

した。MPA 療法を施行し、内膜病変は消失した。

〔症例 3〕29 歳未妊。初経以来の月経不順と不正出血を主訴に当科を初診した。子宮内膜肥厚を認めたため、内膜組織診を施行し、高分化型類内膜腺癌（子宮体癌 Ia 期）と診断し、MPA 療法を施行し、内膜病変は消失した。

3 例中 2 例に LH の上昇と卵胞の嚢胞状変化を認め、3 例全例に初経以来の月経不順などの月経異常が存在した。月経異常が認められる場合、内分泌学的背景の検索と共に、20 歳代であっても子宮内膜の病変に関する精査が必要と考えられた。また、年齢にかかわらず妊孕性温存治療の強い希望のある場合には、的確な病理学的、臨床的診断に基づき慎重にその適応を検討する必要がある。

〔研修医症例報告〕

1. 急激な血糖上昇で発見し、腓部分切除後経口血糖降下剤で良好な経過を示した膵癌・膵性糖尿病の 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，至誠会第二病院² 糖尿病内科，³ 外科） 福嶋清香¹・本田正志²・高野靖子²・茂木瑞恵²・新橋玲子¹・廣瀬太郎³

81 歳女性。2005 年 6 月に背部痛が出現し近医で精査したが軽度のエラスターゼ 1 の上昇のみで、腹部エコー上異常はなく背部痛も改善していたため経過観察となっていた。また以前の健診で HbA1c 5.8% であったが、その時期から HbA1c 6.8% となり糖尿病と診断された。その後 2006 年 1 月より体重減少と口渇、味覚障害が出現し随時血糖 715mg/dl，HbA1c 14.9% であったため当院当科を紹介受診し緊急入院となった。意識清明でケトーシスであったためインスリン持続静脈内注入療法を行い、以後インスリン 4 回法を開始した。入院中に施行した腹部エコー上、膵に異常を認めなかったが、腫瘍マーカー高値（CA19-9 923U/ml，DUPAN-2 1550U/ml，Span-1 383 U/ml）であり、MRI や MRCP，カテーテルなどの精査の結果、膵癌（stage IVA）との術前診断を得た。

本人および家族の希望があり膵頭尾部手術を施行した結果、高分化型および中間型の浸潤性膵管癌でリンパ節の転移も認めるとの病理組織学的診断であった。手術後 CA19-9 38U/ml となり、内因性インスリン分泌能も良好であったためスターシス（30mg）3T3× の内服とし、食前血糖 100～160mg/dl 台、食後血糖 160mg/dl 台の血糖コントロールで退院となった。2006 年 9 月現在、外来通院加療中で血糖コントロールは HbA1c 6.8% と経過良好である。

2. 甲状腺乳頭癌、乳腺腺管内乳頭腫など多彩な腫瘍性病変を合併した先端巨大症の 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，² 内分泌疾患総合医療センター内科） 辻岡里佳¹・栗本真紀子²・山門佑有²・福田いずみ²・

肥塚直美²・高野加寿恵²

先端巨大症では大腸ポリープや大腸癌など腫瘍性病変の合併が多く認められる。また、我々はこれまでに、本症において甲状腺乳頭癌の合併が多いことを報告している。今回、甲状腺乳頭癌、乳腺腺管内乳頭腫など多彩な腫瘍性病変を合併した先端巨大症の 1 例を報告する。

症例は 65 歳女性。32 歳で糖尿病を指摘され、61 歳時に胃・大腸ポリープの切除歴がある。64 歳時、医師である知人に顔貌より先端巨大症を疑われ、当科を紹介受診した。血液検査で成長ホルモン（GH）23.1ng/ml，インスリン様成長因子（IGF）-I 1200ng/ml（+16.2SD）と高値であり、また下垂体に 1.5×1.5×1.8cm の腫瘍を認めた。75 gOGTT で GH の抑制は認められず、先端巨大症と診断した。合併症の評価のため施行した甲状腺エコーで腺腫様甲状腺腫と直径 1.6cm の甲状腺乳頭癌が発見された。さらに、複数の大腸ポリープ、乳腺腺管内乳頭腫、巨大な鼻茸が認められた。甲状腺全摘術、大腸ポリープ切除術を施行し、経蝶形骨洞の下垂体腺腫摘出術を施行した。術後は耐糖能も改善し、外来で経過観察している。

先端巨大症では、腫瘍性病変の合併を念頭に置き、全身の評価を行う必要があると考えられる。ことに、甲状腺結節を認めた症例においては、甲状腺乳頭癌の合併も考え、穿刺吸引細胞診も含めた注意深い観察が必要と思われる。

3. Von Hippel Lindau 病に膵非機能性内分泌腫瘍を合併した 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，² 消化器外科，³ 内分泌外科） 秦 侑鈴¹・羽鳥 隆²・福田 晃²・鬼澤俊輔²・杉木孝章²・奥山隆二²・古川健司²・藤田 泉²・岡野雄介²・飯原雅季³・小原孝男³・山本雅一²

〔はじめに〕 Von Hippel Lindau 病（VHL）は網膜や小脳、脊髄の血管腫や腎臓、膵臓、肝臓に嚢胞性病変や褐色細胞腫、癌を伴うこともある稀な疾患である。今回我々は、網膜、小脳、副腎腫瘍、腎細胞癌の術後に膵臓癌、多発肝転移を認めた症例に対し外科的治療を行った症例を経験したので報告する。

〔症例〕 36 歳女性。1986 年に視力低下を主訴に眼科受診し、右目網膜血管腫を診断され、VHL を疑われた。1993 年に副腎褐色細胞腫の診断より内分泌外科で両側副腎切除、脾臓摘出術、1999 年に小脳腫瘍に対し脳外科で腫瘍摘出術を施行した。2000 年に左腎細胞癌に対し腎外科で左腎部分切除術を施行し、この際の遺伝子検査で VHL と確定診断された。その後、内分泌外科で経過観察し、2001 年より膵尾部腫瘍を、2005 年 3 月より腎細胞癌を指摘され経過観察されていたが、2006 年 2 月の MRI で膵腫瘍の増大と多発性肝転移も認められたため、手術目的に当科入院した。2006 年 7 月に膵体部腫瘍に対し膵体尾部切

除術を行った。開腹所見で上腸間膜動脈左側を中心に5 cm 大の硬い腫瘍を触知、腫瘍は左腎および左腎静脈に浸潤しており、左腎部分切除、腎静脈再建を行った。病理所見は endocrine carcinoma であった。また、腎細胞癌に対して、今回開腹時 APC による治療も考慮されたが、臍切除術の侵襲が大きかったため無治療とし、経過観察となった。

4. 維持透析患者の胃癌と肝細胞癌を同時治療した1例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 消化器外科)

大島奈々¹・片桐 聡²・
有泉俊一²・小寺由人²・高橋 豊²・
今井健一郎²・加藤孝章²・野口岳春²・
松浦裕史²・小田原晶子¹・山本雅一²

〔はじめに〕今回、糖尿病性腎症による維持透析、正常圧水頭症合併患者に、胃癌と肝腫瘍を指摘され、病理検査で胃癌と肝細胞癌の重複癌であった症例を経験したので報告する。

〔症例〕69歳男性。糖尿病性腎症のため、1993年10月より維持透析を施行している。糖尿病、維持透析、高血圧で他院経過観察中、貧血の進行を指摘され上部消化管内視鏡検査を施行した。体下部大弯側前壁に胃癌を認め、精査加療目的で当院紹介受診となった。初診時、腹部エコーでは肝S8にφ40mmの高エコー病変を認めた。HBs抗原・HCV抗体は共に陰性、α-fetoproteinは正常範囲内であった。胃癌の肝転移も疑われたが、①胃病変からの転移と考えると単発であること、②画像上は転移として典型的でなく肝原発の可能性もあること、③透析中で化学療法も投与量や投与方法で制限を受けること、などを考慮し肝S4・S8切除術、幽門輪温存胃切除術を施行した。周術期において正常圧水頭症は症状の進行なく特に問題はなかった。術中特に問題なく予定通り手術を終了したが、翌日左手のシャントが閉塞し、シャント再建を施行した。シャント閉塞以外の合併症は認めず、食事摂取良好で退院となった。病理検査では、胃癌に加え、肝腫瘍は肝細胞癌であり、胃癌と肝細胞癌の重複癌と診断した。

〔結語〕高度の合併症を有する胃癌、肝細胞癌の同時切除例を経験し、その周術期管理の難しさを痛感した1例であった。

5. 胃癌硬膜転移の1例

(東医療センター卒後臨床研修センター)

菊池朋子

われわれは、急速な転帰をとった胃癌硬膜転移の1例を経験したので報告する。

症例は60歳、女性。2006年6月頃より、食後の心窩部痛と嘔吐が出現したため近医を受診し、幽門狭窄を伴う胃癌と診断された。同年9月、ML領域の3型胃癌(T3,

N3, H0, P0, M0, Stage IV)の診断で当院外科に入院した。両側肺動脈血栓と腎下部の下大静脈内血栓合併のため、右鎖骨下静脈より下大静脈内にフィルターを挿入し、ウロキナーゼとヘパリンによる抗凝固療法を開始した。同年10月、突然のふらつきが出現し、その後左片麻痺と意識レベルの低下(Cons JCS III-100)を認めた。頭部CTでmidline shiftを伴うsubdural effusionを認め、穿頭洗浄術を施行した。貯留液は淡血性で、生検した硬膜の組織診断(adenocarcinoma)から胃癌の硬膜転移と診断した。術後、麻痺は消失し、意識レベルの著明な改善(Cons JCS I-1)がみられた。術後第1病日の頭部CTは、側脳室の拡大と対側の薄いsubdural effusionを認めるものの、midline shiftは消失した。術後第2病日、再度意識レベルの低下(JCS III-100)が出現し、頭部CT検査で側脳室の拡大、脳溝の不鮮明化を認めたため脳室ドレーナージ術を施行した。その後、DICを合併するとともに脳腫脹も進行し、意識状態の改善を得られないまま、残念ながら、術後第11病日永眠された。

6. 潰瘍性大腸炎術後に発症したウェゲナー肉芽腫症を疑った1例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 一般外科, ³ 呼吸器内科)
喜多村一孝¹・板橋道朗²・小川真平²・
廣澤知一郎²・番場嘉子²・橋本忠通²・
浜野 孝²・亀岡信悟²・近藤光子³

症例は61歳男性。潰瘍性大腸炎で内科に入院し、経過観察中にステロイドパルス療法をしたが軽快せず、大量下血した。手術療法目的で当科転科となり当日、結腸全摘術を施行した。術後経過良好で経口摂取、経過観察中であつたが術後4日目より発熱が出現した。その後以前より認めていた左上肺野陰影が急速に拡大を認め、空洞形成が多発した。徐々に悪化する呼吸状態のため、術後20日目に人工換気下集中治療室管理となった。抗生剤反応は不良で、PR3-ANCA陽性でウェゲナー肉芽腫症を臨床的に疑い、ステロイドパルス療法・シクロホスファミドの併用療法を行った。その後、呼吸機能は改善され人工換気器を離脱した。また胸部陰影・空洞形成は急速に改善を認め、PR3-ANCAも陰転化した。

今回われわれは、潰瘍性大腸炎術後経過観察中、ウェゲナー肉芽腫症を疑った報告例の少ない1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

7. タケブロンによる薬疹の2例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 皮膚科)

今村有希子¹・石黒直子²・川島 眞²

〔症例〕症例1は60歳女性、症例2は82歳女性。〔現病歴〕症例1はピロリ菌除去療法(アモリン[®]、クラリス[®]、タケブロン[®]の7日間投与)終了翌日より、症例2は噴門部進行胃癌の切除術施行後出現した逆流性食道炎に対して、タケブロン[®]、コスパノン[®]を開始後9日目より痒痒