

2010年11月下旬より薬剤性肝機能障害、薬疹のため食欲、ADLが次第に低下。2010年12月上旬右背部の帯状疱疹を認め、精査加療目的で当科入院となった。入院後、次第に意識混濁、幻視が出現、入院3週後より左末梢性顔面神経麻痺も出現したが、頭部CT、MRIでは明らかな異常は認めなかった。さらに入院1ヵ月後に眼科で両側前眼部ぶどう膜炎を指摘された。自覚症状はなく胸部レントゲンではほぼ正常であったが、胸部CTにて縦隔リンパ節腫脹、胸膜肥厚、軽度の間質影を認めた。サルコイドーシスを疑いACE高値、髄液蛋白およびIgGインデックス上昇、BALにてCD4/CD8=2.7を認め、サルコイドーシスの診断に至った。神経障害を認めたため、ステロイドの絶対適応と考えられた。プレドニゾン35mgより開始したところ、意識混濁、幻視は消失し、胸部CT所見、ACE値の改善もみられたが、顔面神経麻痺は不変であった。本症例は、サルコイドーシスの一亜型として知られているHeerfordt症候群の不完全型に属するまれな症例である。

5. 糖尿病と顔面痙攣を合併したコンタクトレンズ装用による角膜潰瘍の1例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 眼科、³ 糖尿病センター、⁴ 神経内科)

○鈴木裕太¹・

○篠崎和美²・高村悦子²・

藤巻理沙³・宇羽野恵⁴・堀 貞夫²

放置していた糖尿病と顔面痙攣を合併した症例に、不適切なコンタクトレンズ (CL) 装用によって発症した角膜潰瘍を経験したので報告する。

38歳男性。2年前に糖尿病を指摘され、さらに右顔面痙攣を自覚したが放置していた。2週間頻回交換レンズのCLを装用し、定期検査やCLケアを怠っていた。2011年7月に右眼の充血と眼痛を自覚し、3日後に近医眼科を受診した。右角膜潰瘍を指摘され、抗菌薬点眼と内服が処方されるものの改善せず、翌日精査加療目的で当科を初診した。初診時、右眼に結膜充血と浮腫、前房蓄膿、融解を伴う角膜輪状潰瘍を認め、視力は(0.01)に低下していた。緑膿菌をはじめとする細菌性角膜潰瘍を疑い、抗菌薬の頻回点眼と全身投与を開始した。治療開始後速やかに疼痛は改善し、角膜潰瘍も徐々に縮小し、7日後には前房蓄膿を認めず、10日後には角膜上皮欠損も消失した。抗菌薬は漸減し、ステロイド薬の点眼を開始した。50日後には、軽度の角膜混濁を認めるのみで、視力は(1.2)まで改善した。一方、肝腎機能障害などの全身状態の評価と放置していた糖尿病(HbA1c 8.2%)に対して、糖尿病内科での精査加療を始めた。また、角膜潰瘍が鎮静化した後、神経内科で右顔面痙攣の治療も開始した。糖尿病を放置している症例では、CL装用による角膜潰瘍を発症する危険性が高く、眼科的加療に加えて全身管理の必要性が示唆された。

6. 突然発症の急性心不全によって発見された心サルコイドーシスの1例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 循環器内科)

○田中絢子¹・○鈴木 敦²

症例は54歳男性。元来健康であり、健診でも特に異常を指摘されたことはなかった。しかし2011年3月より飲酒後の動悸を自覚、その後7月には労作時息切れ、起坐呼吸が出現し、心不全の診断で他院入院となった。同院での治療にて心不全症状は改善し、2011年10月に当科精査入院となった。心臓超音波検査にて著明な心機能低下所見(EF=21%、LVDd=6.6)を認め、心臓MRIではT2画像で中隔や前壁外膜に高信号を、またgadolinium造影では左室外膜側に強い遅延造影所見を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄は認めず、心筋生検では心筋内に炎症細胞浸潤を認め、類上皮細胞染色にて陽性所見を認めた。心サルコイドーシスの診断基準の主要項目1つ、副徴候5つを満たし、心サルコイドーシスと診断した。以後、全身性サルコイドーシスの検査と活動性の判定を続けたが、他臓器に明らかなサルコイドーシス所見はなく、現時点で活動性もないため、プレドニンは内服開始せず、低心機能に対して両室ペーシング機能付き植込み型除細動器植込み術を施行した。一見サルコイドーシスとは判断が難しい患者であっても、活動性のある時期にプレドニンを開始できれば心機能を保てる可能性も多分にあるため、忘れてはならない注意すべき疾患であると考えられる。

7. 感染性心内膜炎に対する大動脈弁置換術後に左室流出路仮性瘤の拡大を認めた1症例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 循環器内科)

○森田さやか¹・○新井光太郎²

症例は68歳女性。1994年9月、発熱を主訴に都立府中病院を受診したところ腎盂腎炎と診断され、抗生剤を処方されたが炎症反応高値が持続、血液培養で腸球菌が検出され、経胸壁心エコー図で大動脈弁に疣腫を認めたため感染性心内膜炎と診断された。大動脈弁は二尖弁であった。炎症反応が改善しないため精査加療目的で同年10月当院転入院となった。経食道心エコー図で大動脈弁の疣腫および弁輪部膿瘍を認め、感染性心内膜炎、感染性動脈瘤に対し大動脈弁置換術およびパッチ閉鎖術を施行された。術後も炎症反応高値が遷延し、肝膿瘍、脾梗塞も認められたため、抗生剤の長期投与を必要とした。

その後も大動脈弁弁輪部に仮性瘤の残存を認めたため、当院外来にて定期的に経食道心エコー図を施行していたが、徐々に仮性瘤の拡大傾向を認めた(四腔像1.4cm²→3.1cm²、二腔像1.9cm²→3.3cm²)。仮性瘤は左右冠動脈には及んでいなかったが、無冠尖側で弁輪約1/3に及んでいた。胸部造影CTで仮性瘤の開口部は大動脈弁直下の左室流出路背側、最大部分は2.8×1.7cmであっ