

## 外科手術に至った高齢発症の憩室性大腸炎が疑われた1例

著者名	高鹿 美姫, 任芝 杏, 柏木 宏幸, 伊藤 亜由美, 米沢 麻利亞, 大森 鉄平, 高山 敬子, 飯塚 文瑛, 中村 真一, 徳重 克年, 大木 岳志, 井上 雄志, 山本 雅一
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	87
号	1-2
ページ	40-41
発行年	2017-04-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00031678">http://hdl.handle.net/10470/00031678</a>

doi: [http://doi.org/10.24488/jtwmu.87.1-2\\_33](http://doi.org/10.24488/jtwmu.87.1-2_33)

イド状物質を囲む甲状腺様濾胞状組織からなる。現在までの報告は27例のみである。われわれはTLF-RCCの1例を経験したので、報告する。〔症例〕55歳女性。〔既往歴〕痔IPMN（当院消化器内科で経過観察中）。〔家族歴〕特記事項なし。〔現病歴〕17年前に当院で、7年前に他院で右腎腫瘍を指摘されていた（詳細不明）。（X-1）年、IPMNフォロー中の腹部超音波検査で腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科に紹介された。X年4月の造影CTで、右腎中央に石灰化を伴う腫瘍を認めた。増大傾向を示したため、腎細胞癌との診断のもと、X年7月、腎部分切除術が施行された。術後、追加治療なく外来フォロー中である。〔病理学的所見〕切除検体は52×30×13 mm大、境界明瞭、乳白色腫瘍を含んでいた。一部に、硝子化隔壁に囲まれた部分があった。組織学的には、乳頭、管状構造を取る腫瘍細胞が浸潤性に増殖していた。核は空胞状、すりガラス状で、溝を認めた。免疫染色で、cytokeratin (CK) 7, TTF1, PAX8 陽性；CK20, CDX2, thyroglobulin,  $\alpha$ -methyl acyl CoA racemase (AMACR) 陰性であった。甲状腺乳頭癌の転移が疑われたが、甲状腺を含む他臓器に原発を示唆する所見を認めなかった。特徴的な核所見とTTF1, CK7陽性である点がこれまでの報告と異なるが、TLF-RCCと診断された。〔結語〕核所見と免疫組織化学的性格の一部が、これまでの報告と異なるTLF-RCCを経験した。

#### 11. 腎腫瘍の画像を呈した右傍腎盂に発生した後腹膜神経鞘腫と多発神経鞘腫の既往から Schwannomatosis と診断した症例

（<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>泌尿器科）

○越智満久<sup>1</sup>・◎近藤恒徳<sup>2</sup>・田邊一成<sup>2</sup>

症例は49歳女性。2016年3月に他院にて子宮筋腫摘出術。術後発熱精査の単純CTにて径89 mmの右傍腎盂嚢胞を指摘された。造影CT、造影MRIにて嚢胞内に造影効果を伴う50×40 mm大の充実性構造を認め、嚢胞性腎腫瘍が疑われた。前医では根治的右腎摘除術を奨められた。しかし患者が腎温存手術を希望したため当科紹介となった。技術的に腎部分切除は可能と判断し2016年10月に開腹右腎部分切除術を施行した。嚢胞は腎門部から中極にかけて癒着しており腎動脈を巻き込んでいた。右腎動脈の前枝の1本を切断する必要があったが、腎盂、腎実質とは剥離は可能であり腫瘍摘除術を完了することが可能であった。摘出標本は80×60×40 mm大の結節性病変で病理組織は淡好酸性の胞体を有する紡錘型細胞が増生しており、部分的に核の大小不同はみられたが細胞密度は疎で、核分裂像もほとんど認めなかった。免疫染色ではS-100蛋白陽性でKi-67陽性細胞は5%以下でSchwannomaと診断した。後腹膜に発生するSchwannomaは全体の0.7%と稀であり、さらに既往歴からSchwannomatosisが疑われたため若干の文献的考察を

加えて報告する。

#### 12. 過剰腺に生じた縦隔副甲状腺腫の1例

（<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>乳腺・内分泌外科、<sup>3</sup>呼吸器外科、<sup>4</sup>病理診断科） ○橋口浩実<sup>1</sup>・徳光宏紀<sup>2</sup>・前田英之<sup>3</sup>・神崎正人<sup>3</sup>・長嶋洋治<sup>4</sup>・宇都健太<sup>4</sup>・◎岡本高宏<sup>2</sup>

〔症例〕56歳男性。健診で高カルシウム血症（11.3 mg/dL）を指摘され原発性副甲状腺機能亢進症（PHPT）を疑われて、当科紹介受診となった。intactPTH 250 pg/mLであり、多発内分泌腺腫瘍の家族歴はないことから、散発性PHPTと判断した。頸部超音波検査では部位診断がつかなかったが、MIBIシンチグラフィのSPECT画像で胸骨裏面に集積を認め、CTでも同部位に造影効果を認める9×5 mmの腫瘍像を疑った。手術ではまず頸部操作で同病変の摘出を試みたが到達できず、頸部両側検索を行って正常大の副甲状腺4腺を確認したのち、胸骨正中切開にて右胸部胸腺内の副甲状腺腫（12×106 mm, 333 mg）を摘出した。術後intactPTH、血清カルシウム値は正常化、病理組織診断は副甲状腺腺腫であった。〔考察〕開縦隔の決断には部位診断の確からしさ、過剰腺の知識、そして頸部両側検索による確認が重要であることを学んだ。

#### 13. 外科手術に至った高齢発症の憩室性大腸炎が疑われた1例

（<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>消化器内科、<sup>3</sup>消化器外科）

○高鹿美姫<sup>1</sup>・任芝 杏<sup>1</sup>・柏木宏幸<sup>2</sup>・伊藤亜由美<sup>2</sup>・米沢麻利亜<sup>2</sup>・大森鉄平<sup>2</sup>・◎高山敬子<sup>2</sup>・飯塚文瑛<sup>2</sup>・中村真一<sup>2</sup>・徳重克年<sup>2</sup>・大木岳志<sup>3</sup>・井上雄志<sup>3</sup>・山本雅一<sup>3</sup>

〔背景〕憩室性大腸炎（diverticular colitis）とは大腸憩室症に時に合併する区域性の慢性腸炎であり、内視鏡的にも組織学的にも潰瘍性大腸炎に類似した所見を呈する。今回、本症例が疑われた1例を経験したため報告する。〔症例〕81歳男性。慢性便秘症があり、約1週間前からの発熱、便秘、左下腹部痛を主訴に救急外来を受診された。炎症反応高値で腹部造影CTでS状結腸に腸管壁肥厚を認め、精査加療目的に緊急入院となった。第4病日の大腸内視鏡検査でS状結腸に多発憩室を認め、潰瘍を伴う腸管浮腫像も認めたことから、虚血性腸炎、憩室炎を疑い、絶食・補液・抗菌薬加療を行った。しかし、炎症反応の改善を認めず、下痢、血便も出現し、第18病日の大腸内視鏡検査では直腸まで炎症が波及しており、潰瘍性大腸炎も考えられた。5-ASA内服、G-CAPを開始したが、発熱、下痢、炎症反応の改善を認めず、第28病日の大腸内視鏡検査では直腸病変は消失していたが、S状結腸～横行結腸まで炎症が拡がっており、低栄養もあり、全身状態が悪化しており、第31病日に高位前方切除

術を施行した。病理組織結果は潰瘍性大腸炎としては非典型的であり、慢性期の虚血性腸炎や憩室炎が疑われた。〔考察〕虚血性腸炎、憩室炎としては保存的加療で症状改善を認めず、潰瘍性大腸炎としては直腸からの連続性びまん性病変でないこと、病理所見では非典型的所見であった。経過より diverticular colitis が考えられた。文献的考察を加え報告する。

#### 14. 進行胃癌に対し審査腹腔鏡が有用であった1例 (<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>消化器外科)

○藤川秀爾<sup>1</sup>・  
○山田卓司<sup>2</sup>・谷口清章<sup>2</sup>・瀬下明良<sup>2</sup>・  
三宅邦智<sup>2</sup>・天野久仁彦<sup>2</sup>・山本雅一<sup>2</sup>

進行胃癌に対する治療では外科的治療の選択肢は少ない上、REGATTA 試験により胃癌の減量手術の有用性は否定された。

また、SPIRITS 試験により切除不能胃癌に対して全身化学療法を施行した症例では、予後が延長することも報告されている。現在、SP療法やその他新規抗癌剤の開発により、Stage IV 症例での外科的介入による長期生存の報告も多くなってきている。進行胃癌の治療に際し、化学療法や手術といった治療法の選択のためには、より正確な病期診断を行う必要がある。当院では進行胃癌の病期確定のため審査腹腔鏡を施行している。食物通過障害を有する症例では、病期診断と同時に姑息手術も施行できるため、非常に有用である。今回、狭窄症状を有する Stage IV 胃癌に対し、審査腹腔鏡とバイパス術を同時に施行し良好な臨床経過であった症例を経験したので報告する。

#### 15. 小児各科の協力にてターミナルケアを行った Duchenne 型筋ジストロフィーの成人男性

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>小児科, <sup>3</sup>循環器小児科, <sup>4</sup>腎臓小児科) ○新井里子<sup>1</sup>・  
松丸重人<sup>2</sup>・佐藤孝俊<sup>2</sup>・  
七字美延<sup>2</sup>・石黒久美子<sup>2</sup>・村上てるみ<sup>2</sup>・  
立川恵美子<sup>2</sup>・工藤恵道<sup>3</sup>・稲井 慶<sup>3</sup>・  
石塚喜世伸<sup>4</sup>・◎石垣景子<sup>2</sup>・永田 智<sup>2</sup>

37歳男性。5歳時に易転倒性にて当院小児科を受診し、Duchenne 型筋ジストロフィー (DMD) と確定診断を受けた。10歳頃より歩行不能、20歳頃より寝たきりとなった。23歳時より、進行性の呼吸不全に対しNPPV導入を行い、同時期より心筋症の増悪を認め、投薬を開始した。32歳時、食事中に気道閉塞を生じ、心肺停止となった。蘇生に成功したものの、低酸素性虚血性脳症を来し、気管切開下人工呼吸となった。34歳頃より感染を契機に胸水貯留、慢性腎不全が指摘された。家族が小児科でのターミナルケアを強く希望され、腎臓小児科、循環器小児科、小児科3科により、腎不全、心筋症、胸水に対して、入院加療と在宅療養を繰り返した。37歳時、腎不全増悪に

より小児科病棟にて永眠された。御本人が生前より原疾患の病態解明に対する熱意が強く、剖検の同意が得られた。近年、心不全、呼吸不全に続き、腎不全がDMDの第三の死因として注目され、進行期患者の3割に腎機能障害が報告されている。低心拍出状態の長期化に基づく循環動態の不安定性が原因とされるが、他の筋ジストロフィーでの報告は少なく、病態はまだ不明である。以前は、DMD患者は生涯を通して小児科による診療が行われていたが、対症療法の向上により寿命が20歳から30~40歳へと延長した。年齢相応の患者対応、小児科専門病棟の制限等の観点から、小児科の抱える内科移行の問題も検討する。

#### 16. 未熟児網膜症スクリーニング時に発見された先天網膜分離症の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>眼科, <sup>3</sup>新生児医学科)

○輪島 京<sup>1</sup>・◎丸子一朗<sup>2</sup>・古泉英貴<sup>2</sup>・  
飯田知弘<sup>2</sup>・内山 温<sup>3</sup>・楠田 聡<sup>3</sup>

〔目的〕先天網膜分離症はX染色体のRS1遺伝子異常により網膜中層の分離が生じることで視機能障害を生じる疾患である。ただし先天性であるものの進行が緩徐であるため小児期まで発見されないことも多い。今回我々は生後1ヵ月で眼底所見から先天網膜分離症と診断された1例を報告する。〔症例〕生後1ヵ月男児。母体は狭心症合併妊娠。心不全症状増悪のため妊娠34週に帝王切開術で出生された。出生体重1676gの週数不当軽量児であり、生後新生児一過性多呼吸および無呼吸発作に対して、酸素投与を行ったことから日齢15に未熟児網膜症スクリーニングのため眼底検査を実施。眼底周辺部には血管の蛇行・拡張や網膜剥離所見はなかったが、黄斑部に網膜分離を疑わせる車軸状所見がみられた。全身的にも安定した日齢32の時点でも黄斑部所見に変化がみられなかったため、新生児科医師立会いの上、眼科外来で両眼の光干渉断層計検査を実施したところ黄斑部に嚢胞様変化が確認された。日齢49の退院時まで車軸状所見に変化はみられなかった。新生児集中治療室入院中に発見されたことから、両親への説明を含めて早い段階から対応可能であった。〔結論〕本症は現時点で確実な治療はなく、定期的な網膜剥離発症の有無の確認や弱視予防が重要であるが、生後早期に発見されたことから家族への説明もスムーズに行うことができた。生後早期から網膜分離所見を呈することを念頭に眼底検査を行う必要がある。

#### 17. 胆汁性嘔吐、心筋炎を呈し、診断に難渋した好酸球增多症候群の11歳女子例

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

○山村恭一<sup>1</sup>・◎鍋木陽一郎<sup>2</sup>・千葉幸英<sup>2</sup>・  
鶴田敏久<sup>2</sup>・服部元史<sup>3</sup>・永田 智<sup>2</sup>

ステロイド依存性ネフローゼ症候群に対し当院腎臓小児科で加療されていた11歳女子。胆汁性嘔吐を契機に入