

(p-Src), 活性化リン酸化 MAPK (p-MAPK), 炎症促進性組織因子 (TF) および β -actin のイムノプロット解析に, 後者は, p-Src, p-MAPK, TF および CD68 の免疫組織化学解析に, それぞれ用いた. [結果] プロット上の p-Src/ β -actin 免疫活性密度比は, 切片上の CD68 陽性面積率 (%CD68) と強い正の相関を示した. %CD68<5% 群と比較して %CD68>5% 群では, p-Src, p-MAPK および TF の発現レベルが上昇しており, これらの物質は, 病巣を構成するマクロファージ, 遊走平滑筋細胞および血管内皮細胞に局在していた. [結語] CA において, HNE を含んだ OxLDL の持続的曝露に基づく cSrc/MAPK/TF 介在性慢性炎症の関与が示唆された.

[研修医症例報告]

1. 頭部血管肉腫の1例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 皮膚科学)

坪田真紀¹・石黒直子²・川島 真²

[症例] 71 歳男性. [現病歴] 2007 年 10 月頃に頭部に結節が出現し, 徐々に拡大傾向を認めたため, 2008 年 3 月に他院を受診した. 生検を受け血管肉腫と診断され, 4 月 7 日に当科を紹介受診し, 精査加療目的にて 5 月 25 日入院した. [現症] 入院時, 頭頂部やや右側に径 5cm 大の不整形で浸潤を触れる紫紅色斑があり, 中心に中央が潰瘍化し, 易出血性の径 3cm 大の結節を認めた. また周囲に母指頭大までの紫紅色斑の散在を認めた. [採血・尿検] Hb 13.2g/dl と軽度貧血を認める以外に特記すべきことなし. [画像検査] 頭部 MRI では骨への腫瘍浸潤を認めた. 頭部・頸部・胸部・腹部 CT, Ga シンチグラフィでは明らかな遠隔転移は認めなかった. [治療および経過] 血管肉腫の Stage Ia と診断し, 5 月 29 日に頭頂部の紫紅色斑と, 結節部を骨膜を含め骨直上で切除した. 手術標本の病理組織像では中心に潰瘍形成を認め, 下床の真皮内に不完全な脈管の増生があり, 内皮細胞は脈管腔内へ突出し, 大型で核小体の明瞭な核を有する異型細胞で構成されていた. 異型細胞は CD31 陽性であった. 術後, γ IL-2 (セロイク[®]) 40 万単位/日の静脈注射を週 6 回 5 週間行ったところ, 衛星病巣の紫紅色斑は退縮傾向を認めている. 現在外来で週 1 回の γ IL-2 の静脈注射を継続している. 術後 2 ヶ月の現在, 病変の明らかな増悪は認めていない.

2. 無症候性肺血栓塞栓症を合併した ACTH 依存性 Cushing 症候群の 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 第二内科学)

西本 雅¹・栗本真紀子²・

大和田里奈³・浦野綾子²・田辺晶代²・

福田いずみ²・肥塚直美²・高野加寿恵²

61 歳女性. 51 歳頃より高血圧, 53 歳頃より糖尿病で治

療を受けていたがコントロール不良であった. 58 歳時に下肢静脈瘤手術を受けている. 61 歳時, 糖尿病性ケトアシドーシス (DKA) による意識障害で近医へ入院した際に Cushing 徴候を指摘された. ACTH 218.3pg/ml, コルチゾール 49.7 μ g/dl と高値, 少量デキサメサゾン抑制試験でコルチゾールの抑制を認めず ACTH 依存性 Cushing 症候群と診断された. DKA 治療のために約 1 ヶ月の臥床の後, 精査のため当院へ転院した. MRI で下垂体に径 1cm の造影不良の腫瘍が認められ Cushing 病が疑われたが, 異所性 ACTH 産生腫瘍の鑑別目的で行った胸部造影 CT で偶発的に右肺動脈本幹の不完全塞栓が発見された. 肺血流シンチで同部位の血流低下が認められた. FDP, D-ダイマーとも亢進していたが, 前医からの経過中に胸痛, 呼吸苦などの自覚症状や心電図変化はなく発症時期は不明であった. 原因検索のための下肢静脈エコーでヒラメ筋静脈, 腓腹筋静脈に血栓を認め, 抗凝固療法を開始した. ワルファリン内服 11 日後の CT で血栓の縮小傾向が見られた. Cushing 症候群では高コルチゾール血症による凝固線溶因子の亢進, 糖尿病などが全身の血栓塞栓症の危険因子となる. 本症例では深部静脈血栓症, 肺血栓塞栓症の合併を認めた. これらは周術期の致命的なリスクとなることから, ステロイド慢性過剰状態である Cushing 症候群では術前に慎重に血栓症の検索を行なう必要がある.

3. 全身麻酔中に循環不全を呈した冠攣縮性狭心症例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター, ² 麻酔科)

井上寛章¹・

岡田 翼²・塚本加奈子²・西山圭子²・

近藤 泉²・小森万希子²・川真田美和子²

硬膜外併用全身麻酔中に致死的不整脈, 心停止を来し, 原因として冠動脈攣縮と診断された 3 症例を経験した. [症例 1] 59 歳女性. 肝切除術が予定された. 既往に狭心痛があったが, 心カテーテル検査では冠動脈の有意狭窄はなかった. 執刀 45 分後に突然の血圧低下, QRS 幅の拡大, 高度の徐脈から心静止となった. エピネフリンの投与と心マッサージで蘇生した. 冠動脈攣縮を疑い塩酸ドパミンと硝酸イソソルビドの持続静注を開始したところ循環動態は回復した. 手術後の心カテーテル検査で冠攣縮性狭心症と診断された. [症例 2] 74 歳男性. 腓頭十二指腸切除術が予定された. 高血圧, 狭心症, 糖尿病を合併していた. 硝酸イソソルビドと塩酸ドパミンの持続静注を行った. 執刀 10 分後に心室頻拍を来した. 除細動, リドカイン, ノルエピネフリンの投与と心マッサージで蘇生した. 冠動脈攣縮を疑いニコランジルの投与を行った. [症例 3] 39 歳男性. 腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行され, 手術終了直後に突然 ST の上昇を認め, 心室頻拍に移行し心室細動となった. リドカインの静注と除細動で正常洞調律に復し ST 上昇も回復した. [考察] 手術中の冠動