

見に異常なし，眼瞼結膜に貧血あり，腹部軽度膨隆，他異常所見なし．〔入院後経過〕入院後に撮影した腹部CTで胃内の液体貯留と拡張，索状物の増生を疑う所見を認めた．内視鏡検査では噴門部から前庭部にいたるまで垂れ様のポリープが増生しており，特に幽門部においてポリープの密生が強くスコープの挿入が困難な状況であった．消化管造影では造影剤は胃内で停滞し十二指腸への流入はほとんど認めなかった．これまでに施行した内視鏡治療時の病理組織学的検査から Juvenile polyp と診断していた．大腸，小腸に同様の病変は認めないことから胃限局型の若年性ポリポーシスと診断，消化管閉塞症状に対して胃全摘術の適応と判断し消化器外科に転科となった．術後の肉眼所見では噴門部周囲と体下部から幽門部にかけて表面平滑なポリープが密生していた．摘出標本の重量は1400 gであった．病理組織学的検査では Juvenile polyp で癌の合併はなかった．〔まとめ〕消化管閉塞を来した胃限局型若年性ポリポーシスを経験した．

#### 7. 少量ヘパリンによりヘパリン起因性血小板減少症を発症したと考えられた1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター，<sup>2</sup>神経内科)

○日野阿斗務<sup>1</sup>・◎水野聡子<sup>2</sup>・丸山健二<sup>2</sup>・飯嶋 睦<sup>2</sup>・北川一夫<sup>2</sup>

X年8月中旬，起床時複視を自覚し，同日14時頃当院救急外来を受診．右動眼神経不全麻痺を認め，頭部MRI拡散強調画像にて左小脳に高信号域を認めたことから急性期脳梗塞と診断，同日神経内科入院となった．MRAにて有意狭窄はないものの，動脈硬化の危険因子を有していることからアテローム血栓性脳梗塞に準じ，アルガトロバン投与，シロスタゾールの内服を開始した．右動眼神経麻痺は発症後3日目に消失した．第5病日に施行した頭部MRIにて右動脈瘤が疑われた．第16病日に頭部MRVを施行したところ，左横静脈洞閉塞を認め，右放線冠に新たな急性期梗塞像，右側頭葉に出血性梗塞を疑う所見を認め，perfusion CTでは脳静脈洞血栓症，および右S状静脈洞へ流入する硬膜動静脈瘻を認めた．同時期に血小板減少，凝固能異常を認めたため，DICによる静脈洞血栓症の可能性を考慮しヘパリンを開始した．しかし，治療後も血小板・凝固能の改善なく，HIT抗体の陽性が確認され，ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)と診断した．ヘパリン治療前から血小板減少がみられたことから，フラッシュ用ヘパリンナトリウムによりHITが誘発された可能性を疑った．直ちにヘパリンからアルガトロバンへ変更し，ヘパリン使用を禁止したところ，血小板・凝固能は速やかに改善した．9月中旬より酸素化不良となり，入院時胸部CTと比較し，網状影の著明な悪化を認めた．CPFE (combined pulmonary fibrosis and emphysema) の急性増悪及び細菌性肺炎の合併と診断され，ステロイド，抗生剤の投与を開始する

も，症状改善に乏しく，CPFEに対する精査・加療目的に10月上旬，呼吸器内科転科となった．ステロイド投与を継続し，転院を予定していたが，酸素化の悪化，Dダイマー上昇を認め，肺塞栓症が疑われアルガトロバンを開始するも，胸部CT撮影時に心停止し，回復なく死亡した．日常診療で汎用されるヘパリンによりHITが発症し，さらに静脈洞血栓症および脳塞栓症の誘因になったと考えられた症例を経験したので報告する．

#### 8. 膠原病に伴う心タンポナーデに対して繰り返し心嚢穿刺を施行した1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター，<sup>2</sup>循環器内科，<sup>3</sup>リウマチ科)

○小松 塁<sup>1</sup>・◎喜多村一孝<sup>2</sup>・鈴木 豪<sup>2</sup>・相山 恒<sup>2</sup>・鈴木 敦<sup>2</sup>・菊池規子<sup>2</sup>・芹澤直紀<sup>2</sup>・志賀 剛<sup>2</sup>・川口鎮司<sup>3</sup>・山中 寿<sup>3</sup>・萩原誠久<sup>2</sup>

症例は46歳女性．全身性強皮症，間質性肺炎でプレドニゾロン(PSL)8 mgを内服していた．2012年，労作時呼吸困難で当院を受診，心臓超音波検査で軽度の心嚢液，カテーテル検査で肺高血圧を認めた．心嚢液は臨床的に心膜炎と判断し，シクロフォスファミドパルス療法(IVCY)6回施行，PSL 20 mg後15 mgまで減量となったが，心嚢液の改善はみられなかった．

2014年，外来でCK値が695 U/Lまで上昇，多発性筋炎が疑われ入院となった．血圧低下，奇脈も認めため，心臓超音波を施行したところ，著明な心嚢液の貯留を認めた．心タンポナーデと判断し心嚢穿刺を施行した．Lightの基準では浸出性であり，膠原病に伴う心膜炎と診断した．

心膜炎に対しコルヒチンを開始，多発性筋炎も併発していたため，IVCYを追加で行った．その後も多発性筋炎に対してCKを活動性の指標としてIVCYを繰り返していた．IVCY3回施行後，再び心嚢液の貯留を認め，心タンポナーデを呈していたことから活動性ありと判断し原疾患の治療強化を行った．

一般的に膠原病の活動性評価ならびに治療強化の基準は議論の余地のあるところであるが，膠原病に関連した心嚢液貯留に対して治療強化が奏功したとの報告もあり，文献的考察も交えて報告する．

#### 9. 非定型的な組織像を呈した耳下腺腫瘍の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター，<sup>2</sup>耳鼻咽喉科，<sup>3</sup>病理診断科)

○田中佑佳<sup>1</sup>・鯨井桂子<sup>2</sup>・山本智子<sup>3</sup>・立川麻也子<sup>2</sup>・吉原俊雄<sup>2</sup>・◎長嶋洋治<sup>3</sup>

〔はじめに〕唾液腺腫瘍は全腫瘍の1%だが，多彩な組織像を呈する．今回，稀な組織像を呈した耳下腺腫瘍を経験したので，報告する．〔症例〕60歳代女性．20歳頃より自覚していた右耳下腺腫瘍が徐々に増大，圧痛を生じたため，当院耳鼻咽喉科を受診した．右耳下腺下極に可動性良好な腫瘍が触知され，MRIにてT1低信号T2