

# 第 2 2 0 回茨城県内科学会

日 時 令和4年6月18日(土)  
14:00～17:10

発表形式 WEB開催(Zoomウェビナー)

当番幹事 小原克之  
(水戸赤十字病院 統括管理監)



## 第220回茨城県内科学会

日 時 令和4年6月18日(土) 14:00~17:10  
発表形式 WEB開催 (Zoom ウェビナー)  
当番幹事 小原克之 (水戸赤十字病院 統括管理監)

### ●座長・演者の方々へのご案内

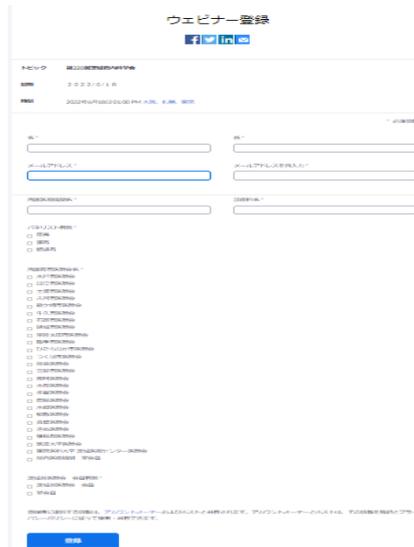
- ①Zoom ウェビナーによるオンライン開催です。
- ②ご自身の PC で Zoom を使用し、セッション時にライブで発表していただきます。ご担当セッションの URL 等ログイン情報は別途メールにてご案内いたします。事前に Zoom アプリのインストールをお願いいたします。
- ③学会当日 13:30~13:50 の間に必ず入室してください。オリエンテーションを行います。
- ④演題発表時間は、1 演題につき 5 分・質疑応答 3 分 (合計 8 分) です。  
接続不具合やトラブル発生も予想されますので、進行時間の遵守にご協力をお願いいたします。
- ⑤発表データは全て Windows 版パワーポイントで作成していただき、動作確認のため 6 月 9 日 (木) までにメールの添付ファイルで事務局に送付してください。また、1 枚目のスライドに演題名、所属、氏名および COI の有無を記載してください。学会当日はお手元の最新版データで発表していただきます。
- ⑥質疑応答はチャット機能で募集します。質問の内容は座長の判断で質疑をピックアップし、口頭で読み上げますので、読み上げられた質問に対し、演者が口頭で回答をお願いします。
- ⑦第 220 回より優秀演題賞を新設しました。一般演題より優秀演題を選出し表彰いたします。全セッション終了後 (特別講演終了後)、閉会挨拶前に発表し、受賞者には後日表彰状と記念品を贈呈いたします。
- ⑧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次ページ URL または、2次元コードからアクセスして事前登録を行ってください。
- ②事前参加登録は学会当日まで可能です。
- ③各発表後に質疑応答の時間を設けています。演者への質問は視聴サイトのチャット機能を用いて募集します。できるだけ短文で、医療機関名・お名前・質問内容を簡潔にご記入ください。座長が質問を代読し演者が口頭にて回答いたします。時間の都合上、すべての質問にお答えできない場合がございますので、あらかじめご了承ください。
- ④日本医師会生涯教育講座単位 (1 講座 1 単位 カリキュラムコード:08 感染対策) 申請をいたします。学会終了後、事務局より茨城県医師会へ出席者名簿を提出いたしますのでご了承ください。
- ⑤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。

①以下の URL または右の 2 次元バーコードからアクセスして事前登録を行ってください。

[https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\\_pTwW-hD\\_QnKrBNWzhZMw8A](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_pTwW-hD_QnKrBNWzhZMw8A)



2次元バーコードから

②事前登録完了後、メールにて、参加用 URL を配信させていただきます。

**ウェビナーに参加** または URL の部分をクリックしてください。

1. PC、Mac、iPad、または Android から参加する

**ウェビナーに参加**

上記のボタンが機能しない場合は、このリンクをブラウザに貼り付けてください。

[https://zoom.us/j/98044954742?tk=3vrDVJXjk0ZbMhXiNUmHslzYHdE93oV7Yehla\\_drk-A.DQMAAAAW0-9ldhZBTlpNNUxqSINLaUNINJNkSVVJZTFBAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&pwd=U2U5d1N0UjNjVh201MXBhbCt3U0FDUT09&uuiid=WN\\_0CtIR02SvatrigXL\\_Bqgw](https://zoom.us/j/98044954742?tk=3vrDVJXjk0ZbMhXiNUmHslzYHdE93oV7Yehla_drk-A.DQMAAAAW0-9ldhZBTlpNNUxqSINLaUNINJNkSVVJZTFBAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&pwd=U2U5d1N0UjNjVh201MXBhbCt3U0FDUT09&uuiid=WN_0CtIR02SvatrigXL_Bqgw)

URL の部分をクリックください。

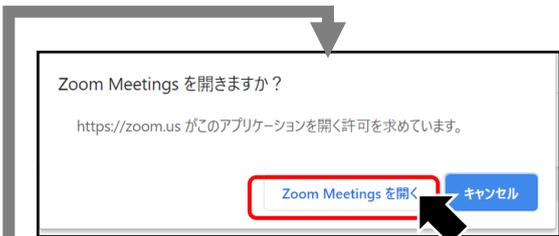
③ Zoom アプリをお持ちでない場合

Zoomをお持ちでない場合は、「ブラウザが何も起こらなければ **ダウンロードして開始してください Zoom**」を選択します。インストールを実行してアプリを起動してください。



④ 既に Zoom アプリをお持ちの場合

「**Zoom Meetings を開く**」ボタンをクリックしてご参加ができます。



「Zoom をインストールが出来ない環境の場合」

「**ブラウザから起動してください**」を選択するとお使いのブラウザでご参加が可能となりますが、安定したご参加、視聴のためにはインストールを行ってからの使用を推奨しております。

## ● 第 2 2 0 回当番幹事

連絡先:水戸赤十字病院 小原克之

〒310-0011 茨城県水戸市三の丸3丁目12番48号

Tel:029-221-5177 Fax:029-227-0819

## ● 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

www.tkgh.jp/IbarakiSIM/

## プログラム

会長挨拶 14:00～14:05 酒井義法（総合病院土浦協同病院 名誉院長）

### 一般演題（1）

14:05～14:37 座長 水戸赤十字病院 富岡真一郎

1. 気腫性肺嚢胞を背景に発症し、ベンラリズマブが著効した液面形成型好酸球性肺アスペルギルス症の一例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター  
内科診療部 呼吸器内科<sup>1)</sup>、同 臨床研究部<sup>2)</sup>

○佐藤陽子<sup>1)</sup>、手島 修<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、西野顕吾<sup>1)</sup>、松田峰史<sup>1)</sup>、  
平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、兵頭健太郎<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、  
三浦由記子<sup>1)</sup>、大石修司<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、齋藤武文<sup>1)</sup>

2. 左心不全を有する高齢者に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の1例

独立行政法人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<sup>1)</sup>、同 臨床研究部<sup>2)</sup>

○中泉太佑<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、手島 修<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、佐藤陽子<sup>1)</sup>、  
西野顕吾<sup>1)</sup>、松田峰史<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、  
兵頭健太郎<sup>1)</sup>、三浦由記子<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、大石修司<sup>1)</sup>、  
齋藤武文<sup>1)</sup>

3. 胸部レントゲン異常を契機に診断に至ったアレルギー性気管支肺真菌症  
(Allergic Broncho Pulmonary Mycosis:ABPM) の2例

水戸赤十字病院 内科

○古川琢斗、富岡真一郎、兼村恵美子、藤原英紀、杉崎康太、萱場祐司、  
竹内 哲、小原克之

4. 十二指腸転移を認めた小細胞肺がんの1例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○米野友一朗、高瀬志穂、橋川 諒、山崎健斗、岡田悠太、沼田岳士、  
大田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

一般演題（2）

14:37～15:01

座長

水戸赤十字病院 杉崎康太

5. メトトレキサートによる薬剤性肺障害を服用 10 年後に発症した慢性関節リウマチの 1 例

独立行政法人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<sup>1)</sup>、同 臨床研究部<sup>2)</sup>

○手島 修<sup>1)</sup>、中泉太佑<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、佐藤陽子<sup>1)</sup>、  
西野顕吾<sup>1)</sup>、松田峰史<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、  
兵頭健太郎<sup>1)</sup>、三浦由記子<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、石井幸雄<sup>1)</sup>、  
大石修司<sup>1)</sup>、齋藤武文<sup>1)</sup>

6. 嗄声により発見された高安動脈炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○出口陽之、落合徹也、笠巻凌太、大越聡子、田谷侑司、小松 靖、  
阿部憲弘、東谷迪昭

7. 間質性肺炎が先行し筋症状出現とともに MPO-ANCA が陽転した顕微鏡的多発血管炎の一例

水戸赤十字病院 リウマチ科<sup>1)</sup>、病理診断部<sup>2)</sup>

○杉崎康太<sup>1)</sup>、坂内通宏<sup>1)</sup>、堀 眞佐男<sup>2)</sup>

一般演題（3）

15:01～15:25

座長

水戸赤十字病院 竹内 哲

8. 血球貪食症候群を併発し、ステロイドパルス治療を要した細菌性腸炎の 1 例

水戸赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、同 耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>

○鈴木喜貴<sup>1)</sup>、片平 健<sup>1)</sup>、兼村恵美子<sup>1)</sup>、佐川恵理子<sup>2)</sup>、堀 眞佐男<sup>3)</sup>、  
杉崎康太<sup>1)</sup>、藤原直幸<sup>1)</sup>、竹内 哲<sup>1)</sup>、小原克之<sup>1)</sup>、坂内通宏<sup>1)</sup>

9. 当院において膠原線維性大腸炎と診断された 1 例

JA とりで総合医療センター 消化器内科

○河崎 翔、鈴木海人、内館 梢、上妻千明、新見真央、相川恵里花、  
鈴木雅博、河村貴広

10. 救命し得なかった劇症型心筋炎の一例

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○左山耕大、星野昌弘、坂本達哉、松田和樹、上野弘貴、野上 開、  
長嶺竜宏、羽生佳弘、羽田昌浩、杉山知代、角田恒和

一般演題（4）

15:25～15:49 座長 水戸赤十字病院 小原克之

11. 当院で経験したリステリア症の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 臨床検査科<sup>2)</sup>

○藤森 晃<sup>1)</sup>、目時佳恵<sup>1)</sup>、柏村 浩<sup>1)</sup>、高橋 慧<sup>1)</sup>、荒谷一磨<sup>1)</sup>、  
根本陽介<sup>1)</sup>、山崎春佳<sup>1)</sup>、金野直言<sup>1)</sup>、宗像紅里<sup>1)</sup>、今井雄史<sup>1)</sup>、  
大川原 健<sup>1)</sup>、青木洋平<sup>1)</sup>、仁平 武<sup>1)</sup>、米川伸生<sup>2)</sup>、市毛多衣子<sup>2)</sup>

12. 比較的高齢で発症した抗neurofascin-155 (NF155)抗体陽性の慢性炎症性  
脱髄性多発神経炎の1例

日立総合病院 神経内科

○近藤 泉、金澤智美、藤田恒夫

13. サトラリズマブが再発予防に有効であったNMOSDの1例

水戸赤十字病院 脳神経内科

○森 純一郎、浅川洋平、小原克之

特別講演

16:00～17:00 座長 水戸赤十字病院 小原克之

新型コロナウイルス感染症：この3年を振り返る－水戸市保健所の場合

水戸市保健所 所長 土井幹雄 先生

優秀演題賞発表 17:00～17:05

閉会挨拶 17:05～17:10 小原克之（水戸赤十字病院）

幹事会 17:10～ WEB開催（Zoom ミーティング）

## 特別講演

新型コロナ感染症：この3年を振り返る―水戸市保健所の場合

水戸市保健所  
所長 土井幹雄

21世紀に入り、代表的な疾患だけでも2003年のSARSに始まり、MERS、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザ、エボラ出血熱、デング熱、ジカ熱など、ウイルス性新興感染症との「遭遇」があいついだ。

極めつけともいえるべき、中国武漢に端を発した新型コロナウイルス感染症（Covid-19）は2019年末以来、瞬く間に世界を席卷し、5億人を超える感染者と600万人にのぼる死者を出している。我が国においても、感染者数は800万人、死亡者も3万人を超えた。2022.5月末で、茨城県では感染者数15.5万人超、死亡者は400人超、水戸市は感染者1.4万人超、死亡者43人となっている。

パンデミック発生3年後の今なお感染終息の兆しは見え、オミクロン株による第6波においては、従来株に比して、爆発的な感染者の発生を見ている。ここでは、オミクロン株と第6波での感染拡大の特徴を述べさせていただく。

さて、水戸市においては2020年4月、中核市移行に伴って、保健所が新設され、水戸市における新型コロナ感染症対策が茨城県中央保健所から水戸市保健所に権限移譲された。患者発生調査に始まり、療養者への支援、医療機関への入院調整など、さらには、リアルタイムPCR検査にワクチン接種体制の構築と「できたての」保健所には荷の重い状況であったが、全市をあげての支援を得て、今日に至っている。新型コロナ患者の入院にご対応いただいている医療機関並びに検査・診療を行っていただいている医療機関、さらにはクラスター対策にご協力いただいた諸福祉施設の方々、学校、幼稚園の関係者の方々には、この場をお借りして、心から御礼を申し上げると同時に感染なされた多くの方々には心からお見舞いを申し上げたい。

新型コロナウイルス（SARS Cov-2）との闘いでは、保健所を中心とする地域の公衆衛生活動が、これほど脚光を浴びたことは「かつてない」と思われる。

今回、保健所活動のあらましをご報告することで、保健所への一層のご理解、ご支援にいただけますよう、お願い申し上げます。

## 一般演題

### 1. 気腫性肺嚢胞を背景に発症し、ベンラリズマブが著効した液面形成型好酸球性肺アスペルギルス症の一例

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<sup>1)</sup>、同 臨床研究部<sup>2)</sup>

○佐藤陽子（さとう ようこ）<sup>1)</sup>、手島 修<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、西野顕吾<sup>1)</sup>、  
松田峰史<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、兵頭健太郎<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、  
三浦由記子<sup>1)</sup>、大石修司<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、齋藤武文<sup>1)</sup>

肺アスペルギルス症において、以前より空洞内に液面形成を来す病型が報告されている。液面形成は、管内性進展により他の部位に増悪（シューブ）を起こす予兆所見である。この増悪の多くはアスペルギルス、好中球由来のマイコトキシン、エラスターゼ、等の化学性炎症であるが、ときにアスペルギルス菌体に対するアレルギー性好酸球性炎症が主体であることを経験する。近年、IgE 高値や好酸球高値を示す T2 high タイプの難治性喘息や好酸球性副鼻腔炎に対し、生物学的製剤が実臨床で使用されるようになった。しかし、これら薬剤の真菌による好酸球性炎症に対する有用性に関しては、少数の報告しかない。症例は難治性喘息を合併した気腫型 COPD を有する 60 歳男性。右上葉の巨大肺嚢胞の周囲に広範な浸潤影を認め当院入院となった。一般細菌による感染性嚢胞と考え、抗菌薬治療を開始したが陰影の改善は乏しく、経過中に嚢胞内液面形成を認めた。起因菌の精査およびドレナージを目的に CT ガイド下で経皮的に嚢胞内にアスピレーションキットを留置した。嚢胞内貯留液の好酸球が 20% と高値であることに加え、各種培養検査が陰性であったことから、細菌感染は否定的であり、好酸球性炎症に伴う浸出液貯留と判断した。血清アスペルギルス抗原陽性、末梢血好酸球増多、血清 IgE 高値からアスペルギルスに対するアレルギー性好酸球性炎症による病態を考え、難治性好酸球性喘息治療強化の必要もあり、ベンラリズマブによる治療を開始したところ、嚢胞内貯留液、周囲の浸潤影は著明な改善を認めた。ABPM のような T2 high タイプの炎症をきたす真菌症では副腎皮質ステロイドが有効とされている。しかし、本症例は高度の肺気腫があり、感染症、気胸の合併リスクから同ステロイドの長期使用は望ましくない。アスペルギルス真菌が関与したアレルギー性好酸球性炎症にベンラリズマブが有効である可能性が示唆された。

## 2. 左心不全を有する高齢者に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の1例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部 呼吸器内科<sup>1)</sup>、同 臨床研究部<sup>2)</sup>

○中泉太佑(なかいずみ たいすけ)<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、手島 修<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、  
佐藤陽子<sup>1)</sup>、西野顕吾<sup>1)</sup>、松田峰史<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、  
兵頭健太郎<sup>1)</sup>、三浦由記子<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、大石修司<sup>1)</sup>、齋藤武文<sup>1)</sup>

肺胞蛋白症はサーファクタントの生成又は分解過程障害により末梢気腔内にサーファクタント由来物質である好酸性の顆粒状の蛋白様物質の異常貯留を来す疾患の総称で、日本での有病率は100万人対6人程度とされる稀な疾患である。肺胞蛋白症で顆粒球マクロファージコロニー刺激因子に対する中和自己抗体により発症する自己免疫性肺胞蛋白症は、肺胞蛋白症全体のおよそ90%近くを占め、診断時年齢の中央値は男女ともに51歳とされている。今回、85歳の高齢者に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の1例を経験したため報告する。

症例は85歳男性、近医へ高血圧・糖尿病・左心不全で通院していた。X年10月に肺水腫、両側胸水貯留を発症し、左心不全増悪として利尿薬により加療され、両側胸水は消失し肺陰影は改善したが残存したために11月に当院紹介受診した。症状は特になく、胸部CTで両側上葉から下葉にかけて広範にすりガラス影が認められ、その陰影の中に小葉内網状陰影を認め、crazy paving appearanceと診断した。気管支肺胞洗浄液は白濁を呈し、細胞診で泡沫状マクロファージが確認され、経気管支肺生検では肺胞内に多数のマクロファージやSP-A陽性の無構造物質を認めた。血清抗CM-CSF抗体105 U/mlと高値であり、自己免疫性肺胞蛋白症の診断とした。呼吸不全は生じておらず無症状であり、経時的に陰影の改善を認めていたことから無治療経過観察としたところ、X+1年2月の胸部CTでは陰影は著明に改善し、その後も再燃なく良好な経過である。

本例は一般的な自己免疫性肺胞蛋白症と異なり、高齢であった。加齢が発症メカニズムにどの様に関わっているかは不明であるが、加齢現象が何らかの役割を担っている可能性があり、今後の検討が必要である。また臨床的には、高齢者においては、左心不全など他疾患との合併が起こりうるため、慎重に鑑別診断する必要がある。

### 3. 胸部レントゲン異常を契機に診断に至ったアレルギー性気管支肺真菌症 (Allergic Broncho Pulmonary Mycosis:ABPM) の2例

水戸赤十字病院 内科

○古川琢斗 (ふるかわ たくと)、富岡真一郎、兼村恵美子、藤原英紀、杉崎康太、萱場祐司、竹内 哲、小原克之

アレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) は成人喘息の 1~2%を占めるとされる稀な疾患であるが、治療の遅れにより非可逆的な気道破壊をきたし呼吸不全をきたすため、早期診断が重要である。今回、我々は胸部レントゲン異常を契機に ABPM の診断に至った2例を経験したので提示する。

症例1は喘息の既往がある40歳代の女性。遷延性咳嗽を主訴に当科受診。胸部レントゲンにて左肺の容積減少と胸部下行大動脈のシルエットサイン陽性を認め、胸部CTにて左下葉無気肺を認めた。気管支鏡では左下葉気管支の粘液栓と培養にて糸状菌を検出し、生検にてグロコット染色陽性のアスペルギルス菌糸を認めたため ABPM の診断となった。吸入ステロイドと去痰剤で症状、レントゲン所見とも改善し、再発なく経過している。

症例2は50歳代の男性。気管支喘息で外来通院中であつたが、通院困難で近医に紹介。肺炎を併発し抗菌薬にて治療されたが、浸潤影が再燃し、かつ移動 (Wandering) したため当科に逆紹介となった。末梢血好酸球増多と IgE 著明高値、CTにて多発する棍棒状の陰影と中枢性気管支拡張を認めた。気管支鏡にて右上葉、左舌区の粘液栓を認め、組織検体からグロコット染色陽性の糸状菌を検出したため ABPM と診断した。経口プレドニン 30mg/日の内服を開始したが症状の改善が見られないためイトリゾール 100mg を併用し改善を認めた。

ABPM の画像所見において最も特徴的で診断に有用なものとして胸部CTでの高吸収粘液栓の検出があり、2例とも認められた。二次的に形成される所見として無気肺や浸潤影、中枢性気管支拡張があり、症例1では無気肺を、症例2では中枢性気管支拡張を認めた。喘息症状を有し好酸球増多、IgE の著明な上昇に加えてレントゲン異常を呈する症例では積極的に ABPM を疑って精査すべきと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

#### 4. 十二指腸転移を認めた小細胞肺癌の1例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○米野友一朗（こめの ゆういちろう）、高瀬志穂、橋川 諒、山崎健斗、岡田悠太、  
沼田岳士、大田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は72歳女性。かかりつけ医で実施した血液検査でLDH異常高値であったため、全身精査のため胸部X線検査を施行したところ、右中下肺野に巨大な腫瘤影を認め当院紹介受診された。胸部CT検査で右下葉肺癌が疑われ、気管支鏡検査を実施。右B6より経気管支生検を施行し、後の病理組織学的検査で小細胞肺癌の診断となった。検査翌日の血液検査でHb 5.8mg/dLと著明な貧血を認めた。追加で実施した便潜血検査陽性であったことから、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸に潰瘍形成を伴う腫瘍性病変あり、生検の結果小細胞肺癌の転移と診断した。その後の精査で右下葉小細胞肺癌 cStageIVAの診断となり、免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法を実施したところ、1コース目終了時点で十二指腸転移は著明に縮小し癒痕を残すのみとなった。肺癌の消化管転移は珍しく、特に上部消化管への転移は稀である。その転移様式について、文献的考察を加えて報告する。

## 5. メトトレキサートによる薬剤性肺障害を服用 10 年後に発症した慢性関節リウマチの 1 例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター  
呼吸器内科<sup>1)</sup>、臨床研究部<sup>2)</sup>

○手島 修 (てしま しゅう)<sup>1)</sup>、中泉太佑<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、渡邊安祐美<sup>1)</sup>、  
佐藤陽子<sup>1)</sup>、西野顕吾<sup>1)</sup>、松田峰史<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井直樹<sup>1)</sup>、  
兵頭健太郎<sup>1)</sup>、三浦由記子<sup>1)</sup>、林原賢治<sup>1)</sup>、薄井真悟<sup>2)</sup>、石井幸雄<sup>1)</sup>、  
大石修司<sup>1)</sup>、斎藤武文<sup>1)</sup>

メトトレキサート (MTX) は関節リウマチのアンカードラッグとして、約 8 割の症例に投与されるが、同薬の問題として薬剤性肺障害がある。75%の例は服用開始後半年で発症するとされている。今回、MTX 服用開始 10 年後に薬剤性肺障害を来した 1 例を経験したため報告する。

症例は 74 歳女性。40 年ほど前から関節リウマチを指摘されており、10 年前から MTX を内服していた。2021 年 11 月初旬より乾性咳嗽が出現したため前医を受診。胸部 CT で既存の両肺底部線維化に加え、上葉から下肺の胸膜直下に網状影、すりガラス影を認めた。MTX 休薬の上、2022 年 1 月 17 日に気管支鏡検査のため入院となったが、増悪傾向であった乾性咳嗽は自然軽快しており、当初認めた SpO<sub>2</sub> 低下も軽快していた。右 B5 で BALF を実施しリンパ球優位の細胞数増加、また B8a、B9a での TBLB では細気管支周囲間質にリンパ球浸潤を認めた。β-D グルカンの上昇はなく、喀痰、気管支洗浄液からは有意な菌は検出されなかったためニューモシスチス肺炎を含め病原微生物による感染は否定的であった。MTX 休薬後自然軽快していることから RA 関連間質性肺炎の増悪も否定的であると考え、MTX による肺障害と考えた。その後の経過観察でも胸部レントゲン、CT で陰影の増悪はなく、症状の再燃に関しても認めていない。

関節リウマチ治療中に新たな陰影の発現または増悪が見られた場合、感染症、関節リウマチ自体の間質性肺病変の出現・増悪、薬剤性肺障害の三者の鑑別が必要になる。病態が相互に関連している場合もあり、鑑別は必ずしも容易ではない。本例は MTX 服用後、長期間経過後、発症した MTX 薬剤性肺障害であり、貴重な症例であり報告する。

## 6. 嘔声により発見された高安動脈炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○出口陽之（でぐち はるゆき）、落合徹也、笠巻凌太、大越聡子、田谷侑司、  
小松 靖、阿部憲弘、東谷迪昭

明らかな既往歴、突然死の家族歴のない19歳女性。来院3週間前より嘔声が出現し、症状が改善しないため当院耳鼻咽喉科を受診した。左側の喉頭麻痺による嘔声と診断。そこで施行された胸部単純レントゲン写真にて胸部大動脈の拡大を認め当科受診となった。若年で嘔声の有症状が出現した胸部大動脈瘤であり、切迫破裂の可能性を考慮し近隣の心臓血管外科に紹介したところ、準緊急で人工血管置換術を施行した。術後経過は良好。術後3日後の病理診断にて大動脈炎症候群と判明し、水溶性プレドニン投与を開始した。その後合併症も無く術後第30病日に独歩退院となった。大動脈炎の初発症状として嘔声を呈したOrtner症候群を今回経験した。我々が検索した限りにおいて、世界で初めての報告でありここに報告する。

## 7. 間質性肺炎が先行し筋症状出現とともに MPO-ANCA が陽転した顕微鏡的多発血管炎の一例

水戸赤十字病院 リウマチ科<sup>1)</sup>、病理診断部<sup>2)</sup>

○杉崎康太（すぎさき こうた）<sup>1)</sup>、坂内通宏<sup>1)</sup>、堀 眞佐男<sup>2)</sup>

症例は70歳女性。2020年12月頃より乾性咳嗽が出現したため2021年3月に近医で受診したところ、間質性肺炎と診断された。2021年4月にMPO-ANCA、PR3-ANCAともに陰性であることを確認されている。2021年5月には気管支鏡検査を受けたが異常を指摘されなかった。対症的に加療されたが、2021年6月より両下腿痛、両足関節痛が出現したため、当院へ紹介され2021年7月に入院した。入院時のMPO-ANCAは陽性であった。下腿MRIにて高信号を示した腓腹筋の生検を行ったところ病理学的に血管炎が証明され、顕微鏡的多発血管炎と診断した。ステロイド治療に良好に反応し、下腿痛、両足関節痛はいずれも軽快、肺病変にも改善を見た。

顕微鏡的多発血管炎は先行する間質性肺炎の経過中に臓器症状を発症して診断されることがあり、多くの既報において診断時のMPO-ANCAは陽性であるが、臓器症状出現前のMPO-ANCAについては未だ十分な検討がなされているとは言い難い。本例は筋症状出現前後の比較的短期間にMPO-ANCAが陽転したことを証明し得た。また筋症状から迅速に血管炎を疑い、画像診断による生検部位選定から病理学的診断に繋げることができた。臨床上の留意点を内包する症例と考えられたため報告する。

## 8. 血球貪食症候群を併発し、ステロイドパルス治療を要した細菌性腸炎の1例

日本赤十字社 水戸赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、同 耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>  
○鈴木喜貴 (すずき よしき)<sup>1)</sup>、片平 健<sup>1)</sup>、兼村恵美子<sup>1)</sup>、佐川恵理子<sup>2)</sup>、  
堀 眞佐男<sup>3)</sup>、杉崎康太<sup>1)</sup>、藤原直幸<sup>1)</sup>、竹内 哲<sup>1)</sup>、小原克之<sup>1)</sup>、坂内通宏<sup>1)</sup>

【症例】36歳、女性

【主訴】発熱、咽頭痛、下痢、腹痛

【現病歴】

X月25日38.5度の発熱で当院受診した。急性上気道炎の疑いで解熱鎮痛薬を処方され、一時、解熱した。同月29日に再度発熱し、咽頭痛、嘔吐、下痢、頸部リンパ節腫脹、咽頭部に高度の発赤、左側扁桃腫大、白苔付着を認めたため、精査目的に入院となった。入院時所見から伝染性単核球症、溶連菌感染症が疑われたため、アジスロマイシンと輸液にて加療を行った。しかし、喉頭ファイバーによる精査にて梨状窩と舌根周囲にも多量の白苔の付着を認めたこと及び、EBウイルスの抗体検査の結果から伝染性単核球症は否定された。腹部CT所見にて虫垂の腫大・回盲部、直腸の壁肥厚が見られるため、大腸内視鏡検査を施行したところ、粘膜発赤と白苔付着が回腸末端より横行結腸にみられ、肉眼所見より、細菌性腸炎あるいはCMV腸炎の可能性も疑われたため、アジスロマイシンからガンシクロビルとメロペネムによる治療に変更した。大腸組織の生検ではグラム陽性球菌の増殖巣が認められ、細菌性腸炎(感染性腸炎)の診断に至り、抗生剤投与を継続した。扁桃組織の生検結果でもグラム陽性球菌の増殖巣が認められ、同一細菌による感染と考えられた。しかし、感染性腸炎のみでは説明ができないLDH、sIL-2Rやフェリチンの著増が判明し、40°Cの稽留熱が持続して全身状態の悪化も認めたため、血球貪食症候群の併発を疑い抗生剤加療にステロイドパルス(メチルプレドニゾン1000mg/day、3日間)加療を併用した。これにて解熱し、採血所見も徐々に改善を認めた。

【考察】本症例は若年健康人において細菌性腸炎を基礎疾患として生じた血球貪食症候群の1例で、このような報告は極めて少ない。基礎疾患のない健常者のLDH、sIL-2Rやフェリチンが高値を認めた際には、診断基準を満足できない場合でも、他の疾患を除外できる際には血球貪食症候群を疑い、直ちに適切な免疫療法を行う必要がある。

## 9. 当院において膠原線維性大腸炎と診断された1例

JA とりで総合医療センター 消化器内科

○河崎 翔（かわさき しょう）、鈴木海人、内館 梢、上妻千明、新見真央、相川恵里花、鈴木雅博、河村貴広

【症例】74歳、女性

【主訴】下痢

【既往歴】NAFLD

【内服】エゼミチブ、トコフェロールニコチン酸エステル

【生活歴】飲酒：なし 喫煙：なし

【現病歴】

NAFLDで当院消化器内科に通院していた。

20XX年1月5行/日の下痢が出現し外来で整腸剤を処方され経過観察されたが、1ヶ月の経過で下痢の改善は得られなかった。大腸内視鏡検査で特記所見認めず、再度経過観察となった。

20XX年4月下痢の回数が10行/日以上に増加し、暗赤色の下痢便や腹痛を伴うようになり、自宅療養困難のため入院となった。入院時の便培養は陰性で、血液検査で炎症反応上昇や電解質異常や甲状腺ホルモンの異常は認めなかった。造影CTで上行結腸から下行結腸にかけて連続的な全周性壁肥厚が指摘されたが、悪性腫瘍を疑う所見は認めなかった。また大腸内視鏡検査を再検し、上行結腸からS状結腸にかけて非特異的な点状発赤を認めたが直腸粘膜の内視鏡所見は正常だった。しかし、盲腸から直腸までのすべての生検病理検体でcollagen bandの肥厚(最大110μm)を認め、膠原線維性大腸炎の診断となった。本症例はPPIの内服歴はなく入院時の内服薬を2剤とも休薬したが症状改善せず、20XX年5月にプレドニゾロン(以下、PSL)とコレバインによる治療を開始した。経過中にコレバインによる体調不良の訴えがあり中止したが、PSLのみで下痢1行/日と症状改善したため、同月に退院となった。

以降は2週ごとに外来でPSL漸減し症状再燃なく経過し20XX年8月にPSL投薬を終了した。

【考察】血液検査や画像検査で明らかな異常を認めない慢性下痢症の鑑別として、膠原線維性大腸炎を念頭に置く必要がある。特に、本邦においてPPIによる発症例の報告が多く、内服歴を確認することが重要である。本症例はPPIの内服歴はなくPSL投与で症状が改善した。他の自験例と併せて、当院で膠原線維性大腸炎と診断された症例の傾向について解析する。

【結語】PSL投与で症状が改善した膠原線維性大腸炎の1例を経験したので報告する。

## 10. 救命し得なかった劇症型心筋炎の一例

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○左山耕大（さやま こうだい）、星野昌弘、坂本達哉、松田和樹、上野弘貴、野上 開、長嶺竜宏、羽生佳弘、羽田昌浩、杉山知代、角田恒和

症例は71歳男性。数日前から発熱等の感冒様症状あり経過観察していたが突然の短時間の痙攣が出現したため前医を受診した。心電図は後下壁誘導のST上昇、前胸部誘導のST低下を認め、心臓超音波検査は明らかな壁運動異常は認めないものの左室下壁がやや浮腫状であった。急性冠症候群疑いとして緊急冠動脈造影を行う方針となったが、頻回の心室頻拍発作から心肺停止に至った。心肺蘇生処置により速やかに自己心拍は再開したが完全房室ブロックおよび心原性ショックが遷延し、カテコラミンによる昇圧と一時的体外式ペーシング・大動脈内バルーンポンピングによる循環補助を開始された。緊急冠動脈造影では有意狭窄を認めず、急性心筋炎が疑われ集中治療目的に同日当院へ転院搬送となった。転院日(第1病日)からアスピリン・コルヒチン・抗生剤等による加療を追加したが、経時的に心筋障害が進行し、第2病日にペーシング不全に陥り心室頻拍(slow VT)から無脈性電気活動となった。迅速に経皮的な心肺補助装置を導入し体外循環を確立し、ステロイドパルスと免疫グロブリン療法を導入した。その後も心筋障害と壁運動低下が進行し第4病日に左室駆出率は9%へ低下し心腔内には血栓が充満し、補助循環用ポンプカテーテル(IMPELLA)導入も不可能と判断した。心筋バイオマーカーはCK 5734U/L, CK-MB 748U/Lでピークアウトを認めたが、第6病日に心静止に至った。鎮静解除による指示動作が可能であったため循環補助による支持的加療を継続したが、循環不全は徐々に進行し第12病日には著明な代謝性アシドーシスを伴う下肢硬直を認め死の確徴と判断し同日死亡診断を行った。入院時の各種ウイルス抗体価や膠原病スクリーニング等では有意な所見を認めず病因不明の特発性劇症型心筋炎と考えられた。感冒様症状を契機に発症し非常に急激で治療抵抗性の転帰を辿り救命し得なかった一例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

## 11. 当院で経験したリステリア症の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科<sup>1)</sup> 臨床検査科<sup>2)</sup>

○藤森 晃 (ふじもり ひかる)<sup>1)</sup>、目時佳恵<sup>1)</sup>、柏村 浩<sup>1)</sup>、高橋 慧<sup>1)</sup>、  
荒谷一磨<sup>1)</sup>、根本陽介<sup>1)</sup>、山崎春佳<sup>1)</sup>、金野直言<sup>1)</sup>、宗像紅里<sup>1)</sup>、今井雄史<sup>1)</sup>、  
大川原 健<sup>1)</sup>、青木洋平<sup>1)</sup>、仁平 武<sup>1)</sup>、米川伸生<sup>2)</sup>、市毛多衣子<sup>2)</sup>

**【症例】** 60代女性

**【主訴】** 食思不振、下痢、発熱、

**【既往歴】** 40代でループス腎炎を発症し治療中

**【生活歴】** 飲酒喫煙なし、ペット飼育なし、

**【現病歴】** 2日前からの食思不振と前日からの下痢に加え、悪寒と発熱が出現したため当院救急外来を受診した。採血で炎症反応亢進と脱水を認め、腹部CTで下部消化管のびまん壁肥厚をみとめ、感染性腸炎の診断で入院した。意識状態はJCS I-3で朦朧としているが後部硬直は認めず頭部CTにも異常所見を認めなかった。

**【治療経過】** CRPやPCT等が異常高値であり重症腸管感染症としてMEPMを開始した。入院3日目には入院時の血液培養からグラム陽性桿菌(リステリア疑い)が検出されABPCを加え、DICスコア5点となりリコモジュリン投与も追加した。入院5日目には血液培養でリステリアが同定された。入院6日目には炎症反応やDICスコアの改善が見られた一方、JCSがII桁からIII桁へ意識状態が悪化し遷延した。入院8日目にCTを撮影し水頭症、脳ヘルニアによる脳幹の不可逆的障害を認め、リステリア髄膜炎の診断となった。脳室ドレナージは全身状態から予後改善につながらない可能性が高いと判断し保存治療を継続した。入院14日目に永眠した。

**【考察】** リステリアは神経趣向性が知られ、腸管から侵入するが、急性胃腸炎よりもその後のリステリア菌血症・髄膜炎が臨床上問題となる。本邦でのリステリアの平均推定罹患率は1.4/100万人だが、ステロイド治療など細胞性免疫抑制下では感染リスクは約100倍と報告されている。後部硬直や頭痛が現れるのは42~46%程度であり、自覚症状や身体所見のみでリステリア菌血症・髄膜炎を診断することは困難である。

免疫抑制作用薬使用中の高熱・菌血症は本症も念頭に置き、早期の髄液検査や頭部画像検査を含めた介入が重要と考えられた。

## 12. 比較的高齢で発症した抗 neurofascin-155 (NF155) 抗体陽性の慢性炎症性脱髄性多発神経炎の1例

日立総合病院 神経内科

○近藤 泉(こんどう いずみ)、金澤智美、藤田恒夫

【症例】56歳、女性。

【主訴】両手足のしびれ、四肢筋力低下、手指振戦

【既往歴】53歳時に高血圧を指摘された。

【病歴】X年4月下旬に両手指のしびれを自覚、7月中旬には両手足に徐々に進行し、姿勢時に両手指の振戦も自覚するようになった。8月下旬には歩行障害が増悪したため、9月初旬に当科入院となった。神経学的には脳神経系には異常なく、四肢遠位筋優位に軽度の筋力低下、四肢で深部腱反射低下、両手指に姿勢時振戦がみられた。両手、両下腿に自覚的しびれ感を訴え、両下肢遠位部で深部覚低下、体幹失調を認めた。脳脊髄液検査で蛋白細胞解離を認めた。神経伝導検査では、運動神経で遠位潜時延長・伝導速度低下があり、感覚神経は導出不能であった。脊椎MRIで神経根肥厚を示唆する所見を認めた。以上から、慢性炎症性脱髄性多発神経炎と診断、免疫グロブリン大量療法を施行した。しかし白血球減少が出現したため、ステロイドパルス療法を開始した。症状の改善が不十分であり、経過中に振戦や運動失調が増悪したことから、単純血漿交換療法を追加した。のちに抗NF155抗体が陽性であることが判明し、維持療法としてプレドニゾロンを継続した。その後、緩徐に筋力低下や感覚障害は部分的改善を認め、4月上旬には独歩可能なまでに改善し自宅退院したが、振戦は残存した。

【考察】抗NF155抗体陽性例は、若年発症で、手指振戦や失調を伴い、免疫グロブリン療法に抵抗性といった臨床像が特徴とされている。本例は比較的高齢発症であったが、ステロイド治療でADL改善の効果を得られた。振戦や感覚性運動失調が目立つ場合には、治療法の選択判断において、抗NF155抗体の検討が重要であると考えられる。

### 13. サトラリズマブが再発予防に有効であった NMOSD の 1 例

水戸赤十字病院 脳神経内科

○森 純一郎（もり じゅんいちろう）、浅川洋平、小原克之

視神経脊髄炎関連疾患（NMOSD）は、視神経炎と脊髄炎を主体とした炎症性の自己免疫疾患であり、血清中の抗アクアポリン 4（AQP4）抗体が病態に関与している。9 割は女性で、平均発症年齢は 40 歳前後で、治療しないまま放置すると、年間あたり 1～1.5 回ほど再発し、一度の再発で、失明や車椅子生活になったりすることもある。そのため再発させないことが重要である。

症例は 43 歳女性、主訴は腹部・右上肢・下半身のしびれ、歩行時のつっぱりである。X 年 7 月 24 日から腹部、右上肢のしびれを認め、近医での頭部 MRI で軽微な白質病変を指摘された。X 年 8 月 21 日頸椎 MRI で C2-7 病変を認め、脊髄炎と診断され PSL30 mg からの漸減療法で、症状は一時改善した。X 年 10 月中旬下半身のしびれ、痙性歩行、頻尿が出現し、新たに Th2-4 に病変を認め、PSL30 mg に増量し、X 年 11 月 6 日当院に紹介された。視力障害は認めていない。既往歴、家族歴に特記すべきものはない。神経学的には、脳神経系に異常なく、筋トーンスは両下肢で亢進、筋力は両下肢で 4/5、Th 5 レベルで感覚過敏帯、それ以下で知覚鈍麻、腱反射は両下肢で亢進、小脳失調なく、痙性歩行であった。検査所見では、抗 AQP4 抗体陽性、髄液 OCB 陰性、IgGindex 0.46 で NMOSD と診断した。入院の上、ステロイドパルス 2クール施行後、PSL30 mg で歩行正常となった。その頃から、体重増加が顕著となり、PSL を 5 mg まで減量した X+3 年 5 月に視交叉～視床下部に再発し、ステロイドパルス、その後 IVI g 施行し改善した。再発予防のため分子標的薬を提案したが同意が得られず、X+3 年 12 月に延髄背側に再発した。ステロイドパルス 2クールで軽快し、使用の同意が得られたため X+4 年 1 月からサトラリズマブ皮下注を開始した。その後は 1 年 4 か月間再発していない。

