

第 2 1 9 回茨城県内科学会

日 時 令和 4 年 3 月 1 2 日 (土)
1 4 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

発表形式 WEB 開催 (Zoom ウェビナー)

当番幹事 茂木秀人
(国家公務員共済組合連合会水府病院 消化器内科部長)

第 2 1 9 回茨城県内科学会

日 時 令和 4 年 3 月 12 日 (土) 14:00～17:00

発表形式 WEB 開催 (Zoom ウェビナー)

当番幹事 茂木秀人 (国家公務員共済組合連合会水府病院 呼吸器内科部長)

●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 3 月 3 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) 申請をご希望の方は事前登録時にお申し出ください。(必要記載事項: 氏名・ふりがな・所属医療機関名・所属都市医師会名・県医師会所属有無)
- 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://zoom.us/webinar/register/WN__XU3xjCnRZ-iTlnI3CIhTw



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=3vrDVJXik0ZbMhXINUmtHslzYHdE93oV7YEhla_drk-A.DQMAAAW0-9ldhZBTlpNNUxqSINLaUNINjNkSVVJZTFB0CtiR02SvatrigXL_Bagw [BhbCt3U0FDUT09&uuiid=WN_-](#)

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 1 9 回当番幹事

連絡先: 国家公務員共済組合連合会水府病院 茂木秀人
〒311-4141 茨城県水戸市赤塚 1 丁目 1 番地
Tel: 029-309-5000 Fax: 029-309-5550

● 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）

14:05～14:29 座長 国家公務員共済組合連合会水府病院 渡邊 治

1. MPO-ANCA 陽性多発血管炎性肉芽腫症の 1 例 -MPO-ANCA 陽性の意義
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

○渡邊安祐美、佐藤裕基、山岸哲也、中泉太祐、薮内悠貴、平野 瞳、
野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

2. 原因不明の縦隔リンパ節腫脹に対して経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検
法を施行して診断に至った播種性クリプトコッカス症の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○手島 修、小澤 優、高瀬志穂、羽鳥貴士、松村聡介、沼田岳士、
太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

3. 播種性結核を契機に診断された後天性免疫不全症候群の 1 例

-外国生まれ結核患者のまとめ-

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

○渡邊安祐美、佐藤裕基、山岸哲也、中泉太祐、薮内悠貴、平野 瞳、
野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

一般演題（２）

14:29～14:53 座長 国家公務員共済組合連合会水府病院 鹿島正行

4. 左反回神経麻痺による嘔声を主訴として発症した肺門・縦隔リンパ節結核の1例

独立行政法人国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター
呼吸器内科¹⁾、同 臨床研究部²⁾

○中泉太佑¹⁾、金澤 潤¹⁾、渡邊安祐美¹⁾、佐藤裕基¹⁾、山岸哲也¹⁾、
藪内悠貴¹⁾、平野 瞳¹⁾、野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、
三浦由記子¹⁾、林原賢治¹⁾、薄井真悟²⁾、大石修司¹⁾、齋藤武文¹⁾

5. 胸部 CT 上、典型的な高吸収粘液栓を認めたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の1例

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

○大場憲正¹⁾、藪内悠貴¹⁾、渡邊安祐美¹⁾、佐藤裕基¹⁾、山岸哲也¹⁾、
中泉太佑¹⁾、平野 瞳¹⁾、野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、
三浦由記子¹⁾、南 優子²⁾、薄井真悟³⁾、大石修司¹⁾、林原賢治¹⁾、
齋藤武文¹⁾

6. 茨城県で確認された日本紅斑熱とツツガ虫病の典型的症例
筑波記念病院

○斎藤祥愛、加藤佑介

一般演題 (3)

14:53~15:09

座長

国家公務員共済組合連合会水府病院 小久保弘晶

7. IgA 腎症にネフローゼ症候群をきたした1例

日立総合病院 腎臓内科

○松田洋直、永井 恵、原 聖、影山美希子、岩瀬茉未子、植田敦志

8. 原因不明の嚥下障害、呼吸不全として気管切開が行われていた、重症筋無力症の87歳女性例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○柳井健作、高橋 直、副島一樹、鬼木絢子、松田隼弥、石原正一郎、
富満弘之

一般演題（４）

15:09～15:41

座長

国家公務員共済組合連合会水府病院 茂木秀人

9. 大腸癌切除後に内視鏡経過を確認し得た Cronkhite－canada 症候群の１例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○押田樹羅、玉虫 惇、森山由貴、中川俊一郎、柿崎文郎、上田 元、
門馬匡邦、小西直樹、屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、本多 彰、
池上 正

10. CT で診断され保存的加療で軽快した大網裂孔ヘルニアの一例

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾

○竹内恵理¹⁾、柏村 浩¹⁾、目時佳恵¹⁾、根本陽介¹⁾、渡部主樹¹⁾、金野直言¹⁾、
宗像紅里¹⁾、今井雄史¹⁾、大川原 健¹⁾、仁平 武¹⁾、永井志歩²⁾、
池口文香²⁾、金子宣樹²⁾、加藤修志²⁾、丸山常彦²⁾

11. 食道裂孔ヘルニアにより閉塞性胆管炎を生じた一例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○川内結加里、佐野慎哉、東都理紗、笠野由佳、本多晶子、石井亮佑、
河上和輝、福田啓太、渡辺研太郎、杉山勇太、久保田洋平、末松聡史、
木下隼人、上山俊介、市田 崇、田沢潤一、草野史彦、酒井義法

12. 著明な好酸球増多をきたした薬剤性肝障害の１例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科

○菅原未来、真下翔太、大関瑞治

特別講演

15:45～16:45

座長

国家公務員共済組合連合会水府病院 茂木秀人

薬剤性消化管障害の最近のトピックス

－消化性潰瘍から下部消化管障害まで含めて－

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

教授 岩本淳一 先生

閉会挨拶 16:45～16:50 茂木秀人（国家公務員共済組合連合会水府病院 消化器内科部長）

幹 事 会 17:00～ W E B 開催

特別講演

薬剤性消化管障害の最近のトピックス

ー消化性潰瘍から下部消化管障害まで含めてー

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科
教授 岩本淳一

整形外科領域疾患や関節リウマチ治療等で非ステロイド性抗炎症薬（non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs）は使用される頻度が高い薬剤であり、薬物性潰瘍の中では最も頻度が高いことが 30 年以上前から指摘されている。NSAIDs による消化管粘膜傷害の主たる機序は、粘膜においてサイトプロテクション作用を有するプロスタグランジン（PG）をシクロオキシゲナーゼ（COX）抑制を介して減少させることによる。1983 年 *Helicobacter pylori*（以下 *H. pylori*）の発見以降、*H. pylori* と NSAIDs は消化性潰瘍の二大原因として認知されるに至り消化性潰瘍の治療は大きく変わった。低用量アスピリン（Low-dose aspirin: 以下 LDA）の脳血管障害や虚血性心疾患の二次予防に関する大規模臨床試験の結果から、LDA の脳血管障害や虚血性心疾患の二次予防に関しての有効性が証明されて LDA の処方が増加にともない、LDA による消化性潰瘍患者数の増加が指摘されている。NSAIDs や LDA 以外の消化性潰瘍の原因となる薬剤としてビスホスホネート系薬剤（アレンドロン酸）、抗癌薬（シクロホスファミド+メトトレキサート+フルオロウラシル、フルオロウラシル単剤）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors : SSRI）、糖質ステロイド等が薬剤単独または併用等で潰瘍発生リスクを高めることが指摘されている。NSAID や LDA は胃十二指腸粘膜障害のみではなく、カプセル内視鏡（Video capsule endoscopy : VCE）（以下 VCE）やバルーン小腸内視鏡（balloon assisted endoscopy : BAE）

（以下 BAE）等の小腸検査の進歩によって小腸にも粘膜障害をもたらすことが多く報告されるようになった。また最近では、免疫チェックポイント阻害薬による炎症性腸疾患類似の大腸炎や下痢症が指摘されており、免疫関連有害事象としての理解と管理が必要である。本講演では、NSAIDs や LDA をはじめ、その他の消化管障害をきたす薬剤に起因する胃粘膜傷害、消化性潰瘍、小腸粘膜障害等の臨床像・内視鏡的特徴、治療予防等のマネジメントについて解説する。

一般演題

1. MPO-ANCA 陽性多発血管炎性肉芽腫症の 1 例 –MPO-ANCA 陽性の意義–

国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○渡邊安祐美（わたなべ あゆみ）、佐藤裕基、山岸哲也、中泉太祐、藪内悠貴、平野 瞳、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、大石修司、林原賢治、齋藤武文

多発血管炎性肉芽腫症(GPA)は、全身の小血管炎、肉芽腫性炎症を特徴とし、教科書的にはPR3-ANCA 陽性を示す難病である。MPO-ANCA 陽性 GPA の 1 例を経験したため MPO-ANCA の意義について考察を加え報告する。

症例は副鼻腔炎で手術歴のある 85 歳女性。X 年 8 月に発熱、咳嗽を主訴に前医受診し、肺炎の診断で抗菌薬加療されたが改善乏しく、画像所見は増悪傾向であった。CT で両側全肺野に多発する結節影を認め、血液検査で MPO-ANCA 高値であった。副鼻腔炎の既往、血尿・蛋白尿から GPA が疑われ、経気管支肺生検、腎生検、鼻腔粘膜生検を施行。腎生検で半月体形成を伴う壊死性糸球体腎炎を認めた。症状、病理所見等から肺及び腎病変を伴う限局型 GPA と診断した。生検結果判明までの 1 ヶ月程度の間に、陰影および呼吸器症状は自然軽快傾向となり、MPO-ANCA も低下傾向であった。糖尿病の既往や高齢であることなどから免疫抑制薬のリスクは高く、症状及び画像所見が自然軽快傾向で、限局型と考えられたことから副腎皮質ステロイド単独での治療を行う方針とした。プレドニゾロン 1mg/kg を開始し陰影は著明に改善し、MPO-ANCA はさらに低下した。

欧米において ANCA 陽性 GPA 例の 80-95%が PR3-ANCA 陽性であることが知られているが、日本では半数程度が MPO-ANCA 陽性である。PR3-ANCA に比し、MPO-ANCA は疾患活動性との相関は少ないとされるが、本例では症状や画像所見の改善にともない ANCA の値が低下した。また MPO-ANCA 陽性、腎病変は共に予後不良因子とされ、MPO-ANCA 陽性腎病変合併例は非可逆的で治療反応性に乏しく慢性化する傾向にあるとされる。肺に多発結節陰影を伴った MPO-ANCA 陽性例は、GPA の可能性を積極的に考慮し、腎病変の有無を含め評価する必要がある。

2. 原因不明の縦隔リンパ節腫脹に対して経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検法を施行して診断に至った播種性クリプトコッカス症の一例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○手島 修（てしま しゅう）、小澤 優、高瀬志穂、羽鳥貴士、松村聡介、
沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

【症例】68 歳男性。慢性リンパ性白血病に対してイブルチニブによる治療を施行されていた。急性経過の発熱と呼吸困難を主訴に救急外来を受診し、低酸素血症を認めたため同日緊急入院となった。CT 検査で両側胸水貯留と気管支血管束の肥厚、縦隔リンパ節腫脹を認めた。画像所見からうっ血性心不全やリンパ増殖疾患を鑑別に挙げた。非侵襲的陽圧換気や利尿薬など心不全治療を施行したが呼吸状態の改善に乏しかった。診断のため縦隔リンパ節生検が必要であるが呼吸状態が不良で気管支鏡検査が困難であり、経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検法（EUS-B-FNA）を施行した。その結果縦隔リンパ節よりクリプトコッカス菌体を認めた。その後血液や髄液からもクリプトコッカス菌体を認め、播種性クリプトコッカス症の診断に至った。5 類感染症のため管轄保健所に報告し、アムホテリシン B リボソーム製剤の点滴と、フルシトシンの内服による初期治療を開始した。治療開始後呼吸状態は改善を認め、非侵襲的人工呼吸管理から離脱し、酸素投与も不要となった。縦隔リンパ節腫脹や気管支血管束の肥厚といった画像所見も改善を認めた。髄液中のクリプトコッカス抗原や菌体数は一時改善を認めたが、途中から治療反応性が不良となり、髄液中からクリプトコッカスが消失することはなかった。その後抗真菌薬による副作用で重症の小腸炎を併発し、腎前性腎不全となったため、初期治療は終了してフルコナゾールの点滴に変更した。その後肺炎や腸炎を併発し、敗血症状態となり抗菌薬治療や全身管理を行ったが、他臓器不全のため第 162 病日死亡した。

【まとめ】原因不明の縦隔リンパ節腫脹は積極的に診断をつけるべきである。呼吸状態が不良の場合には、経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検法が有用である。

3. 播種性結核を契機に診断された後天性免疫不全症候群の1例 –外国生まれ結核患者のまとめ–

国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○渡邊安祐美（わたなべ あゆみ）、佐藤裕基、山岸哲也、中泉太祐、藪内悠貴、平野 瞳、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、大石修司、林原賢治、齋藤武文

HIV 感染症は HIV が主に CD4 陽性リンパ球に感染し、免疫系が破壊される進行性疾患である。我が国では AIDS 指標疾患から診断されるいきなりエイズが多い。今回、播種性結核を契機に診断された外国生まれ AIDS の 1 例を自験外国生まれ結核患者のまとめと共に報告する。

症例は自国で結核に対して内服治療歴のある 28 歳インドネシア人女性、来院 1 ヶ月前から左頸部痛、咳嗽を自覚した。40℃の発熱と CT で両側肺野のすりガラス影と肝脾腫を指摘され前医入院、抗菌薬加療開始されたが喀痰抗酸菌塗抹陽性が判明したため当院転院となった。右上葉小結節、頸部、縦隔と肝門部リンパ節の腫大と肝酵素上昇から肺結核、リンパ節結核に肝結核の合併が疑われ、播種性結核と診断した。抗 HIV 抗体陽性、CD4 $3.8/\mu\text{l}$ 、HIV-RNA98 万 copy/ml からすでに AIDS 期の状態と考えられた。PSL 併用下で INH+RBT+EB+PZA による結核治療を先行し、2 週間後から DTG+TDF/FTC での抗 HIV 治療を開始した。気管支肺洗浄液で *Pneumocystis Jirovecii* を多数認め、頭部造影 CT での右前頭葉低吸収病変とトキソプラズマ IgG 高値から、ニューモシスチス肺炎、トキソプラズマ脳症の可能性が示唆され、ST 合剤での治療を追加した。経過中免疫再構築症候群を疑う発熱や薬剤性を疑う肝障害、血球減少を認めたが、喀痰培養陰性、CD4 増加傾向、HIV-RNA 減少傾向に至った。

結核・HIV 重複感染症は、HIV 感染による結核感染症の重症化、結核による HIV-RNA 量増加や疾患進行への関与など、相互に悪影響を及ぼすことが知られ、さらに薬物相互作用、薬剤による有害事象、免疫再構築症候群、等の治療阻害因子を有する。外国生まれ結核患者が増えつつある現状から結核・HIV 重複感染症患者も今後増加する臨床的に注意すべき病態と考えられたため報告する。

4. 左反回神経麻痺による嗄声を主訴として発症した肺門・縦隔リンパ節結核の 1 例

国立病院機構茨城東病院内科診療部 呼吸器内科¹⁾、同 臨床研究部²⁾

○中泉太佑(なかいずみ たいすけ)¹⁾、金澤 潤¹⁾、渡邊安祐美¹⁾、佐藤裕基¹⁾、
山岸哲也¹⁾、藪内悠貴¹⁾、平野 瞳¹⁾、野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、
三浦由記子¹⁾、林原賢治¹⁾、薄井真悟²⁾、大石修司¹⁾、齋藤武文¹⁾

非術後性反回神経麻痺の約 4 割が胸部疾患によるが、肺癌・食道癌・縦隔腫瘍・大動脈瘤がほとんどを占め、胸部良性疾患、特に感染症が原因になることはまれである。今回、肺門・縦隔リンパ節結核の内因性再燃による左反回神経麻痺に伴う嗄声を主訴として発症し、2 年後に気管支結核から喀痰抗酸菌塗抹陽性となった症例を経験した。

症例はこれまで結核の既往や治療歴のない 89 歳女性、既往歴に高血圧と血小板減少症がある。X-2 年 3 月に嗄声を認め他院耳鼻科で左反回神経麻痺と診断された。PET/CT で大動脈下・気管分岐下・右肺門リンパ節が腫大しており、IGRA 陽性であった。侵襲的検査のリスクが高いと判断され無治療で経過観察された。X 年 11 月胸部 CT で両肺上葉を中心に粒状影が認められ喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性、結核菌 PCR 陽性となり当院へ入院となった。胸部造影 CT では気管分岐下リンパ節に接した左主気管支が狭窄しており、リンパ節結核から気管支結核、肺結核を発症し喀痰抗酸菌塗抹陽性になったと考えた。イソニアジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミドの 4 剤による治療を開始した。元々血小板減少があり、他院血液内科で特発性血小板減少性紫斑病として経過観察されていたが、治療開始 1 カ月ほど経過してから血小板数が $2.4 \text{ 万}/\mu\text{l}$ まで低下したため抗結核薬を中止し改善がみられた。特発性血小板減少性紫斑病が背景にあると判断し、プレドニン 30 mg/日の内服を行いながら抗結核薬治療を再開した。ステロイド投与下で血小板数は十分に回復したため抗結核薬治療を継続することができ、抗結核薬による明らかな副作用も認めずに経過した。治療再開後、喀痰抗酸菌塗抹・培養陰性が確認でき、現在、外来加療を継続中である。

反回神経麻痺の原因としてまれではあるが、リンパ節結核を考慮する必要がある。

5. 胸部 CT 上、典型的な高吸収粘液栓を認めたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の 1 例

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

○大場憲正(おおば のりまさ)¹⁾、藪内悠貴¹⁾、渡邊安祐美¹⁾、佐藤裕基¹⁾、
山岸哲也¹⁾、中泉太佑¹⁾、平野 瞳¹⁾、野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、
三浦由記子¹⁾、南 優子²⁾、薄井真悟³⁾、大石修司¹⁾、林原賢治¹⁾、
齋藤武文¹⁾

アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) はアスペルギルス真菌に対する I 型、III 型アレルギー性肺疾患である。診断基準として従来、使用されてきた Rosenberg、国際医真菌学会の基準は感度が低く、加えてアスペルギルス以外の真菌による同病態の診断が困難であるなどの問題が指摘されていた。2021 年に報告された Asano らの新基準は、感度、特異度とも 90% を超え、さらに新たに気管支鏡所見が加わったことが特徴的である。今回、新基準により診断に至り、特に気管支鏡検査所見が診断上、有用だった症例を経験した。症例は 72 歳男性。肺結核・橋本病の既往がある。38℃ 台の発熱および X 線で胸部異常陰影を指摘され、抗菌薬治療を受けた結果、解熱は得られたが陰影は残存した。胸部 CT で右肺に中枢性気管支拡張と、S6 領域に高吸収粘液栓を認めたため、気管支鏡検査を施行する目的で当院に入院となった。入院時血液検査では、好酸球は上昇していたが IgE は正常範囲内だった。アスペルギルスに対する特異的 IgE 抗体、アスペルギルス沈降抗体は陽性であった。気管支鏡検査で右 B6a に黄色の粘液栓を認めたため生検を施行した結果、好酸球とともに Grocott 染色陽性の断片化した糸状菌を認め、粘液栓と気管洗浄液の培養から糸状菌が検出された。以上のことから、ABPM の新診断基準の 10 項目のうち high attenuation mucous を含めた 7 項目を満たし、本症例を ABPA と診断した。過去の基準では診断に迷うところだったが、気管支鏡検査所見が認められた新基準から早期に診断することができた。この新診断基準に必要な検査は日本国内の医療機関であればどこでも実施が可能であり、さらにこの基準の適用により診断の遅れを減少させ、既存構造の破壊が進行する前の適切な治療を開始できるとされる。同基準の有用性について文献的考察を含めて報告する。

6. 茨城県で確認された日本紅斑熱とツツガ虫病の典型的症例

筑波記念病院

○斎藤祥愛(さいとう さちえ)、加藤佑介

(1) 【症例】71 歳、女性、【主訴】全身性皮疹、

【現病歴】X 年 9 月、登山の際に右腹部をマダニに刺され、その後上腕を主体に皮疹が出現し全身へと広がった。倦怠感強く、徐々に食思不振となり、精査加療目的に入院となった。

(2) 【症例】76 歳、男性、【主訴】意識障害、発熱、

【現病歴】X 年 12 月に数日間の発熱と意識障害があり救急搬送された。身体所見では全身に皮疹を認め、精査加療目的に入院となった。

・両症例ともマダニ咬傷を認め、それぞれの皮疹の性状や血液検査からもダニ媒介感染症を疑い、刺し口の痂皮と全血や血清を提出。速やかにミノマイシンで加療開始した結果、全身状態とデータ上の改善を得られたため退院となった。

【考察】

①日本紅斑熱の症例では刺し口の痂皮のみから遺伝子検出され、ツツガ虫病の症例では全血と痂皮から検出された。

②ダニ媒介感染症が疑われた場合、治療の遅れは重症化に繋がるため、検体結果を待たずテトラサイクリン系抗菌薬の先行投与が望まれる。

③季節性もダニ媒介感染症の鑑別指標になり得る。

【結語】茨城県にて確認された日本紅斑熱とツツガ虫病の典型的な症例を報告した。検体採取時は刺し口の痂皮を見つけ出す事が重要である。

7. IgA 腎症にネフローゼ症候群をきたした 1 例

日立総合病院 腎臓内科

○松田洋直（まつだ ひろなお）、永井 恵、原 聖、影山美希子、岩瀬茉未子、
植田敦志

【症例】34 歳 男性 【主訴】下腿浮腫

【現病歴】X-11 年に初発のネフローゼ症候群で腎生検で微小変化型と IgA 沈着症の病理診断でステロイド治療を行い寛解。その後ステロイド減量中 X-8 年にネフローゼ症候群再発で入院し、腎生検では増殖性変化を認めて IgA 腎症と診断された。ステロイド治療を行い寛解、その後ステロイドを漸減し X-1 年にステロイド離脱した。

X-1 週間に職場、家庭のストレスによる過飲酒でその後下腿浮腫、全身倦怠感が出現した。尿蛋白 6.8 g / g Cre、Alb1.0 mg/dL のためネフローゼ症候群と診断。直ちに腎生検を施行され、食事療法とヘパリンによる抗凝固療法で徐々に尿蛋白量は減少していた。病理の結果は、2 回目と同様に微小変化群および IgA 腎症の診断となり PSL50mg で治療開始した。治療反応は良好であり、8 日目で寛解を得て、Alb も上昇した。2 回目の再発でありステロイド依存性ネフローゼ症候群としてリツキシマブ投与を行い 26 日目に退院した。

【考察】IgA 腎症にネフローゼ症候群を合併するのは稀である。合併した場合は①IgA 腎症の増悪、②IgA 腎症と他の疾患の合併を考える。これら 2 つの鑑別には腎生検による病理診断が必要不可欠な要素であり、それによって治療強度や、腎予後が変わってくる。一般に IgA 腎症の増悪によるネフローゼ症候群の場合は腎病理では活動性病変を認め、ステロイド治療抵抗性を示す。IgA 腎症に微小変化群の合併の場合はステロイドの反応性は良好である。

本症例は病理では IgA 腎症の増悪を認めず、ステロイド治療も奏功したことから IgA 腎症+微小変化型ネフローゼの合併が考えられた。今回 IgA 腎症にネフローゼ症候群を合併し、鑑別と治療決定において腎病理が重要であった 1 例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

8. 原因不明の嚥下障害、呼吸不全として気管切開が行われていた、重症筋無力症の 87 歳女性例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○柳井健作（やない けんさく）、高橋 直、副島一樹、鬼木絢子、松田隼弥、
石原正一郎、富満弘之

症例は特記すべき既往歴の無い 87 歳女性。X 年 3 月頃より嚥下障害を自覚していた。同年 5 月頃には食事摂取が困難になり、A 病院に入院した。入院後に II 型呼吸不全が急激に出現し、非侵襲的陽圧換気による管理が行われた。その後気管切開が行われたが、胸部 CT や上部消化管内視鏡検査で異常を認めなかったため、原因不明の嚥下障害と呼吸不全として退院となった。退院 2 日後の X 年 9 月某日、体動困難および食事摂取困難で当院内科に緊急入院となった。入院後の耳鼻科評価で両側声帯外転麻痺が指摘され、神経筋疾患の疑いで当科にコンサルテーションされた。入院時は嚥下障害、声帯麻痺、日内変動のある眼瞼下垂を認めるものの、四肢の筋力低下は軽度に留まっていた。検査では、抗 AChR 抗体・抗 MuSK 抗体は陰性であり、反復神経刺激試験・アイスパック試験も陰性であったが、エドロホニウム試験で喉頭挙上の改善が見られたため、症状と合わせて重症筋無力症と診断した。免疫グロブリン大量静注療法から治療を開始し、tacrolimus、prednisolone 内服を導入したところ、徐々に声帯麻痺の改善が見られた。入院 2 か月後には食事摂取や発語が可能になるまで回復した。後日、抗 Lrp4 抗体が陽性と判明して診断が裏付けられた。本邦において、65 歳以上での重症筋無力症の有病率は 2 倍以上に増加しており、重症筋無力症患者の半数以上を 65 歳以上が占めている。また、重症筋無力症の初発症状の中で球症状は 14.9%であり、球症状をきたしている高齢者の中で重症筋無力症は決して稀ではない。高齢者においては、併存する合併症や加齢による眼裂狭小化により、本症例のように診断に難渋する場合があるが、適切な治療により改善する可能性があるという点で重症筋無力症は重要である。高齢者の嚥下障害・呼吸不全の原因が不明である場合、重症筋無力症をはじめとする神経筋疾患を鑑別に入れる必要がある。

9. 大腸癌切除後に内視鏡経過を確認し得た Cronkhite – canada 症候群の1例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○押田樹羅（おしだ じゅら）、玉虫 惇、森山由貴、中川俊一郎、柿崎文郎、
上田 元、門馬匡邦、小西直樹、屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、本多 彰、
池上 正

62 歳の男性。食欲不振と下痢、脱毛を主訴に来院した。頭部全体的に脱毛著明で頭髪は認めず。上部消化管内視鏡検査では胃全体に多発性ポリープ所見みとめた。大腸内視鏡検査でも同様に多発性ポリープ所見を認め、S 状結腸癌を合併していた。カプセル内視鏡でも同様所見で消化管全体に認められた。組織検査では粘膜固有層を主座に、腺の嚢状拡張、粘膜の浮腫と炎症細胞浸潤をともなう炎症像で hamartomatous polyps の診断であった。S 状結腸癌の外科治療を行った。また主要所見の3項目認めクローンカイト・カナダ（Cronkhite-canada）症候群と確定診断した。ステロイド治療を開始後、消化管病変と脱毛は改善した。ステロイド漸減して寛解していたためステロイド off したが、消化管病変と脱毛が増悪し、再度ステロイド再開し現在も治療を継続している。

Cronkhite-canada 症候群は消化管に多数の非腫瘍性ポリープが発生する非遺伝性疾患であり、原因は明らかになっていない。腹痛、下痢、食欲低下などの消化器症状を呈し、脱毛、爪甲萎縮、皮膚色素沈着などの皮膚症状を伴う特徴がある。世界的に稀な疾患であるが、わが国からの報告が6割以上を占めている。近年消化管腫瘍の高リスク群として考えられている。治療は副腎皮質ステロイド薬が有効とされているが、ステロイド治療の増減や中止の可否等具体的投与方法に関する検討は少ない。本例は腸管希少難病である Cronkhite-canada 症候群に大腸癌を合併し、治療前後内視鏡像を確認でき、ステロイド治療中止で増悪を確認し、ステロイド治療継続が必要なことを確認できた貴重な症例と思われ報告する。

10. CT で診断され保存的加療で軽快した大網裂孔ヘルニアの一例

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

○竹内恵理（たけうち えり）¹⁾、柏村 浩¹⁾、目時佳恵¹⁾、根本陽介¹⁾、
渡部主樹¹⁾、金野直言¹⁾、宗像紅里¹⁾、今井雄史¹⁾、大川原 健¹⁾、
仁平 武¹⁾、永井志歩²⁾、池口文香²⁾、金子宣樹²⁾、加藤修志²⁾、丸山常彦²⁾

【緒言】大網裂孔ヘルニアは先天性、外傷性、手術に伴う損傷などにより生じた大網の裂孔部に腸管が陥入しておこる内ヘルニアであり、稀な疾患である。近年画像診断の進歩に伴って、術前に正診される症例も増加している。今回、画像診断がついた後に保存治療で軽快した大網裂孔ヘルニアの一例を経験したので報告する。

【症例】66 歳女性。

【主訴】臍周囲痛。

【既往歴】高脂血症通院中。腹部手術歴なし。

【現病歴】10 日前の未明に臍周囲痛が出現したが 1 時間ほどで消失した。7 日前にも腹痛があり 5 日前に近医を受診した。その後は臍周囲の違和感の持続と間欠的な臍周囲痛があるものの腹部圧痛や反跳痛はなく経過観察していた。しかし左側腹部の圧痛と軽度の反跳痛が出現したため、急性腹症として当科に紹介受診した。

【経過】来院時腹部は軟で左上腹部の圧痛を認めるが反跳痛は消失していた。CT では胃の背側、膵臓および横行結腸の腹側に嚢状の空腸拡張像を認め、腸管周囲の脂肪組織濃度の上昇を伴うことから、大網裂孔ヘルニアの嵌頓等を考えたが、closed loop となった腸管の拡張は比較的軽度で、腸管には造影不領域がなく腹水貯留もなかったため外科と相談し慎重に絶食補液で経過を見た。翌日には腹部自発痛は消失し、3 病日には腹部圧痛も消失し排便も認められたため、流動食から食事を開始した。CT 検査を 2 度追加したが、脱出した腸管は生理的な解剖学的位置に戻っており 8 病日に退院した。

【考案】大網裂孔ヘルニアは内ヘルニアの 1%に過ぎない稀な疾患である。嵌頓した腸管が虚血壊死する可能性があるため迅速な診断と外科治療が要求されるが、特徴的な臨床所見に乏しく術前診断は困難とされている。本例は自他覚所見が急速に軽快したため、外科チームとの連携下に手術せず一時退院できた。しかし今後は、将来の待機的な腹腔鏡手術について外来で十分に相談していく予定である。

11. 食道裂孔ヘルニアにより閉塞性胆管炎を生じた一例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○川内結加里（かわうち ゆかり）、佐野愼哉、東都理紗、笠野由佳、本多晶子、石井亮佑、河上和輝、福田啓太、渡辺研太郎、杉山勇太、久保田洋平、末松聡史、木下隼人、上山俊介、市田 崇、田沢潤一、草野史彦、酒井義法

【症例】77 歳女性

【現病歴】20XX-3 年 8 月に健康診断の腹部超音波検査で肝内胆管 4mm の拡張を指摘され、当科外来を受診した。CT・MRI からは、食道裂孔からの胃前庭部脱出に伴う、胆管走行異常を認めた。軽度の胆道系酵素の上昇はあったが、高齢でもあり UDCA 内服での外来経過観察となった。20XX 年 2 月発熱・嘔吐を主訴に救急外来を受診した。CT では十二指腸下降脚と臍頭部、肝外胆管が食道裂孔から縦隔内へ脱出し、胆管拡張は増悪し、閉塞性胆管炎の診断で同日入院した。

【経過】入院後は抗菌薬投与と経皮経肝胆管ドレナージにより胆管炎は改善した。透視下内視鏡で十二指腸は腹腔内へ整復できたが、胆管走行異常に改善は得られなかった。第 16 病日、腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術及び胃壁固定を施行され、胆管走行異常は改善し、第 34 病日に退院した。

【考察】本症例は、十二指腸の縦隔内脱出により、胆管の走行異常や 通過障害を来とし、最終的に胆管炎の発症で診断に至った。医中誌で「食道裂孔ヘルニア/ 胃軸捻転症」かつ「胆管炎/胆管狭窄/胆管閉塞」で検索したところ、2010 年から 2018 年までの 4 件と希少な症例だった。

【結語】食道裂孔ヘルニアにより閉塞性胆管炎を生じた一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

12. 著明な好酸球増多をきたした薬剤性肝障害の1例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科

○菅原未来（すがわら みく）、真下翔太、大関瑞治

【症例】50代男性【主訴】発熱【現病歴】X月Y-4日より37℃後半～38℃後半の発熱が出現し、持続していた。X月Y日、かかりつけ医受診し、血液検査で炎症反応高値のため当院紹介受診した。【既往歴】19歳～潰瘍性大腸炎【服薬歴】定時内服はメサラジン(リアルダ®)、ビフィズス菌製剤、チキジウム臭化物で数年変化なし、X-2月に歯科処置後に2-3日アセトアミノフェン内服、X月Y-4日から発熱に対して、アセトアミノフェン内服数回あり。X月Y-10日からY-6日まで市販の漢方薬(朝鮮人参)を内服。【身体所見】血圧 107/75mmHg、脈拍 106/分、体温 37℃、呼吸数 22/分、SpO₂ 96%、眼球結膜黄染あり、腹部平坦軟、圧痛なし、前胸部～腹部に癒合傾向を示す小紅斑を認める。【血液検査所見】WBC 31.5 x10³/μl (Nuet 28%、Ly 4%、Mo 3%、Eo 65%)、Hb 14.3 g/dl、Plt 131 x10³/μl、AST 477 U/l、ALT 786 U/l、LD 753 U/l、ALP 554 U/l、GGT 163 U/l、T-Bil 6.5mg/dl、TP 7.8 g/dl、Alb 3.3 g/dl、BUN 22mg/dl、Cr 1.27 mg/dl、CRP 11.93 mg/dl、PT% 57.7%、APTT 30.2 秒【腹部造影CT検査】門脈相で肝実質は不均一まだらで低吸収域が目立つ、肝内肝外胆管に有意な拡張はなし、噴門部や肝門部、傍大動脈に多数の腫大リンパ節を認める。【経過】発熱、皮疹、肝障害精査および治療目的に入院加療を行った。入院 day4 に施行した肝生検では門脈域のリンパ球、形質細胞、好酸球などの浸潤が目立ち、門脈域の拡大がみられ、小葉間胆管には好酸球浸潤がみられたことから好酸球増加による肝障害(肝炎)が考えられた。骨髓生検では好酸球の増加が目立ったが、芽球の増加は認めなかった。精査を進める間、無治療で肝機能障害は改善傾向となり、入院時 20475/μl であった好酸球も入院 day9 には 10860/μl と半減した。CRP や凝固異常も緩徐に改善傾向となった。ステロイド治療も検討したが、発熱や倦怠感といった症状も改善してきていたため、入院 day 9 に退院した。退院 1 週間後に外来で朝鮮人参/アセトアミノフェン/リアルダ®に対して、DLST を行った所、それぞれ最大 S. I 2.8/1.8/2.2、最大反応値 365/239/293 といずれも陽性であった。その他の検査結果としては、急性ウイルス性肝炎検査やツツガムシ抗体、抗核抗体や抗ミトコンドリア M2 抗体などいずれも陰性であった。IgE 3310 mg/dl と著明高値であり、アレルギーによる好酸球増加に伴う肝障害で、原因としては DLST が疑陽性の可能性は否定できないが、薬剤性肝障害と結論付けた。好酸球増加は薬剤性肝障害診断の一助となることは知られているが、薬剤性肝障害 65 症例をまとめた既報では好酸球百分率は 10.9±7.1%程度であり、本症例のように末梢好酸球が 20000/μl を超えるのは比較的まれだろう。本症例に関して、若干の文献的考察を加えて報告させていただく。

