

腎腫瘍の画像を呈した右傍腎盂に発生した後腹膜神経鞘腫と多発神経鞘腫の既往からSchwannomatosisと診断した症例

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: 越智, 満久, 近藤, 恒徳, 田邊, 一成 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00031676

イド状物質を囲む甲状腺様濾胞状組織からなる。現在までの報告は27例のみである。われわれはTLF-RCCの1例を経験したので、報告する。〔症例〕55歳女性。〔既往歴〕痔IPMN（当院消化器内科で経過観察中）。〔家族歴〕特記事項なし。〔現病歴〕17年前に当院で、7年前に他院で右腎腫瘍を指摘されていた（詳細不明）。（X-1）年、IPMNフォロー中の腹部超音波検査で腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科に紹介された。X年4月の造影CTで、右腎中央に石灰化を伴う腫瘍を認めた。増大傾向を示したため、腎細胞癌との診断のもと、X年7月、腎部分切除術が施行された。術後、追加治療なく外来フォロー中である。〔病理学的所見〕切除検体は52×30×13 mm大、境界明瞭、乳白色腫瘍を含んでいた。一部に、硝子化隔壁に囲まれた部分があった。組織学的には、乳頭、管状構造を取る腫瘍細胞が浸潤性に増殖していた。核は空胞状、すりガラス状で、溝を認めた。免疫染色で、cytokeratin (CK) 7, TTF1, PAX8 陽性；CK20, CDX2, thyroglobulin, α -methyl acyl CoA racemase (AMACR) 陰性であった。甲状腺乳頭癌の転移が疑われたが、甲状腺を含む他臓器に原発を示唆する所見を認めなかった。特徴的な核所見とTTF1, CK7陽性である点がこれまでの報告と異なるが、TLF-RCCと診断された。〔結語〕核所見と免疫組織化学的性格の一部が、これまでの報告と異なるTLF-RCCを経験した。

11. 腎腫瘍の画像を呈した右傍腎盂に発生した後腹膜神経鞘腫と多発神経鞘腫の既往から Schwannomatosis と診断した症例

（¹卒後臨床研修センター、²泌尿器科）

○越智満久¹・◎近藤恒徳²・田邊一成²

症例は49歳女性。2016年3月に他院にて子宮筋腫摘出術。術後発熱精査の単純CTにて径89 mmの右傍腎盂嚢胞を指摘された。造影CT、造影MRIにて嚢胞内に造影効果を伴う50×40 mm大の充実性構造を認め、嚢胞性腎腫瘍が疑われた。前医では根治的右腎摘除術を奨められた。しかし患者が腎温存手術を希望したため当科紹介となった。技術的に腎部分切除は可能と判断し2016年10月に開腹右腎部分切除術を施行した。嚢胞は腎門部から中極にかけて癒着しており腎動脈を巻き込んでいた。右腎動脈の前枝の1本を切断する必要があったが、腎盂、腎実質とは剥離は可能であり腫瘍摘除術を完了することが可能であった。摘出標本は80×60×40 mm大の結節性病変で病理組織は淡好酸性の胞体を有する紡錘型細胞が増生しており、部分的に核の大小不同はみられたが細胞密度は疎で、核分裂像もほとんど認めなかった。免疫染色ではS-100蛋白陽性でKi-67陽性細胞は5%以下でSchwannomaと診断した。後腹膜に発生するSchwannomaは全体の0.7%と稀であり、さらに既往歴からSchwannomatosisが疑われたため若干の文献的考察を

加えて報告する。

12. 過剰腺に生じた縦隔副甲状腺腫の1例

（¹卒後臨床研修センター、²乳腺・内分泌外科、³呼吸器外科、⁴病理診断科） ○橋口浩実¹・徳光宏紀²・前田英之³・神崎正人³・長嶋洋治⁴・宇都健太⁴・◎岡本高宏²

〔症例〕56歳男性。健診で高カルシウム血症（11.3 mg/dL）を指摘され原発性副甲状腺機能亢進症（PHPT）を疑われて、当科紹介受診となった。intactPTH 250 pg/mLであり、多発内分泌腺腫瘍の家族歴はないことから、散発性PHPTと判断した。頸部超音波検査では部位診断がつかなかったが、MIBIシンチグラフィのSPECT画像で胸骨裏面に集積を認め、CTでも同部位に造影効果を認める9×5 mmの腫瘍像を疑った。手術ではまず頸部操作で同病変の摘出を試みたが到達できず、頸部両側検索を行って正常大の副甲状腺4腺を確認したのち、胸骨正中切開にて右胸部胸腺内の副甲状腺腫（12×106 mm, 333 mg）を摘出した。術後intactPTH、血清カルシウム値は正常化、病理組織診断は副甲状腺腺腫であった。〔考察〕開縦隔の決断には部位診断の確からしさ、過剰腺の知識、そして頸部両側検索による確認が重要であることを学んだ。

13. 外科手術に至った高齢発症の憩室性大腸炎が疑われた1例

（¹卒後臨床研修センター、²消化器内科、³消化器外科）

○高鹿美姫¹・任芝 杏¹・柏木宏幸²・伊藤亜由美²・米沢麻利亜²・大森鉄平²・◎高山敬子²・飯塚文瑛²・中村真一²・徳重克年²・大木岳志³・井上雄志³・山本雅一³

〔背景〕憩室性大腸炎（diverticular colitis）とは大腸憩室症に時に合併する区域性の慢性腸炎であり、内視鏡的にも組織学的にも潰瘍性大腸炎に類似した所見を呈する。今回、本症例が疑われた1例を経験したため報告する。〔症例〕81歳男性。慢性便秘症があり、約1週間前からの発熱、便秘、左下腹部痛を主訴に救急外来を受診された。炎症反応高値で腹部造影CTでS状結腸に腸管壁肥厚を認め、精査加療目的に緊急入院となった。第4病日の大腸内視鏡検査でS状結腸に多発憩室を認め、潰瘍を伴う腸管浮腫像も認めたことから、虚血性腸炎、憩室炎を疑い、絶食・補液・抗菌薬加療を行った。しかし、炎症反応の改善を認めず、下痢、血便も出現し、第18病日の大腸内視鏡検査では直腸まで炎症が波及しており、潰瘍性大腸炎も考えられた。5-ASA内服、G-CAPを開始したが、発熱、下痢、炎症反応の改善を認めず、第28病日の大腸内視鏡検査では直腸病変は消失していたが、S状結腸～横行結腸まで炎症が拡がっており、低栄養もあり、全身状態が悪化しており、第31病日に高位前方切除