

た。拡大傾向のある仮性瘤に対して予防的切除の適応があると考えられ、2012年にホモグラフト置換術を行う方針となっている。感染性心内膜炎術後に徐々に拡大した仮性瘤を長期間観察し得た1例を報告する。

8. 研修医も携行超音波は使用できるか？：研修医のVscan®使用経験とその評価

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科)

○間嶋志保¹・◎大森久子²・

小川哲也²・久保 豊²・大塚邦明²

超音波検査はどの診療科においても診断や治療に必要な検査ツールではあるが、研修医にとっては煩雑な検査依頼や、検査機器の移動が大変などでなかなかハードルが高いのが現状である。また当院においては、直接検査の修練は検査室ローテーション中に行うことも可能ではあるが、短期間であるため十分に会得できていないのが現状である。最近当院で携行超音波機器 (GE社製Vscan) が使用可能となった。これを研修医が使いこなせるかどうかを実際の症例報告とアンケート調査を交えて、研修医9名の1ヵ月間の使用経験と検査に対する評価を報告する。

9. 夜間高血圧症を機に発見されたレム睡眠行動障害を主とした自律神経不全を伴うレビー小体病の1例

(¹ 卒後臨床研修センター,² 青山病院循環器内科)

○若狭偉育¹・島本 健²・川名正敏²

〔背景〕レム睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder: RBD) や自律神経不全とパーキンソン病の関係は、以前より報告されている。パーキンソン病に伴う自律神経不全は運動障害とともに見られるが、RBDはパーキンソン病やレビー小体型認知症の前駆症状であると報告されている。〔症例〕77歳女性。脂質異常症で、外来かかりつけの患者。今回夜間の行動異常、朝方のふらつきと目眩を主訴に外来を受診。24時間血圧測定 (ABPM) を施行し、日中平均血圧 126/70mmHg に対し、睡眠中の平均収縮期血圧が 175/89mmHg と夜間の著明な血圧上昇、また起床直後の急激な血圧低下 (mean 74/46mmHg) を認めたために精査加療目的に入院となった。〔結果〕入院時所見として、パーキンソニズムや認知症症状は認めなかった。検査所見では、血中ノルアドレナリンの異常低値が認められ、血中カテコラミン上昇は認められなかった。入院後に head up tilt 試験 (80°) を施行し、施行中は血圧脈拍ともに変動なく陰性であったが、前後の仰臥位時に血圧の上昇 (>30mmHg) を認めた。24時間 Holter 心電図では著しい心拍変動の低下を認めた。一方入眠後の異常行動に対しては、ポリソムノグラフィーを施行し、RBDと診断した。以上より自律神経の機能低下が認められ、またRBDを認めていたため、心筋 (MIBG) シンチグラムを施行し、心臓交感神経除神経の所見が認められた。〔結語〕近年、パーキンソニズムを欠くものの中

枢神経系にレビー小体を認めた例を incidental Lewy body disease (ILBD) と呼んでおり、ILBDは60歳以上の約10~20%に認めると報告されている。これは前パーキンソン病に相当すると考えられている。本症例もパーキンソニズム兆候はなく、上記所見よりILBDが強く疑われた。

10. 食道粘膜下腫瘍表層に食道癌を併発した1例

(¹ 卒後臨床研修センター,² 青山病院消化器内科,³ 成人医学センター) ○西川隆介¹・

◎田口あゆみ²・古川真依子²・藤田美貴子²・

三坂亮一²・新見晶子²・長原 光²

〔症例〕50歳男性。〔主訴〕なし。〔生活歴〕飲酒：ビール2,000ml/日×25年 (現在機会飲酒)。喫煙：10本/日×28年 (2年前に禁煙)。内服歴：なし。〔既往歴〕20歳：両眼網膜剥離。47歳：緑内障。〔現病歴〕2003年会社検診のバリウム造影にて異常を指摘され、近医にて上部消化管内視鏡を施行し、食道粘膜下腫瘍 (SMT) の診断にて経過観察されていた。その後放置していたが、2009年会社検診のバリウム造影にて胃潰瘍を指摘され、前医にて上部消化管内視鏡を施行したところSMT表面に発赤・浅い陥凹認め、悪性を疑い当院紹介となった。超音波内視鏡では内部均一なSMTで、表層にルゴール不染の小陥凹を認め、病理は inflammatory change であった。2011年7月上部消化管内視鏡ではSMT自体に変化を認めないものの表層の発赤・小陥凹からの生検にて squamous cell carcinoma の診断に至り、同年10月当院にて内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。術後経過良好にて術後7日目退院となった。〔考察〕現在までSMT表層に上皮内癌を併発した症例が数例報告されているが、SMT以外の粘膜に不染帯を認めず、SMT表層のみに食道癌が発生したことから、隆起による機械的刺激が何らかの影響を与えた可能性がある。食道癌発生に関して、今後さらなる原因・病態の解明が望まれる。〔結語〕SMT表層に食道癌を併発した症例を経験したので報告する。

11. 回盲部悪性リンパ腫切除後化学療法中に横行結腸穿孔をきたした1例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 外科,³ 内科) ○田川寛子¹・吉松和彦²・

◎横溝 肇²・大谷泰介²・大澤岳史²・

川内喜代隆³・安山雅子³・小川健治²・大塚邦明³

〔はじめに〕消化管悪性リンパ腫の穿孔は腫瘍部の発生が多く、病変部以外の穿孔はまれである。今回、われわれは腸閉塞で発症した回盲部悪性リンパ腫に対し原発巣切除後R-CHOPによる化学療法中、病変のない横行結腸に穿孔をきたした1例を経験したので報告する。〔症例〕84歳男性。2010年6月腸閉塞にて前医より紹介。腹部CT検査、下部消化管内視鏡検査にて回盲部腫瘍による腸閉塞と診断し、回盲部切除術を施行、病理組織学的

に悪性リンパ腫 (diffuse large B-cell type stage I) の診断であった。術後経過は良好であったが、MIB-1 index も高値であり補助化学療法目的に内科に転科、R-CHOP による化学療法を開始した。4 コース終了後 3 日目、突然の上腹部痛のため腹部 CT 検査を施行、横行結腸の連続性が一部不明瞭で、残渣を伴う腹水と血管内造影剤の腹腔への漏出から、横行結腸穿孔と診断。腹腔内出血でショック状態となり、緊急手術を施行。腹腔内に大量の凝血塊と便汁を認め、結腸右半切除術、回腸人工肛門造設術、ドレナージ術を行った。病理組織学的に穿孔部に腫瘍性病変はなく、穿孔の原因は不明であった。術後もショック状態であったが、集学的治療により離脱、リハビリ目的に前医へ転院した。〔結語〕回盲部悪性リンパ腫に対し原発巣切除後 R-CHOP による化学療法中、病変のない横行結腸に穿孔をきたしたまれな 1 例を経験した。

12. 自己免疫性肝炎、慢性関節リウマチ、シェーグレン症候群経過中にニューモシスチス肺炎を合併した 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 消化器内科)

○池田英里¹・山本果奈²・
細谷 愛²・味原隆大²・合阪 暁²・
大森 鉄平²・高山敬子²・小木曾智美²・
◎谷合麻紀子²・橋本悦子²・白鳥敬子²

〔症例〕62 歳女性。〔現病歴〕57 歳から慢性関節リウマチ (メトトレキサート、ブシラミン投与)、シェーグレン症候群にて通院中。61 歳で肝障害を認め、62 歳時、抗核抗体 80 倍、肝生検で慢性活動性肝炎 (F1-2, A2-3) より自己免疫性肝炎 (AIH) と診断、プレドニン (PSL) 30 mg 投与を開始したが肝酵素低下が十分でなく 2 ヶ月後アザチオプリン 50mg を追加。1 ヶ月後発熱、咳嗽出現、血中 CRP 上昇、胸部 CT では異常所見はなく、上気道感染疑いで抗生剤内服したが改善を認めず入院。〔入院後経過〕血中 CRP 5.88mg/dl、β-D グルカン 4.315pg/ml、胸部 CT 再検し両肺野に網状影を認め、喀痰カリニ PCR 陽性でニューモシスチス肺炎 (pneumocystis pneumonia: PCP) と診断。PSL 増量と ST 合剤で PCP は改善した。ST 合剤予防継続後に血小板優位の血球減少 (Grade 2) を認め、薬剤性と考え ST 合剤漸減したが改善せず、中止 3 日後に前値に復した。〔考察〕ステロイドや免疫抑制剤投与中の PCP は、診断・適治療開始が遅れると、重症化し急速な死の転帰をとることがある。免疫抑制下で呼吸困難、発熱、乾性咳嗽、炎症反応上昇を認めた際は、積極的に PCP を疑い、β-D グルカンや KL-6、喀痰カリニ PCR 測定や CT 等画像検査を行い、迅速に診断し治療開始することが重要である。

13. チアマゾールによる薬剤性発熱が疑われ中止後に顆粒球減少をきたした多腺性自己免疫症候群 3 型の 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 糖尿病・代謝内

科、³ 高血圧・内分泌内科、⁴ 内分泌外科、⁵ 病理診断科)

○戸塚大輔¹・
◎入村 泉²・大屋純子²・花井 豪²・
柳沢慶香²・新美佑有³・磯崎 取³・
市原淳弘³・堀内喜代美⁴・岡本高宏⁴・
山本智子⁵・西川俊郎⁵・内潟安子²

抗甲状腺薬であるチアマゾール (MMI) の重篤な副作用として無顆粒球症が知られている。無顆粒球症により感染が引き起こされ発熱を認めることが一般的であるが、今回われわれは、MMI 内服中に薬剤熱と思われる発熱をきたし、その後に顆粒球減少を認めた症例を経験したので報告する。

症例は 35 歳男性。2008 年バセドウ病と診断され MMI 内服を開始されるものの 2 年後自己中止した。体重減少、息切れ、振戦が出現し、2011 年 7 月、バセドウ病再燃の診断で MMI 内服を再開された。また、同日採血にて、HbA1c 8.9%、抗 GAD 抗体 6,736U/ml も指摘され、1 型糖尿病の診断のもとに、7 月当科初診し入院となった。

入院第 2 病日 (MMI 内服開始後 10 日目)、突然 39 度の発熱出現。MMI の副作用を疑い、内服 12 日目にヨウ化カリウム (KI) に変更したところ速やかに解熱した。しかしこの日より好中球は低下しはじめ、中止後 5 日目に白血球 2,620/μl (好中球 599/μl) まで減少した。G-CSF 投与により好中球数は改善し、MMI 中止後 13 日目には白血球 4,610/μl (好中球 1,710/μl) となった。また、チアマゾールの副作用と考えられる高 CK 血症、肝機能障害も認めた。甲状腺機能は KI 変更後もコントロールがつかず、内分泌外科に転科し、甲状腺全摘術が施行された。

MMI 内服中の患者においては、副作用として薬剤熱をきたすことがあり、中止にかかわらず顆粒球減少が進行する可能性があり、嚴重な経過観察が必要であると考えられた。

14. rt-PA が著効したまれな塞栓症の 1 例

(東医療センター ¹ 卒後臨床研修センター、² 脳神経外科)

○市東 恵¹・
広田健吾²・笹原 篤²・
◎萩原信司²・谷 茂²・◎糟谷英俊²

〔症例〕75 歳男性。自宅で突然倒れ、発語なく右片麻痺も呈していたため救急要請された。来院時意識レベルは JCSII-30、全失語と右不全片麻痺を認め、NIHSS 31 点であった。来院時頭部 CT では明らかな異常を認めず、CT angiography で左中大脳動脈の起始部の閉塞を認めた。CT perfusion では左中大脳動脈領域の MTT (mean transit time) の延長、CBF (cerebral blood flow) の低下を呈していたが、CBV (cerebral blood volume) は低下を示さなかった。脳梗塞の診断のもと、発症後 95 分で rt-PA 投与の開始を行った。rt-PA 開始後 15 分で、NIHSS が 31 点から 18 点まで改善し、その後も徐々に症状は軽