

## 第 373 回東京女子医科大学学会例会

### (第 1 部)

配信期間 2026 年 2 月 28 日 (土) 9:00~3 月 9 日 (月) 9:00

配信 URL <https://www.youtube.com/playlist?list=PLyqOUscPQPHI4NVUkPnZjNuLqvFeTb9hV>

### 令和 6 年度研究奨励賞受賞者研究発表

#### 山川寿子研究奨励賞 (第 37 回)

腎性貧血患者赤血球膜の ATP11C が減少する機序に関するプロテオミクスを用いた検討

(腎臓内科学分野) 関 桃子

#### 佐竹高子研究奨励賞 (第 33 回)

運動機能が骨粗鬆症治療効果に与える影響

(整形外科学分野) 富永絢子

#### 中山恒明研究奨励賞 (第 11 回)

副甲状腺腫瘍の病理学的検討-Fascin はバイオマーカーとなるか

(<sup>1</sup>内分泌外科, <sup>2</sup>病理診断科, <sup>3</sup>病理学 (人体病理学・病態神経科学分野)) 尾身葉子<sup>1</sup>・

山本智子<sup>2,3</sup>・長嶋洋治<sup>2</sup>・倉田 厚<sup>3</sup>・堀内喜代美<sup>1</sup>

補助人工心臓治療における免疫老化の解明

(心臓血管外科学分野) 市原有起

### (第 2 部)

日時 2026 年 2 月 28 日 (土) 13:15~17:45

会場 彌生記念教育棟 1 階図書館内アカデミックコモンズ

開会の辞

司会 (幹事) 清水優子

挨拶

(会長) 三谷昌平

### 令和 7 年度研究奨励賞授与式 13:20~13:30

#### 山川寿子研究奨励賞 (第 38 回)

COPD 増悪に対する全身ステロイドの投与量と予後の相関についての検討

(呼吸器内科学分野 准講師) 赤羽朋博

歯髄幹細胞含有コラーゲンバイオインクを用いた広範囲顎骨欠損再生療法の確立

(歯科口腔外科(口腔顎顔面外科学分野) 助教) 藤居泰行

#### 佐竹高子研究奨励賞 (第 34 回)

呼吸器病原体共感染の及ぼす影響について

(呼吸器内科学分野 講師) 有村 健

ホルマリン固定標本を用いた腹膜偽粘液腫の三次元画像構築とオミクス解析による予後予測系の確立

(薬理学分野 講師) 野口 玲

ネフローゼ症候群の抗スリット膜抗体による蛋白尿発症機序の解析

(腎臓小児科 講師) 白井陽子

#### 中山恒明研究奨励賞 (第 12 回)

口腔用ダーモスコープと AI 画像解析による口腔がん切除マージン判定支援システムの構築

(歯科口腔外科学(顎口腔外科学分野) 講師) 貝淵信之

### 第 20 回研修医症例報告会 13:30~17:45

口演 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) 小川哲也

#### Block 1 内科系症例 1 13:35~14:40

座長 (足立医療センター 内科) 高木香恵

#### 1. POEMS 症候群との鑑別に苦慮した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

(<sup>1</sup>八千代医療センター 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>本院 血液内科) ○三塚康ノ介<sup>1</sup>・◎篠原明仁<sup>2</sup>

2. 内視鏡的逆萎縮を契機に診断に至った悪性貧血の1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科) ○南 秀紀<sup>1</sup>・  
◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>
3. 原発性胆汁性胆管炎を伴う肝細胞癌患者が免疫チェックポイント阻害薬の使用により  
筋炎を発症した1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科,<sup>3</sup> 脳神経内科) ○都築直矢<sup>1</sup>・  
村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・若生 翔<sup>3</sup>・吉澤浩志<sup>3</sup>・◎新井誠人<sup>2</sup>
4. 片腎患者の右腎細胞癌への免疫チェックポイント阻害薬・低酸素誘導因子2阻害薬投与により  
ネフローゼ症候群を発症した1例  
(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科,<sup>3</sup> 病理診断科) ○中村侑紀<sup>1</sup>・  
森本 聡<sup>2</sup>・黒田 一<sup>3</sup>・近藤恒徳<sup>4</sup>・◎小川哲也<sup>1,2</sup>
5. 痙攣発作を契機に著明な高CK血症の遷延を認めたアルコール多飲者における横紋筋融解の経験  
ーベンゾジアゼピン使用との関連を含めた考察ー  
(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科,<sup>3</sup> 脳神経外科) ○池田 葉<sup>1</sup>・  
細田麻奈<sup>2</sup>・岡部ゆう子<sup>2</sup>・木村綾子<sup>2</sup>・  
安達有多子<sup>2</sup>・◎西村芳子<sup>2</sup>・遠井素乃<sup>2</sup>・大野秀樹<sup>2</sup>・小川哲也<sup>2</sup>
6. 内視鏡的粘膜下層剥離術による確定診断後に *Helicobacter pylori* 除菌療法が奏功した  
多発直腸 MALT リンパ腫の1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科,<sup>3</sup> 病理診断科) ○宮崎夏帆<sup>1</sup>・  
◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>・中澤匡男<sup>3</sup>
7. 長期間の経過観察後に高カルシウム血症および腎機能障害を呈しステロイド治療を開始した  
サルコイドーシスの1例  
(<sup>1</sup>八千代医療センター 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 本院 呼吸器内科) ○中村友祐<sup>1</sup>・◎赤羽朋博<sup>2</sup>
8. 腸間膜膿瘍を形成したエルシニア腸炎の1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科) ○今 陽水<sup>1</sup>・  
◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>

**Block 2 内科系症例 2 14:40~15:40**

座長(本院 糖尿病・代謝内科) 森 友実

9. 歯肉腫脹で発症し、血球貪食症候群と消化管出血をきたした節外性NK/T細胞リンパ腫の1例  
(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科,<sup>3</sup> 歯科口腔外科,<sup>4</sup> 耳鼻咽喉科,<sup>5</sup> 病理診断科)  
○三枝希実子<sup>1</sup>・安達有多子<sup>2</sup>・西村芳子<sup>2</sup>・遠井素乃<sup>2</sup>・  
◎風間啓至<sup>2</sup>・矢野 尚<sup>3</sup>・須納瀬弘<sup>4</sup>・黒田 一<sup>5</sup>・小川哲也<sup>2</sup>
10. 妊娠中に発症したギランバレー症候群に対し経静脈的免疫グロブリン療法が奏効した1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 脳神経内科) ○齋藤聖香<sup>1</sup>・◎吉澤浩志<sup>2</sup>
11. 抗血小板薬2剤併用療法中に出血性胃ポリープによる高度貧血をきたした肝硬変の1例  
(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科) ○國廣晴也<sup>1</sup>・  
◎岡部ゆう子<sup>2</sup>・細田麻奈<sup>2</sup>・木村綾子<sup>2</sup>・大野秀樹<sup>2</sup>
12. 食道狭窄および食道気管支瘻に対して self-expanding metallic stent を留置した進行食道がんの1例  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科) ○木村奈瑠実<sup>1</sup>・  
◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>
13. 退院後に出血を来した胃ESD症例と自施設における後出血リスクの検討  
(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科) ○波多野広希<sup>1</sup>・  
南 秀紀<sup>1</sup>・◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>
14. 乳癌治療中に診断された肝肉芽腫の1例  
(本院<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科,<sup>3</sup> 乳腺外科) ○豊福祐佳莉<sup>1</sup>・  
◎小木曾智美<sup>2</sup>・山本果奈<sup>2</sup>・中村真一<sup>2</sup>・  
野口英一郎<sup>3</sup>・高山敬子<sup>2</sup>・谷合麻紀子<sup>2</sup>・中井陽介<sup>2</sup>
15. 発熱・頭痛に白血球減少・凝固異常を伴い複数のウイルスIgM抗体陽性を認めた1例  
(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科) ○金子凜太郎<sup>1</sup>・  
◎遠井素乃<sup>2</sup>・安達有多子<sup>2</sup>・西村芳子<sup>2</sup>

<休憩 10分>

**Block 3 小児科系症例 15:50~16:30**

座長（八千代医療センター 神経小児科）小俣 卓

16. 著明な拡散能低下を伴った抗 hUBF/NOR90 抗体陽性混合性結合組織病の女児例  
（本院<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>小児リウマチ科） ○村上理沙子<sup>1</sup>・◎岸 崇之<sup>2,3</sup>・  
山本陽子<sup>2</sup>・橋詰拓摩<sup>2</sup>・中山千尋<sup>2</sup>・山田紗也子<sup>2</sup>・宮前多佳子<sup>3</sup>・永田 智<sup>2</sup>
17. 便中カルプロテクチンが異常高値を示した若年性ポリープの1例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>消化器内視鏡科） ○片山 華<sup>1</sup>・  
◎池野かおる<sup>2</sup>・長谷川茉莉<sup>2</sup>・松岡尚史<sup>2</sup>・佐藤浩一郎<sup>3</sup>
18. 加熱式たばこの金属片誤飲に対し内視鏡的摘出を行った2例  
（本院<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>小児外科） ○今里弥生<sup>1,2</sup>・  
◎山本陽子<sup>2</sup>・中山千尋<sup>2</sup>・山田紗也子<sup>2</sup>・橋詰拓摩<sup>2</sup>・  
山田 進<sup>3</sup>・岸 崇之<sup>2</sup>・世川 修<sup>3</sup>・永田 智<sup>2</sup>
19. 福山型先天性筋ジストロフィーに心因性非てんかん発作を合併した1例  
（本院<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>小児科心理室） ○王 逸夫<sup>1</sup>・◎木原祐希<sup>2</sup>・  
石黒久美子<sup>2</sup>・七字美延<sup>2</sup>・佐藤孝俊<sup>2</sup>・伊藤 進<sup>2</sup>・浅井美紗<sup>3</sup>・石垣景子<sup>2</sup>・永田 智<sup>2</sup>
20. 志賀毒素産生性大腸菌(STEC)感染症の軽快後、退院予定日に志賀毒素産生大腸菌関連  
溶血性尿毒症症候群(STEC-HUS)を発症した1例  
（八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児集中治療科、<sup>3</sup>小児科） ○安藤光平<sup>1</sup>・  
◎安川久美<sup>2</sup>・高梨潤一<sup>3</sup>

**Block 4 外科・救急・麻酔系症例 16:30~17:35**

座長（本院 乳腺外科）塚田弘子

21. 術前化学療法中に腎膿瘍ドレナージを要した同時性両側乳癌の1例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>乳腺外科、<sup>3</sup>病理診断科） ○寺山 直<sup>1</sup>・  
◎藤田佐希<sup>2</sup>・平野 明<sup>2</sup>・石橋祐子<sup>2</sup>・湯川寛子<sup>2</sup>・黒田 一<sup>3</sup>
22. 生存退院した外傷性腓損傷の症例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床センター、<sup>2</sup>救急医療科） ○小野瑞貴<sup>1</sup>・◎横山 健<sup>2</sup>
23. 繰り返すS状結腸軸捻転に対しハルトマン手術を実施した1例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>Acute Care Surgery センター） ○麻生絢斗<sup>1</sup>・  
◎柴野彩花<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>
24. 摂取34時間後に搬送されたエチレングリコール中毒：フォメピゾールおよび血液透析により  
救命し得た1例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>救命救急センター） ○飯島杏香<sup>1</sup>・  
中本礼良<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>
25. CSDH に対するNBCAを用いたMMA塞栓術後にMMAが再開通した1例  
（八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>脳神経外科） ○マディナ ヤクフジャン<sup>1</sup>・  
◎石黒太一<sup>2</sup>
26. 神経線維腫症1型を基礎疾患に持つ患者におけるくも膜下出血後の疼痛症候群の1例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科） ○田中千智<sup>1</sup>・◎牛山郁子<sup>2</sup>
27. 咽頭嚢胞による重度気道狭窄を呈した乳児の気管切開における麻酔管理  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科） ○伊藤哉也子<sup>1</sup>・  
◎坂巻愛弓<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>
28. 頭蓋内慢性硬膜下血腫の一因として胸部硬膜外麻酔の遅発性合併症が疑われた症例  
（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科） ○岩江麻衣子<sup>1</sup>・  
◎清水恵利香<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>

総評

（本院 卒後臨床研修センター長）市原淳弘

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）小川哲也

閉会の辞

司会（幹事）野原理子

## 〔令和 6 年度山川寿子研究奨励賞受賞者研究発表〕

### 1. 腎性貧血患者赤血球膜の ATP11C が減少する機序に関するプロテオミクスを用いた検討

(腎臓内科学分野)

関 桃子

〔背景〕慢性腎臓病患者に高頻度に合併する腎性貧血の原因の一つに赤血球寿命の短縮があり、我々はこの機序として、産生されてから早期にフリッパーゼ活性が低下し PS が表在化しやすくなることを明らかにした。健常人の老化赤血球のフリッパーゼ ATP11C は若い赤血球の 62% に減少しており、腎性貧血患者の老化赤血球においても ATP11C が減少している可能性が考えられた。赤血球内の  $\text{Ca}^{2+}$  濃度を人工的に上昇させて赤血球膜から Microvesicles を作成すると、ATP11C は Microvesicles へ移行しており、ATP11C が減少する機序を明らかにするために患者及び健常人の若い赤血球及び老化赤血球膜についてプロテオミクスを行った。〔結果〕個人差は大きいものの、腎性貧血患者の老化赤血球の ATP11C は若い赤血球の平均 47% であり、健常人より多く減少していた。プロテオミクスの結果、健常人と比較して腎性貧血患者の老化赤血球では、4.1R complex の構成要素である Protein 4.1R、Dematin、Glycophorin C が減少していた。一方 Ankyrin、Glycophorin A、Band 3 といった Ankyrin complex は保たれていた。〔考察〕赤血球内の  $\text{Ca}^{2+}$  濃度の上昇で 4.1R と GPC との結合が低下して膜がちぎれやすくなる機序に加えて、腎不全による何らかの影響で Microvesicles が産生されやすくなり、ATP11C がより減少していることが示唆された。

## 〔令和 6 年度佐竹高子研究奨励賞受賞者研究発表〕

### 1. 運動機能が骨粗鬆症治療効果に与える影響

(整形外科分野)

冨永絢子

〔背景・目的〕運動療法は骨粗鬆症予防に有効であることが知られているが、身体機能や運動負荷が骨粗鬆症薬物治療の効果にどのような影響を与えるかについては十分に検討されていない。本研究では、ロモソズマブ治療を受けた骨粗鬆症患者を対象に、歩行能力や運動習慣といった身体機能が骨密度変化に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。〔方法〕2019～2023 年にロモソズマブを 1 年間投与された患者 47 例を対象とし、既存の骨粗鬆症治療歴を有する症例は除外した。年齢、性別、脊椎および大腿骨近位部骨密度を評価し、身体機能および運動負荷は歩行能力や運動習慣に関する質問票を用いて調査した。〔結果〕自立歩行可能群では、非自立群と比較して脊椎骨密度増加率が有意に高かった。一方、運動習慣を有する群では、大腿骨近位部骨密度の増加が有意に大きかった。〔結論〕ロモソズマブ治療下においても、身体機能や運動負荷は骨密度増加に影響を及ぼすことが示された。脊椎では日常的な荷重刺激が、大腿骨ではより強い運動負荷が治療効果を高める可能性が示唆され、薬物療法と運動療法を組み合わせた治療戦略の重要性が示された。

## 〔令和 6 年度中山恒明研究奨励賞受賞者研究発表〕

### 1. 副甲状腺腫瘍の病理学的検討－Fascin はバイオマーカーとなるか

(<sup>1</sup>内分泌外科, <sup>2</sup>病理診断科, <sup>3</sup>病理学 (人体病理学・病態神経科学分野))

尾身葉子<sup>1</sup>・

山本智子<sup>2,3</sup>・長嶋洋治<sup>2</sup>・倉田 厚<sup>3</sup>・堀内喜代美<sup>1</sup>

〔背景〕WHO 分類では、副甲状腺腫瘍は腺腫、atypical tumor、癌に分類される。Parafibromin 発現消失と Ki-67 index >5% は悪性の指標だが、浸潤や転移に関与するアクチン束化タンパク質 fascin の役割は未解明である。〔方法〕25 例の癌、20 例の atypical tumor、23 例の腺腫で fascin を免疫染色し、parafibromin および Ki-67 との関連と臨床病理学的因子を検討した。〔結果〕Fascin 陽性は腺腫 21.7%、atypical tumor 50.0%、癌 42.1% ( $p=0.09$ ) で、核内 fascin 発現は腺腫 (4.3%) に比べ、atypical tumor (25.0%) および癌 (42.1%) で高頻度に認められた ( $p=0.01$ )。Parafibromin 陰性は腺腫 0%、atypical tumor 43.7%、癌 89.5% ( $p<0.001$ )、Ki-67 index >5% はそれぞれ 0%、31.3%、63.2% であった ( $p=0.046$ )。Fascin 陽性例では parafibromin 陰性率が有意に高かった ( $p=0.0071$ )。再発例はいずれも fascin 陽性、parafibromin 陰性、Ki-67 >5% であった。〔結論〕Fascin は診断能で parafibromin や Ki-67 を上回らないが、悪性度や再発と関連し、副甲状腺腫瘍の予後指標・治療標的となる可能性がある。

## 2. 補助人工心臓治療における免疫老化の解明

(心臓血管外科学分野)

市原有起

### 〔第 20 回研修医症例報告会〕

#### 1. POEMS 症候群との鑑別に苦慮した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

(<sup>1</sup>八千代医療センター 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>本院 血液内科) ○三塚康ノ介<sup>1</sup>・◎篠原明仁<sup>2</sup>

〔症例〕70 歳男性。X 年 3 月より抗菌薬無効の発熱がみられ、その後血球減少を呈し当科を受診した。初診時 sIL-2R 4203 U/mL、ポジトロン断層撮影／コンピュータ断層撮影 (PET/CT) では軽度の集積を伴う脾腫を認めるのみで、腫大リンパ節はみられなかった。骨髓検査で異常リンパ球浸潤を認めず 5 月に脾摘を行うも診断に至らなかった。抗好中球細胞質抗体や T-SPOT は陰性で血管炎や抗酸菌感染は否定的だった。脾腫に加え末梢神経伝導障害を認めたため POEMS 症候群を疑ったが、高プロラクチン血症と血管内皮増殖因子 (VEGF) 高値を認めるものの M 蛋白を認めず診断基準を満たさなかった。その後、血球減少が進行し、下腿浮腫や呼吸困難など心不全がみられ 7 月に緊急入院した。入院時に鮮紅色紅斑がみられ皮膚生検を施行したところ、真皮内血管腔に限局した CD20 陽性リンパ球を多数認め、血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫 (IVL) の診断に至った。ボラツズマブ ベドチン、リツキシマブ、シクロホスファミド、ドキシソルビシン、プレドニゾロン併用療法 (pola-R-CHP 療法) を開始したところ、発熱・心不全徴候は改善した。〔考察〕本例は発熱と緩徐に進行する血球減少と、高 VEGF 血症等の POEMS 症候群類似の徴候を呈した IVL である。両疾患はともに多様な全身症状を呈し相互に除外診断を要する疾患で、速やかな診断には皮膚生検などの積極的な病理学的検索が有用であることが示唆された。

#### 2. 内視鏡的逆萎縮を契機に診断に至った悪性貧血の 1 例

(八千代医療センター <sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>消化器内科)

○南 秀紀<sup>1</sup>・

◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>

〔症例〕84 歳、男性〔主訴〕自覚症状なし〔現病歴〕胆管狭窄に対して胆管ステント交換を定期的に施行しており、内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) 目的に入院となった。特記すべき自覚症状はなく、入院時血液検査で高度の大球性貧血進行 (Hb 11.7→5.1 g/dL, MCV 133.9 fl), LDH 上昇 (2177 U/L) とビリルビン上昇 (T-Bil 3.7 mg/dL) を認めた。〔経過〕高度貧血に対して、入院 1 日目と 4 日目に赤血球濃厚液計 8 単位を輸血し、Hb 8.7 g/dL まで改善した。貧血進行の原因精査のため、入院 2 日目に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃幽門部には萎縮を認めず、噴門部および胃体部に高度の萎縮を認め、自己免疫性胃炎に特徴的な逆萎縮所見と考えられた。鉄動態や甲状腺機能に異常はなく、葉酸は正常値であり、ビタミン B12 の高度低下を認めた。間接ビリルビン優位の上昇に加え、網赤血球低下、ハプトグロビン低下、クームス陰性を認め、無効造血が示唆された。大球性貧血の原因はビタミン B12 欠乏と考えられ、追加精査にて抗内因子抗体および抗胃壁細胞抗体が陽性であり、血清ガストリン高値を認めた。以上より、自己免疫性胃炎による悪性貧血の診断となった。入院中は複合ビタミン B 製剤を静注し、退院後はメコバラミンを定期的に筋注したところ、3 か月後に大球性貧血は正常化した。〔考察〕本症例は自己免疫性胃炎を背景に、ビタミン B12 の吸収障害が生じていた。肝臓に貯蔵されていたビタミン B12 が枯渇し無効造血を来した結果、急速に貧血が進行したものと考えられた。

#### 3. 原発性胆汁性胆管炎を伴う肝細胞癌患者が免疫チェックポイント阻害薬の使用により筋炎を発症した 1 例

(八千代医療センター <sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>消化器内科, <sup>3</sup>脳神経内科)

○都築直矢<sup>1</sup>・

〔背景〕免疫チェックポイント阻害薬（ICI）はがん治療に広く使用されているが、さまざまな免疫関連有害事象（irAE）を引き起こすことが報告されている。筋炎の頻度は稀であるが、ICIs 治療開始から 2 か月以内に発症することが多いとされている。自己免疫性肝疾患を有する肝細胞癌患者に irAE 筋炎を発症した 1 例を報告する。〔症例〕7X 歳男性。2013 年に肝生検で原発性胆汁性胆管炎（PBC）と診断された。2021 年に肝細胞癌（HCC）を発症し肝部分切除を施行した。2022 年と 2023 年に再発した HCC に対して経動脈的化学塞栓術を行った。複数の肝内再発（cT2N0M0）のため、2024 年にアテゾリズマブ（1200 mg/body）とベバシズマブ（15 mg/kg）による化学療法を開始した。開始時の肝機能は保たれていた（Child-Pugh 分類 A）。抗癌剤投与から 9 日目の肝機能および血清クレアチニンキナーゼ（CK）値は正常であった。12 日目に 40 度近い発熱、14 日目に体動困難となり緊急入院となった。意識清明であったが、全身倦怠感が著明であり、左上腕および両下肢近位部に圧痛を認めた。血清 CK は 4568 U/L と上昇し irAE 筋炎と診断、ステロイド治療（1.0 mg/kg/day）を開始した。血清 CK は速やかに低下し筋症状は改善したが、倦怠感と食欲低下が持続、肝機能は回復しなかった。経過中に肝性脳症と感染を合併し、78 日目に肝不全で死亡した。〔考察〕本症例は前駆症状なく急激に発症した irAE 筋炎であり、ICI 投与後に急速な経過を示した。近年、PBC などの自己免疫性肝疾患を有する HCC 患者に対する ICI の使用が報告され、安全性も徐々に評価されつつある。本症例の経過において、PBC がどの程度影響したかは今後の検討課題である。

#### 4. 片腎患者の右腎細胞癌への免疫チェックポイント阻害薬・低酸素誘導因子 2 阻害薬投与によりネフローゼ症候群を発症した 1 例

（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科、<sup>3</sup>病理診断科）

○中村侑紀<sup>1</sup>・

森本 聡<sup>2</sup>・黒田 一<sup>3</sup>・近藤恒徳<sup>4</sup>・◎小川哲也<sup>1,2</sup>

〔症例〕68 歳、男性〔主訴〕肉眼的血尿〔現病歴〕X 年 2 月頃より肉眼的血尿を契機に他院を受診。造影コンピュータ断層撮影（CT）にて右腎腫瘍、下大静脈（IVC）塞栓を認め、同年 8 月 25 日に当院泌尿器科を紹介受診した。初診時検査では、Cre 1.49 mg/dL、BUN 25.2 mg/dL、eGFR 37.7 mL/min、尿蛋白 +1、尿中赤血球 50-90/HPF であった。同年 9 月に開腹右腎摘出＋下大静脈（IVC）塞栓摘出術を施行した。その後は外来にて経過観察され、Cre 1～2 mg/dL 台、eGFR 20～30 mL/min 台で推移していた。X 年 11 月から術後療法としてペムブロリズマブ＋belzutifan（経口 HIF-2 阻害薬）を導入した。X+1 年 2 月に肺に新規結節が出現し、X+2 年 1 月には肺に多発転移像を認めた。X+2 年 10 月 17 日の胸部 CT では右肺優位の胸水貯留を認め、同月 23 日には TP 4.3 g/dL、Alb 2.3 g/dL、尿蛋白 7.59 g/gCr と腎機能の悪化とネフローゼ症候群を呈していた。精査加療目的のため、X+2 年 10 月 30 日に当科入院となった。X+2 年 11 月 15 日に腎生検を施行したところ、糸球体に泡沫細胞のうっ滞、係蹄二重化、内皮細胞の剥離、係蹄内の滲出液貯留などの血管内皮障害を認めた。その後、エパデールと SGLT2 阻害薬を開始し、Cr 1.9 mg/dL、尿蛋白 1.1 g/gCr まで改善した。〔考察〕本症例での腎機能障害の原因として血管内皮細胞障害が主体であり、キヌレノール代謝阻害による低酸素誘導因子 2（HIF-2）阻害薬（belzutifan）関連腎障害が最も考えられた。

#### 5. 痙攣発作を契機に著明な高 CK 血症の遷延を認めたアルコール多飲者における横紋筋融解の経験ーベンゾジアゼピン使用との関連を含めた考察ー

（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科）

○池田 葉<sup>1</sup>・

細田麻奈<sup>2</sup>・岡部ゆう子<sup>2</sup>・木村綾子<sup>2</sup>・安達有多子<sup>2</sup>・

◎西村芳子<sup>2</sup>・遠井素乃<sup>2</sup>・大野秀樹<sup>2</sup>・小川哲也<sup>2</sup>

〔症例〕52 歳男性〔主訴〕痙攣、意識障害〔現病歴〕X 年 9 月初旬、仕事で配送中に痙攣を発症し、当院脳外科へ救急搬送された。痙攣は持続 10 分で自然頓挫し、意識混濁と著明な発汗を認めた。頭部コンピュータ断層撮影（CT）・磁気共鳴画像法（MRI）は異常なく、Na 116 mEq/L と低下を認め、内科へ緊急入院となった。〔現症〕E4V4M6、体温 38.0℃、脈拍 114/分、血圧 160/50 mmHg。右大腿前面に皮下出血あり。〔経過〕ジアゼパム計 15 mg 静注後にレベチラセタムを投与し、痙攣は抑制された。Na 補正のため生理食塩水を 100 mL/時で投与し、翌日 Na 136 mEq/L となり、意識も回復した。CK 値は第 2 病日 86,733 U/L に上昇し、補液 3000 mL/日を継続。アルコール多飲者（アルコール量 60 g/日以上）であり、離脱せん妄予

防でジアゼパム 8 mg/日内服を追加した。その後 CK 値は 7 万前後で遷延し、第 5 病日にジアゼパム中止、翌日 CK 値は低下に転じた。第 10 病日の骨格筋 MRI で両側骨盤・大腿部に高信号と異常造影効果を認めた。筋炎関連抗体は陰性で、第 13 病日に退院。1 か月後に CK 値は正常化した。〔考察〕本例の低 Na 血症を伴う痙攣は熱中症の一症状が疑われ、続発した著明な高 CK 血症はアルコール多飲を背景に痙攣・熱中症・低 Na 血症・アルコール離脱など複合的な要因による横紋筋融解と考えられた。また、ベンゾジアゼピン系薬剤使用が高 CK 血症を遷延させた可能性も疑われた。

## 6. 内視鏡的粘膜下層剥離術による確定診断後に *Helicobacter pylori* 除菌療法が奏功した多発直腸 MALT リンパ腫の 1 例

(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科,<sup>3</sup> 病理診断科) ○宮崎夏帆<sup>1</sup>・

◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>・中澤匡男<sup>3</sup>

症例は 77 歳、女性。直腸 (Ra) に黄色調 15 mm 大と 10 mm 大の隆起性病変を認め、拡した血管が目立つが上皮性腫瘍を示唆する所見はなく、いずれも上皮下腫瘍 (SET) と考えられた。超音波内視鏡検査では第 2～3 層を主座とする境界明瞭で内部均一な低エコー病変として描出され、多発した直腸カルチノイドが疑われた。診断的治療を目的に、15 mm 大の病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) による一括切除を行った。病理・免疫組織学的評価から、MALT リンパ腫と診断された。未切除の 10 mm 大の病変や周囲に多発した微小隆起からの生検でも、MALT リンパ腫が検出された。上部内視鏡検査を行い、萎縮性胃炎の所見があり、血中抗 *Helicobacter pylori* (H.pylori) IgG 抗体陽性であった。残存するその他の直腸 MALT リンパ腫への治療効果を期待して、H.pylori 除菌を行った。除菌後 2 か月目の下部内視鏡検査で、直腸 SET は明らかに消退したが、生検組織の病理結果ではわずかに遺残がみられた。5 か月目の下部内視鏡検査で、MALT リンパ腫を示唆する異型リンパ球は検出されなくなった。

## 7. 長期間の経過観察後に高カルシウム血症および腎機能障害を呈しステロイド治療を開始したサルコイドーシスの 1 例

(<sup>1</sup>八千代医療センター 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 本院 呼吸器内科) ○中村友祐<sup>1</sup>・◎赤羽朋博<sup>2</sup>

〔背景〕サルコイドーシスは原因不明の全身性肉芽腫性疾患であり、多様な臨床症状を来しうるが、無治療で自然軽快する症例も多い。今回、サルコイドーシスと診断されてから 9 年後に高カルシウム血症および腎機能障害を呈し治療を開始した症例を経験したので報告する。〔症例〕62 歳女性。X-9 年に咳嗽があり近医を受診したところ、両側肺門縦隔リンパ節腫脹を指摘された。前医にてこれらのリンパ節に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検を実施し、サルコイドーシスと診断され経過観察されていた。X-4 年に当科に紹介され、引き続き経過観察されていたが、X 年 9 月の定期外来時の血液検査で可溶性 IL-2 受容体抗体 2585 U/mL, Ca 11.0 mg/dL と上昇あり、Cre 1.35 mg/dL と腎機能悪化を認めた。サルコイドーシスの活動性が高まっていると考えられたため、精査加療目的で当科入院となった。尿検査では蛋白尿は軽度、尿潜血は陰性であり、明らかな検尿異常はみられなかった。外液補充により補正 Ca 9.9 mg/dL, Cre 0.97 mg/dL と改善を認めたため、高 Ca 血症に伴う腎前性腎障害と考えられた。高 Ca 血症の改善のためにサルコイドーシスのコントロールが必要と考え、第 6 病日からプレドニゾロン 20 mg/日で治療を開始した。第 12 病日には補正 Ca 9.2 mg/dL, Cre 0.84 mg/dL と外液補充終了後も悪化を認めなかったため、第 14 病日に退院した。〔考察〕サルコイドーシスに対して治療介入が必要な場合、診断から 1?2 年で開始されることが多いが、本症例のように長期経過後に治療介入が必要となることがあるため、定期的なフォローアップが重要である。

## 8. 腸間膜膿瘍を形成したエルシニア腸炎の 1 例

(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科) ○今 陽水<sup>1</sup>・

◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>

〔症例〕63 歳、男性〔主訴〕発熱、右下腹部痛〔現病歴〕自己免疫性膵炎・IgG4 関連後腹膜線維症でプレドニゾロン 5 mg 内服中。腹痛を主訴に前医を受診し、単純コンピュータ断層撮影 (CT) で回盲部付近に限局的な炎症所見を認めた。血液検査で WBC 12000 / $\mu$ L, CRP 7.79 mg/dL と炎症反応の上昇があり、憩室炎の疑いで絶食・抗菌薬 (アンビシリン/スルバクタム) による入院治療の方針となり、1 週間で退院とな

った。退院 5 日後に腹痛が再燃し、38.4℃の発熱を認めたため、前医を再受診した。画像検査で腹腔内膿瘍の形成が疑われ、当院へ紹介となった。〔経過〕当院受診時、右側腹部に限局性の圧痛と反跳痛を認めた。造影 CT で上行結腸から回盲部にかけて前回より広範な炎症所見があり、腸間膜側に膿瘍形成と周囲の多発リンパ節腫脹を認めた。血液検査では WBC 13320/μL, CRP 12.27 mg/dL と炎症反応上昇を認め、膿瘍形成を伴う憩室炎が疑われ、絶食・広域抗菌薬（メロペネム）による入院治療を開始した。入院 4 日目に入院時の血液培養から *Yersinia enterocolitica* が検出され、腸間膜膿瘍を伴うエルシニア腸炎・菌血症の診断となった。抗菌薬をセフトリアキソンに de-escalation し、入院 8 日目に解熱が得られた。入院 9 日目、血液検査で CRP 3.18 mg/dL と炎症反応は改善し、造影 CT で多発リンパ節腫脹が残存していたが、膿瘍は縮小傾向であった。入院 16 日目の単純 CT で腸間膜膿瘍はさらに縮小しており、入院 18 日目に CRP は陰転化した。抗菌薬をレボフロキサシン内服に変更し、入院 21 日目に退院となった。退院 15 日後の造影 CT で、膿瘍の消失を確認した。〔考察〕腸間膜膿瘍の形成は稀であるが、早期より回盲部周囲に多数リンパ節腫大が目立った点は、エルシニア腸炎を鑑別に挙げるうえで特徴的な画像所見であった。また、膿瘍形成例では外科的治療により診断に至ることが多いが、本例のように事前に診断が確定すれば、保存的に軽快することも期待できる。〔結語〕免疫抑制状態を背景とし、腸間膜膿瘍を形成した稀なエルシニア腸炎の 1 例を経験した。

## 9. 歯肉腫脹で発症し、血球貪食症候群と消化管出血をきたした節外性 NK/T 細胞リンパ腫の 1 例

（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科、<sup>3</sup>歯科口腔外科、<sup>4</sup>耳鼻咽喉科、<sup>5</sup>病理診断科）

○三枝希実子<sup>1</sup>・安達有多子<sup>2</sup>・西村芳子<sup>2</sup>・遠井素乃<sup>2</sup>・

◎風間啓至<sup>2</sup>・矢野 尚<sup>3</sup>・須納瀬弘<sup>4</sup>・黒田 一<sup>5</sup>・小川哲也<sup>2</sup>

〔症例〕57 歳、男性〔主訴〕発熱〔現病歴〕X 年 5 月に頬部腫脹が出現し、当院歯科口腔外科を受診した。上顎の歯肉腫脹を指摘され、抗菌薬投与により腫脹は軽快し経過観察となっていた。8 月より高熱および鼻閉が出現し、近医で加療するも解熱せず、当科を紹介受診され精査加療目的に入院となった。〔経過〕血液検査にて汎血球減少、肝機能障害、凝固異常を認め、sIL-2R およびフェリチンは高値を示した。画像検査にて脾腫を認め、骨髓検査の結果、血球貪食症候群と診断された。EBV DNA 定量の高値を認め、リンパ腫の併発が疑われたため、歯肉生検を施行した。第 10 病日に消化管出血によるショックから心停止となるも、救命措置により心拍再開し ICU 管理となった。上部消化管内視鏡検査で胃体上部前壁に周堤が一部耳介様の潰瘍を認めた。第 12 病日、血球貪食症候群に対しステロイドパルス療法を開始し、合併していた肝機能障害と凝固異常は改善傾向を示したが、消化管出血は止血困難で、多臓器不全となり第 17 病日に永眠された。歯肉・胃の生検から節外性 NK/T 細胞リンパ腫と診断された。〔考察〕節外性 NK/T 細胞リンパ腫は古くは致死性正中肉芽腫と呼ばれ、血球貪食症候群を合併すると予後不良である。本例は歯肉腫脹で発症し、感染症との鑑別に難渋した。口腔病変の難治例では悪性リンパ腫を念頭に、早期に全身精査へつなげることが重要と考えられた。

## 10. 妊娠中に発症したギランバレー症候群に対し経静脈的免疫グロブリン療法が奏効した 1 例

（八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>脳神経内科） ○齋藤聖香<sup>1</sup>・◎吉澤浩志<sup>2</sup>

〔緒言〕ギランバレー症候群 (GBS) は急性発症の自己免疫性多発神経炎であり、妊娠中の発症は稀である。母体・胎児双方に重篤な影響を及ぼす可能性があるため、迅速な診断と治療が重要である。今回、妊娠 17 週に GBS を発症し、IVIg 療法により良好な経過を得た症例を経験したので報告する。〔症例〕37 歳、女性〔主訴〕四肢筋力低下〔現病歴〕X 月 Y-3 日(妊娠 16 週 3 日)、起床時より両手の脱力を自覚、その後両下肢の脱力も自覚し翌日に歩行困難となったため、X 月 Y-1 日(妊娠 16 週 5 日)に当院脳神経外科を受診。頭部 MRI の結果明らかな異常を認めず帰宅となった。その後症状増悪し X 月 Y 日(妊娠 16 週 6 日)に当院産婦人科にて経過観察目的で入院となった。〔入院時現症〕身長 163 cm、体重 90 kg、BMI 33.8 kg/m<sup>2</sup>。Vital sign: BT 36.8℃、BP 126/75 mmHg、PR 70 bpm、RR 14 /min、SpO<sub>2</sub> 97%(RA)。頭頸部、胸部、腹部に異常所見は認めなかった。〔神経学的所見〕脳神経：異常所見なし。徒手筋力テスト：上腕二頭筋 3/3、上腕三頭筋 3/3、腕橈骨筋 3/3、長短橈側手根伸筋 3/3、尺側手根伸筋 3/3、橈側手根屈筋 3/3、尺側手根屈筋 3/3、背側骨間筋 2/2、大腿四頭筋 2/2、前脛骨筋 4/4、下腿三頭筋 4/4。反射：下顎(-)、上腕二頭筋(-/-)、上腕三頭筋(-/-)、腕橈骨筋(-/-)、膝蓋腱(-/-)、アキレス腱(-/-)、Hoffmann(-/-)、Tromner(-/-)、足



底反応(ind./ind.)。感覚系：温痛覚触覚は正常。振動覚：外果 16s/12s、位置覚は正常。〔入院後経過〕X 月 Y 日(妊娠 16 週 6 日)に脳神経内科にコンサルト・診察され遠位筋優位の四肢筋力低下、四肢腱反射低下を認めた。同日、誘発筋電図、F 波、髄液検査を施行したところ、髄液検査上、タンパク細胞解離はみられないものの、末梢神経伝導検査で明らかなブロック所見を認め、脱髄を呈していると考えられた。ギランバレー症候群を疑う所見として、X 月 Y+2 日(妊娠 17 週 1 日)、脳神経内科転科とし、同日より IVIg 5 日間の投与を行った。投与後 1 週間の経過では、四肢の MMT は改善傾向であり、手押し車での歩行が可能であったため IVIg による治療奏効としセカンドラインの治療は行わない方針とした。その後もリハビリを継続し、四肢筋力改善傾向であり、自力歩行可能、手すりを用いた階段昇降も可能となり X 月 Y+17 日(妊娠 19 週 2 日)で自宅退院とし外来でのリハビリ継続の方針となった。〔考察〕妊娠中のギランバレー症候群は稀だが、母体・胎児ともに重篤化し得るため迅速な治療が重要である。IVIg 療法は妊娠中でも比較的安全に施行可能であり、本症例でも有効であった。早期診断と多職種連携が良好な転帰に寄与したと考えられる。

## 11. 抗血小板薬 2 剤併用療法中に出血性胃ポリープによる高度貧血をきたした肝硬変の 1 例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科)

○國廣晴也<sup>1</sup>・

◎岡部ゆう子<sup>2</sup>・細田麻奈<sup>2</sup>・木村綾子<sup>2</sup>・大野秀樹<sup>2</sup>

〔症例〕73 歳男性〔主訴〕ふらつき〔既往歴〕脳梗塞、心筋梗塞、肝硬変、食道静脈瘤〔現病歴〕陳旧性脳梗塞、心筋梗塞に対してクロピドグレル内服中であつた。20XX 年 1 月上旬気道炎で入院中に新規脳梗塞を発症し、バイアスピリン追加となつた。同年 5 月ふらつきによる転倒を契機に当院へ救急搬送された。来院時 Hb 4.8 g/dL と高度貧血を認め当科第 1 回入院となつた。〔経過〕上部消化管内視鏡検査では食道静脈瘤や門脈圧亢進に伴う胃粘膜障害、胃ポリープの所見を認め出血源となつた可能性が考えられたが、観察中に活動性の出血は認めなかつた。腸管安静、輸血を行い、Hb 11.4 g/dL まで改善したため第 11 病日に退院となつた。しかし、退院 4 日後に再びふらつきを主訴に救急搬送され、Hb 6.1 g/dL と再度貧血を認め当科第 2 回入院となつた。内視鏡検査にて、胃ポリープより滲出性出血を認めた。入院後は抗血小板薬 2 剤を中止し、腸管安静、輸血を行った。第 6 日病日の内視鏡で止血を確認した。食事再開後、第 10 病日にクロピドグレル単剤を再開し、第 13 病日に退院とした。以降貧血の悪化なく経過している。〔考察〕抗血小板薬 2 剤(DAPT)内服中に出血性胃ポリープによる高度貧血を認めた肝硬変の 1 例を経験した。本症例では抗血小板薬を追加した後から貧血を繰り返した。DAPT は心血管イベント再発予防に有効である一方、消化管出血などの重篤な副作用を生じうる。消化管出血を伴う患者においては、出血リスクと血栓リスクを十分に考慮し、個別化した治療方針を立てることが重要と考えられる。

## 12. 食道狭窄および食道気管支瘻に対して self-expanding metallic stent を留置した進行食道がんの 1 例

(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科)

○木村奈瑠実<sup>1</sup>・

◎村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>

〔症例〕70 歳男性〔主訴〕食思不振、胸痛〔現病歴〕胃体部癌(Stage IV)と胸部下部食道癌(Stage III)に対して、1 年 9 か月前から当科で化学療法(Nivolumab+CapexOX)を計 7 コース施行していた。X-3 日からの食思不振と胸痛を主訴に当院救急外来を受診し、精査目的に入院の方針となつた。〔臨床経過〕入院時に 38.2℃の発熱と血液検査で CRP 23.11 mg/dL、白血球 18140 /?L と炎症反応上昇を認めた。造影コンピュータ断層撮影(CT)で進行食道癌と気管支との瘻孔形成による肺炎や膿胸が疑われた。絶食、補液、広域抗菌薬(免疫不全状態につき MEPM+VCM を使用)治療に加え、循環動態が不安定のためノルアドレナリンを少量で開始した。初期治療に反応し X+3 日に解熱し、循環動態も改善したためノルアドレナリンは中止した。X+6 日上部消化管内視鏡検査を施行し、腫瘍による食道狭窄を認めた。その後、X+8 日に再度循環動態が不安定となつたため、ノルアドレナリンを再開した。X+9 日に食道狭窄の解除と食道-気管支瘻疑いの閉鎖を念頭に、self-expanding metallic stent (SEMS)を留置した。透視造影下で瘻孔形成の診断が確定し、SEMS 留置による瘻孔閉鎖が期待されたが、感染コントロール不良なまま全身状態が悪化し、X+10 日に死亡した。〔考察〕本例のように外科的介入が困難な状況では、瘻孔閉鎖に covered SEMS が有用であるとされており、早期に瘻孔閉鎖が達成されていれば救命できた可能性がある。〔結語〕食道気管支瘻を伴う進行食道がん患者で、感染コントロールに難渋し、死亡した 1 例を経験した。

### 13. 退院後に出血を来した胃 ESD 症例と自施設における後出血リスクの検討

(八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科)

○波多野広希<sup>1</sup>・

◎南 秀紀<sup>1</sup>・村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・新井誠人<sup>2</sup>

〔背景〕胃内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)/内視鏡的粘膜切除術(EMR)後の出血は48時間以内に起こる場合が多いが、退院後に吐血や黒色便、時として出血性ショックを伴い緊急対応を要する症例を経験する。近年、本邦から胃 ESD 後の出血を予測するスコア(BEST-J score)が報告されたが、臨床現場でいかに運用していくかが課題である。〔症例〕77歳、男性。胃体部小弯後壁の15mm大の0-IIa病変に対し、エドキサバンを当日休薬してESDを施行した。本例のBEST-J scoreは3点(後出血率9.6%)であった。胃ESD後1日目の血液検査で大きな異常はなく(WBC 6400/?L、CRP 0.31 mg/dL、Hb 14.1 g/dL、BUN/Cr 14.9)、食事再開後の経過も良好で術後4日目に退院となった。ESD後7日目の夜間に黒色便とふらつきを主訴に当院救急外来を受診した。血液検査で、Hb 9.1 g/dL、BUN/Cr 52.0であり、ESD後出血が示唆された。バイタルサインは安定しており、術後8日目に上部内視鏡検査を実施し、自然止血が確認された。再入院のうえ経過観察の方針となったが、その後の再出血や貧血進行は認めず、再入院後4日目に退院となった。〔考察〕本症例を受けて、2021~2025年度に当院で早期胃癌に対するESDを実施した164症例を後ろ向きに検討した。後出血は10例であった。胃ESDから出血するまでの日数を調べたところ、抗血栓薬内服患者ではESD後1週間以上を経過してから出血する例が散見され、退院後も慎重な経過観察が必要であると考えられた。また、BEST-J score 4点以上の出血率は21.7%(5/23例)であり、このようなhigh risk症例に対しクリップ縫縮等の後出血予防を行うことで、効率よく後出血率を半減させられるのではないかと考えられた。〔結論〕本症例は後出血の事前確率が約10%であり、退院後の出血にも注意を要するものであったと評価された。

### 14. 乳癌治療中に診断された肝肉芽腫の1例

(本院<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 消化器内科,<sup>3</sup> 乳腺外科)

○豊福祐佳莉<sup>1</sup>・

◎小木曾智美<sup>2</sup>・山本果奈<sup>2</sup>・中村真一<sup>2</sup>・

野口英一郎<sup>3</sup>・高山敬子<sup>2</sup>・谷合麻紀子<sup>2</sup>・中井陽介<sup>2</sup>

〔症例〕50歳女性。X年8月にマンモグラフィ・乳房超音波で右乳癌を指摘され、当院紹介となった。PET-CTでは右乳房の他に、肝両葉に多発する18F-フルオロデオキシグルコース(FDG)集積を認め、肝転移の可能性が考えられた。X年10月よりペルツズマブ・トラスツズマブ+ドセタキセルによる化学療法を開始したところ、X+1年1月PET-CTで肝臓への異常集積が消失したため、同2月右乳房切除およびセンチネルリンパ節郭清術を施行した。術後病理結果はinvasive ductal carcinoma, cT1-2N0M0, HER2 3K, Ki-67 40%であった。術後化学療法としてペルツズマブ・トラスツズマブ+タモキシフェンを開始したが、X+1年5月に再度肝両葉に多発するFDG異常集積が出現した。超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で肝腫瘍より組織検査を施行したところ、類上皮肉芽腫を認め、乳癌肝転移は否定的であった。肝肉芽腫を呈する疾患として、結核・ウイルス性感染・サルコイドーシス・原発性胆汁性胆管炎・薬剤性などがあげられるが、Ziehl-Neelsen染色や各種抗体検査の結果では、結核・ウイルス感染・原発性胆汁性胆管炎は否定的であった。抗HER2薬関連の肉芽腫が近年複数報告されており、本症例では、サルコイドーシスは否定できないものの、薬剤誘発性サルコイド様反応を第一の鑑別として考えた。今後の経過をさらに観察予定である。〔結語〕超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)で診断し得た肝肉芽腫の1例を経験した。肝肉芽腫は肝悪性腫瘍との鑑別が重要であり、生検による診断が重要である。

### 15. 発熱・頭痛に白血球減少・凝固異常を伴い複数のウイルスIgM抗体陽性を認めた1例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内科)

○金子凜太郎<sup>1</sup>・

◎遠井素乃<sup>2</sup>・安達有多子<sup>2</sup>・西村芳子<sup>2</sup>

発熱・髄膜炎刺激症状あり、髄膜炎疑いで当院救急搬送された42歳女性の症例。入院3日前より発熱・髄膜炎刺激症状あり、翌日からラスクフロキサシン75mg/日投与するも激しい頭痛、嘔吐が持続するため当院に救急搬送された。髄液検査を施行したが髄液細胞数は正常。血液検査でFDP 26.5  $\mu$ g/dL、D-dimer 24.4  $\mu$ g/dLと高値であったことから、脳静脈洞血栓症が鑑別に挙がり、頭部MRI施行したが異常がなく否定さ

れた。原因不明の発熱・頭痛、凝固異常・白血球減少・肝機能障害を認め入院した。既往に関節リウマチがあり、2週間前から関節痛に対しアザルフィジンが投与されていたが、CCP抗体陰性であり、感染に伴う関節炎を強く疑い、アザルフィジンは中止した。入院時より SBT/ABPC 12g/日開始し第3病日解熱し、各種培養結果は陰性であったことから細菌感染は否定した。次にウイルス感染を疑い、血清ウイルス抗体を測定したところ、ヒトパルボウイルス B19(HPVB19)・単純ヘルペスウイルス (HSV)・Epstein-Barr (EB) ウイルス・サイトメガロウイルス (CMV) の IgM・IgG 抗体がいずれも陽性であり、ウイルス再活性化が疑い、第4病日よりガンシクロビルを投与した。その後、複数のウイルス IgM・IgG 抗体陽性、自己抗体 (抗セントロメア抗体 28.0U/mL) 陽性から、マクロファージ活性化などの機序による反応上昇が疑われ、CMV pp65 抗原の陰性を確認後にガンシクロビルは中止した。その後全身状態は改善し退院した。今回の症状・検査異常は、頭痛も含め HPV B19 感染症を最も疑った。また HPV B19 感染症が全身性エリテマトーデス (SLE) など膠原病発症の誘因となる可能性があることを示す症例を経験した。

## 16. 著明な拡散能低下を伴った抗 hUBF/NOR90 抗体陽性混合性結合組織病の女児例

(本院<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>小児リウマチ科)

○村上理沙子<sup>1</sup>・

◎岸 崇之<sup>2,3</sup>・山本陽子<sup>2</sup>・橋詰拓摩<sup>2</sup>・

中山千尋<sup>2</sup>・山田紗也子<sup>2</sup>・宮前多佳子<sup>3</sup>・永田 智<sup>2</sup>

〔緒言〕抗 hUBF/NOR90 抗体は、RNA ポリメラーゼ I 特異的転写因子 human upstream-binding factor (hUBF) を標的とする自己抗体である。成人のリウマチ性疾患や悪性腫瘍で陽性例が報告されているが、小児例は極めて稀である。抗 hUBF/NOR90 抗体陽性の混合性結合組織病(MCTD)の小児例を経験したため報告する。〔症例〕10歳女児。7歳時に正座困難、9歳時より手指関節拘縮と冬季の Raynaud 現象が出現した。10歳時に関節痛、食欲不振も認め当科へ紹介受診した。仮面様顔貌、爪周囲毛細血管拡張を認め、肘・手指に Gottron 徴候を認めた。さらに手指の皮膚硬化・腫脹、肘・手・足関節に疼痛と拘縮を認めた。血液検査は血算に異常なく、フェリチン 259 ng/mL、KL-6 310 U/mL、FDP 19.2  $\mu$ g/mL であった。自己抗体は、リウマトイド因子、抗核抗体 (2560 倍; speckled 型)、抗 Sm 抗体、抗 U1-RNP 抗体、抗 hUBF/NOR90 抗体 (間接蛍光抗体法) が陽性だった。胸部コンピュータ断層撮影 (CT) で両肺底部にすりガラス影を認め、呼吸機能検査で%VC 76.1%、DLco 42.8%と拡散能が著明に低下していた。大腿磁気共鳴画像法 (MRI) で筋炎の所見を認めた。以上より MCTD と診断し治療を開始した。〔考察〕本症例は MCTD として強皮症様症状が前景に立っていたが、早期からの毛細血管異常や拘束性障害が軽度にもかかわらず肺拡散能低下が著明であった点は、成人の抗 hUBF/NOR90 抗体陽性例に類似した臨床像を呈していた。小児例は稀であり、その臨床的意義について今後の症例蓄積が必要である。

## 17. 便中カルプロテクチンが異常高値を示した若年性ポリープの1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>小児科、<sup>3</sup>消化器内視鏡科)

○片山 華<sup>1</sup>・

◎池野かおる<sup>2</sup>・長谷川茉莉<sup>2</sup>・松岡尚史<sup>2</sup>・佐藤浩一郎<sup>3</sup>

〔緒言〕便中プロカルテクチン(FC)は腸管の炎症度を反映するマーカーであり、炎症性腸疾患 (IBD) の診断補助および病態把握の補助として使用されている。IBD 以外にも乳幼児や若年性ポリープ、腸管感染症、食物アレルギー、薬剤の副作用などで高値を示すことがあるとされている。今回、FC が異常高値を示した若年性ポリープの1例を経験した。〔症例〕8歳女児。受診の1年以上前より月に数回の黒色便を認め、受診の数か月前から鮮血便が出現したため、当科を紹介受診した。便中ヘモグロビン > 1000 ng/mL、FC 6480  $\mu$ g/g で、腹部超音波検査では S 状結腸下行結腸移行部に約 3 cm のポリープを認めた。下部消化管内視鏡検査(CF)では同部位にポリープを認め、内視鏡的粘膜下層剥離術により、切除した。病理では若年性ポリープと診断された。切除後、血便は消失し、FC は 32.1  $\mu$ g/g と陰性化した。なお、IBD の可能性も否定できなかったため、CF 時に全結腸粘膜の生検を施行したところ、IBD とは診断されないものの、炎症所見を認めたため、現在も外来で経過観察を継続中である。〔結語〕今回、若年性ポリープにより便中カルプロテクチンが異常高値を示した症例を経験した。

## 18. 加熱式たばこの金属片誤飲に対し内視鏡的摘出を行った2例

(本院 <sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 小児科, <sup>3</sup> 小児外科)

○今里弥生 <sup>1,2</sup>・

◎山本陽子 <sup>2</sup>・中山千尋 <sup>2</sup>・山田紗也子 <sup>2</sup>・橋詰拓摩 <sup>2</sup>・

山田 進 <sup>3</sup>・岸 崇之 <sup>2</sup>・世川 修 <sup>3</sup>・永田 智 <sup>2</sup>

〔背景〕加熱式たばこには鋭利な金属片が含まれており、乳幼児が誤飲した場合は腸管損傷の危険性がある。近年、加熱式たばこの誤飲は注意喚起にもかかわらず増加傾向にあるが、これまで報告例は限られており、慎重な経過観察を行うか、内視鏡的除去を行うか対応は一定していない。今回、加熱式たばこの金属片を誤飲し、内視鏡的に除去した乳幼児 2 例を経験したため文献的考察を含め、有用性を検討する。〔症例 1〕1 歳 1 か月女児。自宅にてゴミ袋をあさっているところを発見され、手指や口腔内に加熱式たばこの吸い殻が付着していた。金属片を含む部分が周囲に見当たらず、誤飲の可能性を疑われ受診した。〔症例 2〕0 歳 11 か月女児。自宅リビングで母が目を離した後、口腔内に加熱式たばこの吸い殻を認めた。金属片が周囲で確認できず、誤飲が疑われ受診した。〔経過〕両症例とも単純 X 線で胃内に金属片を確認したため、全身麻酔下で上部消化管内視鏡的に摘出を行った。金属片の同定は容易でなく、透視を併用し除去した。摘出後はいずれも翌日に全身状態および X 線検査で異常を認めず、退院した。〔結語〕加熱式たばこの金属片による消化管穿孔の報告は現時点でないが、鋭利な異物であり腸管損傷のリスクは否定できない。胃内に金属片を確認した場合、上部消化管内視鏡的摘出は検討すべき有用な選択肢と考えられる。さらに、家庭内での誤飲防止に向けた啓発活動の重要性も示唆される。

## 19. 福山型先天性筋ジストロフィーに心因性非てんかん発作を合併した 1 例

(本院 <sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 小児科, <sup>3</sup> 小児科心理室)

○王 逸夫 <sup>1</sup>・

◎木原祐希 <sup>2</sup>・石黒久美子 <sup>2</sup>・七字美延 <sup>2</sup>・佐藤孝俊 <sup>2</sup>・

伊藤 進 <sup>2</sup>・浅井美紗 <sup>3</sup>・石垣景子 <sup>2</sup>・永田 智 <sup>2</sup>

〔症例〕17 歳、女子。乳児期に高 CK 血症を契機に精査され、軽症の福山型先天性筋ジストロフィー (FCMD) と診断された。〔主訴〕頭部および下肢の不随意運動。〔現病歴〕入院 1 か月前より、覚醒時に足関節や頭部が左右に断続的に動く発作が出現し、1 日に数十回認めた。30 分以上持続し、呼びかけへの応答が乏しくなったため、母がてんかん発作を疑い救急搬送となった。〔身体所見〕バイタルサインに異常なく意識清明。四肢に軽度拘縮を認めるも、筋力含め平時と変化なし。〔検査所見〕血液検査、動脈血液ガス、頭部コンピュータ断層撮影 (CT) に異常なく、発作時の長時間ビデオ脳波でもてんかん性異常波を認めなかった。〔経過〕脳波でてんかん性異常波を認めないことや発作形式から心因性非てんかん発作 (PNES) を疑った。インフォームド・コンセント (IC) 後に退院するも発作は増加し、単身入院下での生活リズム是正、YouTube 視聴制限、心理士によるカウンセリングと自己理解の促進により発作は著減。心理士介入を通じ、本人が抱える学校や進路への不安、母との分離不安などを言語化し、母親と共有、家庭環境の調整を行った。〔考察〕FCMD ではてんかんの合併が高率で PNES の診断には注意を要する。本例は知的発達症が比較的軽度で心理社会的ストレスや疾病利得を認識しえた点が PNES 発症に関与した。心理士介入が心理的支援と環境調整の要となり、医師・心理士・家庭・学校が協働することで発作抑制を実現した。

## 20. 志賀毒素産生性大腸菌 (STEC) 感染症の軽快後、退院予定日に志賀毒素産生大腸菌関連溶血性尿毒症症候群 (STEC-HUS) を発症した一例

(八千代医療センター <sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 小児集中治療科, <sup>3</sup> 小児科)

○安藤光平 <sup>1</sup>・

◎安川久美 <sup>2</sup>・高梨潤一 <sup>3</sup>

〔症例〕12 歳男子。X-3 日に水様便、X-1 日に血性下痢となった。X 日も症状は増悪傾向で前医から精査加療目的で当院紹介受診し、入院した。〔入院後経過〕血液検査で炎症反応が上昇していた。急性腸炎として、絶飲食と補液で管理した。母の便培養で O-157 陽性が判明し、本児の便培養も O-157 陽性であった。X+2 日に飲水、X+3 日に食事摂取が可能となり、X+4 日に退院予定としていた。しかし X+3 日の夜に褐色尿が出現し、尿潜血 3+、尿蛋白 3+であった。X+4 日に破碎赤血球を伴う溶血性貧血 (Hb 9.5 g/dl)、血小板減少 (PLT < 1.0 × 10<sup>4</sup> /μl)、腎機能障害 (Cre 1.09 mg/dl, 尿量 0.2 ml/kg/時) が出現し、志賀毒素産生大腸菌関連溶血性尿毒症症候群 (STEC-HUS) と診断した。集中治療の必要性を考え、X+4 日に PICU に入室とした。透析導入も考慮しブラッドアクセスカテーテルを挿入した。水分バランス、観血的動脈圧、XP、超音波検

査などを指標に脱水回避と腎保護の双方を考え利尿薬、補液の調節を行った。X+12 日に腎機能正常化し一般床へ転棟となった。X+25 日に破碎赤血球の消失を確認し退院した。〔考察〕本症例は入院中に STEC-HUS を発症したため、速やかに治療介入できた。STEC-HUS 発症リスクや、乏尿、貧血傾向、出血傾向などの観察で早期介入を行うことが重要である。

## 21. 術前化学療法中に腎膿瘍ドレナージを要した同時性両側乳癌の 1 例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 乳腺外科,<sup>3</sup> 病理診断科) ○寺山 直<sup>1</sup>・

◎藤田佐希<sup>2</sup>・平野 明<sup>2</sup>・石橋祐子<sup>2</sup>・湯川寛子<sup>2</sup>・黒田 一<sup>3</sup>

術前化学療法中に腎膿瘍ドレナージを要した 3 種類のサブタイプの同時性両側乳癌を経験したため報告する。症例は 60 歳女性で、X 年に左乳房腫瘍を自覚し前医を受診したところ、両側乳癌の疑いにて当院紹介受診となった。針生検の結果、左 BD 領域の T2N0M0 Stage II A, triple negative type (ER 0%, PgR 0%, HER2:0, Ki67:80%)、右 A 領域の T1cN0M0 Stage I, Luminal A type (ER 90%, PgR 90%, HER2:0, Ki67:5%)、右 B 領域の T1cN0M0 Stage I, Luminal B type (ER 90%, PgR 90%, HER2:2+, FISH 増幅なし, Ki67:40%)の浸潤性乳管癌であった。パクリタキセル+カルボプラチン+ペムブロリズマブ療法を開始したが、2 コース後に左腎膿瘍のため中断した。当院泌尿器科にて腎膿瘍ドレナージ施行により緩解後、化学療法を再開した。その後エピルビシン+シクロフォスファミド+ ペムブロリズマブ療法の 2 コース目で腎炎を再発し再度中断となった。本人希望もあり 3 コース目で術前化学療法終了とし、手術とした。両側乳房切除術+センチネルリンパ節生検を施行、右は 3 mm のリンパ節転移を認めたため腋窩郭清を追加した。病理結果は左が病理学的完全奏効、右は A,B 領域共に浸潤癌の遺残があった。術後化学療法として現在ペムブロリズマブ単剤療法施行中で特に有害事象なく経過しており、後日ホルモン剤内服予定である。

## 22. 生存退院した外傷性脾損傷の症例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 救急医療科) ○小野瑞貴<sup>1</sup>・◎横山 健<sup>2</sup>

〔はじめに〕脾損傷の発生頻度は 0.004~0.6%と稀な疾患であり、単独損傷は稀で 90%以上に他臓器障害を伴う。脾損傷の 73%が受傷後 48 時間以内に死亡し、急性期以降も様々な合併症を併発し死亡率は 27%にもなる。今回生存退院した外傷性損傷の症例を経験したので報告する。〔症例〕54 歳のトルコ人男性。当該患者は X 年 11 月 3 階建ての屋上（地上 10 m 程度）での解体作業中、誤って転落し敷地内の居住者に救急要請され当院搬送された。Primary survey で FAST 陽性、直腸膀胱に液体貯留あり、Secondary survey で左前胸部の吸気時の陥凹と呼気時の突出がみられた。全身造影コンピュータ断層撮影 (CT) を施行し両側外傷性気胸、右第 3.7~11 肋骨骨折、左第 3~11 肋骨骨折、肝損傷、左腎損傷、第 5.8.9 胸椎破裂骨折、第 6~9 胸椎横突起・棘突起骨折が確認された。身体所見と合わせて左フレイルチェストの診断となった。両側胸腔ドレーン留置、右 AV シース、気管内挿管で管理した。肝損傷と腎損傷に対して画像下治療 (IVR) を実施。その際のフォロー CT で脾体部完全断裂が発見され、脾尾部切除+脾臓摘出術施行した。術後脾液瘍ありドレナージ挿入した。入院 9 日目、肋骨、胸椎固定術施行。入院 30 日目脳神経外科により経皮的椎体固定術施行、入院 50 日目リハビリ病院転院となった。〔考察〕脾損傷においては診断や治療の遅れが循環動態の悪化や合併症率、死亡率の増加につながるため、迅速な診断と的確な治療戦略を立てることが極めて重要となる。今回の症例では脾損傷の早期診断と迅速な治療介入により救命することができた。また、多発外傷においては複数の診療科や多職種による集学的治療が必要であり、救命救急センターにおける重要な役割と考えられる。

## 23. 繰り返す S 状結腸軸捻転に対しハルトマン手術を実施した一例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> Acute Care Surgery センター) ○ 麻生絢斗<sup>1</sup>・

◎柴野彩花<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>

〔症例〕81 歳男性。X 日より便秘と腹部膨満感を訴え、X+5 日に微熱 37.4℃、呼吸苦が出現し救急搬送された。意識清明でありバイタルは安定していた。腹部は膨満していたが、圧痛や腹膜刺激徴候はなく、血液検査で CRP は上昇していた。既往歴として直近 4 年間に 2 度の S 状結腸軸捻転があり、来院時の造影コンピュータ断層撮影 (CT) で S 状結腸の whirl sign を認めたことから、S 状結腸軸捻転の再発と診断した。身

体所見や画像所見からは腸管壊死は否定的と思われたが、繰り返す経緯から内視鏡的整復では再発の可能性が高いと判断し、同日緊急手術を施行した。開腹時、S 状結腸はガスで緊満し時計回りに 360° 捻転していた。腹水は少量で、捻転解除後の腸管壁の血流障害は軽度であった。静脈留置針にて拡張腸管を脱気するも、腸管壁は薄く弛緩したままであった。S 状結腸切除ハルトマン手術を施行した。術後の経過は良好で、術後 29 日目に転院となった。〔考察〕高齢者における繰り返す S 状結腸軸捻転に対し、腸管の状態と過去の治療経緯などを考慮しハルトマン手術を選択した。S 状結腸捻転は、高齢者に好発する大腸閉塞の原因の一つであり、急性期には内視鏡的整復が第一選択である。しかし S 状結腸軸捻転は再発率が高く、複数回の捻転を繰り返す症例では腸管の虚血や壊死のリスクが増大する。そのため、内視鏡的整復が困難な場合や再発を繰り返す場合には、根治的治療として手術を考慮すべきである。本症例はハルトマン手術を施行し良好な転帰を得た。

#### 24. 摂取 34 時間後に搬送されたエチレングリコール中毒：フォメピゾールおよび血液透析により救命し得た 1 例

（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>救命救急センター）

○飯島杏香<sup>1</sup>・

中本礼良<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>

〔背景〕エチレングリコール（EG）中毒は、代謝産物によりアニオンギャップ開大性代謝性アシドーシスと腎障害を引き起こし、致死的となり得る。血中濃度測定が困難な施設も多く、臨床診断が重要となる。〔症例〕50 歳代女性。自宅で EG（100%、約 80 mL）を睡眠目的に摂取し、翌日出勤せず。上司が自宅で倒れているのを発見し救急搬送された。来院時すでに摂取から約 34 時間が経過し、嘔気を訴える以外には明らかなバイタルサインの異常は認めなかった。血液ガス分析でアニオンギャップ開大性代謝性アシドーシスを認め、血清 BUN 32.9 mg/dL、Cre 5.6 mg/dL と腎機能障害を伴っていた。尿沈渣ではシュウ酸カルシウム結晶を認めた。EG 濃度は測定不能であったが、臨床所見と申告から EG 中毒を強く疑い、フォメピゾール投与と緊急血液透析を開始した。アシドーシスは改善したが腎障害は遷延し、週 3 回の透析を継続した。第 14 病日に透析離脱し退院した。〔考察〕EG 中毒では、摂取後時間経過とともに浸透圧ギャップが正常化し、血中濃度の測定や診断が困難となる。本症例は摂取から 34 時間経過しており、血中濃度に依存しない臨床診断の重要性を示した。早期に治療を開始できたことで救命し得たが、受診の遅れが腎予後に影響した可能性がある。〔結語〕EG 中毒では摂取から時間が経過しても、臨床所見を根拠とした早期治療介入が転帰を左右する。

#### 25. CSDH に対する NBGA を用いた MMA 塞栓術後に MMA が再開通した 1 例

（八千代医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>脳神経外科）

○マディナ ヤクフジャン<sup>1</sup>・

◎石黒太一<sup>2</sup>

〔はじめに〕慢性硬膜下血腫（CSDH）に対する中硬膜動脈（MMA）塞栓術の有効性が明らかになってからは、当院でも再発症例に対して積極的に n-ブチルシアノアクリレート（NBGA）を用いた MMA 塞栓術を行っている。今回、再発 CSDH に対して MMA 塞栓術を施行するも 1 か月後に CSDH が再再発し、脳血管撮影検査（DSA）で前回塞栓した MMA の近位部が再灌流し再度 NBGA 塞栓した症例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。〔症例〕77 歳、男性。特に外傷のエピソードがなく、意識障害と右半身不全麻痺で病院を受診。左慢性硬膜下血腫の診断で穿頭洗浄術を行なった。症状回復され退院。しかし、約 1 か月後に再発したため再度穿頭洗浄術と、NBGA を用いて MMA 塞栓術を行った。さらに、1 か月後に再再発。DSA 検査で、塞栓した MMA の近位部から dural filling が再発し、同部位に再度塞栓術を行なった。その後は再発なく経過している。〔考察〕CSDH に対する MMA 塞栓後に再発した稀な症例を経験した。NBGA を用いて MMA の遠位塞栓を行ったが、後日近位部から新たな dural filling が再発した。MMA 塞栓はある程度長い範囲で塞栓物質を入れておくべきと思われるが、棘孔より近位部は dangerous anastomosis の存在もあり、注意を要する。

#### 26. 神経線維腫症 1 型を基礎疾患に持つ患者におけるくも膜下出血後の疼痛症候群の 1 例

（足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科）

○田中千智<sup>1</sup>・◎牛山郁子<sup>2</sup>

〔背景〕神経線維腫症 1 型 (NF1) は、カフェオレ斑と神経線維腫を主徴とし、骨、眼、神経系、副腎、消化器などに多彩な症候を呈する常染色体性優性遺伝疾患である。本症例では、眼瞼腫瘍の摘出を契機に NF1 と診断された。NF1 を基礎疾患とする患者にくも膜下出血 (SAH) 後に右手掌と左足趾の疼痛が出現した症例を経験した。〔症例〕45 歳男性。くも膜下出血、左内頸動脈後交通動脈瘤分岐部破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術の既往がある。眼瞼腫瘍の摘出により NF1 と診断され、家族歴として父親に同様の症状を認めている。SAH が左視床に及んだ結果、右不全麻痺と構音障害が残存した。SAH 後、右手掌および左第一趾の疼痛が出現したが、難治性のため、当該疼痛を主訴に当院ペインクリニック外来を受診した。〔治療経過および考察〕元来右手掌の小指球筋面、母指球筋面に紅斑を認めていたが、SAH 後に紅斑部位および左足趾に疼痛が出現したことから、中枢性疼痛としての視床痛が強く示唆される。手掌と足趾の疼痛が温熱により増悪するという肢端紅痛症様の症状を呈したため、肢端紅痛症に準ずる治療としてミロガバリンを投与し、疼痛の改善を認めている。今回の症例では NF1 が基礎疾患にあるため疼痛の感受性が高まっていることが強く示唆される。〔結語〕NF1 を基礎疾患に持つ患者が、SAH 後に中枢性疼痛が出現し、肢端紅痛症様の右手掌と左足趾の疼痛を合併した症例を経験した。

## 27. 咽頭嚢胞による重度気道狭窄を呈した乳児の気管切開における麻酔管理

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 麻酔科)

○伊藤哉也子<sup>1</sup>・

◎坂巻愛弓<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>

症例は日齢 21 の女兒。一絨毛膜二羊膜双胎の第二児として在胎 36 週 5 日、帝王切開で出生した。出生直後より啼泣・自発呼吸を認めず、人工呼吸にも反応せず、生後 2 分で挿管を試みた際に口腔内腫瘍を認めた。3 mm チューブで挿管し換気を確保したが、NICU 入室後はフェンタニル・ミダゾラム鎮静下で循環不安定と体動増加を認め、自己抜管の危険が高まった。コンピュータ断層撮影 (CT) で咽頭～喉頭に嚢胞性病変を認め、内視鏡で自壊による視野悪化を確認し、気管切開が不可欠と判断した。麻酔はフェンタニル、ミダゾラム、ロクロニウム持続投与にセボフルランを併用した。導入後にバッキングを認め追加投与を要した。気管切開時は換気維持が最重要であり、挿管チューブを浅く調整しながら換気を保持し、カニューレ挿入後は速やかに換気を確認した。術中は循環変動や低酸素化のリスクが高く、緊密な換気管理と循環動態モニタリングにより安全に管理し得た。乳児の咽頭嚢胞は急速に気道閉塞を進行させ、術中の換気維持は極めて困難である。本例では筋弛緩薬の適切な使用と換気戦略により安全な手術遂行が可能となった。重度気道狭窄を伴う乳児の気管切開では、術中換気を最優先とした麻酔管理と外科との緊密な連携が不可欠である。麻酔科医が初期から関与することが救命につながる。

## 28. 頭蓋内慢性硬膜下血腫の一因として胸部硬膜外麻酔の遅発性合併症が疑われた症例

(足立医療センター<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 麻酔科)

○岩江麻衣子<sup>1</sup>・

◎清水恵利香<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>

〔症例〕52 歳男性、167 cm 54 kg、既往に高血圧、脂質異常症、慢性閉塞性肺疾患があり、米国麻酔科学会身体状態分類 (ASA-PS) 2 であった。胃がんに対して腹腔鏡下幽門側切除を予定され、全身麻酔と胸部硬膜外麻酔を施行した。硬膜外麻酔の処置に問題はなく通常通り鎮痛手段として用いたが、術後 1 日から強い体位性頭痛を認めた。頭蓋内病変はなく外科にて対症的に治療され軽減した。術後 9 日で退院したが頭痛は持続し、術後 1 か月でふらつきと右上下肢脱力を自覚した。術後 54 日に脳神経外科を受診し慢性硬膜下血腫と診断され、穿頭血腫除去を受け、術後 57 日で退院となった。〔考察〕硬膜穿刺後頭痛 (PDPH) は脳脊髄液の漏出による低髄圧が代償性の血流増加や神経牽引を起こして生じる頭痛で、硬膜外麻酔では硬膜誤穿刺に続発することが多い。低髄圧が長期間持続するとごく稀に架橋静脈が破綻し頭蓋内出血を続発することがある。脊髄幹麻酔後の頭蓋内出血は 50 万～100 万人に 1 例との報告があり、症例報告も散見される。本症例では下肢脱力の不在など硬膜誤穿刺は考えにくかったが PDPH を疑う頭痛を術後早期から発症しており、続く頭蓋内出血との関連も否定しきれなかった。遷延する PDPH には自己血パッチ等侵襲的な治療を積極的に検討すると共に、頭蓋内出血に発展する可能性も考慮し診療にあたる必要があった。〔結語〕頭蓋内出血の原因として、ごく稀ではあるが脊髄幹麻酔の合併症の可能性も考慮する必要がある。