚血性心疾患の既往において有意差を認めた。

【考察】女性大腿骨頸部はすべての年齢層で骨密度の低下傾向を認め, 対象が糖尿病コントロール不良群であり, 栄養や運動の偏りといった因子の関与, またやせた高齢女性では加重の低下とエストロゲンの低下も因子と考えられた。虚血性心疾患の既往者に骨粗鬆症を多く認めたが血管の石灰化が関与したものと考えられる。

128 糖尿病患者に関する医療訴訟からみた診療上の注意点

浜松医科大学医学部医学科¹⁾

浜松医科大学総合人間科学講座法學²⁾

○中根千夏¹⁾, 山本実果¹⁾, 森 亘平¹⁾, 大磯義一郎²⁾

【目的】糖尿病及びその合併症に関する判例での争点を明らかにすることで, 糖尿病患者を診療するに当たって注意すべき点を検討する。

【方法】平成11年1月1日から平成27年12月31日までの糖尿病及びその合併症に関する判決文を民間判例データベース (TKCローライブラリー), 医療訴訟ケースファイル vol.1, 2, 3, 4及び東京地方裁判所医療集中部が所持する判決文から抽出し, 疾患別の紛争の特徴や争点について検討した。

【結果】全判例数1660件中, 糖尿病及び関連疾患に関する判例数は16件であった。認容率は54.8%であった。病態としては, ケトアシドーシスが9件と最も多く, 次いで, 糖尿病性腎症3件, 網膜症2件と続いた。ケトアシドーシスにおける争点で最も多かったのが診断の遅れで6件あり, 内3件が認容された。

【考察】診断の遅れが争われたケトアシドーシスに関する訴訟において, 初診時の患者の主訴は, 嘔吐・胃部不快感・腹痛など消化器症状が5件と最多であった。消化器症状を訴える患者を診察するにあたり, 糖尿病の可能性を考え注意して診断する必要がある。

129 入院中に発症し、初期研修医の診療が早期発見に繋がった SGLT2 阻害薬による DKA の一例

市立福知山市民病院総合内科¹⁾

市立福知山市民病院初期研修医²⁾

市立福知山市民病院大江分院地域医療研修センター³⁾

市立福知山市民病院消化器内科⁴⁾

○西村康裕¹⁾、岡本かよ²⁾、生方綾史¹⁾、小田雅之¹⁾

北村友一¹⁾、和田幹生³⁾、川島篤志¹⁾、香川恵造⁴⁾

54 歳女性。橈骨遠位端骨折の手術目的に入院した。既往歴に 2 型糖尿病あり、ダバグリフロジン、アナグリプチン、グリメピリド、ミグリトール内服。近医通院していたが、HbA1c 12.3 % とコントロール不良であった。入院後血糖 150 mg/dL 前後で安定していた。第 3 病日嘔気が出現し、第 4 病日に初期研修医に診察依頼あり。頻呼吸と進行性の意識障害を認めた。血液ガス分析は pH 6.949, HCO₃⁻ 1.9 mmol/L, pCO₂ 8.8 mmHg と著明な代謝性アシドーシスを示し、内科コンサルトとなった。同時点での血糖値 481 mg/dL であった。誘因となる虚血性心疾患や感染症を除外し、SGLT2 阻害剤による糖尿病性ケトアシドーシス (DKA) と判断した。全身管理を行い、発症 6 日目には経口摂取良好となった。SGLT2 阻害薬の添付文書には、重大な副作用としてケトアシドーシスが記載されている。特に SGLT2 阻害剤によるケトアシドーシスでは高血糖を示しにくいことが報告されており、euglycemic DKA と称される。内服中に悪心嘔吐、意識障害、頻呼吸などを認めた際には血液ガス分析を含む適切な検査を行い、同薬を中止するように記載されている。しかし、患者だけでなく医療者側でも十分に認識されていないのが現状と思われる。当症例では、内服薬を継続し血糖管理下でありながら発症した点、副作用に関する啓発が必要な点、また初期研修医が適切に血液ガス分析を行ったことが早期発見に繋がったという教育的な観点から、重要な症例として報告する。

130 2 型糖尿病患者における保険給付割合と血糖コントロール

松下記念病院¹⁾

松下記念病院糖尿病・内分泌内科²⁾

松下記念病院医事課³⁾

松下記念病院消化器内科⁴⁾

松下記念病院外科⁵⁾

○吉武英隆¹⁾、岡田博史²⁾、西 貴士³⁾、吉村 尚²⁾

安威徹也²⁾、原山拓也²⁾、小山田裕一⁴⁾、山根哲郎⁵⁾

(背景) 生活習慣病の重症化予防と、それに伴う社会保障費の増大は本邦における大きな社会問題の一つである。費用対効果検証の一環として我々は保険給付割合別の血糖コントロール、処方内容について検討した。(方法) 2016 年 9 月から 11 月までに当院糖尿病外来を受診した薬物治療中の 2 型糖尿病患者 656 名を対象に保険給付割合と血糖値、HbA1c、処方内容について検討した。(結果) 保険給付割合別 (70%, 80%, 90%, 100%) の血糖値 (153.3 ± 3.0, 152.5 ± 9.0, 152.9 ± 4.0, 193.1 ± 8.1mg/dl; p < 0.0001), HbA1c (7.45 ± 0.06, 7.22 ± 0.17, 7.32 ± 0.08, 7.76 ± 0.15%; p = 0.04) はともに保険給付割合 100% の群で有意に高値であった。さらに注射製剤 (インスリン製剤, GLP-1 アナログ製剤) の使用頻度 (36.9, 55, 44.7, 66%) は保険給付割合 100% の群において有意に高かった (p = 0.0003)。(考察) 保険給付割合 100% の群は注射製剤使用頻度が高いにも関わらず血糖コントロールが不良であった。国民健康・栄養調査によると所得水準によって野菜類の摂取量が異なるとの報告があり、薬物療法の強化だけでなく栄養指導による食事療法の改善が費用対効果につながる可能性がある。

131 mTOR 阻害薬による糖尿病発症・増悪の臨床的検討

岡山大学医学部医学科¹⁾

岡山大学病院腎臓・糖尿病・内分泌内科²⁾

○中村悠大¹⁾、中司敦子²⁾、加納弓月²⁾、山村裕理子²⁾

和田 淳²⁾

【目的・方法】乳癌や腎細胞癌、神経内分泌腫瘍などに対して mTOR 阻害薬が使用されるようになったが、有害事象である高血糖・糖尿病の実際の頻度は不明である。2014 年 1 月から 2016 年 11 月の 2 年間に当院でエベロリムスを投与された 58 (男性 6, 女性 52) 例について、糖尿病発症・増悪の頻度・特徴を後ろ向きに調査した。【結果】疾患内訳は腎癌 6 (男性 5, 女性 1) 例、結節性硬化症 4 (男性 1, 女性 3) 例、乳癌 44 (男性 0, 女性 44) 例、神経内分泌腫瘍 4 (男性 0 女性 4) 例であった。投与期間 2 か月以内の 6 例、血糖値・HbA1c 測定がない 21 例、ステロイド併用の 1 例は除外し、残り 30 例を調査した。エベロリムス投与開始時に糖尿病既往歴がない症例が 26 例、糖尿病治療中の症例は 4 例であった。糖尿病既往のない 26 例のうち 13 例が投与後に糖尿病を発症した。糖尿病未発症 13 例と発症 13 例を比較すると、年齢 51.3 ± 20.9 才 vs 68.7 ± 6.7 才 (p=0.012), BMI 20.3 ± 3.2 vs 23.8 ± 4.3 (p=0.027) で、また糖尿病治療中にエベロリムスを開始された 4 例全例で HbA1c の著明な増悪を認めた (投与前 HbA1c 7.2 ± 0.3%, 投与 2 か月後 9.4 ± 1.1%, p=0.015)。【結語】エベロリムス投与に際して、高齢、BMI 高値、糖尿病治療中の症例は高頻度に糖尿病発症・悪化が認められるため血糖値の注意深い経過観察が必要である。

132 SH 基を有さない経皮抗菌薬および漢方薬がリンパ球を刺激した HLA-DRB1*0406 陽性インスリン自己免疫症候群の一例

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学附属病院内分泌・代謝内科²⁾

○百木菜摘¹⁾、迫佐央理²⁾、島 孝佑²⁾、御簾博文²⁾

篁 俊成²⁾

SH 基を有さない薬剤によるインスリン自己免疫症候群発症 (IAS) の機序は不明である。

症例 42 歳女性。37 歳より尋常性ざ瘡に対してナジフロキサシン外用薬を連日塗布。同時期より 2-3 か月に 1 回、糖質摂取により改善する低血糖様症状あり。42 歳時、セフジニル、ビタミン B2、十味敗毒湯内服追加、その 2 週間後より低血糖発作が連日となり紹介受診。血糖 47 mg/dL、インスリン 176.4 μU/mL、インスリン自己抗体 > 5000 nU/mL、抗体結合率 > 90%、CPR 2.60 ng/mL。高インスリン正常血糖クランプで GIR 3.55mg/kg/min。Scatchard 解析で高結合能・低親和性のインスリン自己抗体あり、薬剤誘発性 IAS と診断。被疑薬中止、6 分割食導入で、低血糖発作は減少。インスリン自己免疫症候群に特徴的な HLA-DRB1*0406 を有し、ナジフロキサシンと十味敗毒湯が薬剤リンパ球刺激試験で陽性。本例では、SH 基含有薬剤による IAS 感受性 HLA アリルを有しながら、被疑薬は SH 基を含有せずしてリンパ球を刺激した。インスリン分子内 S-S 結合の修飾という従来提唱されてきた反応を経由しない新たな IAS 発症機序を議論したい。

133 持続糖濃度測定装置 (CGMS) を用いた1型糖尿病患者における重症無自覚低血糖のリスクの検討

東京女子医科大学医学部¹⁾

東京女子医科大学糖尿病センター内科²⁾

○五月女浩子¹, 三浦順之助², 保科早里², 内湯安子²

【目的】低血糖予測指標の1つLBGI (Low Blood Glucose Index) は、月単位での血糖自己測定値から判断される。短期間のCGMデータから解析したLBGIが、1型糖尿病患者の重症低血糖の予測因子となりうるかを検討した。【対象と方法】外来でCGMSを6日間装着したHbA1c < 10%の1型糖尿病患者250名(男性75名)を対象とした。重症低血糖の有/無:A21/B229名の2群に分け、臨床データと他の血糖変動指標を比較し、重症低血糖の危険因子を検討した。【結果】A群はB群より罹病期間が長く、MODD (mean of daily difference of blood glucose), LBGIは有意に高値であった。LBGIはHbA1c, J-index, M値, MAGE, ADRR (average daily risk range)と有意な相関を認めた。重症無自覚低血糖の有無を従属変数としたロジスティック単回帰分析では、LBGIとMODDが有意に相関し、重回帰分析でも、LBGI, MODD共に重症無自覚低血糖の独立した危険因子となった(OR: 1.25, 1.04; p=0.004, < 0.001)。【考察】CGMは持続測定のため、SMBGのように血糖値測定時間帯による偏りが少ないため、短時間のCGM結果からでも重症低血糖を予測することが可能であったと考えられた。

134 当院におけるGLP-1受容体作動薬「デュラグルチド週1回製剤」の2型糖尿病患者に対する使用成績

公立陶生病院内分泌・代謝内科

○清水里恵, 津留香里, 大井あや, 富貴原紗侖里

古川麻里子, 山内雄一郎, 赤羽貴美子, 吉岡修子

【背景】デュラグルチド週1回製剤は既存のインクレチン関連薬と比べ、アドヒアランス向上を期待されるが、血糖降下剤、その他のGLP1受容体作動薬(以下GLP1)、インスリンからの切り替えに関する報告は少ない。

【対象・方法】対象は当院にて血糖降下剤、インスリン、その他のGLP1にて治療中の2型糖尿病患者で、デュラグルチド週1回製剤を追加あるいは既存薬から切り替えた14例。診療録から後方視的に患者背景、開始後3ヶ月、6ヶ月HbA1c・体重・脂質・ Δ eGFR、副作用を検討した。

【結果】患者背景は認知症例が6例、随時血中インスリン値が $33.1 \pm 27.7 \mu\text{U}/\text{ml}$ 。HbA1cは開始3ヶ月、6ヶ月後ともに有意に改善した。既存のGLP1からの変更例は一定の傾向がみられず、開始時HbA1c8%以上の群、DPP-4阻害薬からの変更群では有意な低下を認めた。悪心を3例認めたが中断には至らず、低血糖、皮下硬結は認めなかった。

【考察】HbA1cの改善は認めしたが、体重減少効果は得られず、グルカゴン分泌抑制作用の関与が示唆された。インスリン自己分泌能が残存するコントロール不良群に有効性を認め、高齢者、認知症例、DPP-4阻害薬で治療難渋例などが良い適応と考えられる。各症例について詳細に報告する。

135 mTOR阻害薬エベロリムスにより血糖増悪した3症例の病態解析

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学附属病院内分泌・代謝内科²⁾

○谷村 純¹, 中川浩実², 御藤博文², 篁 俊成²

【背景】抗腫瘍薬のmTOR阻害薬エベロリムスは高血糖の副作用を有するが機序は不明である。

【症例1】66歳男性。65歳で臀部疼痛を契機に腎細胞癌多発転移と診断。スニチニブ内服中はHbA1c 5%台で推移。エベロリムスに変更8週後にFPG 292 mg/dl, HbA1c 8.2%。

【症例2】63歳男性。原発不明癌に対してCBDCA+DOC療法中はDPP4阻害薬単剤でHbA1c 6%台で推移。エベロリムスに変更6週後にPPG 364 mg/dl, HbA1c 9.2%。エベロリムスからアキシチニブへ変更前後で、アルギニン負荷試験sCPR前値3.2 頂値5.8 → 前値3.9 頂値7.4 ng/mL。高インスリン正常血糖クランプでの臓器別インスリン感受性は、基礎肝糖産生 3.43 → 1.49 mg/kg/min, 肝糖産生抑制率 98 → 100%, Rd 2.64 → 2.85 mg/kg/min, FFA抑制率 68 → 60%。

【症例3】69歳女性。60歳で乳癌治療開始。68歳時エベロリムス内服前後で、FPG 106 → 126 mg/dL, HbA1c 5.7 → 6.9%, Insulinogenic index 0.23 → 0.10, HOMA- β 31 → 16, HOMA-IR 0.97 → 0.87, QUICKI 0.39 → 0.39。

【考察】本解析から、mTOR阻害薬は投与40-60日で血糖値を高め、その機序に可逆的なインスリン分泌抑制および基礎肝糖産生促進が関与することを明らかにした。mTORC1とmTORC2のエネルギー代謝への相反する作用、および臓器特異性の観点から今回の表現型を議論したい。

136 アルコール性低栄養による複合的な電解質異常の管理中に呼吸筋麻痺を来した一例

滋賀医科大学付属病院

○大井雅之, 武村伸彦, 中泉伸彦, 前野恭宏, 五月女隆男

杉本俊郎, 辻川知之

【症例】50代女性。【主訴】両下肢の脱力【現病歴】X年1月、下肢の脱力から体動困難となり救急搬送。低カリウム血症からの周期性四肢麻痺の診断で入院。【既往歴】アルコール依存症【現症】体温 37.6℃, 血圧 147/87 mmHg, 脈拍 100bpm 整, SpO₂ 100% (nasal 2L), 意識レベル清明, MMT: 上肢筋 4/6, 下肢筋 5/6, 【血清電解質】Na 142 mEq/L, K 1.8 mEq/L, Cl 95 mEq/L, P 1.1 mg/dL, Ca 7.6 mg/dL (補正值 Ca 7.9 mg/dL), Mg 1.0 mg/dL, 乳酸 29.0 mg/dL 【経過】アルコール依存, 食事摂取不良に伴う栄養失調症, 低K血症に伴う四肢麻痺と診断。K, P, Mgの補正を開始したが、約12時間後に意識レベルの低下、努力呼吸が出現し人工呼吸器管理となった。CO₂の貯留, 高Mg血症, 低K血症, 低Ca血症を認め、電解質の複合異常による呼吸筋麻痺と診断。電解質の早期の正常化を目的としてCHDFを施行。翌日には電解質正常化し、意識レベル改善したため人工呼吸器離脱できた。【考察】低Mg血症の補正により、高Mg血症および低Ca血症が顕性化し、低K血症も存在した為に呼吸筋麻痺をきたした可能性がある。複合的な電解質異常を呈する症例においては、細心の注意を払って診療にあたる必要があると共に、相対適応であるがHDFの効果を実感できた症例である。

137 高インスリン血症を呈し、妊娠中に多量のインスリン投与を必要とした妊娠糖尿病一点陽性の一例

慶應義塾大学医学部¹⁾

慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科²⁾

○荒巻由紀¹、藤田真隆²、杉山和俊²、川野義長²

三石正憲²、税所芳史²、入江潤一郎²、田中正巳²

目黒 周²、伊藤 裕²

【症例】39歳女性【主訴】血糖コントロール目的

【現病歴】1経妊0経産。前回妊娠時も高血糖の指摘あり。妊娠16週の75gOGTTで1点陽性(94-149-139)を指摘され当科を紹介された。食事療法(2000kcal, 6分食)で治療を開始したが、血糖高値のため11月中旬よりインスリンリズプロを導入された。その後インスリンを39単位/日まで増量したが高血糖が持続し、12月初旬に入院となった。

【臨床経過】入院後も空腹時血糖100-110mg/dl程度、食後2時間血糖110-150mg/dl程度と血糖コントロール不良であったため、第2病日および第4病日に就寝前および朝食前に中間型インスリンを追加した。インスリン単位数を漸増し、最終的にインスリンリズプロ(23-18-21)、中間型インスリン(7-0-0-10)で第7病日に退院となった。

【考察】妊娠糖尿病のリスクとして、高齢出産、前回妊娠時の妊娠糖尿病の既往、肥満歴が挙げられた。本症例では75gOGTTで1点陽性であったが、IRIは(8-56-79)と2時間値にピークが遷延しており、食後高血糖に関与している可能性が考えられた。

【結語】妊娠糖尿病一点陽性にも関わらず多量のインスリン投与を必要とした一例を経験した。

138 水疱性類天疱瘡の発症にDPP-4阻害薬との関連が疑われた3症例

京都大学糖尿病・内分泌・栄養内科

○平田理子、黄 莉媛、吉治智志、嘉島理子、原島伸一

村上隆亮、小倉雅仁、矢部大介、長嶋一昭、稲垣暢也

現在、DPP-4阻害薬は糖尿病診療に広く用いられている。単剤で低血糖をきたす可能性が低いため多く高齢者にも使用される。一方、水疱性類天疱瘡は高齢者に多く発症する自己免疫性疾患である。今回DPP-4阻害薬内服中の高齢2型糖尿病患者に水疱性類天疱瘡が発症した例を経験した。症例は83歳女性、入院25か月前にリナグリプチンを開始され、入院10か月前にシタグリプチンに変更された。体幹に紅斑、小水疱が出現し増悪を認め当院皮膚科を受診し、皮膚所見および抗BP180抗体2110U/mlと高値であったことから水疱性類天疱瘡と診断され、同科入院となった。プレドニン(PSL)15mgで治療が開始されたが効果不十分のため、入院4日目に30mgに増量された。しかし、新生水疱出現し、入院8日目より3日間、メチルプレドニン1000mgでパルス療法施行され、その後PSL30mgが継続された。入院16日目から20日目免疫グロブリン大量療法を施行された。皮膚所見改善を認めたため、以後PSLが漸減されている。シタグリプチンは入院時休薬となり、血糖コントロールはインスリンで行われた。我々は他にDPP-4阻害薬開始後に水疱性類天疱瘡を発症した高齢2型糖尿病患者を2例経験しており、文献的考察も加えて報告する。

139 糖尿病性舞蹈病を随伴した超高齢発症1型糖尿病の1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター総合病院水戸協同病院内分泌代謝・糖尿病内科

○伊藤 惇、村松愛子、熊谷 亮、藤井優尚、片倉幸乃

野牛宏晃

【症例】94歳女性【主訴】左腰部痛、左上肢舞踏様運動

【現病歴】高血圧症、脂質異常症、慢性心房細動で他院通院中、PPG 90-120 mg/dlで推移していた(最終6か月前)。転倒後2日経過しても左腰部痛の改善がなく当院へ救急搬送。来院1週間前から左上肢の舞踏様運動を認めていた。多尿の自覚あり。PPG 984 mg/dl、HbA1c 11.3%、pH 7.35 pCO₂ 34mmHg HCO₃- 18mmol/L、尿ケトン体陽性でケトosisを伴う糖尿病、糖尿病性舞蹈病の診断で緊急入院。【経過】入院後、インスリン持続静注により血糖値は速やかに低下、同時に舞踏様運動も消失。頭部MRIT1強調画像では、大脳基底核に高信号域を認めなかったが、臨床的に糖尿病性舞蹈病と診断した。第2病日から強化インスリン療法へ変更。空腹時S-CPR 0.38 ng/ml、U-CPR 平均9.5μg/日、グルカゴン負荷でS-CPR 前値/6分値0.49 / 0.75ng/mlと内因性インスリン分泌能の枯渇を認め、抗GAD抗体18.6 U/mlと陽性であった。症状出現から概ね3か月以内にケトosisを認めたことから急性発症1型糖尿病と診断。超高齢者でありBOT療法で退院し、現在血糖コントロールを継続中である。【考察】糖尿病性舞蹈病を随伴し発症した超高齢の1型糖尿病は以前に報告がなく、文献的考察を交えて報告する。

140 敗血症により低血糖、痙攣を呈したと考えられた血液透析患者の1例

名古屋第二赤十字病院初期研修医¹⁾

名古屋第二赤十字病院総合内科²⁾

○田口備教¹、吉野貴文²、宮川 慶²、久田敦史²

横江正道²、野口善令²

【症例】78歳、女性。血液透析患者。【主訴】CRP高値。【現病歴】4月上旬に近医の血液検査でCRP5.5mg/dLであったため、PAPM/BPを投与された。4月中旬に転倒し、左上腕骨折のため当院整形外科へ紹介された。入院時にCRP26mg/dLであったため精査・加療目的に総合内科に転科となった。【入院後経過】右季肋部の圧痛と肝酵素上昇を認めたことから急性胆管炎を想定した。シャント部位からの血流感染も考え、ABPC/SBTおよびVCMで治療を開始した。入院第2病日に痙攣が出現しDZPにより頓挫した。痙攣時に高K血症、低血糖、完全房室ブロックを認め、ICU管理となった。一時状態は安定したが、入院第21病日に多発脳梗塞を認め、意識状態の悪化と下顎呼吸も出現し、その9日後に永眠された。【考察】透析の背景があり、肝酵素異常高値などから敗血症、DICによる多臓器不全が原因でK値が上昇し、先行する高K血症と敗血症により高度の低血糖となったことで、痙攣が発症したと推察した。完全房室ブロックは高K血症によると考えた。【結語】成人において敗血症の一症状として低血糖を呈することはまれであるが、CKD患者においてはその可能性が高い。CRP上昇を認めた場合、常に低血糖を意識して診療にあたる必要があることを痛感した。

141 ANCA 関連腎炎 3 例の診断, 治療, 予後について

済生会茨木病院診療部¹⁾

済生会茨木病院腎臓内科²⁾

○安田康祐¹, 用稲 栄², 王 麗楊², 寒川昌平²

山田佐知子², 桑原 隆²

ANCA 関連腎炎 3 例を経験した。【症例】症例 1, 2, 3 はそれぞれ 41 歳男性, 83 歳女性, 67 歳男性。3 例とも突然の尿異常, 腎不全 (Cre: 2.84, 4.50, 15.75, eGFR: 21, 8.0, 2.8) で紹介された。【検査所見】3 例とも著明蛋白尿 (尿蛋白 / Cre: 1.9, 10.3, 3.1) 血尿 (沈渣 / HPF: 10 ~ 19, 30 ~ 49, > 100), 白血球尿 (/HPF: 1 ~ 4, 1 ~ 4, 20 ~ 29), 赤血球円柱, 白血球円柱を認めた。WBC(87, 55, 55) は正常だったが, CRP(0.14, 0.55, 1.31) は軽度上昇していた。Hb: 11.1, 9.4, 7.5, Alb: 3.6, 2.6, 2.6, MPO-ANCA: 72.9, 445, 449 で, PR3-ANCA や抗 GBM 抗体は陰性だった。腎生検光顕で, 糸球体は全例 100% 半月体形成し (総糸球体, 完全硬化, 細胞性半月体) は, それぞれ (29, 18, 0), (12, 4, 5), (21, 5, 9) だった。蛍光抗体で IgG, A, M の沈着を認めず, 糸球体及び TBM に C4d, C3c, C3d, MAC の沈着を認めた。【経過】3 例ともステロイドパルス, エンドキサンパルスを行った。1.5 年後, 内服プレドニン量 (10, 7.5, 17.5mg), 腎機能 (Cre: 2.48, 透析, 透析), Alb (3.8, 2.8, 2.8) である。MPO-ANCA は, 症例 1, 2 では < 1.0 と陰性化した。症例 3 は陽性が持続し 413 に再上昇したためリツキサンが投与された。【考察】中高齢者の血尿を伴う急性腎不全は ANCA 腎炎を疑うべきで, 腎機能が予後を規定すると思われ, 早期発見, 早期治療が必要である。

142 mPSL パルス + リツキサン 単回投与にて寛解となった ANCA 関連血管炎 (AAV) 1 例

石巻赤十字病院

○小島慶恵, 加賀屋沙永子, 齋藤綾子, 竹内陽一, 長澤 将
症例: 80 歳男性

現病歴: 入院 10 日程前から全身倦怠感が出現, 胸水並びに肺野に陰影を認め抗生剤開始するも反応が悪く, 全身浮腫が出現したために当院紹介。eGFR=29ml/min/1.73m² であり, MPO-ANCA = 36 U/ml であったために, 入院となった (day1)。mPSL パルス + リツキサン 単回投与にて寛解となった ANCA 関連血管炎 (AAV) 1 例入院後経過: AAV と考え mPSL パルス開始した。肺炎を合併し, 一時 NPPV 併用し改善した。Day22 になった腎生検は総糸球体数 7 個のうち, 全節性硬化が 0 個, 分節性硬化が 3 個, 半月形成が 2 個, 正常糸球体が 0 個で半月体形成腎炎であり, Berden 分類では Crescentic であった。治療効果が期待できると考え, さらに mPSL パルス, リツキサン 500mg 単回投与するも腎機能は改善せず, 尿量が減少し血液透析を day27-34 まで併用した。徐々に尿量は確保出来, 血液透析は離脱できた。Day54 に (eGFR=8.8) で退院とした。外来にて day84 には Cre2.75mg/dl, day119 には Cre2.32mg/dl と徐々に改善した。考察: 治療抵抗性の血管炎であったが, mPSL パルスとリツキサン 単回投与にて AAV の寛解並びに血液透析が離脱できた 1 例であった。本邦ではリツキサン 単回で寛解導入した報告は少なく, 貴重な症例と考え報告する。

143 スニチニブ, パゾパニブ 治療中に心筋梗塞や好酸球性多発血管炎肉芽腫症を来した血液透析中の腎細胞癌術後転移症例の一例

虎の門病院分院腎センター内科¹⁾

虎の門病院分院腎センター呼吸器科²⁾

虎の門病院分院腎センター臨床腫瘍科³⁾

○小笠原暢彦¹, 星野純一¹, 関根章成¹, 山内真之¹

早見典子¹, 乳原善文¹, 宮本 篤², 高野利実³

症例は 60 代男性。40 年前にネフローゼ症候群を指摘され, 30 年前に生検で巣状糸球体硬化症の診断となった。13 年前に右腎細胞癌を発症し右腎摘出術を施行。その後残腎機能が低下し 10 年前に透析導入。6 年前 (2010 年), 胸部 X 線検査で指摘された肺腫瘍影の精査により腎細胞癌再発の診断に至り, スニチニブ 25mg/day (50%dose) 2 投 3 体で治療開始しその後容量調整をしながら治療が継続された。2014 年 10 月に肝転移診断。スニチニブ 21 コース終了後, 2015 年 1 月よりパゾパニブ 400mg が開始。経過中手足症候群や急性心筋梗塞を来した。2015 年 11 月より 800mg に増量。2016 年 12 月よりせき, 発熱を主訴に器質化肺炎様病変が出現。気管支鏡下肺洗浄液に多数の好酸球を認め, 血液中の好酸球増加等を合わせ好酸球性多発血管炎肉芽腫症 (EGPA) と診断しステロイド治療で軽快。経過中転移癌に対しては SD 効果が得られている。

【考察】本症例は血液透析患者に発症した腎癌に肺転移, 肝転移に対してスニチニブやパゾパニブの長期投与例で SD 効果が確認されているが, 一方で心血管障害や EGPA といった VEGF 阻害薬の機序と関係したと考えられる合併症を惹起する可能性が示唆された。

144 ループス腎炎 (LN) の維持療法でプレドニゾン (PSL), シクロスポリン (CyA), ミコフェノール酸モフェチル (MMF) 併用療法を導入した 1 例

自治医科大学内科学講座腎臓内科学部門

○神永洋彰, 村上琢哉, 増田貴博, 秋元 哲, 齊藤 修
武藤重明, 長田太助

【症例】53 歳女性。30 年前に腎生検で LN 4 + 5 型と診断されステロイドパルス療法で寛解導入した。その後の維持療法で PSL 5mg + CyA 75mg/100mg 隔日内服まで減量し, 血清 Cr 1.0mg/dL, 尿蛋白 1.0g/gCr, 抗 ds-DNA 抗体 15.0IU/mL 前後を推移したが, 2 か月前までに血清 Cr 1.1mg/dL, 尿蛋白 3.4g/gCr, 抗 ds-DNA 抗体 25.0IU/mL となり LN は増悪傾向であった。急性上気道炎を契機とした腎機能増悪のため 2016 年 X 月当科入院し, 状態改善後の第 9 病日から LN 維持療法の強化目的に MMF 500mg 内服を追加した。副作用なく第 14 病日に MMF 1g へ増量して血清 Cr 1.2mg/dL, 尿蛋白 1.9g/gCr, 抗 ds-DNA 抗体 9.5IU/mL となり第 22 病日に退院した。しかし第 58 病日から嘔気症状が出現し MMF 500mg へ減量するも改善せず, 第 72 病日に MMF 中止した。中止時, 血清 Cr 1.4mg/dL, 尿蛋白 1.1g/gCr, 抗 ds-DNA 抗体 11.1IU/mL であった。【考察】新たな LN 治療薬として 2016 年に国内使用が可能となった MMF は, ステロイド, CyA との併用 (マルチターゲット療法) による腎予後改善効果が報告されている。しかし MMF 代謝物の腸内濃度上昇は消化器症状を発現しうると言われ, CyA の併用で MMF の腸肝循環が阻害され嘔気副作用が増強した可能性があり, 文献的考察も含めて報告する。

145 顕微鏡的多発血管炎の再燃に対してリツキシマブ投与により寛解を得た一例

京都大学医学部附属病院腎臓内科

○澤井大樹, 佐藤憲明, 遠藤修一郎, 柳田素子

【症例】76歳, 女性【主訴】倦怠感, 腎機能低下, 蛋白尿, 血尿

【現病歴】X-4年11月頃より出現した肉眼的血尿と, 急激な腎機能低下 (Cre0.6 → 2.6 mg/dL), 蛋白尿 2g/gCre, MPO-ANCA 陽性, PR3-ANCA 弱陽性にて, 当院紹介. 腎生検で pauci-immune 型の半月体形成糸球体腎炎を認め, 顕微鏡的多発血管炎 (MPA) と診断. ステロイド 30mg 内服により寛解に至るも, X-1年5mg内服時に両側大腿骨頭壊死を指摘され左側のみ手術加療を受けた. X年9月より腎機能の悪化 (Cre1.0 → 1.5 mg/dL), 尿潜血 50-99/HPF, 蛋白尿 1.1g/gCre 出現し MPA の再燃が疑われ 10月に当科緊急入院となった.

【臨床経過】大腿骨頭壊死の既往ありステロイドの増量は行わずシクロホスファミド大量点滴静注療法 (IVCY) で治療開始としたが不応だった. 一時的にステロイド 20mg に増量で Cre 1.3mg/dL であったが尿所見改善せず, リツキシマブ (RTX) の投与を開始した. 尿潜血 1-4/HPF, 蛋白尿 0.8g/gCre まで改善したためステロイド漸減し退院した.

【考察】ANCA 関連血管炎の寛解導入, 再燃の治療として IVCY は標準的治療の一つであるが, 近年は RTX が IVCY と同程度の治療効果を上げることが報告され始めている. 今後, エビデンスの蓄積により, RTX が ANCA 関連血管炎の治療戦略の一つとなる可能性が考えられる. 【結語】ANCA 関連血管炎の再燃に対して RTX の投与を行なった一例を経験した.

146 診断に難渋した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の一例

沖縄県立中部病院腎臓内科

○吉良匠平, 上原元太

【症例】66歳男性【主訴】皮疹, 全身倦怠感

【現病歴】喘息の既往がない患者. 来院の1か月前から食思不振, 倦怠感を自覚. 同時期から特に誘因なく掻痒感を伴う皮疹が全身に出現し当院紹介受診となった.

【身体所見】顔面を含む全身の皮膚に多形滲出性紅斑あり. その他心臓, 肺, 神経等に異常所見なし.

【検査所見】WBC 27,800 / μ L (Eo 22.0%), BUN 148 mg/dL, Cr 13.36 mg/dL, CRP 9.54 mg/dL, 尿蛋白/クレアチニン比 0.5g/gCr, 尿潜血 (2+).

【入院後経過】皮疹の原因が不明であり, 第4病日に皮膚生検を施行し, 病理ではアレルギー反応が示唆された. 第5病日に腎生検を施行し, 病理では糸球体は異常なく, 尿細管内に変性好酸球の集積と小葉間動脈と細動脈に血管壊死の所見を認め, 血管炎が示唆された. 第6病日に P-ANCA 235IU/mL と判明し, EGPA と診断しステロイドパルス療法を開始したが, 腎機能改善なく血液透析導入となった.

【考察】本症例では所見が皮疹と腎機能障害だけであり EGPA に特徴的な気管支喘息の既往を欠いていたこと, また腎生検の所見も非典型的であったことから, 診断に難渋した.

【結語】気管支喘息の既往や糸球体病変を欠く EGPA があることに留意すべきである.

147 同種末梢幹血細胞移植後の慢性移植片対宿主病に対する PSL 療法中に ANCA 関連腎炎を発症した1例

奈良県立医科大学第1内科

○板野明子, 國分麻依子, 鮫島謙一, 西本雅俊, 對馬英雄
田邊 香, 松井 勝, 田川美穂, 赤井靖宏, 斎藤能彦

【症例】47歳, 男性, 【主訴】下腿浮腫【現病歴】X-8年, 当院血液内科で急性骨髄性白血病 (AML) と診断された. 自家骨髄移植が施行され, 完全寛解した. X-8年, 再燃したため同種末梢幹細胞移植が施行された. その後, 慢性移植片対宿主病 (CGVHD) を発症したため, プレドニゾロン (PSL) 35mg/日を投与された. 徐々に漸減され, PSL 10mg/日で管理されていた. X年4月までの血液検査では Scr 0.7mg/dl 台であったが, X年5月から徐々に腎機能が低下し, X年8月22日の血液検査で高度腎機能障害 (Scr 6.83mg/dl) が認められたため同日血液内科に緊急入院した. 8月26日, MPO-ANCA が 209 U/ml と上昇していたため当科に転科となった. ステロイドパルス療法 (メチルプレドニゾロン 1000mg/日×3日) を3クール施行され, 後療法として PSL 40mg/日を投与されたところ, Scr 1.15mg/dl まで低下し, MPO-ANCA は 38.3U/ml まで改善した. 【考察】CGVHD に関連する因子が ANCA 関連腎炎の発症にも関与していたことが推測され, 免疫学的に興味深い. 【結語】同種末梢幹細胞移植後の CGVHD に対する PSL 療法中に ANCA 関連腎炎を発症した1例を経験した.

148 Alagille 症候群を背景にした慢性腎臓病の長期経過観察例

東北大学病院腎高血圧内分泌科

○大庭慎也, 三島英換, 秋山由雅子, 鈴木健弘, 阿部高明
伊藤貞嘉

【症例】61歳男性. 家族歴: 娘にファロー四徴症と胆汁うっ滞. 現病歴: 発育は正常. 小学生から腹部血管雑音, 高校生から尿蛋白陽性, 30歳から腎低形成を指摘されていた. 35歳時に若年性高血圧を精査した際に石灰化を伴う腎動脈狭窄に加えて大動脈縮窄, 肺動脈幹拡張の血管奇形を認めた. 全身所見, 家族歴, 遺伝子検査 (娘が20番染色体短腕部分欠失), 特異的顔貌から Alagille 症候群 (ALGS) 不完全型と診断した. 腎機能は当時 Cr1.0mg/dL, 尿タンパク 0.1g/gCr であり降圧加療を以後継続. 50歳時に腎動脈狭窄進行に対して PTRa を施行. その後は20年間の経過で腎機能は徐々に低下し61歳で CKD stage5 (Cr4.3mg/dL, 尿タンパク 1.0g/gCr) に至った. CKD の原因は ALGS に関連した低形成腎と腎硬化症が原因と考えられた. 【考察】ALGS は Notch シグナル系の異常により胆汁うっ滞, 心血管奇形などの臓器形成障害を引き起こす常染色体優性の遺伝疾患である. ALGS では腎動脈狭窄, 低形成腎, 高血圧などを合併しうるため長期生存例では腎病変のスクリーニングと血圧・腎機能の長期管理も重要である. また原因遺伝子同定により近年は症状の乏しい不完全浸透例も診断されてきているため胆汁うっ滞など典型症状を合併していなくても血管奇形を伴う腎動脈狭窄や低形成腎では ALGS も疑う必要がある.

149 IV型コラーゲン $\alpha 4$ 鎖変異による常染色体優性アルポート症候群と診断した一例

京都大学腎臓内科¹⁾

神戸大学小児科学²⁾

○白波瀬愛¹, 加藤有希子¹, 石井輝¹, 松原雄¹

野津寛大², 貝藤裕史², 飯島一誠², 柳田素子¹

【症例】49歳女性。10歳より持続する血尿と蛋白尿の精査で来院。初診時は尿蛋白2.1g/gCRE, Cre 0.9mg/dLであった。腎生検で軽度のメサンギウム増殖と間質に多数の泡沫細胞を認めた。蛍光染色では有意な所見なく、電顕で基底膜の菲薄化とlamellationを認めた。患者の父親と叔父が約50歳で透析導入。二人の息子が尿潜血陽性のため遺伝性腎炎を疑ったが、 $\alpha 5$ 鎖の遺伝子解析で得られたexon10内のI193V変異はSNPsと判明した。次に家系図より常染色体優性遺伝を疑い、Col4 $\alpha 3/4$ 遺伝子を検索した結果、Col4 $\alpha 4$ 遺伝子のexon24内にG577Vのヘテロ接合変異を認めた。父親にも同様の変異を認めたため、常染色体優性アルポート症候群と診断した。

【考察】本変異はこれまで常染色体劣性との報告しかなく、疾患の原因かどうかわからないが、コラーゲンのG-X-Yリピートでの進化的に保存されたGly残基の変異であり、577番目周辺(554~559番)の6アミノ酸残基が種をこえて保存されていることも確認できた。さらに、変異が病原性かどうかを予測ツールPolyPhen-2で検討した結果でも、スコア0.999(有害の可能性が最も大)であったことから、腎障害の原因変異であると考えられた。【結語】Col4 $\alpha 4$ の変異による常染色体優性アルポート症候群を経験した。

150 MGRSの中で鑑別を要したイムノタクトイド腎症と考えられる一例

組合立諏訪中央病院腎・糖尿病内科¹⁾

松本大学²⁾

○福岡翼¹, 柴崎俊一¹, 津田勝路¹, 江原孝史²

荒木真¹

【緒言】M蛋白血症は従来、多発性骨髄腫の進展マーカーとして捉えられてきた。しかし、近年、その一部に腎臓に対し病原性を持つとの報告が増加し、腎機能障害をきたすM蛋白血症(MGRS)という疾患概念が確立しつつある。

【症例】80歳女性。半年前からの高血圧、腎機能低下で当院紹介受診した。ネフローゼレベルの蛋白尿を認め、他にC3低下、免疫固定法でIgG- κ の微量なM蛋白を認めた。腎生検を施行し、光顕でコンゴレッド陰性の膜性増殖性糸球体腎炎(MPGN)、免疫染色で係蹄、メサンギウム領域にIgG、C3の沈着、電顕で直径30nm程度の中空の細繊維状構造物の沈着を認めた。複数回の検査で血清クリオグロブリンは証明されず、イムノタクトイド腎症と考えられた。全身検索を行ったが、背景疾患・腎外病変は認めなかった。ステロイドとアザチオプリンにより不完全寛解に至った。

【考察】MGRSは電顕所見で分類され、病型により背景疾患や腎予後が異なる。MGRSは光顕で膜性腎症やMPGNを呈することが多いことが知られる。微量M蛋白は検出できない可能性があるため、高齢者のMPGNではMGRSを念頭に電顕でのdepositの性状確認が必須である。

151 萎縮腎で尿蛋白軽微なALアミロイドーシスの一例

諏訪中央病院腎・糖尿病内科¹⁾

信州大学医学部脳神経内科²⁾

○光田栄子¹, 柴崎俊一¹, 津田勝路¹, 吉長恒明²

矢崎正英², 荒木真¹

【緒言】ALアミロイドーシスは軽鎖に由来するアミロイド蛋白が、腎臓を中心に、心臓や肝臓等に沈着し、臓器不全を起こす疾患である。腎アミロイドーシスは尿蛋白が主体で、末期腎不全まで腎萎縮しないことが特徴とされる。

【症例】76歳男性。糖尿病に罹患している。元々血清Cre0.8mg/dLであったが、約1年で8.89mg/dLまで急激に悪化した。尿蛋白は軽微で腎萎縮のため、腎生検は行われず、血液透析が導入された。その後洞不全症候群や心不全、肝腫大と次々に臓器障害が生じた。血清免疫固定法は陰性であったが、免疫グロブリン遊離 κ/λ 比6.48と上昇していたため肝生検施行したところ、ALアミロイドと診断された。骨髄生検で多発性骨髄腫は否定的であった。MP療法が行われるも、数か月の経過で肝不全により死亡した。

【考察】腎ALアミロイドーシスの5%は血管沈着が主体であり、尿蛋白が軽微で、腎は萎縮し、急速に腎機能廃絶する。肝生検で血管周囲に強いアミロイド沈着を認めたことから、本例もその可能性が高いと考えられた。

【結語】尿蛋白が軽微で腎萎縮傾向の高齢者の急な腎障害では、稀ではあるが、血管沈着型のアミロイドーシスが鑑別になる。

152 蛍光抗体法とLC-MS/MS解析からAHLアミロイドーシスが示唆された一例

熊本大学医学部附属病院腎臓内科¹⁾

熊本大学医学部附属病院血液内科²⁾

熊本大学医学部附属病院神経内科³⁾

○杉本麻美¹, 井上秀樹¹, 深川三希子¹, 山崎朋子¹

河野和², 上野志貴子², 山下太郎³, 中山裕史¹

江田幸政¹, 向山政志¹

【症例】73歳、女性【主訴】蛋白尿、血尿、腎機能低下

【現病歴】約1年前に受けた健診で初めて尿潜血陽性を認めたが、血清Cr 0.7 mg/dLと腎機能は保たれていた。2か月前に受けた健診では尿潜血陽性に加えて蛋白尿を初めて指摘され、血清Cr 1.34 mg/dLと腎機能も低下していたため精査目的に当科入院となった。尿検査では蛋白1+, 潜血3+, 沈渣でRBC 50~99/HPF, 尿蛋白3.40 g/gCr。血液検査ではIgG- κ 型M蛋白血症を認め、フリーライトチェーン検査で κ/λ 比8.0であった。腎組織所見ではメサンギウム基質の増加、PAM染色でスピクラの形成、コンゴレッド染色でメサンギウム領域に陽性所見を認めた。蛍光抗体法ではIgG、C3の沈着をメサンギウム領域主体に認め、さらに κ 鎖、IgG2の沈着を認めた。電子顕微鏡検査、LC-MS/MS解析を併せてALアミロイドーシスと診断した。しかしLC-MS/MS解析では軽鎖に加えて重鎖の沈着も認めたためAHLアミロイドーシスの可能性も示唆された。【考察】AHLアミロイドーシスは極めてまれであり、ALアミロイド線維にIgG2が沈着した“trap”の可能性も否定はできず、今後も更なる検索が必要である示唆に富む一例と考えられた。

153 原発性マクログロブリン血症に伴う Light-chain deposition disease の尿管障害の一例

京都大学医学部附属病院腎臓内科

○牧野愛子, 戸田尚宏, 上松瀬良, 石井 輝, 柳田素子

【症例】80歳 男性【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】前立腺癌でA病院かかりつけ(2014年Cre0.85, 2016年2月Cre2.0). 2016年3月より労作時呼吸困難あり, 6月当院紹介受診. Cre7.4, Hb5.8, 尿蛋白+と腎機能障害, 蛋白尿認め, 精査加療目的で腎臓内科入院となった.

【入院後経過】IgM3089とモノクローナルな増殖・尿中BJP陽性を認め, 骨髄穿刺施行し原発性マクログロブリン血症の診断. 腎生検施行し光顕では4割程度全節性硬化を認めるものの, 残存する糸球体は軽度メサンギウム基質の増加を認めるのみで, アミロイド沈着は認めなかった. 間質, 尿管に瀰漫性に形質細胞・リンパ球浸潤を認めた. 蛍光抗体法で尿管基底膜を主体にIgM κ 鎖の沈着を認めLCDDの診断. 7月中旬より血液透析を導入し, 透析の離脱を目標にDRC療法を開始するも奏功せず化学療法を中断した.

【考察】原発性マクログロブリン血症に伴う腎障害としては, 過粘調に伴う糸球体係蹄腔内の蛋白血栓形成やアミロイドーシスが知られているが, 近年IgM・遊離軽鎖沈着に伴う尿管障害が着目されている. 本症例では末期腎不全に至ってからの治療を開始したため透析離脱に至らなかったが, 化学療法が奏功した症例も散見され, 早期の診断・治療が重要と考えられた.

154 臨床背景から腎原疾患をネフロン癆と疑い, 遺伝子検査にて診断しえた腎移植症例

神戸大学大学院医学研究科内科系講座腎臓内科¹⁾

神戸大学大学院医学研究科内科系講座小児科学分野²⁾

○向江翔太¹, 細川望美¹, 後藤俊介¹, 藤井秀毅¹

森貞直哉², 飯島一誠², 西 慎一¹

【症例】16歳, 男性【主訴】腎移植前の精査【現病歴】出生に問題なく15歳までの健診では異常はなかった. 16歳時の健診で尿所見異常を指摘され当院入院8か月前に近医受診. 尿蛋白1.5 g/gCr, 血尿なしで, Cr 10.12 mg/dlと末期腎不全であり, 腹膜透析を導入された. その後生体腎移植を希望され当院紹介となったが, 浮腫を認め, 血圧も170~200 mmHgとコントロール不良であったため, 調整目的で当科入院となった. 腎臓病の家族歴はない.【臨床経過】腹膜透析では除水不十分であり, 血液透析に変更し体液管理を行い, 浮腫や血圧は改善した. 腎臓病の原疾患は, 経過, 尿所見などからネフロン癆が疑われたが, 末期腎不全のため腎生検による診断は困難と思われた. 遺伝子検査にてNPHP1の異常を認めネフロン癆と診断. 入院5か月後に腎移植を行い, 移植後半年の時点でCr 0.9mg/dl程度と安定している.【考察】ネフロン癆は通常腎生検にて指摘されるが, 早期発見が難しく末期腎不全で発見され腎生検による診断が困難なこともある. 腎移植患者において腎原疾患を知ることは重要であり, 今回遺伝子検査にてネフロン癆と診断しえた症例を経験したので報告する.

155 Thrombotic microangiopathy (TMA) を発症した抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎の一例

京都大学腎臓内科¹⁾

京都大学免疫・膠原病内科²⁾

○伊藤彰仁¹, 近藤尚哉¹, 石井 輝¹, 村上孝作²

横井秀基¹, 柳田素子¹

【症例】36歳男性【主訴】体重減少, 関節痛【現病歴】9か月前より両膝関節痛や背部に皮疹, その後体重減少, 両下肢筋力低下が出現. 4か月前に前医にて, 間質性肺炎(IP), CK異常高値, 典型的皮疹等から皮膚筋炎(DM)が疑われた.【臨床経過】当院免疫・膠原病内科へ転院し, 抗MDA-5抗体陽性と合わせてDM+IPと診断. プレドニゾロン, タクロリムス, シクロフォスファミド併用療法を開始された. 入院時より定性で2+の蛋白尿を認め, 治療開始後に経時的な腎機能低下(sCr 0.5→1.6 mg/dL)を認めた. LDHの上昇, 貧血, 血小板減少, 意識レベル低下とハプトグロビン減少が出現した. 血栓性微小血管症(TMA)が疑われ, ADAMTS13活性は基準内であったが血漿交換を施行. 腎機能はsCr 5.3 mg/dLとさらに増悪したため血液透析開始. 腎機能悪化の原因精査目的で腎臓内科に転科後腎生検施行, 小葉間動脈にムコイド様内膜肥厚, 細動脈に線維性内膜肥厚を認め, 陳旧性TMAに矛盾しないものの典型的TMAの所見ではなかった.【考察】DMに対してタクロリムス加療中に発症したTMAの一例. 病理所見からは強皮症腎に見られるような血管の内膜肥厚が強く, PM/DMの腎病変の既報を含めTMA様病変を考察する.

156 魚介類摂取後に顕在化するも自然軽快を繰り返す非典型型溶血性尿毒症症候群(aHUS)の一例

虎の門病院腎センター¹⁾, 東葛病院²⁾

東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科³⁾

国立研究開発法人国立循環器病研究センター⁴⁾

○小堀清子¹, 早見典子¹, 関根章成¹, 星野純一¹, 澤 直樹¹

乳原善文¹, 高市憲明¹, 土谷良樹², 加藤秀樹³, 宮田敏行⁴

【症例】42歳男性【主訴】発熱【現病歴】24歳時に魚介類を摂取後に発熱, 下痢, 黄疸, 肉眼的血尿が出現し近医を受診した. その際血小板減少と総ビリルビン高値を指摘されるが補液のみで軽快した. 同様のエピソードを29歳時にも認めた. 41歳時に魚介類摂取後に発熱, 下痢, 黄疸が出現し, 当院腎センターへ精査入院となった.

【臨床経過】血液学的所見では, 溶血性貧血(Hb 12.7 g/dL, T Bil 5.8 mg/dL, ハプトグロビン 4mg/dL), 血小板減少(2.1万/ μ l), 急性腎障害(Cre 1.1mg/dL)を認め溶血性尿毒症症候群(HUS)と診断されるも, 便培養では志賀毒素の検出はなく, ADAMTS13活性は正常であった. その原因となりうる感染症, 悪性腫瘍, 膠原病, 悪性高血圧, DICは否定的だった. 入院後補液のみで臨床症状と検査所見の改善を認め退院した.【遺伝子解析】再発するHUSの病態として, 非典型型溶血性尿毒症症候群(aHUS)を想定しダイレクトシーケンシング法を用いた遺伝子検査を実施した. C3にIle1157Thrのアミノ酸置換を伴う遺伝子変異が同定され, aHUSの診断となった.

【考察】aHUSは, 補体の第二経路の活性化異常が原因だと判明している. 本来, 第二経路の活性化はC3がC3aとC3bに分解され, C3bが微生物などの細胞膜表面に結合することで反応が進み溶菌を起こす. 本疾患では補体制御因子の異常により, 過剰な補体の活性化や自己細胞への障害が生じる. 血漿交換が必要な症例が存在する一方, 本症例のように自然軽快する例もあり遺伝子変異の違いが関与していると考えられる.

【結語】aHUSは重症化し血漿交換やエクリズマブの投与が必要になる症例の報告がなされているが, 一方で自然寛解する症例についての情報が少なく報告する.

157 高血圧緊急症の急性期病態における腎・脳・眼底の臓器障害の相互連動性：20症例の解析

東北大学医学部¹⁾

東北大学腎高血圧内分泌科²⁾

○船山由希乃¹，三島英換²，鈴木健弘²，阿部高明²

伊藤貞嘉²

【背景】腎臓，脳，眼の細動脈はいずれも高血圧性障害を来しやすい部位であるため慢性血管障害は連動して進行する。高血圧は重症時には急性臓器障害も引き起こす。そこで今回我々は高血圧の最重症型である高血圧緊急症の急性期における腎，脳，眼底の高血圧性臓器障害を評価し臓器間連動性を検討した。【方法】高血圧緊急症（治療前拡張期血圧 \geq 120mmHg）の患者20例を対象として脳，眼底，腎の各臨床所見を比較検討。【結果】臨床像は原疾患：無加療本態性高血圧16例，腎血管性高血圧4例，男性75%，年齢 46 ± 10 歳，治療前血圧収縮期 226 ± 18 ，拡張期 150 ± 20 mmHg。腎障害は初診時血清Cr 1.9 ± 1.5 mg/dL，尿タンパク 2.3 ± 3.2 g/gCr。眼底はKW分類VI度8例，III度7例，漿液性網膜剥離6例。脳MRIでは11例で多発微小出血，8例で可逆性白質脳症（PRES）を認めた。眼底網膜出血を認めた例では高頻度に微小脳出血が存在していた。さらに多量の尿タンパク（ > 2 g/gCr）や漿液性網膜剥離を呈する例では高頻度にPRESを合併していた。【考察】各臓器の相同的病態である多量尿タンパク-PRES-漿液性網膜剥離や網膜出血-微小脳出血は高頻度で合併することを示した。以上からいずれかの臓器で高血圧性急性臓器障害をきたしている場合は同等の病態が他臓器にも並行して生じていることを明らかにした。

158 再発性大腸癌に対し分子標的薬を含む化学療法中に発症した結晶性腎症のため血液透析導入となった一例

虎の門病院腎センター¹⁾

太田ネフロクリニック²⁾

○大島洋一¹，関根章成¹，上野智敏²，早見典子¹

小黑昌彦¹，國沢恭平¹，山内真之¹，星野純一¹

高市憲明¹，乳原善文¹

【症例】68歳男性。57歳時に発症した大腸癌の術後再発のため他院で化学療法を繰り返し実施されていた。化学療法に用いられた薬剤は，フルオロウラシルなどの代謝拮抗剤，オキサリプラチン，イリノテカン，分子標的薬のBevacizumabとPanitumumabであった。Panitumumab投与後より血清クレアチニンが0.9mg/dlから約5カ月の経過で8mg/dlとなり，腎機能障害精査目的に当院へ紹介され入院し腎生検を施行。腎組織では，尿細管上皮の萎縮，変性，石灰化物や結晶の沈着が認められ，腎機能障害の要因となっていると考えられた。電子顕微鏡で放射状構造を示す結晶構造物が認められた。尿沈渣では，シュウ酸カルシウムが検出されていた。現在，結晶成分の解析を検討している。

【考察】本症例は，再発性大腸癌に対する化学療法施行中に腎機能障害を呈し，血液透析導入となった一例であった。過去に抗EGF受容体抗体製剤による腎障害に対し，ステロイドと免疫抑制剤による治療で腎機能が回復した例があり，本症例でも腎生検を実施したが，想定外の結晶性腎症を認めた。文献的考察も含めて報告する。

159 全身浮腫と血小板減少，全身リンパ節腫脹をきたし腎不全・脳出血を併発して死亡，病理解剖を行った1症例

国際医療福祉大学熱海病院腎臓内科

○佐藤雄亮

【症例】66歳女性，下半身の浮腫，疼痛，呼吸苦で入院。右鼠径部に2cm大のリンパ節を触知した。単腎にて腎生検は施行せず，遷延する貧血，血小板減少を認めた。骨髓生検ではdry tapであった。第14病日，胸部CTにて胸水貯留認めためECUMにて3kgの除水を施行。その後Cre 1.6mg/dlの腎機能障害，末梢血破碎赤血球を認め，ADAMTS13活性は30%の軽度低下認めため血栓性血小板減少性紫斑病として対応し，計8回血漿交換を施行した。第29病日病室にて意識レベルの低下あり，MRIにて脳動脈の狭窄が疑われた。その後眼球上転し，ICUに入室し気管挿管を行った。第34病日抜管したが，翌日再び意識レベル低下し，CTにて脳出血を認めた。第41病日急変し，永眠された。病理解剖にて骨髓やリンパ節に悪性細胞の増殖は認めなかった。腎臓は葉間・小葉間動脈内膜の肥厚と内腔の狭窄を認めた。中大脳動脈も内腔の狭窄を認め mucoidal thickening の所見であった。【考察】本症例ではTTPとして対応したが，aHUSの諸項目に該当し病理解剖所見にて多臓器における血管内膜の広範な障害を認め，aHUSに関連する病態が考えられた。

160 妊娠高血圧腎症に対して腎生検を行った1例

三重大学医学部附属病院腎臓内科

○山手崇志，小田圭子，平林陽介，鈴木康夫，春木あゆみ

伊藤貴康，藤本美香，村田智博，石川英二，伊藤正明

【症例】32歳女性【現病歴】生来健康な初産婦。24週2日に蛋白尿を初めて指摘された。食事療法で経過をみていたが，39週0日急激に下腿浮腫が増悪したため39週3日入院となった。39週5日尿蛋白10g以上になり，帝王切開を行った（児の出生時体重2330g）。産後も蛋白尿が続くため産褥9日に当院へ転院搬送となった。【経過】転院時高度蛋白尿，低アルブミン血症を呈しておりネフローゼ症候群の状態であった。著しい高血圧がなかったこともあり原因検索のため産褥10日に腎生検を行った。やや係蹄の開きが悪く，一部に係蹄壁の二重化を認めた。電子顕微鏡でも同様に二重化や内皮下浮腫が確認された。妊娠高血圧症候群に伴う血管内皮障害の所見と思われた。経過観察のみで妊娠後6週間以内で蛋白尿の改善も見られており，臨床的にも妊娠高血圧症候群と診断した。【考察】ガイドラインにおいては，軽症蛋白尿に比べ高度蛋白尿の場合は，より慎重に母や児の機能を評価する必要があること，および偶発的合併症としての腎疾患の検索が推奨されている。腎生検をせずに経過をみることも経過中検討されたが，高度蛋白尿であれば本症例のように積極的に腎生検を行うことも有用である。

161 C型肝炎あるいは悪性腫瘍の原因鑑別に苦慮した膜性増殖性糸球体腎炎の一例

筑波大学附属病院腎臓内科

○島田憲佑, 清水達也, 甲斐平康, 白井丈一, 渡邊めぐみ
石井龍太, 永井 恵, 金子修三, 山縣邦弘

【症例】76歳男性【主訴】浮腫【現病歴】××3年に肝細胞癌で手術を施行され, 再発なく経過していた。××6年5月に浮腫が出現し, 7月に尿蛋白 10g/gCre, S-Alb 2.1g/dl とネフローゼ症候群を認め, 精査加療目的に入院となった。

【既往歴】60歳2型糖尿病, 73歳肝細胞癌, C型肝炎

【入院後経過】HCV-RNA 陽性, 低補体血症, IgM/Rf 高値, IgM-κ型M蛋白を認めた。血中クリオグロブリン陰性であったが, 腎生検で膜性増殖性糸球体腎炎(MPGN)と診断され, C型肝炎関連腎炎としてPSL 30mg + 血漿交換, およびHCV genotype 2bに対するIFN治療が開始された。その後HCV-RNA量の低下, 尿蛋白減少を認めたが, 経過中に右肺上葉の結節を指摘され, 転移性肺腫瘍(後に肝細胞癌の肺転移と判明)が疑われた。外科的根治の可能性があり, IFN療法を中止し, 胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。

【考察】悪性腫瘍に関連したMPGNは少数報告されているが, 本症例では肺腫瘍の術後, HCV-RNA量の再上昇と共に尿蛋白の増加を認めた。C型肝炎関連腎炎としてIFN療法の再開を検討している。

【結語】悪性腫瘍を合併し, 原因鑑別に苦慮したC型肝炎関連腎炎の一例を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

162 ダサチニブによる慢性骨髄性白血病(CML)の治療中にネフローゼ症候群を発症した一例

宮崎大学医学部附属病院第1内科¹⁾

宮崎大学血液・血管先端医療学講座²⁾

○落合彰子¹⁾, 皆川明大¹⁾, 福田顕弘¹⁾, 岩坪修司¹⁾
中川秀人¹⁾, 佐藤祐二¹⁾, 北村和雄¹⁾, 藤元昭一²⁾

40歳男性。2015年11月より両下腿浮腫, 腹部膨満感が出現した。2016年3月にCMLと診断され, 下腿浮腫は著明な脾腫大が原因と考えられた。ダサチニブによりCMLは改善し浮腫も消失したが翌月には蛋白尿と低アルブミン血症が出現した。また, 血球減少のため約2週間ダサチニブは休薬された。6月初旬よりダサチニブは再開されたが, 蛋白尿と低アルブミン血症を認めるため同月下旬当科へ入院した。尿蛋白(4+), 潜血(1+), UP/UCr 12.2, Selectivity Index 0.20の高度蛋白尿と低アルブミン血症, 脂質異常症を認めたがCreは0.87 mg/dLであった。腎生検では光顕で内皮下腔の拡大, 糸球体基底膜の二重化など内皮細胞障害の所見を認めたが, 蛍光抗体法は陰性であった。ダサチニブ誘発性ネフローゼ症候群と診断し, 同薬は中止した。ニロチニブへ変更後, 尿蛋白は減少し, 薬剤変更11日目には1 g/日以下となった。

【考察】チロシンキナーゼ阻害薬(TKI)であるダサチニブによるネフローゼ症候群の報告は極めて少ない。ダサチニブは糸球体足細胞が産生する血管内皮増殖因子のシグナル伝達を阻害し内皮細胞を傷害する。TKI使用頻度は増加傾向で, 腎関連副作用に留意すべきである。

163 急速進行性の腎機能障害より判明したIgG4関連腎臓病の1例

大阪赤十字病院腎臓内科

○土井 響, 有里哲哉, 土井洋平, 井上唯衣, 杉岡清香
古賀健一, 西岡敬祐, 菅原 照

【症例】76歳男性。既往歴に45年来の糖尿病を認める。全身倦怠感, 体重減少, 数ヶ月単位で進行する腎機能障害にて当院紹介受診となった。初診時血清Cr 3.44mg/dl, 尿蛋白 1.17g/gCr, 尿潜血なし, 高IgG血症(IgG 3730mg/dl, IgG4 804mg/dl), 低補体血症, 高IgE血症, 高CRP血症(2.5mg/dl)を認めた。抗核抗体, ANCA, 抗SS-A抗体などの自己抗体は陰性であった。身体所見及び単純CTでは両側腎腫大以外の特記すべき異常は認めなかった。腎生検では糸球体に明らかな異常は認めず, 尿細管間質領域にびまん性の形質細胞浸潤とその周囲に細線維状の形態を認め, 高度の尿細管萎縮を伴っていた。免疫染色ではIgG4/IgG比は52%であった。以上より, IgG4関連腎臓病と診断した。【考察】IgG4関連疾患は組織中へのIgG4陽性形質細胞浸潤を特徴とする全身性炎症疾患で, しばしば腎臓への浸潤を認める。多くの症例では, 腎病変が診断される前に他臓器病変からIgG4関連疾患と診断され, 全身精査中にIgG4関連腎臓病と診断される。本症例では急速進行性の腎障害から腎生検にてIgG4関連疾患と診断し得たが, 他臓器病変は明らかではなかった。急速進行性の腎障害の鑑別に本疾患を含めることは重要であると考え, 文献的考察を含めて報告する。

164 腎炎が紫斑に先行したIgA血管炎の一例

京都大学腎臓内科

○福西 愛, 森 慶太, 石井 輝, 姜 伶奈, 横井秀基
柳田素子

【症例】68歳, 男性。【主訴】検尿異常【現病歴】近医で高血圧と前立腺癌の加療中であつたが, 半年前より尿蛋白, 尿潜血を指摘, 2ヶ月前より腎機能障害, 尿蛋白悪化を認めたため当科紹介, RPGNおよびネフローゼ症候群の診断で入院。明らかな自覚症状や先行感染の既往は認めなかった。腎生検にてびまん性のメサンギウム増殖を認めIFにてメサンギウム領域へのIgA・C3の沈着を伴っていたことからIgA腎症が疑われたが, 分節性の管内増殖が目立ち, 少数の細胞性半月体を認めていた。全身スクリーニングにて縦隔多発リンパ節腫脹を認め, T-SPOT陽性であったことより潜在性結核を疑った。腎生検2週間後より下腿に浸潤に触れる紫斑が出現し, 皮膚生検にてIgA・C3沈着を伴う白血球破砕性血管炎を認めたため, IgA血管炎, 紫斑病性腎炎(ISKDC IIIb)と診断した。INH併用でステロイドパルスを行ったが, 腎機能・ネフローゼの改善を認めず, 結核増悪の懸念と高度蛋白尿のためシクロフォスファミドではなくCyAを併用したところ, 腎機能・蛋白尿は改善傾向となり退院とした。【考察】紫斑病性腎炎は組織学的にはIgA腎症と鑑別困難だが, 成人発症例は腎予後が悪いとされている。IgA血管炎における腎炎が皮膚や消化器症状に先行して出現することは稀である。【結語】腎炎が紫斑に先行して出現したIgA血管炎の症例を経験した。

165 特発性膜性腎症の疾患活動性マーカーとしての PLA2R 抗体の可能性 ～同一症例に複数回測定した経験から～

京都大学腎臓内科¹⁾

名古屋大学腎臓内科²⁾

○宮本将太¹, 森 慶太¹, 市岡光洋¹, 川村俊介¹

近藤麻紀子¹, 浅沼克彦¹, 秋山真一², 丸山彰一²

柳田素子¹

【症例】50歳, 男性【主訴】下腿浮腫【現病歴】11年前に2型糖尿病・肥満治療中にネフローゼ症候群を発症, 腎生検・全身精査にて特発性膜性腎症と診断. ステロイドの副作用を危惧し CyA+MZR で治療を開始. 腎機能は正常, 浮腫は消失したが尿蛋白は2.3g/gCrと寛解せず. 5年前より蛋白尿・腎機能が悪化, 1ヶ月前より浮腫増悪が見られたため入院. 再生検で糸球体基底膜肥厚と基底膜への IgG4 優位の IgG 顆粒状沈着を認めたが, 糸球体硬化, 血管硝子化を高度に認め, 糖尿病・肥満・CyA による腎障害進行が示唆された. 体重減量・CyA 減量で対処し, 蛋白尿・浮腫は改善したため退院. その後腎機能・蛋白尿・浮腫の増悪を認め, 5ヶ月後に再入院. 膜性腎症の活動性を評価するために, 再生検時・再入院時の血清で PLA2R 抗体を測定したところ, 再入院時の血清のみ陽性であり, 今回の増悪の原因は CyA 減量のためと考えた. CyA 増量に加え PSL を開始したところ, 蛋白尿は高度ながら浮腫・腎機能は改善し, PLA2R 抗体も陰性化したため退院とし, 現在も外来治療中である. 【考察】合併症で修飾された膜性腎症の診断・加療において, PLA2R 抗体測定は膜性腎症の活動性の評価・治療方針決定に有用である.

166 微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) に肺血栓塞栓症を伴った一例

石巻赤十字病院

○呂 聞東

【症例】44歳男性【主訴】右下肢腫脹【既往歴】37歳時に初発のネフローゼ症候群でステロイド加療後に寛解再発を繰り返した. 42歳時に再発し, メチルプレドニゾロン (mPSL) パルス後にシクロスポリン併用するも肝障害で中止. 追加の mPSL パルスに LDL 吸着療法の併用で寛解となった. この際に左中大脳動脈領域の脳梗塞を発症. 43歳再発時に腎生検で MCNS と診断され, リツキシマブ投与を行った. 【現病歴】リツキシマブ投与1ヶ月後の治療効果は不完全寛解2型であった. 投与3ヶ月後に右下肢の腫脹と歩行時の疼痛を主訴に来院. TP 4.8 g/dl, Alb 1.7 g/dl, Cre 0.76 mg/dl, UP 3.5 g/gCre とネフローゼ症候群の再発あり, CT で右大腿静脈から下腿静脈にかけて血栓形成を認めた. さらに, 呼吸状態は安定していたものの両側肺動脈にも血栓を認め, 深部静脈血栓症からの肺塞栓症と診断した. 下大静脈フィルター留置とリバーロキサバン投与, mPSL パルスを追加して第14病日に完全寛解し退院した. 【考察】MCNS ではまれに重篤な血栓性合併症を経験する. 本症例は LDL 吸着療法時に留置したカテーテルの大腿静脈刺入部を起点として血栓が生じ肺塞栓症へ至った可能性があることから, 合併症を最小限に抑えるような治療選択が今後重要と考えられた.

167 本態性血小板血症に関連した分節状糸球体硬化病変を伴った IgA 腎症の一例

川崎医科大学附属病院卒後研修センター¹⁾

川崎医科大学腎臓・高血圧内科学²⁾

○二ノ宮壮広¹, 春名克祐², 徳山敦之², 近藤 恵²

和田佳久², 藤本靖郎², 庵谷千恵子², 佐藤 稔²

佐々木環², 柏原直樹²

【症例】57歳男性【現病歴】これまで健康診断で尿異常の指摘はない. x-4年ラクナ梗塞を発症した際, 本態性血小板血症の診断を受けた. 以後ハイドロキシルパミドにて治療されていたが, x-3年頃から尿蛋白, 尿潜血を認めた. 蛋白尿は次第に増加し, x-2年には赤血球円柱, 白血球円柱を認めるようになった. その為, 腎生検目的で入院となった. 光学顕微鏡標本は, 全糸球体は20個, 全節硬化が2個, 細胞性半月体形成が1個, 分節硬化及び基底膜の二重化を呈している糸球体が1個, び漫性にメサンギウム細胞の増殖, 基質の増生を認めた. 免疫蛍光抗体法ではメサンギウム領域に IgA, C3 の強い沈着を認め IgA 腎症と診断した. 分節硬化を認める糸球体は, 臨床経過などを考慮し本態性血小板血症による病変と考えた. 【考察】骨髄増殖性疾患に続発する糸球体障害は散見され, 真性多血症による巣状糸球体硬化症が大半である. 本症は IgA 腎症に分節状の糸球体硬化病変や内皮細胞障害像を認め, その病変形成に本態性血小板血症が関与を疑った. 【結語】本態性血小板血症に関連した分節状糸球体硬化病変を伴った IgA 腎症の一例を経験した.

168 Idiopathic systemic capillary leak syndrome の1例
大津赤十字病院腎臓内科

○清水葉子, 高折光司, 前田咲弥子

【背景】Idiopathic systemic capillary leak syndrome (ISCLS) は, 血管内皮の機能障害により血管透過性が亢進し, 発作的に全身浮腫・血管内脱水を来す非常に稀な疾患である. 【症例】41歳男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】約2週間前より全身倦怠感を認め, 1日前に家族より顔面浮腫を指摘された. 翌日さらに浮腫が増強したため, 当院救急搬送された. 【臨床経過】来院時, 著明な全身浮腫と多量の胸水を認めた. 心不全・肝不全・ネフローゼ症候群・甲状腺機能低下症は否定的であり, また心エコー上, 下大静脈は虚脱傾向にあった. アルブミン・利尿剤投与に反応せず, 無尿状態となり, 呼吸状態も悪化したため, 第3病日に血液透析を施行した. しかし, 脱血不良・回路凝固を認め, 透析中断となった. 同日免疫グロブリン大量静注療法を施行し, 第4病日には前希釈の血液濾過透析 (HDF) を行った. その後尿量は回復し, 最終的に体重が33.6 kg 減少し, 第36病日に退院となった. 【考察】本症例では, 他の全身性浮腫疾患を除外し, 急激に血管透過性亢進を認めたことから, ISCLS と診断した. ISCLS に対して HDF 療法を施行した報告例はないが, 回路凝固の防止やサイトカイン除去に役立った可能性がある. 【結語】原因不明の全身浮腫を呈した場合には, ISCLS を鑑別に挙げ, 早期に対応することが重要である.

169 うつ病，体動困難で20年以上前から入退院を繰り返していた distal convoluted tubule DC1type (Gitelman 症候群) の確定診断例

埼玉協同病院内科¹⁾

神戸大学大学院医学研究科内科系講座小児科²⁾

○竹内 洋¹⁾，田中宏昌¹⁾，野津寛大²⁾

【症例】42歳女性【主訴】体動困難【経過】20年以上前からうつ病，体動困難で毎年のように入院加療を要する状況であり，その時々で低K血症を指摘されていた。定期使用薬なし。起床直後に体動困難で救急要請し当院初診。血清K値1.8mEq/Lで入院した。心電図異常はなく，血圧100/62mmHg，代謝性アルカローシス，低Ca尿症に加えRAA系の亢進を認めたが血清Mgは正常範囲であった。Gitelman症候群(GS)が示唆されたが，うつ病に伴う経口摂取低下からの偽性GSも否定できず臨床診断は困難であった。しかし長年にわたる病悩期間を鑑み確定診断する意義は高いと考え遺伝子解析したところ，SLC12A3遺伝子のexon15およびexon22にヘテロ接合体変異を認めた。

【考察】Gitelman症候群は遠位尿細管のサイアザイド感受性Na-Cl共輸送体(NCC)をコードするSLC12A3の遺伝子異常が原因であり，これまでに100種類程の遺伝子変異が報告されている。自験例の変異はいずれも過去に報告があるものだった。自験例のように血清Mg正常のGSの報告もあり，偽性GSやBartter3型との鑑別という点においても遺伝子解析は必須と考えられる。近年は遺伝子解析の結果に基づき遺伝性塩類喪失性尿細管機能異常症の新分類を用いることが推奨されている。

170 ステロイド・LDL-アフェレーシス・免疫抑制剤の併用により軽快した巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)の1例

自治医科大学内科学講座腎臓内科学部門

○小森健二朗，三木敦史，増田貴博，岡田麻里，小林高久，秋元 哲，齋藤 修，武藤重明，長田太助

【症例】40歳男性。生来健康であったが，X年6月下旬より下腿浮腫を自覚し，7月中旬に近医受診，ネフローゼ症候群の診断で当科紹介入院となった。入院時血清Alb 1.8g/dl尿蛋白(UP) 10.2g/gCrで，第2病日に施行した腎生検では，係蹄の虚脱・断裂・上皮細胞の増殖を認めFSGS cellular variantと診断した。第5病日からステロイドパルス，第8病日からプレドニゾロン(PSL) 45mg/日開始したが，第20病日には腎障害進行(血清Cr 1.02→1.45mg/dl)と高度尿蛋白の持続(UP 5.6g/日)がみられた。さらに，高LDLコレステロール血症(238mg/dl)と低ガンマグロブリン血症(IgG 428mg/dl)を認め，PSL増量は行わずLDL-apheresis(LDL-A)を開始した。LDL-Aを5回施行した第36病日にはUP 4.1g/日に改善したが，治療強化のためcyclosporin 100mg/日を併用した。第54病日にはUP 1.6g/日，sCr 0.89mg/dlに改善しLDL-Aを計11回施行後の第56病日退院した。

【考察】FSGSは，しばしばステロイド抵抗性の経過で難治性ネフローゼ症候群や末期腎不全に至る。本症例は，ステロイド単独での効果が不十分であったが，LDL-A・cyclosporinの併用により，重篤な合併症なく尿蛋白を減少させ，腎機能を改善することができた。

171 ループ系利尿薬による低K血症誘発性横紋筋融解症の一例

長野中央病院内科¹⁾

長野中央病院救急科²⁾

○永瀬裕一朗¹⁾，池田 徹¹⁾，林充那登¹⁾，近藤奈未²⁾

【症例】48歳男性【主訴】脱力，筋肉痛，四肢のしびれ

【現病歴】狭心症とアルコール性肝炎で通院中であった。2016年6月より息切れが出現し，心不全症状としてアズセミド15mg内服を開始された。同年9月上記主訴で救急搬送され，血清K値2.1mEq/L，血清CPK値1,914IU/L，及び巨大U波などの心電図変化が認められたため，低K血症誘発性横紋筋融解症の診断で加療入院となった。

【臨床経過】入院後アズセミドを中止，スピロノラクトン内服を開始した。経静脈的及び経口補正を行って血清K値は上昇，第6病日に4.0mEq/Lを超え補正終了した。一方横紋筋融解症に対し生理食塩水で腎庇護を図ったが血清CPK値は上昇，第4病日に14,131IU/Lまで達しその後ピークアウトした。腎障害・致死性不整脈を起こすことなく，自覚症状が改善した第10病日に退院となった。

【考察】横紋筋融解症の中でも低K血症は比較的稀な原因である。さらにその低K血症はグリチルリチン製剤や原発性アルドステロン症に由来する報告例が多いが，本例はループ系利尿薬が原因であった。低K血症誘発性横紋筋融解症では早急な血清K値の補正と腎障害の予防が必要であり，その治療に関する考察を含め報告する。

【結語】利尿薬使用の際の電解質フォローと，低K血症加療時の血清CPK値の測定の重要性を示唆した。

172 遠位尿細管のNaCl共輸送体機能不全が原因と考えられ5型Bartter症候群を呈した常染色体優性低カルシウム血症の1例

小牧市民病院総合内科¹⁾

同腎臓内科²⁾

同糖尿病・内分泌内科³⁾

○木田健介¹⁾，長田啓史²⁾，小林アズサ²⁾，浦濱善倫²⁾

大石秀人²⁾，落合啓史³⁾，上西栄太³⁾

【症例】33歳女性【主訴】腎機能障害【現病歴】6歳時に低Ca血症および副甲状腺機能低下症，12歳時に低K血症および低Mg血症，代謝性アルカローシスを認めた。33歳時に両側腎石灰化および腎機能障害(血清Cr 1.54 mg/dL)が進行し当科紹介となった。

【経過】Gitelman症候群を疑い神戸大学小児科に遺伝子検査を依頼した結果，カルシウム感知受容体(calcium sensing receptor: CaSR)活性型変異を患者および母に認め，常染色体優性低カルシウム血症(autosomal dominant hypocalcemia: ADH)と診断した。利尿剤負荷試験ではフロセミドへの反応は認めるもサイアザイドへの反応は認めなかったため，遠位尿細管のNaCl共輸送体(NCCT)機能不全による5型Bartter症候群と考えた。無症状であった母の利尿剤負荷試験は両剤とも反応良好であった。6歳時より活性型ビタミンD製剤を内服しており，診断後に減量し腎機能低下は緩徐になった。

【考察】5型Bartter症候群はヘンレの上行脚上のCaSR活性化によるチャネル抑制が原因と示唆されている。本症例では遠位尿細管のNCCT機能不全が電解質異常の原因と考えられた。腎機能障害はビタミンD製剤内服による腎石灰化が原因と疑われた。

173 繰り返す発熱の経過中に、突然高Ca血症を呈し、皮膚生検にて肉芽腫性疾患と診断された血液透析患者の1例

筑波大学研修医¹⁾

筑波大学腎臓内科²⁾

○松田峰史¹、石井龍太²、森戸直記²、白井丈一²

渡邊めぐみ²、清水達也²、藤田亜希子²、齋藤知栄²

山縣邦弘²

【症例】63歳男性【主訴】発熱【現病歴】原疾患不詳の慢性腎不全に対して慢性血液透析歴1年。透析導入後発熱で複数回精査入院の既往あり（肛門周囲膿瘍の既往あり。抗核抗体含め自己抗体陰性、TSPOT陰性）。××年10月初旬、38℃以上の発熱と背部痛が出現、炎症反応を伴い抗菌薬投与を行うも反応なく、精査のため当院紹介入院となった。【臨床経過】全身状態や食欲は安定。深部膿瘍を含む感染症や悪性腫瘍の鑑別のためPET-CT施行したところ、全身、特に下腿に優位とする皮下組織、筋膜周囲、各関節周囲にFDGの集積を認めた。10月下旬より、突然血清補正Ca14.3mg/dlと著明な高値が出現した。症状と画像所見からサルコイドーシスを初めとする肉芽腫性炎症性疾患を鑑別に挙げ、確定診断のためFDG集積を認めた大腿の皮下結節から皮膚生検を実施。組織学的に非乾酪性肉芽腫でありサルコイドーシスやその近縁疾患が疑われた。精査の過程で発熱、炎症反応、高Ca血症のいずれも改善した。【考察】サルコイドーシスをはじめとする肉芽腫性疾患は腎臓、呼吸器、心臓、眼病変等が一般的であるが、本症例では特徴的な臓器病変は認めず皮膚・筋・関節病変から診断された。

315 血液透析33年を経て発症した多発性骨髄腫に対してボルテゾミブ+デキサメタゾン併用療法を施行した一例

虎の門病院腎センター

○藤川莉那、小暮裕太、星野純一、川田真宏、早見典子

長谷川詠子、澤直樹、高市憲明、和氣敦、乳原善文

【症例】ADPKDにより32歳時に血液透析導入された71歳女性。65歳時にκ型M蛋白血症(IgG 3300mg/dl)を指摘されたが、骨病変はなくすぶり型骨髄腫と診断。その10か月後に貧血の進行、腰椎の新規骨融解像を認め症候性骨髄腫(MM)(ISSIII期)が診断。weekly BD(ボルテゾミブ+デキサメタゾン)療法が開始され左鎖骨上窩の髄外腫瘍形成に対して放射線療法が施行。通常量の半量を目安にしてBD療法を継続した所治療経過は良好であったが治療開始4年を経て嚢胞感染やシャント感染にて死亡。【考察】長期透析33年を経て発症したM蛋白血症が症候性となりMMとなった稀な一例を経験した。投与量を調整しながら行ったBD療法は効果的であったが透析に伴うシャント感染が予後を決めることとなった。

174 レボフロキサシン(LVFX)とステロイド(PSL)の併用後にアキレス腱炎を発症した末期腎不全の1例
自治医科大学内科学講座腎臓内科学部門

○大畑澄枝、中川早紀、増田貴博、周東美和、三木敦史

吉澤寛道、秋元哲、齋藤修、武藤重明、長田太助

【症例】68歳男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】多発性嚢胞腎による末期腎不全のため、X-7年より血液透析中であった。X年7月に右季肋部痛を契機に当科入院。肝嚢胞感染の診断でモキシフロキサシン(MFLX)内服で軽快退院となった。退院10日目より右季肋部の疼痛と炎症所見の再燃を認め、近医での抗生剤変更でも改善なく、精査加療目的に当科再入院となった。【臨床経過】肝嚢胞感染再発の診断でセフェピム、メトロニダゾール投与したところ、第3病日に口腔内粘膜疹が出現し重症薬疹と判断した。同日よりLVFX250mg隔日投与に変更し、薬疹に対しPSL15mgも開始した。第10病日に歩行時の右踵部の疼痛が出現し、徐々にアキレス腱の肥厚、発赤範囲の拡大を認めた。第17病日にMRIを撮像。LVFXによるアキレス腱炎と判断し、抗生剤をドキシサイクリンに変更した。LVFX中止後翌日より症状は保存的加療のみで改善した。【考察】アキレス腱炎はニューキノロン系抗生剤の副作用の一つであり、1)高齢2)末期腎不全3)ステロイド使用は発症の危険因子である。本症例は同系のMFLXではアキレス腱炎未発症であり、これらの危険因子の併存に加え、LVFXとPSLを同時期に開始したことがアキレス腱炎発症に強く関与した可能性がある。

175 家族性糖尿病の鑑別診断を実施した腎移植待機患者
筑波大学腎臓内科

○原田拓也、渡邊めぐみ、白井丈一、石井龍太

清水達也、河村哲也、森戸直記、齋藤知栄、山縣邦弘

【症例】36歳女性。肥満歴はないが16歳時に近医で2型糖尿病と診断された。時期は不明であるが糖尿病性腎症も合併し外来フォローされていた。36歳時にCre 5.52mg/dLと高度腎不全に至り、腎代替療法として姉をドナーとする生体腎移植を希望され当院腎臓内科紹介された。母に若年性糖尿病と繰り返す脳梗塞、兄に原因不明の急性心不全、姉に線維筋痛症があり、かつ本人も肥満歴のない若年発症の糖尿病があること、3世代以上にわたる濃厚な糖尿病の家族歴を有することからミトコンドリア病や家族性若年性糖尿病(MODY)の合併が疑われた。ミトコンドリア病の精査に関しては、血液検査では乳酸6.5mg/dl、ピルビン酸0.73mg/dlと基準値内であった。また、感音性難聴は認めなかった。MitDNA3243変異は血球・尿沈渣ともに陰性であった。頭部MRIや脳血流SPECTでもミトコンドリア病に特徴的な画像所見は認めなかった。以上より、ミトコンドリア病を積極的に診断するには至らなかった。一方MODYの診断基準には合致しMODYの可能性は高いと考え、その場合にはドナー候補である姉はMODYを否定できるため姉をドナーとする生体腎移植を実施することは可能と判断した。

【考察】今回、家族性糖尿病の1家系内での生体腎移植の実施の可否に関して、糖尿病の原因鑑別を進めながら検討した。MODYに対する腎移植経験の報告を踏まえ症例提示する。

176 家族歴から診断に至った Fabry 病女性の一例

石巻赤十字病院¹⁾

石巻赤十字病院腎臓内科²⁾

○野添大輔¹, 深水大天², 長澤 将²

【症例】63歳女性【既往歴】小学生時から四肢痛としびれを自覚。長男出産後から尿蛋白を指摘される。47歳時に心肥大と高血圧を指摘される。55歳で心房細動を指摘され、56歳でペースメーカー留置。【家族歴】息子：Fabry病（GLA変異 p.W340X）で治療中。父親：心雑音や不整脈あり、四肢痛なし。父方叔母：ペースメーカー留置、四肢痛あり。父方叔母の息子：60歳前に透析導入、67歳で死去。四肢痛なし。【現病歴】上記既往歴と家族歴から Fabry病が疑われ、 α ガラクトシダーゼ活性の低下および GLA 変異 p.W340X を認めたため腎生検目的に入院。【経過】初診時心エコーではすでに左室肥大を呈していた。入院時 Alb4.2g/dl, eGFR51.7ml/min/1.73m², 尿蛋白 0.2g/gCr, α ガラクトシダーゼ活性 41.9nmol/mg だった。腎生検を行ったところ糸球体に泡沫細胞を認め Fabry病を支持する所見だったため、酵素補充療法を開始し、2か月経過して新規症状なく経過している。【考察】本症例は心疾患の治療をされながら今まで Fabry病と指摘されず、息子への家族歴聴取により診断に至った。X連鎖劣性遺伝の Fabry病において女性の場合、無症状のものから古典型相当のものまでさまざまである。合併症のうち左室肥大の有病率が高く女性においても酵素補充療法による改善効果が認められることから心疾患への早期の対応が重要と考える。

177 胸腔鏡下に治療した腹膜透析患者の横隔膜交通症

三重大学医学部附属病院腎臓内科

○間瀬陽子, 小田圭子, 平林陽介, 鈴木康夫, 春木あゆみ

伊藤貴康, 藤本美香, 村田智博, 石川英二, 伊藤正明

【症例】73歳女性【現病歴】30年ほど前から検尿異常を指摘されていた。6年ほど前より腎不全を指摘され、腹膜透析を希望されたため当院入院となった。【経過】入院翌日に腹膜還流カテーテルを挿入した。術後7日で腹膜透析を開始した。導入期には500mlの貯留を1日4回行っていたが、術後9日排液困難を認めた。CTを撮影したところ右大量胸水を認めた。胸水穿刺で胸水中のグルコースが血中のグルコースより上昇しており、シンチにおいても腹腔内から胸腔への漏出が確認されたため横隔膜交通症と診断した。留置術後15日に胸腔鏡下横隔膜縫縮術を施行した。横隔膜にはっきりとした欠損孔は確認されなかったが術前に腹腔内に投与したインジゴカルミンで染色された陥凹部を複数個所認め縫縮した。縫縮術後2日で腹膜透析を再開し問題ないことを確認し縫縮術後15日で退院とした。【考察】横隔膜交通症は腹膜透析患者の1.6-10%に認められ、その約半数は血液透析への移行を余儀なくされる。腹膜透析の中断により自然治癒を待つ方法もあるが、近年では鏡腔鏡下で成功率90%と良好な成績が報告されている。侵襲も少なく術後早期から腹膜透析の再開も可能であり腹膜透析継続を希望される患者さんにおいて有用な治療であり報告する。

178 腎摘後の創傷治癒が経腸栄養により著明に改善した腎膿瘍合併血液透析患者の1例

自治医科大学腎臓内科¹⁾

自治医科大学腎臓外科²⁾

○小野友輔¹, 吉澤寛道¹, 増田貴博¹, 周東美和¹

三木淳史¹, 小林高久¹, 木村貴明², 武藤重明¹

八木澤隆², 長田太助¹

【症例】69歳女性【主訴】発熱、食欲不振【現病歴】54歳より糖尿病性腎症による末期腎不全で血液透析（HD）導入となり、X年8月頃より食事摂取量低下を伴う低アルブミン血症（Alb 3.0g/dl未満）を認めていた。同年11月中旬より、38℃台の発熱と食欲不振の悪化のため12月上旬に近医入院。腹部CTにて右腎膿瘍が疑われ当科転院となった（入院時 Alb 1.9 g/dl）。転院後、右尿管ステントによるドレナージと抗生剤投与を行うも発熱と炎症反応（CRP 7.07 mg/dl）の改善なく、第11病日に右腎摘出術を施行した。術後、炎症反応はやや改善したが、ドレーン排液が14日以上持続し、手術的に治癒遅延を認めた。食欲不振による低栄養状態が一因と考えられ、術後14日より栄養補助として経腸栄養剤（1200 kcal/蛋白 43.5g/K600mg/日）を開始した。さらに、創部周囲を含む浮腫もみられ、HDによるドライウエイト減量を行った。その結果、術後21日にドレーン抜去となり創傷治癒の改善が得られた。【考察】本症例は、慢性低栄養状態に重篤な腎膿瘍を発症し、腎摘後にも創傷治癒遅延を来たしたが、経腸栄養により著明に改善した。このことから、透析患者における日常的な栄養管理の重要性が示唆され貴重な症例と考えられ報告する。

179 尿路感染契機発症の糖尿病ケトアシドーシスに抗生剤投与で急性腎障害を併発した一症例

NTT 関東病院初期研修医¹⁾

NTT 東日本関東病院高血圧・腎臓内科²⁾

○川村万里子¹, 鍋島珠恵¹, 王 洪欣¹, 並河明雄²

大内治紀², 佐藤 大², 高橋紘子², 古殿孝高²

渋谷祐子²

【症例】76歳女性【主訴】脱力、発熱、尿量減少【現病歴】血糖降下薬内服中の糖尿病患者で、HbA1c 8.8%、腎症の指摘はなかった。2016年8月に尿量減少、脱力で救急受診。Glu 513 mg/dl, HCO₃⁻ 8.0 mmol/l, 尿ケトン体陽性、BUN 77 mg/dl, Cr 2.1 mg/dl で糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）と急性腎障害で当科入院。

【臨床経過】血液・尿検査所見より尿路感染を契機としたDKAと診断し、インスリン、抗菌薬で治療するも発熱が遷延した。第13病日よりレボフロキサシン（LVFX）に変更したが改善せず、第15病日よりCrは漸増傾向、培養陰性、両側腎腫大、カリウム集積より薬剤性腎障害を疑い、抗生剤を終了した。腎生検では急性尿細管間質性腎炎の所見で、LVFXによる発熱、腎障害と考えた。腎機能はCr 5.9 mg/dlまで上昇するもLVFX中止後19日目に利尿期となり、その後Cr 2.5 mg/dlに改善した。

【考察】尿路感染に対する抗生剤投与でも、発熱が持続、腎機能が悪化する場合は、薬剤性腎障害の出現を疑い、臨床経過の再確認や生検による確定診断が重要である。

【結語】尿路感染か薬剤性腎障害かの鑑別に苦慮した一例を経験した。

180 COPD 患者における禁煙治療失敗症例の特性の考察

浜松医科大学医学部医学科¹⁾

浜松医科大学第二内科²⁾

浜松医科大学総合人間科学講座法學³⁾

○寺澤美晴¹, 森 亘平¹, 馬場皓大¹, 井上綾香¹

藤澤朋幸², 須田隆文², 大磯義一郎³

【背景・目的】慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の治療において禁煙は極めて重要である。立原素子ら (2008 年) によると、禁煙外来における禁煙成功率は 78.5% で、成功の要因として「通院を中断しないこと」が有意であったと報告されている。本研究では、COPD 患者における禁煙失敗症例の特徴を明らかにするとともに、COPD 患者における禁煙の成否に関わる因子を検討する。

【方法】臨床研究 DB システムを用い、2015 年 1 月～2017 年 1 月に浜松医科大学医学部附属病院呼吸器内科へ通院歴のある COPD 患者を抽出した。診療録から後方視的に禁煙の成否を確認し「禁煙成功群」と「禁煙失敗群」の 2 群に分け、年齢、性別、職歴、既往歴、併存症、喫煙期間、喫煙本数等を比較検討し、統計解析に SPSS を用いた。

【結果】COPD161 例のうち、診療録で禁煙の成否を確認できた 41 例を解析対象とした。「禁煙成功群」は 33 例 (男性 30 例) で年齢 75.0 ± 6.8 歳、「禁煙失敗群」は 8 例 (男性 7 例) で年齢 71.4 ± 8.2 歳だった。1 秒率の経年変化は、「禁煙成功群」で $+6.00 \pm 16.45\%$ / 年と増加したのに対し、「禁煙失敗群」では $-0.45 \pm 0.21\%$ / 年と低下していた。「禁煙失敗」に関わる因子についても解析し報告する。

181 マンゴー生産に従事する農家に生じた間質性肺炎の一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野²⁾

○内田泰介¹, 坪内伸伸¹, 重草貴文², 黒木建吾¹

橋本神奈¹, 宮内俊一¹, 中里雅光², 小松弘幸¹

症例は 50 歳代の男性。農業に従事し、重度の喫煙歴がある。201X 年 3 月頃より咳嗽、労作時呼吸困難が出現した。胸部 CT で両側上葉優位の気腫性変化と肺底部優位の網状影、索状影が認められた。呼吸機能検査では拘束性換気障害を呈し、6 分間歩行負荷試験で運動耐容能の低下を認めた。マンゴー花粉の濃厚な吸入曝露歴があり、毎年同時期に咳嗽が悪化していた。精査のため同年 4 月に当科へ入院した。気管支内視鏡検査では、気管支肺胞洗浄液中の総細胞数増加、リンパ球分画の上昇および CD4/8 比の低下を認め、経気管支肺生検では膠原線維の増生を伴う肺胞壁の肥厚を認めた。マンゴー花粉による過敏性肺炎を疑い、抗原回避を行った。抗原回避 2 ヶ月後の胸部画像検査では、すりガラス影の改善を認めたが、一部が残存していた。胸腔鏡下外科的肺生検で得た組織では、慢性炎症細胞浸潤を伴う間質壁の肥厚を認めたが、肉芽腫性病変は認めなかった。本症例は、外科的肺生検では非特異性間質性肺炎が示唆されたが、病歴および抗原回避による改善を認めたことから、臨床的には過敏性肺炎が疑われた。本症例の確定診断には、環境調査や抗原曝露試験の追加が必要と考えられた。

182 器質性肺炎と類似した肺陰影を呈し、鑑別を要した肺動脈血管肉腫の一例

岡山大学病院卒後臨床研修センター¹⁾

岡山大学病院血液・腫瘍・呼吸器・アレルギー内科²⁾

岡山大学病院腫瘍センター³⁾

○松尾聡子¹, 渡邊洋美², 久保寿夫³, 田端雅弘³

妹尾 賢², 大橋圭明², 西森久和², 堀田勝幸²

宮原信明², 木浦勝行²

【症例】40 歳、女性【主訴】咳嗽

【現病歴】2015 年 7 月頃より咳嗽が出現。2016 年 7 月に症状の悪化を認め、前医を受診。抗生剤不応性であり、器質性肺炎が疑われ気管支鏡検査を施行された。病理組織検査では器質性肺炎の組織像は得られなかったが、臨床的に器質性肺炎と診断されステロイド治療が開始された。しかし、治療開始後も症状および画像上の増悪が認められ、精査加療目的に当院紹介された。悪性疾患の鑑別目的で造影 CT が施行され、左肺、右下葉のすりガラス陰影、浸潤影に加え、肺動脈本幹分岐部～左本幹部、左肺動脈下葉枝優位に造影欠損像が認められ、PET-CT でも同部位に FDG 集積を指摘された。カテーテル下に生検を施行され肺動脈血管肉腫と診断された。現在、化学療法を継続中である。

【考察】本症例は器質性肺炎と類似した肺陰影を呈し、診断までに時間を要した。肺動脈血管肉腫は稀な症例であるが、悪性疾患は難治性肺炎の鑑別として重要である事を再認識させられた教訓的な症例であった。

183 気流閉塞に伴う努力性呼吸困難を体感することが禁煙に繋がるのか？

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

○矢野千葉, 増田 健, 徳永佳尚, 小田華子, 今村陽平

坂崎優樹, 木下 隆, 川山智隆, 星野友昭

喫煙が誘因とされる COPD は気流閉塞を伴う努力性呼吸困難感が主訴であることが多い。COPD 臨床病期を想定した 4 段階 (1 から 4) のマウスピース型呼吸抵抗器 (以下、体感器) を用いて、努力性呼吸困難を体感することが禁煙の動機付けになるかを検証した。気流閉塞の無い現喫煙者の男女を対象に、無作為に 4 段階それぞれの体感器を用いて 60 秒間安静呼吸を行った。それぞれの体感器装着前後に呼吸困難感を修正 Borg スケールと喫煙に対するモチベーション質問票で評価した。さらに体感器を強制オキシレーション装置およびスパイロメトリーに装着し、安静呼吸時の呼吸抵抗および努力肺活量時の %1 秒量対基準値を測定した。1 から 4 の体感器における平均呼吸抵抗と %1 秒量対基準値はそれぞれ 0.6, 1.1, 2.3, 6.11Pa/L/s および 85, 57, 33, 16% で、平均修正 Borg スケールはそれぞれ 2.3, 3.7, 5.1, 7.7 に達した。また、禁煙質問票でモチベーションレベルは有意に上がった。呼吸困難感を体験して頂き、禁煙のモチベーションレベルは上がったが、禁煙には至らない印象を受けた。今後は本体感器による脳内活動性や呼吸筋仕事量を定量化したいと考えている。

184 消火剤吸引を契機とした肺胞蛋白症の1例

札幌医科大学呼吸器アレルギー内科

○高橋晴香, 萬谷峻史, 高橋洋平, 吉川 匠, 多屋哲也

森 勇樹, 宮島さつき, 池田貴美之, 高橋 守, 高橋弘毅

【症例】70歳代, 女性, 20xx年10月初旬に消火器の誤作動で大量の消火剤を吸引した。1週間後より咳, 痰が出現し近医を受診したが, 鎮咳薬で症状の改善は認めず。胸部CTを施行したところ間質性肺炎を疑う所見を認めた。ステロイド治療が開始になったが改善なく当院紹介となり, 12月下旬に当科に紹介となった。胸部CTでは両側肺に斑状, 非区域性のすりガラス影, 一部で小葉間隔壁の肥厚を認めた。気管支肺胞洗浄および経気管支肺生検を施行したが, 確定診断には至らず, 翌年1月下旬, 胸腔鏡下肺生検を施行した。病理組織では肺胞腔に顆粒状好酸性構造物の充満を認め, 抗SP-A抗体(PE10)染色およびPAS染色で陽性であることから肺胞蛋白症と診断した。低酸素血症を認めず無治療で経過観察としたところ, 4月の胸部CTで陰影の改善を認めた。**【考察】**自己免疫疾患や血液悪性疾患は否定的であり, 消火剤吸引を契機とした肺胞蛋白症と考えられた。消火剤吸引を契機とした肺胞蛋白症の発症報告は極めて稀である。**【結語】**消火剤吸引を契機に発症し, 自然軽快を認めた肺胞蛋白症の1例を経験した。

185 造血幹細胞移植後に発症した器質化肺炎の一例

奈良県立医科大学内科学第二講座¹⁾

済生会奈良病院²⁾

市立奈良病院³⁾

○中川智裕¹⁾, 鶴山広樹¹⁾, 岡橋 望¹⁾, 田中晴之¹⁾

天野逸人¹⁾, 山本佳史¹⁾, 宮高泰匡²⁾, 児山紀子³⁾

吉川雅則¹⁾, 木村 弘¹⁾

【症例】67歳男性**【主訴】**発熱, 咳嗽

【現病歴】X-1年1月当科にて原発性骨髄線維症と診断し, 同年3月臍帯血移植を行った。移植後急性GVHD(下痢)を発症したが, PSL投与により改善した。X-1年9月に出血性膀胱炎を発症, その後PSL漸減しX年5月にはPSL3mg/dayとなった。X年5月末より発熱, 咳嗽が出現, 定期受診時にCRP軽度上昇と, 胸部X-pで左肺野に浸潤影を認めた。

【臨床経過】細菌性肺炎を疑い, 入院の上PSL1mgに減量しSTFXを開始した。しかしその後も炎症反応改善せず, レントゲンでも陰影悪化傾向を示したため, 気管支鏡検査を行った。TBLBの結果, 組織学的に器質化肺炎のパターンを示し, 移植後器質化肺炎と診断した。PSL30mg/dayに増量後は陰影改善し以後PSL漸減しているが, 現在のところ再増悪を認めていない。

【考察】同種移植後の非感染性呼吸器合併症のうち, 遅発性非感染性肺合併症(LONIPCs)の一つとして器質化肺炎がある。ステロイドに対する反応は良好であるが, GVHDなどの免疫学的機序が原因と考えられており, 再発のリスクも高い。移植後に呼吸器症状を認めた場合にはLONIPCsも鑑別に上げ精査をすすめていく必要がある。

186 ELISAで測定した抗MDA5抗体価の皮膚筋炎合併

間質性肺障害(PM/DM-ILD)における臨床的意義

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¹⁾

久留米大学放射線科医学講座²⁾

日本医科大学大学院医学研究科アレルギー膠原病内科分野³⁾

○古賀琢真¹⁾, 岡元昌樹¹⁾, 海江田信二郎¹⁾, 坂元 暁¹⁾

藤本公則²⁾, 川山智隆¹⁾, 桑名正隆³⁾, 井田弘明¹⁾

星野友昭¹⁾

【目的】抗MDA5抗体陽性PM/DM-ILDは急速進行例が多いことが分かっているが, 昨年保険収載されたELISAで測定した同抗体価の臨床的意義は不明のため明らかにする。

【方法】過去のPM/DMの保存血清中抗MDA5抗体価測定, カルテデータの後ろ向き解析を行った。

【結果】抗MDA5抗体陽性例は, ILD合併例36例中13例, ILD非合併例9例中0例であった。死亡例7例の死亡例は全てILD合併例(抗MDA5抗体陽性6例, 陰性1例)で全死因は急性呼吸不全であった。抗MDA5抗体価のカットオフ値を100U/mLとした場合の死亡予測能は, AUC0.95, 感度85.7%, 特異度96.6%と高かった。急性呼吸不全を発症しなかった抗MDA5抗体陽性例における6/12/18/24ヵ月後の%FVC改善(10%以上増加)例の割合は42.9/50/66.6/80%, 陰性例は58.3/66.6/80/53.8%と両者の治療反応性に差はなかった。

【結語】抗MDA5抗体陽性PM/DM-ILDは, 高抗体価群での急性期死亡率は高いが, 低抗体価群での慢性経過は抗体陰性例と同様に良好である。

187 Wegner肉芽腫症の治療中に肥厚性硬膜炎を発症した一例

日本大学医学部内科学系¹⁾

日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野²⁾

○森田博之¹⁾, 高野友喜²⁾, 野本正幸²⁾, 中川喜子²⁾

平沼久人²⁾, 清水哲男²⁾, 高橋典明²⁾, 橋本 修²⁾

64歳男性, 7年前からWegner肉芽腫症でステロイドによる治療を行われていた。8か月前からPR3-ANCAが上昇傾向となり5か月前から朝になると右後頭部頭重感が出現していた。ステロイド増量しPR3-ANCAは低下傾向となったが, 右後頭部頭重感が増悪傾向であり, めまいや吐気の出現もあるため精査目的で入院となった。入院後の頭部造影MRI検査では大脳鎌前方から両側大脳の硬膜肥厚と増強効果を認めた。髄液検査では感染症や低髄圧症候群は否定的であった。Wegner肉芽腫症に伴う肥厚性硬膜炎と考えられ, ステロイドと併用してシクロフォスファミドの投与を開始した。シクロホスファミド開始後, 頭重感は改善傾向となったため退院となった。

【考察】Wegner肉芽腫症ではまれに肥厚性硬膜炎を発症することがある。その原因としては中枢神経に限局する慢性の非特異的肉芽腫性炎と考えられる。ステロイドや免疫抑制剤で改善することが多いが, 後遺症を残すこともある。頭痛やその他の脳神経症状を認める場合には, 速やかに頭部造影MRIを施行し, 治療を検討する必要がある。

【結語】Wegener肉芽腫症の治療経過中に肥厚性硬膜炎を発症した一例を経験した。

188 筋症状を有する抗MDA5抗体陽性の間質性肺炎合併皮膚筋炎の1例

奈良県立医科大学内科学第二講座

○片岡良介

【症例】69歳男性【主訴】皮疹，両上肢痛，呼吸苦【現病歴】2016年5月頃より皮疹，嚥下障害，歩行時の呼吸困難が出現し近医受診した。両上肢痛，機械工の手を認め，筋電図で筋原性変化，全身MRIで三角筋，上腕二頭筋に炎症所見を認めた。血液検査ではCK高値を認め，胸部CTにて右中葉，左下葉に網状影を認めた。上下部消化管内視鏡検査では悪性所見は認められなかった。皮膚筋炎が疑われ，筋生検にて皮膚筋炎と診断した。その後，第0病日にプレドニゾン(PSL)50mg/日にて治療を開始しCK値は速やかに改善を認めたが，呼吸苦は改善せずCTの陰影は徐々に進行を認めた。第59病日にタクロリムス(TAC)を併用開始したがCTにて間質性肺炎は緩徐に進行していた。PSLパルス，シクロフォスファミドパルスを施行したところ陰影の増悪は認めなかった。その後，シクロフォスファミドパルスを2週間毎に施行しながらPSLの量を漸減し，PSL25mgとTAC3mg内服にて退院となった。【考察】本症例では抗MDA5抗体陽性であったが筋痛を認めており，また間質性肺炎は難治性ではあるが急速進行性ではなかった。そのため近年報告されている抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎とは臨床経過が異なっていた。

189 再発性多発軟骨炎に対してステロイド・免疫抑制剤併用治療中に発症したM.abscessusによる播種性非結核性抗酸菌症の一例

奈良県立医科大学内科学第二講座

○山崎安寿弥，長 敬翁，山内基雄，田崎正人

友田恒一，吉川雅則，木村 弘

再発性多発軟骨炎に対して，ステロイド・免疫抑制剤併用治療中に，M.abscessusによる播種性非結核性抗酸菌症を発症した一例を経験した。本症例では，M.abscessusによる播種性非結核性抗酸菌症に対して，AMK 800mg/day+IPM 3g/day+CAM 800mg/dayの3剤併用療法を2か月間施行し，引き続き，FRPM 600mg/day +CAM 800mg/dayの2剤併用療法を5か月間行い，培養陰性を確認できその後の増悪を認めていない。本症例はHIV非感染者で，骨髄検査からも血液疾患は否定的であり，再発性多発軟骨炎に対してステロイドや免疫抑制剤を長期投与していたことが播種性非結核性抗酸菌症の発症に関与した可能性がある。

肺M.abscessus症には現時点で治療可能な信頼できる化学療法レジメンはないとされているが，AMKおよびIPM/CSの経静脈的投与にCAMの併用を数週間行い，その後FRPM，CAMの併用投与を行うことが推奨されている。M.abscessusによる播種性非結核性抗酸菌症の報告は数例しかなく，推奨されている治療期間は不明であり，今後の症例の蓄積が望まれる。

190 反復する肺炎を契機に診断された分類不能型免疫不全症(CVID)の一例

沖縄県立中部病院内科¹⁾

沖縄県立中部病院呼吸器内科²⁾

沖縄県立中部病院血液腫瘍内科³⁾

○豊福尚且¹⁾，長野宏昭²⁾，山城 信²⁾，朝倉義崇³⁾

【症例】30歳，女性【主訴】発熱・咳・痰

【病歴】成人後より慢性副鼻腔炎を指摘され，気道感染を繰り返すようになった。転勤に伴い沖縄へ移住した後に発熱，咳，痰にて救急外来を受診。肺炎として経口抗菌薬を処方されたが，軽快せず6日後に再診。外来にて抗菌薬点滴を5日間行い一旦軽快した。しかし，治療終了9日後より再び発熱，痰の増加がみられ，肺炎の再燃として入院となった。身体所見ではばち状指が見られ，胸部CTでは両側肺に浸潤影と気管支拡張像がみられた。

【臨床経過】入院後は抗菌薬点滴にて速やかに解熱し経過は良好であった。繰り返す気道感染，帯状疱疹の既往があることから，免疫不全を疑い各種検査を提出したところ，免疫グロブリンの全系統における著明な低下がみられた。血液腫瘍内科へ紹介し，フローサイトメトリーにてCVIDと診断された。免疫グロブリンの投与を行い退院となった。

【考察】CVIDの半数以上は成人後に診断されており，感染症を繰り返す健常な成人では，免疫不全症の存在を疑う必要がある。今回は，頻回の気道感染と帯状疱疹の病歴，身体所見などから免疫不全を疑い，免疫グロブリン低値を契機に診断となった。

【結語】反復する肺炎，低ガンマグロブリン血症を契機に診断に至ったCVIDの一例を経験した。

191 オシメルチニブ投与に際しparadoxical response類似の反応を示したEGFR遺伝子変異型肺腺癌の1例

水戸協同病院・筑波大水戸地域医療教育センター総合診療科¹⁾

同呼吸器内科²⁾

同病理³⁾

○大内翔悟¹⁾，岡内眞一郎¹⁾，大澤 翔²⁾，大原 元²⁾

籠橋克紀²⁾，佐藤浩昭²⁾，高屋敷典生³⁾

【背景】結核治療に際し有効な治療にもかかわらず臨床上一次的増悪がみられるparadoxical responseを経験することがある。今回第3世代EGFR-TKIであるオシメルチニブ投与に際して本反応に類似する経過を示した1例を経験した。【症例】58歳男性。X-2年にEGFR遺伝子変異型肺腺癌IV期と診断され，EGFR-TKI，プラチナ製材を含む化学療法を投与された後，肺転移，癌性胸膜炎増悪がみられ来院。胸腔穿刺でT790M遺伝子陽性の診断を得，オシメルチニブ投与を開始。1か月後のCTでは肺内病変の縮小がみられたが，胸水は増加。投与開始2か月後のCTでは肺病変のさらなる縮小と，右胸水消失，左胸水減少を確認。【考察】T790M遺伝子陽性細胞にはheterogeneityがあるとの報告があるが，本治療開始後の胸水増加については，肺病変の縮小に伴う何らかの二次的胸水産生・吸収のアンバランス，肺内，胸腔内のT790M遺伝子陽性癌細胞のheterogeneity，同治療へのparadoxical response類似の反応に起因する可能性が考えられる。【結語】オシメルチニブで部位により縮小と増悪が同時期にみられた際には，1か月程度での効果再判定が望ましい。今後の治療に示唆を与える例と考え報告する。

192 ニボルマブ投与後に pseudoprogression を来した 非小細胞肺癌の一例

福山市民病院¹⁾

福山市民病院内科²⁾

○金道寛弥¹, 藤井詩子², 三谷玲雄², 高田一郎²

【症例】74歳男性【主訴】特になし

【現病歴】検診で胸部異常陰影を指摘され、当院内科受診された。精査の結果非小細胞肺癌と診断し、2012年10月より化学療法を施行された。以後レジメン変更を繰り返しながら治療を継続され、2016年1月より、ニボルマブ治療を開始された。胸部CTで原発巣はPRであったため、以後外来にて継続治療されていた。17コース施行後の胸部CT検査で原発巣の増大を認め、PDと診断し、ニボルマブ中止した。中止1か月後の胸部CTで原発巣の縮小を認め、pseudoprogressionと診断し、ニボルマブ治療を再開した。

【考察】免疫チェックポイント阻害薬であるニボルマブは、投与初期に免疫反応とみられる腫瘍の一時的な増大を認めることがあり、その反応は、'pseudoprogression' と呼ばれている。今回の症例のように、画像上PDとなった場合に投与初期の増大でなくても、pseudoprogressionを考慮する必要があることが示唆された。

【結語】ニボルマブ投与PRの後に pseudoprogression を来した症例を経験した。

193 原発性全身性ALアミロイドーシスに Receptor for advanced glycation end-products (RAGE) 陽性肺腺癌を合併した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院初期臨床研修医¹⁾

順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学²⁾

関東労災病院病理診断科³⁾

○永田一郎¹, 岡本翔一², 十合晋作², 清水一枝²
濃沼淑芳², 難波由喜子², 伊藤潤², 植草利公³
高橋和久²

【背景】Receptor for advanced glycation end-products (RAGE) はアミロイド受容体で、肺組織では恒常的に発現しているが、肺癌組織上には通常発現は認められない。

【症例】71歳女性。肥大型心筋症の診断後、下腿浮腫と蛋白尿が出現しネフローゼ症候群の精査目的に当院を紹介受診した。胸部CTで右上葉結節影と縦隔リンパ節腫大が認められた。経気管支的腫瘍生検で周囲にアミロイド沈着を伴う肺組織に囲まれた肺腺癌 (stage IA: T1aN0M0) の診断が得られた。また縦隔リンパ節、十二指腸、心筋、骨髄組織からも同様にAL型アミロイドが検出された。以上からネフローゼ症候群、肥大型心筋症を伴う原発性全身性ALアミロイドーシスと診断した。本症例はRAGEの免疫組織染色を行い、肺癌組織に強陽性を示した。

【結論】肺癌組織にアミロイド受容体であるRAGEの発現を認めたことからアミロイド蛋白とがん細胞の相互作用が病態に関与している可能性が示唆された。RAGEを発現した肺癌では、アミロイドーシスの合併を考慮すべきである。

194 難治性気胸に対し経気管支的なEWS (Endobronchial Watanabe Spigot) の充填が有効であった2症例

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

○北川幹太, 倉石博, 廣田周子, 小澤亮太, 赤羽順平

山本学, 佐藤ひかり, 増渕雄, 小山茂

肺がんや間質性肺炎、COPDなどの基礎肺疾患がある症例が気胸を発症し、胸腔ドレナージのみで改善せず、かつ手術が不可能な場合には治療が難しい。このような難治性気胸に対して当院では軟性気管支鏡を用いて、積極的に経気管支的にEWSの充填を行っている。症例1は70歳男性。X年7月に非小細胞肺癌(扁平上皮がん)4期と診断し化学療法を行っていた。X年12月に原発巣のある右側に気胸を発症し、ドレナージ、自己血癒着を施行したが改善しなかった。ウログラフィンによる胸腔造影、気管支内腔からのバルーンテスト、CT画から病変部分を予測し、EWSを3個充填。5日後にドレナージを抜去した。症例2は96歳男性。無治療のCOPDあり。X年10月に気胸を発症し救急搬送。ドレナージ、自己血癒着を施行したが改善しなかった。ウログラフィンによる胸腔造影、気管支内腔からのバルーンテスト、CT画像から総合的に病変部位を予測してEWSを3個充填し、3日後にドレナージを抜去した。EWS充填部位の決定は困難な場合があるが、胸腔造影、バルーンテスト、CT画像から総合的に判断し、いずれもEWS充填が有効であった。

195 非小細胞肺癌重複癌治療後の孤立性脾臓転移に対し脾臓摘出を施行した一例

慶應義塾大学内科学教室(呼吸器)¹⁾

慶應義塾大学病院病理診断部²⁾

慶應義塾大学一般消化器外科³⁾

○石高絵里子¹, 西野誠¹, 額賀重成¹, 鎌田浩史¹

上田壮一郎¹, 川田一郎¹, 川井田みほ², 北郷実³

北川雄光³, 別役智子¹

症例は70代男性。20XX年8月に非小細胞肺癌LCNEC, cT4N3M0 Stage IIIBと診断された。全身化学療法放射線療法を施行され増悪なく経過した。20XX+12年1月に、非小細胞肺癌 腺癌 cT1bN0M0 Stage IA, EGFR 遺伝子変異陰性, ALK 融合蛋白陰性(重複癌)に対し、右上葉切除術が施行された。20XX+12年5月脾臓腫瘍を指摘された。増大傾向を示したため、肺癌脾臓転移が疑われた。精査にて脾臓のみの再発転移(oligo-metastasis)疑いと診断。病勢制御目的に脾臓摘出術施行の方針とした。耐術能評価後、20XX+12年12月脾臓摘出術施行した。術後、脾臓後症候群予防のワクチン接種を行った。20XX+13年1月現在全身状態良好である。肺癌脾臓転移は比較的稀であり、これまでの報告では高率に脾臓破裂をきたし予後不良とされている。単一臓器のoligometastasisと判断された場合、胸腔内病期がI~II期であるならば、転移巣切除は予後の延長、さらには根治をも狙える有効な治療手段になり得るとされる。肺癌脾臓転移, oligo-metastasis に対する治療について、文献的考察を加え報告する。

196 ダウン症候群に合併し、マクロライド少量長期療法が有効であった Excessive dynamic airway collapse の 1 例

公立みつぎ総合病院内科

○堀口崇典, 尾下豪人, 折村多恵, 渡辺章文

【症例】64 歳, 男性【主訴】喘鳴, 食思不振

【現病歴】ダウン症候群のため障害者支援施設に入所中。半年前に喘鳴, 湿性咳嗽が出現し, 喘息性気管支炎の診断で気管支拡張薬, 去痰剤が開始された。以後も喘鳴を繰り返し, ステロイド短期投与等が行われた。10 日前より喘鳴が出現し, ステロイド薬を処方されたが症状改善せず, 食思不振も伴ったため精査加療目的で入院となった。

【経過】気管支拡張薬の吸入を行ったが, 喘鳴は改善しなかった。CT で気管が三日月状に狭窄しており, 気管軟化症を疑った。気管支鏡検査および気管部の連続 CT 撮影では吸気時と比較して呼気時に膜様部の膨隆を伴う 50% 以上の気管狭窄を認めため, Excessive dynamic airway collapse (EDAC) と診断した。気道クリアランス改善目的にマクロライド少量長期療法を開始したところ, 喘鳴, 湿性咳嗽が軽減し, それに伴って食事摂取量も増加した。退院後, 外来で経過観察中だが症状悪化を認めない。

【考察】EDAC は気管膜様部脆弱化のために呼気時の気管狭窄をきたす病態であり, 再発性気管支炎により喘鳴や湿性咳嗽が遷延する。十分なコンセンサスが得られた治療法はないが, 遷延する呼吸器症状に対してマクロライド少量長期療法は選択肢の一つになりうる。

197 血液培養から *Moraxella catarrhalis* が分離された人工呼吸器関連肺炎の 1 例

沖縄赤十字病院¹⁾

琉球大学医学部第一内科²⁾

○新里広大¹⁾, 那覇 唯¹⁾, 内原照仁¹⁾, 赤嶺盛和¹⁾, 藤田次郎²⁾

【症例】88 歳女性【主訴】呼吸困難

【現病歴】大腿骨頸部骨折の手術歴あり, 201X 年 8 月頃より ADL は寝たきりの状態で在宅療養されていた。既往に心房細動あり。翌年 3 月 4 日食後に意識障害となり当院救急搬送。到着時自発呼吸が弱く, 直ちに挿管。誤嚥性肺炎で入院。その後は加療にて順調に回復したが 3 月 13 日に右小脳に急性期脳梗塞を発症した。人工呼吸器からのウィーニング施行するも離脱は困難で, 6 月 2 日慢性期医療施設へ転院。同年 6 月 16 日, 前医にて SpO₂ が 70% まで低下し, 同日当院転院となった。

【臨床経過】転院時人工呼吸器関連肺炎と診断, CFPM 開始。入院時喀痰培養と血液培養から *Moraxella catarrhalis* が分離された。呼吸状態は一時的に悪化し, ARDS としてメチルプレドニゾロン 40mg/日 を投与も追加。改善傾向となって漸減終了した。その後は肺炎を 1 度再発するも, この時の起病菌は緑膿菌で TAZ/PIPC で軽快した。9 月 12 日前医へ転院となった。

【考察】血液培養から *Moraxella catarrhalis* が分離された報告は我々が調査した結果全 67 症例 (内国内 1 症例) と極めて少ない。今回, 当院でも貴重な症例を経験したので, 文献的考察をふまえ報告する。

198 誤嚥性肺炎に対する抗生剤の適正使用および医療経済に関する後方視的研究

総合病院厚生中央病院総合内科¹⁾

総合病院厚生中央病院前期研修医²⁾

○高山治利¹⁾, 吉田雅一¹⁾, 奥田優子¹⁾, 金坂莉子²⁾

野中榮仁²⁾, 岩崎 源²⁾, 岸下秀太²⁾, 青田泰雄¹⁾

北川尚之¹⁾, 横山智央¹⁾

誤嚥性肺炎は高齢化社会に伴い年々増加傾向にあり, 国民医療費への大きな負担となっている。今回我々は 2015 年 4 月から 2016 年 8 月における誤嚥性肺炎で DPC 診療を行った患者 132 人 (172 エピソード) を対象に, 抗菌薬の適正使用および医療費について後方視的な解析を行った。抗菌薬の選択は, 日本呼吸器学会医療・介護関連肺炎診療ガイドラインを用いて評価し, 肺炎の重症度評価には A-DROP を用いた。同期間に肺炎で DPC 診療を行った患者は 309 エピソードであり, うち誤嚥性肺炎は 55.7% であった。誤嚥性肺炎の平均年齢は 88.9 歳, 男性は 44.2%, 女性は 55.8% であり, 平均在院日数は 33 日であった。初回治療で投与した抗菌薬 (1 日標準投与量の薬価) の割合・日数は, SBT/ABPC (782 円) が 32.6%・6.2 日間, TAZ/PIPC (6,435 円) が 27.3%・6.4 日間, CTRX (578 円) が 18.0%・6.4 日間であった。抗菌薬別の平均 A-DROP スコアは, SBT/ABPC 2.1, TAZ/PIPC 2.1, CTRX 2.1 であり, 肺炎の重症度と相関関係はなく, 重症や耐性菌リスク因子のない患者に対して高価な TAZ/PIPC が投与されている症例が多く認められた。適正な抗菌薬を選択することによって, 誤嚥性肺炎の疾病負担を減らし, 医療経済にも貢献できると思われる。

199 再膨張性肺水腫をきたした月経随伴性気胸の 1 例

東京女子医科大学病院呼吸器内科¹⁾

同呼吸器外科²⁾

同病理診断科³⁾

○市川明日香¹⁾, 武山 廉¹⁾, 久保綾子¹⁾, 鬼塚裕美³⁾

厚美慶英¹⁾, 清水悠里¹⁾, 神崎正人²⁾, 多賀谷悦子¹⁾

近藤光子¹⁾, 玉置 淳¹⁾

月経随伴性気胸は再発性の気胸であるが, 内膜症病変は月経周期に伴い変化するため, 異所性子宮内膜が病理学的に証明されない場合が多い。症例は 37 歳女性, 15 歳頃より年に 1, 2 回月経時に背部痛を認めていたが 1 日程度で軽快していた。28 歳時に気胸で入院, 月経随伴性気胸を疑われた。その後も月経時に背部痛を認めていたが, 1 日程度で自然軽快していた。201X 年 11 月中旬, 月経初日より背部痛が出現, 持続するため 11 月下旬に近医を受診, 右気胸を指摘され同日緊急入院となった。画像上, 右肺は完全に虚脱しており, 胸腔ドレナージによる脱気を開始した。治療開始 30 分後より呼吸困難, 右全肺野に浸潤影が出現し, 再膨張性肺水腫と診断した。ネーザルハイフロー管理下で mPSL 500mg/日 を 3 日間投与し肺水腫は改善したが, 肺の完全膨張は得られず, 胸腔鏡下手術の方針とした。胸腔鏡では右上葉にブラ, 横隔膜に小孔を認め, 右肺上葉部分切除, 横隔膜部分切除を施行, 両検体ともにプロゲステロン陽性間質細胞が検出された。臓側胸膜, 横隔膜ともに子宮内膜組織を認めた症例を経験したため報告する。

200 自己判断で放置したことにより脾梗塞、脾膿瘍を合併した肺動静脈瘻の一例

千葉大学呼吸器内科

○内藤 潤, 笠井 大, 菅 正樹, 杉浦寿彦, 津島健司
田邊信宏, 巽浩一郎

【症例】66歳女性

【主訴】労作時呼吸困難, 全身倦怠感

【現病歴】2年前に労作時呼吸困難を主訴に近医を受診し, 肺動静脈瘻を指摘された。当科への受診を勧められたが, 自己判断で放置していた。数日前から急激な呼吸困難の増悪があり, 当院を受診した。低酸素血症および発熱を認めたため, 緊急入院となった。

【臨床経過】血液検査上炎症所見およびDICを呈しており, 胸腹部CTでは既知の肺動静脈瘻に加えて脾梗塞・脾膿瘍の合併もみられた。抗菌薬, 抗凝固薬による治療を行い, 全身状態の安定後に肺動静脈瘻に対しコイル塞栓術を施行した。

【考察】肺動静脈瘻は脳梗塞や脳膿瘍など様々な合併症を起こすと知られているが, 脾梗塞や脾膿瘍を合併することは極めて稀である。本症例は肺動静脈瘻を放置したことにより脾梗塞, 脾膿瘍などの合併症を起こしたものと考えられた。

【結語】放置したことで脾梗塞, 脾膿瘍を合併した肺動静脈瘻の一例を経験した。肺動静脈瘻は様々な合併症を起こすことがあるため, 適切な時期に治療介入をすることが重要である。

201 レジオネラ症を合併したTAFRO症候群の一例

諏訪中央病院総合診療科¹⁾

腎臓・糖尿病内科²⁾

大町総合病院内科³⁾

信州大学医学部脳神経内科, リウマチ膠原病内科⁴⁾

○藤川裕恭¹⁾, 柴崎俊一²⁾, 吉田のり子¹⁾, 金子一明³⁾

下島恭弘⁴⁾

【緒言】TAFRO症候群(以下TAF-S)は, 最近本邦で見出された, 全身性の炎症性疾患である。急速に進行し死亡例もあるが, 未だ病態生理は不明である。今回, レジオネラ尿中抗原検査が陽性となったTAF-Sの一例を経験した。

【症例】54歳男性。半年前からの11kgの体重減少, 3日前からの発熱のため当院を受診し, 入院となった。著明な炎症反応上昇・血小板減少・ALP上昇・肝脾腫・軽度のリンパ節腫脹を呈していた。胸部単純CTで異常はなかったが, 比較的徐脈・下痢を認めた。レジオネラ尿中抗原検査が陽性であった。レジオネラ症として抗菌薬治療が行われたが, 全身状態は悪化した。血小板減少など特徴的な所見の組み合わせより, TAF-Sを疑い, 骨髓生検, リンパ節生検から診断した。

【考察】TAF-Sは, 血小板減少(Thrombocytopenia), 胸腹水・全身性浮腫(Anasarca), 発熱(Fever), 骨髓線維化(Reticulin fibrosis), 肝脾腫など臓器腫大(Organomegaly)を呈する疾患群であり, 多中心性キャッスルマン病(以下MCD)の亜型とされる。TAF-Sの機序は未だ不明だが, MCDと同様, IL-6等の高サイトカイン血症の関与が注目されている。レジオネラ症がTAF-Sの誘因になった可能性も考慮されるが, 関連は不明である。

202 亜鉛過剰摂取による銅欠乏で汎血球減少を来した例

信州大学医学部医学科¹⁾

長野赤十字病院血液内科²⁾

○石川龍人¹⁾, 植木俊充²⁾, 小林 光²⁾

69歳女性。前医で10年前からの透析施行中, 進行性の白血球減少と貧血を指摘され受診し, 入院後精査で慢性炎症による貧血, および自己免疫性好中球減少症と診断した。G-CSFと抗生剤による治療で血球減少及び肺炎は改善したが, その4か月後再度進行性の白血球減少と貧血が出現し再入院した。再入院後は同じ治療では改善せず, さらに血小板減少も出現した。骨髓検査で有核細胞数は67,000/ μ Lと十分だったが, 空胞を内部に有する骨髓球, 増加した環状鉄芽球, 鉄顆粒を含む質細胞が認められ, 銅欠乏時に特徴的, あるいは認めうる所見と考えられた。血清銅を測定したところ感度以下($< 2\mu$ g/dl)であったため銅欠乏による汎血球減少と診断し, 経静脈的に銅補充を行ったところ3系統とも改善が認められた。銅欠乏は銅欠乏とそれによる血球減少をきたすことが最近報告されている。本症例では透析後亜鉛喪失による味覚障害のために7年前よりボラブレジンクを内服しており, これが銅欠乏の原因と考えられた。ボラブレジンクは胃潰瘍や味覚障害の治療に汎用される薬剤で, 特に味覚障害に関しては唯一の保険適応を有する薬剤であるが, 銅欠乏とそれによる血球減少をきたす可能性があり, 特に長期内服にあたっては注意が必要と考えられた。

203 胃切除後の破碎赤血球を伴う巨赤芽球性貧血の一例

獨協医科大学医学部¹⁾

獨協医科大学総合診療科²⁾

○松井隆之¹⁾, 森永康平²⁾, 原田侑典²⁾, 廣澤孝信²⁾

原田 拓²⁾, 志水太郎²⁾

【症例】80歳女性【主訴】転倒

【現病歴】X-2日からふらつきがあり増悪傾向であった。入院当日転倒し, 近医に救急搬送となる。ヘモグロビン8.1g/dl, 血小板4万/ μ L, 血液塗抹像に破碎赤血球を認め, Thrombotic Thrombocytopenic purpura(以下TTP)疑いで当院に転院搬送となった。

【既往歴】X-20年前 胃癌に対して胃全摘および脾摘

【臨床経過】血小板減少進行を認め, TTPも否定できず, 骨髓生検を施行し, 赤芽球系の増加と大小不同, 巨核球系の減少, 好中球過分葉化を認めた。ビタミンB12低下, MCV高値, LDH上昇などから胃切除後のビタミンB12欠乏症と診断し, 補充実施した。その後改善し, 入院34日目に退院となった。

【考察】ビタミンB12欠乏症による重症貧血および血小板低下も呈したと考えられ, 「偽性TTP」と称される症例報告も散見される。ビタミンB12欠乏症により破碎赤血球も出現することが知られている。また有症状の約10%に汎血球減少, 重症貧血, 微小血管障害が認められるとの報告もある。胃全摘患者でのビタミンB12欠乏症の発生率は100%との報告もあり, 術後のフォローでは補充を留意しなければならない。

【結語】今回, ビタミンB12欠乏症によるTTPと類似する症状を示す症例を経験した。

204 自動陽イオン交換法 (HPLC) による HbA_{1c} 測定を契機に発見されたヘモグロビン (Hb) 異常症の一例
群馬県済生会前橋病院血液内科¹⁾
群馬県済生会前橋病院消化器内科²⁾

○田村美樹¹, 初見菜穂子¹, 飯野宏允¹, 三原正大¹
星野匠臣¹, 高田 覚¹, 佐倉 徹¹, 吉永輝夫²

【症例】55歳男性【主訴】HbA_{1c}測定値異常【現病歴】健康診断で糖尿病を指摘される年とされない年があった。201X-3年から近医で糖尿病治療を開始。定期的にHbA_{1c}を測定するようになった。運動、食事療法も安定して行っていたがHbA_{1c}は6.5-9.8%と変動し、201X年3月に5.8%に低下、その後測定不能となり当院紹介となった。当院初診時、随時血糖241mg/dl、HbA_{1c}10.2%、GA24.2%であり、GAとHbA_{1c}に乖離を認めた。自動HPLC測定では安定A_{1c}分画に近接した遅溶性未知ピークを認めた。等電点電気泳動、イソプロパノールテスト、熱変性試験を実施し、安定型Hb異常を検出した。患者の同意を得、α、βグロビン遺伝子を検索し、本邦での報告のないβ遺伝子の点突然変異 (Hb niguada: Codon 3 CTG → ATG) と診断した。【考察】HPLC法は、陽イオン交換樹脂を用いたクロマトグラフィーでHbを分画する方法である。表面の電荷に異常のあるHbでは、通常では出現しないピークを認め、HbA_{1c}データに異常を生じることがある。Hb異常症は本邦では0.03%程度の頻度とされ、うち70%は症状を有さず、HPLC測定により偶然発見される例も多い。このような症例では糖尿病の治療や評価判定の過誤につながる可能性がありGAを代替する等の注意を要すると考えられた。

205 著明な高グロブリン血症と骨融解をきたし多発性骨髄腫を疑われた1例

医療法人沖繩徳洲会湘南鎌倉総合病院血液内科

○石堂博敬, 佐藤 淑, 神戸栄美子, 玉井洋太郎, 田中江里
【症例】46歳女性【主訴】右肩痛【現病歴】1ヶ月以上持続する右肩痛で近医受診し、右上腕骨融解像、貧血、タンパク/アルブミン (TP/Alb) 解離を指摘され多発性骨髄腫 (MM) 疑いで紹介。【既往歴】白内障術後。【臨床経過】血清、尿中にM蛋白を認めず、MMは除外された。MRIでは右上腕骨髄炎の所見で、血液培養で黄色ブドウ球菌が検出され、経胸壁心エコーで大動脈弁に疣贅を認め、造影CTで両側腎梗塞が見られたため、感染性心内膜炎 (IE) と血行性骨髄炎と診断した。さらに抗SS-A抗体高値、ガムテストで唾液量の低下を認め、Sjögren症候群と診断した。また、上部消化管内視鏡で食道静脈瘤を認め、肝生検で非アルコール性肝硬変 (NASH) の所見であった。抗菌薬加療により炎症所見は改善したが、TP/Alb解離は著変なかった。【考察】Mayo clinicの報告によれば、polyclonal gammopathyの原因として肝疾患が61%、膠原病が22%、慢性感染症が6%、血液疾患が5%、非血液悪性腫瘍が3%であり、TP/Alb解離を見た場合MMと安易に診断しないよう心がけたい。本症例は、Sjögren症候群・NASHを基礎疾患に持ち、骨髄炎とIEの慢性炎症が加わってTP/Alb解離をきたし、更に上腕骨融解像が見られ、初診時にMMが疑われた示唆に富む症例と考えられ報告する。

206 慢性呼吸不全の原因がメトヘモグロビン血症と判明し、メチレンブルー投与で在宅酸素療法を離脱した一例

那覇市立病院内科

○入部康弘, 横田尚子, 湧川朝雅, 中田円仁, 田端一彦

【症例】81歳女性【主訴】呼吸困難

【現病歴】肺癌術後、肺結核の既往があり、慢性呼吸不全で他院にて在宅酸素療法が導入されていた患者が突然呼吸困難をきたして救急搬送された。来院時酸素マスク5L/min投与下で呼吸数23回/分、SpO₂80%で口唇と四肢末梢のチアノーゼが著明であったが、呼吸困難自体は既に消失していた。NPPV管理下SpO₂80%台前半であったが血液ガス検査でPaO₂は300Torrと乖離がみられた。そしてメトヘモグロビンが36%と上昇していた。メトヘモグロビン血症と診断し、メチレンブルーを投与したところ数分でSpO₂99%まで上昇するとともにチアノーゼも改善した。そのまま慢性呼吸不全を脱し、在宅酸素療法は不要となった。患者は若い頃からチアノーゼがあったとのことであり、さらに家族歴もあったため、先天性メトヘモグロビン血症の可能性が考えられた。

【考察】呼吸不全に対しては通常は呼吸器系や心血管系の異常の検索がなされるが、まれにメトヘモグロビン血症が原因であることがある。PaO₂とSpO₂、患者の症状に乖離がある場合、メトヘモグロビン血症も鑑別に挙げる必要がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

207 3回臍帯血移植を行った難治性腸管症型T細胞リンパ腫の一例

京都大学医学部附属病院血液・腫瘍内科

○加藤まどか, 渡邊瑞希, 近藤忠一, 北野俊行, 菱澤方勝
山下浩平, 高折晃史

症例は57歳女性。X-11年大量腹水・腹痛があり胃・十二指腸・大腸の生検で腸管症型T細胞リンパ腫と診断。EPOCH2コースでPD、ICE4コースでCRとなりX-10年7月に前処置Flu/Mel/TBI4GyでCBTを行った。X-8年末梢血に芽球が出現し、Donor cell leukemia (AML M5a) と診断。IDR/AraC、MEC2コース行いCRとなり、前処置Flu/Mel/TBI4GyでX-8年7月に2回目のCBTを行い、以降CRを維持していた。X-5年CTで肝臓に低濃度域を認め、肝生検でリンパ腫再発と診断された。ESHAP1コース、GDP5コースでCRとなり、前処置Flu/MelでX-5年4月に3回目のCBTを行い、以降CRを維持していた。X-1年11月頃から嚥下時違和感・嘔声が出現し、右梨状窩・右仮声帯に腫瘤を認めX年5月に生検でリンパ腫再発と診断した。声門部腫瘤の急速な増大傾向を認めたため、5月26日より放射線照射 (30.6Gy/18Fr) を開始し、病変の著明な縮小・消失が得られた。6月22日よりICEを1コース行い、病変消失を保っている。非常に稀なリンパ腫に対して複数回の臍帯血移植を施行した貴重な症例であり、文献的考察を含めて報告する。

208 MTX 関連リンパ増殖性疾患の化学療法中にたこつぼ型心筋症を発症した関節リウマチの一例

JCHO 東京山手メディカルセンター内科¹⁾

血液内科²⁾

循環器内科³⁾

○高橋孝通¹, 米野由希子², 笠野健介³, 渡部真吾³

薄井宙男³, 柳 富子²

66歳女性.1998年より関節リウマチに対しMTX,PSL内服.2016年9月より微熱出現し当院受診.MRIにて表在,腹腔内リンパ節腫脹,両肺多発結節を認めた.鎖骨上窩リンパ節生検が施行され,MTX関連リンパ増殖性疾患(LPD)(CD20,79a,BCL6,EBER陽性)と診断され入院.MTXは中止された.BT 37.4℃,Hb 7.7g/dL,LDH 383 IU/L,CRP 12mg/dL,sIL-2R 5290 U/mL,骨髓浸潤(+)(CSIVB).入院day4に呼吸困難,意識障害(JCS II-20)出現.同日に減量(40%)ADM+CPA/mPSL施行し病状は改善した.Day21にrituximab(RIT)導入,開始5時間後より歩行時SpO₂が低下した.Day22にADM+CPA投与.Day23に呼吸不全となり心不全,肺水腫と診断された.ECGにてST上昇とnegative Tが,UCGにて前壁中部から心尖部にかけて asynergy が見られた.緊急冠動脈造影が施行され,有意な狭窄は認めず,たこつぼ型心筋症(TC)と診断された.血圧低下しICU管理となるも,治療にてday26より改善し退院となった.MTX-LPDはCRとなった.【考察】化学療法中にTCを発症した報告例は稀であるが,原疾患がMTX-LPDの報告例は調べたかぎりではなかった.RIT投与後の報告は1例のみであった.TC発症と抗癌剤の因果関係は不明であるが,化療時には抗癌剤関連のTC発症も念頭において治療にあたることが重要と思われた.

209 抗生剤投与後にアナフィラキシーショックに陥ったホジキンリンパ腫の1例

福井大学医学部第一内科¹⁾

福井大学医学部附属病院病理部²⁾

○松岡紗恵¹, 大岩加奈¹, 大藏美幸¹, 松田安史¹

田居克規¹, 細野奈穂子¹, 山内高弘¹, 酒井康弘²

吉田寿人²

【症例】78歳 男性【主訴】発熱,呼吸苦

【現病歴】数年前よりCOPDにて加療中であった.CTにて多発するリンパ節腫大を認め当科紹介となった.【経過】古典的ホジキンリンパ腫Stage3Aと診断された.化学療法を開始予定であったが,入院予定日の10日前より,全身倦怠感と呼吸苦が増悪したため緊急入院となった.酸素吸入と抗生剤TAZ/PIPC投与を開始した.翌日の抗生剤投与時に,開始5分後より激しい腹痛を訴え,悪寒・戦慄,喘鳴が出現し不穏状態となった.収縮期血圧60mmHgとなり,即座にアナフィラキシーショックに対する治療を開始したが,全身状態は回復せず,ICU入室し人工呼吸器管理となった.昇圧剤などの全身管理を行うが治療に反応せず,ICU入室から34時間後に死亡の転帰となった.病理解剖の肉眼所見では,重症感染症の所見は認めず多発するリンパ節腫大を認めるのみであった.

【考察】ホジキンリンパ腫は様々な免疫異常を伴う疾患であり,本例も通常のアナフィラキシー治療に反応せず死亡したと考える.病理解剖結果も踏まえ報告する.【結語】抗生剤投与によりアナフィラキシーショックに陥ったホジキンリンパ腫の一例を経験した.

210 再発難治性濾胞性リンパ腫の経過中に初感染と考えられる重症水痘症を発症した1例

東北大学医学部¹⁾

東北大学病院血液免疫科²⁾

○櫻井一貴¹, 市川 聡², 氷室真仁², 福原規子²

八田俊介², 小林匡洋², 大西 康², 張替秀郎²

症例は70代女性.X-11年濾胞性リンパ腫と診断され,化学療法にて一旦は完全寛解に至ったが再燃を繰り返し,適宜rituximab併用化学療法等を施行していた.X-1年11月からPEP-C療法(prednisolone 20mg, etoposide 25mg, cyclophosphamide 50mg, procarbazine 50mgを14日間内服)を行い,X年1月18日より3コース目を開始した.2月2日から嘔気,食欲不振,4日受診時には体幹,口腔内に散在する水疱が出現し,著明な肝障害,膵酵素値上昇を認めたことから,内臓病変を合併した播種性水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)感染症と判断,同日入院となった.高サイトカイン血症によると思われる高熱,血球減少,心不全も併発し状態不良であった.Acyclovir(ACV)静注投与にステロイドを併用し,肝酵素,膵酵素値は次第に改善,3週目には血球回復,解熱を得られ,次第に状態は回復した.4週目には皮疹も全て痂皮化した.入院時,VZV DNA量著明高値,血清抗VZV IgG陰性で,1月中旬に水痘症に罹患した孫の看病をしていたとのことから,本例は初感染により重症播種性VZV感染を来したものと考えられた.種々の免疫低下状態において,時に内臓病変を合併した重症のVZV感染が発生することが知られている.貴重な症例と考え,若干の文献的考察とともに報告する.

211 著名な好酸球増多で発症し好酸球性心筋炎を併発した成人T細胞性白血病・リンパ腫(ATLL)の1例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター血液内科

○中山 鈴, 大城一郁

【症例】60代男性【現病歴】X-1年12月から皮膚の掻痒自覚し,前医受診.症状改善はなかった.X年4月白血球増多,8月には白血球数111,890/ μ l(好酸球数70%,異常リンパ球15%)まで至り,当院へ紹介となった.全身の表在リンパ節の腫脹,四肢~体幹にかけて紅斑認められた.末梢血検査にてATLL急性型と診断,骨髓,皮膚への浸潤認められた.経過中,前失神と冷汗出現,心電図でV3-V6領域にST低下と,心臓超音波検査にて収縮能低下認められたため心臓カテーテル検査行われ,冠動脈の有意狭窄は認められなかった.心筋生検で,好酸球性心筋炎と診断された.【経過】著しい掻痒症状緩和のためプレドニゾン開始され,白血球数と好中球数はともに減少した.9月21日よりMOG併用mLSG15療法開始.9月22日心電図正常化,9月23日皮膚所見消失.その後末梢血での異常リンパ球が減少.しかし2コース目開始前に表在リンパ節の腫脹と皮疹の症状増悪.その後も寛解増悪繰り返し,感染症に対応しつつ化学療法を継続されている.【考察】国内外の文献を検索した限り好酸球増多を示すATLLの報告数は少なく,好酸球性心筋炎に至った例はなかった.文献的考察を含め報告する.

212 発症早期から継時的に観察し得た PEL like Lymphoma の 1 例

王子総合病院血液腫瘍内科¹⁾

札幌医科大学血液内科²⁾

○石塚理恵¹⁾, 蟹沢祐司¹⁾, 大森銀治¹⁾, 渡辺大地¹⁾

佐藤 健¹⁾, 井畑壮詞¹⁾, 小野 薫²⁾

【症例】80 才台, 女性【主訴】呼吸困難, 浮腫, 発熱【現病歴】X-9 月に腹部大動脈瘤の経過観察目的に撮影された CT で右 S6 胸膜直下に硬化像を指摘される。陰影は増大傾向にあったが無症状のため経過観察とされていた。201X 年 7 月後より倦怠感, 息切れが出現。さらに 38℃ 台の発熱も自覚したため前医を受診。浮腫, 右側優位の胸水貯留, 低酸素血症が認められた。鬱血性心不全と診断され利尿剤等が投与されたが症状はむしろ増悪した。発熱を伴っていること, 片側性胸水貯留であることから腫瘍性病態が疑われ紹介となる。胸水中に CD19 (+), CD20 (+), CD3 (-), CD138 (-), κ (-), λ (-) の大型異型リンパ球を多数認め, JH 遺伝子の再構成が証明された。さらに HHV-8, EBV, HIV-1 が陰性で節性病変や骨髄浸潤が認められないことから Primary effusion lymphoma (PEL) like lymphoma と診断した。頻回のドレナージを要するため Rituximab 併用 THP-COP 療法を導入し現在, 継続中である。【考案】HIV-1, HHV-8 陰性で体腔液のみで増殖するリンパ腫を PEL like lymphoma と称される。本邦を中心に約 70 例が報告されているが, これまで病初期像を捉えた報告はない。自験例で認められた硬化像は胸水貯留に先行して出現しており, PEL like lymphoma の進展経過を考える上で興味深く報告する。

213 軽症血友病 A 患者に発生したインヒビターの特性とその原因について

愛媛大学医学部医学科¹⁾

愛媛大学血液・免疫・感染症内科学²⁾

市立宇和島病院血液内科³⁾

○徳本大起¹⁾, 山之内純²⁾, 池田祐一²⁾, 丸田雅樹²⁾, 金子政彦³⁾, 羽藤高明²⁾, 安川正貴²⁾

【はじめに】患者は 68 歳, 男性。17 歳時に軽症血友病 A と診断。約 1 か月前に腹腔内出血のため第 8 因子製剤の補充を約 2 週間受けた。今回, 大腿部筋肉内出血を来し, 第 8 因子製剤の投与を受けたが, 出血症状の改善は乏しく, 第 8 因子活性は 1% 以下でインヒビターは 15.5BU/ml と高値であった。直ちに第 7 因子製剤を投与し, 止血は得られた。この患者で, 原因遺伝子変異と, このインヒビターが正常第 8 因子と患者の第 8 因子に影響を及ぼすかを検討した。

【結果】第 8 因子に Phe595Cys の変異が確認された。患者の血漿と正常血漿を混合した時, 残存第 8 因子活性は濃度依存性に低下し, タイプ I インヒビターの動態を示した。又, このインヒビターはインヒビターが消失した後の患者血漿中にある変異第 8 因子活性を 40% 中和した。一方で, 正常第 8 因子活性は完全に中和した。

【考察】本患者の原因遺伝子変異は第 8 因子の Phe595Cys 変異であり, このシステイン残基への変異が構造変化を来したと推測される。本患者に 1 ヶ月前に頻回に第 8 因子が投与されたことにより, これを異種と認識したため, インヒビターが発生したと考える。ここで得られた情報は本患者の今後の治療に, さらに, これからの血友病治療の発展にも役立つと考える。

214 ビタミン K 欠乏による凝固障害から消化管出血をきたした一例

帝京大学ちば総合医療センター臨床研修センター¹⁾

帝京大学ちば総合医療センター血液リウマチ内科²⁾

ナビタスクリニック³⁾

○木原佳南¹⁾, 津田健司²⁾, 谷本哲也³⁾, 竹井七保子²⁾

小松恒彦²⁾

【症例】23 歳男性【主訴】下血【現病歴】4 歳時より精神発達遅滞, てんかん発作が出現し, カルバマゼピン 600mg/日, バルプロ酸 600mg/日, レベチラセタム 1000mg/日 を内服中の患者。2016 年 7 月, 鮮血便が 2 回あり当院消化器内科紹介。受診時採血で PT-INR 1.89, APTT 174.8 秒と APTT 優位の凝固異常を認めたため血液内科紹介となった。【臨床経過】血小板数正常範囲, フィブリノーゲン 250 mg/dl, 第 II 因子 109%, 第 IV 因子 90%, 第 VII 因子 42%, 第 X 因子 103%, 第 VIII 因子 54%, 第 IX 因子 99%, 第 XI 因子 59%, 第 XII 因子 62%, 第 XIII 因子 79%, プロテイン C 活性 118%, プロテイン S 活性 80%, PIVKAI 64 mAU/ml であった。大腸内視鏡では軽度の大腸炎をみとめるのみで, 潰瘍形成や活動性の出血はなかった。メナテトレン 10mg の単回投与で, PT-INR 1.10, APTT 45.1 秒と凝固異常は大幅に改善し以後下血は認めなかった。ビタミン K の補充を継続し, 11 病日には PIVKAI 21 mAU/ml と正常化し, ビタミン K 欠乏に伴う凝固異常と確定診断した。ビタミン K 欠乏の原因となりうる併存疾患 (摂取量不足, 抗生剤投与, 肝障害, 胆汁流出障害, 腸閉塞, 炎症性腸疾患) は認めなかった。【考察】血液凝固 II, VII, IX, X 因子やプロテイン C, S および骨に分布するオステオカルシンやマトリックス Gla タンパク質が, カルボキシル化を受けて活性化型になる際に, ビタミン K は補助因子として必須である。酵素誘導型の抗てんかん薬はビタミン K 代謝を亢進させるため, ビタミン K 欠乏を誘発し薬剤性骨粗鬆症や新生児出血の原因となりうる。本症例のビタミン K 欠乏の原因として, 長期のカルバマゼピン内服の関与が考えられる【結語】長期のカルバマゼピン投与はビタミン K 欠乏による凝固障害, 出血症状を生じる可能性がある。

215 巨大血腫を来した後天性血友病 A の一例

京都府立医科大学附属北部医療センター研修医¹⁾

京都府立医科大学附属北部医療センター総合診療科²⁾

○高田一平¹⁾, 石野秀岳²⁾, 横井大祐²⁾

【症例】78 歳, 男性【主訴】左殿部皮下血腫【既往歴】急性間質性肺炎, 肺気腫, 陳旧性心筋梗塞【現病歴】2016 年 5 月に右前腕に紫斑が出現し, 近医受診した。アスピリン内服中であったため, 経過観察となった。10 日後, 左殿部の紫斑・腫脹を主訴に再度受診し, 精査目的に当院紹介受診となった。【臨床経過】造影 CT では, 大臀筋内に血管破綻を伴う巨大血腫を認めた。Hb 6.5 g/dL と重度貧血あり, 凝固系では PT 10.7 sec, APTT 70.8 sec と APTT の著明な延長を認めた。第 8 因子活性の低値, 第 8 因子インヒビターの活性化を認め, 後天性血友病 A の診断に至った。診断後, 直ちにステロイドによる免疫抑制療法と血漿由来活性化型プロトロンビン複合体製剤 (APCC) による止血療法を開始した。治療開始後約 1 ヶ月で血腫の縮小, APTT の正常化を認めた。

【考察】後天性血友病 A は突発的な皮下出血や筋肉内出血などの出血症状を呈する疾患である。発症率の低い疾患であるが, 重篤な出血で致死的な状態に至ることも少なくないため, 迅速な診断, 治療が必要となる。

【結語】巨大血腫を来した後天性血友病 A の一例を経験した。

216 血小板減少症の末梢血を用いた鑑別方法の検討

岩手医科大学医学部 4年¹⁾

岩手医科大学内科学講座血液腫瘍内科²⁾

○近藤有佳¹, 浅野雄哉¹, 伊藤豪仁¹, 古和田周吾²

外川 亮², 小宅達郎², 石田陽治²

【背景】特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) の診断は、骨髄異形性症候群 (MDS) や再生不良性貧血 (AA) の除外が必要であり、侵襲的な骨髄穿刺検査が必要になる場合も多い。一方最近では末梢血検体で蛍光色素を用いた網血小板を測定し ITP の診断の補助となることが示されている。また、MDS 血球ではオートファゴゾームが高い報告があるがその疾患特異性は不明である。【目的】血小板減少症患者の末梢血検体で、網血小板に加えて血小板中のオートファゴゾーム形成率を測定することにより ITP, AA, MDS の鑑別診断が可能か明らかにする。【対象】当院通院中の、診断後の再生不良性貧血 5 名, MDS 17 名, ITP 19 名を対象とした。【方法】末梢血検査の残余検体を、蛍光色素 (網血小板: チアゾールオレンジ, オートファゴゾーム: Cyto-ID[®]) で染色後、血小板中の蛍光増強率をフローサイトメトリー法で測定し検討した。【結果】ITP 血小板では網血小板, オートファゴゾーム形成率が両者とも高値を示した。一方 MDS では網血小板のみが低下, AA では両者とも低下する傾向を示した。【考察】末梢血検体を用いた網血小板および血小板中のオートファゴゾーム形成率により、ITP, AA, MDS の鑑別が可能であることが示された。

217 抗リン脂質抗体陽性の特発性血小板減少性紫斑病に両側副腎梗塞および多発肝膿瘍を発症した一例

福井県済生会病院内科

○伊藤 綾, 澤崎愛子, 野村能元, 金原秀雄, 前野孝治

野ッ俣和夫, 潮木保幸, 岡藤和博, 登谷大修

【症例】60 歳代女性【主訴】心窩部痛【現病歴】X-31 年, 妊娠中に特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) と診断された。その後流産なく 1 児を出産した。X-12 年に抗リン脂質抗体 (aPL) 陽性を指摘された。その後も血栓症は発症せず ITP の加療を受けていた。X 年 12 月定期受診の際、血小板 24 万 / μL と血小板減少の増悪を指摘され、エルロンボガを開始した。5 日後、心窩部痛を自覚し当科を受診した。血液検査、腹部超音波検査、上部消化管内視鏡検査で明らかな異常はなく経過観察していたが、7 日後に心窩部痛が増悪したため当院救急外来を受診した。【臨床経過】血液検査で炎症反応と肝・胆道系酵素の上昇を認めた。造影 CT 検査では多発微小肝膿瘍及び両側副腎梗塞を認め、同日入院とした。肝膿瘍に対して MEPM を開始した。副腎不全の症状はなく、副腎梗塞に対し少量アスピリンを開始した。その後状態安定したため退院とした。【考察】aPL 陽性の ITP は陰性の場合と比べて血栓症のリスクが高いと報告されている。また、副腎梗塞は抗リン脂質抗体症候群の稀な合併症とされている。本例は、aPL 陽性の ITP における副腎梗塞の発症がエルロンボガと関連する可能性が示唆され、同時に肝膿瘍を合併した稀な症例として報告する。

218 特発性血小板減少性紫斑病に対するステロイド治療の経過中に Myroides odoratimimus による蜂窩織炎・菌血症を合併した一例

りんくう総合医療センター

○大井和哉, 福島健太郎, 佐多 弘, 烏野隆博

【緒言】Myroides odoratimimus (*M. odoratimimus*) は土壌や水など自然界に存在する好気性グラム陰性桿菌であるが、免疫能が低下した患者での重症化が報告されている。今回我々はステロイド治療中の特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) 患者に蜂窩織炎・菌血症を合併した一例を経験したので報告する。【症例】79 歳女性。2 型糖尿病 (DM) の既往がありコントロールは良好であった。2016 年 7 月近医より血小板減少: 1.1 万 / μL にて紹介され精査の結果 ITP と診断された。免疫グロブリン大量療法及びステロイド療法にて治療開始し、Plt: 16.7 万 / μL と経過良好のため PSL: 25mg にて 9 月中旬退院となった。PSL: 20mg 内服中の 10 月中旬、発熱、右下腿の発赤・腫脹が出現したため蜂窩織炎の疑いにて入院となった。この時、HbA1c (NGSP) は 6.8% であった。同日より SBT/ABPC にて加療をおこなったが、day2 にグラム陰性桿菌が血液培養より検出され、緑膿菌を念頭に MEPM に変更した。day9 には発赤消失したため退院し LVFX 内服となった。day12 に *M. odoratimimus* と同定された。day16 には下肢の腫脹は著明に改善し day47 に治癒となった。【考察】特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) に対するステロイド投与中に重症感染症を合併することは比較的稀である。しかし DM 合併の ITP 患者に対しては、弱毒性である *M. odoratimimus* による稀な感染症をも念頭におく必要があると考えられる。

219 HTLV-1 キャリアに発症した視神経脊髄炎スペクトラム疾患の 1 例

大阪医科大学医学部¹⁾, 大阪医科大学神経内科²⁾

○山元康弘¹, 宇野田喜一², 土居芳充², 中嶋秀人²

木村文治²

【症例】71 歳女性。静岡県出身【主訴】左上肢と両下肢運動麻痺

【現病歴】突然に左上肢運動麻痺が生じて歩行困難になり前医に入院。頭部 MRI に異常なかったが、第 2-7 頸髄内左側に T2 高信号病変を認めた。脊髄梗塞の診断で加療されたが、3 週間後に両下肢対麻痺を生じ、血清抗 HTLV-1 抗体陽性が判明。急速進行性 HTLV-1 関連脊髄症が疑われ転院となった。

【臨床経過】T4 レベル以下感覚障害、両側 Babinski 徴候陽性を認め座位保持不能。MRI で頸髄病変に加えて第 3-7 胸髄と第 10 胸髄に T2 高信号病変を認めた。髄液検査は細胞数 47/mm³、髄液抗 HTLV-1 抗体陽性であったが、HTLV-1 プロウイルスは陰性であった。血清抗アクアポリン 4 抗体陽性を認め、経過中に視神経炎は認めなかったため視神経脊髄炎関連疾患 (NMOSD) と診断した。ステロイドパルス療法とプレドニゾロン内服にて運動麻痺の回復を認め、プレドニゾロン 15mg 内服を継続して再燃を認めなかった。

【考察】HTLV-1 キャリアに視神経脊髄炎関連疾患が発症することがあり、頸髄 MRI の長大病変と抗アクアポリン 4 抗体測定が診断に有用と考えられた。両者は慢性期における治療薬の選択が異なるため、HTLV-1 キャリアの急性脊髄炎症例では原因の見極めが重要である。

【結語】HTLV-1 キャリアに発症した NMOSD の 1 例を経験した。

220 Silent period の消失は破傷風の早期診断に有用である 大分大学医学部神経内科学講座

○角 華織, 堀 大滋, 花岡拓哉, 麻生泰弘, 仲田 崇
軸丸美香, 木村成志, 松原悦朗

はじめに: 破傷風は依然として致命率の高い感染症であり, 早期診断・早期治療が重要である. 全身型は特徴的な症状から診断が可能であるが, 局所型は他疾患との鑑別に苦慮することが多い.

目的: 破傷風, 特に局所型の早期診断に有用な臨床症状および検査所見を明らかにする.

方法: 当科で診断した破傷風症例の10例(男:女 = 5:5, 平均年齢70.2歳)を対象とした. 臨床症状から全身型(n = 6)と局所型(n = 4)に分類し, 年齢, 性別, 受傷から発症までの期間, 受傷機転, 初発症状, 人工呼吸器管理の有無, 転帰, 入院日数, 検査所見を比較した.

結果: 全身型と局所型の2群間で年齢, 性別, 受傷から発症までの期間, 受傷機転, 初発症状に違いはなかった. 全身型では, 局所型よりも重症化する例が多く, 人工呼吸器管理を必要とし, 入院が長期化する傾向があった(Mann-Whitney U-test, $p = 0.09$). 局所型では, 3例に表面筋電図で silent period の消失を認め, 1例に胃電図で電気活動の低下を認めた.

考察: 破傷風では抑制性介在ニューロンが障害されるため, 表面筋電図における silent period が消失する. 本検討においても診断に苦慮した局所型で silent period の消失を確認し得た. 表面筋電図や胃電図は, 破傷風の早期診断に極めて有用であった.

221 ステロイド及び駆虫剤の長期投与にて改善した好酸球性髄膜脳炎を呈した広東住血線虫症の一例 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

○金城史彦, 永田恵蔵, 諸見里拓宏, 豊川貴生, 野原 健
和気 亨

【症例】44歳男性【主訴】発熱【現病歴】統合失調症にて他院精神科病院へ入院中. 糞便や硬貨などの異食あり. 2週間前から持続する発熱を主訴に前医より紹介.

【臨床経過】入院1週間後より排尿困難, 下肢筋力低下が出現. 末梢血血算にて好酸球上昇と神経症状精査目的に髄液検査にて初圧高値, 細胞数と好酸球上昇を認めた. また頭部MRIにて急性白質変化が見られた. 追加病歴にてアフリカマイマイの摂食が確認され広東住血線虫症による好酸球性髄膜脳炎と考えられた. 従ってイベルメクチン, アルベントゾール内服とデキサメタゾン静注を開始. 上肢筋力低下, 嚥下障害と神経症状の進行を認めたが, 髄液PCRにて広東住血線虫陽性を認めたため, 駆虫剤とステロイドの投与を長期継続. 発熱, 神経症状の改善, 末梢血・髄液中の好酸球低下及び髄液PCRの陰性化を認めた. 【考察】広東住血線虫症は神経後遺症を残すことがあり, また駆虫剤の使用は神経症状の悪化を示すことがある. 本症例では, ステロイドを併用し, 長期投与にて神経症状の改善と末梢血・髄液中の好酸球低下及び髄液PCRの陰性化を認めた.

【結語】好酸球性髄膜脳炎を呈した広東住血線虫症を経験した.

222 胸腺腫摘出後に顕在化した重症筋無力症の一例 NTT 東日本関東病院神経内科¹⁾

NTT 東日本関東病院呼吸器外科²⁾

○大坪研介¹, 羽尾暁人¹, 松田俊一¹, 柳谷昌弘²
松本 順², 吉澤利弘²

【症例】38歳男性【主訴】易疲労感

【現病歴】2016年2月に胸部異常陰影を指摘. 胸部CTにて, 胸腺腫疑いで手術適応と判断された. 術前に抗アセチルコリンレセプター抗体が高値であったが, 重症筋無力症を示唆する症状は認めず, 反復刺激試験では三角筋で軽度のwaningを認めた. 5月中旬に胸腺腫摘出及び拡大胸腺摘出術を施行. 病理結果は正岡2期でありWHO type B, 混合型胸腺腫. 術後より易疲労感の自覚があり, 術後3か月, 6か月の採血で抗アセチルコリンレセプター抗体が14.8nmol/L, 13.9nmol/Lと高値. 重症筋無力症の顕在化を疑い当科に紹介された. 紹介後に施行の反復刺激試験で眼輪筋, 三角筋に有意のwaningを認めステロイド治療を開始した. その後症状の増悪はなく, 外来での経過観察中である.

【考察】従来, 胸腺腫病理が混合型の場合及び術前の抗アセチルコリンレセプター抗体陽性の場合には胸腺腫術後に潜在性の重症筋無力症が顕在化するリスクが高いとする報告があり, 本症例にも合致した. 我々の症例では術前は無症候性ながら反復刺激試験で三角筋の軽度のwaningを認めており, 術後6か月でその悪化を確認したことから, 術前の反復刺激試験の検討が術後の症状顕在化の指標となりうる可能性があると考えた.

【結語】胸腺腫摘出後に顕在化した重症筋無力症の一例を経験した.

223 帯状疱疹後に脊髄炎を発症した35歳男性例 昭和大学横浜市北部病院

○金井貴宏, 内山正信, 清水裕樹, 石垣征一郎, 坂下暁子
成島道昭, 衣笠えり子

【症例】35歳男性

【現病歴】2016年4月中旬, 右肩部に水疱が出現し, 帯状疱疹と診断され, アシクロビルにて加療された. 4月下旬, 右上肢の感覚が鈍いことを自覚し, 5月中旬には右下肢まで拡大した. また, 右上肢の脱力も出現したため, 精査加療目的で入院した.

【臨床経過】右上肢の運動麻痺, 右上下肢の温痛覚障害, 右下肢の深部覚障害を認めた. 血清中の水痘・帯状疱疹ウイルスIgGは >128 と高値であったが, 髄液検査では細胞数の上昇はなく, 単純ヘルペスウイルス, 水痘・帯状疱疹ウイルスの抗体価指数も陰性であった. 脊髄MRIではC3-4, Th2-3レベルにT2強調画像で高信号域を認めた. 上記の経過を踏まえ, 髄液の抗体価指数は陰性であったが, 水痘・帯状疱疹ウイルスによる帯状疱疹後脊髄炎と診断した. 入院日よりステロイドパルス療法とアシクロビルで加療を開始したが, 第3病日に急性腎障害が出現したため, 薬剤性腎障害を考え, アシクロビルは中止した. ステロイドパルス療法は3クール施行し, 右母指球に温痛覚障害を軽度認める程度にまで改善した.

【考察】本例は, 帯状疱疹罹患後に遅発性の経過で出現した脊髄炎であり, ステロイドパルス療法で軽快した. 髄液中の水痘・帯状疱疹ウイルスの抗体価指数は低値であり, 免疫応答による機序が推察される.

【結語】帯状疱疹後, 遅発性の経過で脊髄炎を起こした一例を経験した.

224 臍帯血移植後にヒトヘルペスウイルス6型 (HHV6) 再活性化に伴う脳脊髄炎とギラン・バレー症候群を呈した一例

奈良県立医科大学神経内科¹⁾

奈良県立医科大学呼吸器・アレルギー・血液内科²⁾

○塩田 智¹⁾, 杉江和馬¹⁾, 泉 哲石¹⁾, 江浦信之¹⁾

長谷川淳²⁾, 天野逸人²⁾, 木村 弘²⁾, 上野 聡

【症例】48歳男性【主訴】意識障害, 四肢筋力低下【現病歴】急性リンパ球性白血病に対する臍帯血移植後の慢性GVHDで加療していた。移植後1890日に発熱と嚥下困難, 7日目に両上肢脱力と傾眠傾向が出現した。MRIで橋～延髄にT2高信号, 髄液で蛋白上昇(102mg/dl)と単核球優位の細胞数増多(118/3μl)を認めた。10日目に顔面と四肢の麻痺と呼吸不全を認め人工呼吸管理を開始した。MRIでC3～C7に髄内高信号を認め, 髄液HHV6-DNA陽性と判明し, ガンシクロビル投与を開始した。13日目より徐々に意識は改善し脳幹の異常信号は改善傾向で, 髄液HHV6-DNAは陰性化した。神経伝導検査では四肢で運動優位の軸索変性が示唆され, 免疫グロブリン大量療法を施行した。両下肢筋力の改善は認められたが, 顔面と両上肢の麻痺は残存し呼吸器離脱も困難であった。【考察】臍帯血移植後のHHV6再活性化に伴う中枢神経障害は近年注目されているが, 予後不良で病態は未解明である。本例は同時に中枢・末梢神経障害を合併した極めて稀な症例でHHV6再活性化に伴う神経障害の機序を考える上で貴重である。【結語】HHV6再活性化に伴う脳脊髄炎とギラン・バレー症候群の合併例を経験した。

225 くも膜下出血と尿崩症をきたした下垂体卒中の一例 JA長野厚生連長野松代総合病院

○中西 潤, 新井浩朗, 後藤憲彦, 石津富久恵, 横関万里
酒井寿明, 新澤真理, 宮原隆成, 村岡 尚, 中村裕一

【症例】69歳男性。突然の前頭部痛と嘔気があり当院受診。反応低下や歩行時のふらつきもみられ入院。入院時, 会話錯乱, 両眼視力低下, 左耳側半音を認め, WBC高値, 肝機能障害, 低Na血症及び血清コルチゾール, 甲状腺ホルモンの低下を認めた。頭部CT/MRIで鞍上部にくも膜下腔への出血を認め, 髄液所見はキサントクロミーであった。下垂体卒中と診断し, 抗浮腫療法及びホルモン補充により意識障害や頭痛は軽快した。第7病日から中枢性尿崩症が出現しデスマプレシン点鼻液でコントロールした。第50病日に腫瘍摘出術を行い, 視野症状が改善し退院した。

【考察】下垂体卒中は大半が無症候性だが, 急性症状を呈する場合, 早期診断がしばしば困難となる。一般に下垂体卒中は出血や壊死組織が下垂体窩に限局するが, 窩内圧が周辺構造の抵抗を超過すれば周辺領域に波及し得る。本症例では脳動脈瘤や脳血管奇形を認めず, 脳底槽にまで拡大したくも膜下出血を伴っていた点で特異的であり, 中枢性尿崩症が下垂体卒中発症早期から出現した。下垂体周辺の穿通動脈がくも膜下出血後の脳血管攣縮をきたし, 視床下部室傍核や下垂体後葉への虚血によりADH分泌が阻害され, 尿崩症に至ったと考えられた。

【結語】非典型的なくも膜下出血とともに, 比較的早期に尿崩症を伴った下垂体卒中の一例を, 文献的考察を加えて報告する。

226 下垂体腺腫による下垂体卒中との鑑別に難渋した下垂体炎の1例

獨協医科大学神経内科¹⁾

獨協医科大学内分泌・代謝内科²⁾

○五十嵐晴紀¹⁾, 堀江淳一¹⁾, 齋木美佳¹⁾, 藤田裕明¹⁾

高嶋良太郎¹⁾, 船越 慶¹⁾, 櫻井慎太郎²⁾, 平田幸一¹⁾

症例は56歳男性, 突然の右眼の羞明と頭痛で発症し, 右動眼神経麻痺を認めた。CT・MRIにて下垂体の腫大, 信号変化より下垂体卒中と暫定診断したが, 入院後下垂体前葉ホルモンの著明な低下, 中枢性尿崩症を呈したため高用量ステロイドを開始した。結果, 短期間で下垂体の縮小と症状の改善をみた。臨床経過及び, 症候と検査所見よりリンパ球性下垂体炎の診断基準をほぼ満たす事から, 自己免疫性下垂体炎による下垂体卒中と最終診断とした。下垂体卒中を伴った下垂体炎は本例を含め4例報告あり, うち3例がリンパ球性下垂体炎であった。報告例はステロイドの投与や, 手術が施行され, 転帰は全例良好であった。下垂体卒中の原因の90%以上が下垂体腫瘍であるが, 下垂体炎も鑑別に挙げる必要がある。

227 橋被蓋部傍正中部梗塞による手掌・両側口症候群の1例

生長会府中病院急病救急部¹⁾

生長会府中病院脳外科・脳卒中センター²⁾

○小阪祥子¹⁾, 西山明秀¹⁾, 福廣吉晃¹⁾, 西 麻哉²⁾

山中一功²⁾

【症例】83歳男性。3ヶ月前に右脳幹梗塞に罹患し, シロスタゾール200mg/日を内服し病状は安定していた。起床時にふらつきを自覚, 起床後4時間後にふらつき悪化で当院救急搬送となった。身体所見では, 右手と両側口周囲の痺れを自覚した。脳血管障害を疑い実施した頭部単純CT及びMRIでは, 左橋被蓋部傍正中部に梗塞を認めた。抗血小板剤の追加投与で, 症状は軽快し第34病日に退院となった。

【考察】視床が主病変である手掌・口症候群に比べ, 片側の手と両側口周囲の感覚異常を呈する手掌・両側口症候群は報告例が少なく, 橋被蓋部傍正中部の脳血管障害は想起されにくい。病変部位は1箇所, 以下の複数の神経路が同時に障害され, 片手と両側口という複合病変が発症すると考えられている。(1)手と同側口周囲の異常知覚は, 手と対側の内側毛帯と対側三叉神経毛帯腹側路の障害, (2)手と対側の口周囲の異常知覚は, 手と対側の三叉神経主知覚核の髄内神経が交叉前に障害。しかし病変が限局的かつ軽症の場合, 同部を含めた脳血管障害以外の病態が疑われることが多く, 発症早期や脳幹部にartifactの強い, CTだけでは確定診断に至らない症例があると推測される。

【結語】片手と両側口周囲の感覚異常は本病態を想起し, CTで異常が無い場合でも禁忌が無ければ, 積極的にMRI撮影すべきであると考えられる。

228 抗凝固療法のコントロールに難渋し病態の悪化を認めるも脳血管内治療により治療し得た、潰瘍性大腸炎を背景とした脳静脈洞血栓症の一例

慶應義塾大学神経内科

○窪田真人, 勝又雅裕, 中原 仁, 大木宏一, 吉崎崇仁
鈴木則宏

【症例】16歳女性【主訴】頭痛, 左不全片麻痺

【現病歴】潰瘍性大腸炎に対し通院加療中であつた。2016年5月初旬, 頭痛, 腹痛, 泥状便, 発熱のため潰瘍性大腸炎増悪の診断で入院となった。入院第5病日に左不全片麻痺, 頭痛, 嘔吐が出現し, CT Venographyにて上矢状静脈洞, 右横静脈洞血栓症を認めた。未分画ヘパリンの持続静注を開始したがコントロールに難渋した。経過中頭痛の悪化あり, 第8病日の頭部単純CTにて右頭頂葉の新規静脈性梗塞を認め, 同日上矢状・右横静脈洞に対する脳血管内治療(経皮的血管形成術, 局所線溶療法)を実施した。術後早期より頭痛, 麻痺の改善を認め, 第16病日の頭部MRIにて上矢状静脈洞, 右横静脈洞の明らかな描出改善を認めた。ワルファリン内服を継続し, 第33病日にmodified Rankin Scale 0にて退院となった。

【考察】脳静脈洞血栓症に対する抗凝固療法が予後を改善することが報告されている。一方で脳血管内治療の適応に関して明確な指標はないが, 本症例のように良好な経過を得られた症例が報告されている。本症例のように抗凝固コントロール不良の症例は病態の悪化に伴い脳血管内治療の適応となる可能性がある。潰瘍性大腸炎に合併する脳静脈洞血栓症は稀であるが致死的な経過を辿る可能性もあり, 治療の機会を逸することのないよう注意を要すると思われる。

【結語】脳静脈洞血栓症に対する脳血管内治療が有効であつた症例を経験した。

229 最近30年間に渡る長期記憶の想起障害を呈した内側側頭葉てんかんの一例

芳賀赤十字病院神経内科

○峯積拓巳, 瀬原吉英, 安藤喜仁, 澤田幹雄

【症例】62歳 女性

【主訴】逆行性健忘

【既往歴】高血圧, 脳出血(X-4年, 左側頭葉皮質下)

【現病歴・臨床経過】X年9月, 「用事がある」と出かけた後に失踪し, 2日後, 自分の名前や住所が分からない状態で隣県の施設に保護された。4週後, 家族が施設に迎えに行き, 当院を紹介受診した。見当識は回復しており, 遅延再生も可能であつたが, 最近30年前から失踪中の記憶を想起できなかつた。30年以前の記憶の想起は可能だつた。血液検査異常なし。頭部MRIでは両側大脳皮質および脳幹に多発するmicrobleedsおよび左側頭葉皮質下出血を認めた。脳波ではspikeなし。I¹²³-iomazenil シンチグラフィは, 左側頭葉内側での取り込み低下を認めた。内側側頭葉てんかんと考え, レベチラセタム 250mgを開始した。発症から1年半が経過した現在も再発なく経過している。

【考察】側頭葉てんかんで記憶障害が生じることは知られているが, 本症例では30年という長期間の記憶障害が起きており, I¹²³-iomazenil シンチグラフィが診断に有用であつた。今後は再発予防および心理的ケアが重要である。

【結語】30年間という長期間の記憶障害を呈した内側側頭葉てんかんの1例を経験した。再発予防として, 少量のレベチラセタムが有用である可能性がある。

230 前皮神経絞扼症候群(ACNES)により腹痛を呈した若年女性の1例

岡山大学病院総合内科

○大村大輔, 小比賀美香子, 長尾聡子, 中道晶子, 灘 隆宏
岩室雅也, 頼 冠名, 大塚文男

【緒言】ACNESは, 過剰な腹圧, 虚血, 脂肪組織による圧迫などで腹壁へ至る感覚神経の分枝が絞扼することで生じる慢性腹壁痛であり, 局所麻酔薬のトリガーポイント注射が診断兼治療として有用となる。【症例】16歳, 女性。【主訴】左下腹部痛。【現病歴】201X年○月初旬より過多月経のためホルモン剤を処方された。○月中旬に左下腹部のしこりと痛みに気付き, 同時期より微熱, 高血圧, 頻脈がみられ, 腹部超音波, CT・MRI検査や, 血液検査では炎症反応等に異常を認めず, ロキソプロフェン等の内服で経過観察とされていた。症状の改善認めず精査加療目的で○+4月に当科入院となった。【入院後経過】極めて限局(2cm²以内)している腹直筋外縁の疼痛で, Carnett試験陽性からACNESを疑った。リドカインの圧痛部への皮下注射で一旦速やかに痛みは改善した。その後も多種の鎮痛薬を使用しても効果の減衰と共に疼痛は再燃した。その後計2回の選択的前皮枝神経切離術で寛解を得られた。【考察】ACNESはオランダの統計では1800人に1人程度の有病率と推測され, 稀とは言えない疾患である。原因は様々だが, 手術・妊娠などで起こるとされる。【結語】女性ホルモン製剤による脂肪組織の浮腫の関与が疑われた前皮神経絞扼症候群の1例を経験した。難治性の腹痛の鑑別に挙げるべき疾患である。

231 レビー小体型認知症と鑑別を要した原発性胆汁性肝硬変に合併した肝性脳症の1例

大阪医科大学医学部¹⁾

大阪医科大学神経内科²⁾

○杉本亜沙美¹⁾, 塚原彰弘²⁾, 石田志門²⁾, 中嶋秀人²⁾
木村文治²⁾

【症例】74歳女性【主訴】意識障害

【現病歴】65歳時に原発性胆汁性肝硬変と診断。1年前に小刻み歩行, 振戦が出現し, 家族より記憶力低下を指摘され受診。前屈前傾姿勢, 筋強剛を認め, レボドバが開始され運動症状の改善を認めた。4ヶ月前から変動性の注意力低下や意識障害, 尿失禁が出現し増悪したため入院した。

【臨床経過】レビー小体型認知症(DLB)が疑われたが, ドパミントランスポーターシンチグラフィとMIBG心筋シンチグラムに異常はなかつた。血液検査ではトランスアミナーゼと総ビリルビンは正常であつたが, プロトロンビン時間79%と軽度低下, アンモニア166 μg/dLと上昇し, 脳波で3相波を認めた。腹部造影CTで遠肝性側副血行路である脾腎短絡路を認め, 肝性脳症と診断した。分岐鎖アミノ酸製剤投与によりアンモニア値は低下し, 意識状態と運動症状は改善した。

【考察】肝性脳症では錐体外路症状を示すことがある。門脈-体循環短絡路形成による猪瀬型肝性脳症を示す症例では神経症状が日や時間帯によって変動するため, パーキンソン病やDLBなどの変性疾患との鑑別が必要になることがあり, これらの疾患の特徴を認識しておくことが重要である。

【結語】変動する認知機能障害と錐体外路症状を示し, DLBとの鑑別を要した肝性脳症の1例を経験した。

232 急激な経過を辿った MELAS の 1 例

上尾中央総合病院¹⁾, 上尾中央総合病院神経内科²⁾

○倉田原哉¹⁾, 山野井貴彦¹⁾, 徳永恵子²⁾

【はじめに】MELAS とは脳卒中様発作を特徴とするミトコンドリア病ひとつで、多くは 20 歳以下で発症し、脳卒中様症状などの神経症状、糖尿病や心筋症など多彩な臨床症状を呈する。血液中及び脳脊髄液中の乳酸・ピルビン酸値が高値を示すことが特徴的である。

【症例】48 歳女性。10 年前から難聴を認め、○月 13 日に視力障害を自覚し、近医に受診した。頭部 MRI で左後頭葉に高信号を認め脳梗塞の診断で前医に紹介され入院し、抗凝固療法を行ったが左側頭葉と左頭頂葉及び右側頭葉へ病変は拡大した。さらに高乳酸血症、高ピルビン酸血症が認められたため MELAS 疑いで当院へ転院となった。また糖尿病を前医で初めて指摘されている。家族構成は夫と娘 2 人の 4 人家族。入院時身体所見では、身長 148cm、体重 32kg で低身長が認められた。意識は JCS1-3、聴覚理解困難、発語乏しく、Visual Threat は両側無反応であった。右不全片麻痺、両下肢の間欠性 myoclonus を認めた。血液検査所見では、乳酸は 49.0mg / dl、ピルビン酸は 2.2mg / dl といずれも高値であった。確定診断のため、右上腕二頭筋から筋生検を行い、MELAS の診断に至った。

【考察】典型例では小児期にてんかんや反復性頭痛発作などで発症し、その後脳卒中様症状を中心とした多彩な症状を示し、脳卒中様症状を繰り返す度に緩徐に進行する。本症例では幼少期に低身長、38 歳に難聴、48 歳で脳梗塞様症状が急激に悪化した。中年になってからの急激な症状の発現と悪化が本症例の特徴である。また、低身長と糖尿病もミトコンドリア病の症状として説明することができる。

233 左片麻痺・痙攣重責発作で成人発症し、救急搬送された MELAS (Mitochondrial Encephalomyopathy with Lactic Acidosis and Stroke like episode) の一例

伊東市民病院内科

○村山貴英, 川合耕治, 小野田圭佑, 永山竜士, 枇榔雄太郎, 築地治久

【症例】49 歳男性【主訴】痙攣 / 意識障害【家族歴】兄：特記事項なし母：糖尿病 心不全 (H15 年他界)【既往歴】糖尿病 難聴【現病歴】来院 3 週間前に左片麻痺を主訴に当院を初診し脳梗塞の診断で入院治療され、9 日前に退院した。今回、家で倒れているところを会社同僚に発見され救急搬送された。【臨床経過】身長 153cm 体重 31kg 意識レベル GCS (E1V1M1)。来院時検査所見で pH 7.02 乳酸 124 mg/dl の乳酸アシドーシスを認め、頭部 MRI の DWI で右側頭葉から後頭葉にかけて皮質主体に高信号を認めた。以上臨床的に MELAS を疑ったが痙攣重責に人工呼吸・全身管理を要した。第 8 病日に抜管、全身状態は回復傾向。経過中にミトコンドリア DNA・A3243G の変異を認め MELAS と確定診断した。その後はリハビリにて入院前の ADL に回復している。【考察】MELAS はミトコンドリア病の一つであり、従来比較的稀な病態と考えられてきたが、現在では小児期に発症する神経疾患として臨床的に重要視されている。本例のように成人発症する例は稀と思われるが、意識障害に代表される stroke like episode の鑑別診断として、臨床的に本疾患を念頭に置くことが必要だと思われた。【結語】成人発症した MELAS の一例を経験した。

234 進行性の認知機能低下、頭部 MRI 拡散強調画像における皮質下白質の高信号病変を認め、皮膚生検で診断に至った神経核内封入体病の 72 歳女性例

東京大学医学部附属病院神経内科¹⁾

東京大学医学部附属病院病理部²⁾

○内上寛一¹⁾, 川崎怜子¹⁾, 北村明日香¹⁾, 柴田頌太¹⁾

大友 岳¹⁾, 間野達雄¹⁾, 石浦浩之¹⁾, 林 俊宏¹⁾

池村雅子²⁾, 辻 省次¹⁾

【症例】72 歳女性【主訴】もの忘れ【現病歴】68 歳頃より、日付が分からなくなり、得意だった料理が出来なくなった。71 歳から会話内容を忘れることが増えた。入院 2 ヶ月前からふらつきが出現し、転倒した。同時期から怒りっぽくなり、また、農作業の管理やリモコンの操作が出来なくなった。精査のため当科入院。【臨床経過】診察上、高次脳機能障害 (見当識障害、記憶力障害、易怒性、遂行機能障害)、姿勢反射障害、四肢腱反射減弱、縮瞳を認めた。MRI では、前方優位の脳萎縮を認めるとともに、T2WI/FLAIR で大脳白質に広範な高信号域を認めた。拡散強調像で皮質直下白質を中心とした高信号域を認めた。以上の神経学的所見および特徴的な画像所見から、最近注目されるようになった神経核内封入体病 (NIID) の可能性が考慮され、皮膚生検を施行した。脂肪細胞や汗腺細胞の一部にエオジン好性の核内封入体を認め、封入体はユビキチン染色陽性を示した。以上の所見から、NIID と診断した。【考察】初老期発症の記憶力障害と見当識障害、比較的早い経過に加えて姿勢反射障害を認めた点が特徴的であった。白質脳症でありながら、前頭葉機能障害を中心とした皮質欠落症状を呈していた点が興味深く、MRI 拡散強調像では高信号域が皮質下白質に限局しており、皮質の機能ドメイン単位の障害と対応した可能性を考えた。【結語】前頭葉機能障害が目立ち易転倒性を伴う認知症では NIID の可能性を考慮する必要がある。

235 体重減少、呼吸困難で発症し、肺癌との鑑別を要した筋萎縮性側索硬化症の 1 例

長崎大学病院脳神経内科¹⁾

長崎大学医歯薬学総合研究科先端予防医学リウマチ・膠原病内科学²⁾

○林 信孝¹⁾, 野中俊章¹⁾, 中嶋秀樹¹⁾, 上野未貴¹⁾

長岡篤志¹⁾, 吉村俊祐¹⁾, 白石裕一¹⁾, 川上 純²⁾

辻野 彰¹⁾

【症例】68 歳男性【主訴】体重減少、呼吸困難【現病歴】2014 年より徐々に身体が細くなり始めた。2015 年、長い階段を登る際に息切れが出現するようになり、2016 年 2 月、歩行時にも呼吸困難が出現した。5 月、体重が 40kg であり、近医受診時に拘束性呼吸障害を指摘された。6 月、呼吸困難を呈し、動作不能となったため当科に入院した。身長 158.3 cm、体重 36.3 kg、胸腹部に特記所見はなく、神経学的には四肢の筋力低下、筋萎縮、腱反射亢進および病的反射陽性であった。CT 上、右下葉に spicula を伴った 12 × 13mm 大の不整形結節を認めた。当初、主訴は肺癌によるものと考えたが、針筋電図で神経原性変化を認め、主たる病態は筋萎縮性側索硬化症と判断した。

【考察】体重減少の原因として、様々な内科疾患が考えられ、本症例では当初、肺癌による体重減少を疑った。しかし、神経疾患により体重減少をきたすこともあり、注意を要する。

【結語】体重減少、呼吸困難で発症し、肺癌との鑑別を要した筋萎縮性側索硬化症の 1 例を経験した。

236 末期腎不全患者におけるセフェピム脳症についての臨床的検討

虎の門病院神経内科¹⁾

虎の門病院分院血液内科²⁾

虎の門病院分院腎センター³⁾

○中川 諒¹, 佐藤謙一郎¹, 神崎真実¹, 三ツ木崇²

近藤幹也², 和気 敦², 乳原善文³, 上坂義和¹

【背景】種々の感染症に対して第四世代セフェム系抗菌薬であるセフェピムを投与する際、腎障害はセフェピムによる脳症の重要な危険因子である事が知られており、脳症予防のために腎機能に応じたセフェピムの用量調節が行われている。しかし、特に末期腎不全患者での用量調節の有用性や脳症の発症率、そのリスク因子に関しては報告は少ない。

【方法】2012年9月～2016年9月に当院に入院し、腎機能に応じた用量のセフェピムで治療された連続症例を後方視的に調査し、セフェピム脳症の発症率と危険因子を検討した。

【結果】422例の対象患者で6例(1.4%)がセフェピム脳症と診断され、末期腎不全患者におけるセフェピム脳症は67例中5例(7.5%)に見られた。末期腎不全患者での単変量解析では中枢神経疾患の既往は脳症発症の有意なリスク因子であったが、セフェピム投与量と脳症発症には有意な相関はみられなかった。

【結論】用量調節下でのセフェピム脳症の発症率とリスク因子、臨床的特徴を示した。末期腎不全において中枢神経疾患の既往がセフェピム脳症の発症リスク因子となる可能性はあるが、さらなる検討が必要である。また末期腎不全患者ではセフェピムの投与用量によらず、脳症への慎重な観察が必要である。

237 IgG4高値を伴う後腹膜線維症精査中、感染性心内膜炎が判明した1例

慶應義塾大学リウマチ内科

○児島希典, 玉井博也, 仁科 直, 金子祐子, 安岡秀剛

鈴木勝也, 山岡邦宏, 竹内 勤

【症例】70歳、女性。【主訴】水腎症精査目的。【現病歴】2015年10月の健康診断で左水腎症を指摘された。近医での腹部・骨盤部CTおよびMRIで仙骨前部、骨盤壁に沿った軟部組織陰影を認め、それに伴う左水腎症と考えられた。血清IgG4 222 mg/dLと上昇しており、IgG4関連疾患に伴う後腹膜線維症を疑い当科紹介、精査目的に2016年3月に入院となった。【臨床経過】入院時身体所見上、体温37.6℃であり、20歳頃から存在する前胸部皮下腫瘍を認めた。CRPは3.51 mg/dLと上昇していた。口唇腺生検、前胸部皮下軟部組織から生検を行ったが病理学的な確定診断には至らなかった。入院11日目より夜間就寝時の呼吸困難感、酸素化の低下が出現した。心臓超音波検査で大動脈弁破壊を伴う疣贅を認め感染性心内膜炎・急性大動脈弁閉鎖不全の診断で、緊急大動脈弁置換術が施行された。水腎症を伴う後腹膜線維症に対しては尿管ステント留置のみで対応した。約半年後のIgG4は107 mg/dLと正常化していた。【考察】後腹膜線維症の原因のひとつとしてIgG4関連疾患が知られている。本症例では、当初発熱や炎症反応高値等、IgG4関連疾患として非典型的な所見も呈していた。IgG4高値だからといってIgG4関連疾患であるとは限らないことを再認識させられる教訓的な症例であった。【結語】IgG4高値を伴う後腹膜線維症の精査中に感染性心内膜炎が判明した1例を経験した。

238 Rituximab (RTX) を含む複数の免疫抑制療法に治療抵抗性の急速進行性間質性肺炎 (Rapidly progressive interstitial lung disease; RP-ILD) を合併した抗MDA5抗体陽性 無症候性皮膚筋炎 (clinically Amyopathic dermatomyositis; cADM) の1例 (死亡報告)

横浜労災病院リウマチ科・膠原病内科

○篠遠朋子, 石川雄一, 粕谷忠道, 藤原道雄, 北 靖彦
症例は45歳女性。X年6月より乾性咳嗽、労作時呼吸苦を自覚。7月より、両手指のGottron丘疹、逆Gottron徴候を認め当科紹介。抗MDA5抗体陽性であり、cADMと診断した。胸部CTで両下葉に間質性肺炎像を認めたため、第4病日よりステロイド大量療法 (PSL 1mg/kg/day) + Tacrolimus (TAC) 3mg+IVCYを開始した。しかし、皮膚症状、肺病変の改善に乏しく、第25病日にγグロブリン静注療法 (IVIG) を施行し、第28病日よりTACをCyclosporine A 200mgに変更した。第31病日の胸部CTで、両肺野に多発するスリガラス影が新たに出現し、cADMに伴う肺病変は増悪した。ステロイドパルス療法1クール目施行し、抗MDA5抗体価も高値が持続していたため、血漿交換を行った。皮膚・肺病変は増悪傾向であり、IVCYは無効と判断し第45病日にRTXを導入した。RTX導入後、一旦は酸素化の悪化なく経過していたが、第48病日に脳梗塞を合併。呼吸状態は悪化し、第51病日に人工呼吸管理となり、縦隔気腫・両側気胸を合併し、第60病日に永眠された。RP-ILDを伴うcADMに対する新規治療戦略の必要性を痛感した症例であった。

239 TNF製剤やTocilizumabに治療抵抗性を示し、Abataceptが著効した関節リウマチに続発したAAアミロイドーシスの一例

虎の門病院リウマチ膠原病科¹⁾, 虎の門病院病理部²⁾

○藤原秀臣¹, 星野純一¹, 山内真之¹, 早見典子¹, 関根章成¹, 乳原善文¹, 藤井丈士²

【症例】71歳女性【主訴】関節痛・下痢

【現病歴】関節リウマチに対し2004年から様々な抗TNF- α 製剤 (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab) が投与されてきたが効果は充分でなかった。2015年5月持続する下痢の精査と、新たな生物学的製剤の導入目的に当科入院となった。

【臨床経過】入院時TP 2.1mg/dL, Alb 1.0mg/dL, CRP 6.0mg/dL, DAS-CRP 6.2, 尿蛋白 0.2g/日。下痢の精査のため施行した大腸生検にて、粘膜筋板や小血管上ならびにその周囲にCongo red陽性の沈着物を認めAA陽性であることから関節リウマチに続発するAAアミロイドーシスとそれに伴う蛋白漏出性胃腸症と診断。2015年6月よりTocilizumabが開始されたが、下痢症状は改善せず低タンパク血症は持続。SAAは182 μ g/dLまで上昇した。8月Tocilizumab投与中にアナフィラキシーショックが出現したことからAbataceptへ変更となった。以降下痢症状は著明に軽快し、低タンパク血症も改善した。SAAも2.5 μ g/dLと正常化し退院となった。外来にてAbatacept (週1回) 継続し、2016年10月再検した大腸生検にて、組織学的にも腸管へのアミロイドA沈着の著明な改善を認めた。

【考察】AAアミロイドーシスに対しては抗IL-6製剤であるTocilizumabが有効であるとの報告が多くアミロイドA産生にIL-6の機序の関与が示唆されてきたが、本症例においてはTNFやIL-6製剤に抵抗性を示し、TNFやIL-6産生より上流の抗原提示細胞とT細胞共結合を調整するAbataceptが著効したことから、IL-6機序以外に上記の機序もSAAを介したアミロイドA産生に関与したと推察された。

【結語】AbataceptがAAアミロイドーシスの新たな治療選択肢になる可能性が示唆された。

240 TNF 製剤使用中の関節リウマチに自己免疫性肝炎を合併した一例

虎の門病院リウマチ膠原病科¹⁾, 虎の門病院肝臓内科²⁾

○藤原秀臣¹⁾, 星野純一¹⁾, 山内真之¹⁾, 早見典子¹⁾

関根章成¹⁾, 乳原善文¹⁾, 芥田憲夫²⁾

【症例】43歳女性【主訴】肝機能障害, 皮疹

【現病歴】2006年より朝のこわばりが出現。徐々に関節痛が増悪し, 精査のため2012年に当科入院。抗核抗体陽性, 抗ds-DNA弱陽性であったが, 抗CCP抗体陽性, 変形を伴った手関節の関節炎所見が主体であることから関節リウマチが病態の中心と考えられMTX・Golimumab開始となった。以後良好な経過が得られていたが, 2016年12月外来時に全身性に掻痒感を伴う皮疹と肝機能障害を認め, 当科入院となった。

【臨床経過】当初はMTXによる薬剤性肝機能障害が疑われ, MTXの中止により経過観察としたが, 肝酵素がAST 763IU/L, ALT 861IU/Lにまで上昇したためPSL40mg開始。その後はすみやかに肝酵素は改善した。IgG高値, 抗LKM-1抗体陽性を示し自己免疫性肝炎と診断されたが, HEV抗体IgA定性陽性を認めE型肝炎の関与も示唆された。

【考察】TNF製剤使用中に発症した自己免疫性肝炎である。近年TNF製剤使用中に発症した自己免疫性疾患の報告がみられ, 生物学的製剤は治療薬としての作用以外に自己免疫性疾患を惹起する可能性が示唆されている。TNF製剤と自己免疫性肝炎の関係についての報告は乏しいが, 本症では抗核抗体陽性, ds-DNA抗体も弱陽性であり, 母が皮膚筋炎, 姉がSLEという膠原病の遺伝子要因もあること, さらにE型肝炎も加わり, それらの因子が重なり自己免疫性肝炎の発症につながったと推察された。

【結語】TNF製剤使用中の関節リウマチに自己免疫性肝炎を合併した一例を経験した。

241 家族性高コレステロール血症 (FH) ヘテロ接合体による急性心筋梗塞 (AMI) 後に診断がついた高安静脈炎 (TA) の1例

岐阜大学医学部附属病院総合内科

○竹田具史, 田口皓一郎, 北田善彦, 山内雅裕, 池田貴英
梶田和男, 森田浩之

【症例】66歳, 女性【主訴】発熱【家族歴】母AMI長女高Chol血症【現病歴】FHの治療歴なし, 入院前に発熱の自覚なし。X月17日仕事に胸部の不快感を自覚後に意識消失し当院に救急搬送された。心電図II, III, aVFでST上昇, AMIが疑われ緊急心臓カテーテル検査が行われた。#1-2(100%), #7(50-75%)PCIにて再還流得られ循環器内科に入院した。【経過】入院時LDL-Chol 204mg/dL, HDL-Chol 26mg/dL, CRP 11.2 mg/dL, 両側手背腱黄色腫あり, XPで両側アキレス腱肥厚を認めた。38℃前後の発熱が持続し当科紹介となった。両側頸部に血管雑音を聴取し, 造影CTで腕頭動脈・左鎖骨下動脈に壁肥厚と壁在血栓, 大動脈弓壁周囲に脂肪織濃度上昇を認めTAと診断し, X+1月6日よりプレドニゾロン25mg (0.5mg/kg) /日治療を開始。速やかに解熱, CRP陰性化しX+1月17日に退院となった。【考察】前医でX-7月CRP 0.02mg/dLのためX-7月からX月の間にTAを発症したと考えられる。冠動脈血管内超音波検査では線維性プラークに脂質プラークを多く含む不安定プラークであり血栓も確認できたことから, TAよりFHがAMIの原因であったと考えられた。【結語】AMIの原因疾患として, 高齢者であってもFHとともにTAも鑑別する必要がある。

242 若年女性の関節リウマチ加療中に発症した neuropsychiatric SLE の一例

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学附属病院腎臓内科²⁾

○小田遼平¹⁾, 上川康貴²⁾, 原章規²⁾, 岩田恭宜²⁾

坂井宣彦²⁾, 清水美保²⁾, 古市賢吾²⁾, 和田隆志²⁾

【症例】25歳, 女性。【主訴】発熱。【現病歴】X-2年に多発関節痛を自覚した。RF陽性に加え手指X線にて骨びらんを認め, X年4月に関節リウマチ(RA)と診断しMTXを開始した。X年6月, 血球減少を認めMTXを中止のうえエタネルセプト(ETN)を開始した。同年10月より持続する発熱と蝶形紅斑が出現した。ETN中止のうえ当科へ紹介入院した。【臨床経過】血球減少, 補体低下, ANA320倍, 抗ds-DNA抗体208IU/mLおよび抗ヒストン抗体陽性を認め, SLEと診断した。経口プレドニゾロンを開始したが, 貧血と発熱および蝶形紅斑は持続した。第17病日からメチルプレドニゾロン(mPSL)パルス療法を施行した。解熱は認められたが精神症状(錯乱・混迷)に加え強直性痙攣を認めた。脳派・MRIには異常はなく, 髄液検査ではIL-6高値(11.4 pg/mL)を認めた。このことからneuropsychiatric(NP)SLEと診断し, 血漿交換およびmPSLパルス療法を3クール施行した。これら治療により精神症状は改善した。【考察】TNF- α 阻害剤によるSLEの発症頻度は約0.2%であり, そのうちNP SLEを呈する例はさらに稀である。【結語】ETNによるRA加療中に発症したNP SLEの一例を経験した。病態および治療を考えるうえで示唆に富む症例と考え報告する。

243 MALT リンパ腫疑いの経過観察中に成人発症スチル病 (AOSD) を発症した1例

産業医科大学医学部第1内科学講座

○上野匡庸, 中野和久, 宮川一平, 中山田真吾, 岩田 慈
久保智史, 好川真似子, 齋藤和義, 田中良哉

51歳女性。X-3年に胸部異常陰影を指摘され肺生検でMALTリンパ腫が疑われた。確定診断に至らず血液内科で経過観察された。X年10月38度台の発熱, 多関節痛, 四肢・前胸部紅斑が出現。肝障害(AST/ALT/LDH 71/108/349 U/I), CRP高値(23.7 mg/dL)を認め入院。リンパ腫疑いの病変増大はなく, 抗生剤無効, 各種感染症検査陰性で, 高フェリチン血症(38838 ng/ml)などからAOSDが疑われ第13病日に当科転科した。典型的な皮疹, 持続する発熱・関節痛, 白血球増加, 肝障害よりAOSDと診断。ステロイドパルス・大量療法による治療に全く反応なく, 骨髄穿刺での血球貪食像から血球貪食症候群の合併も診断され, 血清IFN- γ 524.6 pg/mLと著明高値を示した。シクロスポリン(CsA)持続静注療法の開始により, 熱型, 多関節痛・紅斑は速やかに改善し, AST/ALT/LDH 608/239/4611 U/I \rightarrow 15/22/400 U/I, フェリチン 58 ng/mLと劇的に改善し退院した。近年, 血液・リンパ系腫瘍を含む悪性腫瘍に関連するAOSDの存在が認知されつつあり, 悪性腫瘍の増悪に留意する必要性と, サイトカインプロファイルなどによる十分な病態把握と適切な治療介入の必要性を示唆する症例であった。

244 RS3PE 症候群 (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) の 3 症例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター¹⁾

岡山大学大学院医歯薬総合研究科血液・腫瘍・呼吸器内科学²⁾

○廣瀬 啓¹, 藤本 剛¹, 池田知佳¹, 谷岡大輔¹

久山彰一¹, 牧野泰裕¹, 谷本光音¹, 森近大介²

【緒言】多発関節痛を伴う高齢患者においてリウマチ因子 (RF) 陰性の場合には RS3PE 症候群を鑑別する必要がある。当院で診断・治療を行った 3 例につき報告する。【症例 1】70 代女性, 平成 20 年 3 月初旬より腰痛・発熱を, 下旬より両肩痛・浮腫を認めた。4 月下旬より PSL20mg/day 開始後 4 日目で症状改善を認め, 9 日目に退院。【症例 2】80 代女性, 平成 27 年 4 月初旬より全身の大関節痛・下腿浮腫・発熱を主訴に来院。5 月下旬より PSL30mg/day 開始後 5 日目で症状改善を認め退院。その後外来にて PSL10mg/day 隔日投与でコントロール良好。【症例 3】60 代男性, 平成 28 年 7 月初旬より全身倦怠感・食思不振・両膝関節痛, 両下腿浮腫を主訴に来院した。7 月下旬より PSL15mg/day を投与 3 日目に症状改善を認め, 8 日目に退院。【結論】以上 3 例すべてで CRP 上昇を認めるも, 感染症・内分泌検査, RF, その他自己抗体は陰性であった。また, 3 例全て関節リウマチの 2010 年 ACR/EULAR 分類基準を満たさず, 高齢発症関節リウマチの可能性も低いと考えた。全例で少量ステロイド投与が著効した。文献上腫瘍性病変の検索が重要であるが, 全例で現時点では腫瘍性病変は認めていない。

245 感染症との鑑別を要したシェーグレン症候群の漿膜炎の 1 例

東京歯科大学市川総合病院初期臨床研修医¹⁾

東京歯科大学市川総合病院内科²⁾

○今本聡美¹, 塚本昌子², 島本雅紀², 寺嶋 毅²

瀬田範行²

【症例】55 歳女性【主訴】発熱, 頸部～前胸部痛【現病歴】生来健康。2016 年 5 月上旬に頸部から前胸部にかけた痛みが出現し, 近医内科を受診した。咳や痰は認めなかったが, 微熱, 炎症反応上昇, 貧血, TP 上昇, 低アルブミン血症を認めた。胸腹部 CT の異常は認めなかった。GRNX 内服するも微熱は持続し, 改善を認めなかった。抗核抗体陽性から膠原病を疑われ当院を紹介受診し, 胸水・心嚢液貯留を認め, 精査加療目的に入院した。【臨床経過】抗 SS-A 抗体陽性, 口唇腺組織からシェーグレン症候群と診断した。肺炎を併発し SBT/ABPC で加療したところ, 胸水・心嚢液も改善傾向であった。しかし, 6 月下旬の CT にて胸水・心嚢液の悪化を認め, CTRX に変更するも改善を認めず, さらに悪化した。6 月上旬に SBT/ABPC による蕁麻疹が出現し, プレドニゾロン (PSL 5mg/日) を内服し, 蕁麻疹が軽快したため PSL は 8 日間で中止したが, PSL 内服中に胸水・心嚢液減少したことから, PSL 5mg/日 を再開したところ胸水・心嚢液は消失し, 退院した。【考察】経過より本症例の胸水・心嚢液貯留は感染症とシェーグレン症候群に伴う漿膜炎の 2 つの病因により生じたものと考えられた。抗生剤による一時的な治療効果を認めた場合にも膠原病が併存する可能性を念頭に置く必要がある。【結語】シェーグレン症候群と感染症の 2 つの病因により発生した漿膜炎の 1 例を経験した。

246 間質性肺炎を合併した強皮症の治療経過中に ANCA 関連血管炎を発症した一例

東北大学病院血液免疫科

○後藤悠輔, 星 陽介, 石井悠翔, 藤田洋子, 白井剛志

城田祐子, 藤井博司, 石井智徳, 張替秀郎

【症例】39 歳, 女性。【主訴】発熱。【現病歴】X-1 年 4 月より労作時の咳嗽が出現し, CT にて cNSIP パターンの間質性肺炎を認めた。レイノー症状, 抗 Scl-70 抗体陽性, 皮膚生検にて強皮症に矛盾しない所見が得られたことから強皮症と診断され, PSL 30mg/day による加療を受けた。PSL 10mg/day まで減量した際, 発熱, 炎症反応上昇, 急速な腎機能障害が出現したため, X 年 10 月に当科入院となった。【臨床経過】初診時は陰性であった MPO-ANCA が > 300IU/ml と高値であり, 下肢の皮膚生検では中小動脈の壊死性血管炎, 腎生検では半月体形成を伴う糸球体腎炎と尿細管間質性腎炎の所見を認めたため, ANCA 関連血管炎と診断し PSL 60mg/day に増量した。治療過程でステロイドパルス療法やシクロホスファミドパルスを併用した。【考察】強皮症に ANCA 関連血管炎を合併する確率は 0.4% と非常に稀である。本症例では治療経過中に MPO-ANCA が陽性化しており, 強皮症の治療経過中に発熱, 腎病変が出現した際には新たな病態の合併も念頭に置き, 生検を含む精査が必要である。【結語】強皮症の治療経過中に ANCA 関連血管炎を発症した一例を経験したため, 文献的考察を加えて症例提示する。

247 視神経病変をみとめない抗アクアポリン 4 抗体陽性シェーグレン症候群の 1 例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター¹⁾

宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学²⁾

○濱廣友華¹, 宮内俊一¹, 黒木建吾¹, 橋本神奈¹

坪内拓伸¹, 岡山昭彦², 小松弘幸¹

【症例】34 歳, 女性。【主訴】発熱, 右手の脱力, 眼乾燥感, 口腔乾燥感。【現病歴】2 ヶ月前より誘因なく 37°C 台の発熱と右手の脱力が生じた。近医で検査を受け抗核抗体陽性と血沈亢進を認めたため膠原病が疑われ, 当診療科を紹介された。眼乾燥感と口腔乾燥感を自覚し血液検査で抗 SS-A 抗体陽性であったため, シェーグレン症候群 (SjS) が疑われ精査目的で入院となった。【臨床経過】入院後の諸検査で SjS の診断基準を満たした。MRI にて C3 から C6 レベルの脊髄内に T2 強調像で高信号域が散見された。抗アクアポリン 4 抗体陽性であったが, 視神経病変は認めず視神経脊髄炎 (NMO) の診断基準は満たさなかった。SjS に伴う脊髄症と考え, 治療としてプレドニゾロン内服を開始したところ症状は改善した。【考察】SjS の末梢 / 中枢神経障害の合併頻度は 10 ~ 25% と言われ, しばしば SjS に先行することもある。NMO は頻度不明ながら最重症の SjS 中枢神経障害であり, 血清抗アクアポリン 4 抗体が高率で陽性となる。今後も NMO 発症に留意しつつ慎重な経過観察が必要であると考えられる。

248 腹痛と紫斑にて発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一若年例

金沢大学医薬保健学域医学類¹⁾

金沢大学附属病院腎臓内科²⁾

○井上直紀¹, 北島信治², 上川康貴², 篠崎康之²

原 章規², 岩田恭宜², 坂井彦彦², 清水美保²

古市賢吾², 和田隆志²

【症例】10代, 女性.

【主訴】腹痛, 紫斑, 関節痛.

【現病歴】3歳から気管支喘息にて加療中であった. X年8月下旬より両下腿に皮疹が出現し, 心窩部痛や下痢も認めため近医を受診した. 胃腸炎と診断し, 対症療法を開始した. 症状は改善せず, 9月上旬には紫斑と多発関節痛が出現した. 近医総合病院を紹介受診し, 血液検査で好酸球増多(8159/ μ L)と炎症反応高値(CRP 6.4mg/dL)を認め, 入院した. 血管炎を疑い, 経口プレドニゾロン(PSL)20mg/日を開始した. MPO-ANCA高値(922IU/L)が判明し, 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)と診断した. 気管支喘息が増悪し, 手足のしびれも認めため, ステロイドパルス療法を開始し, 精査・加療目的に当科に紹介入院した. 下部内視鏡検査にて多発性のびらんを認め, 同部位の生検では好酸球の浸潤を認めた. 皮膚生検では真皮浅層に血管周囲への好酸球浸潤を認めた. ステロイドパルス療法を2クール追加後より, 腹痛や呼吸器症状は改善し, 好酸球数は基準値内となった.

【結語】EGPAは中高年での発症が多く, 若年発症はまれである. 臨床的経過に文献的考察を加え報告する.

249 リハビリテーションの実施記録が診断の鍵となった, 入院中発症のリウマチ性多発筋痛症の1例.

水戸協同病院総合診療科¹⁾

筑波大学附属病院総合診療グループ²⁾

○伊藤有理¹, 五十野博基², 高村典子¹

【症例】81歳男性【主訴】関節痛, 脱力【現病歴】X-4月に脳梗塞を発症してA病院へ入院し, 同月下旬からリハビリ目的にB病院へ転院. X-2月から発熱とCRP高値を認め, X-1月体重減少や貧血も認めため, X月1日に当院へ転院となった. 【経過】来院時, 脱力, 多関節痛による起き上がり困難の訴えがあった. 頭痛や顎, 目の症状は無かった. 診察で関節腫脹はなく, 両肩の可動域制限が顕著で, 他動で改善を認めた. 血液培養, 抗CCP抗体, 甲状腺機能, ウィルス検査などに異常を認めず, ESRは109mm/hrであった. リウマチ性多発筋痛症(PMR)を疑うも, 前医に長期入院中の発症であり詳細な病歴聴取は困難であった. そこでB病院のリハビリ実施記録を取り寄せた. するとX-3月から他動では改善する肩関節痛があり, X-2月にこわばりと股関節痛が出現し, 起居動作が困難になっていた. PMRを強く疑い, X月9日よりプレドニゾロンを開始した. 症状は速やかに改善し, X月24日には歩行器歩行が可能となったため, PMRの診断となった. 【考察】PMRの診断は, PMRらしい病歴と, 除外診断, ステロイド反応性からなされる. 本症例では病歴聴取が不十分なまま, 検査異常に目が向けられたため, 診断に難渋した. 病歴聴取において, 医療スタッフも情報源として活用することで, 診断に迫ることができる.

250 経過中に抗凝固薬関連腎障害(ARN)を来した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の一例

長崎大学病院リウマチ・膠原病内科¹⁾

長崎大学病院腎臓内科²⁾

○清水友貴乃¹, 清水俊匡¹, 岩本直樹¹, 北村峰昭²

中村英樹¹, 西野友哉², 川上 純¹

【症例】74歳, 女性【主訴】発熱, 血尿, 全身倦怠感【現病歴】X年1月, MPO-ANCA陽性EGPAを発症. 糸球体腎炎, 他重症臓器病変を認めた. ステロイドパルス療法, シクロフォスファミドパルス療法など多剤併用で寛解導入後, 維持療法を継続した. 経過中に脳梗塞を発症しワルファリンカリウムを開始した. X年8月, 脱水症と尿路感染症で前医入院. 抗菌薬開始されたが肉眼的血尿と腎機能悪化を認め, EGPAによる急速進行性糸球体腎炎(RPGN)が疑われ入院4日後に当科転院となった. 【臨床経過】血清Cr値は5.62mg/dlと上昇(元来は0.7mg/dl前後), CTでは両側腎腫大と周囲脂肪織濃度上昇を認めたが, 尿路の異常はなかった. 著明な体液貯留を認め緊急血液透析を導入, PT-INR測定感度以上でありワルファリンカリウムを中止した. 以降腎機能, 全身状態は改善し透析も離脱できた. 入院15日目に腎生検を施行, 糸球体腎炎の所見はなく急性尿細管壊死を認めた. 【考察】抗凝固薬の過剰作用により起こるARNは糸球体出血や尿細管障害が主病態であり稀ながら急性腎障害の原因として重要である. 本症例の急性腎障害は当初RPGNが疑われたがMPO-ANCAは陰性を維持しており, 腎生検からもARNが主因と考えられた.

251 抗IL-17抗体で疾患制御しえた乾癬合併の治療抵抗性ループス腎炎の一例

産業医科大学医学部第1内科学講座

○佐藤友梨恵, 中野和久, 吉成紘子, 中山田真吾, 岩田 慈久保智史, 宮川一平, 好川真以子, 齋藤和義, 田中良哉
症例はX-31年に尋常性乾癬と診断された62歳女性. X-11年SLE, Lupus腎炎(WHO分類IIIA)と診断され, ステロイド大量療法とCyclosporineA(CsA)にて寛解. X-1年より腎機能障害が増悪しX年5月CsA中止後, 乾癬および腎機能が更に悪化し7月入院. ネフローゼ症候群に伴う全身浮腫, 活動性腎炎(INS/RPS分類IVG(A/C)+V型), 高い疾患活動性を呈するSLE(SLEDAI16点, BILAG16点(カテゴリーA:腎症, B:粘膜皮膚症状, 貧血, C:リンパ節腫脹/脾腫))および乾癬(PASI12点)に対し, ステロイド大量療法とIVCYを開始した. しかし疾患活動性制御は不十分で透析導入に至った. 一方, 末梢血活性化Th17細胞の増加と腎間質に多数IL-17陽性リンパ球浸潤を確認し, IL-17の関与が強い病態と考え抗IL-17A抗体セクキヌマブを導入した. その後, 末梢血Th17細胞の減少に伴い, 疾患活動性, ネフローゼ症候群, 全身浮腫, 腎障害は改善し透析を離脱した. 以上, 本症例ではセクキヌマブによる病態の改善と末梢血Th17の減少の動向が一致し, SLEの疾患活動性にTh17/Treg細胞バランスの破綻が中心的に関与する亜群の存在を示唆すると共に, 斯様な病態におけるIL-17阻害療法の有効性を直接的に示した初めての報告である.

252 抗MDA5抗体陽性無筋炎性皮膚筋炎の一例と急速進行間質性肺疾患合併の予測因子の検討

長崎大学病院第一内科

○平野翔梧, 福井翔一, 岩本直樹, 清水俊匡, 川上 純

【症例】58歳男性【主訴】多発関節痛【現病歴】X年7月下旬から多発関節痛, 全身倦怠感, 両側眼瞼浮腫が出現した。近医で血沈の亢進やCRPの上昇を指摘された。8月初旬から両手関節の腫脹・疼痛が悪化したため入院した。【臨床経過】ゴットロン徴候やヘリオトロープ疹, CTでは右下葉を中心にすりガラス影や線状網状影を認めた。筋炎症状を欠き, 間質性肺病変(ILD)を合併した無筋炎性皮膚筋炎(ADM)と診断した。ステロイドパルスならびにシクロフォスファミドパルスを行い, 後療法としてプレドニゾロンとシクロスポリンを内服した。治療開始直後から症状は改善し, その後, 抗MDA-5抗体陽性が判明した。【考察】抗MDA-5抗体陽性ADMでは約70%-80%に急速進行性ILD(RP-ILD)を発症するとされ, 治療介入が遅れると致命的となる。本症例を除いた当科の抗MDA5抗体陽性ADM症例9名でRP-ILDの合併を予測する因子を検討し, RP-ILD合併症例ではRP-ILD非合併症例と比較し, 診断時(治療開始前)の末梢白血球数と好中球数が多く, リンパ球数が少ないことが明らかとなった。【結語】ILDを合併した抗MDA-5抗体陽性ADMに対し早期に治療介入を行い改善した一例を経験した。当科患者を用いた後方視的検討では, 診断時の末梢白血球数と好中球数の増加がRP-ILD合併の予測因子だった。

253 高齢で診断され, カナキマブが著効したクリオピリン関連周期熱症候群の一例

長崎大学病院第一内科

○内田智久, 福井翔一, 岩本直樹, 川上 純

【症例】60歳代女性【主訴】両側上肢の皮疹【現病歴】幼少期より左優位の両側難聴, 春から夏にかけて悪化する季節性の両側上腕の蕁麻疹様皮疹, 全身性の関節痛や頭痛を自覚していた。発熱発作は明らかではなかった。孫がクリオピリン関連周期熱症候群(CAPS)の診断と診断されたのを契機に, 娘もCAPSと診断され, 本人にもCAPSの臨床症状がみられていることから診断確定のために遺伝子検査を行った。【臨床経過】本人, 娘, 孫とも同一の遺伝子変異(NLRP3遺伝子G328Eヘテロ)を認めた。難聴, 蕁麻疹様皮疹, 関節痛, 頭痛の臨床症状がみられることからCAPS(MUCKLEWELLS症候群)と診断し, カナキマブを導入した。導入後は皮疹, 関節痛, 頭痛は消失し, C反応性蛋白(5.13mg/dL→0.23mg/dL)と血清アミロイドA蛋白(472.3μg/mL→33.6μg/mL)も低下した。十二指腸粘膜生検を含めて, アミロイドーシスを疑う所見は得られなかった。【考察】孫の診断を契機に高齢で診断され, カナキマブが著効したCAPSの一例を経験した。CAPSは幼少時に診断がなされる場合が多いが本症例のように発熱が前景とならない場合は年余を経て診断にいたることもある。アミロイドーシス予防の観点からも, 高齢者においてもその臨床症状からCAPSの可能性が考えられた場合は, 精査を行い, カナキマブによる治療を行うことが重要であると考えられた。

254 無菌性下顎骨髄炎が先行した高安動脈炎の一例

東北大学

○花岡理以沙

【症例】28歳女性【主訴】左頸部痛, 頭痛, めまい【現病歴】X-1年12月より右下顎の腫脹, 疼痛が出現, 当院口腔外科にて右下顎骨髄炎として加療された。X年7月より左頸部痛が出現, 炎症反応の上昇を認め, 10月よりABPC/CVAにて加療を受けるも改善が得られなかった。頭痛, めまいが出現し, 原因検索目的で施行した頸部CT検査にて左総頸動脈の壁肥厚を認めた。高安動脈炎が疑われ当科紹介, 精査加療目的で11月24日に入院となった。【臨床経過】左頸部血管雑音を聴取し, 赤沈30mm/h, CRP 1.1mg/dLと炎症所見を認めた。頸部超音波検査, MRI検査にて左総頸動脈の口径不整および全周性肥厚を認めた。骨シンチグラフィでは右下顎骨に集積を認めた。高安動脈炎と診断し, プレドニゾロン50mgとアスピリンにて治療を開始した。治療により自覚症状の改善, 炎症反応の陰性化, MRI検査での動脈壁造影効果の消失が得られた。【考察】高安動脈炎はしばしば炎症性疾患を合併するが, 骨髄炎の合併は数例の症例報告があるのみであり, 多くは骨髄炎が先行している。相同の自己免疫病態が発症に寄与すると考えられ, 文献的考察を含めて症例提示する。【結語】右下顎骨髄炎が先行した高安動脈炎の一例を経験した。

255 メトトレキサート投与中に単核球症およびサイトメガロウイルス胃腸炎を発症した関節リウマチの一例

東京大学医学部アレルギーリウマチ内科

○山中暖日, 庄田宏文, 津久井大輔, 澁谷美穂子

久保かなえ, 藤尾圭志, 山本一彦

【症例】86歳女性。【主訴】発熱, 食思不振, 黒色便。【病歴】46年前に発症した関節リウマチ(RA)で, メトトレキサート(MTX)4mg/w, プレドニゾロン(PSL)5mgにてRAは低疾患活動性であった。受診4日前より発熱, 食思不振が出現し, 黒色便を認めたため当科緊急入院した。入院時, 37.9℃の発熱と多数の口内炎を認め, 末梢血では異型リンパ球の出現, plt 9万/μLと減少, CRP 9.9mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。CTでは明らかなリンパ節腫大なし, EBVは既感染パターン。GFで多発性胃潰瘍を認め, 病理組織でCMV陽性細胞が検出された。CMVアンチゲネミアは経過中(1.0)と上昇あり。入院後MTXは中止され, 入院後5日目に解熱, 異型リンパ球も減少した。またCMV胃潰瘍判明後よりガンシクロビル投与を開始し, 胃潰瘍は改善傾向となった。【考察】MTXとPSLによる比較的弱い免疫抑制下で発症した単核球症およびCMV胃腸炎の一例を経験した。高齢RA患者診療に際して日和見感染症としてCMV胃腸炎も考慮する必要がある。

256 高齢発症の成人スティル病の検討

自治医科大学附属病院総合診療内科¹⁾

金沢大学小児科²⁾

○大倉諒子¹⁾, 鈴木紘史¹⁾, 鈴木忠広¹⁾, 隈部綾子¹⁾

山本 祐¹⁾, 島山修司¹⁾, 松村正巳¹⁾, 谷内江昭宏²⁾

【背景】高齢発症の成人スティル病 (adult Still's disease : ASD) の臨床像は十分にわかっていない。【方法】65歳以上の患者で ASD と診断した4例を対象とした。診断にはサイトカインの測定結果も併せて判断した。【結果】患者の年齢の中央値 (幅) は81.5歳 (75~86歳), 男性2例, 女性2例, 1例にマクロファージ活性化症候群を認めた。2例は山口らの分類基準を満たしたが, 2例は大項目2つ, 小項目2つを満たすのみであった。全例に発熱, リンパ節腫脹または脾腫, 肝機能障害を認めた。皮疹, 咽頭痛を認めたのは各々1例であった。3例に抗核抗体弱陽性, 1例にリウマトイド因子陽性を認めた。検査値の中央値 (幅) は WBC 12,550/ μ L (6,400~17,900), AST 48 U/L (36~75), ALT 24 U/L (4~42), フェリチン 4,591 ng/mL (4,019~28,780), IL-18 166,000 pg/mL (38,500~460,000) であった。マクロファージ活性化症候群合併例ではステロイドパルス療法を行い, ほか3例はプレドニゾロン 20~30 mg/日 で治療を開始し, 漸減した。【考察と結論】高齢者でも ASD の発症はあり得る。高齢発症 ASD では, 皮疹, 咽頭痛を認める頻度は少なく, 非典型例が存在した。除外診断と IL-18 高値を伴うサイトカインプロファイルは ASD 診断の助けになる。

257 周期的な発熱と激しい胸痛を訴え家族性地中海熱との鑑別に苦慮した全身性エリテマトーデスの1例

大阪大学老年・総合内科学

○宮本颯真, 高橋祐輔, 中神太志, 武田昌生, 伊東範尚

竹屋 泰, 山本浩一, 杉本 研, 柴木宏実

症例は39歳女性。主訴は胸痛。数ヶ月前から約1ヶ月毎に周期的な発熱, 関節痛が出現するようになった。その後に激しい胸痛も出現したため当院総合診療科を受診。受診時は, 体温 37.6°C, 心音・呼吸音は異常なく, 吸気時に増強する左側胸部痛 (圧痛はなし) あり。関節痛は足, 膝, 手指, 手, 肩関節に認めるも, 皮疹・下腿浮腫は認めず。血液検査上 WBC 上昇なく CRP は 14.2mg/dL と上昇, Hb 8.2g/dL, 血清鉄低下, フェリチン上昇あり, 腎機能正常も尿蛋白陽性。心電図正常, 胸部 X 線上也特に所見なく, 胸部 CT 上少量の心嚢液貯留を認めた。入院後, 熱発, 関節痛が持続。抗核抗体 (Speckled 型) は 5,120 倍と著明に上昇してした。抗 Sm 抗体, 抗 RNP 抗体陽性, 直接 Coombs 試験弱陽性を認め, 吸気時の左側胸部痛を漿膜炎と解釈すれば, SLE の SLICC 基準のうち4項目以上を満たすことから, 本症例を SLE と診断。ステロイド治療開始により, 諸症状は軽快した。本症例は, 周期的な発熱や胸痛といった SLE としては非典型的な症状が前面に出ており, 当初は鑑別すべき疾患として家族性地中海熱を想起していたが, 入院後の経過と高力価の抗核抗体の上昇により SLE の診断に至った1例を経験したので, 若干の考察を加え報告する。

258 静脈優位の肉芽腫性血管炎を来した腹膜炎一例

三井記念病院初期研修医¹⁾

三井記念病院総合内科²⁾

三井記念病院膠原病内科³⁾

○占部秀典¹⁾, 夏目貴史¹⁾, 宮原雅人²⁾, 中島啓喜²⁾

吉田雅伸³⁾, 鈴木暁岳³⁾

【症例】91歳男性【主訴】腹痛, 発熱

【現病歴】2016年9月中旬に臍部痛が出現し, 2日経過しても腹痛改善しないため, 当院を受診した。来院時, 38度台の発熱を認め, 白血球・CRP 高値を示していたが, 診察上, フォーカス不明であり, 熱源精査加療目的に入院となった。【臨床経過】造影 CT では, 明らかな熱源認めなかったが, 左腎に造影不均一な領域を認めたため, 腎盂腎炎を疑い, TAZ/PIPC 投与開始した。3日後より腹痛は悪化し, 臍部に限局した反跳痛が出現したため, CT 再検したところ, 腹膜炎の診断となった。抗生剤を MEPM へ変更したが, 炎症改善せず, 診断目的に試験開腹術 (大網・盲腸生検) 施行したところ, 大網組織内に多発性に静脈優位の巨細胞性肉芽腫性血管炎を認めた。術後よりステロイドパルス療法を開始したところ, 腹痛及び発熱は速やかに改善した。PSL 30mg/day へ変更したが, 腹痛・炎症再燃認めず, PSL 漸減の上, 11月中旬退院となった。【考察】本例は生検結果から多発血管炎性肉芽腫症を疑ったが, 静脈病変優位である点, 腸管膜と大網に病変が限局している点が異なっていると考えられた。珍しい症例と考え, 報告した。

259 難治性高安動脈炎を疑われた大動脈血管内膜肉腫の一例

東北大学医学部医学科¹⁾

東北大学病院血液免疫科²⁾

○山内昂也¹⁾, 城田祐子²⁾, 星 陽介²⁾, 石井悠翔²⁾

藤田洋子²⁾, 白井剛志²⁾, 藤井博司²⁾, 石井智徳²⁾

張替秀郎²⁾

【症例】68歳男性【主訴】めまい【現病歴】2014年血圧左右差, CT で左鎖骨下動脈狭窄指摘。2015年1月多発性胃腫瘍指摘, 生検で炎症性線維性ポリープ診断。左手脱力出現し高安動脈炎疑い前医入院。CT : 左鎖骨下, 左総頸, 腕頭動脈狭窄, 胃壁肥厚。FDG-PET 動脈壁集積なし, 胃腫瘍 SUVmax5, PSL60mg 開始後漸減。MTX6mg/週開始。左総頸, 腕頭動脈狭窄進行しステント留置退院。PSL減量後CRP上昇し再入院。PSL40mg, MTX10mg へ増量。左総頸動脈再狭窄しステント留置。mPSL パルス後に発熱, めまいあり精査目的に当院転院。【入院後経過】胃病変は炎症性筋線維芽細胞腫瘍と診断。第6病日左半身麻痺出現, CT で右視床出血脳室内穿破診断。血腫ドレナージ施行。第17病日喀痰吸引後心肺停止し永眠。【病理所見】動脈狭窄: 異型性強い紡錘形細胞が内膜に増生, ピメンチン陽性で血管内膜肉腫と診断。多発胃病変: 血管内膜肉腫の転移と診断。他臓器転移なし。心臓: 心筋細胞錯綜配列, 筋線維間膠原線維増生, 肥大型心筋症と診断。直接死因は肥大型心筋症と大動脈肉腫に伴う急性循環不全と診断【考察】血管内膜肉腫診断に FDG-PET が有用で高集積が多いが高悪性度でも細胞充実度が低いと集積がない事もある。難治性高安動脈炎の鑑別疾患として血管内膜肉腫は重要である。

260 成人発症スティル病の3症例の検討

東北公済病院内科

○白鳥ベアタ, 狩野太郎, 小原克也, 大歳晃平

宮崎 豊, 伊藤 薫, 小針瑞男, 山岸俊夫

院で経験した成人発症スティル病の3例の女性(27歳, 64歳, 82歳)について検討。全例で1週間以上続く弛張熱39.4-40.4℃, 2例で移動性関節痛, 白血球(12000-12400/μl)及び好中球上昇(88-89%)が見られた。2例で発熱時の定型皮疹, 1例で抗菌薬使用後の薬疹が出現した。全例でリンパ節腫大及び脾腫, 肝機能異常が見られ, 2例で咽頭痛があった。全例でCRP高値(2.2-12.1mg/dl)があり, 抗菌薬治療を行ったが無効。全例でリウマトイド因子陰性, 抗核抗体陰性, フェリチン(374-10300ng/ml)の上昇を認めた。山口ら大項目3点, 小項目2-3点と除外診断を行った上, スティル病と診断。CT-PETは全例, 皮疹生検は2例で実行したが非特異的であった。脱水, 発熱や肝機能低下に対して保存的治療を行いつつ, 入院時より診断およびステロイド治療開始までの期間は平均14日間(10-20日)であった。ステロイド投与後, 2例で臨床症状の軽快と検査値の改善を認めたが, 1例は抵抗性でタクロリムス使用。成人スティル病発症は比較的予後良好とされているが中には生命不良群があり, 迅速に鑑別診断を行うことが肝要である。

261 低補体血症を合併し急激な経過をたどった顕微鏡的多発血管炎の一例

帝京大学医学部附属溝口病院第四内科¹⁾

帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科²⁾

独立行政法人国立病院機構千葉東病院臨床検査科³⁾

○成山倫之¹, 子日恒宏¹, 菊池健太郎¹, 高井敦子¹

鈴木伸明¹, 永山嘉恭¹, 松井克之¹, 原 真純¹

高橋美紀子², 北村博司³

【症例】92歳男性【主訴】下腿の浮腫と紫斑【現病歴】4か月前から下腿に紫斑が出現し当院皮膚科で経過観察中, 紫斑が拡大し下腿浮腫も生じ採血でCRP 10.26 mg/dLと上昇, Cre 2.51 mg/dLと腎機能障害を認め入院となった。【臨床経過】第2病日よりステロイド治療が開始され第4病日には紫斑は縮小しCRP, Cre 値の改善を認めた。皮膚生検では白血球核破砕性血管炎を認めたがIgAの沈着は認めなかった。MPO-ANCA 1930 IU/mLと陽性であり顕微鏡的多発血管炎が疑われた。またC4 7.5 mg/dL, CH50 9 U/mLと低補体血症を認めた。第5病日に喘鳴を伴う呼吸困難が出現し肺うっ血を認め人工呼吸器管理となった。ステロイドパルス治療, 利尿剤投与するも第9病日に血圧低下, 第11病日に永眠された。病理解剖が行われ半月体形成性腎炎を認めたが, 肺に明らかな血管炎は認めなかった。【考察】ANCA関連血管炎の約10%に低補体血症の合併が認められ, 皮膚や肺病変の合併頻度が高く, 予後不良であると報告されている。今回, 紫斑と腎障害で入院し急激な経過をたどったANCA関連血管炎の症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

262 乳癌全摘直後に発症した皮膚筋炎:重症薬疹・化学療法・手術との関連

岡山大学医学部医学科¹⁾

岡山大学腎・免疫・内分泌代謝内科学²⁾

○大塚勇輝¹, 渡辺晴樹², 加納弓月², 建部智子²

榑崎真理子², 渡部克枝², 川畑智子², 佐田憲映²

和田 淳²

【症例】61歳女性【主訴】体幹の紅斑・近位筋の筋痛

【現病歴】X年10月StageIIICの浸潤性乳管癌に対し術前化学療法が開始されたが, 重症薬疹のため中止。プレドニゾン(PSL)で加療された。他剤による化学療法の後, 翌年3月下旬に右乳房全切除, 腋窩リンパ節廓清術が施行された。4月上旬, 特に誘引なく顔面浮腫と全身倦怠感が出現。下旬には体幹部発赤と搔痒感, 四肢近位筋の軽度筋痛と, クレアチンキナーゼ高値も認め, 当科に紹介入院した。

【臨床経過】入院時, ヘリオトローブ疹, ゴットロン徴候, ゴットロン丘疹, ショールサイン, 前腕の水疱形成, 近位筋の筋力低下を認め, 筋原性酵素も高値だった。筋炎関連抗体は検索範囲全て陰性だったが皮膚病理所見は皮膚筋炎(DM)に矛盾なく, Bohan & Peter基準に沿ってDMと診断した。PSLで速やかに症状改善した。

【考察】DMと腫瘍の臨床経過は通常一致し, 腫瘍治療後にDMを発症する症例は極めて稀である。本症例のDM発症要因として, 1)重症薬疹が免疫異常を惹起し, 2)化学療法が腫瘍抗原曝露の誘引となり, 3)手術侵襲が発症に関与した可能性が考えられた。

【結語】DMは腫瘍治療直後にも発症する。薬疹などの皮膚疾患や, 化学療法, 手術侵襲と自己免疫疾患との関連を検討することが, DMの病態生理の解明に寄与しうる。

263 不明熱で発症した筋腫瘍型サルコイドーシスの一例

飯塚病院総合診療科¹⁾

飯塚病院神経内科²⁾

○小糸 秀¹, 利田賢哉¹, 松本朋樹¹, 鶴川竜也¹

富山周作¹, 井村 洋¹, 立石貴久²

【症例】特記すべき既往のない71歳女性。来院1ヶ月前より38度前後の発熱あり, 解熱剤で経過観察となっていたが, 症状の改善がみられなかったため, 原因精査目的で当科に入院した。【臨床経過】血液検査では炎症反応の上昇なく, CK, ACEは正常, CT検査では発熱の原因となる病変や肺野病変, 肺門リンパ節腫大は見られなかった。ガリウムシンチグラフィでは涙腺, 耳下腺, 両側三角筋に異常集積を認め, 炎症の分布からサルコイドーシスが疑われた。また, 入院後左上腕近位部に結節を触知したため, 造影上肢MRI検査を施行し, 左三角筋内に造影効果を伴う高信号病変を認めた。神経診察では筋力低下, 把握痛など筋症状を認めなかった。筋症状は乏しいものの, 画像上筋サルコイドーシスを強く疑い, 左三角筋の筋生検を施行した。表面から触れる結節は皮下腫瘍であった。筋病理検査では筋肉内, 周辺脂肪織内に多数の壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認め, 筋腫瘍型サルコイドーシスと診断した。発熱は自然軽快した。【考察】筋生検で組織学的に診断された筋サルコイドーシスは大半が無症候性で, 症候性は0.5~2.3%程度と報告されている。症候性のうち腫瘍型は外表から腫瘍を触れ, 特徴的な画像所見を示す。一般的には発熱などの全身症状には乏しいが, 本症例は不明熱で来院したため, 病巣検索のために行ったガリウムシンチグラフィなどの画像検査が診断に有用であった。【結語】不明熱で来院した筋腫瘍型サルコイドーシスの一例を経験した。

264 両膝関節炎を主体とした血清反応陰性RAに対し MTX + 生物学的製剤が著効した一例

虎の門病院医学教育部¹⁾

虎の門病院腎センター・リウマチ膠原病内科²⁾

○鈴木優矢¹⁾, 水野裕基¹⁾, 早見典子²⁾, 関根章成²⁾

山内真之²⁾, 星野純一²⁾, 高市憲明²⁾, 乳原善文²⁾

【症例】61歳女性。29歳時転倒にて右膝関節を打撲した際に治癒が遅く右膝滑膜切除術を施行。その後、左膝や足関節痛も出現。45歳時引越しに際し膝・足関節痛が顕在化し、MTX4mg/週が開始されたが、通院は滞りがちであった。61歳で両膝の腫脹疼痛と両下腿浮腫が著明で歩行困難となり入院。CRP8.9mg/dl, ESR 108 mm/hr で疾患活動性は高いが、RFや抗CCP抗体は陰性。画像上は長期罹患歴のわりに主病変の膝・足関節は骨硬化所見と関節裂隙の狭小化が主体で、手関節炎所見は軽度。MTX 6mg/週と生物学的製剤を開始し、1ヶ月経過後にバギー歩行を開始。1ヶ月半後には杖で病室から洗面所への歩行が可能となり、2ヶ月で退院。DAS28-CRPは6.29(入院時)から3.96(退院時)と改善し、MMP-3は1123.9から47.3まで減少を認めた。

【考察】手関節病変が主体の血清反応陽性RA患者に比べて、血清反応陰性例は中大関節病変が主体で疾患活動性が低いと報告されてきたが、本症でみる限り疾患活動性は高く、生物学的製剤の効果も良好であった。

【結語】今後血清反応の有無でのRAの罹患病変や治療反応性についての評価をすることで、両抗体のRAの病態解明が進むことが期待される。

265 *Mycobacterium Wolinskyi*による抗酸菌菌血症 埼玉協同病院総合内科

○頼高多久也, 原澤慶次, 村上純子

*Mycobacterium Wolinskyi*は1999年にはじめて記載された迅速発育菌 *Mycobacterium smegmatis* groupに属する稀な菌種である。我々は *M. Wolinskyi* 菌血症の症例を経験したので報告する。【症例】90歳、男性。X-1年1月に非分泌型多発性骨髄腫の診断を受けた。治療抵抗性であったため化学療法は中止し、対症療法で経過していた。X年9月に38度台の発熱で来院した。血液培養の結果2セットの好気ボトルが陽性となり、Gram染色はGNR(難染色性)であった。9月X日より cefepime, clindamycin で入院加療を行った。血液培養で検出された菌が1週間で発育し、しかも抗酸菌であることが判明した。迅速発育非結核性抗酸菌であることから *M. abscessus* を想定し抗菌薬は Clarithromycin, levofloxacin, meropenem とした。4週間加療を続けたが改善に乏しく、本人のQOLも考慮して10月X日に治療を終了した。11月X日に肺炎で永眠された。菌種はリアルタイムPCR法やDNA-DNAハブリゼーション法では同定できず、16S rRNAシーケンスにより *M. wolinskyi* と同定された。Wilson JW. らによると、この菌種による感染症は2011年の時点で12例しか報告されていない。日本では江崎らにより2008年に本邦第1例が報告された。抗酸菌菌血症は稀であるが、本例は抗酸菌の中でも極めて稀な *M. wolinskyi* によるものであった。*M. wolinskyi* の抗菌薬感受性は菌株ごとに異なるとされており、薬剤感受性を踏まえた抗菌薬の選択が必要である。

266 血便を主訴に来院し複数回の髄液検査で診断し得た 粟粒結核の一例

川崎幸病院内科¹⁾

川崎幸病院感染制御科²⁾

○柏葉 裕¹⁾, 栗田裕治¹⁾, 和田真弥¹⁾, 根本隆章²⁾

宇田 晋¹⁾

【症例】30歳、インド人男性【主訴】血便 【既往歴】なし 【起始経過】8年前に渡日し、日本に滞在していた。受診2週間前に38℃台の悪寒、戦慄を伴わない発熱、受診2日前に嘔気、嘔吐、当日に6行の鮮血便が認められ当院を受診。【現症】E4V4M6、不穏状態。血圧128/74 mmHg、脈拍140/分、呼吸20/分、体温38.5℃。筋性防御を伴わない腹部全体の圧痛あり、直腸診で圧痛なし、鮮血便が少量あり。

【入院後経過】小球性低色素性貧血、低Na血症、炎症反応上昇を認め、腹部CTで遠位回腸から上行結腸にかけて高吸収域を認め、胸部CTでびまん性小葉中心性粒状影を認めた。抗HIV抗体陰性。髄液検査で細胞数増多を認めたため、抗菌化学療法を開始。その後も不穏状態が遷延し、入院第9病日に髄液検査を再施行したところADA 18 U/L、結核PCR陽性であった。気管支肺胞洗浄液からも結核菌が検出され、粟粒結核に伴う結核性髄膜炎、腸結核と診断し、多剤併用療法を施行したところ血便を含む諸症状の軽快をみた。

【まとめ】結核は様々な臓器に感染し、疑わなければ診断が困難である。臨床症状を丁寧に分析し、論理的に考察する事により診断に到達する事は不可能ではない。一症状に囚われることなく多方面からの診断アプローチを講ずることが重要である。

267 抗インターフェロンγ抗体が陽性であった播種性非 結核性抗酸菌症の一例

神戸大学医学部附属病院呼吸器内科

○山崎元太郎, 小林和幸, 小濱みずき, 吉崎飛鳥

尾野慶彦, 堂國良太, 田村大介, 山本正嗣, 西村善博

【症例】68歳女性【主訴】発熱、左肩痛

【現病歴】1か月続く発熱と左肩痛を主訴に前医入院となり、左肺浸潤影、左胸水を認めたことから細菌性肺炎、肺炎随伴性胸水と診断された。抗菌薬治療を行うも改善なく当院転院となり、不明熱として精査を行うも確定診断には至らなかった。しかし発熱や食欲低下による全身状態の悪化があり、ステロイド投与を行ったところ病状は改善した。その後前胸部に多発する皮下膿瘍が出現し、膿瘍の培養検査にて *Mycobacterium colombiense* が検出され、また喀痰培養・血液培養からも *M. colombiense* が検出されたため播種性非結核性抗酸菌 (NTM) 症と診断した。CAM, EB, RFPによる治療を開始し全身状態、皮膚所見ともに改善した。HIV感染や細胞性免疫のスクリーニングでは異常はなかったが抗インターフェロンγ (IFN-γ) 抗体が陽性であった。

【考察】播種性NTM症はAIDS患者に多いとされているが、本症例は抗IFN-γ抗体が陽性であり発症に関与しているものと考えられた。

【結語】非AIDS患者に発症した播種性NTM症の原因として抗IFN-γ抗体を考慮する必要がある。

268 腎盂腎炎に類似した症状で来院し、化膿性脊椎炎との鑑別を要した結核性脊椎炎・粟粒結核の一例

沖縄県立中部病院内科¹⁾
沖縄県立中部病院感染症内科²⁾

○中島 知¹⁾、高倉俊一²⁾、高山義浩²⁾、椎木創一²⁾
成田 雅²⁾

【症例】77歳女性【主訴】6日間持続する発熱、心窩部不快感【現病歴】頻回の腎盂腎炎と腰椎すべり症の既往のある方。上記主訴に当院救急外来を受診。尿検査で膿尿は認めなかったが、採血でCRP 15.4mg/dLと上昇、排尿時痛と左CVA叩打痛を認めたため、腎盂腎炎疑いで入院となり、CTXにて加療開始。【経過】第2病日に腹部造影CTを施行し、L5/S1の破壊と周囲に液体貯留を認め、化膿性脊椎炎を疑った。血液培養は陰性で、その後も発熱は持続した。更なる精査のため、腰椎MRI (STRI) を撮影し、L4-S1に骨破壊・骨融合の混在と、周囲に膿瘍疑う高信号領域を認めた。起病菌同定のため、第6病日にCTガイド下膿瘍穿刺を、第10病日に脊椎生検を施行、両検体から結核菌PCR、培養陽性で、結核性脊椎炎と診断。また、HRCTで右肺下葉にtree-in budと肺野全体の粒状影を認め、喀痰培養、PCRで結核菌陽性となり、結核性脊椎炎・粟粒結核の診断に至った。INH + RFP + EB + PZAにて治療開始し、リハビリ目的に第42病日に転院。【考察】結核性脊椎炎の画像所見は多椎体病変や脊椎内の膿瘍形成などが特徴とされるが、本症例のように多彩な画像所見を呈する場合には、化膿性との鑑別は容易ではない。結核性脊椎炎が否定できないときは、起病菌同定のため脊椎生検を積極的に考慮すべきと考える。

269 他臓器への結核感染の証明が腸結核の診断に寄与した一例

(株) 飯塚病院総合診療科

○岸田健吾、江原昌弥、富山周作、井村 洋

【症例】内科疾患の既往のないADL自立した70歳女性。来院2ヶ月前からの体重減少、1週間前からの下痢、腹痛、咳嗽で当院を受診し、精査加療目的に入院となった。

【臨床経過】入院時の造影CTで上行結腸の穿孔、腹膜炎、腹腔内膿瘍、右胸水貯留を認めた。腹膜炎、腹腔内膿瘍に対してABPC/SBTによる抗生剤治療を開始した。症状の改善を認め経口摂取可能となったため、第27病日に下部消化管内視鏡を施行したところ、回盲部に地図状潰瘍、上行結腸に輪状潰瘍を認めた。腸結核を疑ったが、腸粘膜の塗抹、培養、PCRでは証明には至らなかった。その後右胸水の増加を認めたため、第35病日に胸腔穿刺を施行した。滲出性胸水の所見でADA 65U/Lと高値であり結核性胸膜炎と診断した。他臓器への結核感染と内視鏡所見から、腸結核による腸管穿孔で結核性の腹膜炎、腹腔内膿瘍をきたしたと考えられた。抗結核薬の内服を開始したところ、臨床所見の改善を認めたことから最終的な腸結核の診断に至った。

【考察】腸結核では腸粘膜の塗抹、培養、PCRの感度は低く、陰性でも腸結核は否定できない。特徴的な内視鏡所見があり、他臓器への結核菌感染を証明できれば腸結核と診断できるとされている。

【結語】腸結核に特徴的な内視鏡所見と結核性胸膜炎から、腸結核と診断した一例を経験した。

270 *Nocardia farcinica* による大腿筋間膿瘍の一例

自治医科大学附属病院卒後臨床研修センター¹⁾
自治医科大学内科学講座アレルギー膠原病学部門²⁾
○吉成裕紀¹⁾、石澤彩子²⁾、武田孝一²⁾、岩本雅弘²⁾
箕田清次²⁾

【症例】54歳女性【主訴】左大腿内側痛【現病歴】全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群に対し、プレドニゾロン15mg/日、メトトレキサート4mg/週を内服中であった。入院1か月半前から左大腿内側痛を認め、入院13日前に痛みが増悪し歩行困難となった。入院1週間前には38℃台の発熱を認めた。外来受診し左大腿内側に発赤・圧痛を認め、緩徐に進行する蜂窩織炎を疑われ入院した。【臨床経過】造影CTで左大腿筋間膿瘍を認め、ドレナージを施行した。膿瘍のグラム染色ではグラム陽性・分枝状の形態で、抗酸菌染色で弱抗酸性を示したことから *Nocardia* 属による感染症と診断した。左肺上葉にも浸潤影を認め、肺ノカルジア症合併の可能性があった。脳内病変は認めなかった。イミペネム・シラスタチン (IPM/CS) + アミカシンによる治療を開始し、ドレナージ良好で速やかに疼痛は改善した。入院13日目にIPM/CSに感受性があると判明し、IPM/CS単剤の治療とした。起病菌は *N.farcinica* と判明した。モキシフロキサシン内服に切り替え、入院35日目に退院した。【考察】免疫不全を背景とした緩徐進行性の筋間膿瘍であり、その特徴的なグラム染色・抗酸菌染色像から、迅速に *Nocardia* 属と診断した。適切な治療には、正確な菌種名の同定と、薬剤感受性試験の結果が極めて重要である。

271 インド渡航後、*Legionella pneumophila* 血清群1によるレジオネラ肺炎を発症し、旅行者下痢症の鑑別を要した1例

大阪警察病院感染管理センター¹⁾

大阪警察病院呼吸器内科²⁾

○岡田英泰¹⁾、西松佳名子²⁾、寺地つね子¹⁾、水谷 哲¹⁾

【症例】68歳、男性。【主訴】発熱、下痢【既往歴】心房細動、糖尿病【現病歴】仕事で5日間インドに滞在。帰国直後から下痢と咳嗽あり。帰国10日後、下痢は改善したが、発熱と炎症反応高値のため受診。来院時発熱、頻呼吸、低Na血症、低P血症、肝機能障害、高CK血症を、画像検査所見で右上葉に大葉性肺炎を認めた。尿中レジオネラ抗原検査で陽性、レジオネラ肺炎と診断し、入院となった。【経過】呼吸状態悪化の可能性ありICU管理とし、腸チフスや耐性菌等による旅行者下痢症の合併も考えられ個室管理とした。CPFXとCTXで抗菌薬治療開始。第2病日呼吸状態改善し、ICU退室。第8病日便および血液培養陰性を確認し、CTX終了。第9病日MFLX内服に変更。第11病日に退院。【考察】インドではレジオネラ肺炎の頻度は日本よりも高く、またCREの検出率も高い。一方、レジオネラ肺炎は多彩な所見が認められる。本症例はインド渡航後から発症し、下痢症状を認めたため旅行者下痢症の鑑別も要した。【結語】レジオネラ肺炎に下痢は比較的特徴的な所見であり、インド渡航後に呼吸器症状と発熱、下痢を伴う場合は、レジオネラ感染症や感染性胃腸炎の鑑別をすべきである。

272 ツツガムシ病との鑑別に苦慮した日本紅斑熱の一例
市立敦賀病院内科¹⁾
市立敦賀病院皮膚科²⁾
福井大学医学部³⁾

○笹本浩平¹, 桔梗谷学¹, 小村一浩², 高田伸弘³
岡部佳孝¹, 三田村康仁¹, 音羽勘一¹, 五十嵐一誠¹
高橋秀房¹, 米島 学¹

【症例】57歳, 男性。【主訴】頻尿・発熱。【現病歴】高血圧症, 高尿酸血症で近医通院中。職業は廃棄物処理業者。発熱・頻尿を認め, 近医を受診しレボフロキサシンを処方されたが, 発熱が遷延したため当院紹介入院。セフェム系抗生剤に反応せず, 40度以上の発熱が遷延し, 第2病日に体幹・両上下肢・手掌・足底に発疹を認め, 左手背に刺し口とみられる小さな痂皮化病変を認めた。リケッチア感染症を疑い抗菌薬をミノサイクリンに変更。数日で解熱した。皮疹も次第に消褪し, 第20病日に退院した。当初, 抗体検査でツツガムシ病は陰性, ペア血清検査で陽性であったが, 刺し口の遺伝子検査で日本紅斑熱と診断した。【考察】本症例はリケッチア感染症の3徴である「発熱, 皮疹, 刺し口」, 比較的徐脈, 白血球数増加のない好中球の左方移動, 白血球数に比してのCRP高値, 好酸球消失, 血小板減少, 肝脾腫という臨床的所見とともに, 皮疹の分布から日本紅斑熱を疑い, 刺し口の遺伝子検査にて診断した。日本紅斑熱とツツガムシ病の類似点は上記3徴を含む臨床症状とミノサイクリンが著効すること, 相違点は皮疹の分布, 刺し口の大きさ, ベクターの違いである。

273 マイコプラズマ感染症による院内肺炎の一例
獨協医科大学病院臨床研修センター¹⁾
獨協医科大学病院総合診療科²⁾

○阿久津律人¹, 原田 拓², 原田侑典², 廣澤孝信²
森永康平², 志水太郎²

【現病歴】高血圧, 過活動膀胱で内服加療中の91歳女性が発熱, 嘔吐, 下痢を主訴に来院した。感染性胃腸炎と診断したが, 輸液反応性の乏しい低血圧もあり入院となった。

【臨床経過】入院2日目には解熱し, 嘔吐下痢の回数も減少するなど症状改善傾向であったが, 入院4日目に39℃の発熱, 頻呼吸, 低酸素血症を認めた。身体所見では呼気時喘鳴を聴取し, 血液検査で白血球数増多, 肝逸脱酵素および乳酸脱水素酵素上昇を認め, 画像検査では右下肺野内側にわずかながら気管支透瞭像とすりガラス状陰影を認めた。入院後48時間経過していたことから院内肺炎と判断し, 誤嚥性肺炎の疑いでアンピシリン/スルバクタムを開始したが症状は改善しなかった。入院7日目に原因の再検索を行ったところ, マイコプラズマ抗原検査が陽性となり, マイコプラズマ肺炎と診断した。ドキシサイクリンによる治療を開始したところ全身状態は改善し, 入院22日目に軽快退院となった。

【考察】マイコプラズマは市中肺炎の原因として一般的だが, 院内肺炎の原因となることは通常考えられていない。しかし, 肺炎マイコプラズマ感染症には2-3週間の潜伏期があることから, たとえ院内肺炎であったとしても, β ラクタム系抗菌薬治療抵抗性を示す肺炎の鑑別としてマイコプラズマ肺炎を検討する必要があると考えられる。

【結語】院内発症と考えられるマイコプラズマ肺炎を経験した。

274 一過性 ballism にて発症した多発脳膿瘍・肺膿瘍の一例

伊東市民病院内科¹⁾
伊東市民病院放射線科²⁾

○松永 拓¹, 川合耕治¹, 藤岡健人¹, 村山貴英¹
太田 浩¹, 小野田圭佑¹, 築地治久¹, 眞鍋知子²

【症例】77歳女性【主訴】発熱, 左上肢不随意運動【既往歴】2型糖尿病, 胆石・胆嚢摘出【現病歴】1週間続く発熱および前日からの左上肢不随意運動により救急搬送された。【臨床経過】来院時意識清明, 体温38.0℃。5-10分間隔で1-2分持続する左上肢 ballism を認めた。末梢血 WBC 25.310 / μ l, 血清 CRP 20.9 mg/dl。頭部 CT 異常なし。胸腹部 CT で多発肺結節影及び総胆管拡張。頭部 MRI の DWI で塞栓性多発病変を認めた。多発脳膿瘍・肺膿瘍の診断で抗菌化学療法を開始し, 血液培養から K.pneumoniae を検出した。治療開始後 ballism の出現頻度は漸減し第11病日には完全に消失した。頭部 MRI では T2WI, FLAIR で多発浮腫状変化を認め脳膿瘍による炎症像と考えられた。入院第27病日に施行した頭部造影 CT, 頭部 MRI および胸部造影 CT では脳, 肺ともに病変部位の数的・量的減少を認めた。【考察】脳膿瘍の症状は非特異的であり診断遅延の原因となると言われる。一過性 ballism は脳卒中例に合併することが時に経験される。膿瘍形成が血行性転移による場合には MCA 領域が最多とされ, 大脳基底核を含む錐体外路に影響することも予想されるが, ballism 発症での報告例としては極めて稀である。【結語】一過性 ballism にて発症した多発脳膿瘍・肺膿瘍の一例を経験した。

275 初期より播種性血管内凝固症候群を合併した重症ツツガムシ病の一例

庄原赤十字病院内科¹⁾
庄原赤十字病院総合診療科²⁾

○山中陽介¹, 舩田裕道², 網岡 慶¹, 谷口陽亮¹
鳴戸謙輔¹, 森元 晋¹, 山岡賢治¹, 竹内泰江¹
鎌田耕治¹, 中島浩一郎¹

【症例】80代女性。1週間前より倦怠感があり自宅で安静にしていたが軽快しないため4月中旬に当院を受診した。肝機能障害, 血小板減少および生活歴, 下肢の刺し口様の皮疹からリケッチア感染症とそれに伴う播種性血管内凝固症候群(DIC)と判断し, ミノサイクリンやトロンボモデュリンアルファ等を開始した。当初から循環動態も不安定でありカテコラミンの投与を行っていたが, 第4病日には多量の胸水貯留と乏尿を伴う急性腎不全となったため人工呼吸管理及び持続血液透析濾過法を開始した。第5病日に血清 PCR 検査からツツガムシ病(Orientia tsutsugamushi Karp)と確定診断した。その後も原疾患治療およびDIC治療, 集中治療管理を継続したが全身状態の改善は認められず, 急性呼吸窮迫症候群や種々の感染症を合併し第35病日に死亡した。

【考察】ツツガムシ病はテトラサイクリン投与により速やかに軽快することが知られているが, 受診や診断が遅れDICを合併すると致命的になり得るため, 好発時期や生活歴などから早期に疑うことが重要である。本症例は患者の受診が遅れ, 来院時より重症化していたため治療反応性に乏しく, 死亡したと考えられる。

【結語】DICを合併し重篤となったツツガムシ病の一例を経験した。

276 川遊びを契機に発症したレプトスピラ症の2例

紀南病院内科¹⁾, 和歌山県立医科大学附属病院²⁾

○藤川 馨¹⁾, 切士雅子¹⁾, 平田桂資²⁾, 早川佳奈¹⁾

早川隆洋¹⁾, 小原俊央¹⁾, 山西浩文¹⁾, 木村りつ子¹⁾

中野好夫¹⁾, 藤本特三¹⁾

【症例1】39歳, 男性。【主訴】発熱, 頭痛。

【現病歴】201X年8月中旬より40℃の発熱が出現。第2病日より頭痛, 筋肉痛, 結膜充血が出現し, 第3病日当院受診。血液検査にてWBC 9700/μl, CRP 18.0mg/dlと炎症反応高値, Plt 9.9万/μlと血小板低下, 軽度肝腎機能障害を認め, 同日入院となった。

【入院後経過】メロベネム 1g/日投与開始。第4病日に42℃の発熱, 血圧低下を認めた。第5病日以降は解熱傾向, 血圧上昇, 血小板数改善, 肝腎機能改善を認め, 第6病日軽快退院。川遊びの既往からレプトスピラ症を疑い入院時血清からレプトスピラ鞭毛遺伝子 flaB の増幅を認め, ペア血清にて Rachmati と診断した。

【症例2】20歳, 男性。【主訴】発熱, 頭痛。

【現病歴】201X年8月後半より39.6℃の発熱, 頭痛が出現。症状増悪したため第3病日当院受診。血液検査にてWBC 11400/μl, CRP 12.5mg/dlと炎症反応高値, 軽度肝腎機能障害を認め, 同日入院となった。

【入院後経過】セフトリアキソン 2g/日投与開始。第3病日夜に血圧低下を認めた。第4病日以降は解熱傾向, 肝腎機能改善を認め, 第14病日軽快退院。川遊びの既往からペア血清検査にて L. Rachmati と診断した。

【考察】レプトスピラ症は台風や洪水の後に発生することが知られている。今回我々は川遊びを契機に発症したレプトスピラ症の2症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

277 Immunocompetent 患者に生じた *K. pneumoniae* による化膿性脊椎炎

秋田大学医学系研究科総合診療・検査診断学講座¹⁾

秋田赤十字病院腎臓内科²⁾

○長谷川諒¹⁾, 植木重治¹⁾, 嵯峨知生¹⁾, 面川 歩¹⁾

畠山 卓²⁾, 廣川 誠¹⁾

【症例】67歳女性【主訴】腰痛, 体動困難【現病歴】X-4日から腰痛を自覚。近医受診するも改善なく, X日に体動困難となり救急搬送, 入院となった。熱源検索のため全身の造影CTで左腎盂腎炎が疑われ, 左CVA叩打痛陽性であり, 入院時の尿培養と血液培養から *K. pneumoniae* が検出されたため, *K. pneumoniae* による左腎盂腎炎と診断した。*K. pneumoniae* は高病原性の指標となりうる String sign 陰性, 広域セファロスポリンに耐性なしであったため, PIPC/TAZを開始し炎症反応は改善した。しかし腰痛と微熱が持続したため, X+11日に再度造影CTを施行したところ, L5椎体炎と硬膜外膿瘍を認めた。X+32日までCTXを, X+61日までLVFXを投与し臨床的な改善を認め抗菌薬は終了。X+68日にリハビリ目的に転院した。【考察】報告されている *K. pneumoniae* による化膿性椎体炎の多くは, 免疫抑制状態か感染性心内膜炎などの罹患中に発症している。本症例は腎盂腎炎が先行した症例であり, 血流感染を介した二次感染であったと考えられる。【結語】Immunocompetent である患者に生じた *K. pneumoniae* による化膿性脊椎炎を経験した。*K. pneumoniae* には hypervirulent strain の存在も知られており, 文献的考察とともに報告する。

278 ステロイド治療中に全身性痙攣で発症した播種性帯状疱疹の1例

君津中央病院呼吸器内科

○藤里秀史, 漆原崇司, 笠井 大, 石井大介

症例は69歳男性。既往に単純ヘルペス脳炎, 慢性腎臓病があり, 2型糖尿病に対して強化インスリン療法が行われていた。2016年7月に冠動脈バイパス術後の発作性心房細動に対して使用されていたアミオダロンが原因と考えられる薬剤性肺障害を発症した。ステロイドパルス療法に引き続きプレドニゾン 1mg/kg/日を開始し, 呼吸状態および画像所見は改善し, 以後漸減していた。同年8月末に全身性痙攣発作および意識障害が出現した。S3-4領域の痂皮を伴う水疱瘡と紅斑から帯状疱疹と診断した。髄液検査では蛋白 481mg/dl, 細胞数 279/ul (多核球 80%), 糖 69mg/dl (血糖値 91mg/dl) であり, 血清中の水痘帯状疱疹ウイルス IgM 抗体が陽性であり, 皮膚所見及び髄液所見も併せて中枢神経病変を合併した播種性帯状疱疹と診断した。アシクロビル 10mg/kg 8時間おきの静脈投与を開始し, 一時意識レベルの改善を認めた。しかし, 髄液所見に悪化を認めなかったが意識レベルは再び増悪傾向となり, アシクロビルの神経毒性も考慮されたことからアシクロビルは14日間で終了した。その後も意識レベルは改善を認めず, 誤嚥性肺炎を合併し9月下旬に永眠された。背景に糖尿病と腎不全を合併したステロイド治療中の患者が急速な経過で播種性帯状疱疹を発症した。アシクロビルを投与したにも関わらず不幸な転帰をたどり教訓的な症例と考えられたため報告する。

279 市中感染が示唆された非強毒株による劇症型 *Clostridium difficile* 感染症の1例

自治医科大学総合診療内科

○横瀬允史, 山本 祐, 鈴木貴之, 畠山修司, 松村正巳

【症例】78歳, 女性。【主訴】膝関節痛。【現病歴】転院3日前に両膝関節痛のため前医に入院した。炎症反応高値と腎機能障害があり, 輸液とセフトリアキソン単回投与が行われたが, 腎機能悪化と呼吸困難のため当院へ転院した。【経過】下痢を欠く著明な腹部膨満から麻痺性イレウスと診断し, 絶食と補液管理を行った。第3病日に腹痛と嘔吐が出現し, WBC 34,700/μL と便中 CD toxin A/B 陽性から, 重症かつ複雑性 *Clostridium difficile* 感染症 (CDI) と診断した。メトロニダゾール点滴開始後も状態が悪化し, ICUに入室した。第5病日に双孔式回腸瘻を造設しバンコマイシンの経腸管投与を併用したが, 腹部コンパートメント症候群からの多臓器不全で第6病日に死亡した。病理解剖では大腸全域に高度の偽膜形成を認めた。糞便からの分離株は toxin A/B 陽性, binary toxin 陰性であり, 遺伝子解析結果は国内外で報告されている強毒株や国内医療機関優勢株と異なるものであった。【考察】近年, 強毒株とは異なる菌株による劇症型 CDI や, 医療・抗菌薬曝露歴に乏しい市中感染劇症型 CDI が報告されている。下痢や医療曝露歴がない場合でも, 腹部膨満や腎機能障害を認める場合は常に CDI を念頭に置く必要がある。【謝辞】遺伝的解析をしてくださった国立感染症研究所の加藤はる先生に深謝します。

280 多くを学んだ化膿性脊椎炎の1例

京都岡本記念病院臨床研修センター¹⁾

京都岡本記念病院総合診療科²⁾

京都岡本記念病院糖尿病内科³⁾

○益本貴人¹⁾, 高岸勝繁²⁾, 永野明範²⁾, 紀田康雄³⁾

【症例】88歳男性【主訴】腰痛【現病歴】来院3日前の起床時から、38度台の発熱と腰痛があり、近医を受診した。その後も37度台の発熱は持続し、腰痛が増悪したため、近医より当院に紹介された。【既往歴】高血圧、C型肝炎【臨床経過】来院時の採血では、WBC13020/ul, CRP21.74と炎症反応高値を認めた。腹部CTでは腰椎の変形は認められたものの脊椎炎所見は明らかではなかった。腰椎の叩打痛が著名であり、腰椎MRIを施行したところ、T2強調像にてL2/3椎間腔や椎体に高信号を認め、化膿性脊椎炎と診断した。起病菌として黄色ブドウ球菌を想定し、CTRXとVCMで治療を開始した。入院6日目に血液培養よりMSSAが検出されたため、VCMは中止した。また、入院12日目に肝酵素上昇を認めたため、CEZの投与に変更した。経過は良好で、入院21日目にCEXの内服に変更し、入院42日目に退院とした。退院後の内服も含めて、抗菌薬は合計6週間継続した。【結語】化膿性脊椎炎は、症状が非特異的であり、診断が遅れる症例が少なくない。本例では丁寧な身体診察によって比較的速やかに診断を確定し、治療を進めることができた。

281 多種ヘルペスウイルス感染症診断に対する包括的遺伝子検査開発

大分大学医学部医学科4年生¹⁾

大分大学医学部腫瘍血液内科²⁾

大分大学医学部附属病院輸血部³⁾

○山口統子¹⁾, 河野利恵²⁾, 緒方正男³⁾, 田部亜季²⁾

白尾國昭²⁾

ヒトに感染するヘルペスウイルスのうち特に病原性が強い6種類のヘルペスウイルス(HHV1or2, 3, 4, 5, 6, 7)を1反応で検出できるmultiplex PCR法の開発を試みた。

【方法】1, リコンビナントTaq PCR法とアガロース電気泳動法を組み合わせた方法:6種類のヘルペスウイルスの各プラスミドを106~100copies/μlの範囲のものをサンプルとし、6種類のヘルペスウイルスの混合プライマーを用いてPCRを行った。

2, サイバークリーン法とメルティングカーブ法を組み合わせたmultiplex PCR法:上記1と同じサンプル、プライマーを用いた。サイバークリーンはPCRの過程でDNA鎖に取り込まれ、それを加熱すると塩基配列特異的な温度で解離し放出される。この解離温度を検出することで、増幅された生成物の種類を確認した。

【結果】1, HHV4との検出感度が10の6乗copies/μlと低かった。2, HHV1+2, 3, 5のメルティング温度が近接しているため全種類のウイルスを同時に同定することが困難であると解った。

【結論】HHV1+2, 3, 5を分けて検出するサイバークリーン法とメルティングカーブ法を組み合わせたmultiplex PCR法は可能であると思われる。また、蛍光プローブを用いるTaqMan® multiplex PCRも試みる予定である。

282 第2期梅毒に髄膜炎を合併したと考えられる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

○湊さおり, 山下武志, 渡辺珠美, 吉田克之, 川村 愛

石井 彰, 福地貴彦, 菅原 斉

【症例】29歳女性【主訴】後頭部痛【現病歴】3か月前、パートナーの梅毒感染が判明したが、近医での梅毒検査は陰性。2か月前、陰部皮疹に近医でゲンタマイシン軟膏が処方。1か月前から体幹部と腹部にも皮疹が拡大。近医で抗アレルギー薬が処方されるも改善せず。2週間前から排尿時痛が出現し、近医で再度、梅毒検査実施。10日前に後頭部痛が出現。ロキソプロフェンを服用も改善せず。前医での梅毒定量RPR 128 R.U., TPHA 640倍が判明し、当センター皮膚科を紹介受診。発熱、後頭部痛、髄膜刺激徴候陽性、CRP高値のため髄膜炎疑いで緊急入院。【経過】髄液検査:初圧31.5 cmH₂O, 細胞数47/3 (M:37, P:10), 糖51 mg/dL, 蛋白25 mg/dL。髄膜炎と診断し、CTRXとアシクロビルを投与。HIV抗体陰性、FTA-ABS 320倍、血液培養陰性、髄液培養陰性、HSV-PCR陰性から梅毒性髄膜炎と診断。入院5日目からPCGに変更。2週間治療後自宅退院。【考察】2010年以降梅毒報告数は増加傾向。第2期梅毒に髄膜炎を合併した警鐘的症例と考え報告する。

283 当院におけるClostridium difficile感染症の現状と感染に関する因子の検討

南砺市民病院内科

○小川太志, 荒幡昌久, 栗山政人, 清水幸裕

【目的】Clostridium difficile感染症(以下、CDI)は、抗菌薬関連感染症として注目されている。当院の入院患者は高齢者が多く、CDI発症率が他院と比較して高い。当院のCDIの実態を調査し、関連する因子を明らかにする。【方法】2014年4月1日から2015年3月31日までに当院へ入院した40歳以上で、入院当日または翌日に抗菌薬投与および血清アルブミン値の測定を行った患者におけるCDI発生状況を調査した。ベースラインでCDI群と対照群との間に有意差を認めた各項目でロジスティック回帰分析を行い、独立した危険因子としての妥当性を検討した。有意水準は5%未満とした。【結果】CDI群40例(87.0±9.1歳)、対照群421例(81.5±11.4歳)であった。CDIの発症に関しては、糖尿病(OR 3.73, 95%CI 1.67-8.32)、尿管留置(OR 3.12, 95%CI 1.39-7.00)、オムツ着用(OR 2.96, 95%CI 1.15-7.60)が多変量解析で有意な危険因子であった。抗菌薬ではCEZ, CTRX, CFPM, PIPC, PIPC/TAZ, VCMが有意な危険因子であった。また、患者を死亡群74例と非死亡群387例に分けて比較した所、死亡に関してはCDI発症(OR 3.45, 95%CI 1.66-7.18)が有意な危険因子であった。【結論】CDI発症に関連する危険因子が明確となった。今後、抗生剤の適正使用や積極的なCDI予防策が患者の予後改善に有用となる可能性がある。

284 Fusobacterium necrophorum による敗血症性骨盤血 栓性静脈炎から全身敗血症性塞栓を来した一例

東京大学医学部附属病院感染症内科¹⁾

東京大学医学部附属病院集中治療部²⁾

東京大学医学部附属病院放射線科³⁾

○岡崎哲ロバート¹, 岡本 耕¹, 山本真也¹, 宮下 馨¹

池田麻穂子¹, 若林義賢¹, 神谷昂平³, 土井研人²

奥川 周¹, 森屋恭爾¹

【症例】29歳女性【主訴】発熱、悪寒、腹痛【現病歴・入院後経過】受診1週間前にIntrauterine device (IUD)を留置し、徐々に間欠的な右腹痛、悪寒が出現し当院を受診した。血圧低下、血小板減少、凝固異常、急性腎不全があり、敗血症性ショックと診断した。その後入院時血液培養からFusobacterium necrophorumが検出された。第4病日のCT検査で辺縁増強を伴う多発肝結節、一部空洞形成を伴う多発肺結節、右内腸骨静脈血栓を認め、敗血症性骨盤血栓性静脈炎、肝膿瘍、敗血症性肺塞栓と診断した。抗凝固療法を開始し、膿瘍に対してはドレナージが困難であったため、アンピシリンスルバクタムによる抗菌薬治療を継続した。その後肝膿瘍、肺塞栓、静脈血栓は徐々に縮小した。解熱後に経口抗菌薬へと変更し、治療を継続中である。【考察】敗血症性骨盤血栓性静脈炎は出産、婦人科術後に多いことが知られているが、本症例ではIUD留置を背景に生じたと考えられた。初診時、敗血症性ショック・多臓器不全があり、多発膿瘍を伴う重篤な状態であったが、抗菌薬と抗凝固薬による内科的治療が奏功した。【結語】多発肝膿瘍を含めた多発敗血症性塞栓を伴う敗血症性骨盤血栓性静脈炎の一例を経験した。

285 悪寒戦慄の病歴から血液培養を実施し診断に至った Capnocytophaga canimorsus 菌血症の一例

新古賀病院糖尿病センター

○福山貴大, 毛利紀之, 内田あいら, 相良陽子, 玉井秀一

中野優子, 当時久保正之, 川崎英二

【症例】78歳女性【主訴】発熱、体動困難

【既往歴】C型肝炎(治療中)、陳旧性脳梗塞、緑内障

【現病歴】2016年12月下旬、来院前日夜からの発熱(39℃台)と体動困難を主訴に当院へ救急搬送となった。発熱と軽度の乾性咳嗽以外には感染徴候ははっきりしなかったが、前日夜の発熱時に悪寒戦慄があったことと脱水、体動困難であったことから菌血症を疑い血液培養2セット提出の上、点滴補液にて経過観察入院とした。

【臨床経過】発熱や脱水、体動困難は第4病日には改善したが、血液培養2セットでグラム陰性桿菌陽性の報告があり、菌血症と診断。CTRX 2g/日を開始し良好に経過し第15病日に退院となった。培養結果はCapnocytophaga canimorsusであり、飼育していたイヌからの感染と考えられた。

【考察】悪寒戦慄のある患者は菌血症のリスクが高いといわれている。熱源がはっきりしない発熱患者で、悪寒戦慄の病歴から血液培養を提出し診断に至った。Capnocytophaga canimorsus 感染症は稀ではあるがイヌ・ネコ咬傷・掻傷感染症の1つであり、急激な敗血症に至ることも多く、致死率も高いとされている。【結語】悪寒戦慄の病歴から血液培養を実施し診断に至ったCapnocytophaga canimorsus 菌血症の一例を経験した。

286 咽後膿瘍と鑑別を要した頸部化膿性脊椎炎、MSSA 菌血症の一例

沖縄県立中部病院内科¹⁾

沖縄県立中部病院感染症内科²⁾

○副田圭祐¹, 高倉俊一², 椎木創一², 高山義浩²

成田 雅²

【症例】85歳男性【主訴】発熱、悪寒戦慄、後頸部痛【現病歴】来院前日からの発熱、悪寒戦慄、後頸部痛を主訴に当院受診。頸椎偽痛風の診断で一旦帰宅。翌日、血液培養陽性となり、再来の後入院となった。採血でCRP22.2mg/dL、血液培養はStaphylococcus aureus (MSSA)と判明。病歴を再度聴取し「魚骨が喉に刺さった」というエピソードから、咽頭病変を疑い頸部造影CTを撮影。咽頭後壁に低吸収域を認め、咽後膿瘍によるMSSA菌血症としてCEZ6g/日を開始。しかし、嚥下痛はなく、咽頭ファイバーで咽頭炎症所見は認めず、起因菌としてMSSAの頻度は少ないことが咽後膿瘍に合致しなかった。鑑別として頸部化膿性脊椎炎が挙がり、頸椎MRIを撮影。C4/5にSTIRにて高信号域を認め、頸部化膿性脊椎炎、MSSA菌血症と確定診断した。経食道エコーで疣贅は認めなかった。CEZにて計6週間の治療後、第46病日に自宅退院。【考察】咽後膿瘍の起因菌としてS.aureusの頻度は少なく、同合併症として菌血症の報告は少ない。一方、化膿性脊椎炎では血液培養陽性例が多く、炎症波及によって咽頭後壁に浮腫が生じることが報告されている。本症例では、咽後膿瘍の臨床像と矛盾する点に着目し、最終的に頸部化膿性脊椎炎と診断しえた。

287 菌性感染症による敗血症からDICを来した1例 東北公済病院内科

○大浪敦史, 濱崎諒介, 狩野太郎, 小原克也, 山岸俊夫

(症例)73歳男性(主訴)発熱、食欲不振(既往歴・家族歴)幼少期より出血傾向。娘が第VIII因子の異常。(現病歴)2016年6月から倦怠感、食欲不振あり、7月高熱にて救急搬送され当科入院。(現症および検査所見)血圧125/72mmHg、脈拍数101回/分、整、体温39.7℃。意識清明、神経学的異常所見なし。両側前腕尺側に径3-4cmの紫斑あり。WBC9,700/μl、CRP12.6mg/dl、Plt 2.7万/μl、PT-INR1.1、FDP12μg/ml、胸部Xp異常所見なし。(経過)静脈血培養提出後CTRX2g/日開始、急性期DIC診断基準を満たすことからメシル酸ガベキサート1500mg/日を併用。胸腹部CTでは前立腺肥大以外に所見はなく、心エコーでも疣贅なし。解熱傾向にあった第4病日、菌磨き後に悪寒とともに39.7℃の発熱あり、抗生剤をIPM/CS1g/日へ変更。口腔外科で全顎的に進行した辺縁性菌周炎の診断。血培養から口腔内常在菌のStreptococcus constellatusが検出され、感受性のあるSBT/ABPC6g/日へ変更。徐々に解熱して血小板数も改善した。菌性感染症による敗血症からDICを来したと考えられた。出血傾向の精査と辺縁性菌周炎の治療目的に東北大へ紹介。(考察)菌周病はその進行の程度によっては、日常的に菌血症を引き起こしうる。発熱の原因が不明確な時には局所の症状が目立たない場合でも感染病巣として常に菌性感染症を念頭に置くべきであると考えられた。

288 生化学スクリーニング検査で *Cronobacter sakazakii* と誤同定され MALDI-TOF MS で同定し得た *Enterobacter asburiae* 感染による菌血症の1例

大分市医師会立アルメイダ病院総合診療科¹⁾

大分大学医学部微生物学講座²⁾

同総合内科・総合診療科³⁾

○堀之内登¹⁾, 塩田星晃¹⁾, 高倉 健¹⁾, 西園 晃²⁾

宮崎英士³⁾

【背景】*Cronobacter sakazakii* は調整粉乳に混入し新生児致死の感染を引き起こすため正確な同定が重要であるが、時に近縁菌種との誤同定が問題となる。*Enterobacter asburiae* は日和見感染症の稀な原因菌である。【症例】80代男性がグラム陰性桿菌菌血症の診断で当科紹介受診。入院時、BP 111/60 mmHg, Pulse 80 bpm, BT 37.7°C, WBC 8080/ μ L, CRP 18.01 mg/dL, PCT 1.02 ng/mL。原因菌は生化学スクリーニング検査で *C. sakazakii* と同定されたがフォーカスは不明で日和見感染を疑う基礎疾患はなかった。第3世代セフェム系抗菌薬感受性で、MEPM から CTRX へ deescalation し合計10日間の加療で軽快した。後日 MALDI-TOF MS と運動性試験の再検査で *E. asburiae* 菌血症であったことが判明した。【考察】*C. sakazakii* は食品衛生検査だけでなく臨床的にも誤同定され得る。*E. asburiae* 菌血症の健常人報告は稀であるが、表現型検査による誤同定のためにその自然史が過少報告されている可能性がある。【結語】MALDI-TOF MS の表現型検査との併用により *E. asburiae* をはじめとする腸内細菌感染の原因菌同定をより正確にすることができると期待される。

289 演題取り下げ

290 胆嚢炎疑いで入院となった胸部感染性大動脈瘤の一例

地方独立行政法人那覇市立病院内科¹⁾

那覇市立病院腎臓内科²⁾

○湧川朝雅¹⁾, 上原圭太²⁾, 糸数昌悦²⁾, 宮良 忠²⁾

【症例】76歳, 男性

【主訴】発熱, 心窩部痛

【現病歴】糖尿病性腎症による末期腎不全で維持血液透析中の方。2日前から発熱と吸気時の心窩部痛があり精査加療目的に入院となった。身体所見では心窩部と右季肋部に圧痛を認め、腹部単純CT検査で胆嚢は緊満しており、左下肺野に浸潤影を認めたため、胆嚢炎・胸膜炎と診断し、抗菌薬、絶食・補液の治療を開始した。入院翌日に血液培養2セットからブドウ房状のグラム陽性球菌が全血培ボトルから検出されたため、造影CTを施行し下行大動脈に瘤を認めその内部に突出した血流を認めた。大動脈壁およびその周囲が不均一に濃染される所見を認めたことから、胸部感染性大動脈瘤と診断し、心臓血管外科の病院へ転院となり同日に緊急ステントグラフト内挿術を施行した。血液培養からは後に *Staphylococcus aureus* (MSSA) が分離された。退院後も抗菌薬内服を継続中である。

【考察】感染性大動脈瘤は特異的な症状は認めず診断が難しいとされる一方で、死亡率が比較的高い疾患である。今回、胆嚢炎疑いで入院したにも関わらず、血液培養からブドウ房状のグラム陽性球菌が全ボトルから24時間以内に検出されたことから血管内感染を疑い、造影CTを施行し診断に至った。胸部感染性大動脈瘤に関して文献的考察を含めて報告する。

291 RS3PE 症候群の治療中に感染性心内膜炎を発症し、腰椎化膿性脊椎炎と敗血症性塞栓症を併発した一例
長崎大学病院第一内科

○浦島佳代子, 福井翔一, 岩本直樹, 古賀智裕, 川上 純

【症例】77歳男性 【主訴】発熱, 腰痛, 左下肢のしびれ 【現病歴】X-2年発症のRS3PE症候群に対してプレドニゾロン(PSL)を内服していた。X年2月から左足関節近傍の灼熱感を主とした異常感覚が出現し、3月上旬から発熱がみられた。RS3PE症候群の再燃が疑われ、3月末にPSLを増量するも改善しなかった。発熱が持続し、4月中旬に腰痛のため体動困難となり入院した。【臨床経過】2月の歯科治療歴が判明し、血液培養からは *Streptococcus gordonii* が検出され、経食道心臓超音波検査で僧帽弁に疣贅を認めた。MRIでは腰部椎体に化膿性脊椎炎を疑う高信号域が見られ、頭部MRIでは急性期脳梗塞が見られ、敗血症性塞栓症と考えられた。敗血症性塞栓症ならびに腰椎化膿性脊椎炎を伴う感染性心内膜炎と診断し、ペニシリンGによる治療を開始した。疣贅に対し僧帽弁形成術を、化膿性脊椎炎に対し搔把術を行い、血液培養は陰性化し症状は改善した。【考察】感染性心内膜炎は発症初期には特異的な症状に乏しく、本症例のように発熱を来す原疾患がある場合には鑑別が困難である。治療反応性が不良の場合や、原疾患に典型的な症状がない場合は感染性心内膜炎を念頭に積極的な血液培養による鑑別が重要と考えられた。【結語】RS3PE症候群の治療中に発症した感染性心内膜炎の一例を経験した。

292 インフルエンザ A (Flu A) がフォークト・小柳・原田病 (VKH 病) の発症契機と考えられた一例

自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科¹⁾

自治医科大学附属さいたま医療センター眼科²⁾

○吉野 望¹⁾, 川村 愛¹⁾, 石井 彰¹⁾, 吉田克之¹⁾

山下武志¹⁾, 渡辺珠美¹⁾, 福地貴彦¹⁾, 菅原 齊¹⁾

豊田文彦²⁾, 梯 彰弘²⁾

背景: EBV や CMV が VKH 発症の契機とする説があるが, 他のウイルスとの因果関係は不明. 症例: 31 歳男性. 主訴: めまい, 嘔吐. 現病歴: 入院 14 日前に難聴と耳鳴り, めまい, 37 度台の発熱. 12 日前左視野の歪みを自覚, 眼科で左眼漿液性網膜剥離を指摘. 8 日前に右視野の歪みを自覚し漿液性網膜剥離を指摘. 5 日前に 38.1 度の発熱で当院受診. Flu A 型抗原 (+), オセルタミビルが処方され眼科受診できず経過観察. 1 日前にめまい・嘔吐の症状が増悪し, 近医を再受診. 髄膜炎が疑われ救急搬送. 経過: 項部硬直陽性で, 髄液検査の初圧 18cmH₂O, 細胞数 491/3 (単核球 484). Flu A 髄膜炎の診断でペラミビル投与. めまいは改善傾向になるも視野の歪みは持続. 髄液の Flu A の PCR 陰性判明. 第 3 病日で Flu A は軽快したと判断. 眼科で両側漿液性網膜剥離と多発蛍光漏出を認め VKH 病の診断. HLA-DR4 は陽性. ステロイドパルスを施行. 後療法として PSL60mg 内服開始し, 5 日毎に 10mg ずつ減量. 視野の歪み, めまい, 耳鳴りなどの症状は改善し第 24 病日に退院. 考察: VKH 病発症契機として, Flu A の関与が示唆された興味深い症例なので報告する.

293 血球貪食症候群を伴った軽症のデング熱

市立島田市民病院総合診療科¹⁾

市立島田市民病院消化器内科²⁾

市立島田市民病院血液内科³⁾

○横田彬彦¹⁾, 金子淳一²⁾, 田中佑一²⁾, 松下雅広²⁾

野垣文昭³⁾, 谷尾仁志¹⁾

【症例】27 歳, 男性【既往歴】なし【現病歴】201X 年 6 月中旬に 5 日間インドネシアの郊外に滞在し, 帰国 3 日後から 40℃ の発熱, 関節痛, 筋肉痛, 咳, 全身倦怠感が出現したため, 帰国 6 日後に当院受診となった. 受診時, 38℃ の発熱, 腹部 CT で脾腫を認め, WBC 2300, PLT 73000 と血球減少を認めた. デング熱などの輸入感染症を疑い, 入院加療となった. デング熱検査を保健所に依頼した. 【入院後経過】対処療法を行った. 発熱は入院 4 日目まで持続し, 血球減少の増悪を認めたため, 骨髓生検を施行した. スメアで白血球や血小板の貪食像を認め, 血球貪食症候群 (HLH) のガイドラインで 5 項目該当し, HLH の診断となった. 入院後 7 日目に症状及び血球減少の改善を認め, 退院となった. 保健所より, PCR 検査でデングウイルス 2 型遺伝子陽性の結果の連絡を受け, デング熱の診断となった. 【考察】自験例では, HLH を合併していたが, 重症化には至らず, 改善した. デング熱は血球減少を生じやすい疾患であることが知られているが, その原因として, 自験例のように, HLH が関与している症例も存在すると考えられる.

294 細菌感染を伴わず高プロカルシトニン (PCT) 血症を認めた横紋筋融解症の一例

公立甲賀病院内科

○大橋瑞紀, 渋谷和之, 小河秀郎, 南部卓三, 川嶋剛史

【症例】54 歳女性【主訴】食欲低下, 倦怠感

【現病歴】精神発達遅滞, 統合失調症で通院中. 食欲低下, 倦怠感, 著明な発汗が出現し, かかりつけ医を受診. CPK 86850 IU/L, Na 104 mEq/L を認めたため, 横紋筋融解症および低 Na 血症のため当院へ紹介となった.

【臨床経過】来院時は CPK 81780 IU/L と著明に上昇しており, また WBC 16900/μl, PCT 19.8 ng/dl を認めた. オランザピン, 抑肝散等の処方があったが, 最近の処方薬の変更はなかった. 発熱, WBC および PCT 上昇を認めたものの, 身体所見, 検査所見からは感染は認めなかった. 抗菌薬投与はせず, 補液と Na 補正による管理を行ったところ, 腎機能低下は認めず, CPK は速やかに低下した. 横紋筋融解症の改善に伴い, PCT も発症から 4 日後には自然に 2.4 ng/ml に低下した.

【考察】細菌感染症の診断に有用とされる PCT であるが, 本症例のように細菌感染を伴わずに PCT が上昇する症例が報告されている. PCT は TNF- α 等の炎症性サイトカインの影響により, 筋肉を含む全身の臓器から産生されるため, 細菌感染症以外にも PCT が上昇する病態があることに注意が必要である.

【結語】細菌感染を伴わず高 PCT 血症を認めた横紋筋融解症の一例を経験した.

295 成人 Still 病治療中に原因不明の呼吸不全で死亡した一例

社会福祉法人三井記念病院総合内科¹⁾

社会福祉法人三井記念病院リウマチ膠原病内科²⁾

社会福祉法人三井記念病院病理診断科³⁾

○藤原綾乃¹⁾, 鈴木暁岳²⁾, 本田智子¹⁾, 中島啓喜¹⁾

森 正也³⁾, 原 和弘¹⁾

【症例】70 歳女性【主訴】腹痛, 発熱

【現病歴】2015 年 7 月発熱と関節痛が出現した. 8 月他院でフェリチン異常高値 (14300 ng/mL), 弛張熱, CRP 上昇, 関節痛, 好中球増多より成人発症 Still 病と診断された. 皮疹は明らかでなかった. ステロイドセミパルス療法後, 後療法としてプレドニゾロン (PSL) 内服を開始し, 40 mg/day まで減量したところで専門的加療を目的として 10 月上旬当院に転院した. 【臨床経過】入院後, PSL を漸減し指標とした血清フェリチン値は正常範囲内で推移した. しかし第 38 病日頃より下腿浮腫, 尿量減少, 体重増加が出現, 画像検査で両側胸水, 腹水を認めた. 利尿薬を投与するも治療抵抗性に体液貯留が進行し, 造影 CT では大腸で広範囲に浮腫性壁肥厚を認めた. 血清フェリチン値再上昇, WBC・CRP 上昇より, 成人発症 Still 病の再燃とそれに伴う漿膜炎と考え PSL を増量して投与したが体液貯留は急速に進行し, 第 52 病日に呼吸不全で死亡した. 剖検では両側肺をはじめ, 全身諸臓器に乾酪壊死病巣を認め粟粒結核と判明した. 【結語】ステロイド剤をはじめとした免疫抑制剤による治療を行う際には, 常に結核感染症の併発を念頭に置く必要があると考える.

296 不明熱の一例

沖縄県立中部病院¹⁾

沖縄県立中部病院感染症内科²⁾

○西村瑠美¹, 高山義浩¹, 椎木創一²

【症例】68歳男性 【主訴】発熱, 左大腿外側部痛

【現病歴】来院10日前より, 徐々に左大腿外側の安静時痛が出現した。来院7日前より発熱があり, 平熱から最高38.8℃の発熱を繰り返した。大腿部痛は徐々に増悪した。

【臨床経過】不明熱にて感染症内科にて入院加療をすることとなった。第19病日までは精査を進めながら鎮痛薬・解熱薬での疼痛緩和・対症療法を試みるも, 発熱・左大腿外側部の疼痛の持続を認めた。精査にて画像所見として認められた感染性肝嚢胞疑いの病変に対し, 第20病日, 肝嚢胞ドレナージを施行したところ, 感染性肝嚢胞の診断となった。

【考察】感染性肝嚢胞としては非典型的な臨床像であり, 診断にいたるまでに不明熱として様々な鑑別が挙がり, 精査が必要であった。

【結語】不明熱の一例を経験した。

298 悪性腫瘍の骨転移による症状を契機に受診され, 原発巣診断に苦慮した2症例

庄原赤十字病院内科¹⁾

広島市立広島市民病院消化器内科²⁾

○網岡 慶¹, 鎌田耕治¹, 谷口陽亮¹, 鳴戸謙輔¹

山中陽介¹, 森元 晋¹, 山岡賢治¹, 竹内泰江¹

岡本良一², 中島浩一郎¹

【症例1】53歳, 女性。来院5ヶ月前より体重減少あり。1ヶ月前より倦怠感・腰背部痛が出現し, 徐々に疼痛範囲の拡大傾向あり内科受診した。CT検査で胸腰椎の多発圧迫骨折像・左頸部リンパ節腫脹を認め, 悪性腫瘍による病的骨折を疑い追加の血液検査・造影CT・PET-CT検査を行うも原発巣を指摘しえなかった。左頸部リンパ節に対して生検を施行した。

【症例2】53歳, 女性。来院6ヶ月前から頸部痛を自覚した。3ヶ月前より左側胸部痛出現したため近医受診し, 腫瘍マーカー高値 (CEA 18.4ng/ml, CA19-9 1735.0U/ml, CA125 58.1U/ml), MRIで頸椎圧迫骨折像を指摘され, 病的骨折が疑われ内科を受診した。造影CTやPET-CT検査で多発肝転移・骨転移認め, 上部消化管内視鏡検査では十二指腸生検より低分化なAdenocarcinomaの浸潤性増殖を認めるも転移性腫瘍の可能性が高く, 明らかな原発巣は指摘しえなかった。【考察】外来診療で骨転移を契機に診断に至る悪性腫瘍の症例は少なくないが, 若年での多発骨折は病的骨折を疑う必要がある。今回我々は多発骨転移に伴う症状で外来を受診され, 原発巣診断に苦慮した2症例を経験したため, 診断の過程を文献的考察とともに報告する。

297 c-kit 遺伝子野生型 GIST に対して術前のイマチニブ投与が奏効し切除可能となった一例

慶応義塾大学病院臨床研修センター¹⁾

慶応義塾大学病院消化器内科²⁾

○結城久美子¹, 鈴木 健², 青木 優², 川崎健太²

平田賢郎², 須河恭敬², 浜本康夫², 高石均均²

金井隆典²

【症例】56歳女性【主訴】心窩部違和感【現病歴】2015年秋頃より心窩部の違和感あり2016年4月に他院で上部消化管内視鏡検査施行したところ胃体部小彎に潰瘍を認めた。CT検査で胃壁外に突出する13cm大の腫瘍性病変を認め肝左葉浸潤も疑われた。組織の病理報告では, kit陽性, CD34+, CD117+ のGISTでありGISTの診断。同年5月に当院紹介受診。【臨床経過】腫瘍サイズが大きく肝浸潤も否定できず, 手術はリスクが高いと判断されたためイマチニブ全身投与を先行して開始。C-kit 遺伝子変異検査で野生型との報告があったが6月9日のCT検査で7cm大までの腫瘍縮小が見られ投与続行とした。10週後のPET-CT検査でも増悪傾向を認めず, 手術可能と判断し9月15日幽門側胃切除施行。現在術後4ヶ月で明らかな再発を認めない。【考察】本症例では手術リスクが高いとの臨床判断により術前にイマチニブの先行投与とした。c-kit 遺伝子変異が野生型のGISTに対してイマチニブが奏功する可能性は低いとされるが, 腫瘍縮小傾向を認め投与を続行し根治手術可能となった。【結語】c-kit 遺伝子変異なしの胃GISTに術前イマチニブが著効し切除可能となった症例を経験した。

299 結腸癌の化学療法中にリステリア髄膜炎をきたした一例

大崎市民病院腫瘍内科

○吉田裕也, 高橋義和, 坂本康寛, 大石隆之, 蒲生真紀夫

【症例】58歳女性【主訴】意識障害, 発熱

【現病歴】S状結腸癌, 多発肝転移に対して2次療法FOLFIRI+bevacizumabによる治療を行っていた。意識障害, 発熱のため当院へ救急搬送された。来院時の所見で項部硬直を認め, 急性髄膜炎が疑われた。髄液のグラム染色から菌は検出されなかったが, 症状や髄液検査からは細菌性髄膜炎を疑ったため, 経験的に抗菌薬治療を開始した。第2病日に髄液培養からListeria monocytogenesが検出され, リステリア髄膜炎の確定診断とした。治療により症状は改善し, ADLも発症前と同様の程度まで改善した。第17病日で皮疹が出現し, 抗菌薬による薬疹が疑われ, 投与終了とした。その後は再発なく経過し, 現在も化学療法を継続している。

【考察】本症例のように担癌患者は免疫不全をきたし, 日和見感染による細菌性髄膜炎を発症する可能性がある。当院の過去4年における担癌患者の髄膜炎症例を後向きに調査したところ, 細菌性髄膜炎であった症例は8例(17.4%)認められた。固形癌患者における細菌性髄膜炎は癌性髄膜炎と比べて良い転帰となる傾向にあった。従って担癌患者の髄膜炎では細菌性も鑑別する必要がある場合があり, 細菌性髄膜炎であった場合, 治療によってより良いQOLを示すことが示唆される。本症例では髄液のグラム染色で細菌が確認されず, 髄液検査では単球優位であり, 癌性髄膜炎と細菌性髄膜炎の鑑別が必要とされた一例であった。

300 集学的治療で長期の病勢制御を実現し得た多発肝転移、肺転移を伴う直腸癌術後再発の一例

大崎市民病院腫瘍内科

○佐々木啓寿, 大石隆之, 高橋義和, 坂本康寛, 蒲生真紀夫
【症例】54歳男性【主訴】下血【現病歴】X-1年2月に下血を来し, 大腸内視鏡検査で上部直腸に2型腫瘍を認め, 生検でadenocarcinoma, 画像でcT4N1M0, cStage IIIbと診断された. 当院外科で術前mFOLFOX6を6コース行い, 同年6月に腹腔鏡下低位前方切除術を施行した. 術後補助化学療法を計12コース行い, 経過観察とされていたが, X年6月に肝転移, 肺転移を認め, 当科にてFOLFIRI+Bmabを開始した. X+1年10月には新規肝転移を認め, CPT-11+Cmabへ移行した. X+2年3月, 肝転移巣による閉塞性黄疸を認めため, S-1併用の化学放射線療法を行い, 腫瘍縮小と黄疸の改善を認め, そのままS-1+Bmabへ移行した. X+3年6月に単発肺転移を認めたが, 肝転移巣の増大は認めなかったため, 肺転移巣へ放射線照射を施行し, 縮小効果を認めた. 現在はbiweekly CPT-11+Pmab, TFTDを経て, レゴラフェニブ内服中である. 【考察】直腸癌術後の多発肝転移, 肺転移を来した症例に対し, 化学放射線療法を用いた集学的治療で長期の病勢制御を得た症例を経験した. 多臓器転移を伴う大腸癌治療の基本は全身化学療法であるが, 臓器障害の出現や単発転移巣に対する局所療法を組み合わせることで, 全身化学療法をより長期間継続することが可能になり, ひいては患者の予後改善に資すると考えられる.

301 切除不能膵がんに対するFOLFIRINOX療法による発熱性好中球減少症の発症抑制に対する持続型G-CSFの有効性の後方視的検討

島根大学医学科5年¹⁾

島根大学腫瘍センター腫瘍・血液内科²⁾

○林 克起¹⁾, 熊野御堂慧¹⁾, 森山一郎²⁾, 宇賀田典美²⁾

高橋史匡²⁾, 川上耕史²⁾, 鈴宮淳司²⁾

【背景】切除不能膵がんに対する標準療法FOLFIRINOX療法(FFX)は血液毒性が問題である. 海外第3相・国内第2相試験では共に約50%の症例に予防的なG-CSF投与がなされたが, 発熱性好中球減少症(FN)が5.4%と22.2%発生した. 今回我々は持続型G-CSFの使用がFN発症を低下させるかを後方視的に検討した. 【対象】2014年6月から2017年1月までに当院でFFX(modified FFXなど減量症例を含む)を施行された切除不能膵がん患者34例を対象とし, コース毎のFN発症率を算出した. 今回の検討では, 抗がん薬の減量を行っていない場合をFFX, 一つでも減量している場合をmFFXとした. 【結果】年齢中央値は65.5歳, 男性20例, 女性14例, 前治療歴有が12例であった. 総コース数は233コース(FFX 83, mFFX 150)であった. FN発症率は, 全体で3.9%, FFXで7.2%, mFFXで2.0%であった. 持続型G-CSF使用のFFXでは5.4%(3/56), 持続型G-CSF未使用のFFXでは11.1%(3/27)であった(p値=0.385). 持続型G-CSF使用のmFFXでは0%(0/66), 持続型G-CSF未使用のmFFXでは3.6%(3/84)であった(p値=0.256). 【結論】FFX, mFFX共に持続型G-CSF使用によりFN発症率は減少したが, 統計学的有意差は認めなかった.

302 電子カルテを利用した高齢肺癌患者に対する総合的機能評価についての検討

島根大学医学部医学科5年¹⁾

島根大学医学部内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学²⁾

○山本なつみ¹⁾, 津端由佳里²⁾, 児玉明里²⁾, 中尾美香²⁾

天野芳宏²⁾, 堀田尚誠²⁾, 濱口 愛²⁾, 沖本民生²⁾

濱口俊一²⁾, 磯部 威²⁾

【背景】島根県は国内でも高齢化率が高く, 高齢がん患者の治療を担う機会が急増している. 当院では65歳以上の高齢がん患者を対象とした総合的機能評価についての臨床研究が開始されると同時に, 電子カルテシステム内に使用する評価表のフォーマットが組み込まれた. 【方法】2015年4月から2016年12月までに呼吸器・化学療法内科を受診し肺癌と診断された65歳以上の患者に対し機能評価(CGA7, VES-13およびG-8)を実施した. また, 化学療法を受ける患者についてはCharlson Comorbidity Index(CCI)を算出し, それらの結果と治療に伴う有害事象の発現率および予後との関連を検討した. 【結果】登録患者は101名(男性約7割). 年齢中央値は75歳. 脆弱性ありと判断された割合はVES-13で38.6%, G-8で83.2%であった. 【まとめ】高齢がん患者の総合的機能評価はその煩雑さから実臨床では普及していない. 本院のように電子カルテフォーマットを組み込むことで簡単に高齢がん患者の機能評価が可能である. 同システムの多施設化と機能評価データの蓄積が望まれる.

303 IgD型多発性骨髄腫の新規薬剤時代における治療成績

岩手医科大学医学部¹⁾

岩手医科大学医学部腫瘍内科学科²⁾

○佐藤 剛¹⁾, 島田龍太郎¹⁾, 伊藤薫樹²⁾

【背景・目的】多発性骨髄腫(MM)は難治性の形質細胞腫瘍である. その中でもIgD型は稀なタイプであり, 予後不良とされてきた. 今回, 新規薬剤導入以降のIgD型MMの治療成績を検討した.

【方法】2009年6月から2016年10月に岩手医科大学附属病院, 八戸赤十字病院, 岩手県立中部病院で治療を開始されたIgD型多発性骨髄腫患者10例を対象に, 奏効割合, 無増悪生存期間(Progression-Free Survival:PFS), 全生存期間(Overall Survival:OS)を後方視的に解析し, 従来の報告と比較, 検討した.

【結果】奏効割合が90%, 観察期間中央値40か月の時点でPFS中央値が27か月, OS中央値が62か月であった.

【考察】移植を行った4例はいずれもsCRに到達した. このことから, 移植の適応であれば, 行うことが望ましいと考えられる. IgD型MMに従来の化学療法を行ったKimらの研究, Pisaniらの研究ではOS中央値がそれぞれ18.5ヶ月, 34ヶ月であったのに対し, 本研究でOSは62ヶ月であった. よって, 長いOSを得るためにも新規薬剤の使用は必要と考えられる. また, 新規薬剤時代の本邦におけるMM全体のOSは60.6ヶ月と報告されており, 本研究のOS(62ヶ月)と同等のデータであった.

【結語】IgD型多発性骨髄腫の治療成績は自家移植と新規薬剤の導入によって改善している.

304 パゾパニブが奏効した胞巣状軟部肉腫の1例

九州大学病院血液腫瘍心血管内科¹⁾
九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学講座²⁾
○吉弘知恭¹, 二尾健太¹, 土橋賢司¹, 在田修二²
 有山 寛¹, 草場仁志¹, 赤司浩一¹, 馬場英司²

【症例】23歳男性【主訴】下顎突出【現病歴】X-2年より舌の腫脹が出現し、X年3月頃から構音障害が出現したため5月に近医を受診した。CT・MRIで舌腫瘍性病変を認め当院耳鼻科紹介となった。切除生検の組織像で巣状から類臓器様に配列する腫瘍細胞を認め、ASPL/TFE3融合遺伝子陽性から胞巣状軟部肉腫(T2bN0M0, Stage2B: UICC第7版)と診断した。6月に舌全摘術及び両側頸部郭清術を施行したが、術後CTで肺転移再発と診断し、8月に両肺部分切除術・左肺下葉切除術を施行した。9月末からオトガイ部突出を自覚しCTでも下顎骨腫瘍及び多発肺結節を認め再発と診断した。ドキシソルビシン+イホスファミド療法を実施したが、1コースで無効中止となった。10月末よりパゾパニブを投与開始したところすみやかにオトガイ部腫瘍は縮小した。外来治療を継続しているが治療開始2ヶ月後のCTではオトガイ部腫瘍、肺転移ともに縮小を維持している。【考察】胞巣状軟部肉腫は軟部肉腫のひとつで極めてまれな疾患である。緩徐な増大を示すことが多いが、経過中に遠隔転移を生じることが多く殺細胞性抗癌剤や放射線治療に抵抗性を示すため予後不良である。少数例であるがマルチターゲットチロシンキナーゼ阻害薬の有効性が報告されており、1次治療での実施も考慮すべきと考えられた。

305 下大静脈原発平滑筋肉腫に対して四次治療でエリブリンにて病勢コントロールを認めている一例

国立病院機構岩国医療センター初期臨床研修医¹⁾
国立病院機構岩国医療センター呼吸器内科²⁾
国立病院機構岩国医療センター内科³⁾
○森 俊太¹, 久山彰一², 西 達也², 秦 雄介²
 工藤健一郎², 能島大輔², 藤本 剛³, 牧野泰裕³
 谷本光音³

【症例】68歳女性【主訴】下腿浮腫【現病歴】2011年より下大静脈原発平滑筋肉腫、多発肝転移、骨転移に対して寛解・再発を繰り返しながら一次治療でイホスファミド(IFM)+エピルビシン(EPI)、二次治療でゲムシタピン(GEM)+ドセタキセル(DOC)を計29コース施行、三次治療でトラベクテジン6コースを施行が、骨転移の増悪を認めたため、エリブリンを施行している。【臨床経過】エリブリン5コース施行後も増悪・大きな副作用はなく治療を継続している。【考察】切除不能な進行・再発・転移性の悪性軟部腫瘍に対してパゾパニブ、トラベクテジン、エリブリンの3剤が相次いで承認された。エリブリンは、軟部肉腫に対して第3相臨床試験にてダカルバジンと比較して全生存期間を有意に延長することが確認されている。しかし、これらの薬剤をどのような順序で投与すれば効果があるか、十分な検討はなされていない。本症例から4次治療としても有効である可能性が考えられた。【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IFM+EPI療法、GEM+DOC療法、トラベクテジン投与後に4次治療でエリブリン行い病勢のコントロールが可能であった1例を経験したので報告する。

306 血管炎との鑑別が困難であった節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型の一例

広島大学病院リウマチ・膠原病科¹⁾
広島大学病院血液内科²⁾
広島大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科³⁾
広島大学医歯薬保健学研究院病理学研究室⁴⁾
○倉信達臣¹, 石徳理訓¹, 徳永忠浩¹, 吉田雄介¹
 平田信太郎¹, 野島崇樹¹, 杉山英二¹, 一戸辰夫²
 河野崇志³, 櫛谷 桂⁴

【症例】39歳男性【主訴】鼻閉
【現病歴】X年1月頃からの鼻閉のため当院耳鼻科を紹介受診し、左鼻腔腫瘍性病変を認めたため生検を行ったものの悪性腫瘍や血管炎を疑う所見なく経過観察された。X年6月に再度鼻閉を自覚し、再検査で認めた右鼻腔腫瘍性病変を再生検したところ、壊死性血管炎であったため当科紹介された。【臨床経過】ANCA関連血管炎としてX年8月より中等量ステロイドを開始し、漸減した。しかし外来フォロー中に再度鼻閉が増悪し左鼻腔腫瘍性病変が再燃したため、X年12月に再々生検を行ったところ核型不整の著しい中型～大型異形リンパ球のびまん性増殖を認め、節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型の像と診断されたため血液内科紹介した。【考察】節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型と最終診断されたが肉芽腫性多発血管炎と鑑別困難であった症例報告が散見される。血管炎として治療中も経過が非典型的な場合には再生検を含めた診断・治療の再考が有効である可能性が考えられた。【結語】組織診断で当初は血管炎の診断であったが、再生検で節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型と診断した一例とした。

307 口腔カンジダ症を併発したがん患者の末梢血Th(helper)細胞サブセット解析

愛媛大学医学部医学科1年¹⁾
四国がんセンター感染症・腫瘍内科²⁾
愛媛大学医学部臨床腫瘍学講座³⁾
○岡宮礼於¹, 濱田 信², 薬師神芳洋³

【緒言】Th細胞は多くのサブセットに分類され、各々が自己免疫疾患や感染症に関与することが報告されている。今回私どもは、抗がん剤治療中に口腔カンジダ症(oral candidiasis; OC)を併発した患者でTh細胞サブセット解析を行い、OCの発症因子を考察した。【方法】がん治療中にOCと診断された症例(n=21)ならびに非発症がん患者(non-OC)(n=13)の末梢血Th細胞サブセット解析を行い、その臨床像を加えた発症リスクを評価した(IRB#H26-16)。【結果】がん種とその治療内容に特定の傾向は無いものの、OC合併患者86%(18/21)でステロイドが経過中使用されていた(non-OC:38%)。症例間の一般血液検査に差は無いが、PMA+Ionomycin刺激を加えたT細胞サブセット解析において、Th17(IL-17産生)細胞がOC合併例で有意に低下していた(P<.05)。さらにTh17細胞が著しく低下している患者の38%(3/8)が経過中にOCを再発した。【考察】今回私どもは、OCを併発したがん患者で、粘膜の免疫機構に重要な役割を果たすTh17細胞が低下している現象を見いだした。また、Th17細胞が著しく低下した症例ではOCを再発する傾向がある。本結果から、OCの再発や難治例ではTh17細胞低下が誘因となる可能性が示唆された。

308 当科における成人発症鼻腔原発横紋筋肉腫症例の検討 新潟大学腫瘍内科¹⁾

新潟大学耳鼻咽喉科²⁾

○大竹絃子¹, 森山雅人¹, 周 启亮¹, 松本吉史¹

岡部隆一², 松山 洋², 西條康夫¹

【背景】横紋筋肉腫は小児に多くみられ成人の発症は少ない。今回化学療法が奏効した成人発症鼻腔原発横紋筋肉腫を経験したので、過去の症例を含め報告する。【症例】42歳女性【主訴】鼻閉【現病歴】X-4月鼻閉で近医受診後X-2月A病院耳鼻咽喉科受診。鼻腔腫瘍あり、生検にて横紋筋肉腫と診断。X-1月当院耳鼻咽喉科紹介。腫瘍は左鼻腔を主体に周囲の副鼻腔に進展し、下顎から頸部のリンパ節腫大を認めた。がんセンターで化学療法先行の方針となり、X月当科入院。【経過】入院後VAC療法（ビンクリスチン、アクチノマイシンD、シクロホスファミド）1コース目開始。X+1月VAC療法2コース目施行。1, 2コースとも発熱性好中球減少症を認め、G-CSF製剤、抗菌薬の投与を行った。2コース終了後、鼻閉や嗅覚障害は改善した。CT上、原発巣は著明に縮小し、リンパ節も明らかに縮小していた。局所所見上も原発巣は鼻中隔に径5mm程度の残存病変以外ほぼ消失していた。【考察】本症例では成人発症の横紋筋肉腫に対してVAC療法を施行し奏効を得た。過去の症例も含め化学療法が著効しており、成人発症例においても積極的な化学療法の導入を検討すべきであると考えた。【結語】化学療法が奏効した成人発症鼻腔原発横紋筋肉腫症例を経験した。

309 Nivolumab投与により汎血球減少を来した肺腺癌の一例

広島大学病院卒後臨床研修センター¹⁾

広島大学病院呼吸器内科²⁾

○井料崇文¹, 徳毛健太郎², 益田 武², 堀益 靖²

宮本真太郎², 中島 拓², 岩本博志², 藤高一慶²

濱田泰伸², 服部 登²

【症例】56歳男性【主訴】倦怠感【現病歴】肺腺癌, cT2N3M1b, stageIVに対して、前医で2016年7月中旬より2次治療としてnivolumabを投与されていた。3コース目終了後よりGrade4の好中球減少と血小板減少, Grade2の貧血が認められ、その精査加療目的に当院へ転院した。骨髓生検で低形成骨髓を認め、原因が他に無いことから、本症例はnivolumabによる免疫関連有害事象と診断された。ステロイドパルス療法、免疫グロブリン大量療法が施行されたが効果は乏しかった。発症から約2ヶ月経過した時点で好中球数減少はGrade3まで改善したが、赤血球・血小板減少は継続していた。化学療法を再開することはできず、汎血球減少発症から118日後に肺癌の進行により永眠した。【考察】nivolumabによる免疫関連有害事象として好中球減少や血小板減少が報告されているが、汎血球減少の報告は未だ無い。免疫関連有害事象はステロイドが有効とされているが本症例は無効であった。【結語】稀ではあるが、nivolumabにより汎血球減少を来す症例があることを念頭に置くべきである。

310 Stewart-Treves症候群治療中に過換気症候群を契機として診断されたGuillain-Barre症候群の一例

秋田大学医学部附属病院腫瘍内科¹⁾

神経内科²⁾

○田口大樹¹, 井上正広¹, 鎌田幸子², 吉田泰一¹

島津和弘¹, 福田耕二¹, 飯島克則², 柴田浩行¹

【背景】Guillain-Barre症候群（GBS）は10万人に1人発症の稀な疾患で、簡易検査法はなく発症初期には見逃されやすい。

【症例】60歳女性。2000年左乳癌にて乳房切除術施行。2012年浮腫で肥厚した左上肢から血管肉腫が検出され、Stewart-Treves症候群と診断された。左上肢の離断術後にドセタキセル、パクリタキセル、エリブリンを投与するも2013年腹腔内リンパ節に転移した。左肩甲骨部の皮下浸潤病巣の切除を2015年までに3回施行した。しかし、切除断端に残存があり同年1月当科に紹介された。放射線照射、パゾパニブ、ゲムシタピン、ペバシズマブによる治療を行ったが、骨転移、肝転移が出現するなど治療抵抗性であった。2016年12月18日から手の痺れが出現、21日に過換気症候群で緊急入院となった。スパイロメーターでは軽度の拘束性障害を認めた。その後、下肢の脱力、歩行障害が進行し、12月28日神経伝導速度、髄液検査からGBSと診断され、即日γグロブリンの大量投与を開始し、症状は改善した。

【考察】GBSは治療が遅れると呼吸不全など致命的になる場合がある。本症例は経過観察から早期に診断、治療介入を行い、重篤化を防ぐことができた。

311 エベロリムス・エキセメスタン併用療法中の乳癌患者に発症したニューモシスチス肺炎の一例

昭和大学病院腫瘍内科

○大熊遼太郎, 高橋威洋, 濱田和幸, 楠本壮二郎

石田博雄, 久保田祐太郎, 佐藤悦子, 佐々木康綱

mTOR阻害薬であるエベロリムスは高率に間質性肺炎（IP）を併発することが知られている。我々は乳癌治療中に発症したニューモシスチス肺炎（pneumocystis pneumonia: PCP）の一例を経験したので報告する。66歳の女性。ホルモン受容体陽性乳癌に対してエベロリムスとエキセメスタンによる加療中であった。発熱を主訴に当科受診。炎症反応の上昇と胸部CTで両側肺野にすりガラス影を認め、精査加療目的に入院となった。鑑別としてエベロリムスによるIP、PCP、ウイルス性肺炎が挙げられた。薬剤性も念頭に置きエベロリムス・エキセメスタンの投与は中止とした。間質性肺炎、PCPの可能性を考慮してプレドニゾロンとST合剤の投与を開始した。血清KL-6, β-D-グルカンの上昇があり、喀痰PCR検査でPneumocystis jiroveciiが陽性でありPCPと診断した。呼吸不全の急激な進行を認め、人工呼吸器管理を含む集学的治療を要した。治療により呼吸状態は安定しPCPは治癒した。IPはエベロリムスの代表的な有害事象の一つであるが、エベロリムス投与中のPCPについては、症例報告が数例に留まっている。PCPは重症化することもあり、エベロリムス投与中の患者が肺炎を発症した際にはIPとPCPの鑑別診断が重要である。

312 看取りについて考える. ある若年肺癌患者の最期

大阪医科大学附属病院呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科

○片山大資, 中村敬彦, 後藤 功, 藤阪保仁

【症例】36歳男性【主訴】呼吸困難, 全身倦怠感

【経過】T790M 耐性遺伝子陽性EGFR陽性肺腺癌に対しオシメルチニブを開始したが, 転移性骨腫瘍による腰痛が悪化し, 放射線照射及びピオイドでの疼痛コントロールを開始した. 病勢はとどまり, 4ヶ月間治療を継続し得たが, 病勢進行と有害事象の汎血球減少出現のため入院となる. 化学療法を検討したがPS不良のため, BSCの方針となる. 「自宅に帰りたい」との患者の思いは強かったが, 社会環境的には介護保険の適応がなく, 患者要因として治療抵抗性のがん性疼痛および胸腔ドレナージ開始されたこと等もあり, 患者は自宅退院に対する不安を感じるようになった. 患者の妻, 父は患者の希望を叶えたいと考えておられ, 患者の自覚症状悪化時の対処方法を修得されていた. また訪問診療と緊急時の往診が受けられる状態が整い, 万が一の状態の当院でのバックアップ体制を確認することで, 患者は安心して退院された. 退院から3日後, 患者は死亡されたが, 在宅医からの手紙には家族全員で患者の看取りの時を迎える様子が記載されていた.

【考察】早すぎる「看取り」は患者の家族にも心理・社会的にも負担が大きいが, 本症例は在宅医及び家族の積極的な協力により, 患者自身が希望する自宅での看取りがかなった.

【結語】若年患者の早すぎる看取りを経験し, 地域で支えるがん診療を体験した.

314 薬剤性肺障害併発後に, ステロイド投与下に化学療法継続可能であった子宮原発絨毛癌の一例

国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科

○小宮山哲史, 温泉川真由, 河知あすか, 大熊ひとみ

下村昭彦, 下井辰徳, 野口瑛美, 米盛 勸

清水千佳子, 田村研治

【症例】50歳代女性【現病歴】多発肺転移を伴うハイリスク妊娠性絨毛癌(FIGO 3期)に対する根治的化学療法(メトトレキサート, アクチノマイシンD, エトポシド, シクロフォスファミド, ビンクリスチン療法)を開始した2ヵ月後に発熱, 呼吸困難感が出現し, 胸部HRCTで両側び慢性にすりガラス陰影を認めた. 気管支肺胞洗浄の結果, ウイルス, ニューモシスチス等の感染やうっ血性心不全の合併は否定的で, 他の新規薬剤の使用歴も認めないことから, 化学療法による薬剤性肺障害と診断した. 【臨床経過】薬剤性肺障害に対して, プレドニゾロン1mg/kgの投与を開始した. 速やかに症状および画像所見の改善を認めた. 絨毛癌は致命的疾患で, 代替レジメンは存在しない. 本症例は同化学療法の有効性が確認されており, 患者には薬剤性肺障害の再燃リスクを説明のうえ, 同化学療法を継続とした. 治療再開5ヵ月経過するも, 薬剤性肺障害の再燃を認めず, 治療効果を維持している. 【考察】根治が期待できる症例において, 薬剤性肺障害発症後に, ステロイド投与下で被疑薬の投与継続が可能であった症例を経験した.

313 縦隔脂肪肉腫に対してトラベクテジン療法で

長期生存を得ている一例

国立病院機構岩国医療センター初期臨床研修医¹⁾

国立病院機構岩国医療センター呼吸器内科²⁾

国立病院機構岩国医療センター内科³⁾

○川尻智香¹, 久山彰一², 工藤健一郎², 田村朋季²

秦 雄介², 西 達也², 藤本 剛³, 白木照夫³

牧野泰裕³, 谷本光音³

【背景】進行・転移性悪性軟部腫瘍に対する治療として, イホマイド, ドキソルビシンやゲムシタビン(GEM) + ドセタキシル(DTX)併用療法の試験成績の報告が多数ある. 近年では薬物療法の進展に伴い, 新規薬剤としてパゾパニブ, トラベクテジン, エリプリンの3剤が承認された. 当院においてトラベクテジン療法を施行し長期生存を得ている一例を経験したので報告する. 【症例】80歳, 男性.

【経過】1999年に縦隔脂肪肉腫摘出術を施行し, 2008年に再発のため再摘出し経過を観察していた. 2011年から増大したため, 2013年11月に当科紹介となった. GEM + DTX療法を行ったが, 2015年6月のPET-CTにて腫瘍の増大と両側胸水を認めた. その後, パゾパニブを投与したが増悪したために2016年1月よりトラベクテジン療法を施行. 現在15コースを施行したが, 腫瘍の増大や重大な副作用なく継続中である.

【考察・結語】トラベクテジンは2015年12月に承認された薬剤であり, 長期使用に関する報告は少ない. 今回我々はトラベクテジン療法で長期生存を得ている症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する.

筆頭著者索引

※会長…会長講演, 基…基調講演, 討…公開討論会, 塾…実践内科塾, P…プレナリーセッション, 無印…一般演題

演題番号			
あ行		大内 翔悟	191
相川 正考	討 3	大熊遼太郎	311
青島 広幸	52	大倉 諒子	256
青野 仁美	5	大島 洋一	158
我妻久美子	123	大竹 紘子	308
阿久津律人	273	大塚 勇輝	262
浅野 数男	71	大槻 健太	72
足立 詩織	45	大坪 研介	222
足立 真穂	15	大浪 敦史	287
安部 誓也	55	大庭 慎也	148
網岡 慶	298	大橋 瑞紀	294
荒井 宏之	塾	大畑 澄枝	174
荒卷 由紀	137	大村 大輔	230
有賀 亮太	121	大和田紗恵	24
飯淵 顕	8	岡崎哲ロバート	284
五十嵐晴紀	226	小笠原暢彦	143
石垣 星	30	岡田 英泰	271
石川 龍人	202	岡橋 愛子	126
石崎 友梨	22	岡宮 礼於	307
石高絵里子	195	小川 太志	283
石塚 理恵	212	小倉 慶雄	109
石堂 博敬	205	小島 慶恵	142
石橋 麗雅	114	小田 遼平	242
石濱智奈美	104	越智 正憲	26
石山 良生	討 10	落合 彰子	162
伊豆永晃子	討 1	尾内 綾	107
板野 明子	147	小野 友輔	178
市川明日香	199	小野 亮平	P116
一之瀬 愛	53	嘉数 真教	82
一戸 護	討 18	柏葉 裕	266
伊藤 彰仁	155	片岡 良介	188
伊藤 綾	217	片山 大資	312
伊藤 惇	139	加藤まどか	207
伊藤 有理	249	加藤友紀子	56
井上 直紀	248	加藤 里絵	86
今本 聡美	245	金井 貴宏	223
入部 康弘	206		
井料 崇文	309	か行	
岩野 光佑	74	上條 千太	102
上野 匡庸	243	神永 洋彰	144
上原 康輝	70	鴨田 知明	46
内上 寛一	234	河内 大	87
内田 泰介	181	川尻 智香	313
内田 智久	253	川村万里子	179
梅田 和佳	95	神田さやか	65
浦島佳代子	291	神田 珠莉	討 13, 75
占部 秀典	258	岸田 健吾	269
海野 響子	41	木田 健介	172
榎本 信幸	基 II	北岡 寛己	57
大井 和哉	218	北川 幹太	194
大井 雅之	136	木谷 優介	16
		北山 祥平	111
		木原 佳南	214
		木村 薫	44
		吉良 匠平	146
		金城 史彦	221
		金道 寛弥	192
		久木田 新	討 11
		久瀬 雄介	討 12
		窪田 真人	228
		倉田 原哉	232
		倉信 達臣	306
		黒川 優太	33
		黒澤 太郎	32
		小池 和彦	会長
		小糸 秀	263
		古賀 琢真	P186
		小阪 祥子	227
		児島 希典	237
		小杉将太郎	120
		児玉 篤典	29
		児玉 康秀	10
		後藤 和貴	49
		後藤 悠輔	246
		小林 秀彰	31
		小堀 清子	156
		小松理沙子	89
		小宮山哲史	314
		小室 一成	基 I
		小森健二郎	170
		近藤 有佳	216
		さ行	
		佐伯まどか	76
		櫻井 一貴	210
		佐々木啓寿	300
		笹本 浩平	272
		佐藤瑛一郎	77
		佐藤大二郎	81
		佐藤 剛	303
		佐藤 翠	64
		佐藤 雄亮	159
		佐藤友梨恵	P251
		佐原 和規	127
		澤井 大樹	145
		塩田 智	224
		篠遠 朋子	238
		島田 憲佑	161
		清水 大輔	67
		清水友貴乃	250
		清水 葉子	168
		清水 里恵	134
		重里 徳子	97
		首藤 彰	6
		白井 祐輔	78
		白鳥ベアタ	260
		白波瀬 愛	149
		新里 広大	197
		杉本亜沙美	231
		杉本 麻美	152
		鈴木 麻耶	125
		鈴木 佑一	96
		鈴木 優矢	264
		須田 健生	47
		須田 友海	54
		須永 匡一	23
		角 華織	220
		住田真理子	69
		瀬戸口尚登	21
		全並 正人	38
		五月女浩子	133
		副田 圭祐	286
		成 志弦	36
		た行	
		高田 一平	215
		高田 夢実	P27
		高橋 孝通	208
		高橋 晴香	184
		高橋 諒	19
		高山 治利	198
		田口 大樹	310
		田口 備教	140
		竹内 洋	169
		竹内 幹人	113
		竹田 具史	241
		竹原 朋宏	塾
		武村 秀孝	110
		田中 彰子	108
		田中 尚道	88
		田中 聖人	討 6
		谷村 純	135
		谷村 卓哉	101
		田村 美樹	P204
		佃 綾乃	討 4
		土谷 浩気	59
		都築 一平	60
		寺澤 美晴	180
		土井 響	163
		徳増 一樹	討 17
		徳本 大起	213
		徳山 喜心	12
		豊崎 雄一	43

豊福 尚旦	190	濱口 桃香	42	松井 隆之	203	山口 統子	281
な行……………		濱廣 友華	247	松浦 剛郎	90	山口 直樹	122
内藤 潤	200	早坂 太希	P91	松尾 聡子	182	山崎安寿弥	189
内藤 喜浩	63	林 克起	301	松岡 紗恵	209	山崎元太郎	267
永井 誠一	84	林 信孝	235	松島 慶央	塾	山城 俊樹	17
長江 翔平	1	原田 拓也	P175	松田 峰史	173	山田 七海	4
中尾 真也	112	原納 遥	58	松永 拓	274	山手 崇志	160
中川 亜耶	100	平田 理子	138	松根 佑典	討5	山中 暖日	255
中川 智裕	185	平野 翔梧	252	松原 浩太	討15	山中 陽介	275
中川 諒	P236	廣瀬 啓	244	松村 憲浩	37	山根 史嗣	103
長坂 智裕	93	福岡 翼	150	右田 修介	討9	山本 崇史	28
中島知太郎	20	福田 太郎	塾	三澤 拓	11	山本奈央子	35
中島 知	268	福地源司郎	79	水井 大介	68	山本なつみ	302
永瀬裕一朗	171	福西 愛	164	水谷 花菜	94	山本 実果	討2
仲宗根和孝	51	福山 貴大	285	光定 健太	99	山元 康弘	219
永田 一郎	193	藤井 将人	39	光定 聖弥	48	湯浅 健人	討16, 7
永富 駿平	106	藤川 馨	276	光田 栄子	151	結城久美子	297
中西 潤	225	藤川 裕恭	201	光武 鮎	18	横瀬 允史	279
中根 千夏	128	藤川 莉那	315	湊 さおり	P282	横田 彬彦	293
中野 雅信	115	藤里 秀史	278	峯田 武典	40	吉田 輝龍	124
中村 和也	62	藤野 智哉	85	峯積 拓巳	229	吉田武之輔	3
中村 悠大	131	藤原 綾乃	295	宮本 颯真	257	吉田 裕也	P299
中山 智裕	117	藤本 康人	25	宮本 将太	165	吉武 英隆	130
中山 鈴	211	藤原 秀臣	239, 240	向江 翔太	154	吉成 裕紀	270
奈良井大輝	討7	船登 智将	73	村上 成人	80	吉野 望	292
成山 倫之	261	船山由希乃	157	村山 貴英	233	吉弘 知恭	304
鳴戸 謙輔	9	古村 芳樹	83	茂木 香織	66	米村 洋輝	34
西 伸幸	119	細尾真奈美	118	百木 菜摘	132	頼高多久也	265
西村 康裕	129	堀 智裕	2	森 俊太	305	ら行……………	
西村 瑠美	296	堀 麗菜	50	森田 博之	187	呂 開東	166
二ノ宮壮広	167	堀口 崇典	196	森山 禎之	92	わ行……………	
野添 大輔	14, 176	堀之内 登	288	森山 智仁	61	湧川 朝雅	290
は行……………		ま行……………		や行……………		和田紗矢香	105
長谷川 諒	277	前田 悠智	13	安田 康祐	141		
畑中 友秀	98	牧野 愛子	153	柳谷 稜	討8		
花岡理以沙	254	益本 貴人	280	矢野 千葉	183		
		間瀬 陽子	177	山内 昂也	259		

第 114 回 日本内科学会総会・講演会
医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ 2017 東京
プログラム・抄録集

会 長：小池 和彦（東京大学）
準備委員長：立石 敬介（東京大学）

主 催：一般社団法人日本内科学会
113-8433 東京都文京区本郷 3 丁目 28 番 8 号
電話：03-3813-5991 Fax：03-3818-1556
E-mail：naika@naika.or.jp