

第 2 1 7 回茨城県内科学会

日 時 令和元年 1 0 月 2 0 日（日）
9 : 00 ~ 1 2 : 00

会 場 水戸市医師会 1 階研修講堂

当番幹事 池澤和人
(医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 副院長)

会場案内図



【拡大図】



水戸市医師会 1 階研修講堂

〒310-0852 水戸市笠原町 993-17

Tel 029-305-8811

バスを利用する場合（所要時間約15分）

水戸駅北口 8番のりばから（関東鉄道または茨城交通バス）

本郷経由笠原行き または 払沢経由笠原行き

メディカルセンター前 下車徒歩3分

第 2 1 7 回茨城県内科学会

日 時 令和元年 10 月 20 日（日） 9：00～12：00
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当番幹事 池澤和人（医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 副院長）

●座長・演者の方々へのご案内

- ①発表開始予定時刻の 20 分前までに、受付に於いて出席確認をお受けください。
- ②演題発表時間は、1 演題につき 5 分・質疑応答 3 分（合計 8 分）です。
- ③発表形式は、全て Windows 版パワーポイントによる口演とし、先にご案内したとおり、発表されるスライドはファイルを 10 月 8 日（火）までに CD-ROM（CD-R/RW を含む）・USB メモリーのいずれかの媒体で事務局に送付してください。なお、メディアは当日返却いたします。
- ④映写は液晶プロジェクターを 1 台用意します。映写枚数は 10 枚程度とします。
- ⑤その他、ご要望がありましたら事前にご相談ください。

●参加者の方々へのご案内

- ①日本医師会生涯教育講座単位（1 講座 1 単位）申請をご希望の方は受付時にお申し出ください。
- ②筑波大学レジデントレクチャー（演者 2 単位・参加者 1 単位）としての認定を受けています。
- ③昼食用にお弁当を用意します。

●第 2 1 7 回当番幹事

連絡先：医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 池澤和人
〒300-2622 茨城県つくば市要 1187-299
Tel:029-864-1212 Fax:029-864-8135

●茨城県内科学会事務局

連絡先：総合病院土浦協同病院
〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野四丁目 1-1
Tel 029-830-3711 Fax 029-846-3721
e-mail:secretary@tkgh.jp

プログラム

会長挨拶 9:00～9:05

酒井義法（総合病院土浦協同病院 院長）

一般演題（１）

9:05～9:37

座長

筑波中央病院

小南聡志

1. 診断後、約30年の経過で線維化が進行し、慢性呼吸不全を呈した肺サルコイドーシスの1例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター 内科診療部呼吸器内科

○平野 瞳、久保田翔太、川島 海、藪内悠貴、嶋田貴文、北岡有香、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、中澤篤人、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

2. 術後22年目に肺非結核性抗酸菌症に合併して再発した乳癌肺転移の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

内科診療部 呼吸器内科¹、外科診療部 呼吸器外科²、病理診断科³、
臨床研究部⁴

○藪内悠貴¹、久保田翔太¹、川島 海¹、嶋田貴文¹、平野 瞳¹、荒井直樹¹、
兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、中澤篤人¹、三浦由記子¹、大石修司¹、林原賢治¹、
齋藤武文¹、中川隆行²、島内正起²、南 優子³、薄井真悟⁴

3. 喀痰で抗酸菌塗抹陽性、PCR陰性、培養陽性を示した肺結核の症例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○原野晶仁、箭内英俊、山岸哲也、酒井千緒、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

4. 過敏性肺炎様の病態を伴った超硬合金肺の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

内科診療部 呼吸器内科¹、呼吸器外科²、病理診断科³、

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 病理診断科⁴

○川島 海¹、久保田翔太¹、嶋田貴文¹、平野 瞳¹、薮内悠貴¹、北岡有香¹、
荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、中澤篤人¹、金澤 潤¹、三浦由記子¹、中川隆行²、
薄井真吾²、島内正起²、南 優子³、大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、
河端美則⁴

一般演題（2）

9:37～10:01

座長

つくばセントラル病院

中西啓太

5. 胸骨圧迫によるものと考えられる外傷性心損傷により救命困難であった急性
心筋梗塞の1例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○川原有貴、樋口基明、大津和也、石橋真由、山田典弘、千葉義郎、
大平晃司、村田 実、青沼和隆

6. たこつぼ型心筋症により著明な左室流出路狭窄を合併した一例

茨城県立中央病院 循環器内科

○鈴木貴道、馬場雅子、矢口拓実、花木裕一、国府田尚矢、本田洵也、
秋山大樹、吉田健太郎、武安法之

7. 遷延性低血糖で搬送され原因特定に難渋した高容量インスリン自己注射に
る自殺企図の一例

筑波記念病院 代謝内科¹、精神科²、救急科³

○佐浦 勲¹、片山暁子¹、藤原 淳¹、藤田利枝¹、沼倉泰二²、若林宏樹³、
立川法正³、小關 剛³

一般演題（3）

10:01～10:17

座長

セントラル腎クリニック龍ヶ崎

石津 隆

8. 非典型的な IgA 腎症の経過中に SLE を発症した一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科

○山下真里奈、大木健太郎、丸山浩史、高安真美子、下畑 誉、平山浩一、
小林正貴

9. 持続する発熱を主訴に来院し急性巣状細菌性腎炎と診断した 1 例

筑波記念病院 内科専攻医¹、消化器内科²

○加藤佑介¹、大塚公一朗²、岩井健太郎²、小林真理子²、越智大介²、
添田敦子²、池澤和人²

一般演題（４）

10:17～10:33

座長

筑波記念病院

佐藤祐二

10. 濾胞性リンパ腫(FL)における腫瘍の内部壊死の有無と無増悪生存期間(PFS)、
全生存期間(OS)との関連の検討

日立総合病院 血液内科

○西野顕吾、周山拓也、百瀬春佳、清水美咲代、黒田章博、品川篤司

11. 分類不能型免疫不全症が疑われた一症例

筑波記念病院 血液内科

○堀井裕司、佐藤祐二、福田匡芳、一色雄裕、鈴木幸恵、長澤俊郎

一般演題（５）

10:33～10:57

座長

筑波記念病院

藤田利枝

12. 左前頭葉内側の脳梗塞後に両側 Restless legs syndrome を認めた 46 歳男性の
一例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○高橋 直、石原正一郎、松田隼弥、片山優希、小林 禅、富満弘之、新谷周三

13. 発症時に高度脂肪肝を認め、インスリン治療開始後に速やかに消失した劇症 1 型糖尿病の一例

総合病院土浦協同病院 代謝・内分泌内科

○五十嵐晃子、大島 淳、永井純子、中嶋茉莉、清水 馨、神山隆治

14. Durvalumab の使用により ACTH 単独欠損症を来した一例

茨城県立中央病院 内分泌代謝・糖尿病内科

○藤岡 伝、秋山稜介、志鎌明人

特別講演

11:00～12:00

座長

筑波記念病院

池澤和人

「重症虚血性心疾患に対する心臓カテーテル治療の最前線」

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 つくばハートセンター
センター長 我妻賢司 先生

閉会挨拶

12:00～12:05

池澤和人（筑波記念病院 副院長）

幹事会

12:10～

水戸市医師会 2 階会議室

特別講演

「重症虚血性心疾患に対する心臓カテーテル治療の最前線」

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 つくばハートセンター
センター長 我妻賢司

虚血性心疾患に対する最初の心臓カテーテル治療は1977年9月にスイスのチューリッヒでDr. Gruentzigにより行われ、経皮的冠動脈形成術(PTCA: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)と呼ばれた。当初、死亡を含めた重大合併症が少なくなく、適応患者(病変)は限られたものであったが、デバイスと技術の進歩により適応拡大が進み現在では多くの重症患者、複雑冠動脈病変に対し心臓カテーテル治療(PCI: Percutaneous Coronary Intervention)が行われている。これまで、左主幹部(LMT)病変は技術的な問題と治療後の予後の観点から冠動脈バイパス術(CABG)が第一選択であったが、薬剤溶出ステントの導入およびその改良により、PCIでもCABGと遜色ない予後が期待できる病変もあり、さらに技術的に最も難度の高い慢性完全閉塞(CTO)病変も治療成績が向上し、多くの重症虚血性心疾患患者がPCIで対応可能となっている。これまで高齢、低左心機能、併存疾患等の理由により外科手術のリスクが高く、さらにLMTやCTO病変を含む複雑冠動脈病変を有する患者はPCIも困難であったことから、保存的に内科治療で対応せざるを得ないことが多く極めて予後不良であった。近年、これらの対象をCHIP (Complex and Higher risk Indicated Patients)と呼ぶようになり、各種補助循環を併用し、PCIで血行再建することが可能になりつつある。本講演では、より重症患者がPCIを選択することの多い中国において演者がおこなっている治療の現状も含め、CHIPに対する最先端PCIについて概説する。

一般演題

1. 診断後、約 30 年の経過で線維化が進行し、慢性呼吸不全を呈した肺サルコイドーシスの 1 例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター 内科診療部呼吸器内科
○平野 瞳（ひらの ひとみ）、久保田翔太、川島 海、藪内悠貴、嶋田貴文、
北岡有香、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、中澤篤人、三浦由記子、
大石修司、林原賢治、齋藤武文

サルコイドーシスは全身に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認める原因不明の全身性疾患である。臨床経過は多彩であり、自然寛解するものもあれば慢性化し難治化するものもある。肺サルコイドーシスの臨床症状を訴える頻度には人種差があり、欧米では半数程度に症状を認めるが日本では自覚症状を訴える頻度が少ない。また、65～70%は発病 2 年以内で自然軽快すると報告されている。しかし、頻度は少ないものの QOL や生命予後に支障をきたす難治例が存在することも忘れてはならない。予後不良と関わる肺病変として、気管支血管束に沿う線維化、嚢胞性変化などが挙げられている。また、慢性感染症、気胸、肺高血圧の合併にも注意する必要がある。今回、約 30 年の経過で線維化が進行した難治性肺サルコイドーシスの症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は 51 歳の非喫煙者の女性。20 代の頃に足の皮膚生検で皮膚サルコイドーシスと病理診断され、2 年間 PSL で加療された。その後、終診となり 30 代のときは定期通院していなかった。47 歳時に左気胸に対し、ブラ切除術を施行。その際の肺の病理所見で類上皮細胞肉芽腫を認め、肺サルコイドーシスと診断された。しかしその後も自覚症状がなかったため病院を受診せずに過ごしていた。2018 年、労作時の呼吸困難が増悪傾向（mMRC grade3）であり、同年 9 月に当院受診。胸部 CT では上葉優位に肺泡隔壁の肥厚、線維化を認め、肺門縦隔リンパ節は多数腫大していた。肺機能検査では著しい拘束性障害に加えて閉塞性肺障害も認めた。慢性Ⅱ型呼吸不全を呈しており、在宅酸素療法と在宅 NPPV を導入。他院で肺移植登録を行った。肺サルコイドーシスの難治症例は年齢が比較的若く、薬剤治療による効果が乏しいため肺移植の対象と認識されている。本症例のように長期経過で緩徐に進行する方もおり、定期的に経過をみる必要がある。

2. 術後 22 年目に肺非結核性抗酸菌症に合併して再発した乳癌肺転移の一例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター
内科診療部 呼吸器内科¹、外科診療部 呼吸器外科²、病理診断科³、
臨床研究部⁴

○薮内悠貴（やぶうち ゆうき）¹、久保田翔太¹、川島 海¹、嶋田貴文¹、
平野 瞳¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、中澤篤人¹、三浦由記子¹、
大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、中川隆行²、島内正起²、南 優子³、
薄井真悟⁴

乳癌は術後長期経過後に再発を認めることがあり、癌細胞が休眠状態に入り何らかの刺激で再活性化する tumor cell dormancy という説が提唱されている。今回我々は、術後 22 年経過後肺非結核性抗酸菌症に合併して再発した乳癌肺転移の症例を経験した。症例は 70 歳、女性。43 歳の時右乳癌のため非定型的乳房切除術を施行された。その後再発なく経過していたが、66 歳時の健診で胸部異常陰影を指摘され、他院を受診した。CT で右下葉、左下葉にそれぞれ結節影と周囲に散布影や気管支拡張を指摘された。気管支鏡検査で左下葉の洗浄液より、培養で mycobacterium intracellulare が検出され肺非結核性抗酸菌症と診断された。RFP、EB、CAM を開始したところ右下葉の結節影や散布影は縮小したが、左下葉の結節影は徐々に増大した。肺癌疑われ、当院へ転院となった。手術の方針となり左下葉切除術と縦隔リンパ節郭清施行したところ、左下葉の結節は乳癌の再発であると判明した。乳癌が術後 20 年以上経過してから再発した報告は 0.1%と稀であり症例報告されているが、肺非結核性抗酸菌症に合併した症例は検索した限りでは見つからなかった。tumor cell dormancy の再活性化の刺激因子の一つとして慢性炎症が考えられており、本症例は mycobacterium intracellulare 感染による肺非結核性抗酸菌症が休眠状態から活性化への刺激因子になった可能性が考えられた。

3. 喀痰で抗酸菌塗抹陽性、PCR 陰性、培養陽性を示した肺結核の症例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○原野晶仁（はらの あきひと）、箭内英俊、山岸哲也、酒井千緒、沼田岳士、
太田恭子、遠藤健夫

症例は 93 歳、女性。施設入所中であったが、発熱を認め、インフルエンザ A 型と診断され当院紹介入院となった。左上葉に粒状影を認め、インフルエンザウイルス肺炎として治療し、発熱は改善したが粒状影は残存した。入院時の喀痰抗酸菌塗抹は陰性であったが、再度喀痰検査を施行したところ、抗酸菌塗抹が陽性であった。個室管理としていたが、PCR 検査は結核、MAC とともに陰性であったため、個室管理を解除し、インフルエンザも軽快したため施設へ退院した。しかし、その後の培養同定で結核が 4 週目で陽性となったため、結核病床へ入院となった。抗酸菌塗抹陽性で結核 PCR が陰性であっても肺結核であった症例であり、感染対策上も問題となるため、文献的考察を加え報告する。

4. 過敏性肺炎様の病態を伴った超硬合金肺の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

内科診療部 呼吸器内科¹、同呼吸器外科²、同病理診断科³、

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 病理診断科⁴

○川島 海（かわしま かい）¹、久保田翔太¹、嶋田貴文¹、平野 瞳¹、
 藪内悠貴¹、北岡有香¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、中澤篤人¹、金澤 潤¹、
 三浦由記子¹、中川隆行²、薄井真吾²、島内正起²、南 優子³、大石修司¹、
 林原賢治¹、齋藤武文¹、河端美則⁴

【緒言】超硬合金とは、炭化タングステンとコバルトを混合し焼却して得られる合金であり、それを用いて金属の切削、研磨加工などで発生した粉塵を吸入することにより発症する疾患を超硬合金肺という。今回、超硬合金肺を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】29歳、女性

【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】19歳より超硬合金の旋盤による加工業に従事していたが防塵マスクの着用は行っていなかった。1ヶ月前からの乾性咳嗽、労作時呼吸困難（mMRC 2）があり、当院を受診し、精査加療目的に入院となった。

【経過】胸部レントゲン写真では肺の容積の減少を伴い両肺野に粒状影を認め、胸部CTでは小葉中心性の粒状影、すりガラス陰影が上葉優位に認められた。呼吸機能検査ではTLC 1.59L（39.9%）、RV 0.85L（77.3%）、VC 0.95L（31.3%）、FEV1.0/FVC 90.7%と拘束性障害が認められた。BALではCD4/8の低下とリンパ球分画の上昇を伴った細胞数上昇が認められたが、TBLBでは確定診断に至らず、胸腔鏡補助下肺生検が施行された。組織学的には呼吸細気管支及び呼吸細気管支中心性に間質の炎症細胞浸潤、リンパ濾胞様リンパ球集簇と線維性肥厚が見られ、気腔内には多核巨細胞が多数認められた。元素分析では、肺胞腔内に存在する多核巨細胞の部分に一致してWタングステンとTaタンタルが検出され、それら所見を合わせ超硬合金肺と診断した。休職による抗原回避、およびステロイド治療により、自覚症状及び呼吸機能検査結果の改善が認められた。

【考察】画像所見、BAL所見からは本症例は過敏性肺炎様の病態が関与している可能性があり、抗原回避およびステロイドに伴う呼吸機能での改善は呼吸細気管支及びその周囲の炎症の改善を反映しているものと考えられた。

【結語】過敏性肺炎様病態を伴った超硬合金肺の1例を報告した。なお、元素分析をしていただいた国立病院機構西新潟中央病院呼吸器内科 森山寛史先生に深謝いたします。

5. 胸骨圧迫によるものと考えられる外傷性心損傷により救命困難であった急性心筋梗塞の1例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○川原有貴（かわはら ゆき）、樋口基明、大津和也、石橋真由、山田典弘、
千葉義郎、大平晃司、村田 実、青沼和隆

症例は41歳男性。腎低形成で幼少期から腹膜透析導入され、27歳から血液透析となっていた。早朝の胸痛があり、かかりつけ医を受診し、ST上昇型急性心筋梗塞(STEMI)の診断で当院救急搬送された。搬送中に心室細動(Vf)となり、電氣的除細動(DC)するも洞調律に復帰せず心臓マッサージ下に経皮的人工心肺補助装置(PCPS)を挿入された。その後の緊急冠動脈造影でRCA(AHA分類 #2)の完全閉塞を認め、同部位に対して冠動脈形成術を行ったところ、洞調律にも復帰し、血行動態も安定した。しかし、入院翌朝に突然の血行動態の破綻を認め、PCPSでの流速確保も困難となった。心エコー検査で心嚢内に血塊を伴うと思われる心タンポナーデの所見を認めたため、外科的心嚢内血栓除去術が施行された。手術所見では、心膜損傷および右室枝の損傷と右室から下大静脈の損傷に加えて胸骨骨折が確認された。心嚢ドレーン、胸腔ドレーンを留置し、大量の輸血を行うも出血コントロール困難であり、死亡退院となった。

心肺停止時の蘇生処置において、胸骨圧迫は最も重要な要素を占めるが、胸骨圧迫に伴う合併症も少なくない。多くは肋骨骨折・胸骨骨折など胸郭関連の合併症であり、単独では救命率に影響を与えないものがほとんどであるが、心挫傷・冠動脈損傷などの心臓関連の合併症を併発することで救命困難であった報告例もある。

今回、胸骨圧迫によるものと考えられる外傷性心損傷により救命困難であった急性心筋梗塞の1例を経験したため、これを報告する。

6. たこつぼ型心筋症により著明な左室流出路狭窄を合併した一例

茨城県立中央病院 循環器内科

○鈴木貴道（すずきたかみち）、馬場雅子、矢口拓実、花木裕一、国府田尚矢、
本田洵也、秋山大樹、吉田健太郎、武安法之

たこつぼ型心筋症は精神的・肉体的ストレスを誘因とし一過性の特徴的な心機能障害を呈する心筋症である。たこつぼ型心筋症は日本で本報告され海外でも「Tako-Tsubo cardiomyopathy」と呼称されている。臨床所見は急性心筋梗塞に類似することが多いが、一過性の心筋障害で数週間から数か月で徐々に回復する。本疾患自体の予後は良好であるが、院内死亡は 1~4%とされており心破裂や右心機能障害を合併した場合には死亡率は高いとされている。治療は合併症がなければ経過観察のみで良いが、心筋障害の程度により心不全やショック状態となりそれに合わせたカテコラミン投与が必要となることがある。また左室流出路狭窄を呈することがあり、その際は循環管理を慎重にしなければならない。今回たこつぼ型心筋症により著明な左室流出路圧較差を生じた一例を経験したので報告する。

患者は 62 歳女性。X-3 日から感冒症状があり労作時の呼吸困難があったが持病の喘息の症状だと考えて経過を見ていた。X 日胸部絞扼感、呼吸困難を主訴に救急受診した。バイタルは血圧：102/60mmHg、脈拍：119/分、SpO2：97%、体温：36.2℃であり、心電図で明らかな ST 変化はなかったがトロポニン T が上昇しており心エコーで壁運動異常を認めたため緊急カテーテルを行った。冠動脈造影を行ったが有意な冠動脈狭窄はなく、引き続き行った左室造影で心基部は過収縮で中部から心尖部までは無収縮であった。また、引き続き行った左室-大動脈圧較差が 100mmHg を超えていた。

血圧 86/59mmHg のプレショック状態であり、ノルアドレナリン、DOB を投与し循環管理を行った。翌日にはショック状態から脱しカテコラミンを中止でき X+6 日には左室圧較差も消失した。その後、心不全を合併することなく経過良好で退院となった。

たこつぼ型心筋症は急性期治療、リスク評価、再発予防、長期予後などについて議論の余地が多く、発症メカニズムについても不明な点が多く、今回、文献的考察を行ったので報告する。

7. 遷延性低血糖で搬送され原因特定に難渋した高容量インスリン自己注射による自殺企図の一例

筑波記念病院 代謝内科¹⁾、精神科²⁾、救急科³⁾

○佐浦 勲（さうら いさお）¹⁾、片山暁子¹⁾、藤原 淳¹⁾、藤田利枝¹⁾、
沼倉泰二²⁾、若林宏樹³⁾、立川法正³⁾、小關 剛³⁾

【症例】51 歳女性。身長 162cm、体重 39kg、BMI 14.9 kg/m² と高度るい痩あり。
睡眠障害で当院精神科通院中。職業：看護師。

【家族歴】母が糖尿病で二相性インスリン治療中（朝 18 単位夕 12 単位）。

【現病歴】10 歳代で摂食障害と診断され、20 歳代で精神科入院歴あり。最終健在は前日 21 時、X 日朝 7 時起きてこないため見回った父親により自室に倒れているところを発見、救急要請された。救急隊現地到着時 JCSⅢ-300、簡易血糖測定器での血糖値が測定感度以下のため経静脈的にグルコースを投与しながら 2 時間後当院へ搬送された。本症例は非糖尿病症例で、受診時の血糖値 202 mg/dL、CPR 1.1 ng/mL に対し血清 IRI 16,000 mcg/mL と高値であり、搬送後間もなく血糖値は測定感度以下まで低下した。意識障害は第 4 病日まで遷延し、低血糖回避のために経静脈的に投与したグルコース総量は 8 日間で 2430g に及び、血清 IRI 値は第 2 病日 669、第 5 病日 24.7、第 11 病日 1.9 mcg/mL と推移した。当初家族・本人ともインスリンの投与を否定していたが、精神科診察により母親に処方されていた混合型インスリン 3000 単位を皮下注射し、複数の医療機関から処方されていたベンゾジアゼピン系薬剤を多量内服した自殺企図であったことが判明した。粗大な後遺症なく日常生活動作が可能となった後も希死念慮を示唆する発言が見られ、精神科病床へ転院となった。

【考察】当症例は 30 年来のボディイメージ障害による過食嘔吐症や不眠が背景にあり計画的に自殺を企図した症例であり、遷延性低血糖に対し 8 日間に渡る経静脈的グルコース負荷を要した。インスリンはきわめて大量に投与されると作用時間がより遷延し重症低血糖が遷延することが知られており、インスリン処方においては本人のみならず家族による不適切使用事故が起きる可能性を念頭に置くことが重要であると考えられた。

8. 非典型的な IgA 腎症の経過中に SLE を発症した一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科

○山下真里奈（やました まりな）、大木健太郎、丸山浩史、高安真美子、
下畑 誉、平山浩一、小林正貴

【症例】60 歳女性。検診にて蛋白尿・血尿を指摘され、当院受診。尿検査では蛋白 1+ : 0.6 g/gCr、潜血 1+、細胞性円柱 (-) で、血液・血液生化学検査では有意な異常所見を認めなかった。抗核抗体 2560 倍で、抗 SS-A 抗体 1200 U/mL であったがそれ以外の自己抗体は陰性で、低補体血症も認めなかった。腎生検の光学顕微鏡では軽度の分節性のメサンギウム増殖を、蛍光抗体法にて係蹄壁優位の IgA のみの沈着を認めた。腎生検施行後 3.5 年経過した時点で、全身倦怠感、関節痛が出現、尿蛋白量は 0.2 g/gCr から 3.2 g/gCr に増加し、TP 6.5 g/dL、Alb 2.9 g/dL の低蛋白血症を認めたが、腎機能は血清 Cr 値 0.60 mg/dL であった。白血球減少 (WBC 3600 /mm³)、Hb 11.2 g/dL ながらプロトポピン <10 mg/dL、直接 coombs (+) の溶血性貧血、低補体血症 (CH₅₀ 10.6 U/mL)、抗 ds-DNA 抗体 215 U/mL、抗 Sm 抗体 20.0 U/mL の免疫学的異常、抗核抗体 2560 倍より全身性エリテマトーデス (SLE) と診断した。腎生検では光学顕微鏡にて軽度の分節性のメサンギウム増殖を認め、蛍光抗体法では係蹄壁優位に full house pattern の染色を認め、ISN/RPS 分類 V 型と診断した。

【考察】非典型的な IgA 腎症の経過中に SLE を発症した症例を経験した。血清学的・組織学的に SLE を否定し得た後に SLE が発症した稀な症例であり、文献的考察も加え報告する。

9. 持続する発熱を主訴に来院し急性巣状細菌性腎炎と診断した 1 例

筑波記念病院 内科専攻医¹⁾、同 消化器内科²⁾

○加藤佑介¹⁾、大塚公一朗²⁾、岩井健太郎²⁾、小林真理子²⁾、越智大介²⁾、
添田敦子²⁾、池澤和人²⁾

【症例】78 歳、女性 【主訴】発熱

【現病歴】糖尿病、脂質異常症にて近医を通院していた。X 月 Y 日に乾性咳嗽および 38.0℃を超える発熱が出現し、当院救急外来を受診した。レボフロキサシン (LVFX) では解熱が得られず、Y+7 日に再受診し炎症反応高値が残存したため抗菌薬が変更された。その後も解熱は得られず Y+12 日に持続する発熱の精査目的に入院となった。入院時血液検査では炎症反応高値に加えて HbA1C 高値を認めたが、身体所見では特記すべき所見はなく、胸部単純写真、胸腹部単純 CT 検査、尿検査、心エコー検査でも有意な異常所見は認めなかった。また、血液培養も陰性であった。以上の臨床経過より LVFX は著効しておらず、嫌気性菌/薬剤耐性菌による感染症、または便秘症への酸化マグネシウムが LVFX の吸収を抑制している可能性を疑った。入院後はアンピシリン/スルバクタム合剤による加療を開始したがその後も 38.0℃を超える発熱が持続し、Y+16 日に軟部組織膿瘍や腫瘤性病変の精査目的に胸腹骨盤部造影 CT 検査を施行した。同検査では両側腎皮質に一部造影効果を伴った低吸収域を散見し、急性層状細菌性腎炎 (AFBN) として矛盾の無い所見であった。腎膿瘍に準じてサンフォードガイドよりタゾバクタム/ピペラシリン合剤へ変更したところ、Y+34 日には炎症反応の陰性化が得られた。膿瘍性病変に準じて抗菌薬を内服薬に変更し 4 週間継続して、発熱の再燃がないことを確認の上で Y+43 日に退院となった。

【考察】急性層状細菌性腎炎は小児では基礎疾患合併例が多いが、成人では基礎疾患がない場合でも起こりうる。腎膿瘍の前病変とも考えられており、身体所見や尿所見に乏しく、腹部単純 CT 検査や腹部エコー検査では診断に至らないことがある。本症例はコントロール不良の糖尿病を背景とするケースであり、免疫抑制状態に発症した不明熱では急性巣状細菌性腎炎の可能性にも留意すべきである。

10. 濾胞性リンパ腫(FL)における腫瘍の内部壊死の有無と無増悪生存期間(PFS)、全生存期間(OS)との関連の検討

1) 日立総合病院 血液内科

○西野顕吾(にしの けんご)、周山拓也、百瀬春佳、清水美咲代、黒田章博、品川篤司

【緒言】濾胞性リンパ腫は非ホジキンリンパ腫の10-20%を占める代表的なインドレント(低悪性度)B細胞リンパ腫である。50%生存期間は20年を超え、比較的予後良好な疾患とされているが、一部治療抵抗性の症例は存在する。治療導入前のFDG-PETでの腫瘍の内部壊死の有無は、びまん性大細胞形B細胞リンパ腫(DLBCL)においては予後に関連するとの文献が報告されているが、FLにおける同様の文献は報告されていない。FLでは通常予後因子としてFLIPI、FLIPI2が使用されているが、FLにおいても腫瘍壊死が予後予測因子として使用できるかを後方視的に解析した。

【方法】2009年1月から2019年1月までの10年間に当院でFLと診断し治療した73例を対象とした。治療導入前のFDG-PETにおける腫瘍内部壊死の有無、診断時のPS、治療前のCCIやFLIPI、FLIPI2、gradeとPFS、OSとの関連について後方視的に検討した。

【結果・考察】診断年齢の中央値は65歳であり、全体の2年生存率は92%であった。単変量解析では腫瘍壊死の有無とPFSとの関連は有意差を認めなかった($p=0.072$)が、OSの短縮とは関連した($p=0.00059$)。それ以外因子においてはPFS、OSの短縮と関連は認められなかった。FLIPI、FLIPI2を行った多変量解析においても腫瘍壊死の有無は独立した予後予測因子となった(HR:14.5200; 95%CI: 2.3660-89.130)。

【結語】本研究は単施設での検討、後ろ向き解析ではあるが、FLにおいてFDG-PETでの腫瘍壊死の有無はOSと有意に関連すると考えられた。

11. 分類不能型免疫不全症が疑われた一症例

筑波記念病院 血液内科

○堀井裕司（ほりい ゆうじ）、佐藤祐二、福田匡芳、一色雄裕、鈴木幸恵、
長澤俊郎

【症例】20代女子

【現病歴】発熱、右膝関節痛を主訴に当院整形外科を受診、右化膿性膝関節炎・骨髓炎の診断で入院となった。

【既往歴】成人以後、帯状疱疹・卵管炎・肺炎に罹患

【家族歴】母 膠原病（詳細不明）、30代兄に帯状疱疹の既往あり

【検査所見】WBC7780/ μ L (lym 10.0% = 778/ μ L)、Hb 7.5g/dL、MCV 62fL、PLT 40.8万/ μ L、TP 4.9g/dL、ALB 3.3g/dL、Fe 4 μ g/dL、TIBC 261 μ g/dL、CRP 10.77mg/dL、抗核抗体陰性、抗DNA抗体陰性、抗Sm抗体陰性、CH50 44U/mL、MPO-ANCA陰性、PR3ANCA陰性、抗VZV IgG抗体陰性、IgG $\leq$ 50mg/dL、IgA $\leq$ 10mg/dL、IgM $\leq$ 5mg/dL、FLC κ < 0.5mg/L、 λ < 0.5mg/L、血清免疫電気泳動で γ グロブリンを認めない。末梢血リンパ球表面マーカー解析でCD10 0.5%、CD19 1.1%、CD20 1.4%、CD23 0.2%。

【経過】入院当初は抗生剤に反応乏しかったが、低 γ グロブリン血症と判明後 γ グロブリン補充を行ったところ炎症所見は改善した。

【考察】本症例における繰り返す感染症は低 γ グロブリン血症に基づく易感染状態が原因と思われる。低 γ グロブリン血症に加えて末梢血のBリンパ球が著しく減少していること、家族性の易感染性が疑われることから、（先天性の）分類不能型免疫不全症であることが強く疑われる。分類不能型免疫不全症については現在複数の原因遺伝子が特定されており、一部は保険診療で検査可能となっている。本症例では患者の同意が得られなかったため遺伝子検査を実施できておらず、確定診断に至っていない。

12. 左前頭葉内側の脳梗塞後に両側 Restless legs syndrome を認めた 46 歳男性の一例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○高橋 直（たかはしすなお）、石原正一郎、松田隼弥、片山優希、小林 禪、
富満弘之、新谷周三

症例は 46 歳男性。X 月 Y 日 6 時 30 分に突然の右上下肢脱力を発症し、当院へ救急搬送された。来院時は右上下肢の軽度筋力低下、右半身の感覚障害と高次機能障害を認めた。頭部 MRI にて左脳梁体部と左帯状回に拡散低下病変があり、左前大脳動脈の狭窄像から同部位の梗塞が考えられた。入院後、両下肢に Restless legs syndrome (RLS) を発症し、入眠時に動かすと楽になる下肢の違和感と、入眠困難を認めた。Y+10 日目よりクロナゼパム 0.5mg の眠前内服を開始したところ速やかに消失し、同薬のアレルギーが疑われたため Y+15 日に中止したが再発を認めなかった。脳梗塞後の不随意運動は一般に基底核や視床の病変で生じることが多く、梗塞から発症までの時間や予後は様々である。RLS は脳梗塞後の 5~10%程度に生じるとされ、梗塞部位としては基底核、橋、内包、視床が多いが、脳梁・帯状回で来したとする報告はない。治療は一般の RLS では鉄剤やドパミンアゴニストが用いられるが、本例では他の運動亢進型の脳梗塞後不随意運動と同様にクロナゼパムが有効であった。予後について、脳梗塞後の RLS の合併は 3 ヶ月後の modified Rankin Scale の不良な転帰と関連していたとする報告もあるが、本例では Grade 2 と重篤な障害は残さなかった。RLS のみで発症する脳梗塞も過去に報告されており、突然発症の RLS を生じた際には脳血管障害を疑って画像検索を行う必要がある。

13. 発症時に高度脂肪肝を認め、インスリン治療開始後に速やかに消失した劇症 1 型糖尿病の一例

総合病院土浦協同病院 代謝・内分泌内科

○五十嵐晃子（いがらし あきこ）、大島 淳、永井純子、中嶋茉莉、清水 馨、
神山隆治

【症例】40 歳女性

【既往歴】なし

【経過】生来健康。BMI23.6。X 月 Y-2 日より微熱、全身倦怠感、食思不振が出現。口渇・多飲も認めた。Y-1 日嘔吐あり近医にて補液施行。Y 日自宅で倒れているところを家人に発見され、当院へ救急搬送された。来院時、意識は傾眠傾向で、高血糖(884 mg/dL)を認め、血液ガスでは pH 7.123, HCO_3^- 6.3 mmol/L, AG 24.7, 尿ケトン 2+より糖尿病性ケトアシドーシスで入院。HbA1c 6.5 %であり、蓄尿 CPR $1 \mu\text{g}/\text{日}$ とインスリン分泌能枯渇を認めたことから劇症 1 型糖尿病と診断した。抗 GAD 抗体、抗 IA-2 抗体、ICA など膵島関連自己抗体は全て陰性であった。入院時、P-Amy 93 IU/L と上昇を認めた。腹部 MRI では拡散強調画像において膵頭部から体部にかけて高信号であり、ADC 低下を伴っていた。また入院時腹部 CT で高度脂肪肝を認めたが、AST 26 IU/L, ALT 22 IU/L と基準値範囲内であった。補液及びインスリン持続静注を開始し、半日後には血糖値 200 mg/dL 以下へ低下し、代謝性アシドーシスも改善した。第 3 病日よりインスリン強化療法へ切り替え、約 35 単位/日 (0.64U/kg)を要した。第 4 病日より AST 43 IU/L, ALT 59 IU/L, TG 237 mg/dL と上昇を認め、第 11 病日 AST 128 IU/L, ALT 190 IU/L, TG 113 mg/dL と肝酵素は頂値となり、第 15 病日にはピークアウトした。同日再検した CT で脂肪肝は消失していた。

劇症 1 型糖尿病ではインスリン分泌の急激な枯渇により脂肪肝を認め、自己免疫性 1 型糖尿病に比して高頻度で肝酵素上昇を認めるとされる。本症例でも一過性の肝酵素上昇を認めており、かつ脂肪肝の経時的画像変化を観察し得たため、報告する。

14. Durvalumab の使用により ACTH 単独欠損症を来した一例

茨城県立中央病院 内分泌代謝・糖尿病内科

○藤岡 伝(ふじおか でん)、秋山稜介、志鎌明人

症例：60 歳、男性

主訴：全身倦怠感、食欲不振

経過：右上葉肺扁平上皮癌 (cT1aN3M0 cStage III B) に対し、二次治療として Durvalumab による化学療法を 10 コースまで行い、明らかな有害事象なく経過していた。11 コース開始時より全身倦怠感を自覚し、TSH 10.63 μ U/ml、FT3 2.34 pg/ml、FT4 0.97 ng/dl であり、Durvalumab による潜在性甲状腺機能低下症と診断し、Levothyroxine 25 μ g/日を開始し、症状は改善した。16 コース終了後から全身倦怠感の増強と食欲不振を自覚しており、17 コース目の定期受診時に副腎皮質機能低下症が疑われ、コルチゾールを測定したところ、 <1.0 μ g/dl であり精査目的に当科入院となった。入院後に迅速 ACTH 負荷試験、3 者負荷試験、GHRP-2 負荷試験を実施し、ACTH 単独欠損症と診断した。Hydrocortisone 内服により全身倦怠感や食欲不振は改善を認め、Durvalumab による治療は継続した。

考察：近年では進行癌に対する免疫チェックポイント阻害薬(Immune checkpoint inhibitor：ICI)による治療適応が年々拡大している一方、ICI に特徴的な免疫関連有害事象(Immune-related Adverse Events：IrAE)が問題となっている。Durvalumab は抗ヒト PD-L1 モノクローナル抗体であり、非小細胞肺癌に対する根治的化学放射線療法後に有効な治療である。IrAE の頻度は低いものの、全身の臓器に発生し、場合によっては致死的になることがある。また、治療早期だけでなく全経過にわたって発生することがあり、治療経過中は常に念頭に置いて早期発見に努める必要がある。特に副腎皮質機能低下症による全身倦怠感や消化器症状は化学療法の有害事象と鑑別が困難なことがあり、ICI を使用中の患者では症状のモニタリングや症状出現時のコルチゾールの測定が重要と考えられた。