

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

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PSL 40mg/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.