

## 10. 母親の育児過誤が重症化に関与したと考えた小児アトピー性皮膚炎の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>小児科)

○木原祐希<sup>1</sup>・◎千葉幸英<sup>2</sup>

症例は10カ月の男児。4ヵ月健診で全身の湿疹ならびに体重増加不良を指摘され前医を受診。アトピー性皮膚炎(atopic dermatitis: AD)の診断にてステロイド外用薬による治療を開始。しかし母親のステロイドに対する抵抗感から治療を自己中断、再診指示も拒否。その後、母の知人の勧めで別病院を受診し、代替医療による治療が開始。生後8ヵ月時に体重増加傾向なく、前医紹介。重症AD(Objective SCORAD 74)ならびに著明な羸瘦を認め当院紹介受診、同日入院となる。来院時活気不良、活動性低下あり、身長65.3 cm (-2.1SD)、体重4.95 kg (-3.65 SD)、頭囲42.3 cm (-1.65 SD)と成長障害を認め、精神運動発達に関しても寝返り、座位保持不可であり、人見知りせず喃語を発するのみと約6ヵ月相当の発達であった。血液検査上、UN、UAの上昇を認め、他、低Alb血症、電解質異常を認めた。

不十分な加療によりコントロール不良のADに伴う体液漏出および、母の申告により離乳食が開始されていない等の不適切な育児環境が全身状態悪化の原因として考えられ、入院時よりADに対しステロイド外用による治療を開始、同時に母への教育も含めた栄養状態の是正を図った。入院50日で体重6.85 kg (-2.44 SD)と改善、発達に関しては寝返り可となった。血液検査所見も含め外来経過観察可能と判断し入院50日で退院となった。不適切な育児環境や治療に対する不理解が原疾患の悪化につながったと思われる。重症ADは心身の発達に悪影響を及ぼす可能性があり、今回文献的考察を交えて本症例を報告する。

## 11. 経尿道的膀胱腫瘍摘出術中に早期に膀胱穿孔を診断し得た1例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>麻酔科, <sup>3</sup>泌尿器科)

○二瓶春菜<sup>1</sup>・

◎安藤一義<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>・西山圭子<sup>2</sup>・

小高光晴<sup>2</sup>・伊藤文夫<sup>3</sup>・小森万希子<sup>2</sup>

〔症例〕66歳、男性。高血圧合併で米国麻酔学会分類2であった。膀胱内に最大径48 mmの多発腫瘍を認め、経尿道的膀胱腫瘍摘出術が予定された。〔麻酔経過〕麻酔法は脊髄くも膜下麻酔(0.5%等比重プロピバカイン3.4 cc, L3/L4)および両側閉鎖神経ブロック(1.5%リドカイン20 cc)を施行し、Th6の麻酔高を得た。執刀開始30分後に徐脈傾向となり、患者が腹部の不快感を訴えた。徐脈によるものと考えアトロピン投与するものの症状の改善はみられなかった。その後も腹部不快感の訴え続いたため、腹部を触診したところ著明な膨隆、緊満を認めた。膀胱穿孔による灌流液の腹腔内流出を疑い、灌流液のイ

ン・アウトバランスを測定したところ、灌流液の注入量は10000 cc、排出量は約5900 ccであった。腹部超音波検査では、腹腔内に大量の貯留液を認め、その性状は灌流液と同等(Na濃度147 mmol/L)であった。膀胱腫瘍焼灼継続し、経皮的腹腔内ドレナージを行い無事手術は終了した。〔考察〕腹部触診上、緊満感が著明であったこと、腹腔内貯留液の性状が灌流液と一致していたことより、症状出現から30分以内に早期診断できた。当初、徐脈の原因としてTUR症候群も疑ったが、典型的な低Na血症がないことから除外した。両側閉鎖神経ブロックを行い、大腿の内転運動を抑制できていても、膀胱穿孔の可能性はあると考えられる。〔結語〕経尿道的膀胱腫瘍摘出術において、徐脈や患者の不快感などの訴えから膀胱穿孔を疑い、腹部超音波検査、腹腔内貯留液の性状検査により早期診断に至った1例を経験した。

## 12. Renal cell carcinoma associated with Xp11.2 translocations/TFE3 gene fusions (Xp11.2 RCC)

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>病理診断科, <sup>3</sup>泌尿器科, <sup>4</sup>画像診断・核医学科)

○小川杏平<sup>1</sup>・

山本智子<sup>2</sup>・高木敏男<sup>3</sup>・

近藤恒徳<sup>3</sup>・森田 賢<sup>4</sup>・◎長嶋洋治<sup>2</sup>

**Introduction** : Xp11.2 renal cell carcinoma (RCC) is a newly introduced RCC subtype, with translocations involving the *TFE3* gene on chromosome Xp11.2. Its characteristics remain to be elucidated. Here, we present an additional case of Xp11.2 RCC. **Case report** : A 26-year-old woman visited our hospital for examination of a left renal tumor. Radiologic imaging revealed a mass lesion at the upper pole of the left kidney, measuring 43 mm in diameter. To evaluate the possibility of watchful waiting, needle biopsy was performed. Histologically, the tumor was composed of papillary architectures of the tumor cells with clear cytoplasm. Immunohistochemically, the tumor cells were positive for TFE3 and cathepsin K. Accordingly, the tumor was diagnosed as Xp11.2 RCC, and partial nephrectomy was performed. The patient is doing well, postoperatively. The surgically resected tumor measured 46×33×30 mm in size, and showed identical pathological characteristics with biopsied specimen. **Discussion** : Although Xp11.2 RCC occurs in children and adolescent with a high incidence, actual cases are considered to be much more in adulthood, most of which failed to be correctly diagnosed. Characteristics of Xp11.2 RCC are still enigmatic, i.e. clinical outcomes and therapeutic strategies. To elucidate these problems, precise diagnoses are necessary, which is enabled by intimate communication of urologists, radiologists and pathologists.