Twinkle 東京女子医科大学学術リポジトリ
Tokyo Women's Medical University - Information & Knowledge Database
https://twinkle.repo.nii.ac.jp

上行結腸angioectasiaからの出血を同定し得た慢性腎不全合併２型糖尿病の１例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-08-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 清水, 美佳, 吉田, 宣子, 花井, 豪, 内潟, 安子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00031669

施行し，肺腺癌 cT3N2M1a stageIV（EGFR 遺伝子変異陰性，ALK 転座陰性）と診断した．同年11月より CDDP＋PEM＋BEV2 コース施行し，2016年1月，同化学療法3コース目施行目的に当科入院した．入院時施行した胸部単純 CT で左肺上葉のすりガラス影の増悪を認め，血液検査で KL-6 548 U/ml，SP-D 130 ng/ml と上昇していたため，間質性肺炎の増悪を疑い気管支鏡検査施行した．気管支肺胞洗浄と組織学的評価より関節リウマチの増悪や薬剤性肺障害の可能性が示唆されたため，プレドニゾロン投与と化学療法を CBDCA＋nab-PTX に変更した．2日後には頭部皮下結節の皮膚生検を施行した．5日後に腹膜刺激症状である板状硬，反跳痛が出現したため腹部 CT を施行したところ，消化管穿孔が疑われたため当院外科で緊急手術を施行した．頭皮，小腸それぞれの採取組織から腺癌を検出し，免疫組織化学評価により肺由来と判明した．肺癌の皮膚転移は2.8%，小腸転移は1.7%とされる．さらに転移後の小腸穿孔は0.1%程度とされ，1年生存率は2～9%と予後不良である．本症例は稀な2つの転移を組織学的に証明でき，小腸穿孔後も救命できた点で貴重な症例と考えられた．

4. 上行結腸 angioectasia からの出血を同定し得た慢性腎不全合併2型糖尿病の1例

（[1]卒後臨床研修センター，[2]糖尿病センター内科）
○清水美佳[1]・◎吉田宣子[2]・
花井　豪[2]・内潟安子[2]

大腸 angioectasia は易出血性であり，慢性腎不全など全身性疾患に合併することが多いとされている．しかし，出血は間欠的かつ小病変であることから内視鏡検査施行時には止血していることが多く，出血源の特定に至ることは少ない．今回，慢性腎不全を有する2型糖尿病患者において活動性出血を伴う大腸 angioectasia を下部消化管内視鏡検査で同定し得た1例を経験したため報告する．〔症例〕80歳男性．〔主訴〕ふらつき．〔既往歴〕陳旧性心筋梗塞，冠動脈バイパス術後（アスピリン，ワルファリン内服）．〔現病歴〕63歳時に2型糖尿病と診断され，78歳頃より eGFR 30 ml/min/1.73 m^2 未満の慢性腎不全となった．2016年5月より便中ヘモグロビン陽性となり，同年7月27日には Hb 6.4 g/dl と著明な貧血を認めたため，精査目的に当科入院となった．〔現症〕意識清明，血圧 115/52 mmHg，脈拍69回/分，眼瞼結膜蒼白．〔入院後経過〕入院後，鮮血便が持続し，下部消化管内視鏡検査を施行したところ，上行結腸に angioectasia と同部位からの活動性出血を認めた．アルゴンプラズマ凝固法とクリッピングによる止血を行い，その後，鮮血便は消失した．鉄剤の内服を継続し，Hb 9.3 g/dl まで貧血の改善を認め，それに伴い自覚症状も消失した．

5. 脳幹型 PRES，血栓性微小血管障害症を呈した悪性高血圧の1例

（東医療センター[1]卒後臨床研修センター，[2]内科）
○板倉卓司[1]・小川哲也[2]・
樋口千恵子[2]・◎興野　藍[2]・佐倉　宏[2]

症例は44歳男性．43歳時の健康診断で初めて高血圧のみ指摘されたが無治療であった．44歳時に頭痛，夜間呼吸困難，起座呼吸を認め近医に救急搬送された．血圧 205/130 mmHg，肺水腫，胸水貯留，Cr 9.0 mg/dl の腎障害を認め当院に初診転院となった．入院時，尿潜血3+，尿蛋白 7.0 g/g・Cr，顆粒円柱（5＋）BUN 74.8 mg/dl，Cr 9.4 mg/dl および腎臓エコーで腎臓萎縮なく急性腎不全を呈していた．溶血性貧血（Hb 6.7 g/dl，LDH 881 U/L，ハプトグロビン≦10 mg/dL，破砕赤血球＋），血小板減少（Plt 5.5万/μL）および急性腎不全より血栓性微小血管障害症（TMA）と診断した．頭部 MRI にて左右対称性に橋の腫大，T2WI，FLAIR，ADC map でのびまん性の信号上昇により脳幹型 PRES を呈していた．さらに前医搬送時の拡張期血圧 130 mmHg，急性腎不全，高血圧脳症，眼底所見での軟性白斑，出血を認め悪性高血圧と診断した．TMA に対して第2病日から3回の血漿交換，降圧療法，輸血および透析療法を施行したところ第6病日には破砕赤血球の消失，血小板の上昇を認め血漿交換を中止とした．腎生検では，Onion skin lesion や血管壁のフィブリン析出，破砕赤血球など悪性高血圧による高度内皮細胞障害を呈しており TMA の部分像と考えられた．下痢を認めず便培養陰性，ADAMTS 13 活性（57%）著減なく，130 mmHg への降圧により速やかに溶血性貧血，血小板数の改善を認めたため悪性高血圧が TMA の原因と考えられた．脳幹型 PRES，TMA を呈した悪性高血圧の1例を経験したので報告する．

6. 全身麻酔中にアナフィラキシー様反応を引き起こした1例

（東医療センター[1]卒後臨床研修センター，[2]麻酔科，[3]耳鼻咽喉科）　○長田宜子[1]・
◎市川順子[2]・丸渕貴仁[2]・
貞安　令[3]・西山圭子[2]・◎小森万希子[2]

〔症例〕34歳男性，身長 163 cm，体重 55 kg．鼻中隔弯曲症に対し，鼻中隔矯正術，粘膜下下鼻甲介骨切除術が予定された．プロポフォール 130 mg，セボフルラン 2.0%，フェンタニル 100 μg，レミフェンタニル 0.3 μg/kg/分で麻酔導入後，ロクロニウム 50 mg で筋弛緩を得て気管挿管を行った．術後感染予防目的のピペラシリン投与終了直後から急激な血圧低下および全身の皮膚発赤を認め，血圧低下に対しフェニレフリンの静脈内投与，晶質液の急速輸液，下肢挙上を行った．ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム 500 mg の静脈内投与後，徐々に血圧は改善し，皮膚発赤も消退した．ショック初