

第 1 9 7 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 5 年 3 月 9 日 (土)
午後 2 時～午後 5 時 2 0 分

会 場 茨城県医師会 4 階大会議室

当番幹事 斎藤武文
(独立行政法人国立病院機構茨城東病院)

会場案内図



【拡大図】



茨城県医師会 4階大会議室
〒310-8581 水戸市笠原町 489
Tel 029-243-1111

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 下車すぐ

第 197 回茨城県内科学会

日 時 平成 25 年 3 月 9 日 (土) 午後 2 時～午後 5 時 20 分
場 所 茨城県医師会 4 階大会議室
当 番 幹 事 斎藤武文 (独立行政法人国立病院機構茨城東病院 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ファイル (PowerPoint2000 以降の形式、PowerPoint2007 の場合は保存形式を PowerPoint97-2003 にしてください。) を 2 月 28 日 (木) 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参加証 (学術講演 3 単位) 交付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。

●第 197 回当番幹事

連絡先: 独立行政法人国立病院機構茨城東病院 斎藤武文
〒319-1113 那珂郡東海村照沼 825
Tel 029-282-1151 Fax 029-282-7156

●茨城県内科学会事務局

連絡先: 総合病院土浦協同病院
〒300-0053 土浦市真鍋新町 11-7
Tel 029-823-3111 Fax 029-823-1160
e-mail: secretary@tkgh.jp

プログラム

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

一般演題

14:05～14:45 座長 東京医科大学茨城医療センター 根本 健司

1. インジゴカルミン腹腔内投与で診断した肝性胸水

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 1 内科診療部呼吸器内科 2 臨床研究部

○角田義弥¹、鶴崎聡俊¹、藤田一喬¹、金澤 潤¹、恩田直美¹、林 士元¹、
林原賢治¹、斎藤武文¹、梅津泰洋²

2. 初発症状として巨大肋骨腫瘍を契機に診断された多発性骨髄腫の 1 例

茨城県立中央病院 1 呼吸器内科 2 血液内科

○岡部友吾、大山博生、原口典博¹、山口昭三郎¹、内海啓子¹、橋本幾太¹、
飯塚聡介²、大越 靖²、堀 光雄²、鎗木孝之¹

3. 膿胸にて入院となり、筋生検で縁取り空胞を伴う筋原性変化を認めた 72 歳男性例

JA とりで総合医療センター 1 神経内科 2 呼吸器内科

3 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学

○富満弘之¹、柴田 翔²、関口輝彦³、沼沢祥行¹、赤座実穂¹、小林 禅¹、
石原正一郎³、新谷周三¹

4. 最近経験した気管支異物

水戸済生会総合病院 呼吸器内科

○宮尾佳子、渡辺 治、橋本俊夫

5. 局所麻酔下胸腔鏡検査により診断したサルコイドーシスの胸水の 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

○島 菜月、石川宏明、箭内英俊、渡辺裕子、沼田岳士、遠藤健夫

14:45～15:33 座長 独立行政法人国立病院機構茨城東病院 角田 義弥

6. ステロイド使用にて急激な腎機能悪化を来した結核性間質性腎炎の一例

総合病院土浦協同病院 腎臓内科

○渡邊誠之、 渭原克仁、 山口若葉、 内藤省太郎、 戸田孝之、 松井則明

7. 気管支洗浄液PCRにより診断しえた異型肺炎の2例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○恩田直美、 鶴崎聡俊、 藤田一喬、 金澤 潤、 角田義弥、 林 士元、 林原賢治、
斎藤武文

8. 多発脳塞栓を来した心臓内腫瘍の一例

茨城県立中央病院 1 総合診療科 2 神経内科

○牧瀬尚大¹、 岡部友吾¹、 関 昇子¹、 平田秀爾²、 関 義元¹、 小國英一²

9. 化学療法中に出現した胸痛で冠攣縮性狭心症の関与が疑われた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 内科

○橋本和軌、 黒沢 亮、 古橋杏輔、 田畑文昌、 中山明人、 四方達郎、 石山実樹、
中山久美子、 田口修一

10. 特徴的な肺画像所見を呈し、肺に局限した Birt-Hogg-Dube 症候群と考えられた
1 例

1 東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科

2 東京医科大学八王子医療センター 呼吸器内科

○根本健司¹、 大石修司²、 伊藤昌之¹、 仙波征太郎¹、 辻 隆夫¹、 足立秀喜¹、
青柴和徹¹、 中村博幸¹

11. 多発性筋炎、間質性肺炎罹患後に発症した後天性血友病 A の 1 例

牛久愛和総合病院 内科

○鈴木淳司、 内藤 誠、 石垣太郎、 瀬口雅人

15:33～16:13 座長 独立行政法人国立病院機構茨城東病院 恩田 直美

12. 失神の原因疾患として頻脈性心房細動と冠攣縮性狭心症の鑑別に難渋した症例

愛宣会 秦病院 内科

○辻田裕昭、櫻井将之、横田裕之、大沼善正、福岡裕人、吉津 徹、小澤 興

13. 対光近見反射解離を呈し、神経サルコイドーシスが疑われた 13 歳男性例

筑波大学医学医療系臨床医学域 神経内科学

○寺田 真、石井一弘、豊島モナミ、藏田 泉、玉岡 晃

14. 特発性反応性低血糖症の 1 例

1 水戸済生会総合病院 内分泌代謝・糖尿病内科

○小俣勝哉¹

15. 中心静脈カテーテル留置中に遅発性の左腕頭静脈損傷を来した 1 例

日立総合病院 神経内科

○金澤智美、朝比奈直揮、相澤哲史、藤田恒夫

16. 高血糖の改善後も不随意運動の増悪を認めた糖尿病性舞蹈病の 1 例

1 東京医科大学茨城医療センター代謝内分泌内科

2 井上内科クリニック

○小高以直¹、永瀬晃正¹、相良匡昭¹、美輪和浩¹、関根傑紀¹、呉 昌彦¹、
根本洋子¹、則武昌之¹、桂 善也¹、井上由加利²

特別講演

16:15～17:15 座長 独立行政法人国立病院機構茨城東病院 橋詰 寿律

「胸腔鏡による呼吸器疾患の診断と治療」

講師 筑波大学医学類副学類長
人間総合科学研究科呼吸器外科学教授 佐藤 幸夫 先生

閉会挨拶 17:15～17:20 斎藤 武文（独立行政法人国立病院機構茨城東病院 院長）

幹事会 17:20～

特別講演抄録

胸腔鏡による呼吸器疾患の診断と治療

筑波大学医学類副学類長、人間総合科学研究科呼吸器外科学教授
佐藤 幸夫

胸腔鏡手術は機器の進歩と共に 90 年代半ばから急速に普及し今日なお進歩を続けています。当初は気胸・神経原性縦隔腫瘍等の良性疾患を対象として始まりましたが、徐々に初期肺癌等の悪性疾患にも適用されるようになり、機器・技術の進歩と共にリンパ節転移を伴う肺癌にもその適応は広がってきています。

診断としては間質性肺炎等びまん性肺疾患の肺生検、サルコイドーシス、リンパ腫等のリンパ節生検、胸膜中皮腫等の胸膜生検に用いられています。更に当院では白色光に加え狭帯域光観察（NBI）を行い、肺癌の胸膜浸潤の有無及び胸膜中皮腫の診断に応用しています。

治療としては、気胸・膿胸等の胸膜疾患、胸腺腫・奇形種・神経原性腫瘍の治療から、肺癌等の悪性疾患に用いられており、特に肺癌で需要が増大し、現在当科では約 9 割を胸腔鏡下に治療しています。

これら多岐にわたる胸腔鏡手術の現況を手術ビデオと共に御紹介します。

抄 録

1. インジゴカルミン腹腔内投与で診断した肝性胸水

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○角田義弥 (つのだ よしや)、鶴崎聡俊、藤田一喬、金澤 潤、恩田直美、
林 士元、林原賢治、斎藤武文
臨床研究部 梅津泰洋

肝硬変に伴う肝性胸水の原因としては2つの説がある。1つは過大な腹腔内圧による造られた横隔膜の小孔から腹水が流れ込むという説で、もうひとつは横隔膜のリンパ網を介して腹水が胸腔に移行するというものである。

今回我々はインジゴカルミンを腹腔内に投与することで診断した横隔膜の小孔から腹水が流れ込んだと考えられる肝性胸水の1例を経験したので報告する。

症例

65歳女性。C型肝炎、肝硬変、糖尿病で前医通院中の患者。2012年10月22日感冒症状を主訴に前医受診。その際に右大量胸水を認め、精査のため入院となった。胸腔ドレーンからは連日大量の黄色透明の胸水が引けていたとのことであった。途中から発熱、呼吸困難を認め、急速に全身状態が悪化したため11月6日当院緊急転院。精査の結果、右急性膿胸、DIC、ARDSと診断した。胸腔ドレーンと広域抗菌薬で状態は改善傾向となった。胸腔ドレーンからの排液も100ml程度まで減少した。しかしその後肝硬変に伴う下血がコントロール困難となった。近医総合病院にいったん転院し、急性膿胸の治療も同院で行った。下血コントロール後、再度当院へ転院となるころから右胸腔ドレーンからの大量胸水が排出されるようになった。当院転院時大量の胸腹水があり、連日1500ml程度の胸水の排液を認めた。水分、塩分制限にもかかわらず胸水排液は持続し、代わりに本人の腹部膨満感は軽快した。肝性胸水を強く疑い、腹腔内にインジゴカルミンを散布したところ、その15秒程度後に胸腔ドレーンからの青色胸水の排出を認め、肝硬変に伴う肝性胸水と診断した。肝硬変コントロール後に胸水は消失し、退院となった。

若干の文献的考察を加え報告する。

2. 初発症状として巨大肋骨腫瘍を契機に診断された多発性骨髄腫の1例

茨城県立中央病院 呼吸器内科¹ 血液内科²

○岡部友吾 大山博生 原口典博¹ 山口昭三郎¹ 内海啓子¹ 橋本幾太¹
飯塚聡介² 大越 靖² 堀 光雄² 鏑木孝之¹

今回我々は、巨大な肋骨腫瘍を初発症状とした多発性骨髄腫の1例を経験した。症例は83歳男性。2012年3月頃に左前胸部に腫瘤を自覚し、徐々に増大するため前医受診。画像検査にて、左第4肋骨前外側部を主座とする75×55mm大の不整形腫瘤を認め、肋骨由来の軟骨肉腫疑い・多発骨転移と臨床診断された。全身化学療法目的に同年5月に当院呼吸器内科を紹介受診。確定診断目的にCTガイド下生検を施行し、病理学的に多発性骨髄腫と診断した。

血液内科に転科となり、レナリドミド10mg/日による治療を開始した。TP値の正常化、触診上の腫瘍径縮小が認められたが、投与9日後に腫瘍崩壊症候群に伴う急性肺障害を呈したためレナリドミド中止、デキサメタゾン投与を行い呼吸状態は改善した。その後、多発性骨髄腫の再増悪が認められたが、全身状態不良のためレナリドミド再投与は困難と判断し、以後緩和治療の方針として永眠された。

肋骨腫瘍の鑑別は、骨性腫瘍と軟性腫瘍に大別される。原発性骨腫瘍としては、軟骨肉腫、骨肉腫、ユーイング肉腫などがある。その中で、軟骨肉腫は最も一般的な骨性胸壁肉腫で、主に肋骨の前側領域から生じるとされる。また、原発性軟性腫瘍には、脂肪腫、神経線維腫、血管腫、リンパ腫などが挙げられる。一方、多発性骨髄腫は、無症状下での血液検査異常で発見される場合を除くと、骨病変による疼痛、全身倦怠感、貧血症状、発熱、神経症状、腎障害などが初発症状として認められることが多い。肋骨腫瘍を初発症状とした例はまれであり、示唆に富む症例と考えて報告した。

3. 膿胸にて入院となり、筋生検で縁取り空胞を伴う筋原性変化を認めた 72 歳男性例

JA とりで総合医療センター 神経内科¹⁾ 呼吸器内科²⁾

東京医科歯科大学大学院脳神経病態学³⁾

○富満弘之（とみみつひろゆき）¹⁾、柴田 翔²⁾、関口輝彦³⁾、沼沢祥行¹⁾、
赤座実穂¹⁾、小林 禅¹⁾、石原正一郎³⁾、新谷周三¹⁾

症例は 72 歳男性。主訴は発熱、呼吸困難、胸痛。家族歴では父親と姉に嚥下困難がみられた可能性が高いが、詳細は不明である。既往に 10 余年前から糖尿病、X-1 年に窒息、誤嚥性肺炎で入院歴がある（それ以前から飲みこみにくさは認められていた）。X 年 11 月から 38℃以上の発熱が出現した。4 日後に胸痛と呼吸困難を伴ったため、近医より紹介受診となった。レントゲンにて右肺に浸潤影と貯留物を認め、膿胸を疑い入院となった。胸腔ドレーンを挿入して持続排膿しながら MEPM 3g/日にて治療を行い、症状は徐々に改善した。これまでも嚥下困難、窒息、誤嚥性肺炎の既往があることから、慢性的な誤嚥性肺炎を原因とする膿胸の診断となった。食事を開始するも嚥下困難を認めたため、神経筋疾患の合併が疑われて神経内科受診となった。眼症状の訴えはないが、両側眼瞼下垂と眼球運動制限が疑われた。舌は小さめで可動域制限が認められた。上下肢とも近位筋に筋萎縮が認められたが、筋力ほぼ正常であった。入院後の血清クレアチンキナーゼ値は正常であったが、これまでの外来通院時は常に 400-500IU/L と上昇していた。針筋電図を施行した結果、基本は筋原性変化であったが、その中に高振幅運動単位電位や線維性収縮を認めた。骨格筋 CT でヒラメ筋と大腿内転筋群に脂肪化が疑われたため、左腓腹筋から筋生検を行った。筋生検では炎症細胞浸潤は認めず、筋線維の大小不同を認める筋原性変化であり、筋線維内に著明な縁取り空胞を伴っていた。以上のことから常染色体優性遺伝性の眼咽頭遠位型ミオパチーを考えている。嚥下に関してはリハビリ訓練を継続して、全身状態の改善に合わせて、また食形態を変えることで経口摂取は可能となった。本疾患は非常に稀であり、その他の縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーとの鑑別を含めて若干の考察を加えて発表する。

4. 最近経験した気管支異物

水戸済生会総合病院 呼吸器内科

○宮尾佳子、渡辺 治、橋本俊夫

気管支異物は窒息の原因ともなる救急疾患の 1 つであり、合併症として気管支炎、肺炎、無気肺などを引き起こすため、適切な診断と早急な対応が必要とされている。気管支異物は小児と高齢者に多いとされている。小児はなんでも口に入れてしまうことが原因と考えられ、異物はピーナッツ類や玩具類が多いとされている。高齢者は虚血性脳疾患、認知症などによる嚥下機能の低下が原因と考えられ、歯科関連異物、食物が多く報告されている。健常成人では稀であり、報告は少ないが、職業性の物質である針や釘、食物等がある。診断には初診時の詳細な問診が重要であり、誤嚥を疑うエピソードを把握し、気管支異物を疑うことが大切である。画像診断としては、X 線非透過性異物であれば、診断は容易であるが、X 線非透過性異物は少ないため、二次的に無気肺や、肺炎像を起こすことにより発見される例もある。また、胸部単純 X 線でも異常所見を認めない例も多く、そのような場合には胸部 CT、3DCT が有用であると考えられる。

今回、高齢者と、健常成人に見られた気管支異物を経験したので文献的考察も交えて報告する。

5. 局所麻酔下胸腔鏡検査により診断したサルコイドーシスの胸水の 1 例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○島 菜月、石川宏明、箭内英俊、渡辺裕子、沼田岳士、遠藤健夫

症例は 44 歳男性。1996 年からサルコイドーシスの診断で経過観察されていた。2012 年 6 月から喀痰、咳が出現し、胸部 X 線で右胸水の出現と肺野陰影の増悪を認めた。胸水は滲出性かつリンパ球優位で ADA 高値であり、結核性胸膜炎が示唆される所見であった。局所麻酔下胸腔鏡検査で白色の小結節病を認め、小結節病変の検体をすり潰し培養と PCR を提出した。M.tuberculosis、M.avium、M.intracellulare は陰性で培養検査も抗酸菌、一般細菌ともに陰性であった。胸膜結節の病理所見は非乾酪性肉芽腫で QFT も陰性であり、サルコイドーシスによる胸水と考えられた。自覚症状が強く、ステロイド治療の適応と考えたため、PSL30mg/day を開始し自覚症状、右胸水、肺野陰影は改善した。サルコイドーシスによる胸水は珍しく文献的考察を加え報告する。

6. ステロイド使用にて急激な腎機能悪化を来した結核性間質性腎炎の一例

土浦協同病院 腎臓内科

○渡邊誠之, 渭原克仁, 山口若葉, 内藤省太郎, 戸田孝之, 松井則明

【症例】77歳、男性

【現病歴】他院にて血球減少を指摘され、2011年4月当院血液内科を受診。骨髓異形成症候群と診断され、外来で経過観察中であった。2012年4月よりアザシチジンによる化学療法を開始。4コースの治療を行い、血球減少は改善傾向となっていた。

7月の時点では sCr 0.86 mg/dl、尿蛋白ー、尿潜血ーと腎機能障害は認めなかったが、9/24に尿蛋白 2+、尿潜血 1+、sCr 1.04 mg/dl と軽度腎機能障害が出現。薬剤性腎障害を疑いアザシチジン投与を中止したがその後も進行性に腎機能は悪化し、11/29精査目的に入院となった。

【入院時現症および検査結果】体温 36.3℃、血圧 110/68 mmHg、下腿浮腫なし、Alb 3.0 mg/dl、BUN 44 mg/dl、Cr 5.22 mg/dl、K 3.3 mEq/l、Ca 9.0 mg/dl、IP 3.4 mg/dl、CRP 3.64 mg/dl、Hb 10.7 g/dl、WBC 5060 μ /l、Plt 8.6 万/ μ l、尿蛋白 2+、尿潜血 2+

【入院後経過】

11/30に腎生検を行い、肉芽種性間質性腎炎と診断。病理学的にも薬剤性の要因が疑われ、被疑薬中止後も腎機能は悪化していたため、ステロイドを開始する方針とした。

しかし12/5より38℃を越える発熱を認め、感染を懸念しCAZを開始した。1週間継続したが一般細菌培養は陰性で、37℃前後まで解熱した。腎炎の治療を急ぐため、12/15よりPSL 45mg/日を開始したが、17日にはCr 7.01 mg/dl、18日にはCr 7.34 mg/dl と急激な腎機能の悪化を認めた。前もって提出していたQFTが18日に陽性となり、痰・胃液・尿の結核菌PCRも陽性、痰・尿のZiehl染色染抹標本ではGaffky5号と報告された。すぐにPSLは中止し、結核治療が当院では困難のため12/20他院へ転院となった。

【考察】病理標本では現在明らかな結核菌は証明されず、非乾酪壊死性の肉芽腫を認めるのみではあったが、全身性の結核感染がある状態でステロイドを使用したことで急激な腎機能悪化を認めたことから、結核感染が起因となった間質性腎炎と考えられた。

7. 気管支洗浄液PCRにより診断しえた異型肺炎の2例

独立行政法人 国立病院機構 茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○恩田直美、鶴崎聡俊、藤田一喬、金澤 潤、角田義弥、林 士元、林原賢治、
斎藤武文

【症例1】60歳男性。発熱、咳嗽が出現。他院で上気道炎と診断され、解熱剤を処方されたが改善なく、3日後肺炎の診断で入院となった。CTRX2g×2で加療されたが、発熱持続、酸素吸入要するようになったため、当院転院となった。尿中レジオネラ抗原陰性であったが、気管支鏡施行、その洗浄液レジオネラPCR陽性からレジオネラ肺炎と診断した。BIPM0.3g×3, LVFX500mg×1投与開始後は速やかに改善認めた。

【症例2】26歳女性。熱発し、他院受診。AMPC他、感冒薬処方されたが、発熱持続、咳と痰出現し、胸部レントゲン撮影したところ、右下肺野浸潤影認めたため当院紹介となった。DRPM3g×3投与するも改善なく、気管支鏡検査施行し、洗浄液のマイコプラズマPCR陽性であった。LVFX500mg追加したところ改善認めた。なお、入院時マイコプラズマ特異的IgM迅速検査は陰性であった。尿中レジオネラ抗原、マイコプラズマ特異的IgM抗体が陰性で気管支洗浄液PCRにより診断に至ることができたレジオネラ肺炎、マイコプラズマ肺炎の2症例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

8. 多発脳塞栓を来した心臓内腫瘍の一例

○牧瀬尚大¹⁾、岡部友吾¹⁾、関 昇子¹⁾、平田秀爾²⁾、関 義元¹⁾、小國英一²⁾

1)茨城県立中央病院総合診療科 2)同 神経内科

症例は82歳男性。2010年11月食道癌に対し化学放射線療法を行ったが、リンパ節転移と食道狭窄に進行したため2012年8月に食道ステント留置術を施行された。2012年10月某日右手のシビレ感と右上下肢の脱力を主訴に当院救急外来を受診した。頭部MRIにて右頭頂葉、右後頭葉、左小脳、左側頭葉、左頭頂葉に多発性の新生脳梗塞巣を認めたため緊急入院となった。食道癌の易出血性のため、ヘパリン点滴やワーファリン内服等の抗凝固療法を行わず、補液のみの治療方針とした。不整脈に対するワソラン内服の既往もあることから、発作性心房細動による心原性脳塞栓症の可能性を疑い、入院翌日に心臓超音波検査を行った。その結果、僧帽弁腱索に付着する可動性腫瘍を見だした。心内血栓、感染性心内膜炎による尤贅、食道癌の転移性腫瘍、原発性の乳頭状線維弾性腫(papillary fibroelastoma)などが考えられたが確定診断には至らなかった。複数回の血液培養が陰性であることから、感染性心内膜炎は否定的と考えた。

入院中に構音障害と失語が出現したため、頭部MRIを再検したところ、新生脳梗塞巣の増加を認めた。脳梗塞新生抑制の根本的治療は困難と診断し、軟食の経口摂取・短距離の独歩可能を確認し、入院2週間後に自宅退院とした。退院後は徐々に全身状態が悪化し、退院の約2週間後に再入院した。この時点での心臓超音波検査では、左室内腫瘍の著明な増大を認めた。脳梗塞に対する補液と誤嚥性肺炎に対する抗生剤投与のみを行ったが、徐々に全身状態が悪化し、再入院約3週間後患者は永眠した。

心臓内腫瘍を伴う多発性脳塞栓症の一例を経験した。剖検所見と併せて報告し、多発性脳塞栓症発症機序を考察する。

9. 化学療法中に出現した胸痛で冠攣縮性狭心症の関与が疑われた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 内科

○橋本和軌、黒沢 亮、古橋杏輔、田畑文昌、中山明人、四方達郎、石山実樹、
中山久美子、田口修一

症例は 48 歳男性。2 年前より指摘されていた悪性リンパ腫 (Follicular lymphoma、G3A stage IV-A、FLIPI L-1) にて当院血液内科入院中、化学療法 (R-CHASE 3 コース目) 施行・末梢血幹細胞移植予定であった患者。毎回化学療法施行中の早朝に 5 分ほど持続し冷感を伴う胸痛の出現があり。8 月 29 日頃より朝方の胸部圧迫感を訴えた。病棟にて施行の心電図では ST 変化は認めず、III 誘導で T 波の陰転化を認めた。冠動脈 CT にて右冠動脈 #2 に狭窄疑いもしくは motion effect の造影抜けを認めた。9 月 20 日より第 3 コースの CHASE 療法を開始。9 月 26 日にリツキシマブ投与。化学療法施行 Day7 前後に再度胸痛の訴えあり、精査の心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈造影にて冠動脈の有意狭窄は認めず。器質的狭窄による狭心症は否定的であったが、症候、心電図変化と冠動脈 CT の所見より、冠攣縮性狭心症の関与が疑われた。Nicorandil の内服を開始し、その後は胸部症状の出現、心電図の変化を認めなかった。

化学療法による心血管毒性については種々の報告がなされている。本症例では、悪性リンパ腫に対しての R-CHASE 療法 (CPA (Cyclophosphamide)、High-dose Ara C (Cytarabine)、DEX (Dexamethasone)、VP-16 (Etoposide) および Rituximab) を施行し、冠攣縮性狭心症への関与が疑われたため、文献学的考察も加えて報告する。

10. 特徴的な肺画像所見を呈し、肺に局限した Birt-Hogg-Dube 症候群と考えられた 1 例

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科¹⁾

東京医科大学八王子医療センター 呼吸器内科²⁾

○根本健司¹⁾、大石修司²⁾、伊藤昌之¹⁾、仙波征太郎¹⁾、辻 隆夫¹⁾、足立秀喜¹⁾、
青柴和徹¹⁾、中村博幸¹⁾

症例は 47 歳女性。30 歳頃から左右の気胸を数回繰り返していた。今回、右気胸の診断で当院へ紹介入院となった際に、問診にて父および姉に気胸の家族歴あることが判明した。胸部 CT 画像では、両側下葉優位に不整形で様々なサイズの薄壁嚢胞が散在し、比較的中枢側の血管に接する嚢胞の存在も認めた。嚢胞以外の肺内にはびまん性陰影はみられなかった。皮疹や腎腫瘍の存在は認めなかったが、繰り返す家族性気胸と特徴的な胸部画像所見から Birt-Hogg-Dube(BHD)症候群を疑い、本人の承諾を得て遺伝子検査を行った。BHD 症候群の責任遺伝子である folliculin(FLCN) 遺伝子 (17p11.2) 検査の結果、exon4 の missense mutation(c.65C>A, p.Thr22Lys)が得られた。この変異はこれまで未報告であり、また missense mutation であったことから BHD 症候群と現時点で確定診断することは困難と思われた。しかしながら上記の臨床的特徴から、本症例は BHD 症候群の可能性も考慮して現在も注意深く経過観察中である。BHD 症候群は、反復性自然気胸、多発肺嚢胞、皮膚の線維毛包腫、腎腫瘍を臨床的特徴とする常染色体優生遺伝性疾患である。しかしながら、肺・皮膚・腎臓の 3 臓器の兆候が常に併存するわけではなく、本症例の様に肺単独での表現型も報告されている。BHD 症候群と診断する利点としては、生命予後に関わる腎腫瘍の早期発見と患者家族への正確な情報提供を行うことにあると考える。本症例の様に、繰り返す家族性気胸と特徴的な画像所見を呈する多発肺嚢胞がみられた場合、鑑別の一つとして BHD 症候群も疑い、十分に患者への説明と同意を得た上で遺伝子検査も検討する必要があると思われた。今回我々は稀な疾患である BHD 症候群と考えられた 1 例を経験したので、画像的特徴などの文献的考察も加えて報告する。

11. 多発性筋炎、間質性肺炎罹患後に発症した後天性血友病 A の 1 例

牛久愛和総合病院 内科

○鈴木淳司、内藤 誠、石垣太郎、瀬口雅人

症例は 59 歳男性。特に既往歴はなかったが、呼吸困難感、筋力低下のため某院呼吸器内科へ入院、間質性肺炎、多発性筋炎と診断、プレドニゾロンを 50mg から開始。また入院中、大球性貧血を認め、Vit.B12 低下、葉酸低下より、悪性貧血および葉酸欠乏と診断され、メコバラミン、葉酸も開始。入院 50 日目に、血尿、膀胱内出血を認め、同院泌尿器科にて TUR-C 凝固止血療法を実施、この時点で APTT86.2 (秒) と延長していたが、凝固因子の精査は行っていない。その後、筋力低下・貧血は回復し、第 70 病日にてプレドニゾロン 30mg まで漸減して退院。退院直後より内服を自己中断、右足のしびれ、臀部の皮下出血・疼痛が出現、歩行困難となり退院 6 日後に再び当初の病院へ入院。2 回目入院時には APTT240 以上と測定不能であり、Hb 5.4 と著明な貧血も認め、凝固因子を精査したところ、第 VIII 因子の活性が測定値以下、第 VIII 因子インヒビター陽性 (≥ 5.1 BU/ml の高力価) であり、自己免疫機序による後天性血友病 A と診断、再びプレドニゾロン 60mg を開始、入院 22 日目に治療目的で当院へ転院。転院時よりプレドニゾロン 60mg 継続するが、前胸部から背部にかけて皮下・筋肉内出血が起こり、貧血の悪化も認めたため、活性型第 VII 因子製剤によるバイパス止血療法を施行、さらに Cys-A による免疫抑制療法を導入。その後、血腫の拡大、疼痛の増強をみず経過し、転院 47 日目からプレドニゾロン漸減を開始。後天性血友病 A は稀な疾患ではあるが、突然の出血傾向を呈する患者に遭遇した場合、鑑別診断として念頭におく必要があり、文献的考察を踏まえ報告する。

12. 失神の原因疾患として頻脈性心房細動と冠攣縮性狭心症の鑑別に難渋した症例

愛宣会 秦病院 内科

○辻田裕昭、櫻井将之、横田裕之、大沼善正、福岡裕人、吉津 徹、小澤 興

症例は 55 歳、男性。職業は航海士。主訴は失神。既往歴はアルコール性肝障害以外特記すべき事はない。

過去に 2 度失神しているが精査したことはなかった。2013 年 1 月に船上で仕事に、突然、前駆症状を伴わない痙攣を伴う意識消失を発症した。5 分程度で自然に意識回復をした。そのため、救急隊要請となった。

救急隊到着時、意識レベル 1/JCS、E4V5M6、血圧 156/60mmHg、心拍数 180 回/分であった。心拍数が 180 回/分と頻脈であり、循環器ホットラインにて当院に救急搬送となった。来院時、心拍数 180 回/分台の心房細動を認めた。薬物除細動にて洞調律に復帰した。洞調律に復帰した心電図では異常所見を認めなかった。同日、失神精査目的で入院となった。

痙攣を伴った失神であり、てんかんや、脳血管病変を疑った。入院後に、頭部 CT、MRI、MRA を施行したが器質的な疾患は認めなかった。頸動脈エコー、頸動脈造影では狭窄を認めなかった。また、脳波ではてんかんの所見は認めなかった。

また、来院時頻脈性心房細動を認めたため、心原性失神も疑い精査を施行した。

運動負荷試験、24 時間ホルター心電図、入院中の心電図モニターでは洞調律を維持しており心房細動を含めた不性脈を認めなかった。心エコーでは、心機能は良好であり、弁膜症を認めなかった。また、電気生理学検査では不整脈は誘発されなかった。虚血性心疾患の関与を考え、冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では狭窄を認めなかった。しかし、アセチルコリン負荷試験では、胸痛、心電図変化、造影所見で攣縮を認め、陽性と判断した。

以上の検査所見より、失神の原因として頻脈性心房細動と、冠攣縮性狭心症が考えられた。

問診、臨床所見、各種検査より、確定診断が難しかった。そのため、ジルチアゼムの内服を開始し退院とした。

今回、失神の原因疾患として頻脈性心房細動と冠攣縮性狭心症の鑑別に難渋した症例を経験したので報告する。

13. 対光近見反射解離を呈し、神経サルコイドーシスが疑われた 13 歳男性例

○寺田 真，石井一弘，豊島モナミ，藏田 泉，玉岡 晃
筑波大学 医学医療系 臨床医学域 神経内科学

症例は 13 歳男性。X-1 年春から視力低下があり，X 年 3 月に複視を指摘された。X 年 5 月から間欠的に頭痛と発熱が出現した。7 月に前医の頭部 MRI 検査で異常を指摘された。精査加療目的に X 年 10 月に当科に入院した。神経学的に，両側眼球運動障害と右顔面知覚過敏を認めたほか，両側とも対光反射は微弱であったが，輻輳反射は保たれていた。頭部 MRI では第三脳室後部，両側視床内側部から中脳および視床間橋に，T2WI，FLAIR で高信号，T1WI で低信号を呈し，均一な造影増強効果を伴う病変を認めた。血清アンジオテンシン変換酵素（ACE）高値，尿中 Ca 高値から神経サルコイドーシスが疑われたが，ガリウムシンチグラフィ，胸腹部造影 CT 検査，気管支鏡検査は正常であった。髄液検査ではオリゴクローナルバンド（OCB）が陽性であった。「サルコイドーシスの診断基準と診断の手引きー2006」では Possible 群にとどまるが，神経サルコイドーシスとしてステロイドパルス療法と経口ステロイド療法を行った。対光反射が軽度改善し，頭部 MRI 画像で高信号領域の縮小と造影効果の消失，血清 ACE 値，尿中 Ca 値の正常化が得られた。

対光近見反射解離は中脳背側の病変に特徴的な所見とされ，病巣診断に有用であった。神経サルコイドーシスは成人サルコイドーシス症例の 5-15%にみられるが，小児での報告は少なく，本症例のように大脳基底核から脳幹部に局限した病巣を呈した症例はまれである。多発性硬化症の診断に用いられることの多い髄液 OCB は神経サルコイドーシスの 18%でも陽性となるが，Sinclair らは小児 200 例の検討で，頭蓋内炎症性疾患群 58 例中 11 例で髄液 OCB が陽性であったが，非炎症性疾患群 142 例では髄液 OCB は検出されなかったと報告している。本症例のように組織診を得ることが困難な症例では，頭蓋内炎症性疾患の鑑別に髄液 OCB 陽性の有用性が示唆された。また，血清 ACE 値などから神経サルコイドーシスが示唆される場合，積極的に免疫療法を行うことが必要であると考えられた。

14. 特発性反応性低血糖症の1例

○小俣勝哉¹⁾

1)水戸済生会総合病院 内分泌代謝・糖尿病内科

患者は37才女性。思春期以降食後時間帯を中心に振戦・冷汗といった低血糖様症状を認めるようになっており、その都度飴を舐めるなどして対処してきた。19才に近隣の大学病院を受診され、75gOGTTの結果インスリノーマを否定され（詳細は不明）、5分割食を指示されていた。その後も症状の改善を認めず37才になり精査目的で入院となった。入院後に実施した絶食試験では低血糖出現は認めずインスリン分泌過剰も指摘されなかった。75gOGTTではインスリン分泌は二峰性、かつ遅延していたものの低血糖は指摘されなかった。他疾患の存在も否定され、治療中の薬剤での低血糖誘発も考え難く、特発性反応性低血糖症と診断した。低血糖症の原因はインスリン・血糖降下剤を使用することにより引き起こされる薬剤性、甲状腺機能亢進症に代表される内分泌疾患、インスリノーマといった腫瘍性疾患、胃全摘後の後期ダンピング症候群の様な医原性が鑑別に挙げられる。基礎疾患に精神疾患を有する場合は低血糖の判断が困難な状況に直面することも多く、診断の際には慎重な鑑別診断が必要とされる。そのいずれの範疇にも属さない低血糖症を特発性反応性低血糖症と区分けする場合があるがその正確な機序は不明瞭である。今回家族内発症を疑われた特発性反応性低血糖症を経験したので若干の考察と共に報告する。

15. 中心静脈カテーテル留置中に遅発性の左腕頭静脈損傷を来した 1 例

日立総合病院 神経内科

○金澤智美, 朝比奈直揮, 相澤哲史, 藤田恒夫

【症例】81 歳, 女性. 【主訴】発熱, 顔面・左上肢の浮腫. 【現病歴】X 年 9 月に, 右前頭葉病変に伴う症候性てんかんで当科へ入院した. 誤嚥性肺炎を繰り返したため, 高カロリー輸液(以下 IVH)による管理を行っていた. 12 月某日に左内頸静脈から中心静脈カテーテル(以下 CVC)を挿入した(16Fr, シングルルーメン, 13cm 固定). カテーテルの挿入は円滑で, 胸部 X 線写真でカテーテル先端が左腕頭静脈内にあり, その走行に平行していることを確認した. 約 2 週間順調に IVH を施行した後, 挿入後 15 日目の胸部 X 線写真で右胸水が出現し, カテーテル先端が移動して左腕頭静脈に対して鋭角になっていた. 18 日目から 38 度台の発熱と顔面・左上肢の浮腫が出現した. 胸部造影 CT で CVC 先端が左腕頭静脈を穿破しているように見え, 同部に血栓と少量の空気がみられ, 前縦隔に 60mm×30mm の液体貯留を認めた. IVH の血管外漏出あるいは縦隔炎を疑い, CVC を抜去して抗生剤投与を行ったところ, 数日で解熱し, 浮腫と胸水・前縦隔の液体貯留も著明に改善した. 【考察】CVC による遅発性血管損傷の頻度は 0.17%と稀であり, CVC 挿入後 2.5~3.6 日と比較的早期に発生することが多く, 左内頸静脈・鎖骨下静脈からの挿入では右側の 2.9 倍の頻度で発生すると言われている. 本症例は CVC 挿入後約 2 週間経過してから発症した点が特徴的であり, 体位変換などによる CVC 先端の移動が原因と考えられた. 挿入後も, CVC 先端の位置を経時的に確認することが重要である.

16. 高血糖の改善後も不随意運動の増悪を認めた糖尿病性舞踏病の1例

東京医科大学茨城医療センター代謝内分泌内科

○小高以直、永瀬晃正、相良匡昭、美輪和浩、関根傑紀、呉 昌彦、根本洋子、
則武昌之、桂 善也

井上内科クリニック

井上由加利

【症例】64歳男性。

【主訴】左上下肢の不随意運動。左顔面の違和感。

【現病歴】57歳時に糖尿病を指摘され60歳時から近医通院中であつたが、経口血糖降下薬治療と中断の繰り返しであつた。3か月の治療中断後に高血糖(544mg/dl)となりインスリン治療を開始された。その2-3週間後から左上下肢の不随意運動が出現し、当院へ紹介となった。

【入院時現症】身長 164.5cm、体重 58.0kg、BMI 21.4。血圧 130/89mmHg。脈拍 83/min。体温 36.2℃。意識清明。明らかな麻痺はなし。筋力に明らかな左右差なし。感覚障害なし。舌および左上下肢に舞踏運動がみられた。

【入院時検査所見】 FPG 105 mg/dl, HbA1c 14.1 %。

【画像所見】頭部 MRI-T1 強調画像で両側被殻に右優位の高信号あり。

【診断】他の変性疾患を除外するために、神経内科へコンサルテーションした。急性発症していること、片側性であることから、他の変性疾患の可能性は否定的とされた。不随意運動および画像所見から糖尿病性舞踏病と診断した。

【入院後経過】前医からのインスリン治療を継続し、入院後も空腹時血糖が 70-120 mg/dl と血糖コントロールは良好であつた。入院後 7 日間ほど血糖コントロールのみで経過観察をしていたが不随意運動は増悪を認めた。8月1日よりハロペリドールを開始し、徐々に増量したところ不随意運動は改善を認めた。約1か月後には不随意運動症状がほぼ消失し、退院となった。

【考察】2008年の前田らの報告では、糖尿病性舞踏病は高血糖時に発症するものが大半とされたが、報告例の1割ほどは高血糖の是正後に生じていることも報告されている。血糖管理のみで不随意運動の消失した報告例も認められるが、本例では血糖コントロールのみでは症状の改善を認めず、ハロペリドール投与が有効であつた。

Memo

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~