

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<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科)

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

〔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

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

○下村里奈<sup>1</sup>・◎平澤恭子<sup>2</sup>

〔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

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

○三上陽子<sup>1</sup>・◎鶴田敏久<sup>2</sup>

〔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。