

肺腺癌化学療法中に皮膚移転と小腸転移をきたし小腸穿孔を起こした1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-08-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 土屋, 海士郎, 有村, 健, 山本, 智子, 武山, 廉, 多賀谷, 悦子, 近藤, 光子, 川島, 眞, 岡本, 高宏, 長嶋, 洋治, 玉置, 淳 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00031668

報告した (J Cell Biochem 2015). さらにアルブミンのカベオラ進入経路に続く細胞内の通過・排出経路を調べた. [方法・結果] hGEC に緑色標識アルブミンを2時間培養後, エンドソーム, ゴルジ体, 小胞体, リソソーム, プロテオソーム, 微小管, アクチンのマーカーと二重染色を行い共焦点顕微鏡にて観察したところ, エンドソーム以外のマーカーとも二重染色されず, アクチンや微小管などの細胞骨格を介さずに細胞内を移動しエンドソームに到達し, エンドソームでゴルジ体や小胞体, リソソーム, プロテオソームなどはバイパスし, 細胞の反対側より排出されるよう選別される可能性が示唆された. また Transwells plate を用いた細胞実験にてカベオラ阻害剤によりアルブミン透過が抑制され, ネフローゼ症候群モデルマウスを用いた動物実験でアルブミン尿の減少が得られたことより, このカベオラ経路は新たなアルブミン尿発現の原因経路として示唆された. [結語] アルブミンはカベオラに被包され, エンドソームに到達後, 各オルガネラ, 細胞骨格と独立し細胞内を移動し直接反対側に排泄され, 新たなアルブミン尿の原因として可能性をもつカベオラ経路として考えられた.

〔第 11 回研修医症例報告会〕

1. 重症筋無力症と Isaacs 症候群に合併した後天性血友病 A

(¹卒後臨床研修センター, ²神経内科, ³血液内科)

○金野 史¹・◎武田貴裕²・鈴木美紀²・清水優子²・飯嶋 睦²・田中淳司³・北川一夫²

[症例] 69歳男性. [主訴] 全身の紫斑, 皮下血腫. [現病歴] 2014年初め(67歳時)より四肢筋力低下を自覚し近医を受診. 筋電図にて疲労現象を認め, 抗アセチルコリン受容体抗体陽性が判明し重症筋無力症と診断. 当院当科に転院しプレドニゾロン(PSL)20mg/日で開始, 免疫グロブリン大量療法, 免疫吸着療法が施行され症状は改善した. しかしその数ヵ月後より四肢筋のこむら返りが頻繁に出現. 針筋電図で豊富なミオキミア放電, 筋線維束収縮電位を認め, 抗VGKC抗体が陽性と判明し Isaacs 症候群と診断. PSLを30mg/日へ増量, 免疫グロブリン大量療法, 免疫吸着療法を再度施行し症状は改善した. その約1年後(69歳時), 四肢体幹の皮下血腫, 鼻出血が出現した. 当院血液内科を受診し活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)の延長, 第VIII因子活性低下, 第VIII因子インヒビター高値の所見から後天性血友病Aと診断. PSL70mg/日へ増量とし経過観察したところ, その後インヒビターの低下, APTTの正常化, 出血症状の消退を認めた. [考察] 後天性血友病Aは稀な疾患であるが, 高齢者, 自己免疫疾患, 悪性腫瘍を有する患者に合併して発症しやすいことが知られてい

る. 本例は重症筋無力症および Isaacs 症候群が先行し, その約2年後に後天性血友病Aを発症した. これらを合併した後天性血友病Aの例は調べた範囲では報告がなく, 非常に稀と考えられた.

2. 診断が困難であった関節リウマチの1例

(東医療センター¹卒後臨床センター, ²内科)

○荒井誠大¹・◎高木香恵²・小川哲也²・佐倉 宏²

[症例] 31歳 Sotos 症候群の男性. [主訴] 両上肢のしびれと握痛, 体動困難, 左足の疼痛. [現病歴] 入院4ヵ月前より左第2指MP関節の腫脹出現. 近医整形外科を受診したが診断得られず経過観察となった. しかし徐々に両肩関節の可動域制限, 握力低下, 歩行困難が加わったため再度同医を受診しXP, 血液検査を施行されたが診断得られず神経疾患を疑われ当院内科を紹介受診となった. [現症] 両肩関節の可動域制限, 両第2, 3, 4MP関節の腫脹・圧痛あり. MMTは頸筋, 前鋸筋, 三角筋, 上腕二頭筋, 上腕三頭筋で4/5と低下を認めたが再現性は不良であった. [検査結果] 血液検査ではCRP1.3mg/ml, RF陽性, 抗CCP抗体陽性. XPでは特記すべき所見なし. MRI検査で大腿筋に炎症所見, 針筋電図検査で三角筋, 上腕二頭筋に神経原性変化を軽度認めた. [経過] 関節リウマチと診断しメトトレキサート内服開始後症状, 炎症所見の改善を認めた. [考察] Sotos 症候群は常染色体優性遺伝の過成長症候群の一つである. 過成長, 大頭症, 発達遅延を特徴とするが, 骨成長に筋肉の発達が伴わないため全身の筋緊張が低下し筋力低下を認めることがある. 同症例も全身の筋力低下があり, その上, 関節の腫脹, 疼痛が加わったため関節症状より筋症状が主となったこと, さらに精神遅滞のため正確な情報を得難かったことが診断を困難にさせた原因と考える. 種々の鑑別・考察を必要とした貴重な症例であった.

3. 肺腺癌化学療法中に皮膚転移と小腸転移をきたし小腸穿孔を起こした1例

(¹卒後臨床研修センター, ²内科学(第一), ³病理診断科, ⁴皮膚科, ⁵外科学(第二))

○土屋海士郎¹・◎有村 健²・山本智子³・武山 廉²・多賀谷悦子²・近藤光子²・川島 眞⁴・岡本高宏⁵・長嶋洋治³・玉置 淳²

近年, 肺癌に対する集学的治療の進歩により比較的長期生存例も増えていることから, 稀な臓器への転移も散見されるようになってきている. 今回, 我々は肺腺癌化学療法中に皮膚転移と小腸転移をきたし小腸穿孔を起こした稀な症例を経験したため報告する. 症例は67歳男性. 関節リウマチで加療中, 2015年5月頃より右季肋部痛が出現したため同年8月に前医でPET/CT施行され, 右肺底部の浸潤影および右肺門部リンパ節, 胸膜直下にFDG集積を認めた. 同年10月, 精査目的に当科で気管支鏡検査

施行し、肺腺癌 cT3N2M1a stageIV (EGFR 遺伝子変異陰性, ALK 転座陰性) と診断した。同年11月より CDDP + PEM + BEV2 コース施行し、2016年1月、同化学療法3コース目施行目的に当科入院した。入院時施行した胸部単純CTで左肺上葉のすりガラス影の増悪を認め、血液検査で KL-6 548 U/ml, SP-D 130 ng/ml と上昇していたため、間質性肺炎の増悪を疑い気管支鏡検査施行した。気管支肺泡洗浄と組織学的評価より関節リウマチの増悪や薬剤性肺障害の可能性が示唆されたため、プレドニゾン投与と化学療法を CBDCA + nab-PTX に変更した。2日後には頭部皮下結節の皮膚生検を施行した。5日後に腹膜刺激症状である板状硬、反跳痛が出現したため腹部CTを施行したところ、消化管穿孔が疑われたため当院外科で緊急手術を施行した。頭皮、小腸それぞれの採取組織から腺癌を検出し、免疫組織化学評価により肺由来と判明した。肺癌の皮膚転移は2.8%、小腸転移は1.7%とされる。さらに転移後の小腸穿孔は0.1%程度とされ、1年生存率は2~9%と予後不良である。本症例は稀な2つの転移を組織学的に証明でき、小腸穿孔後も救命できた点で貴重な症例と考えられた。

4. 上行結腸 angioectasia からの出血を同定し得た慢性腎不全合併2型糖尿病の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²糖尿病センター内科)

◎清水美佳¹・◎吉田宣子²・
花井 豪²・内湯安子²

大腸 angioectasia は易出血性であり、慢性腎不全など全身性疾患に合併することが多いとされている。しかし、出血は間欠的かつ小病変であることから内視鏡検査施行時には止血していることが多く、出血源の特定に至ることは少ない。今回、慢性腎不全を有する2型糖尿病患者において活動性出血を伴う大腸 angioectasia を下部消化管内視鏡検査で同定し得た1例を経験したため報告する。〔症例〕80歳男性。〔主訴〕ふらつき。〔既往歴〕陳旧性心筋梗塞、冠動脈バイパス術後(アスピリン、ワルファリン内服)。〔現病歴〕63歳時に2型糖尿病と診断され、78歳頃より eGFR 30 ml/min/1.73 m² 未満の慢性腎不全となった。2016年5月より便中ヘモグロビン陽性となり、同年7月27日には Hb 6.4 g/dl と著明な貧血を認めたため、精査目的に当科入院となった。〔現症〕意識清明、血圧 115/52 mmHg、脈拍 69 回/分、眼瞼結膜蒼白。〔入院後経過〕入院後、鮮血便が持続し、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に angioectasia と同部位からの活動性出血を認めた。アルゴンプラズマ凝固法とクリッピングによる止血を行い、その後、鮮血便は消失した。鉄剤の内服を継続し、Hb 9.3 g/dl まで貧血の改善を認め、それに伴い自覚症状も消失した。

5. 脳幹型 PRES, 血栓性微小血管障害症を呈した悪性高血圧の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター, ²内科)

◎板倉卓司¹・小川哲也²・
樋口千恵子²・◎興野 藍²・佐倉 宏²

症例は44歳男性。43歳時の健康診断で初めて高血圧のみ指摘されたが無治療であった。44歳時に頭痛、夜間呼吸困難、起座呼吸を認め近医に救急搬送された。血圧 205/130 mmHg、肺水腫、胸水貯留、Cr 9.0 mg/dl の腎障害を認め当院に初診転院となった。入院時、尿潜血 3+, 尿蛋白 7.0 g/g・Cr、顆粒円柱(5+) BUN 74.8 mg/dl、Cr 9.4 mg/dl および腎臓エコーで腎臓萎縮なく急性腎不全を呈していた。溶血性貧血(Hb 6.7 g/dl, LDH 881 U/L, ハプトグロビン ≤10 mg/dL, 破碎赤血球+), 血小板減少(Plt 5.5 万/μL) および急性腎不全より血栓性微小血管障害症(TMA)と診断した。頭部MRIにて左右対称性に橋の腫大, T2WI, FLAIR, ADC map でのびまん性の信号上昇により脳幹型 PRES を呈していた。さらに前医搬送時の拡張期血圧 130 mmHg, 急性腎不全, 高血圧脳症, 眼底所見での軟性白斑, 出血を認め悪性高血圧と診断した。TMA に対して第2病日から3回の血漿交換, 降圧療法, 輸血および透析療法を施行したところ第6病日には破碎赤血球の消失, 血小板の上昇を認め血漿交換を中止とした。腎生検では, Onion skin lesion や血管壁のフィブリン析出, 破碎赤血球など悪性高血圧による高度内皮細胞障害を呈しており TMA の部分像と考えられた。下痢を認めず便培養陰性, ADAMTS 13 活性(57%)著減なく, 130 mmHg への降圧により速やかに溶血性貧血, 血小板数の改善を認めたため悪性高血圧が TMA の原因と考えられた。脳幹型 PRES, TMA を呈した悪性高血圧の1例を経験したので報告する。

6. 全身麻酔中にアナフィラキシー様反応を引き起こした1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター, ²麻酔科, ³耳鼻咽喉科)

◎長田宣子¹・
◎市川順子²・丸淵貴仁²・
貞安 令³・西山圭子²・◎小森万希子²

〔症例〕34歳男性, 身長 163 cm, 体重 55 kg。鼻中隔彎曲症に対し、鼻中隔矯正術, 粘膜下鼻甲介骨切除術が予定された。プロポフォール 130 mg, セボフルラン 2.0%, フェンタニル 100 μg, レミフェンタニル 0.3 μg/kg/分で麻酔導入後, ロクロニウム 50 mg で筋弛緩を得て気管挿管を行った。術後感染予防目的のピペラシリン投与終了直後から急激な血圧低下および全身の皮膚発赤を認め、血圧低下に対しフェニレフリンの静脈内投与, 晶質液の急速輸液, 下肢挙上を行った。ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム 500 mg の静脈内投与後, 徐々に血圧は改善し, 皮膚発赤も消退した。ショック初