

で腫瘍触知しなかった。入院時血液生化学検査は正常であった。腹部エコーでは肝外側区域から肝外性に突出する腫瘍を認め、内部は高エコー域と低エコー域が混在していた。腹部造影CTでは肝外側区域に接し10cmの腫瘍像を認め、早期動脈相で腫瘍辺縁が高吸収域となり、経時的に腫瘍内部が高吸収となり、遅延相まで持続した。腹部MRIT2強調画像で腫瘍は著明な高信号を呈した。以上より肝外発育型血管腫と診断した。腫瘍は10cmと巨大で肝外発育型であるため、破裂の危険性を考慮し手術適応とした。術中所見では、腫瘍は肝外側区域から肝外性に発育しており、腹腔鏡下肝部分切除を施行した。腫瘍は臍下の帝王切開創を切開し摘出した。手術時間93分、出血量2mlであった。肉眼所見は11×9cmの暗褐色で多結節を呈し、断面の中央部は白色癥痕化していた。病理所見は血管腔を形成する1層の扁平な血管内皮細胞が増殖しており海綿状肝血管腫と診断した。術後、経過良好であり術後7日目に退院した。〔考察〕肝血管腫は肝の非上皮性腫瘍の中で最も多いが肝外発育型血管腫はこれまで56例の報告しかなく稀である。4cm以上の肝外発育型の血管腫は破裂の危険性が報告されており、破裂例では60～70%と死亡率が高く、未破裂状態での手術が望まれる。肝外発育型血管腫は腹腔鏡下肝切除術の良い適応だが、巨大なものはハンドアシスト併用の腹腔鏡下肝切除が行われることが多い。本症例は巨大な肝外発育型肝血管腫であったが安全に完全腹腔鏡下肝部分切除が可能であったため文献的考察を加え報告する。

6. NSIP 加療中に自己免疫性肺胞蛋白症が顕在化し胸腔鏡下肺生検にてノカルジア症合併が判明した1例

(¹卒後臨床研修センター,²呼吸器内科)

○佐竹霜一¹・◎切土紗織²・落合克律²・赤羽朋博²・辻真世子²・近藤光子²・玉置 淳²

症例は64歳男性。喫煙歴があり、航空機の化学物質管理に従事していた。2年前に咳嗽が出現し近医で施行された胸部CTにて左下肺野にスリガラス影を認め、当科に紹介された。気管支鏡検査を施行し病理所見からNSIPと診断された。NSIPに対しステロイド内服を開始し自覚症状は消失したが、徐々に右肺尖部の空洞の拡大とびまん性スリガラス影が増強した。2度目の気管支肺胞洗浄検査にて肺胞蛋白症が疑われ、確定診断のために胸腔鏡下肺生検を施行したところ、肺胞蛋白症の診断とNocardia exalbataによるノカルジア症の合併が判明した。NSIP診断時および今回の気管支肺胞洗浄液中の抗GM-CSF抗体が上昇していたことから、当初から自己免疫性肺胞蛋白症が存在しており、ステロイド治療によりマクロファージの機能異常が助長され、肺胞蛋白症が顕在化してきたものと考えた。肺胞蛋白症にノカルジア症が合併した報告は少なく、ノカルジア症のなかでもNocardia exalbataの合併は報告がなく、本症例が本邦で

初めての報告である。NSIPとの関連も交え、文献的考察を加えて報告する。

7. アミオダロン投与5ヵ月後に肺胞出血を来した1例

(¹卒後臨床研修センター,²循環器内科,³呼吸器内科)

○佐竹有貴¹・

◎鈴木 敦²・鈴木 豪²・芹澤直紀²・

志賀 剛²・花輪智秀¹・東谷真実³・

溝渕莉恵³・落合克律³・玉置 淳³・萩原誠久²

症例は80歳男性。30歳から腎機能悪化を指摘され、1995年より血液透析が導入された。2002年急性心筋梗塞に対し冠動脈バイパス術を施行し、2008年無症候性心筋虚血に対し経皮的冠動脈形成術、左鎖骨下動脈狭窄に対し経皮的動脈形成術を施行している。2012年9月の心電図にて心房細動を認め、それに伴う透析困難症となり、10月にアミオダロン100mg、ワーファリンの内服を開始した。2013年2月中旬から赤色痰を自覚し、3月に入ると連日認めるようになった。透析病院で行った胸部レントゲンで右上肺野のスリガラス影を認め、当院呼吸器内科入院となった。気管支鏡検査を施行したところ、肺胞出血と泡沫状マクロファージを認め、アミオダロンによる肺胞出血が疑われた。入院後にワーファリンおよびアミオダロンを中止し、ステロイドパルス療法を行った。出血は徐々に軽快、スリガラス影の改善を認め、呼吸状態も安定し、ステロイド薬を漸減した。その後、心房細動に対する精査加療目的に、当科へ転科となった。転科後は心房細動が持続出現するも自覚症状や血圧値に変動なく、心負荷軽減を図るため右上腕動脈表在化術を施行し、透析療法を継続とした。アミオダロンによる副作用として肺胞出血は稀であり報告する。

8. 免疫抑制療法単独で早期肺動脈性肺高血圧症が改善した混合性結合組織病(MCTD)の1例

(¹卒後臨床研修センター,²リウマチ内科,³循環器内科)

○佐藤えみり¹

◎花岡成典²・平野瑤子¹・五野貴久²・勝又康弘²・

川口鎮司²・山中 寿²・芹澤直紀³・萩原誠久³

〔症例〕20代女性。入院6ヵ月前、Raynaud現象、多関節痛、抗U1-RNP抗体陽性から、混合性結合組織病(MCTD)が疑われた。入院4ヵ月前の心臓超音波検査では、推定右室収縮期圧(RVSP)28.2mmHg。入院1ヵ月前より労作時の動悸・息切れを自覚。心臓超音波検査ではRVSP62.99mmHgと上昇し、本院循環器内科を紹介受診、入院。RVSPは70.8mmHgとさらに上昇、肺機能検査にて拡散能の低下、右心カテーテル検査にて肺動脈楔入圧(PCWP)正常かつ平均肺動脈圧(mPAP)の上昇(47mmHg)、肺血管抵抗(PVR)の上昇(860 dynes・sec・cm⁻⁵)を認め、MCTDに合併した肺動脈性肺高血圧症(PAH)(WHO function class III)と診断。発症早