

ンセンス変異依存 mRNA 分解 (NMD) と連携して小胞体の恒常性維持に働くことを明らかにした。さらに最新の研究から NMD 制御因子 SMG6 が NMD-小胞体品質管理クロストークにおいて重要な働きを担うことが明らかとなってきた。本発表では、その現状と将来の展望について紹介したい。

## 2. 食道 ESD に対する食道再生細胞シート治療の確立 (消化器外科学) 大木岳志

早期食道癌の内視鏡治療として endoscopic submucosal dissection (ESD) は普及しつつある。ESD は広範な病変であっても一括切除が可能で正確な病理診断および局所再発率の低下に寄与する。しかしながら、広範な切除に伴う ESD の潰瘍に起因する狭窄が問題となっている。通常、狭窄に対し頻回の内視鏡的バルーン拡張術を行うが、穿孔のリスクや疼痛を伴う処置のため患者の QOL を著しく低下してしまう。そこで我々は、本学で開発された細胞シート技術を応用した再生医療的治療法の開発を行ってきた。この方法は患者の口腔粘膜組織から採取し、細胞シートを作製する。それを内視鏡を用いて ESD の潰瘍面に移植することで狭窄を抑制するという手法である。これまで 2008 年から本学で臨床研究を開始しすでにその成果を報告している (本法は本学で最初に成功した細胞シートの臨床研究である)。現在、さらに研究が進んでおり、国内では長崎大学、海外ではスウェーデンのカロリンスカ研究所で臨床研究が行われた。その際に問題となったのは内視鏡を用いた細胞シート移植手法が困難であったことであった。本研究では先端生命医学研究所と共同で 3D プリンターを用いた細胞シート移植デバイスを作製した (*Gastrointestinal Endoscopy*, 2015)。このデバイスの開発により経内視鏡的移植術の汎用性が向上し食道再生細胞シート治療の確立に大きく貢献できると考えられた。

### 〔第 10 回研修医症例報告会〕

#### 1. 救急医療部と連携して切除術を施行した多発性硬化症患者に生じた基底細胞癌の 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>皮膚科,<sup>3</sup>病理診断科,<sup>4</sup>救急医療科,<sup>5</sup>吉住皮膚科)

○國上千紘<sup>1</sup>・星野雄一郎<sup>2</sup>・  
貞安杏奈<sup>2</sup>・◎石崎純子<sup>2</sup>・田中 勝<sup>2</sup>・  
藤林真理子<sup>3</sup>・磯谷栄二<sup>4</sup>・吉住順子<sup>5</sup>

〔症例〕65 歳男性。28 歳時、多発性硬化症を発症。55 歳頃より寝たきり、胃瘻栄養となり、訪問看護にて自宅療養中。〔現病歴〕約 5 年前に左頬に腫瘍が生じ、徐々に拡大。自潰し出血するようになった。近医皮膚科が往診し、基底細胞癌が疑われ生検が考慮されたが、外来受診が困難であり経過観察していた。〔臨床所見〕左頬に径約

3 cm 大の境界明瞭の黒褐色結節。表面に痂皮、血痂を付す。〔ダーモスコピー所見〕辺縁に blue-gray globules あり。〔治療経過〕舌根沈下しやすく気道確保のため頻回の痰吸引を要する状況に対し、近医皮膚科、当院皮膚科および救急医療科で連携し治療を計画した。救急医療科のバックアップにより ICU で全身状態管理のもと、局所麻酔下、皮膚腫瘍切除術および皮弁形成術を施行した。病理組織学的に基底細胞癌と最終診断、深部および辺縁とも断端陰性を確認した。当初は治療不可能と思われたが、円滑な医療連携により治療を完結することができた。

#### 2. 神経症状の改善に苦慮した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: EGPA) の 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>内科)

○村上亜紀<sup>1</sup>・◎高木香恵<sup>2</sup>・興野 藍<sup>2</sup>・  
市村裕輝<sup>2</sup>・村上智佳子<sup>2</sup>・西沢蓉子<sup>2</sup>・  
小川哲也<sup>2</sup>・柴田興一<sup>2</sup>・佐倉 宏<sup>2</sup>

〔症例〕43 歳男性。〔主訴〕四肢のしびれ、腹痛、下痢、発熱。〔現病歴〕入院 3 ヶ月前、突然右膝背側の激痛、右下腿外側の痺れと痛み、右足底の痺れが出現した。その後右足関節の背底屈が困難となり、左足底から左下腿外側の痺れ、左上肢尺側の痺れと左第 4、5 指の知覚低下、右前腕尺側の痺れと急速に病状が拡大した。当院脳神経外科にてプレドニゾロン (PSL) 10 mg/日を投与されたが改善なく当院内科転科となった。入院時下痢、腹痛、発熱、体重減少、多発単神経炎、副鼻腔炎、白血球 26,200/μl、好酸球 14,148/μl、CRP11.4 mg/dl、IgE 9,270 mg/dl と増加を認め、EGPA と診断した。なお FIP1L1-PDGFRα 融合遺伝子は検出されなかった。絶食・中心静脈栄養下でステロイドパルス療法施行し、後療法 PSL50 mg/日を開始した。BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score) は 15 → 7 と低下、CRP、IgE、好酸球の著明な低下、腹部症状の消失を認めたが神経症状は改善を認めなかった。また左上肢の尺骨神経障害に対して神経剥離術を行ったが神経症状は残存し、エンドキサンパルス療法を追加した。〔臨床的意義〕EGPA の予後不良因子の一つである消化管障害は消失したが遷延する神経障害について苦慮した症例である。血管炎に伴う神経障害は急速に増悪し、かつ遷延する病態であり治療を再考する。

#### 3. 重症化したアセチルサリチル酸中毒 2 症例の検討

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>救急医療科) ○笹尾怜子<sup>1</sup>・◎高橋宏之<sup>2</sup>

〔はじめに〕アセチルサリチル酸 (ASA) は一般用医薬品として容易に入手することができる。自殺企図で致死量の ASA を内服し、血液浄化療法を要した重症 ASA 中毒の症例を 2 例経験したため、比較検討し報告する。〔症例 1〕34 歳、男性、ベトナム人。同性の恋人との失恋

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<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>脳神経外科、<sup>3</sup>心臓血管外科) ○今里大介<sup>1</sup>・高橋祐一<sup>2</sup>・前 昌宏<sup>3</sup>・◎糟谷英俊<sup>2</sup>

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 (SpO<sub>2</sub>) 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-aDO<sub>2</sub>) 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

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>腎臓内科、<sup>3</sup>血液内科)

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

〔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ピンで加療するものの治療効果に乏しく、経口プレドニゾロン (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<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科)

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

〔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