

尿病内科)

大野由紀子¹・高野靖子²

〔症例〕71歳男性。〔既往歴〕十二指腸潰瘍。〔家族歴〕特記事項なし。〔現症〕身長159.4cm, 体重45kg, BMI 17.7 kg/m²。〔経過〕2001年頃(63歳)健診にて高血糖を指摘されたが放置。2009年(71歳)4月頃より視力低下を自覚したが放置。7月自宅で右足底の胼胝を削ったところ受傷し潰瘍となったが放置していた。潰瘍が徐々に悪化したため、10月19日当院皮膚科受診。検査にて随時血糖297mg/dl, HbA1c 10.1%で糖尿病と診断され、同日当科紹介初診となり、血糖コントロールおよび合併症精査加療目的にて入院となった。足底潰瘍は炎症反応や壊疽所見なく、セファゾリン2g/day含む保存的加療で軽快している。血糖コントロールは食事療法1440kcalおよびインスリン1回法により改善傾向である。また抗GAD抗体14500U/mlであり、緩徐進行1型糖尿病と診断した。ICA, IAA, IA-2抗体は検査中である。合併症に関して網膜症は虹彩ルベオースを伴う増殖糖尿病網膜症を認め、汎網膜光凝固術が開始された。神経障害として四肢腱反射低下、両下肢振動覚低下を認めた。腎障害はACR 18.6mg/gCrとみられなかった。網膜症の状況より糖尿病の長期放置例と考えられ、急激な血糖改善は網膜症増悪因子となるため、眼科との密なる連携により血糖コントロール中である。

11. Crohn病との鑑別を要した大腸癌腹膜播種の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科, ³一般外科) 石森紀子¹・小西洋之²・大森鉄平²・高山敬子²・中村真一²・白鳥敬子²・板橋道朗³

症例は33歳男性。左下腹部痛を主訴に近医を受診。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に狭窄、縦走潰瘍癍痕を認めたが生検では悪性所見は得られず精査加療目的に当科紹介受診。上腹部、左右下腹部に腫瘤を触知し、腹部造影CTでS状結腸、上行結腸、空腸に腸管壁の肥厚を認めた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に発赤調の浮腫状変化、小結節を伴う縦走潰瘍癍痕を認め高度の狭窄をきたしておりスコープの通過は不可能。生検では非特異的炎症所見であった。小腸造影、注腸造影でS状結腸、横行結腸、回盲部に多発性狭窄を認め、敷石状変化も伴うことからCrohn病が疑われた。上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に狭窄を伴う縦走潰瘍癍痕を認め同部位の生検にて低分化型腺癌と診断された。開腹術を施行したところS状結腸、横行結腸、上行結腸に腫瘍を認め十二指腸へ浸潤をきたしていた。腹膜播種、癌性腹水も認め上行結腸癌stageIVと診断しバイパス術、人工肛門造設術後に化学療法を開始した。

大腸の多発狭窄をきたし生検にて悪性所見が得られずCrohn病との鑑別を要した若年発症の大腸癌腹膜播種の1例を経験したため若干の文献的考察を行い報告する。

12. 健診で発見された老人性アミロイドーシスの1例

(卒後臨床研修センター)

五十嵐麻貴

症例は74歳男性。2009年4月の健診時施行した心エコーで、中隔15mm、後壁15mmと左室肥大、エコー輝度上昇、E/e'18.1と拡張障害を認め、心肥大精査目的に入院となった。糖尿病、高血圧、心筋症の家族歴はなく、入院時の身体所見、採血では異常なく、心電図は肢誘導の低電位が認められた。心エコー上、心筋の輝度が高く、心アミロイドーシスが疑われたため、Tc-99m-ピロリン酸心筋シンチグラフィを施行し、前側壁を除き高度にピロリン酸の集積を認め、心アミロイドーシスに矛盾しない所見であった。十二指腸・直腸生検を施行し、十二指腸にアミロイド沈着を認め、確定診断とした。アミロイドーシスのタイプ鑑別では、リウマトイド因子陰性で、持続性の炎症所見はなく、AA typeは否定的であった。尿中Bence-Jones蛋白陰性で、免疫固定法でM蛋白の検出、免疫グロブリン異常を認めず、骨髄生検でも、形質細胞異常は認められず、AL type。多発性骨髄腫の合併は否定的であった。アミロイド免疫染色では、トランスサイレチン(TTR)陽性で、老人性アミロイドーシスもしくは遺伝性アミロイドーシスが疑われた。血清TTR陰性で、家族歴もなく、家族性は否定的であったが、高齢発症の遺伝性アミロイドーシスの報告もあり、変異型TTRの有無の検出を行ったが、認められなかった。臨床、病理所見上から老人性全身性アミロイドーシスと診断した。

老人性アミロイドーシスの1例を経験し、症例を通して、アミロイドーシスについてまとめ、報告する。

13. 手指、足趾の壊疽が急速に進行し切断に至った高齢2型糖尿病の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²糖尿病センター, ³整形外科)

白鳥孝俊¹・和田純子²・花井 豪²・沼口隆太郎¹・瀬田博允¹・丸山聡子²・石井晶子²・三浦順之助²・庄野 和³・新城孝道²・岩本彦彦²

症例は78歳女性。67歳時、気管支喘息でかかりつけ医で糖尿病と診断された。以後経口血糖降下薬内服下でHbA1c 6.5%前後で経過し、合併症は末梢神経障害、単純網膜症のみで腎症は認めなかった。2009年2月、犬に左手第2~4指を噛まれた後、同部が壊疽化した。4月右手第2~5指、左足第1~5趾も明らかな誘因なく潰瘍が出現し壊疽となった。6月加療目的に当院初診。四肢の動脈造影で末梢動脈の瀰漫性の狭窄、一部急激な途絶を認めBuerger病を否定できない所見であった。特に右前脛骨動脈完全閉塞、右腓骨動脈99%狭窄、左脛骨動脈中樞側75%狭窄、同末梢側99%狭窄、左後脛骨動脈完全閉塞を認め、左前脛骨動脈に対し経皮的血管形成術を施行した。経過や血液所見から膠原病は否定的であった。9月中旬右手第3指、左手第2~5指、左足第1, 2, 5趾切断術を施行。術後経過順調でありリハビリテーション目的に転院

した。切断部の病理検査では、血管炎を示唆する所見は認めず、動脈硬化による糖尿病性壊疽に矛盾しない所見であった。経過を通じて血糖コントロールが良好で、合併症が比較的軽度であったにもかかわらず、足趾のみならず手指壊疽が急激に進行し、切断に至った症例は非常に稀であり報告する。

14. 意識障害にて発症した top of the basilar syndrome, 86歳の1例

(卒後臨床研修センター) 西川洋生

症例は86歳の男性、認知症にて当科外来に定期通院中。意識障害を主訴に当院救命救急ICU入院となった。入院時バイタルサイン、一般身体所見に異常なし。意識はJCS III-300、痙攣、髄膜刺激徴候および明らかな四肢の麻痺はなかった。血液・生化学検査、髄液所見、頭部CTにて意識障害の原因となるには有意な所見は得られなかった。頭部MRI拡散強調像で中脳正中部、両側視床内側に高信号域を認め、脳梗塞 top of the basilar syndrome と診断した。カタクロット 160mg を開始し当科転科となった。転科時 JCS II-10~20/GCS 10 (E3V3M5)、左優位全眼筋麻痺(外眼筋麻痺、左眼瞼下垂、対光反射消失)、左末梢性顔面神経麻痺を認めた。心電図モニター上発作性心房細動が疑われ、カタクロットを中止しヘパリン 1 万単位/日を開始。再発予防としてワーファリンの使用も検討したが、年齢を考慮しアスピリン 100mg の投与とした。14日後の意識レベルは JCS I-3, GCS 14 (E4V4M6) と改善し、坐位の保持、介助下の歩行が可能となった。また両側眼球の内転・外転が可能となった。Top of the basilar syndrome は脳底動脈遠位端の閉塞により、後大脳動脈近位部・後大脳動脈の灌流領域である中脳・視床・後頭葉・側頭葉に梗塞巣を作り、多彩な神経症状を呈する症候群であり、文献的考察を加えて報告する。

15. 副腎癌の肝転移巣に対して肝動脈化学塞栓療法が著効した1例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 内分泌内科、³ 画像診断核医学科)

小谷侑里¹・山門佑有²・

田辺晶代²・磯崎 収²・桑鶴良平³・高野加寿恵²

60歳代女性。30歳代後半より高血圧、50歳代より糖尿病治療中。持続する腰痛と上気道炎症状を主訴に9ヵ月前に胸腰椎圧迫骨折、肺炎の診断で近医へ入院した。この際、血清 K 1.4mEq/l、血中 ACTH 低値(<2.0pg/ml)、コルチゾール (F) 高値 (60.0μg/dl)、周囲臓器に浸潤する径 10cm の左副腎腫瘍と多発肝腫瘍が認められ当院へ転院した。Cushing 徴候と男性化徴候を認め、尿中 F 1930μg/日、DHEA-S 1570μg/dl と高値、各種検査にてコルチゾールおよび男性ホルモン産生副腎癌 (Stage IV) による Cushing 症候群と診断された。また、コントロール困難な高血圧、インスリン治療を要する糖尿病も認めた。手術適応はなく、7ヵ月前からオペプリムとメチラポン

内服を開始したが、尿中 F 500μg/日、DHEA-S 300μg/dl とコントロール困難であった。治療開始2ヵ月後には左副腎腫瘍は若干縮小したが肝転移巣が増大したため、エピルビシン 30mg を用いた肝動脈化学塞栓療法 (TACE) を施行した。術後、血圧、血糖コントロールが良好となり、ACTH 5.1pg/ml、血中 F 29.1μg/dl、尿中 F 149μg/dl、DHEA-S 124μg/dl と低下したため、オペプリムの内服を中止し、コートリル補充療法を開始した。今回我々は副腎癌の広範な多発肝転移巣に対して TACE を施行し、高コルチゾール血症が著明に改善した例を経験したので報告する。

16. 腸腰筋膿瘍を合併した ACTH 依存性 Cushing 症候群疑い症例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 内分泌内科)

石井 翔¹・立木美香²・田辺晶代²・高野加寿恵²

75歳女性。糖尿病に対し約20年間内服治療を受けていた。73歳時に二次性糖尿病のスクリーニング検査で ACTH 依存性 Subclinical Cushing 症候群を疑われたが、ACTH・コルチゾール正常、下垂体に ACTH 産生腫瘍を疑う所見はなく経過観察されていた。75歳時に食欲不振、意識障害、高血糖のため前医に入院し、ACTH 339 pg/ml、コルチゾール 158.8μg/dl と高値であったため当院へ転院した。直ちにメチラポンの投与を開始し2週間後にはコルチゾール 14.9μg/dl と正常化、意識障害、高血糖も改善した。ACTH、コルチゾール高値の原因として下垂体性 Cushing 病を疑ったが MRI で下垂体腫瘍は認めなかった。異所性 ACTH 産生腫瘍の検索目的で行った腹部 CT で、左腸腰筋内に周囲に造影効果のある 1cm 大の腫瘍を認め、整形外科で腸腰筋膿瘍と診断された。背部痛・CRP 上昇などの活動性の炎症所見を認めず、膿瘍に被膜形成を認めることから、切開排膿術や抗生剤投与を行わず経過観察した。腸腰筋膿瘍は長期ステロイド投与例や糖尿病、肝硬変等の易感染性を基礎に発症することが多いとされる。Cushing 症候群では高コルチゾール血症とそれに伴う高血糖により感染症合併リスクが高いが、ステロイド過剰状態のため発熱などの症状がマスクされやすい。このことから Cushing 症候群の診療では全身の感染症を念頭に置いた検査・治療が重要である。

17. 急速に進行する呼吸不全を呈した骨髄原発 B 細胞性リンパ腫関連血球貪食症候群の1例

(¹ 卒後研修センター、² 血液内科) 菅野俊幸¹・

三橋健次郎¹・石山みどり¹・

近藤年昭¹・吉永健太郎¹・志閑雅幸¹・

森 直樹¹・寺村正尚¹・泉二登志子¹

〔症例〕73歳、男性。〔現病歴〕2009年10月頃より38℃前後の発熱、食欲不振、呼吸苦を認め、近医にて血球減少と肝酵素上昇と肝腫大を指摘され、精査目的で内分泌内科に入院となった。抗菌薬投与等を開始するも低酸素