

橋本雪司

血症(FIO₂約0.5),汎血球減少が進行.入院6病日目,末梢血中に異常細胞を指摘されたため血液内科を受診.骨髓検査にて異常リンパ球の集簇を認め,免疫染色の結果を合わせて,B細胞性リンパ腫と診断され転科となった.[身体所見]意識清明.表在リンパ節を触れない.胸部:肺雑音なし.腹部:肝脾触知せず.[検査所見]血算:WBC 1,980/ μ L(幼若細胞の集塊あり),RBC 388 $\times 10^4$ / μ L,Hb 12.0g/dL,Plt 1.0 $\times 10^4$ / μ L.生化学:T-bil 2.6,AST 170,ALT 36.LDH 1335,CRP 6.95,Feritin 1657,sIL-2R 1720.肺血流シンチ:異常なし.CT:肺野に異常なし.リンパ節腫脹なし.肝腫大.骨髓検査:B細胞性リンパ腫.[転科後経過]ただちにR-CHOP療法開始したところ,身体所見,検査所見改善し,現在外来で継続治療中である.[考察]呼吸不全はCT,肺血流シンチで所見を認めず,末梢血に貧血像を伴うマクロファージを認めることから血球貧食症候群および血管内リンパ腫による肺小血管の閉塞を考えた.確定には肺生検が必要であるが,状態が悪く不可能であった.急速に進行する呼吸不全,発熱,汎血球減少を認めた場合,悪性リンパ腫の可能性も考える必要がある.

18. 浸潤性乳管癌に先立って認められた二次性膜性腎症の1例

(八千代医療センター¹卒後臨床研修センター,²腎臓内科,³リウマチ膠原病内科,⁴乳腺内分泌外科) 山口佳子¹・

小池美菜子²・田中榮³・地曳典恵⁴

[症例]49歳,女性.34歳時に橋本病を指摘され,39歳時よりレボチロキシナトリウムによる内服加療中であった.2009年2月,職場健診で尿蛋白を指摘され,精査目的に当院受診.血液検査で,ssDNA,SS-A抗体陽性・SS-B抗体陽性,ドライアイ,小唾液腺病理診断にて,診断基準の4分の3を満たし,シェーグレン症候群と診断.また,尿蛋白3.2g/日,血尿1-4/HPFと腎炎が疑われ,抗核抗体陽性(320倍),光線過敏症,口腔内潰瘍があることから,SLEが鑑別に挙げられた.このため,2009年5月26日に腎生検し,病理診断は膜性腎症stage I~IIであり蛍光抗体法にてC1q陽性のためループス腎炎と診断した.8月12日よりPSL40mg/日で内服加療開始し,以後PSLを漸減中である.一方で,24歳時に左乳房に乳腺腫瘍指摘され,摘出されたが良性であった.2009年7月16日の胸部造影CTにて左乳腺腫瘍の指摘あり.病理診断の結果,左浸潤性乳管癌と診断.2009年11月25日左乳房および腋窩リンパ節部分切除術施行された.[考察]当初SLEによる膜性腎症と考えていたが,乳癌の指摘により,悪性腫瘍による膜性腎症の合併も考えられた.

19. 急性心筋梗塞による心室中隔穿孔を合併した1例

(東医療センター卒後臨床研修センター)

今回,急性心筋梗塞による心室中隔穿孔合併症例を経験したので報告する.

症例は高血圧,糖尿病で近医通院中の78歳女性.2009年9月19日夜に胸部違和感を自覚.自宅で様子を見ていたが改善せず,翌日当院内科外来を受診した.心電図上,V1~V6でQSパターンおよびST上昇を認め,広範囲前壁の急性心筋梗塞と診断し緊急入院とした.血圧128/76mmHg,脈拍78回/分と全身状態は安定しており,発症から18時間以上経過していたためICUで保存的に管理した.第3病日,心原性ショックとなったが,人口呼吸器管理およびカテコラミンの投与にて,徐々に血圧は上昇し利尿が得られるようになった.第5病日,胸骨左縁第4肋間にLevine IV/VIの収縮期雑音を聴取した.心エコー上,心室中隔の短絡血流および推定右室圧の上昇(64mmHg)を認め,心室中隔穿孔の合併と診断した.その後の心臓カテーテル検査では冠動脈造影上,左前下行枝#7に99%狭窄病変を認め,左室造影上,前壁から心尖部にかけて心室瘤を形成し心基部中隔の穿孔部より左右短絡を認めた.右心カテーテル検査上,収縮期右室圧の上昇(65mmHg)と,右心房から右心室にかけて57%から86.9%とO₂ step upを認めた(シャント率70%).翌日,心臓血管外科に転科となり,10mm程度の心室中隔穿孔に対してパッチ閉鎖術が施行された.術後は合併症なく順調に経過している.

20. メシル酸イマチニブ投与により縮小し,手術を施行した巨大骨盤内GISTの1例

(¹卒後臨床研修センター,²一般外科)

竹内真奈¹・宮入聡嗣¹・岡村 悟²・速水 克²・橋本拓造²・廣澤知一郎²・小川真平²・板橋道朗²・亀岡信悟²

症例65歳男性.検診MRIで骨盤内腫瘍を指摘され.2008年3月当科紹介受診.初診時,下腹部正中に圧痛を伴う硬い腫瘍を広範に触知した.CTでは腹部骨盤内に約15 \times 15.2 \times 18.5cmの分葉状かつ多房性の充実性腫瘍を認めた.GISTを疑い同年4月開腹術を施行したところ,腫瘍は小児頭大,後腹膜に広範な浸潤を認め,切除困難と判断,腫瘍生検のみとなった.病理結果にてGIST(c-kit+,CD34+)と診断.第12病日よりメシル酸イマチニブ(グリベック[®])を内服開始した.グリベック[®]開始より17ヵ月後に約60%に縮小,今回2009年11月再度切除目的に開腹術施行となった.縮小し切除可能な腫瘍を切除したが,仙骨前面の腫瘍は切除不能であった.第14病日よりグリベック[®]内服再開,以後症状なく経過している.

グリベック[®]により腫瘍縮小を認めた,切除不能GISTに対し若干の文献的考察を加え検討した.