

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