

発熱、下痢、下血、咳嗽と、CTで肺に間質陰影の出現を認め、mPSL 1mg/kgを開始した。その後もGVL効果を認めず、呼吸状態は徐々に増悪し、12月23日、発症から約1年後に死に至った。剖検により白血病細胞は全身臓器に浸潤し、心臓では心外膜が芽球浸潤により肥厚し、心タンポナーデの所見であった。また、肺では肺胞壁、葉間、胸膜に芽球浸潤を認め、器質性肺炎と肺膿瘍を伴っていた。死因は肺炎による呼吸不全および心タンポナーデと考えられる。本症例は臨床・病理学的に典型的なGVHD所見を認め、白血病の進行による全身臓器障害に対して病理学的検討がなされた貴重な1例である。

### 3. 妊娠契機に発症し、帝王切開術を乗り越えた特発性肺動脈性肺高血圧症の1例

(卒後臨床研修センター) 星野慈恵

28歳女性、妊娠28週に特発性肺動脈性肺高血圧症(肺動脈圧95/53(68)mmHg、肺血管抵抗1096dyne·sec·cm<sup>-5</sup>)と診断され、30週に全身麻酔下帝王切開術を行い児は1254gで出産した。術後よりS-Gカテーテル監視下にPGI<sub>2</sub>持続点滴を開始し19.5ng/mg/分まで漸増した。術後NYHA心機能分類4度まで増悪したがシルデナフィル60mg併用で血行動態改善を認め、24日目に肺動脈圧71/29(46)mmHg、肺血管抵抗699dyne·sec·cm<sup>-5</sup>となった。NYHA心機能分類2度(6分間歩行500m)となり現在外来加療中である。肺高血圧症患者は周産期死亡率が高く、妊娠は禁忌であるが妊娠契機に診断されることがある。今回、特発性肺動脈性肺高血圧症妊婦の出産に成功し、PGI<sub>2</sub>とシルデナフィル投与で良好な転機を辿った症例を経験したので報告する。

### 4. MALTリンパ腫に合併したネフローゼ症候群の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>腎臓内科)

小澤剛史<sup>1</sup>・潮平俊治<sup>2</sup>・秋山健一<sup>2</sup>・板橋美津世<sup>2</sup>・武井卓<sup>2</sup>・新田孝作<sup>2</sup>

[症例]66歳、女性。[臨床経過]1988年MALTリンパ腫と診断された。2008年右頸部リンパ節に再発し、放射線療法を行うも2009年右下腹部リンパ節にも腫大を認めStage IIIであった。2009年5月初めて蛋白尿を指摘された。7月頃より全身浮腫、腎機能障害を認めたため、精査加療目的に8月11日当科入院となった。入院時、全身浮腫および胸水・心嚢水・腹水を認め、Cre 1.63mg/dlと腎機能低下、尿蛋白(3.3g/日)、尿潜血(+)であった。また、低補体血症(CH50≤14U/ml)、クリオグロブリン弱陽性、IgM-κ陽性であり、MALTリンパ腫による二次性ネフローゼ症候群が疑われた。利尿剤にて浮腫のコントロールを行い、9月30日経皮的腎生検を施行した。病理所見では、膜性増殖性糸球体腎炎、クリオグロブリンによる血管炎、間質への悪性度の低いBリンパ球の浸潤が認められた。紫斑など血管炎の所見を認めたため血漿交換を3回施行、PSL 20mgを開始、リツキサン 500mg

を投与した。[考察]MALTリンパ腫によるクリオグロブリン血管炎、腎への直接浸潤は稀であり文献的考察を加え報告する。

### 5. 高度両側内頸動脈病変を有する患者の横行結腸切除術における麻酔経験

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科、<sup>3</sup>外科) 長谷川秀臣<sup>1</sup>・宮澤美季<sup>1</sup>・塚本加奈子<sup>2</sup>・西山圭子<sup>2</sup>・大澤岳史<sup>3</sup>・横溝肇<sup>3</sup>・吉松和彦<sup>3</sup>・小川健治<sup>3</sup>・小森万希子<sup>2</sup>

両側内頸動脈狭窄症を伴う大腸癌患者の横行結腸切除術において、脊髄クモ膜下硬膜外併用麻酔で管理した1例を報告する。[症例]74歳、男性。構音障害を主訴に入院。左中大脳動脈領域脳梗塞の診断で加療中、貧血を認め、精査で横行結腸癌と診断され、横行結腸切除術が予定された。術前の頸動脈エコーで左内頸動脈78%狭窄、右内頸動脈49%狭窄を認めた。術中に脳虚血が発生する可能性があり、全身麻酔は選択せず、覚醒下で手術を行う麻酔方法を計画した。第11,12胸椎間より硬膜外カテーテル留置後、脊髄クモ膜下麻酔を施行した。第4胸椎レベルの無痛域を得て手術を開始した。術中は意識レベル評価にbispectral index(BIS)値を、脳血流評価として左右前額部経皮的酸素飽和度を測定した。麻酔導入前より前額部経皮的酸素飽和度は左右差を生じていたが、脳梗塞の影響と考えられた。術中、一過性に血圧が低下したが、エフェドリンで対処可能であった。術後、神経症状や新たな脳梗塞はみられなかった。[考察]高度脳血管病変を有する患者に覚醒下で、脊髄クモ膜下硬膜外併用麻酔を行う方法は、神経症状や意識状態をモニターでき、血行動態の安定も得られ、術中脳梗塞の予防、早期発見という面から有用であると考えられた。[結語]両側内頸動脈狭窄症を伴う患者の横行結腸切除術において脊髄クモ膜下硬膜外併用麻酔を覚醒下に行い、安全に管理し得た。

### 6. 類白血病反応を呈し難治性に経過した深頸部膿瘍の1例

(東医療センター卒後臨床研修センター)

濱田真史

[はじめに]我々が最近経験した、類白血病反応を呈し難治性に経過した深頸部膿瘍の1例を報告する。[症例]86歳、男性。既往症：以前より蜂窩織炎を反復、84歳時に破傷風。合併症：高血圧、前立腺肥大、鉄欠乏性貧血。現病歴：2週間前から発熱、頸部腫脹にて7月2日当院救急外来を受診、翌日当科初診となった。現症：右頸部広範囲の発赤、径5cm弾性硬で圧痛を伴う右上頸部の腫瘤、両側頸部リンパ節腫脹を認めた。初診時検査所見：血液；WBC 43500/ml、Hb 5.8g/dl、白血球分画で類白血病細胞陽性、CRP 9.43mg/dl。頸部CT：右側頸部に径5cmの膿瘍。治療と経過：即日入院とし、膿瘍を穿刺吸引

し培養検査と細胞診を提出, CTRX 2g/日, プレドニゾロン 20mg, 免疫グロブリン 5g/日, 輸血 MAP2U/日で治療を開始した。入院3日目に膿瘍は自壊, 5日目に血液検査で類白血病細胞が消失。穿刺吸引した検体の細胞診は Class I で炎症性変化のみであった。培養検査で *Staphylococcus aureus* 3+ が同定された。入院8日目, 膿瘍が改善しないため頸部放線菌症を疑い ABPC 1g×3/日に変更した。計4回施行した培養検査では, 2回目を以降起炎菌は検出されなかった。入院21日目, 膿瘍は小硬結を残すのみとなり退院。現在まで再発は認めていない。〔考察〕本例では, 初診時白血病が疑われたが, 既往症とその後の血液像の推移から特発性好中球減少症が疑われているが, 確定診断に至っていない。好中球減少による免疫不全が背景にあり, 治療が遅延した症例と考えられる。

#### 7. 術前に甲状腺原発腫瘍との鑑別が困難であった頸部胸腺腫の1例

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 内分泌外科, <sup>3</sup> 病理診断科, <sup>4</sup> 第二病理学) 木村良子<sup>1</sup>・

川真田明子<sup>2</sup>・坪水小百合<sup>1</sup>・森ちひろ<sup>1</sup>・

吉田有策<sup>2</sup>・鈴木留美<sup>2</sup>・堀内喜代美<sup>2</sup>・

飯原雅季<sup>2</sup>・岡本高宏<sup>2</sup>・西川俊郎<sup>3</sup>・種田積子<sup>4</sup>

異所性胸腺腫は稀な疾患であり, 画像や細胞診では診断が難しい。今回我々は CASTLE (胸腺様分化を示す甲状腺癌) との鑑別が困難であったが, 術中肉眼所見から胸腺腫と判断できた頸部胸腺腫の1例を経験したので報告する。症例は34歳女性, 2009年4月に咳・嘔声・痰・咽頭痛・頸部腫脹を認め, 近医を経て前耳鼻科を受診した。頸部CTにて甲状腺右葉に3.6×3.0×3.5cmの充実性の低吸収性腫瘍を認め, 細胞診でclass IIIであったため, 精査・加療目的に2009年7月に当科を紹介受診した。頸部超音波検査では, 甲状腺右葉に4×3×3cmの高エコーの腫瘍を認め, 甲状腺腺腫としては非典型的であった。また, 細胞診ではやや大型のリンパ球を多数認め, 悪性リンパ腫を否定できなかった。診断のため, 2009年8月外科生検を施行した。生検の病理組織診断では T-cell 主体のリンパ球からなる腫瘍であり頸部胸腺腫または CASTLE の可能性が考えられたため, 2009年9月甲状腺右葉切除および気管周囲リンパ節郭清予定で手術を施行した。術中所見では, 腫瘍は明らかに甲状腺外に存在し, 被包性で特に周囲との癒着なく甲状腺右葉は腫瘍により頭側に圧排されていた。術中肉眼所見から CASTLE は否定的で頸部胸腺腫と判断したため, 腫瘍のみの切除とし甲状腺は温存した。最終病理診断は頸部胸腺腫であり, 悪性所見は認めなかった。

#### 8. 喘息合併妊婦の胎児手術麻酔

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 麻酔科)

守麻里奈<sup>1</sup>・濱田啓子<sup>2</sup>・森岡宣伊<sup>2</sup>・尾崎 眞<sup>2</sup>

〔はじめに〕近年経腔エコーおよびエコーの画像解析の

解像度が改良されたことにより, 胎児の子宮内診断が進んだ。それにともない, 診断にとどまらず治療も可能となってきた。今回我々は, 胸水貯留という出生前診断の胎児に対して胎児手術を行うために, 産科, NICU とともに母児に対して全身麻酔を行い, 胎児に対して両側胎児胸水-羊水ステント留置の手術を行い無事母子ともに管理し, その後帝王切開にて胎児搬出を行った症例を提示します。〔症例〕母体36歳女性, G0P0, 27週4日に右側片側に胎児胸水を指摘された, 29週2日当院母子センターにて胸水除去を行い胸水20mlを除去。再度, 胸水貯留を認め胎児の安静を保てないため局所麻酔下での穿刺ができず, 30週3日麻酔科の全身麻酔管理下での胸腔羊水シャント術施行となった。〔麻酔管理〕胎児の不動, および母体の除痛が最優先されるため, 全身麻酔により母児両方の鎮静を得, 硬膜外麻酔を選択し母体の除痛を確保し, 挿管によって気道確保下での全身管理において胎児および母体に問題なくシャントステントの留置手術を行うことができた。〔結語〕喘息合併妊婦の胎児手術麻酔を経験し, 全身麻酔下に安全に管理できた。

#### 9. 急速な頸部腫大を認め食道癌の頸部転移と甲状腺未分化癌の鑑別に困難を要した1例

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 内分泌内科, <sup>3</sup> 呼吸器外科, <sup>4</sup> 第一病理学) 大場るり子<sup>1</sup>・

田中 聡<sup>2</sup>・福田いずみ<sup>2</sup>・小野田教高<sup>2</sup>・

神崎正人<sup>3</sup>・澤田達男<sup>4</sup>・高野加寿恵<sup>2</sup>

症例は66歳, 女性, 2008年4月左頸部に疼痛性の腫瘍を自覚, 急速な増大あり A 病院にて頸胸部CT, 上部消化管内視鏡検査を施行, 生検にて食道癌, および頸部リンパ節転移と診断された。その後も頸部の腫大が増悪し, 食道癌の転移としては非典型的な経過であったため原因精査目的に5月当科を紹介受診となった。前頸部に約6cmの硬い腫瘍を触知し甲状腺超音波検査で左葉を占拠する直径6cmの辺縁比較的明瞭で内部エコーレベル低く一部石灰化を伴う腫瘍性病変を認めた。頸部CTでは食道癌の上方進展および胸腔内リンパ節転移を認め, また気管は頸部腫瘍の圧排で右方に偏位していた。頸部腫瘍の鑑別目的にて甲状腺の穿刺細胞診および生検を行った。病理所見にて甲状腺の腫瘍細胞は扁平上皮構造を有した食道癌とは形態が異なり細胞質がやや淡明な異型細胞であり, 食道癌の転移ではなく甲状腺未分化癌と診断された。根治的治療は困難であり窒息を防ぐ目的で気管ステント留置を行い外来で経過観察方針となった。食道癌, 甲状腺未分化癌が double cancer として認められることは稀であり, 鑑別に難渋した1例を経験したためここに報告する。

#### 10. 足底潰瘍を主訴に来院し, 増殖糖尿病網膜症を合併した緩徐進行1型糖尿病の1例

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 至誠会第二病院糖