

第 2 0 1 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 6 年 6 月 2 1 日 (土)
午後 2 時～午後 5 時

会 場 茨城県医師会 4 階大会議室

当番幹事 村田 実 (水戸済生会総合病院)

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 201 回茨城県内科学会

日 時 平成 26 年 6 月 21 日 (土) 午後 2 時～午後 5 時
場 所 茨城県医師会 4 階大会議室
当番幹事 村田 実 (水戸済生会総合病院 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 6 月 12 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 201 回当番幹事

連絡先: 水戸済生会総合病院 村田 実
〒311-4145 水戸市双葉台 3-3-10
Tel 029-254-5151 Fax 029-254-0502

●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

14:05～14:53 座長 水戸済生会総合病院 橋本 俊夫

1. アダリムマブ使用中に発症し、中止後に重篤な paradoxical response を生じた
粟粒結核の1例

総合病院土浦協同病院 1 呼吸器内科、2 内科

○清木祐介¹、山名高志¹、足立雄太¹、西山直樹¹、齋藤弘明¹、山下高明¹、
若井陽子¹、齋藤和人¹、篠原陽子¹、家坂義人²

2. 胸腔鏡により内腔を観察し得た関節リウマチ胸膜炎の1例

国立病院機構茨城東病院 1 内科診療部呼吸器内科、2 外科診療部呼吸器外科、
3 筑波大学医学医療系診断病理学

○金澤 潤¹、乾 年秀¹、中嶋真之¹、中澤真理子¹、兵頭健太郎¹、櫻井啓文¹、
根本健司¹、高久多希朗¹、大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、薄井真悟²、
濱本 篤²、島内正起²、南 優子³

3. インフルエンザ罹患後、インフルエンザ桿菌感染を合併しびまん性粒状影を呈し
た1例

1 国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科、2 筑波大学医学医療系診断病理学

○中澤真理子¹、乾 年秀¹、中嶋真之¹、金澤 潤¹、櫻井啓文¹、兵頭健太郎¹、
根本健司¹、高久多希朗¹、大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、南 優子²

4. 肺高血圧を合併した肺ランゲルハンス細胞組織球症の1例

1 国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科、2 筑波大学医学医療系診断病理学

○乾 年秀¹、根本健司¹、中嶋真之¹、中澤真理子¹、兵頭健太郎¹、櫻井啓文¹、
金澤 潤¹、高久多希朗¹、大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、南 優子²

5. 経過中に好酸球性肺炎を発症し、その治療により閉塞性換気障害が著明に改善した気管支喘息の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 1 総合診療科、2 呼吸器内科

○貴達俊徳¹、片山皓太¹、大原 元²、籠橋克紀²、栗島浩一²、佐藤浩昭²

6. 喘息患者における吸入ステロイド薬の変更による呼気中一酸化窒素濃度への影響
筑波大学呼吸器内科

○太田恭子、川口未央、田村智宏、中澤健介、小川良子、際本拓未、松野洋輔、
本間晋介、栗島浩一、森島祐子、坂本 透、檜澤伸之

14:53～15:25 座長 水戸済生会総合病院 山下 文男

7. Cibenzoline に伴う遷延した低血糖による意識障害を呈した高齢者の一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○渡邊久美子、樋口基明、玄 哲樹、山田典弘、千葉義郎、山下文男、大平晃司、
村田 実

8. 感染性左総腸骨・内腸骨動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○吉竹貴克、小澤貴暢、野本英嗣、服部英二郎、久保山 修、徳永 毅

9. PCPS を装着し救命し得た抗リン脂質抗体症候群に伴う肺血栓塞栓症の1例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○小林賢司、箭内英俊、大澤 翔、本間祐樹、沼田岳士、遠藤健夫

10. PQ 短縮を伴わず下壁梗塞様心電図所見を呈した WPW 症候群の1例

15:25～15:49 座長 水戸済生会総合病院 海老原 至

11. 強皮症腎の一例

水戸済生会総合病院 腎臓内科

○宗像紅里、国府田 恵、郡司真誠、大久保裕希、佐藤 ちひろ、海老原 至

12. 歩行障害・構音障害で発症し、頭部 MRI の白質異常信号、皮膚生検からエオジン好性核内封入体病(NIHID)を疑われた 51 歳女性例

筑波大学医学医療系神経内科学

○柳葉久実、山口哲人、詫間 浩、河村知幸、石井亜紀子、玉岡 晃

13. FGFR1 遺伝子異常を伴う骨髄増殖性腫瘍の経過観察中に T 細胞性リンパ芽球性リンパ腫を合併した 1 例

日立総合病院・内科

○海老澤和俊、周山拓也、工藤大輔、品川篤司、藤田恒夫、平井信二、岡 裕爾

15:49～16:13 座長 水戸済生会総合病院 柏村 浩

14. SSRI 内服中に SIADH による昏睡状態となった早期胃癌の一例

水戸済生会総合病院 1 消化器内科、2 救急科、3 代謝内分泌内科

○高村慎太郎^{1,2}、稲葉健介²、小俣勝哉³、柏村 浩¹、鹿志村純也¹、渡辺孝治¹、中村琢也¹、大川原健¹、浅野康治郎¹、仁平 武¹、玉造吉樹²、福井大治郎²、遠藤浩志²、須田高之²

15. 膵癌との鑑別が困難であった膵神経内分泌腫瘍の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○椎名映里、鹿志村純也、中村琢也、飯野陽太郎、大川原 健、渡辺孝治、柏村 浩、浅野康治郎、仁平 武

16. 胸部レントゲン写真で増大を指摘された縦隔腫瘍の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○阿部憲弘、加藤浩太、後藤雅之、木村一貴、小川雅史、田辺裕二郎、田中宏和、
大久保豊幸、大久保信司、

ミニレクチャー

16:13～16:53 座長 水戸済生会総合病院 村田 実

脾腫瘍の画像診断

講師 水戸済生会総合病院 消化器内科主任部長 鹿志村 純也 先生

閉会挨拶 16:53～16:58 村田 実（水戸済生会総合病院 院長）

幹 事 会 17:00～ 茨城県医師会 3 階第一会議室

ミニレクチャー抄録

腓腫瘍の画像診断

水戸済生会総合病院消化器内科 主任部長 鹿志村 純也

抄 録

1. アダリムマブ使用中に発症し、中止後に重篤な paradoxical response を生じた粟粒結核の 1 例

総合病院土浦協同病院 呼吸器内科

○清木祐介、山名高志、足立雄太、西山直樹、齋藤弘明、山下高明、若井陽子、
齊藤和人、篠原陽子、家坂義人

症例は 64 歳女性。55 歳時に関節リウマチと診断をされ、X-3 年よりメトトレキサート、X-1 年 10 月よりアダリムマブを開始された。X 年 3 月初旬より発熱、全身倦怠感が出現し 3 月 18 日に当院を受診した。同日アダリムマブを中止した。胸部単純 CT 検査で両肺野にびまん性に微細粒状影を認め、腹水、胃液、気管支洗浄液で結核菌を検出し、粟粒結核と診断した。3 月 23 日に PZA、INH、RFP、EB で治療開始し、速やかに解熱し、症状は軽快した。5 月 22 日より RFP、INH の 2 剤とし、順調に軽快していたが、8 月上旬より前頸部リンパ節の腫大を自覚、増大傾向となり、9 月 14 日耳鼻咽喉科を受診し、穿刺吸引細胞診で結核の死菌を認めた。9 月 26 日に穿刺後のリンパ節が自壊し、臨床的に paradoxical exacerbation と考えられた。2 剤の治療で経過をみたが、10 月 23 日の頸部造影 CT で複数の内部低吸収の右頸部リンパ節の腫大を認め、一部は右鎖骨下動脈に接していた。11 月 20 日の頸部造影 CT で増悪傾向であった。動脈への穿破を危惧し、paradoxical exacerbation に対し PSL20mg より投与開始したところ、自壊創部、右頸部リンパ節は縮小傾向となった。結核発覚時には TNF 阻害剤を中止するべきという意見もあるが、一方重篤な paradoxical response を生じる例もあり議論のあるところである。今回我々はアダリムマブを中止し肺結核の治療を施行したところ、重篤な paradoxical response を生じた 1 例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

2. 胸腔鏡により内腔を観察し得た関節リウマチ胸膜炎の1例

国立病院機構茨城東病院

1) 内科診療部呼吸器内科、2) 外科診療部呼吸器外科、

3) 筑波大学医学医療系診断病理学

○金澤 潤¹⁾、乾 年秀¹⁾、中嶋真之¹⁾、中澤真理子¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、
櫻井啓文¹⁾、根本健司¹⁾、高久多希朗¹⁾、大石修司¹⁾、林原賢治¹⁾、齋藤武文¹⁾、
薄井真悟²⁾、濱本 篤²⁾、島内正起²⁾、南 優子³⁾

症例は57歳男性。40歳時に多関節炎が出現し関節リウマチと診断された。これまで肺病変の指摘はなく、膠原病内科でmethotrexate 12 mg/週、prednisolone 3 mg/日を投与されていた。関節炎のコントロールが不十分であり2013年2月からabataceptを追加された。6月の肺がん検診で左胸水を指摘されabatacept中止、当院に紹介となった。白色混濁した好中球増加を伴う滲出性胸水を認め、細菌性胸膜炎として胸腔穿刺による排液および抗菌薬投与で胸水は減少した。しかし、胸水の再増加を認めたため2013年10月に再度紹介となった。

黄色混濁、無臭の胸水が採取され、細胞数 1300 / μ l(リンパ球 3%、好中球 90%、組織球 7%)、pH 7.5、胸水総蛋白 5.2 g/dl、胸水LDH 1583 IU/l、胸水糖 6 mg/dl、ADA 109.8 IU/l、RF 5.4 IU/ml、一般細菌塗抹・培養陰性、抗酸菌塗抹陰性、結核菌PCR陰性であった。関節リウマチに対して生物学的製剤の使用が望ましい状態であり、診断および結核性胸膜炎の除外目的に、全身麻酔下で胸腔鏡下胸膜生検を施行した。臓側胸膜、壁側胸膜ともに白色小結節の集簇を多数認め、横隔膜角、横隔膜面に黄色の小塊がみられた。また壁側胸膜は小疱状の病変が広く存在していた。組織診では白色小結節は凝固壊死した組織であり、炎症細胞は乏しかった。壁側胸膜では胸膜と脂肪組織間にリンパ球や形質細胞などの慢性炎症細胞浸潤がみられた。明らかな巨細胞の浸潤、乾酪壊死を伴う肉芽腫はなく、Ziehl-Neelsen染色で菌体は観察されなかった。以上の結果から関節リウマチに伴う胸膜炎と診断した。関節リウマチ患者では糖低値を特徴とする滲出性胸水を合併することがある。その頻度は3.3-5%で男性に多く、典型的には関節炎発症から数年後に生じ、その平均期間は約10年と報告されている。さらに胸水ADA高値となることが知られており、結核性胸膜炎との鑑別が重要になる。本例は胸腔鏡下胸膜生検を施行し関節リウマチ胸膜炎に特徴的と思われる内腔所見が得られた。文献的な考察を加えて報告する。

3. インフルエンザ罹患後、インフルエンザ桿菌感染を合併しびまん性粒状影を呈した1例

1) 国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

2) 筑波大学医学医療系診断病理学

○中澤真理子 1)、乾 年秀 1)、中嶋真之 1)、金澤 潤 1)、櫻井啓文 1)、
兵頭健太郎 1)、根本健司 1)、高久多希朗 1)、大石修司 1)、林原賢治 1)、
斎藤武文 1)、南 優子 2)

症例は55歳男性。陳旧性心筋梗塞、高血圧、糖尿病の既往があり内服加療中であつた。

X年1月11日頃より発熱を認め近医を受診した。インフルエンザAの診断でLaninamivir吸入を開始、症状は改善したが乾性咳嗽が持続していた。1月21日再度近医受診したところ、低酸素血症、炎症反応高値、胸部XPで両肺に粒状影を認め、当院紹介受診となった。

来院時SpO₂ 92%(O₂ 3L/min 経鼻)と低酸素血症を認め、胸部聴診では両側下肺を中心に湿性ラ音を聴取した。採血ではWBC 16400 /ul (Neut 91%)、CRP 17.64 mg/dlと炎症反応が上昇し、胸部CTで気管支壁肥厚及び小葉中心性粒状影をびまん性に認めた。喀痰検査ではGeckler5群の良質検体より*H. influenzae*が検出され、インフルエンザ桿菌による細気管支炎と診断し、抗生剤治療で陰影は改善した。

一般的にインフルエンザ桿菌肺炎の画像陰影は気管支壁に沿った広がりを示す気管支肺炎が主体であるが、本症例では全肺野にびまん性汎細気管支炎と鑑別を要するような小葉中心性の粒状影を認めた。しかし、以前から持続する咳、痰、労作時息切れなどの呼吸器症状は認めず、慢性副鼻腔炎の既往もなくびまん性汎細気管支炎は否定的であつた。インフルエンザ罹患後であり、細気管支領域の粘膜上皮の障害により非典型的画像所見を呈した可能性があると思われた。興味深い胸部画像所見を呈した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

4. 肺高血圧を合併した肺ランゲルハンス細胞組織球症の1例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科¹

筑波大学医学医療系診断病理学²

○乾 年秀¹, 根本健司¹, 中嶋真之¹, 中澤真理子¹, 兵頭健太郎¹, 櫻井啓文¹,
金澤 潤¹, 高久多希朗¹, 大石修司¹, 林原賢治¹, 斎藤武文¹, 南 優子²

【背景】肺ランゲルハンス細胞組織球症(PLCH)は喫煙との関連が指摘されているが、現在でもその病因/病態について明らかでない点が多く、治療法も確立されていない。PLCHの自然経過は、自然寛解するものから進行性で呼吸不全を呈する重症例までであるが、重症PLCHにおいては肺高血圧(PH)の合併が重要な予後因子とされる。今回我々は、肺高血圧を合併したPLCHに対しホスホジエステラーゼ-5(PDE-5)阻害薬であるTadalafilを使用し改善を得た1例を経験したので報告する。

【症例】重喫煙歴と鋳物製造の職業歴がある57歳男性。X年に咳嗽と呼吸困難感(mMRC 1)を主訴に近医受診。胸部画像所見上、両側肺に多発性肺嚢胞を認め、気管支鏡検査を施行するも診断に至らず、当院へ紹介受診。胸腔鏡下肺生検(VATS)の結果、PLCHと診断。禁煙により症状の改善を認め、経過観察の方針となった。X+2年、呼吸困難感の悪化(mMRC 3)と低酸素血症を認め、在宅酸素療法を導入。また、COPDに準じた治療として各種気管支拡張薬や吸入ステロイドを開始し、短期的にPSL内服も併用した。症状は一時改善したが、X+3年に呼吸困難感の増悪(mMRC 4, NYHA IV)を認め、右心カテーテル検査を施行。その結果、PH(平均肺動脈圧32mmHg, 平均肺動脈楔入圧6mmHg, 肺血管抵抗638.28dyne・sec・cm⁻⁵, 心係数2.02L/min/m²)と診断した。診断後Tadalafilを開始し、約3年が経過した現在に至るまで、症状の改善(mMRC 1, NYHA II)と肺動脈圧、肺血管抵抗の改善を得ている。後日、VATSで得られた肺組織を再度検鏡したが、細動脈の動脈化等の将来のPHへの進展を示唆する病理所見は確認されなかった。

【考察】PLCHに生じるPHは、肺病変に伴う2次性PHよりも肺動脈性肺高血圧と同様の病態が関連しているとされる。PHを伴うPLCHに対する治療は確立されていないが、本症例で使用したTadalafilは治療選択の一つとなり得る可能性が示唆された。

5. 経過中に好酸球性肺炎を発症し、その治療により閉塞性換気障害が著明に改善した気管支喘息の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹、呼吸器内科²
○貴達俊徳¹、片山皓太¹、大原 元²、籠橋克紀²、栗島浩一²、佐藤浩昭²

症例は59歳男性。喫煙40本/日を28年。会社員。吸入歴なし。35歳頃から、気管支喘息のため当院通院治療、断続的に副腎皮質ステロイドの経口投与を要していた。呼吸機能検査ではFEV1 0.90Lで、フローボリューム曲線は著しい閉塞性換気障害パターンを呈していた。経過観察中に咳、痰の増加があり、肺野に浸潤陰影を呈した。気管支鏡肺胞洗浄で好酸球の増加を確認に好酸球性肺炎と診断、副腎皮質ステロイドの投与を行い改善退院。その後実施した呼吸機能検査では、FEV1は3.46Lに改善し、フローボリューム曲線もほぼ正常に復していた。COPDと気管支喘息との鑑別は難しく、拡散能や β 刺激によるFEV1の改善の評価など詳細な呼吸機能検査の重要性が改めて確認された1例であった。今後の診療に示唆を与える例と考え報告した。

6. 喘息患者における吸入ステロイド薬の変更による呼気中一酸化窒素濃度への影響

筑波大学呼吸器内科

○太田恭子、川口未央、田村智宏、中澤健介、小川良子、際本拓未、松野洋輔、
本間晋介、栗島浩一、森島祐子、坂本 透、檜澤伸之

背景：呼気中一酸化窒素濃度（FeNO）は喘息の主たる病態であるアレルギー性気道炎症を反映することが知られている。吸入ステロイド薬（ICS）は喘息の気道炎症を最も効果的に改善できる薬剤であり、その長期管理において基本薬となっている。さらに吸入ステロイド薬/長時間作用性 β 2 刺激薬配合剤（ICS/LABA）は気道炎症ならびに気道閉塞を改善させることから軽症持続型以上の長期管理において中心的な薬剤の一つとなっている。FeNO 値の測定は非侵襲的かつ短時間で結果が得られ、これまで喘息の診断、長期管理に有用であることが多数報告されている。しかし長期間の ICS 投与にも関わらず FeNO 値が高い喘息患者で ICS 切り替えによる FeNO 値の変化はあまり報告されていない。そこで今回 ICS の切り替えによる FeNO 値への影響を検討した。

方法：当院通院中の喘息患者で最低3か月以上 ICS や ICS/LABA を変更しておらず、かつ FeNO 値が 37ppb 以上の患者を対象とした。FeNO 値の測定には NIOX MINO を用いた。ICS と ICS/LABA の切り替え方法として3群に分けた。①アドエアからシムビコート（n=3）、②シムビコートからアドエア（n=4）、③その他の ICS 単剤からアドエア（n=6）へ変更した。ICS 量は切り替え前後で同等となるようにした。切り替え後12週の時点で FeNO 値の測定、ACT スコア、肺機能検査を行った。

結果：切り替え前後で各群の FeNO 値に有意な変動は認めなかった。ACT スコアや肺機能（FEV1, FVC）も有意な変化は認めなかった。

考察：今回症例数が少ない解析であったが ICS を増量しない切り替えでは FeNO 値の有意な変動はなかった。好酸球性気道炎症を反映する FeNO 値 37ppb 以上の症例では ICS の増量などの治療のステップアップや吸入コンプライアンスのチェックが望ましいと考えられた。

7. Cibenzoline に伴う遷延した低血糖による意識障害を呈した高齢者の一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○渡邊久美子、樋口基明、玄 哲樹、山田典弘、千葉義郎、山下文男、大平晃司、
村田 実

症例は82歳の男性。糖尿病に対する治療の既往はなし。2011年から左室中部肥大型心筋症に対して他院にて Cibenzoline を経口投与されていた。2014年2月頃より上肢の脱力感が出現してきた。同年3月下旬に近医に入院、精査を行うも明らかな異常は指摘されなかった。しかし、徐々に食欲低下が増悪し、繰り返す構音障害も出現してきた。また血圧低下もあったため、4月11日に当院へ紹介となった。来院時、神経学的所見に異常は認めなかった。心電図所見ではHR 50bpmの洞調律であったが、心室内伝導障害を呈していた。血液検査ではCREが3.69と腎機能低下と Cibenzoline の血中濃度が1548ng/mlと高度上昇を認めた。徐脈による症状の疑いもあり、一時ペーシングを施行した上で入院加療とした。

入院時の血糖は127mg/dlであったが、経過中に50mg/dlまで下がる低血糖発作を繰り返し、それに伴い意識障害と脱力発作を認めた。ブドウ糖の静脈内注射で速やかに意識障害は改善した。以上から今回の意識障害は Cibenzoline 中毒に伴う低血糖発作によるものと考えられた。Cibenzoline を中止とし、十分な補液を行ったところ、入院後2日目には低血糖発作は認めなくなり、その後、徐脈、心室内伝導遅延も軽快傾向となり退院となった。

Cibenzoline は、膵β細胞に作用してインスリン分泌を促すことにより低血糖を引き起こすとされている。特に高齢者や腎機能低下例では低血糖が遷延する可能性が高いと考えられる。今回、高齢者の脱水、急性腎不全に伴う Cibenzoline 中毒を原因とした低血糖による意識障害を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

8. 感染性左総腸骨・内腸骨動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○吉竹貴克、小澤貴暢、野本英嗣、服部英二郎、久保山 修、徳永 毅

【症例】83 歳、女性。【主訴】腹痛。【現病歴】平成 26 年 1 月 21 日頃より腹痛を自覚していた。経口摂取は可能で便通も通常と変わらないが 37 度台の微熱が続いていた。症状改善しないため 1 月 27 日に近医を受診したところ炎症反応が高値であり当院へ紹介受診となった。腹部 CT で左総腸骨動脈および内腸骨動脈にかけて 17 mm 大の大動脈瘤および周囲組織の炎症所見があり、尿管への圧迫と思われる左水腎症をみとめた。経胸壁心エコーでは感染性心内膜炎は否定的であった。MEPM1.5g/日および PSL20mg/日を投与開始。後日血液培養でサルモネラ 0-9 が陽性となり PSL は中止し抗生剤は ABPC/SBT 4.5g/日に de escalation した。その後腹痛症状は軽度持続したものの発熱や炎症反応も改善傾向であった。2 月 4 日に他院心臓血管外科へ転院となり翌日左総腸骨動脈瘤に対し人工血管置換術が施行された。ABPC/SBT を約 6 週間の投与後に中止しているがその後の経過は良好である。【考察】感染性動脈瘤は全動脈瘤の約 0.7～3.0%と稀な疾患である。しかし破裂頻度が高く、敗血症も起こし保存的治療のみでの致死率は高いとされている。手術後の抗生剤の投与期間については現在も一定の見解はない。今回手術後抗生剤を中止し経過が良好である感染性動脈瘤の一例を経験したため報告する。

9. PCPS を装着し救命し得た抗リン脂質抗体症候群に伴う肺血栓塞栓症の1例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○小林賢司，箭内英俊，大澤 翔，本間祐樹，沼田岳士，遠藤健夫

症例は20歳，女性．流産歴などなし．X年1月25日より胸痛，呼吸困難が出現し，28日に血痰を認め，同日入院となった．入院時D-dimer 高値および心エコーでの推定右室圧上昇を認め，さらに肺血流シンチグラムで血流欠損像を認めたため，肺血栓塞栓症(PTE)と診断し抗凝固療法を開始した．しかし30日に突然呼吸不全が悪化し人工呼吸器管理となった．翌日にはさらに呼吸状態が悪化し，経皮的心肺補助装置(PCPS)を装着した．PCPS装着後は呼吸および循環動態の改善を認め，2月5日にPCPSから離脱した．その後肺癰や難治性膿胸等を併発したが，徐々に全身状態は改善を認め，8月3日に独歩にて退院した．

血液検査にてループスアンチコアグラントが陽性であり，抗リン脂質抗体症候群(APS)と考えられ，APSに伴うPTEと考えられた．

今回我々はPCPS装着により救命し得たAPSに伴うPTEの1例を経験したので，文献的考察を含め報告する．

10. PQ 短縮を伴わず下壁梗塞様心電図所見を呈した WPW 症候群の 1 例

11. 強皮症腎の一例

水戸済生会総合病院腎臓内科

○宗像紅里、国府田 恵、郡司真誠、大久保裕希、佐藤 ちひろ、海老原 至

【症例】43 歳男性 【現病歴】2013 年 12 月頃より両手指の硬性浮腫、2014 年 2 月中旬より視力低下を自覚し近医受診した。同院での尿検査で蛋白(2+)潜血(+)BUN/Cr₂₄ 2.2/1.79mg/dl の腎機能障害を指摘され、急性腎不全として 2 月 27 日他院腎臓内科へ紹介された。手指先端から肘部に及ぶ皮膚硬化・皮膚色素沈着・手指先端の小出血斑を認めた。また KWⅢ度の高血圧性眼底変化を伴う BP184/118 の高血圧、尿蛋白を伴う急性腎不全の経過からは未診断の強皮症腎クリーゼが強く疑われた。2 月 28 日より ARB の投与が開始され、精査・加療目的に 3 月 3 日当院へ紹介、同日入院となった。【入院後経過】入院後追加検査にて抗 Scl 抗体陽性が判明し、特徴的皮膚所見から強皮症の診断を満たすことが確認された。後日施行した皮膚生検でも強皮症皮膚病理に矛盾しない所見であった。腎病理・腎予後評価の目的に 3 月 11 日腎生検を施行、強皮症腎に合致する所見が得られたが、小動脈の内膜線維性肥厚や糸球体内皮障害は軽度に留まっていた。入院後も ARB 内服を継続し血圧コントロールは 130/80mmHg 前後と良好に推移し、また腎機能障害の進行も認めなかった。【考察】早期の ARB 投与開始により腎機能障害進展を阻止し得た強皮症腎の症例を経験した。強皮症腎はまれな疾患であり、文献学的考察も交えて本症例の特徴を検討する。

12. 歩行障害・構音障害で発症し、頭部 MRI の白質異常信号、皮膚生検からエオジン好性核内封入体病 (NIHID) を疑われた 51 歳女性例

筑波大学医学医療系神経内科学

○柳葉久実, 山口哲人, 詫間 浩, 河村知幸, 石井亜紀子, 玉岡 晃

【症例】51 歳, 女性【主訴】白質脳症の精査目的【現病歴】X-8 年より左上肢異常感覚, 歩行障害, 構音障害が出現し, 同年 7 月, 頭部 MRI で白質病変を認め, 多発性硬化症と診断された. 加療されたが症状は進行し, X-7 年には上肢の運動障害, 発語困難が出現した. X-6 年には ADL は全介助の状態で, 意思疎通は困難となり, X-1 年には失外套状態に至った. X 年当院に入院し, 頭部 MRI で大脳萎縮とびまん性の T2WI・FLAIR 高信号域, 運動野白質から錐体路の DWI 高信号, 後索優位の頸髄萎縮を認めた. MRS では lactate の上昇を認めず, 極長鎖脂肪酸や白血球中ライソゾーム活性は正常範囲内であった. 脳波検査では周期性同期性放電を認めず, 髄液一般所見や IgG index, Oligoclonal band, Myelin Basic Protein は正常値であった. 皮膚生検で ubiquitin, SUMO, P62 免疫染色陽性の核内封入体を認めたことから, エオジン好性核内封入体病 (NIHID) を疑った. 【考察】核内封入体はウイルス性脳炎で出現することが知られているが, 神経変性疾患においては, 認知症を伴う ALS を含む前頭側頭葉変性症などの変性疾患で, 運動ニューロン, 大脳皮質の神経細胞内に ubiquitin 免疫染色で陽性となる封入体を認める. 臨床像として NIHID の成人発症例では認知機能障害, 小脳失調症状, 自律神経障害を伴うことがあり, 本症例では MRI 所見に加え, 歩行障害, 構音障害, 意思疎通不良から錐体路症状や小脳失調症状, 認知機能障害が存在したと推定され, NIHID を最も疑った. NIHID は錐体路症状を来す症例の報告はないものの, 臨床症状や病理所見が多岐にわたるため, 白質脳症の鑑別診断として常に考慮する必要がある. その際, 皮膚生検は比較的侵襲も少なく有用であると考えられた.

13. FGFR1 遺伝子異常を伴う骨髄増殖性腫瘍の経過観察中に T 細胞性リンパ芽球性リンパ腫を合併した 1 例

日立総合病院・内科

○海老澤和俊、周山拓也、工藤大輔、品川篤司、藤田恒夫、平井信二、岡 裕爾

【症例】49 歳女性【現病歴】持続する白血球高値精査のため X 年 2 月当科受診。表在リンパ節腫大、肝脾腫なし。WBC12800/ μ l (blast1%, Mye2%, Met3%, St2%, Seg60%, Eos8%, Bas1%, Mono2%, Lym21%)、LDH286U/l。骨髄穿刺で骨髄増殖性腫瘍 (Myeloproliferative neoplasm ; 以下 MPN) と診断。G-band で t(8;13) (p12;q12) あり、細分類で FGFR1 遺伝子 (8p11-12) 異常を伴う MPN と診断。無治療経過観察中、同年 9 月に全身リンパ節腫大、肝脾腫を呈した。WBC29300/ μ l (Mye4%, Met5%, St13%, Seg62%, Eos2%, Bas1%, Mono4%, Lym8%)、LDH482U/l。急性白血病への転化は認めず (同遺伝子の FISH 法は 97%陽性)。リンパ節生検で T 細胞性リンパ芽球性リンパ腫 (T-cell lymphoblastic leukemia ; 以下 T-LBL) と診断。リンパ節でも t(8;13) (p12;q12) があり一元的に FGFR1 遺伝子 (8p11-12) 異常を伴う MPN に T-LBL が合併したと考えた。Hyper-CVAD 療法と高用量 MTX/AraC 療法による交代療法で T-LBL は完全寛解となるも、骨髄 FISH では 3 クール後も 55%残存し、化学療法のみでは寛解維持は困難と判断、今後同種移植を検討している。【考察】FGFR1 遺伝子異常を伴う MPN の経過中 T-LBL を合併することは稀ながら報告されており予後は不良である。T-LBL に対しては一般に初回の治療強度をあげることが長期予後を改善するが、MPN に関しては一般に化学療法のみで寛解を得ることは困難であり、同種移植も検討される。今後 MPN と診断した際に FGFR1 遺伝子異常を FISH 法でルーチンに測定することでより早期に適切な治療を選択できる可能性もあり報告する。

14. SSRI 内服中に SIADH による昏睡状態となった早期胃癌の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾ 救急科²⁾ 代謝内分泌内科³⁾

○高村慎太郎¹⁾²⁾ 稲葉健介²⁾ 小俣勝哉³⁾ 柏村 浩¹⁾ 鹿志村純也¹⁾

渡辺孝治¹⁾ 中村琢也¹⁾ 大川原健¹⁾ 浅野康治郎¹⁾ 仁平 武¹⁾ 玉造吉樹²⁾

福井大治郎²⁾ 遠藤浩志²⁾ 須田高之²⁾

【緒言】選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor=SSRI)は高齢者うつ病に対して投与される機会が増えている。今回、SSRI エスシタロプラム内服中に低ナトリウム血症を来し、薬剤性 SIADH が疑われた一例を経験したので報告する。【症例】74 歳女性。【主訴】初診時の症状は軽度の倦怠感と食欲低下。【既往歴】甲状腺機能亢進症と高血圧症で近医に通院中。【現病歴】同院の上部消化管内視鏡で早期胃癌と診断され内視鏡的粘膜下層切除術 ESD 目的に紹介受診した。内視鏡検査では胃前庭部に早期胃癌を認め、CT で転移なく、採血検査では血清 Na は 128mEq/l と軽度低下していたが、内視鏡治療には問題ないと考え、2 ヶ月後に ESD を予定し入院予約した。しかし、1 ヶ月後に自宅で痙攣を起こし意識不明となり、市内の脳神経外科救急指定病院に救急搬送された。頭部 CT, MRI で脳血管障害や脳腫瘍は否定的であり当院へ診療要請。同日搬送された。【経過】血清 Na 108mEq/l と低ナトリウム血症を起こしていたが、Na 補正で意識が回復し、後遺症無く退院できた。入院中に代謝内分泌内科で精査を行い SIADH と診断された。特別な内分泌疾患も認めなかったため薬剤による SIADH を考えた。近医へ問い合わせ、当院初診 3 ヶ月前と救急搬送の 4 日前に SSRI であるエスシタロプラムが処方されている事を教えて頂いた。同剤を中止のままとしたが、低 Na 血症も抑うつ気分も無く安定し、退院 1 ヶ月後に早期胃癌の ESD も施行出来た。尚、切除材料癌部の ADH 染色も陰性であった。【考案】原因疾患がなく薬剤中止により低 Na 血症が現れない事から、エスシタロプラムによる薬剤性 SIADH と考えた。低 Na 血症は重篤になると意識障害や痙攣をおこし、110mEq/l 以下では死に至る危険性があり、早期の発見治療が重要である。高齢者の SSRI の使用頻度は増加傾向に有るが、投与開始後は薬剤性 SIADH の可能性を念頭に置いて、症状変化に十分注意し、定期的な電解質の測定が不可欠と考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

15. 膵癌との鑑別が困難であった膵神経内分泌腫瘍の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○椎名映里、鹿志村純也、中村琢也、飯野陽太郎、大川原 健、渡辺孝治、
柏村 浩、浅野康治郎、仁平 武

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍（PNET）は膵腫瘍全体の1～2%を占める稀なものであり、造影CTで濃染効果を示す症例や産生されるホルモンによる特有の症状を呈する機能性NETでの診断は比較的容易である。【症例】43歳、男性。（既往歴）23歳から慢性前立腺炎にて排尿時痛あり。（家族歴）特になし。（飲酒歴）機会飲酒程度。（現病歴）2012年8月に腸管寄生虫症にてスクリーニング目的の腹部エコー検査を行い、膵尾部に径10mmの低エコー腫瘍が指摘された。（画像所見）単純CTで腫瘍は認識できないが造影20～40秒後には周囲の膵実質よりも弱く造影されて、その後は徐々に染まっていき、180秒後には周囲と同程度となった。MRI検査ではT1強調で低信号、T2強調で淡い高信号、DWIで高信号を示した。EUSでも境界鮮明だが表面がやや不規則で被膜のない低エコー腫瘍であった。ERPでは圧排や狭窄像は認めず膵管系に異常を認めなかった。（腫瘍マーカー）CEA 2.0、CA19-9 9.7、DUPAN-2 25未満、SPAN-1 10.3と正常範囲内であった。（術前診断）以上よりT1NOMOでstage 1の膵癌と診断した。（治療）患者自身の希望により他院外科で脾臓合併膵体尾部切除を行った。（病理所見）膵尾部に10×9×9mmの境界明瞭で被膜を有する腫瘍であった。腫瘍細胞は索状～胞巣状に増殖してクロモグラニンAとシナプトフィジン陽性のNETと診断された。Ki-67indexは6-8%でありG2と判定された。膵ホルモンはソマトスタチンが部分的に陽性であった。【まとめ】特異的症候を呈さない非機能性NETで造影CTでの濃染効果が弱いなど非典型的な画像所見を示す症例での診断は膵癌との鑑別が問題となり難渋すると考えられる。2005年4月から2013年12月までに当院で診断され組織学的検討できた14例のPNETの造影態度をCTでの造影効果で検討すると早期濃染が9例（64.3%）、膵実質よりも弱い造影態度を示すものが5例（35.7%）であり、5例中3例は膵癌と術前診断されていた。非典型的な画像所見を示す非機能性PNETを経験したので報告する。

16. 胸部レントゲン写真で増大を指摘された縦隔腫瘍の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○阿部憲弘，加藤浩太，後藤雅之，木村一貴，小川雅史，田辺裕二郎，田中宏和，
大久保豊幸，大久保信司，

症例は64歳女性。2006年9月より脂質代謝異常にて通院加療中。特に症状は認めなかったが，2014年2月胸部レントゲン写真にて左第2弓の拡大を認め縦隔腫瘍が疑われた。胸部CTでは前縦隔から心臓前面へかけての径70x50x110 mmの嚢胞性病変を認め，内部には明らかな充実性病変を認めなかった。造影効果を伴わず良性病変が疑われた。胸部MRIでは前縦隔に長径100 mm大の嚢胞性腫瘤が認め，T1で低信号，T2で液性成分に特徴的な高信号を呈した。壁の肥厚や充実成分は認められなかった。胸腺あるいは心膜嚢胞と診断。胸部外科へ相談したところ無症状ではあるが，大きさなどから手術適応とのことで2014年4月左胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行。術中所見では嚢胞は左胸腺から連続しており胸腺嚢胞が疑われた。病理学的には，嚢胞壁は繊維組織から形成され，嚢胞内壁は，核異型の乏しい立方状細胞からなる1層からなる上皮で覆われていた。嚢胞壁には退縮した胸腺組織を認め胸腺嚢胞と診断された。