

第 365 回東京女子医科大学学会例会

日時 2022 年 2 月 26 日(土) 13:20~16:10

会場 オンライン会場 [Zoom]

開会の辞
挨拶

司会 (幹事) 清水京子
(会長) 丸 義朗

令和 3 年度研究奨励賞授与式 ※2 月 15 日に学長室にて執り行います。

山川寿子研究奨励賞 (第 34 回)

1. リソソーム関連分子 Folliculin による造血幹細胞制御機構の解明
(解剖学(顕微解剖学・形態形成学分野) 助教)

望月牧子

佐竹高子研究奨励賞 (第 30 回)

1. 二次性進行型多発性硬化症の早期診断における歩行機能検査の有用性について
(脳神経内科学分野 助教)
2. メチオニン代謝回路の変動による長寿命とその分子機序
(衛生学公衆衛生学(環境・産業医学分野) 講師)

池口亮太郎

吉崎(廣田) 恵子

中山恒明研究奨励賞 (第 8 回)

1. 脂肪幹細胞シートを用いた端側神経縫合における顔面神経再生研究
(形成外科学 講師)

新美陽介

令和 2 年度研究奨励賞受賞者研究発表 ※学会サイトで動画を配信いたします。

山川寿子研究奨励賞 (第 33 回)

- 銀ナノ粒子による神経芽腫のプログラム細胞死の解明
(衛生学公衆衛生学(環境・産業医学) 助教)

宮山貴光

中山恒明研究奨励賞 (第 7 回)

- 高齢者膵癌への外科切除の意義の確立
(肝・胆・膵外科学 助教)

出雲 渉

第 16 回研修医症例報告会 13:25~16:10

[発表 5 分, 質疑応答 3 分/○発表者, ◎指導医]

開始の挨拶

(足立医療センター卒後臨床研修センター長) 佐倉 宏

Block 1 13:30~14:18

座長 (足立医療センター内科) 小川哲也

1. 化膿性膝関節炎および敗血症性肺塞栓症を契機に発見された三尖弁に局限した感染性心内膜炎の 1 例
(1 卒後臨床研修センター, 2 循環器内科, 3 心臓血管外科, 4 整形外科) ○小野真珠¹・
◎曾根麻衣子²・椛山 恒²・菊池規子²・鈴木 敦²・
芦原京美²・萩原誠久²・新川武史³・新浪 博³・桑島海人⁴・岡崎 賢⁴
2. 肺高血圧症を合併する心房中隔欠損症における欠損孔閉鎖の是非
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 心臓血管診療部) ○松山大輝¹・◎重城健太郎²
3. 重症肺高血圧症を呈し, 胃癌による肺腫瘍塞栓性微小血管症と診断した若年男性の 1 例
(八千代医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 循環器内科) ○田中彩之¹・◎長谷川瞬²
4. 新型コロナウイルス感染症の重症化予防における隠れ糖尿病診断の重要性
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 内科) ○北川万梨子¹・
◎マーシャル祥子²・小笠原壽恵²・小川哲也²・佐倉 宏²
5. ベリムマブとミコフェノール酸モフェチルで寛解し, 急速にステロイドが減量された再燃ループス腎炎の 1 例
(1 卒後臨床研修センター, 2 膠原病リウマチ内科, 3 腎臓内科, 4 病理診断科) ○原奈都子^{1,2}・
◎勝又康弘²・秋山健一³・唐澤一徳³・森山能仁³・内田啓子³・新田孝作³・種田積子⁴・針谷正祥²
6. デュロキセチン投与により生じた双極性障害の 1 症例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 麻酔科) ○清水恵利香¹・◎有山 淳²・◎小森万希子²

Block 2 14:20~15:08

座長（消化器・一般外科）小寺由人

7. 肝障害を契機にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の診断に至った1例
(1 卒後臨床研修センター, 2 消化器内科, 3 病理診断科) ○根本彩夏¹・
◎高山敬子²・徳重克年²・種田積子³
8. 腎病変を合併したIgG4関連硬化性胆管炎の1例
(八千代医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 消化器内科) ○蒲生彩香¹・◎西野隆義²
9. Fontan術後のうっ血性肝硬変に認めた肝細胞癌門脈腫瘍栓の1例
(1 卒後臨床研修センター, 2 消化器・一般外科, 3 消化器内科, 4 循環器小児・成人先天性心疾患科,
5 放射線腫瘍科, 6 麻酔科, 7 病理診断科) ○中山千尋¹・
◎有泉秀一²・小寺由人²・山下信吾²・加藤孝章²・本田五郎²・
徳重克年³・篠原徳子⁴・唐澤久美子⁵・長坂安子⁶・長嶋洋治⁷・江川裕人²
10. 開腹術後にopen abdominal managementおよびIVRによる選択的血栓溶解療法を併用した
上腸間膜動脈塞栓症の1例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 救急医療科) ○町田実斉¹・
◎小島光暁²・谷澤 秀²・中本礼良²・庄古知久²
11. 診断に難渋した肺癌腹腔内転移の1例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 外科, 3 内科, 4 救急医療科) ○原麻梨子¹・
◎浅香晋一²・島川 武²・大野秀樹³・小島光暁⁴・塩澤俊一¹
12. 止血治療に難渋した悪性胸膜中皮腫の出血性十二指腸転移の1例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 内科, 3 呼吸器外科, 4 本院 放射線腫瘍科) ○金納慶蔵¹・
細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・◎大野秀樹²・前 昌宏³・唐澤久美子⁴

<休憩 7分>

Block 3 15:15~16:03

座長（八千代医療センター小児科）武藤順子

13. 食道癌術後胃気管瘻に対し気管ステント留置術を施行した1例
(1 卒後臨床研修センター, 2 呼吸器外科, 3 消化器外科) ○小俣智郁¹・
◎井坂珠子²・光星翔太²・荻原 哲²・青島宏枝²・松本卓子²・工藤健司³・江川裕人³・神崎正人²
14. 収監中にボールペンを下咽頭に突き刺した縦隔損傷の手術例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 救急医療科) ○藤田朋宏¹・
◎谷澤 秀²・小島光暁²・庄古知久²
15. 妊婦の心肺停止に対して救急医療科と連携して死戦期帝王切開術を施行した1例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 産婦人科) ○堀内 充¹・◎赤澤宗俊²・橋本和法²
16. 穿刺排膿により *Streptococcus intermedius* が同定された頸部リンパ節膿瘍の1例
(足立医療センター 1 卒後臨床研修センター, 2 小児科, 3 耳鼻咽喉科) ○葛山七花¹・
◎高橋健一郎²・余田敬子³・須納瀬弘³・大谷智子²
17. 運動による関節負荷が契機と思われる硬膜外膿瘍を合併した化膿性椎間関節炎の小児例
(1 卒後臨床研修センター, 2 小児科, 3 画像診断・核医学科) ○西田 悟¹・
石黒久美子²・木原祐希²・◎佐藤孝俊²・石垣景子²・阿部香代子³・永田 智²
18. 新型コロナウイルス感染後に脱毛症を発症した乳児
(1 八千代医療センター 卒後臨床研修センター, 2 藤森小児科, 3 八千代医療センター小児科) ○渡邊 啓^{1,2}・
◎藤森 誠^{2,3}・◎高梨潤一^{1,3}

総 評

(卒後臨床研修センター長) 坂井修二

ベストプレゼンテーション賞発表

(足立医療センター卒後臨床研修センター長) 佐倉 宏

閉会の辞

司会（幹事）清水京子

〔令和2年度山川寿子研究奨励賞受賞者研究発表〕

1. 銀ナノ粒子による神経芽腫のプログラム細胞死の解明

(衛生学公衆衛生学(環境・産業医学))

宮山貴光

銀ナノ粒子はプログラム細胞死を誘導するため、がん治療への応用が期待されているが、種々のがん細胞における細胞死誘導メカニズムの解明には至っていない。小児がんの中でも体幹の交感神経節や副腎髄質から発生する神経芽腫は、難治性で予後不良であることから、病態メカニズムの解明と新規治療法の開発が待たれている。本研究では、ヒト神経芽腫のモデル疾患細胞であるSH-SY5Yを用いて、銀ナノ粒子による小胞体ストレス/オートファジーの分子基盤と細胞死の関連を調べた。SH-SY5Y細胞に60 nmサイズの銀ナノ粒子を0~100 µg Ag/mLの終濃度で24時間処理し、細胞死、リソソーム、小胞体ストレス/オートファジーの分子基盤を評価した。銀ナノ粒子単独処理と比較して小胞体ストレスシグナルPERK経路のeIF2α脱リン酸化を抑制するサルブリナルの併用により細胞生存率は有意に低下した。銀ナノ粒子単独処理でリン酸化eIF2α、GRP78、p62およびLC3B-IIの発現の増加とリソソーム内腔pHの上昇が認められ、サルブリナルの併用でp62とLC3B-IIの更なる増加が認められた。以上のことから、銀ナノ粒子によるリソソームとオートファジーの機能破綻に、サルブリナルの小胞体ストレスが相加的に細胞生存率低下を引き起こしたと考えられる。

〔令和2年度中山恒明研究奨励賞受賞者研究発表〕

1. 高齢者膵癌への外科切除の意義の確立

(肝・胆・膵外科学)

出雲 渉

〔目的〕80歳以上の高齢者膵癌患者に対する膵切除の意義(安全性と妥当性)を明らかにすることを目的とした。〔対象と方法〕2000年から2018年までに膵切除を行った膵癌患者579例を対象とし、80歳以上(31例)と80歳未満(548例)の両群間で、術後合併症、補助化学療法完遂率、予後を比較検討した。〔結果〕両群間で術後合併症率、在院死亡率、補助化学療法完遂率、再発率、recurrence-free survival、disease-specific survival、overall survival(OS)に有意差は認めなかった(≥80歳:10%,0%,32%,61%,1.0年,2.3年,2.2年。<80歳:14%,0.2%,47%,72%,1.2年,2.8年,2.7年。全てP>0.05)。多変量解析では術前HbA1c≥6.5%、CA19-9≥327 U/ml、他臓器合併切除、中/低分化型、R1切除、補助療法未完遂がOSのリスク因子であり、≥80歳は予後不良因子に含まれなかった。補助化学療法完遂のリスク因子は術前BMI<18.9 kg/m²、albumin<4.2 g/dl、腫瘍径≥3.1 cm、Clavien-Dindo≥IIIで、≥80歳はリスク因子として抽出されなかった。〔結語〕80歳以上の浸潤性膵管癌患者に対する外科切除は80歳未満と同等の合併症、予後のため許容し得ると考えられた。

〔第16回研修医症例報告会〕

1. 化膿性膝関節炎および敗血症性肺塞栓症を契機に発見された三尖弁に局限した感染性心内膜炎の1例

(1卒後臨床研修センター, 2循環器内科, 3心臓血管外科, 4整形外科)

小野真珠¹・

曾根麻衣子²・梶山 恒²・菊池規子²・鈴木 敦²・芦原京美²・

萩原誠久²・新川武史³・新浪 博³・桑島海人⁴・岡崎 賢⁴

症例は38歳男性。毎年健康診断を受けていたが心雑音の指摘はなかった。X年2月、発熱を認めA病院を受診した。炎症反応と肝酵素上昇、胸部CTで両肺に敗血症性肺塞栓症が認められ、血液培養でmethicillin-susceptible Staphylococcus aureus(MSSA)が検出された。また、両膝の腫脹と熱感、疼痛があり関節液からもMSSAが検出された。抗菌薬が開始されたものの発熱は持続、経胸壁心エコーで僧帽弁前尖の肥厚を指摘され感染性心内膜炎(IE)が疑われ当院に転院となった。経食道心エコーでは、三尖弁前尖(ATL)に疣贅の付着を認め前尖は逸脱し、三尖弁逆流(TR)は重症であった。僧帽弁前尖は肥厚していたが感染を示唆する所見はなく、三尖弁に局限したIEと判断した。肝酵素上昇はTRに起因したものと考えられ、重症TRに対し手術を行う方針とした。しかし、右膝関節の疼痛と腫脹が悪化し、整形外科で関節鏡下右膝関節滑膜切除術を行った。その後、心臓血管外科にて開胸手術を行った。ATLに疣贅の付着、腱索の断裂がみられ、三尖弁形成術および疣贅切除が施行された。術後経過は良好で抗菌薬治療、リハビリを継続し自宅退院となった。IEは左心系に生じることが多く、右心系IEの割合はIE全体の5~12%とされる。右心系IEの原因は、静注薬物使用者や心臓デバイス関連、先天性心疾患に起因したものが多く、本症例はこのいずれにも該当しないthree noes IEであった。三尖弁に局限したthree noes IEを経験することは稀であり報告する。

2. 肺高血圧症を合併する心房中隔欠損症における欠損孔閉鎖の是非

(足立医療センター 1卒後臨床研修センター, 2心臓血管診療部)

松山大輝¹・重城健太郎²

症例は76歳の女性。約10年前に心房中隔欠損症と診断されたが、本人の希望で保存的加療の方針となっていた。2か月前からの労作時息切れおよび下腿浮腫に対する精査加療目的で入院となった。胸部X線検査では著明な心拡大および両側の胸水を認めた。心臓超音波検査では左室収縮能は保たれていたが、シャント血流が明らかな欠損孔10 mmの心房中隔欠損症(ASD)があり、推

定肺動脈収縮期圧 84 mmHg と著明な肺高血圧を認めた。肺高血圧症による右心不全の診断のもと利尿薬投与および酸素投与を開始したところ、比較的迅速に症状改善が得られた。心臓カテーテル検査の結果、平均肺動脈圧 50 mmHg と高値を認めた。欠損孔の閉鎖によりこれが改善するかテストするため、巨大なバルーンカテーテルにより ASD 欠損孔の一時的閉鎖試験を行ったが、閉鎖前と比較して平均肺動脈圧に改善はみられなかった。以上より心房中隔欠損症および重度肺高血圧症の診断に至った。ASD の根本治療である欠損孔閉鎖術は、シャント閉鎖後に肺動脈への血流が増加することにより、肺高血圧が増悪する可能性があるため、本症例のように著明な肺高血圧を合併する例では原則禁忌である。一方で、近年の肺高血圧症の薬物治療の進歩により肺高血圧を改善できる症例が増えてきている。肺高血圧を合併した ASD 患者に対して、薬物治療により肺高血圧を是正した後に ASD の欠損孔閉鎖を施行する Treat and Repair の症例報告も散見される。本症例においても、根治治療である欠損孔閉鎖術を目指し、早期に肺高血圧の治療薬 2 種類を開始したところ、肺高血圧の改善が得られ、今後の閉鎖術施行の可能性を残すことができた。

3. 重症肺高血圧症を呈し、胃癌による肺腫瘍塞栓性微小血管症と診断した若年男性の 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 循環器内科)

田中彩之¹・長谷川瞬²

〔症例〕生来健康な 33 歳男性。呼吸困難を主訴に近医救急搬送され、当院循環器内科に転院入院となった。心臓超音波検査では、著明な右室拡大と三尖弁逆流を認め、造影 CT 検査では、末梢肺動脈の描出不良を認めた。第 2 病日に右心カテーテル検査で肺高血圧症と診断した。同日心肺機能停止 (CPA) となり、体外式膜型人工肺 (ECMO) を導入し救命した。特発性肺高血圧症として薬物治療を併用した。第 18 病日に消化管出血を認め、内視鏡検査等から stage IV の進行胃癌と診断し、緩和治療の方針となった。肺高血圧は改善し、ECMO の離脱ができ、家族とコミュニケーションがとれるまで回復したが、第 51 病日に多臓器不全で死亡した。剖検の結果、非充実型低分化型胃癌、肺血管内腫瘍や血栓性塞栓、血管内膜の線維性肥厚等の所見を認め、肺腫瘍塞栓性微小血管症と診断した。〔考察〕今症例では肺高血圧の改善を認めた。また、本疾患は悪性腫瘍剖検例の 1~3% に認め診断が重要である。これらの重要性に関し、剖検・文献から考察する。〔結語〕胃癌による肺腫瘍塞栓性微小血管症から肺高血圧症を呈し死亡した症例を経験した。本疾患を念頭に置き適切な治療方針を立てることが重要である。

4. 新型コロナウイルス感染症の重症化予防における隠れ糖尿病診断の重要性

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科)

北川万梨子¹・

マーシャル祥子²・小笠原壽恵²・小川哲也²・佐倉 宏²

〔症例 1〕50 歳男性。新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 軽症であり、50 歳以上と BMI34 の肥満を適応理由として発症から 5 日でロナプリーブ®を投与した。入院前に糖尿病の指摘はなかったが HbA1c 8.1%、空腹時血糖 193 mg/dL と糖尿病の診断となった。発症から 9 日に安静時の SpO₂ の低下があり、COVID-19 は中等症 II まで重症化したためステロイド療法を行い、入院中にインスリン療法を開始し改善した。〔症例 2〕58 歳男性。COVID-19 軽症であり、50 歳以上を適応理由として発症から 7 日でロナプリーブ®を投与した。入院前に糖尿病の指摘はなかったが、HbA1c 10.1%、随時血糖 414 mg/dL と糖尿病の診断となった。その後 COVID-19 は重症化しなかった。〔考察〕カシリビマブ/イムデビマブ (ロナプリーブ®) は、COVID-19 の重症化リスクがある軽症の患者に対して、重症化を予防する目的で投与され、糖尿病が適応疾患に含まれている。当院でロナプリーブ®の投与を行った 108 名のうち、19 名に糖尿病を認めたが、そのうち 5 名が糖尿病未診断の隠れ糖尿病患者であった。ロナプリーブ®の適応となるかの判断は自己申告による情報をもととなっているが、糖尿病患者のうち 26% (5/19) が糖尿病であることを自覚していなかった。糖尿病という COVID-19 重症化リスクの有無を確認することは、ロナプリーブ®などの早期の適切な治療介入につながるかと考え、SARS-CoV-2 PCR 検査時に随時血糖 (可能であれば HbA1c) 検査が重要だと考える。

5. ベリムマブとミコフェノール酸モフェチルで寛解し、急速にステロイドが減量された再燃ループス腎炎の 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター,² 膠原病リウマチ内科,³ 腎臓内科,⁴ 病理診断科)

原奈都子^{1,2}・

勝又康弘²・秋山健一³・唐澤一徳³・森山能仁³・

内田啓子³・新田孝作³・種田積子⁴・針谷正祥²

〔症例〕50 代女性。〔主訴〕蛋白尿。〔現病歴〕25 年前に全身性エリテマトーデスを発症。8 か月前、プレドニゾロン (PSL) が 5 mg/日に減量された。4 か月前から変形赤血球、顆粒円柱が認められ、1 か月前、尿蛋白クレアチニン比 (UPCR) が 0.50 に増加し、腎生検でループス腎炎 III (A) 型に分類された。ループス腎炎に対する再寛解導入療法として、グルココルチコイドパルス療法の後療法は、KDIGO の「Reduced-dose scheme」に従い、PSL 0.5 mg/kg/日で開始され、急速に漸減された。標準治療のミコフェノール酸モフェチル 2 g/日に加えて、ベリムマブ皮下注 200 mg/週が初期から併用された。UPCR は治療開始時の 1.08 から、治療開始後 76 日で 0.09 まで低下し、変形赤血球、顆粒円柱も消失した。PSL は 90 日で 2.5 mg/日まで漸減され、その後も再燃なく経過した。〔考察〕ベリムマブの国際臨床試験においては、標準治療にベリムマブを追加することによってループス腎炎治療成績が向上することが示されたが、日本の症例は含まれていなかった。また、その後、KDIGO からより急速なグルココルチコイド減量法が提案された。本症例によって、日本人ループス腎炎患者においても、ベリムマブを含む治療法によってグルココルチコイドを急速に減量しながら寛解に導ける可能性があることが示唆された。

6. デュロキセチン投与により生じた双極性障害の1症例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,²麻酔科)

清水恵利香¹・有山 淳²・小森万希子²

〔症例〕男性、76歳。身長165cm、57kg。〔主訴〕両側上肢の痺れ、疼痛。〔経過〕1年前に近医でヘルペス性歯肉口内炎と診断された。受診時に末梢性顔面神経麻痺を認めた。入院しバラシクロビル、プレドニゾロン投薬を受けた。入院中は夜間に不穏な行動が目立ち精神科の診察を受けた。退院時には両側顔面、両側上肢の疼痛を伴う異常感覚、不眠を訴えたため当院内科に紹介された。不眠は睡眠剤投与で改善した。異常感覚に対してプレガバリン、ミロガバリン、ミルタザピン、カルバマゼピンを投与したが症状改善は認めなかった。4か月後には痺れは残存したが疼痛は消失したため睡眠剤投与で経過観察されていた。4か月後に疼痛が再発、当科を紹介された。両側上肢には疼痛過敏を認めた。喫煙で疼痛が悪化すると訴えた。禁煙を勧め、デュロキセチン(DLX)20mgの経口投与を開始したところ1週間後の再診で疼痛の改善(Visual Analogue Scale 50/100)を認めたが頭痛を理由に3日でDLX内服を自己中断していることが分かった。抑肝散を処方した。2週間後の再診時に「東京大学の先生に物理の研究で誘われた。」「すごい発明を思いついたがドイツの科学者に先を越されてしまった。」等誇大妄想を話すため精神科に診察を依頼した。DLXによる双極性障害の躁状態と診断された。精神科からの投薬は拒否した。当科よりバルプロ酸を1日量200mgで開始したところ多弁や誇大妄想は減少し疼痛や痺れの訴えも消失した。バルプロ酸の投薬を1か月で終了し経過観察中である。〔結語〕デュロキセチン誘発性双極性障害を経験した。早期の精神科対診による診断とバルプロ酸の投与が治療に有効であった。

7. 肝障害を契機にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の診断に至った1例

(¹卒後臨床研修センター,²消化器内科,³病理診断科)

根本彩夏¹・高山敬子²・徳重克年²・種田積子³

〔症例〕7X歳女性。〔現病歴〕197X年に皮膚筋炎とシェーグレン症候群と診断され、当院膠原病リウマチ内科でステロイド療法を開始した。199X年に関節リウマチも合併し、メトトレキサート(MTX)やタクロリムス併用となった。201X年に副作用のため、MTXは中止された。201X年の造影CTで慢性肝障害の疑いを指摘されたが、経過観察となっていた。202X年の腹部エコーとCTで長径75mmの肝腫瘍を認め当科紹介となった。〔経過〕造影MRIでは原発性肝癌は否定的でありsIL-2Rが高値であることから、悪性リンパ腫を疑った。MTX中止後も変化なく、PET/CTでは肝左葉外側区に腫瘍性病変、腹腔内リンパ節に複数の異常集積を認めた。超音波内視鏡(EUS)下で胃小弯リンパ節に対し生検を行ったところ、B細胞性悪性リンパ腫(DLBCL)の診断となり血液内科にて化学療法を行うこととなった。〔考察〕メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患はMTX内服中に認められたリンパ増殖性疾患の総称である。近年報告数が増加しているが不明な点も多い。MTXを中止することで約半数の患者は治癒するが、治療が必要な症例は組織診断が必須であり、迅速に病理検査を行う必要がある。そのためには、リウマチ内科、血液内科、病理診断科など複数科での円滑な連携を図ることが重要であると考えられる。

8. 腎病変を合併したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,²消化器内科)

蒲生彩香¹・西野隆義²

〔症例〕69歳、男性。〔現病歴〕2019年4月に血小板低下と肝酵素の上昇を認め、かかりつけ医から前医へ紹介された。当初はアルコール性肝障害を疑い、禁酒の指導を受けていたが、完全には禁酒できない状態であった。A月B日に肝胆道系酵素上昇の増悪および黄疸を認めた。その後も改善なく経過し造影CT検査、MRI検査を行ったところ、肝内胆管の拡張を認めた。精査目的で8月X日に超音波内視鏡(EUS)、内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)を行ったところ、胆管造影所見から断続的な狭窄を有しており、IgG4関連疾患を疑った。前医で肝生検を施行されたが、確定診断に至る所見は得られなかった。精査加療目的に11月Y日に当院に入院した。〔臨床経過〕入院同日にERCPを施行し、胆道鏡を行った。胆道鏡では肝門部胆管に限局性の比較的長い狭窄像と2mm以上の壁肥厚を認め、遠位胆管に明らかな壁肥厚は認めなかった。胆道造影でも狭窄部に血管拡張像を有するものの乳頭様隆起などの悪性を強く疑わせる所見は認めなかった。また血液検査でIgG4 331mg/dLであった。胆管、胆嚢管、肝門部胆管の生検では炎症部位の上皮に異形成は伴わない、高度な形質細胞浸潤と線維化を認め、IgG4陽性形質細胞が10/HPFを超えていたことから診断基準の1+2+4①、②を満たす、IgG4関連硬化性胆管炎と診断した。胆管像の分類はType4と考えられた。膵管狭窄像や膵腫大がみられるような自己免疫性膵炎は伴わず、Isolated IgG4関連硬化性胆管炎と考えられた。Isolated IgG4関連硬化性胆管炎では胆管像の分類がType4の頻度が高く、矛盾しなかった。11月Z日からプレドニゾロン30mg/日を開始し、その後問題はなく、経過観察している。

9. Fontan術後のうっ血性肝硬変に認めた肝細胞癌門脈腫瘍栓の1例

(¹卒後臨床研修センター,²消化器・一般外科,³消化器内科,⁴循環器小児・成人先天性心疾患科,

⁵放射線腫瘍科,⁶麻酔科,⁷病理診断科)

中山千尋¹・

有泉秀一²・小寺由人²・山下信吾²・加藤孝章²・本田五郎²・

徳重克年³・篠原徳子⁴・唐澤久美子⁵・長坂安子⁶・長嶋洋治⁷・江川裕人²

〔目的〕Fontan手術とは、小児期に行われる単心室を含む心奇形に対する手術である。近年、Fontan術後症候群と呼ばれる難治性疾患や肝細胞がん(HCC)の合併が知られている。今回、Fontan手術後のうっ血性肝硬変とHCCを他科と協力して治療した

症例を報告する。〔症例〕症例は38歳、男性。1993年（10歳時）に三尖弁閉鎖症に対しFontan手術、2016年に心房細動治療時にうっ血肝と診断された。2021年、肝S3にHCC 2cmと門脈腫瘍栓を認めた。血液検査では、白血球減少と血小板減少を認めた。生化学検査ではAlb 4.3g/dL、T.Bil 1.2mg/dL、PT時間78%でありChild-Pugh分類A、ICGR15値17%であった。AFP（21ng/mL）は上昇していた。心臓カテーテル検査ではCVP 10mmHg、Ejection fraction 58%であった。ハイリスク検討会を行い、手術中は循環動態維持のため肝切除時に行う低CVP麻酔は不可能であり、手術中の大量出血や術後死亡が危惧された。そこで薬物治療（ソラフェニブ）と門脈腫瘍栓に放射線治療をまず行った。2か月後、門脈腫瘍栓の増大とAFP（134ng/mL）の増加を認めたため手術治療を行った。開腹所見ではうっ血性肝硬変を認めた。左門脈腫瘍栓を確認し左肝切除を行った。CVP維持のため輸液制限などは行わなかった。手術時間323分、出血量280mLであった。術後合併症なく退院した。切除標本では多結節癒合型1.7cmと暗赤色に壊死した門脈腫瘍栓を認めた。組織所見では低分化型HCCが増殖していたが門脈腫瘍栓は壊死していた。非癌部は中心静脈の拡張と静脈壁肥厚を伴ったうっ血性肝硬変であった。術後約6か月経過するが、再発や心合併症なく生存中である。〔結語〕ハイリスクであるFontan術後のHCC門脈腫瘍栓に対して、薬物療法、放射線治療、また合同での手術治療が安全に施行できた症例を経験したので報告する。

10. 開腹術後にopen abdominal managementおよびIVRによる選択的血栓溶解療法を併用した上腸間膜動脈塞栓症の1例

（足立医療センター¹卒後臨床研修センター、²救急医療科）

町田実希¹・

小島光暁²・谷澤 秀²・中本礼良²・庄古知久²

〔背景〕上腸間膜動脈（SMA）塞栓症は、広範な腸管壊死をきたし得る予後不良な急性腹症である。小腸大量切除後の短腸症候群は、患者のQOLを著しく低下させるため、早期治療による腸管の温存が鍵となる。今回、我々はSMA塞栓による腸管壊死に対して小腸部分切除後にopen abdominal management（OAM）と画像下治療（IVR）による血栓溶解療法を併用し良好な転帰を得た症例を経験した。〔症例〕66歳男性、関節リウマチで当院内科通院中。腹部全体の痛みで発症し救急搬送された。造影CTにてSMAの閉塞および小腸の造影不良を認めSMA塞栓による小腸壊死と診断し、外科と救急医療科が合同で緊急手術を行った。開腹すると小腸全体の虚血を認めたが、壊死に至った小腸は約50cmで、それ以外の腸管は血行再建で温存可能と判断し直視下に外科的血栓除去を行った。中枢側血栓は術中に十分除去できたが、末梢側からの逆血が不十分であり微小血栓の残存を疑った。血流低下領域が未確定のためOAMとして帰室。術後に放射線科によりIVRで上腸間膜動脈にカテーテルを留置して血栓溶解薬の局所持続投与を行った。48時間後の造影CTで末梢血栓は、ほぼ消失した。2期的手術を行い残存腸管吻合、閉腹した。術後経過は良好で、独歩自宅退院した。〔考察〕SMA塞栓に対しては、緊急手術による壊死腸管の切除と血行再建が鍵となる。壊死腸管の切除後に、IVRによる血栓溶解を併用し腸管の切除範囲を縮小できた。また、2期的手術により腸管の壊死範囲を確実に見極めてから再建を行うことができた。

11. 診断に難渋した肺癌腹腔内転移の1例

（足立医療センター¹卒後臨床研修センター、²外科、³内科、⁴救命救急科）

原麻梨子¹・

浅香晋一²・島川 武²・大野秀樹³・小島光暁⁴・塩澤俊一¹

症例は63歳男性。2020年秋頃より左上腹部痛を自覚していたが経過観察していた。2021年3月、左上腹部痛が自制不可となり当院救急医療科に搬送された。来院時の血液生化学検査では血中アミラーゼ、リパーゼが異常高値で、造影CTで脾周囲に脂肪織濃度上昇や液体貯留、さらに脾頭部頭側と脾尾部実質内、左腹部に嚢胞性病変を認めたため、急性脾炎に伴う仮性嚢胞が疑われた。入院後の第6日目に内科に転科し、引き続き急性脾炎の保存的治療を継続したが炎症反応と腹痛は遷延した。第29日目に行ったフォローアップCTでは左側腹部の多房性嚢胞性病変は増大し、仮性嚢胞の膿瘍化も示唆された。第31日目に経皮的膿瘍ドレナージを試みたが内容物は吸引されずリンパ腫などの腫瘍性病変が強く疑われたため、入院第36日目に外科転科し開腹生検を施行した。開腹すると左側腹部に大小様々な硬い腫瘤が集簇し一塊となった病変を認め、手拳大の腫瘤を摘出し病理検体として提出した。切除標本の病理組織所見では腫瘤は核異型性の強い悪性腫瘍で、免疫染色TTF-1(+), CDX2(-), GATA3(-), PAX8(-)の結果から、肺腺癌からの転移性腫瘍が強く示唆された。入院時からの画像所見を詳細に再検討した結果、右肺下葉胸膜直下の肉芽腫と考えていた病変が短期間に最大径3cmの腫瘤に増大しており、右肺癌として矛盾しない所見と考えられた。現在、肺腺癌に対し化学療法を実施中である。

12. 止血治療に難渋した悪性胸膜中皮腫の出血性十二指腸転移の1例

（足立医療センター¹卒後臨床研修センター、²内科、³呼吸器外科、⁴放射線腫瘍科）

金納慶蔵¹・

細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・大野秀樹²・前 昌宏³・唐澤久美子⁴

〔症例〕67歳、男性、アスベスト曝露歴あり。〔主訴〕貧血。〔現病歴〕20XX-1年6月に右下顎歯肉腫瘍を指摘され、悪性胸膜中皮腫による右下顎歯肉転移、頸部リンパ節転移と診断された。歯肉転移に対して他院で放射線治療後、当院呼吸器外科にて化学療法（シスプラチン+ペメトレキセド3コース、ニボルマブ8コース）を施行し、腫瘍は縮小傾向を示した。しかし、20XX年3月にHb 4g/dLと貧血が増悪し、上部消化管内視鏡検査において十二指腸に易出血性の潰瘍性病変を認めたため当院内科へ転科した。病変の内視鏡生検ではcarcinomaが疑われ、9か月前の内視鏡検査では十二指腸に腫瘍を認めていなかったことより、経過よ

り悪性胸膜中皮腫の十二指腸転移と判断した。保存的治療では止血が得られず、腫瘍性の病変であるため内視鏡や血管内治療での止血は困難と考えられ、また手術も膈頭十二指腸切除となり侵襲が大きくなるため、放射線治療を選択した。本院放射線科にて放射線治療を施行後は病変からの出血は減少し、悪性胸膜中皮腫に対する治療再開が可能となった。〔結語〕稀ではあるが悪性胸膜中皮腫は出血性の十二指腸転移を生じることがあり、出血に対して放射線治療が有効であった。

13. 食道癌術後胃管気管瘻に対し気管ステント留置術を施行した1例

(¹卒後臨床研修センター, ²呼吸器外科, ³消化器外科)

小俣智郁¹・

井坂珠子²・光星翔太²・荻原 哲²・青島宏枝²・

松本卓子²・工藤健司³・江川裕人³・神崎正人²

〔背景〕胃管気管瘻は食道癌術後に発生する稀な合併症だが、食物や胃液の流入による誤嚥性肺炎を生じ、重篤な状況に陥る可能性がある。〔症例〕70代、男性。1か月前に前医で食道癌(Stage III)に対し胸腔鏡下食道切除、後縦隔経路胃管再建、頸部食道胃管吻合術を施行した。術後に再建部の縫合不全による膿胸を発症、胸腔ドレナージによる保存的加療で軽快した。その後、喀痰増加、発熱を認め、胸部単純CTで左下葉肺炎を認めた。上部消化管内視鏡検査で胃管に気管と交通する瘻孔を認め、胃管気管瘻と診断した。全身状態は不良で、開胸による再手術は困難と判断され、気管ステント留置目的に東京女子医科大学呼吸器外科転院搬送となった。気管支鏡検査では、声門から約8cm足側、気管分岐部から約5cm口側の気管膜様部左側に長径約1.2cmの瘻孔を認めた。鎮静下に硬性鏡下気管ステント留置術(シリコン製ステント、60mm×15mm)を施行した。術後、喀痰は減少し、胃管チューブからのエアリークも消失した。〔結語〕食道癌術後に生じた胃管気管瘻に対し気管ステント留置術を施行した1例を経験したので報告する。

14. 収監中にボールペンを下咽頭に突き刺した縦隔損傷の手術例

(足立医療センター ¹卒後臨床研修センター, ²救急医療科)

藤田朋宏¹・

谷澤 秀²・小島光暁²・庄古知久²

〔背景〕咽頭異物は小児や高齢者が魚骨や義歯などを誤飲誤食することで生じる。異物が大きい場合は気道閉塞のリスクがあり摘出は慎重を要する。異物が縦隔や胸腔に達することは極めて稀である。〔症例〕36歳男性。拘置所内に収監中に歯ブラシを誤飲。さらにボールペンを飲み込み看守へ申告。頸部皮下気腫を認めた。拘置所内でCT検査を行い、長さ約14cmのボールペンが下咽頭から縦隔を経て先端が左胸部内にあるのを確認。当院三次救急搬送となった。〔既往歴〕統合失調症。〔来院後経過〕初診時GCS14点、呼吸数26回、血圧118/78mmHg、心拍数87回、体温38.5℃。喉頭鏡を使用しても刺入部は観察困難だった。造影CT検査にてボールペンが甲状軟骨の背側から縦隔内に穿通し、左鎖骨下動脈をかすめて左肺尖部に突き抜けていることを確認した。歯ブラシは胃内に認めた。摘出のため全身麻酔下手術とした。皮切は左胸鎖乳突筋前縁に沿うようにおき、鎖骨上から甲状軟骨の高さまで食道背側を露出した。直視下にボールペンは認めず、口腔側に移動しており口腔内から抜去した。術中の胃内視鏡にて下咽頭の後壁に損傷部を認めた。内視鏡を食道入口部に進め、送気し術野からエアリークがなく食道損傷のないことを確認した。その後、内視鏡で歯ブラシを胃内から摘出し、食道背側にドレーンを留置し終刀とした。術後は喉頭浮腫のため第6病日まで挿管管理とし、抜管後は声帯麻痺による嗄声と嚥下障害を呈した。気胸や縦隔炎の合併なく、精神科の介入後、経管栄養のまま第13病日に帰所となった。

15. 妊婦の心肺停止に対して救急医療科と連携して死戦期帝王切開術を施行した1例

(足立医療センター ¹卒後臨床研修センター, ²産婦人科)

堀内 充¹・赤澤宗俊²・橋本和法²

〔症例〕37歳女性。〔既往歴〕なし。〔内服薬〕なし。〔経過〕他院で定期的に妊婦健診を受けていた。妊娠36週0日に自宅のトイレで意識消失しているところを家族が発見し、救急要請となった。救急隊到着時は心肺停止状態であり胸骨圧迫が開始され、覚知から35分で当院へ搬送された。当院到着時、心電図波形は無脈性電気活動(PEA)であり蘇生処置を継続して行い、経皮的心配補助装置(PCPS)を導入した。当院到着から12分後に波形は心室細動(VF)へ変化し、除細動を施行し自己心拍再開が得られた。胎児心拍は確認できなかったが、母体の循環動態改善のために死戦期帝王切開術を行う方針とし、当院到着から17分後に初療室で死戦期帝王切開術を開始した。手術時間は35分、血量は1,000mLであり、児は蘇生に反応せず死産となった。手術後に全身CTにて高度脳圧亢進を伴う脳室内出血および急性閉塞性水頭症の診断であり手術適応はなく、ICUで全身管理を行ったが搬送から12時間後に母体死亡となった。〔考察〕死戦期帝王切開術とは、分娩により子宮を収縮させ大動静脈圧迫を解除することで母体の血行動態を改善させ、蘇生成功率の向上を目的とした緊急帝王切開術である。死戦期帝王切開術を行った症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

16. 穿刺排膿により *Streptococcus intermedius* が同定された頸部リンパ節膿瘍の1例

(足立医療センター ¹卒後臨床研修センター, ²小児科, ³耳鼻咽喉科)

葛山七花¹・

高橋健一郎²・余田敬子³・須納瀬弘³・大谷智子²

〔緒言〕*Streptococcus intermedius* は *Streptococcus anginosus* group に属し口腔内常在細菌叢の一部を形成しているが、脳膿瘍

や深頸部膿瘍の原因となることがあるため注意が必要な細菌である。〔主訴〕左頸部痛。〔現病歴〕生来健康な5歳男児。起床時に左耳下に疼痛を自覚した。その後痛みが持続したため近医小児科や整形外科を受診したものの診断がつかず鎮痛薬で経過観察となっていた。発症11日目に38.0℃の発熱を認め、小児科を再診し当院紹介受診となった。来院時38.0℃の発熱と左頸部に約5cmの腫瘍を認め、疼痛により開口障害も認めた。頸部造影CTを施行したところ左頸部に35mm大の膿瘍形成を認め、頸部リンパ節膿瘍の診断で各種培養を施行し、入院加療の方針とした。SBT/ABPC 150 mg/kg/d 点滴静注を開始し、翌朝耳鼻科で穿刺排膿を施行した。血性膿約3mLを排出し、塗抹でグラム陽性の連鎖球菌を認めた。抗菌薬治療を継続し徐々に解熱傾向となっていたが、入院6日目に37.0℃台の微熱を認め、左頸部疼痛の悪化を認めた。再度ドレナージを検討していたところ入院8日目に自壊排膿した。その後速やかに疼痛は改善し、以降発熱なく経過した。血液培養は陰性で、穿刺した膿の培養で *Streptococcus intermedius* の発育を認め、抗酸菌培養は陰性であった。ABPCの感受性は良好であり、SBT/ABPC 2週間投与後に頸部超音波検査で膿瘍消失を確認し、CVA/AMPC内服に変更し退院とした。内服を含めて計3週間抗菌薬投与を行い、その後再発を認めていない。〔結語〕穿刺排膿にて *Streptococcus intermedius* が同定され、合併症なく軽快した症例を経験した。

17. 運動による関節負荷が契機と思われる硬膜外膿瘍を合併した化膿性椎間関節炎の小児例

(¹卒後臨床研修センター, ²小児科, ³画像診断・核医学科)

西田 悟¹・

石黒久美子²・木原祐希²・佐藤孝俊²・石垣景子²・阿部香代子³・永田 智²

〔緒言〕化膿性椎間関節炎は、椎間関節の細菌感染症であり、小児例は稀である。運動負荷後の報告が散見されているものの、その詳細は明らかではない。今回、我々は運動後に発症し、硬膜外膿瘍を合併した化膿性椎間関節炎の小児例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。〔症例〕8歳男児。免疫不全を疑う家族歴・既往歴なし。発症前日に高さ2mの滑り台からジャンプし、転倒なく着地。同日夜間より、発熱40℃と激しい腰痛を訴えた。翌朝(第1病日)、近医で腹部単純MRIを撮像され、L3レベルの左傍脊柱筋に炎症所見を認めた。当科へ紹介となり、当初、化膿性筋炎疑いにて、緊急入院の上、抗菌薬治療を開始。バンコマイシン・メロペネム投与にて、腰痛の消失と解熱を認めた。第18病日に腰部造影MRIを施行したところ、化膿性筋炎の改善を認め一方で、化膿性椎間関節炎と硬膜外膿瘍を認めた。脊髄圧迫症状はなく、手技的にも困難であったことから、外科的ドレナージは見送った。引き続き、抗菌薬加療を継続し、計77日間で投与終了可能となった。〔考察〕本疾患における小児例の特徴として、基礎疾患を持つ例が少なく、運動負荷後の発症が目立つという点が挙がる。運動負荷により、椎間関節の物理的ストレスが生じ、血行性感染や潜在的菌血症により感染が成立した後、化膿性筋炎と硬膜外膿瘍を合併し得ると考察されており、本例についても同様の機序を考えた。

18. 新型コロナウイルス感染後に脱毛症を発症した乳児

(¹八千代医療センター卒後臨床研修センター, ²藤森小児科, ³八千代医療センター小児科)

渡邊 啓^{1,2}・

藤森 誠^{1,3}・高梨潤一^{2,3}

成人の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)後遺症として脱毛症が知られている。今回、乳児でCOVID-19罹患後の脱毛症を経験した。4か月の男児で、母のSARS-CoV-2陽性判明1日後に児の陽性が判明した。経過中37.8度の発熱が1日のみ出現し、その後他の症状なく軽快した。児の陽性判明後30日目より頭髮の脱毛を示したが、無治療で徐々に改善し、50日目には完治した。小児のCOVID-19後遺症として脱毛の報告は少なく、本例は感染後の脱毛の経過を示す貴重な症例であった。