

(第12回研修医症例報告会)右大腿蜂窩織炎で受診し、  
詳細な問診から早期診断に至った小児1型糖尿病の1  
例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-08-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高橋, 侑利, 星加, 将吾, 安田, 祐希, 松岡, 尚史, 杉原, 茂孝 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00032004">http://hdl.handle.net/10470/00032004</a>

果、S状結腸に1型病変があり、生検でGroup 5が検出された。胃病変は再度内視鏡検査を施行し、生検も行ったが悪性所見なく胃潰瘍の診断であった。後日、S状結腸癌に対してS状結腸切除予定としたが、肺機能が著明に低下していたため、腰椎および硬膜外麻酔での手術方針とし、手術を施行した（手術時間1時間24分）。術後は麻痺性イレウス、誤嚥性肺炎などを併発したが、徐々に回復し無事退院となった。〔結語〕上部消化管穿孔という疾患に目を奪われ、S状結腸癌の発見にやや時間がかかってしまった症例を経験した。広い視野であらゆる可能性を考えた診断が必要であると改めて考えさせられた症例であった。

#### 5. 副腎皮質癌と鑑別を要し、胃原発神経鞘腫に類似した組織像を持つ後腹膜神経鞘腫の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>乳腺・内分泌外科、<sup>3</sup>病理診断科) ○林 怡嫻<sup>1</sup>・羽二生賢人<sup>2</sup>・永井絵林<sup>2</sup>・◎尾身葉子<sup>2</sup>・堀内喜代美<sup>2</sup>・山本智子<sup>3</sup>・岡本高宏<sup>2</sup>

後腹膜腫瘍は比較的稀で、しばしば副腎腫瘍との鑑別を要す。今回我々は、副腎皮質癌との鑑別を要し、胃に発生する神経鞘腫に類似した組織像を呈した後腹膜神経鞘腫を経験したので報告する。症例は51歳女性。人間ドックの際に施行した腹部超音波検査で右副腎偶発腫瘍を指摘された。内分泌検査所見上は非機能性腫瘍であった。造影CT検査で、右副腎に5cmの造影効果を伴う石灰化した円形腫瘍を認めた。MRI検査では明らかな脂肪成分は含まれなかった。PET-CT検査でSUV max 8.59と高値であった。画像所見から副腎皮質癌または神経原性腫瘍が疑われ、診断的治療目的に手術をする方針となった。周囲組織への明らかな浸潤は認めなかったため、腹腔鏡下副腎摘出術を行った。術中所見では、副腎との連続性はないようであったが、悪性の可能性を考慮し、副腎も合併切除した。組織学的には、副腎外病変で、S-100陽性の紡錘形細胞が錯綜して増殖し、核分像やKi67陽性細胞が少数であることから、後腹膜原発神経鞘腫と診断された。原発性後腹膜腫瘍の中で神経鞘腫は6.9%と稀である。画像所見は副腎癌と似た特徴を有するため鑑別が重要となる。また本症例の病理所見は被膜を持たず、辺縁にリンパ組織を伴い、これは胃に発生する神経鞘腫の特徴であった。

#### 6. 右大腿蜂窩織炎で受診し、詳細な問診から早期診断に至った小児1型糖尿病の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>小児科) ○高橋侑利<sup>1</sup>・◎星加将吾<sup>2</sup>・安田祐希<sup>2</sup>・松岡尚史<sup>2</sup>・杉原茂孝<sup>2</sup>

症例は7歳女児。入院1か月前から伝染性膿痂疹を繰り返していた。X-2日から右大腿後面の疼痛が出現。X-1日に症状増悪し当院救急外来を紹介受診した。右大腿後

面に約5cm大の紅斑と少量の排膿を認めた。CRP 0.7、WBC 9400と軽度上昇のみにて抗菌薬を処方され帰宅した。翌日再診時、全身状態は良好であったが、疼痛増悪し蜂窩織炎の診断で入院となった。入院時の問診で、母親より1か月前から児の多飲多尿の出現と父親が1型糖尿病であることを聴取した。血糖値476 mg/dL、ケトン1.6 mmol/Lであり、精査にてHbA1c 13.7%、アシドーシスはなし、GAD抗体陽性、Cペプチド0.4 ng/mL。1型糖尿病と診断しインスリン療法を開始した。その後CSIIを導入した。蜂窩織炎に関しては切開排膿を行い、培養からは*Staphylococcus aureus*が検出され、CEZ 100 mg/kg/dayを約2週間投与し軽快した。初発の小児1型糖尿病では、診断時に糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)を発症している率が高い。発症から診断までの時間が重症化に影響する。非典型的な主訴で受診する場合は診断が遅れる可能性があり、丁寧な問診が重要である。多飲多尿は90%以上、体重減少は50%が小児1型糖尿病で認められるため問診項目として診断の一助となり得る。今回は詳細な問診から早期診断に至り、DKA発症前に治療を開始することができた。

#### 7. 右膝の腫脹を主訴に入院し、関節型若年性特発性関節炎と診断した1歳女児例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>膠原病リウマチ痛風センター)

○岩本隼輔<sup>1</sup>・◎東 範彦<sup>2</sup>・星加将吾<sup>2</sup>・根木瑠美子<sup>2</sup>・安田祐希<sup>2</sup>・宮前多佳子<sup>3</sup>・杉原茂孝<sup>2</sup>

〔緒言〕関節型若年性特発性関節炎(JIA)は、訴えの乏しい年少児では四肢関節の疼痛や腫脹による歩行障害や動作発達の退行が診断の契機となることがある。今回、右膝の腫脹を主訴に関節型JIAと診断した1歳児を経験したため報告する。〔症例〕1歳5か月の女児。1歳時に歩行開始し、成長発達は年齢相当であった。受診の2日前に保育園で跛行を指摘され、近医受診し、右膝関節の腫脹を認めたため当科を紹介受診した。現症：体温36.5度、胸腹部に異常認めず、右優位の膝関節腫脹・膝蓋跳動・伸展制限を認めた。皮膚に発疹・紫斑なし。検査所見：WBC 11,900/μl、CRP 1.56 mg/dl、血沈60分値45 mm、FDP 17.4 μg/ml、D-dimer 10.8 μg/ml、膝関節X線所見にて異常は認めなかった。入院後経過：安静にて経過観察とした。入院4日目になっても膝関節の腫脹は持続しており、関節型JIAを疑った。リウマトイド因子・抗CCP抗体は陰性であったが、MMP-3が579.5 ng/mlと高値であった。入院5日目に施行した膝関節MRIでSTIRにて膝関節に高信号を認めた。入院8日目に膠原病リウマチ痛風センターにて施行した関節エコーにて5関節以上に及ぶ滑膜炎所見を認め、リウマトイド陰性多関節型JIAと診断した。メトトレキサート、プレドニ