

をきっかけに自宅で酒とともに合計 116400 mg の ASA を内服し、自ら救急要請し搬送された。来院時の意識レベルは清明であり血液検査上も異常所見を認めなかったが、全身管理目的で ICU 入床となった。内服から 10 時間 50 分後、大量の嘔吐あり、大声で叫ぶなど錯乱状態となったため緊急気管挿管となった。その後、体温上昇、高カリウム血症、代謝性アシドーシス、低血糖を認め、また血圧低下、徐脈となり、まもなく心肺停止状態となったため心肺蘇生法を開始し経皮的な心肺補助法を導入した。自己心拍再開が得られたのち、薬剤排泄促進のため血液浄化療法を開始し、低体温療法を行った。その後、下肢コンパートメント症候群の合併や急性腎障害の遷延も認めたが、血液浄化療法を継続し症状は改善、第 110 病日に透析を離脱し、第 127 病日独歩退院となった。〔症例 2〕48 歳、男性。ヨーグルトに ASA 合計 66000 mg を溶かして服用し救急搬送された。来院時、意識レベル清明、血液検査上も異常を認めなかったが、徐々に傾眠傾向、消化器症状の増悪を認めたため気管挿管となった。入床後、速やかに血液浄化療法を開始し、電解質異常や代謝異常あるも第 2 病日には改善、第 7 病日に独歩退院となった。〔考察〕内服量の差はあるものの 2 症例はいずれも致死量の ASA を内服しており、結果として早期の血液浄化療法導入が合併症予防や入院期間の短縮に繋がったと考えられた。〔結語〕ASA 中毒によって集中治療を要する患者の多くは、初診時には意識が清明で軽症に見えても入院後に劇的に悪化することが多いため、血液浄化療法を含めた集学的治療が肝要であると考えられる。

4. 予定手術の術前検査で incidental に発見された脳梗塞の 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,³心臓血管外科) ○今里大介¹・高橋祐一²・前 昌宏³・◎糟谷英俊²

症例は 60 歳代女性で三叉神経痛に対する手術目的で入院した。7 年前に脳梗塞を発症した既往があるが、抗血小板薬の内服は 2 年前から自己中断していた。術前検査として脳 MRI を施行したところ、拡散強調画像 (DWI) にて両側小脳半球や右前頭葉皮質などに散在する多発高信号病変を認め、急性期脳梗塞と考えられた。入院時は無症状であったが、入院 3 日前に突然のめまい、嘔気、嘔吐を認めており、発症日と考えられた。なんらかの脳塞栓症を疑い、経胸壁心臓エコー、頸動脈エコー、Holter 心電図、心臓 CT を施行したが、心房細動や心内血栓、頸動脈狭窄など明らかな異常所見は認めなかった。入院時より自覚症状はないものの酸素飽和度 (SpO₂) の低下を認めていたため、血液ガス分析を施行すると肺動脈血酸素分圧較差 (A-aDO₂) が 37.3 mmHg と著明に開大していた。胸部造影 CT で多発する肺動静脈瘻を認め、奇異性脳塞栓症と診断した。7 年前の脳梗塞も奇異性脳

塞栓症であった可能性があり、今後の再発予防に塞栓術を予定している。脳梗塞を契機に発見された肺動静脈瘻の 1 例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

5. 特発性膜性腎症 (iMN) の診断 17 年後にびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) を発症した 1 例

(¹卒後臨床研修センター,²腎臓内科,³血液内科)

○内池広菜¹・◎佐藤尚代²・森山能仁²・板橋美津世²・内田啓子²・土谷 健²・志関雅幸³・田中淳司³・新田孝作²

〔症例〕82 歳男性。〔経過〕X-17 年に尿蛋白を指摘され、腎生検で膜性腎症 (MN) と診断された。糖尿病がありミゾリビンで加療するものの治療効果に乏しく、経口プレドニゾン (PSL) 併用にて X-11 年より不完全寛解 1 型～完全寛解で経過した。X-1 年に尿蛋白 7.3 g/日に増加し、ネフローゼ症候群再燃のため PSL30 mg へ増量し、尿蛋白 2.1 g/day へ改善した。X 年に全身倦怠感が出現し、尿蛋白 0.4 g/gCre, BUN 61.2 mg/dl, Cr 2.25 mg/dl と腎機能増悪を認め当科入院となった。画像検査で広範囲のリンパ節腫大、傍大動脈領域～総腸骨動脈領域にリンパ節腫大、左腎動脈・尿管を圧排し左水腎症を認めた。CT ガイド下リンパ節生検で、CD20, CD79a, BCL2 陽性の異型細胞が増殖しびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) stage IVA と診断した。血液内科に転科し、THP-COP 療法を行い腫瘍量の減量が得られ、R-THP-COP 療法を継続したが、病変は不変であった。救済療法として GCD-R 療法 6 コース施行し、尿蛋白 0.1g/gCre, BUN 21.6 mg/dl, Cr 1.11 mg/dl に改善した。〔考察〕MN は高齢発症のネフローゼ症候群の主因となり、悪性疾患合併の頻度が高く、非 Hodgkin リンパ腫との合併も報告されている。〔結語〕MN 患者の尿蛋白、腎機能増悪の原因検索として悪性疾患のスクリーニングは重要である。

6. Down 症患者に発症した進行胃癌の 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科)

○梅田美妃¹・岡部ゆう子²・細田麻奈²・入村峰世²・木村綾子²・◎大野秀樹²・齋藤壽仁²・佐倉 宏²

〔症例〕44 歳、男性。〔既往歴〕Down 症、心室中隔欠損症。〔現病歴〕平成 27 年 8 月末から右下腹部痛と嘔気があり当科外来受診した。37℃ 台の発熱、炎症反応上昇、腎機能障害があり、単純 CT にて左腎周囲の脂肪織濃度上昇、水腎症を認めたため尿路感染症の疑いで入院した。入院後、シプロキササン投与により解熱したが腹痛は不変であった。CEA 高値であったため上部消化管内視鏡を施行したところ、胃噴門部に 3 型胃癌を認めた。病変部の組織診断は低分化腺癌であった。造影 CT では多発リンパ節転移と腹膜、後腹膜、肝、副腎、腸、膀胱、腸腰筋などに広範な播種が認められ、胃癌 Stage IV と診断し

た。なお *Helicobacter pylori* に関しては血清抗体および便中抗原ともに陰性であった。治療として化学療法導入を検討したが Performance status 3 であり、また本人の治療同意取得が困難であったため緩和治療の方針となった。〔考察〕Down 症に合併する悪性腫瘍としては白血病が知られているが、Down 症患者の平均寿命は健常人よりも短く、これまで固形癌の合併は少ないとされていた。また、本症例は *Helicobacter pylori* 陰性胃癌である可能性もあり、両者の合併は非常に稀と考えられた。

7. 腸管感染症罹患後に *Fusobacterium necrophorum* による肝膿瘍および肺膿瘍を併発した若年男性の 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、²内科)

○細田祐未¹・島田美希²・清水比美子²・村上智佳子²・西沢蓉子²・興野 藍²・樋口千恵子²・◎小川哲也²・佐倉 宏²

〔症例〕生来健康な 27 歳男性。国内旅行から戻った 2 日後より全身倦怠感と微熱があり、翌日に頻回の水様便と嘔吐が出現した。40.5℃の発熱、転倒があり当院へ救急搬送となった。BP78/56 mmHg, HR136/分, BT40.6℃, WBC9800/μl, CRP18.9 mg/dl と敗血症性ショックの状態にあり, BUN17.4 mg/dl, Cr2.1 mg/dl, AST82 U/l, ALT47 U/l, LDH426 U/l と急性腎障害および肝機能障害を認めた。CTR, LVFX の投与と補液を開始し、第 5 病日に血液培養から *Fusobacterium necrophorum* が検出されたことから抗菌薬を MEPM へ変更した。造影 CT で肝右葉 S8～左葉 S4 に 4 cm 程の肝膿瘍と、両肺の背側胸膜下に肺膿瘍を認めた。発熱が持続したことより、第 7 病日に肝膿瘍に対して経皮経肝的膿瘍ドレナージ術を施行。右胸水の増悪と呼吸状態の悪化があり、第 13 病日に胸腔ドレーンを挿入した。その後、呼吸状態は改善し肝膿瘍の改善、腎機能の改善を認め退院となった。〔考察〕*F. necrophorum* は Lemierre 症候群の原因菌として知られているが、本症例は内頸静脈の化膿性血栓性静脈炎を認めず、腸管感染症から肝膿瘍、肺膿瘍に波及した稀な症例と考えられ文献的考察を交えて報告を行う。

8. 救急外来で発見された網膜芽細胞腫の 1 例

(¹卒後臨床研修センター、²小児科)

○下村里奈¹・◎平澤恭子²

〔はじめに〕網膜芽細胞腫は小児の眼球内の悪性腫瘍で、ほとんどが 5 歳以下で発症する。眼球外浸潤、遠隔転移を伴わない場合の生命予後はよいとされる。定期的乳児健診を受けていたが、1 歳過ぎまで発見されなかった 1 例を経験したので報告する。〔症例〕1 歳 1 ヶ月女児。主訴：嘔吐と視線が合わない。既往歴：正期産児で発達はややゆっくりでフォローされていた。現病歴：某日夜に、突然そりかえる動きが 1 時間持続してみられ、その後嘔吐が反復した。この頃より固視追視がはっきりせず、はいはいやつかまり立ち、手を伸ばしてものを取

るなどができない状態となった。第 2 病日医療機関 A で、急性胃腸炎として治療開始されるも症状改善せず、さらに医療機関 B を受診し、著明な眼球結膜充血を指摘され点眼薬が処方された。翌日も固視追視がなく動作が緩慢のため、医療機関 B を再受診し、けいれん発作、小脳失調の疑いで当科に紹介となった。入院時身体所見：両側眼球運動制限、瞳孔散瞳、対光反射消失、右側瞳孔が白色、左側は眼球結膜充血を認めた。頭部 CT で、両側眼球内に石灰化を伴う腫瘍を数個認め、網膜芽細胞腫と診断された。〔考察〕網膜芽細胞腫による白色瞳孔は母子手帳の問診欄にもその有無を問う項目があり注意が喚起されている。本例では母は生後 5 ヶ月頃から児の眼の異変を「眼が透明できれい」と評価し、問題視せず、健診で相談することなく、病状の進行による嘔吐や発達の退行出現まで医療機関の受診がなかった。〔結語〕母親が異変に気づきつつも、診断まで時間を要した 1 例を経験した。健診において各問診項目をより具体的に確認し、症状の有無を確認することの重要性を再認識した。

9. 二回連続の自家 PBSCT 併用大量化学療法を行った脊髄再発小児脳腫瘍の 2 例

(¹卒後臨床研修センター、²小児科)

○三上陽子¹・◎鶴田敏久²

〔はじめに〕集学的な治療の導入により小児脳腫瘍の予後は改善しているが、小児がんの中で脳腫瘍の予後は悪く、特に再発例では各種治療抵抗性であることも多く、確立した治療法はない。今回、小児科において再発した脳腫瘍に対し二回連続の自家末梢血幹細胞移植 (PBSCT) を併用した大量化学療法 (BLT 療法：BU+L-PAM+TOP) を行った症例を経験したので、脳神経外科における症例と合わせてその効果、副作用などについて報告する。〔症例 1〕9 歳女児、8 歳時に小脳虫部の髄芽腫と診断され、腫瘍摘出術および ICE 療法 (IFM+CBDCA+VP16) 3 コース施行したが、発症より約 7 ヶ月後に脊髄内再発を認めた。全脳、全脊髄照射後、CCE 療法 (CPA+CDDP+VP16) 3 コースを行ったが、腫瘍は残存した。〔症例 2〕8 歳男児、4 歳時に左小脳体部の atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) の診断となる。腫瘍摘出術、全脳、全脊髄照射後、ICE 療法 3 コース施行し治療終了したが、発症より約 3 年後に局所および脊髄内再発を認めた。CCE 療法 3 コース、髄注 (MTX+AraC+PSL) 等を行ったが、腫瘍は残存した。〔結果〕2 症例とも治療抵抗性となっており、腫瘍拡大傾向で 2 コースの BLT 療法を施行した。PBSCT 時は種々の副作用が認められたが、治療抵抗性の腫瘍にも効果が期待できる。