

尿病内科)

大野由紀子<sup>1</sup>・高野靖子<sup>2</sup>

〔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/m<sup>2</sup>。〔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

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

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、縦走潰瘍瘻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瘻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、数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瘻痕を認めた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-ピロリン酸筋シンチグラフィーを施行し、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、骨髓生検でも、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

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>糖尿病センター, <sup>3</sup>整形外科) 白鳥孝俊<sup>1</sup>・和田純子<sup>2</sup>・

花井 豪<sup>2</sup>・沼口隆太郎<sup>1</sup>・瀬田博允<sup>1</sup>・丸山聡子<sup>2</sup>・石井晶子<sup>2</sup>・三浦順之助<sup>2</sup>・庄野 和<sup>3</sup>・新城孝道<sup>2</sup>・岩本安彦<sup>2</sup>

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、左脛骨動脈中極側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