

○菊池麻美¹・

○小川哲也²・樋口千恵子²・大塚邦明²

〔症例〕39歳女性。〔主訴〕肉眼的血尿。〔現病歴〕33歳より尿蛋白、尿潜血を認め、37歳時には感冒直後に肉眼的血尿を呈していた。今回、溶連菌感染性扁桃腺炎に罹患し、直後からの肉眼的血尿、蛋白尿およびBUN 35.2mg/dl、Cre 3.94mg/dlと腎機能障害を認めたため入院となった。入院後、輸液と抗生剤の投与にて血清Creの改善を認めたが、血尿の改善を認めず尿蛋白は増加傾向であった。臨床的には高血圧、浮腫、低補体血症を認めなかったため重度のIgA腎症を疑い、第24病日に腎生検を施行した。蛍光抗体法でIgAとC3のメサングウムの沈着を認めたが光学顕微鏡ではメサングウム細胞の増生と基質の増加をほとんど認めず、半月体形成を伴った管内増殖性腎炎像を呈していた。そのため、血漿交換およびステロイドパルス療法を行ったところ、血清Creは1.55から0.91mg/dl、尿蛋白は1.88から0.15g/dayと著明に改善したが、血尿の改善は認められなかった。臨床的にはIgA腎症の存在も否定できず、今後、再腎生検および扁桃腺摘出術を施行する予定である。

〔まとめ〕半月体を伴った管内増殖性糸球体腎炎に対してステロイド治療および血漿交換を施行した報告は少なく、貴重な1例であり報告する。

2. 急速に進行し腫瘍崩壊症候群による慢性腎臓病の急性増悪をきたした移植後リンパ増殖性疾患

(¹ 卒後臨床研修センター、² 血液内科、³ 泌尿器科)

○近藤朗子¹・近藤年昭²・石田英樹³・
今井陽一²・志関雅幸²・森 直樹²・
寺村正尚²・田邊一成³・泉二登志子²

〔症例〕65歳男性。献腎移植後11年で急激な貧血の進行と右下腿浮腫を認め泌尿器科に入院した。上部消化管内視鏡検査で胃内に多発する不整形潰瘍があり、CTスキャンでは胃壁の肥厚と右腸腰筋周囲に腫瘍性病変が認められ、胃生検と開腹腫瘍生検で、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。末梢血中のEBウイルスはPCR法で1,700コピー検出され、移植後リンパ増殖性疾患(PTLD)と考えられた。貧血は胃からの出血が、右下腿浮腫は腸腰筋周囲の腫瘍による静脈還流障害が原因と考えられた。ミコフェノール酸モフェチルの中止のみで腫瘍の縮小は得られず急速に増大し、化学療法のため血液内科に入院した。もともとステージ3の慢性腎臓病(CKD)であったが、入院時の血液検査でCre 2.22mg/dl、尿酸18.5mg/dlと急性増悪を認めた。腫瘍の増大による腫瘍崩壊症候群を併発したためと考えられた。CKDの急性増悪に対して血液透析を行いながら、CHOP療法を行った。これらの治療が奏効し、胃壁の肥厚の消失と腸腰筋腫瘍の縮小が認められた。第2コースからはCHOP療法にリツキシマブを併用した。〔考察〕

PTLDは一般的に移植後数年以内に発症し、腎移植後の発症率は1%未満である。組織型の多くはDLBCLで、免疫抑制剤減量中止により腫瘍の縮小が見込まれることが多いとされている。本例のように移植後10年以上の経過で発症する例もあり、免疫抑制剤の減量中止によりリンパ腫の軽快がみられない場合、早期の化学療法導入の必要があると考えられた。

3. 先天性喘鳴を契機に診断された正中頸嚢胞の1例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター、² 小児科、³ 新生児科、⁴ 東京女子医科大学第二外科)

○長谷川茉莉¹・

◎本間 哲²・志田洋子²・

長谷川久弥³・世川 修⁴・杉原茂孝²

症例は4ヵ月男児。在胎39週1日2,595g正常分娩にて出生した。胎児期および出生時に異常を認めなかった。生後1週頃より喘鳴を認め、他院を受診していたが様子を見るように言われていた。保健所の3・4ヵ月検診で吸気性喘鳴と体重増加不良を指摘され、精査加療のため入院となった。

入院時は、体重4.96kg(カウプ指数14.1)、身長59.3cm(-1.68SD)、経皮的酸素飽和度98%、体温37.1℃、心拍数132bpm、呼吸数48回/分、意識清明で機嫌もよいが、吸気性喘鳴、陥没呼吸、漏斗胸を認めた。喘鳴の鑑別のため気管支ファイバー検査を施行したところ正中頸嚢胞と、喉頭蓋が嚢胞によって圧排され吸気時に声門に向かって引き込まれる所見を認め、二次性喉頭軟化症を合併した正中頸嚢胞と診断した。

本症例は夜間の酸素飽和度の軽度低下を認め、嚢胞の増大による呼吸障害の進展も懸念されたことから治療の適応があると考え、嚢胞開窓術と喉頭蓋固定術を施行した。術後の経過は良好で、喘鳴は消失し酸素飽和度も改善し体重増加も良好となった。術後の気管支ファイバー検査でも喉頭軟化症の所見は改善していた。

先天性喘鳴の児の多くは1歳までに自然軽快すると言われているが、呼吸障害に加え成長障害を認めるような児では積極的に検査と治療を行う必要がある。本症例は気管支ファイバー検査により速やかに正確な診断が可能となり外科的に根治手術を行うことができた。

4. 不全型 Heerfordt 症候群を呈した高齢発症のサルコイドーシス症例

(¹ 卒後臨床研修センター、至誠会第二病院² 神経内科、³ 眼科)

○立花綾乃¹・

◎宮崎一秀²・河野智子³

症例は76歳女性。2008年軽度認知障害、慢性腎不全、2009年帯状疱疹、2010年高血圧症の既往がある。現病歴は2008年当院にて軽度認知障害の診断で通院しており、2009年左前頭部硬膜下血腫に対して保存的治療、症候性てんかんに対して抗てんかん薬を処方されていた。