

第 2 2 7 回茨城県内科学会

日 時 令和6年10月20日(日)
9:00~12:15

会 場 水戸市医師会 1階研修講堂

当番幹事 佐藤 巳喜夫
(龍ヶ崎済生会病院 副院長)

会場案内図



【茨城県医師会付近拡大図】



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

- 電車をご利用の場合
JR 常磐線水戸駅で下車し、バスまたはタクシーをご利用ください。
- バスをご利用の場合
JR 常磐線水戸駅北口（8 番乗り場）から「茨城交通バス」または「関東鉄道バス」で「本郷経由笠原行き」か「払沢経由笠原行き」に乗車し、「メディカルセンター前」で下車徒歩約 3 分。
- タクシーをご利用の場合
JR 常磐線水戸駅南口よりタクシーで約 10 分です。
- お車をご利用の場合
国道 50 号バイパス「笠原町中央」交差点を左折し、つきあたり信号を右折。1 つ目の信号を左折し、右手「水戸市休日夜間緊急診療所」の先の建物です。

第 2 2 7 回茨城県内科学会

日 時 令和 6 年 10 月 20 日 (日) 9 : 00 ~ 12 : 15
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当番幹事 佐藤 巳喜夫 (龍ヶ崎済生会病院 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 7 分・質疑応答 3 分 (合計 10 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ます。
- ④ 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。
- ⑤作成した PC とは異なる複数の PC で、文字化け等がなく正常に起動するかどうか、事前にご確認ください。
- ⑥Mac 版 PowerPoint で作成したスライドは、必ず事前に Windows PC (Microsoft PowerPoint2016 以上) で動作確認したメディアをご持参ください。
- ⑦ウイルスチェックは、必ず事前に演者ご自身で行なってください。
- ⑧発表用 PowerPoint スライドは、10 月 16 日 (水) 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、学会当日は受付にて発表データのご確認 (試写) と、念のため発表データのご持参 (USB など) をお願いします。
- ⑨会場の左手前部に次演者席、右手前部に次座長席を設けます。前演者・前セッションの発表が始まりましたら着席してください。
- ⑩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。
- ⑪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) 認定 (カリキュラムコード 0.最新のトピックス・その他を受けています。
- 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。

● 第227回当番幹事

連絡先: 龍ヶ崎済生会病院 佐藤巳喜夫

〒301-0854 茨城県龍ヶ崎市中里1丁目1番

TEL:0297-63-7111 FAX:0297-63-7131

● 茨城県内科学会事務局

連絡先: 総合病院土浦協同病院内 庶務課 塚本

〒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

学会 HP: www.tkgh.jp/IbarakiSIM/



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 名誉院長）

一般演題（1） 9:05～9:45

座長 水戸済生会総合病院 海老原 至

1. 酸性洗剤内服による腐食性食道炎・出血性胃潰瘍の一例

古河赤十字病院 消化器内科

○由本しおり（よしもと しおり）、高岡良成、村山 梢、大橋 明

2. 寛解維持療法中に汎血球減少症を来した ANCA 関連血管炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科¹、水戸協同病院 腎臓内科²

○沼尻大地（ぬまじり だいち）^{1,2}、小川利菜¹、海老原雪穂¹、兼重彩夏¹、
瀬賀雅俊¹、山下真里奈¹、大木健太郎¹、丸山浩史¹、平山浩一¹

3. レボドパ・カルビドパ配合経腸療法のための、簡単・確実かつ短時間で
可能な PEG-J チューブ留置法の提案

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科

○佐藤巳喜夫（さとう みきお）、服部純治、伊藤嘉美、阿部 涼、小島丈心、
古庄健太郎、森山哲也、海老原次男

4. 急性の間欠的腹痛で発症し、腸管浮腫や肺血栓塞栓症の合併から
ネフローゼ症候群の診断に至った 41 歳男性例

龍ヶ崎済生会病院 循環器内科¹、消化器内科²、呼吸器内科³、神経内科⁴、

○松吉康志¹（まつよし こうじ）、川邊優希¹、斧田尚樹¹、石川公人¹、
小島丈心²、佐藤信也³、古庄健太郎⁴

一般演題 (2) 9:50~10:20

座長 水戸赤十字病院 富岡真一郎

5. Pembrolizumab による irAE ギラン・バレー症候群 (GBS) を呈した肺癌の 1 例
国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○井坂淳乃介 (いさか じゅんのすけ)、山岸哲也、平 晃誠、藤田弘輝、
羽鳥貴士、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

6. 気管内多発転移を認めた肺原発悪性黒色腫の 1 例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター内科診療部 呼吸器内科¹
同外科診療部呼吸器外科²、同病理診断科³

○兵頭健太郎 (ひょうどう けんたろう)¹、平野 瞳¹、名和日向子¹、
中村研太¹、山崎健斗¹、手島 修¹、渡邊 峻¹、野中 水¹、荒井直樹¹、
金澤 潤¹、中川隆行²、島内正起²、南 優子³、林原賢治¹、大石修司¹、
石井幸雄¹、齋藤武文¹

7. 最近の肺 *M. abscessus* subsp. *abscessus* 症例の臨床的検討

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

○中村研太 (なかむら けんた)、名和日向子、山崎健斗、手島 修、
渡邊 峻、野中 水、平野 瞳、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、
林原賢治、大石修司、齋藤武文、石井幸雄

一般演題 (3) 10:25~11:05

座長 龍ヶ崎済生会病院 古庄健太郎

8. 急性の体動困難，両側難聴から癌性髄膜炎の診断となり急速な転帰を
たどった 1 例

水戸済生会総合病院 総合内科¹、同リウマチ・膠原病内科²、同血液内科³、
同神経内科⁴、同循環器内科⁵

○中尾優実 (なかお ゆうみ)¹、田淵大貴²、友永聡美¹、清木祐介³、

萩原晋也²、木村健介⁴、千葉義郎^{1,5}

9. 保存的加療により改善した再生不良性貧血合併 *Vibrio Vulnificus*.
敗血症の一例

JA とりで総合医療センター 消化器内科¹、同血液内科²

○内館 梢 (うちだて こずえ)¹、小川晋一²、塚田雅己¹、佐々真優¹、
佐藤陽香¹、上妻千明¹、相川恵里花¹、河村貴広¹

10. Ustekinumab により寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性
壊死性リンパ節炎の 1 例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○南家一徳(なんけ いっとく)、石井桃花、東都里紗、金尾季範、前澤麻利、
齊藤一真、軽部莉佳、白川純平、北野尚樹、福田啓太、渡辺研太郎、
木下隼人、上山俊介、草野史彦

11. 感音性難聴と糖尿病が先行し 10 年以上を経て心不全発症を契機に診断
に至った A3243G 変異を有するミトコンドリア病の 1 例

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○佐藤慶和(さとう よしかず)、峯尾 堯、田原智大、石沢太基、平野秀典、
仲田恭崇、原 聡史、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁

特別講演 11:10~12:10

座長 龍ヶ崎済生会病院 佐藤巳喜夫

「iPS 細胞からの免疫細胞再生とその臨床応用に向けて」

京都大学 iPS 細胞研究所 増殖分化機構研究部門 教授

京都大学大学院医学研究科・医学部 免疫再生治療学 教授

筑波大学トランスボーダー医学研究センター がん免疫治療分野

筑波大学附属病院 再生医療推進室

金子 新 先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

12:10～12:15 佐藤巳喜夫（龍ヶ崎済生会病院 副院長）

幹事会 12:15～

水戸市医師会 2階会議室

特別講演

iPS 細胞からの免疫細胞再生とその臨床応用に向けて

京都大学 iPS 細胞研究所 増殖分化機構研究部門 教授

京都大学大学院医学研究科・医学部 免疫再生治療学 教授

筑波大学トランスボーダー医学研究センター がん免疫治療分野

筑波大学附属病院 再生医療推進室

金子 新

一部のがん治療に免疫学的アプローチが有用であることが明らかになり、医療として急速な普及を見せている。キメラ抗原受容体を発現した T 細胞 (CAR-T 細胞) による自家遺伝子治療はその一例であるが、自家細胞を用いた製品であるがゆえの欠点を持つことも指摘されている。我々は同種 iPS 細胞を CAR-T 細胞のソースとして用いることでその欠点が解消される可能性があると考え、臨床応用のための技術開発を継続している。

今回の講演では、iPS 細胞からの T 細胞誘導の基本と臨床製造への最適化、固形腫瘍への治療効果を向上させるため遺伝子改変、同種 iPS 細胞由来の CAR-T 細胞への免疫学的拒絶反応を軽減するゲノム編集などの技術について紹介する。

一般演題

1. 酸性洗浄剤内服による腐食性食道炎・出血性胃潰瘍の一例

古河赤十字病院 消化器内科

○由本しおり(よしもと しおり)、高岡良成、村山 梢、大橋 明

【症例】88歳 【主訴】黒色嘔吐

【現病歴】X-1年12月下旬に自身でサンポール（トイレ用酸性洗剤）を内服し、救急搬送され経過観察目的に入院したが、飲食可能であったため翌日自宅退院した。しかしその後嘔気、食欲低下を認めたためX年1月に近医を受診し、翌日黒色嘔吐を認めたため当院へ救急搬送となった。

【臨床経過】搬送当日緊急上部消化管内視鏡検査を施行し、上部食道から胃、十二指腸に腐食粘膜を認めた。胃内には露出血管を伴う胃潰瘍を認めたためクリッピング止血した。入院加療として、補液、PPI投与を開始とした。入院後12日目に経口栄養剤を開始したが、入院14日目に嘔吐があり再度絶食・保存的加療とした。入院21日目に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、食道に狭窄所見は認められたが、内視鏡通過は可能であったため、入院22日目に再度経口栄養剤を開始した。その後は摂取良好で嘔吐なく、流動食、三分粥食まで徐々に食上げし退院となった。発症後2ヶ月経過した3月に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、中部食道に細径内視鏡が通過困難な狭窄を認めたが、本人家族共に侵襲的な治療は希望しなかったため、流動食や経口栄養剤を継続し施設へ入所となった。

【考察】腐食性食道炎とは酸やアルカリ農薬、重金属、などの組織傷害性の強い薬剤の飲用により発生する食道炎で、酸性腐食性物質の場合は組織表面に凝固壊死が起きるため深部組織への浸透は少ないとされているが、治癒経過で狭窄をきたすことがあり、本症例でも狭窄を想定した対策も必要であったと考える。高度狭窄をきたした腐食性食道炎の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

2. 寛解維持療法中に汎血球減少症を来した ANCA 関連血管炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科¹、水戸協同病院 腎臓内科²
○沼尻大地（ぬまじり だいち）^{1, 2}、小川利菜¹、海老原雪穂¹、兼重彩夏¹、
瀬賀雅俊¹、山下真里奈¹、大木健太郎¹、丸山浩史¹、平山浩一¹

70 歳、男性。20XX 年発熱、咳嗽にて当院受診。間質性肺炎に加え、尿蛋白 0.8 g/gCr 前後・尿潜血 (3+)・細胞性円柱を、また、MPO-ANCA >300 IU/mL を認め、ANCA 関連血管炎と診断した。ステロイドパルス療法+副腎皮質ステロイド薬による寛解導入療法を施行し、寛解を得た。

PSL 7.5 mg/日まで漸減した際に、明らかな再燃はないものの、MPO-ANCA 抗体価が再上昇したため、アザチオプリン (AZA) 50 mg/日を併用した。AZA 併用 2 か月後、特に自覚症状はないものの、血小板数 1.9 万/ μ L、白血球数 5,500/ μ L、血色素量 10.5 g/dL に低下を認めた。AZA による汎血球減少症と診断し、同薬を中止、血小板輸血を施行し、汎血球減少症は徐々に改善した。

後日評価した NUDT15 (Nudix hydrolase 15) 遺伝子 codon 139 は変異型ホモ (Cys/Cys) であり、本遺伝子異常によりチオプリン最終代謝産物を代謝できないために本有害事象を生じたものと考えられた。

薬剤感受性遺伝子 NUDT15 の遺伝子 codon 139 は変異型ホモの頻度は日本人では約 1%未満と稀ではあるが、同例における AZA による副作用発現は必発とされている。ANCA 関連血管炎の寛解維持療法として、副腎皮質ステロイド薬+AZA が標準療法の一つとされているが、AZA の選択ならびに用量設定に際して、薬剤感受性遺伝子 NUDT15 の事前評価が重要であることを再確認した。

3. レボドパ・カルビドパ配合経腸療法のための、簡単・確実かつ短時間で可能な PEG-J チューブ留置法の提案

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科

○佐藤巳喜夫 (さとう みきお)、服部純治、伊藤嘉美、阿部 涼、小島丈心、古庄健太郎、森山哲也、海老原次男

【背景・目的】

最近、消化器内科以外の領域で消化器内視鏡手技を応用した治療を行う学際的内視鏡手技が増加している。しかし、学際的分野のデバイスは消化器内科の知見が反映されているとはいえ、内視鏡手技に難渋することもある。

学際的治療のひとつであるレボドパ・カルビドパ配合経腸療法 (LCIG) は進行パーキンソン病に有効である。LCIG 用経胃瘻 (PEG) 的小腸チューブ (PEG-J) 留置には把持鉗子で PEG-J を空腸に留置する方法が推奨されている (従来法: CM)。しかし、LCIG 用 PEG・PEG-J の特殊な形状のため栄養用 PEG-J と同様の方法では挿入困難で空腸留置成功率は 77.5% である (BMC Neurol. 2021, 21:242)。

我々は内視鏡による PEG の幽門固定 (内視鏡補助法: EA)、ガイドワイヤーの併用と操作の工夫・PEG と PEG-J 間の抵抗低減の工夫 (改良型オーバーザワイヤー法: mOWM) により PEG-J 留置法を改善したため報告する。

【患者・方法】

2018 年 3 月-2023 年 9 月に本院で LCIG を導入した全 11 例の LCIG 導入時の PEG-J 挿入法 (CM、EA、mOWM) と手技時間、空腸留置成功率、鎮静方法、偶発症を後方視的に検討した (院内倫理委員会承認済)。

【成績】

症例数・平均手技時間・空腸留置成功率は、CM: 3 例、54 分、67%、EA: 4 例、22 分、100%、mOWM: 4 例、15 分、100% であった。全例意識下鎮静法で施行され、大きな偶発症は認めなかった。

【考察】

CM による LCIG 用 PEG-J 挿入は内視鏡と PEG-J の干渉等のため空腸留置困難であった。EA では空腸留置成功率と手技時間が改善した。mOWM は EA より良好な結果を得られた。

【結論】

mOWM は簡単・確実・短時間な PEG-J 留置法であった。LCIG 用 PEG-J 留置の簡便化は LCIG の普及につながると期待される。

4. 急性の間欠的腹痛で発症し、腸管浮腫や肺血栓塞栓症の合併からネフローゼ症候群の診断に至った 41 歳男性例

龍ヶ崎済生会病院 循環器内科¹、消化器内科²、呼吸器内科³、神経内科⁴、
○松吉康志¹（まつよし こうじ）、川邊優希¹、斧田尚樹¹、石川公人¹、
小島丈心²、佐藤信也³、古庄健太郎⁴

症例は腹部膨満感に続く急性の間欠的腹痛を主訴として救急搬送となった 41 歳男性。数日前から腹痛・腹部膨満感があり、特に食後に症状が悪化する傾向があった。急性に間欠的な強い腹痛が出現したために救急搬送となった。

初診時の身体所見では、顔面と下腿に軽度の腫脹が認められた。呼吸苦は認めず、腹部全体に軽度の圧痛があったが明らかな腫瘍や反跳痛はみられなかった。血液検査では、アルブミン低値(0.8 g/dL)および総蛋白低値(3.2 g/dL)が認められた。造影 CT で腸管浮腫、腹水を認めたが、同時に肺血栓塞栓症が疑われる所見を認め入院となった。尿検査で蛋白尿(+4)および随時尿において尿蛋白/クレアチニン比が 5.85 g/gCre であり、ネフローゼ症候群と診断した。抗凝固薬および利尿薬の投与を開始し、腎臓内科へ紹介・転院となった。

ネフローゼ症候群における腹痛は腸管浮腫や腹水による腸蠕動の低下が原因と考えられており、初発症状としての腹痛は症例報告が散見される。本症例は、急性の間欠的腹痛がネフローゼ症候群の初発症状として現れること、腸管浮腫や肺血栓塞栓症の合併症が診断の手がかりとなることを示している。ネフローゼ症候群には多様な初発症状および合併症があり、早期診断と適切な治療が必要である。

5. Pembrolizumab による irAE ギラン・バレー症候群 (GBS) を呈した肺癌の 1 例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○井坂淳乃介 (いさか じゅんのすけ)、山岸哲也、平 晃誠、藤田弘輝、
羽鳥貴士、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例：73 歳男性、現病歴：X-1 年 10 月に他院 CT で右肺上葉結節影を指摘され当院で精査の結果、Stage III A の右上葉肺腺癌と診断した。X 年 2 月、右上葉切除術・リンパ節郭清術施行し、遺伝子変異は各種陰性で、PD-L1 85%と高発現であった。その後術後補助化学療法として CDDP+VNR 施行し経過観察となっていたが、同年 10 月に再発が認められた。ペンブロリズマブを開始し、2 コースを投与したところで、歩行困難、前腕のしびれ、腰痛、倦怠感が出現し、精査加療目的に入院となった。入院時現症：脳神経系は特記所見なく、MMT でも明らかな筋力低下は認めなかったが、四肢の腱反射消失、四肢遠位での痛覚鈍麻、両膝以遠の振動覚鈍麻、ロンベルグ徴候陽性、両下肢脱力を認めた。髄液検査：細胞数正常、蛋白上昇があり蛋白細胞乖離を認めた。神経伝導検査：四肢の運動神経いずれでも伝導速度の低下、感覚神経では両側正中神経で知覚活動電位、伝導速度の低下を認め、両側尺骨神経、腓骨神経は導出できなかった。以上から感覚障害主体の脱髄型多発ニューロパチーの所見が得られた。血清学的検査：GM1-IgG 抗体陽性を認め、その他の抗体は優位な所見は認めなかった。経過や症状から従来型の GBS や傍腫瘍性神経症候群や化学療法による末梢神経障害も否定的であり、irAE ギラン・バレー症候群と診断した。ペンブロリズマブを休薬し、PSL1mg/kg で治療開始したが、症状改善乏しかったため、IVIg を実施した。その後は PSL を漸減していき、症状の改善認め退院とした。なお肺癌に対する治療効果は良好で、休薬以降も near CR を維持している。

最近では、さまざまな診療科で免疫チェックポイント阻害薬を使用することが増えていることから、このような症例を情報共有することは有益と考え、若干の考察を含めて報告する。

6. 気管内多発転移を認めた肺原発悪性黒色腫の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 内科診療部呼吸器内科¹、
同 外科診療部呼吸器外科²、同 病理診断科³

○兵頭健太郎（ひょうどう けんたろう）¹、平野 瞳¹、名和日向子¹、中村研太¹、
山崎健斗¹、手島 修¹、渡邊 峻¹、野中 水¹、荒井直樹¹、金澤 潤¹、
中川隆行²、島内正起²、南 優子³、林原賢治¹、大石修司¹、石井幸雄¹、
齋藤武文¹

悪性黒色腫は予後の悪い腫瘍の一つで、皮膚に発生することが多く、実質臓器に発生するものは稀である。特に肺原発の悪性黒色腫は稀であり、肺原発悪性腫瘍全体の0.01%と報告されている。肺原発悪性黒色腫の特徴は肉眼的には気管支内腔へポリープ状に発育し、メラニンを含むため黒褐色であることがあげられる。予後は非常に不良で、直接死因では肺転移による呼吸不全が多く、気道や肺病変のコントロールが重要である。気道狭窄音を契機に診断された肺原発悪性黒色腫を経験したため報告する。症例は87歳男性。胸部異常音で当院紹介。胸部CTで左主気管支に突出する腫瘍と左肺下葉S6に結節影を認めた。気管支鏡検査では気管内に複数の色素沈着を認めた他、左主気管支をほぼ閉塞する褐色調の腫瘍病変を認めた。悪性黒色腫を疑い、全身麻酔下に高周波スネアで腫瘍を切除した。病理組織診断で腫瘍細胞とメラニン顆粒を認め悪性黒色腫と診断した。全身精査で多臓器病変を認めず、肺原発の悪性黒色腫の気管内多発転移と考えた。気管内の腫瘍切除後、気道狭窄音の改善を認め窒息死は回避できた。BRAF 遺伝子変異陰性であったため、気管・肺の悪性黒色腫に対する治療としてNivolumab 480mg 4週ごとの加療を行った。気管内の腫瘍は縮小を維持できていたが、肺内の腫瘍は経時的に増大した。9コース投与した段階で脳転移を認め、緩和治療の方針となり、診断から16ヵ月で死亡確認となった。軟性気管支鏡下の気管内腫瘍の切除は気道閉塞解除に有用と思われた。肺原発悪性黒色腫の治療は確立しておらず、また予後は一般的には極めて不良であり、今後の研究が必要と考えられた。

7. 最近の肺 *M. abscessus* subsp. *abscessus* 症例の臨床的検討

国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○中村研太 (なかむら けんた)、名和日向子、山崎健斗、手島 修、渡邊 峻、野中 水、平野 瞳、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、林原賢治、大石修司、齋藤武文、石井幸雄

抗酸菌は、酸に抵抗性を示す性質から名付けられた細菌の一種であり、結核菌、非結核性抗酸菌(Non-tuberculosis Mycobacterium: NTM)、らい菌に大別される。その中の NTM は、土・水・家畜を含む動物などの環境中に生息し、現在 200 種類以上が確認されており、菌種によって多種多様な性質を持つとされる。肺 NTM 症の約 9 割を占めるのが肺 MAC 症であり、*Mycobacterium avium* と *Mycobacterium intracellulare* から成る *Mycobacterium avium* complex (MAC) を原因菌とした肺感染症である。肺 NTM 症の残りの約 1 割は、*Mycobacterium kansasii* や *Mycobacterium abscessus*、その他の NTM が原因となるが、この中の *Mycobacterium abscessus* (以下、*M. abscessus*) は近年増加傾向である。

M. abscessus は、より詳細には *M. abscessus* subsp. *abscessus*、*M. abscessus* subsp. *bolletii*、*M. abscessus* subsp. *massiliense* の 3 亜種へ分類される。この中で、*M. abscessus* subsp. *abscessus* は、基本的にマクロライド耐性を有していることから、典型的な肺 MAC 症とは異なる治療戦略を要する。

今回、当院での肺 *M. abscessus* subsp. *abscessus* 症例を集計して臨床的検討を行ったため、若干の文献的考察を加えて報告する。

8. 急性の体動困難，両側難聴から癌性髄膜炎の診断となり急速な転帰をたどった 1 例

水戸済生会総合病院

総合内科¹、リウマチ・膠原病内科²、血液内科³、神経内科⁴、循環器内科⁵

○中尾優実（なかお ゆうみ）¹、田淵大貴²、友永聡美¹、清木祐介³、萩原晋也²、
木村健介⁴、千葉義郎^{1,5}

【背景】癌性髄膜炎は悪性腫瘍が髄膜へ播種することにより発症する比較的まれな疾患である。多彩な神経症状を呈するとされ、全癌患者の約4%に発症し、平均予後は約1カ月と極めて不良であると報告されている。今回、急性の体動困難、両側難聴を主訴とした、潜在性胃癌による癌性髄膜炎の症例を経験したので報告する。

【症例】70歳男性。2024年4月上旬より、頭痛、眼痛が出現した。医療機関を受診し降圧薬処方後帰宅となったが、同日夜間より両側難聴を自覚し、全身疼痛も伴った。血液検査で白血球数 18,000/ μ L、CRP 0.74mg/dL と上昇を認めたことから、リウマチ性多発筋痛症や血管炎疑いで当院に紹介となった。初診時は筆談可能であったが、翌日には意識レベルが低下し疎通不可となった。造影CT検査では縦隔および胃小弯側のリンパ節腫大を認めたが、明らかな感染巣や腫瘤性病変は認められなかった。頭部MRIでは右視床に拡散強調像で点状高信号を認める以外は有意な所見はなかった。眼科診察では血管炎を示唆する所見はなく、耳鼻咽喉科診察でも異常は指摘されなかった。聴性脳幹反応では右90dB、左は90dB以上の聴力低下を認めた。髄液検査では初圧300mmH₂O以上で、単核球優位の細胞数増多および髄液糖の低下(55mg/dL)を認めた。後に髄液の細胞診でAdenocarcinoma (Signet ring cell carcinoma) が認められ、癌性髄膜炎の診断となった。上部消化管内視鏡検査で胃幽門前部に3型胃癌を疑う病変を認め、生検にて一部に腺腔形成がうかがえる低分化腺癌と診断された。入院13日目に死亡確認となった。剖検はご遺族の希望なく実施しない方針となった。

【結論】潜在性の悪性腫瘍の初発症状として出現した場合は診断が非常に困難である。進行性の難聴を認める場合は癌性髄膜炎も鑑別に入れる必要がある。

9. 保存的加療により改善した再生不良性貧血合併 *Vibrio Vulnificus*. 敗血症の一例

JA とりで総合医療センター 消化器内科¹、血液内科²

○内館 梢（うちだて こずえ）¹、小川晋一²、塚田雅己¹、佐々真優¹、
佐藤陽香¹、上妻千明¹、相川恵里花¹、河村貴広¹

【症例】 76歳、男性

【主訴】 嘔気、腹痛、下痢

【現病歴】 X年6月より再生不良性貧血で当院血液内科へ通院開始となり、免疫抑制療法と輸血療法を開始された。同年9月4日に妻が採取した錐貝の刺身を食した。9月7日起床時より嘔気、腹痛、水様下痢（3-4行/日）を認め、夕方より40度台の発熱、意識障害を伴うようになり同日当院救急外来を受診した。免疫不全者に発症した感染性腸炎が疑われ、同日当科へ緊急入院しタゾバクタム・ピペラシリンの投与を開始した。第2病日に昇圧剤が開始となり、右上肢の発赤腫脹が出現した。全身状態、皮膚所見が悪化傾向にあり、抗生剤をメロペネムに変更し、バンコマイシン、アムホテシリンBを追加した。第4病日に血液培養よりグラム陰性桿菌が検出され、同時期より上肢に水泡が出現し、第5病日よりレボフロキサシンを併用した。第8病日に *Vibrio Vulnificus*. が同定された。その後全身状態は改善傾向にあったものの、右上肢の穿掘性潰瘍が遷延した。連日洗浄管理を行い、第37病日に退院した。退院後2か月間当院皮膚科へ通院し、完治した。X+6年経過し、現在も健在である。

【考察】 *Vibrio Vulnificus*. 敗血症は死亡率が高く、急速に進行する極めて重篤な内科疾患であるが遭遇頻度は少ない。今回我々は保存的加療により改善した比較的稀な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

10. Ustekinumabにより寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の1例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○南家一徳(なんけ いっとく)、石井桃花、東都里紗、金尾季範、前澤麻利、齊藤一真、軽部莉佳、白川純平、北野尚樹、福田啓太、渡辺研太郎、木下隼人、上山俊介、草野史彦

【症例】 31歳、女性

【現病歴】 20XX-5年(26歳時)に全大腸炎型潰瘍性大腸炎を診断された。治療開始後、PSL依存性であり、Azathioprineは薬剤性膵炎により不耐であり治療抵抗性であった。20XX-4年にVedolizumabが導入されたが1次無効、その後Infliximab、Golimumabと導入するもいずれも2次無効であり長期の寛解維持効果が得られなかった。20XX-3年にUstekinumabを導入し、粘膜治癒を達成、LRG・CRPなどのバイオマーカーも陰性化し寛解維持を継続していた。20XX年3月に、間欠熱と頸部・腋窩の疼痛性リンパ節腫大が出現した。造影CTでは、内部に壊死を疑う造影不良域を伴う頸部・腋窩・縦隔リンパ節の腫大があり、sIL-2R:745IU/mLと軽度高値だった。末血中の異型リンパ球は認めなかった。組織球性壊死性リンパ節炎、リンパ腫、その他リンパ増殖疾患が鑑別にあげられた。リンパ節生検を検討していたところ、自然軽快してきたため経過観察していたが、20XX年4月に症状が再燃し、頸部リンパ節生検を施行した。病理組織像は、大小様々なリンパ球様細胞を認め、異型が高度なリンパ球は認めなかった。加えて、核変を貪食する組織球を少数認め、組織球性壊死性リンパ節炎を疑う所見であった。臨床像とあわせて、組織球性壊死性リンパ節炎と診断し、PSL治療を検討したが再度自然軽快を得て、以後症状再燃なく現在に至るまでUstekinumabを継続中である。

【考察】潰瘍性大腸炎やCrohn病に対する生物学的製剤の投与によりリンパ増殖性疾患(特に悪性リンパ腫)発症の報告が少数散見される。医中誌・Pubmedでは、Crohn病に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の報告が1例のみあったが、Ustekinumabに関連した報告はなかった。自験例において、潰瘍性大腸炎・Ustekinumabとの因果関係は明らかではないものの、リンパ増殖性疾患の報告がある故にUstekinumab継続に懸念があったが、現在に至るまで再燃はない。

【結語】 Ustekinumabで寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の1例を経験した。文献的考察を加えて本会で報告する。

11. 感音性難聴と糖尿病が先行し 10 年以上を経て心不全発症を契機に診断に至った A3243G 変異を有するミトコンドリア病の 1 例

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○佐藤慶和（さとう よしかず）、峯尾 堯、田原智大、石沢太基、平野秀典、仲田恭崇、原 聡史、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁

症例は 46 歳、男性。30 歳頃より難聴を自覚するようになり、徐々に進行する原因不明の感音性難聴として補聴器で対応されていた。また 35 歳時に糖尿病を指摘され、インスリンによる加療が行なわれていたが、40 歳時より通院を自己中断していた。46 歳時の 20XX 年 4 月より労作時息切れを自覚するようになった。同年 10 月より息切れが増悪し、両下腿浮腫、陰嚢水腫も出現したため、当院循環器内科を受診した。胸部 X 線写真で両側肺うっ血、胸水貯留が認められ、心臓超音波検査では左室肥大と左室機能低下が認められた。うっ血性心不全と診断し、精査加療目的に入院となった。心筋生検での電子顕微鏡像では空胞変性や大小不同などのミトコンドリア形態異常を認め、また血液検体におけるミトコンドリア遺伝子検査において A3243G 変異が確認されミトコンドリア病と診断された。神経症状は認めず、ミトコンドリア病を示唆する家族歴はこれまで確認されていない。薬物的に心不全コントロールを行ない、心臓突然死一次予防として皮下植込み型除細動器植込み術を施行した。ミトコンドリア病は同一遺伝子変異であってもヘテロプラスミーにより表現型の多様性を有し、時に診断を困難とする。本例では、発症から 10 年以上が経過し心不全を契機に初めて診断に至った。A3243G 変異を有する糖尿病症例において約 30%に心筋症を合併することが報告されているが、先行する症状から心障害発現までの期間は症例毎に幅がある。ミトコンドリア病ではその多様な臨床像と長期的な病像の進行を考慮し診療にあたることが、本疾患の診断と管理において不可欠であると考えられた。

