

(第12回研修医症例報告会)胃癌による穿孔が疑われたが,最終的にS状結腸癌にて手術を行った1例\n

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-08-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 横川, 英之, 水口, 知子, 下嶋, 優紀夫, 宮澤, 美季, 山口, 健太郎, 碓井, 健文, 横溝, 肇, 塩澤, 俊一, 島川, 武, 勝部, 隆男, 成高, 義彦 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032002

台の自己脈があったため、経静脈ペーシングは中止、抜去した。〔考察〕麻酔導入後に高度の徐脈に至る原因として、循環器作動薬などの常用薬の影響、麻酔薬自身の副作用、脊椎麻酔、硬膜外麻酔などの影響、循環器疾患の関与などを考えるが、本症例では、継続投与されたβ遮断薬による房室伝導抑制作用と麻酔導入時による薬剤との相互作用で生じたと考えた。房室伝導を亢進させる硫酸アトロピンが無効であったことは、もともと洞機能不全や2枝ブロック（左脚前枝ブロック、完全右脚ブロック）の存在による影響を考えた。経皮ペーシングも無効であったことは、心肥大や体格の影響を考えた。〔結語〕麻酔導入後に高度徐脈になり、抗コリン薬や交感神経刺激薬、経皮ペーシングが無効であったため手術が延期になり、経静脈ペーシングを用いて手術を行った症例を経験した。

2. 左腎摘出後、嘔気・頭痛が続いた von Hippel-Lindau 病の1例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²脳神経外科）

○中尾千恵¹・

◎糟谷英俊²・山崎 圭²

21歳時頭痛精査で小脳血管芽腫が見つかり後頭下開頭にて4か所の腫瘍摘出術を受けた。26歳時、右腎がんの摘出術。その後、小脳腫瘍が大きくなってきたため、27歳で7か所の小脳腫瘍にガンマナイフの照射を受けた。その6か月後、小脳の照射されなかったのう胞性腫瘍が大きくなったため腫瘍摘出術を受けた。35歳で腎がんのため左腎摘出術（複数個あり腎の温存が困難と判断）。その退院前後から、嘔気・頭痛が続いた。退院20日後、脳神経外科の定期検診で、小脳腫瘍の増大が新たに見つかり入院となった。家族歴として父が von Hippel-Lindau 病で、腎がんの頸椎転移で死亡。入院時 MRI では、左小脳から延髄にかけてのう胞が延髄を圧迫、のう胞内小脳正中に13 mmの腫瘍を認め、均一に造影された。それ以外に約20か所に造影される5 mm以下の腫瘍を認めた。2016年のMRIで、小脳下部にあった当時最も大きかった7 mmの腫瘍が、のう胞を伴って増大したと考えられた。腹部CTでは、脾のう胞を認めるが、眼底は異常ない。血液検査所見では、クレアチニンが1.37 mg/dlと高値以外に異常は認めなかった。手術は腹臥位とし、後頭下開頭を行い、のう胞を開放し、腫瘍を同定して全摘出した。病理所見は血管芽腫であった。術後9日で、症状改善し退院した。今後は腎がんと小脳血管芽腫の綿密な経過観察と、腫瘍が大きくなった場合にはガンマナイフ治療を行う予定としている。多科にまたがる von Hippel-Lindau 病では、全身の状態をよく理解しておく必要がある。

3. 交通外傷による右心耳破裂の1救命例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²救急

医療科）

○川口憲治¹・

◎庄古知久²・出口善純²

〔はじめに〕鈍的心外傷は近年救命例が増えつつあるが、心外傷のなかでも心破裂は来院時にすでに心肺機能停止に近い状態であることが多く、最も重篤かつ致命的な損傷であり、迅速な患者対応と適切な緊急手術でのみ救命することが可能となる。〔症例〕25歳男性。都内で首都高速を運転走行中に単独自損事故を起こし受傷。救急隊現場到着時、収縮期血圧76 mmHg、脈拍102回/分のショック状態、JCS II-30の意識障害で当救命救急センターに搬送された。左前胸部に打撲痕あり。初療でのFAST（focused assessment with sonography for trauma）にて心タンポナーデと診断。心窩部より心嚢ドレーンを留置し、間欠的に暗赤色の血液を吸引することで血圧を維持させた。造影CT検査にて右心耳破裂と診断。バイタルサインは安定していたので手術室の準備を待って入室。救急医療科医師の執刀にてクラムシェル開胸。心嚢切開すると大量の血液が噴出、右心耳に3か所の破裂部を確認しサテンスキー鉗子で把持し止血。それぞれ縫合修復を行い救命に至った。術後経過は良好で、十二誘導心電図も問題なく不整脈も認めなかった。術後4日目にはドレーンを抜去しICUを退室。術後15日目に退院し、後遺症なく社会復帰となった。今回行ったクラムシェル開胸は胸骨縦切開よりも迅速でかつ低侵襲であり、特殊な手術器械も必要としない。重症胸部外傷の出血制御には非常に有効なアプローチ法である。適切な心嚢ドレナージと術前CTにて診断し救命し得た症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

4. 胃癌による穿孔が疑われたが、最終的にS状結腸癌にて手術を行った1例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²外科）

○横川英之¹・水口知子¹・

下嶋優紀夫²・宮澤美季²・◎山口健太郎²・

碓井健文²・横溝 肇²・塩澤俊一²・

島川 武²・勝部隆男²・成高義彦²

〔症例〕83歳男性。陳旧性肺結核、肺線維症にて当院呼吸器外科にてフォローアップされていた。上腹部痛にて救急外来受診。上腹部にfree airを認め上部消化管穿孔の診断で入院。上腹部の圧痛のみで筋性防御なく、絶食および経鼻胃管による減圧で保存的に治療する方針とした。その後症状は改善したため、入院から1週間後に上部消化管内視鏡検査を施行。胃角部小弯に深掘れの潰瘍を認め、襲の集中、癒合を認め3型胃癌が疑われた。また、腫瘍マーカー値もCEAが22.7 ng/mlと高値であり、胃癌による穿孔と診断し術前精査を進める方針とした。しかし、胃の病変からは悪性所見が出ずGroup 1の所見であった。腹部CT所見を見直すとS状結腸の壁が肥厚していたため、下部消化管内視鏡検査を施行した結

果、S 状結腸に 1 型病変があり、生検で Group 5 が検出された。胃病変は再度内視鏡検査を施行し、生検も行ったが悪性所見なく胃潰瘍の診断であった。後日、S 状結腸癌に対して S 状結腸切除予定としたが、肺機能が著明に低下していたため、腰椎および硬膜外麻酔での手術方針とし、手術を施行した（手術時間 1 時間 24 分）。術後は麻痺性イレウス、誤嚥性肺炎などを併発したが、徐々に回復し無事退院となった。〔結語〕上部消化管穿孔という疾患に目を奪われ、S 状結腸癌の発見にやや時間がかかってしまった症例を経験した。広い視野であらゆる可能性を考えた診断が必要であると改めて考えさせられた症例であった。

5. 副腎皮質癌と鑑別を要し、胃原発神経鞘腫に類似した組織像を持つ後腹膜神経鞘腫の 1 例

（¹卒後臨床研修センター、²乳腺・内分泌外科、³病理診断科） ○林 怡嫻¹・羽二生賢人²・永井絵林²・◎尾身葉子²・堀内喜代美²・山本智子³・岡本高宏²

後腹膜腫瘍は比較的稀で、しばしば副腎腫瘍との鑑別を要す。今回我々は、副腎皮質癌との鑑別を要し、胃に発生する神経鞘腫に類似した組織像を呈した後腹膜神経鞘腫を経験したので報告する。症例は 51 歳女性。人間ドックの際に施行した腹部超音波検査で右副腎偶発腫を指摘された。内分泌検査所見上は非機能性腫瘍であった。造影 CT 検査で、右副腎に 5 cm の造影効果を伴う石灰化した円形腫瘍を認めた。MRI 検査では明らかな脂肪成分は含まれなかった。PET-CT 検査で SUV max 8.59 と高値であった。画像所見から副腎皮質癌または神経原性腫瘍が疑われ、診断的治療目的に手術をする方針となった。周囲組織への明らかな浸潤は認めなかったため、腹腔鏡下副腎摘出術を行った。術中所見では、副腎との連続性はないようであったが、悪性の可能性を考慮し、副腎も合併切除した。組織学的には、副腎外病変で、S-100 陽性の紡錘形細胞が錯綜して増殖し、核分像や Ki67 陽性細胞が少数であることから、後腹膜原発神経鞘腫と診断された。原発性後腹膜腫瘍の中で神経鞘腫は 6.9% と稀である。画像所見は副腎癌と似た特徴を有するため鑑別が重要となる。また本症例の病理所見は被膜を持たず、辺縁にリンパ組織を伴い、これは胃に発生する神経鞘腫の特徴であった。

6. 右大腿蜂窩織炎で受診し、詳細な問診から早期診断に至った小児 1 型糖尿病の 1 例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²小児科） ○高橋佑利¹・◎星加将吾²・安田祐希²・松岡尚史²・杉原茂孝²

症例は 7 歳女児。入院 1 か月前から伝染性膿痂疹を繰り返していた。X-2 日から右大腿後面の疼痛が出現。X-1 日に症状増悪し当院救急外来を紹介受診した。右大腿後

面に約 5 cm 大の紅斑と少量の排膿を認めた。CRP 0.7、WBC 9400 と軽度上昇のみにて抗菌薬を処方され帰宅した。翌日再診時、全身状態は良好であったが、疼痛増悪し蜂窩織炎の診断で入院となった。入院時の問診で、母親より 1 か月程前から児の多飲多尿の出現と父親が 1 型糖尿病であることを聴取した。血糖値 476 mg/dL、ケトン 1.6 mmol/L であり、精査にて HbA1c 13.7 %、アシドーシスはなし、GAD 抗体陽性、C ペプチド 0.4 ng/mL。1 型糖尿病と診断しインスリン療法を開始した。その後 CSII を導入した。蜂窩織炎に関しては切開排膿を行い、培養からは *Staphylococcus aureus* が検出され、CEZ 100 mg/kg/day を約 2 週間投与し軽快した。初発の小児 1 型糖尿病では、診断時に糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）を発症している率が高い。発症から診断までの時間が重症化に影響する。非典型的な主訴で受診する場合は診断が遅れる可能性があり、丁寧な問診が重要である。多飲多尿は 90 % 以上、体重減少は 50 % が小児 1 型糖尿病で認められるため問診項目として診断の一助となり得る。今回は詳細な問診から早期診断に至り、DKA 発症前に治療を開始することができた。

7. 右膝の腫脹を主訴に入院し、関節型若年性特発性関節炎と診断した 1 歳女児例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²小児科、³膠原病リウマチ痛風センター）

○岩本隼輔¹・◎東 範彦²・星加将吾²・根木瑠美子²・安田祐希²・宮前多佳子³・杉原茂孝²

〔緒言〕関節型若年性特発性関節炎（JIA）は、訴えの乏しい年少児では四肢関節の疼痛や腫脹による歩行障害や動作発達の退行が診断の契機となることがある。今回、右膝の腫脹を主訴に関節型 JIA と診断した 1 歳児を経験したため報告する。〔症例〕1 歳 5 か月の女児。1 歳時に歩行開始し、成長発達は年齢相当であった。受診の 2 日前に保育園で跛行を指摘され、近医受診し、右膝関節の腫脹を認めたため当科を紹介受診した。現症：体温 36.5 度、胸腹部に異常認めず、右優位の膝関節腫脹・膝蓋跳動・伸展制限を認めた。皮膚に発疹・紫斑なし。検査所見：WBC 11,900/μl、CRP 1.56 mg/dl、血沈 60 分値 45 mm、FDP 17.4 μg/ml、D-dimer 10.8 μg/ml、膝関節 X 線所見にて異常は認めなかった。入院後経過：安静にて経過観察とした。入院 4 日目になっても膝関節の腫脹は持続しており、関節型 JIA を疑った。リウマトイド因子・抗 CCP 抗体は陰性であったが、MMP-3 が 579.5 ng/ml と高値であった。入院 5 日目に施行した膝関節 MRI で STIR にて膝関節に高信号を認めた。入院 8 日目に膠原病リウマチ痛風センターにて施行した関節エコーにて 5 関節以上に及ぶ滑膜炎所見を認め、リウマトイド陰性多関節型 JIA と診断した。メトトレキサート、プレドニ