

臍仮性嚢胞に迷入したステントが十二指腸壁を貫通し回収に至った1例

石巻赤十字病院 消化器内科¹⁾、山台南病院²⁾

○遠藤 俊¹⁾、山本 康史¹⁾、海野 純¹⁾、蒲 比呂子¹⁾、富永 現¹⁾、赤羽 武弘¹⁾、朝倉 徹²⁾

症例は64歳男性。平成26年8月に重症急性膵炎で入院。臍壊死を認めたため動注療法等で膵炎は軽快したが、その後CTにて臍体尾部腹側に仮性嚢胞が出現した。第21病日にERCPを施行し、膵管の破綻を認めたため、膵管ステントを挿入した。その後も臍仮性嚢胞はさらに巨大化したため、第35病日に超音波内視鏡ガイド下臍仮性嚢胞ドレナージ(EUS-PCD)を施行し、経胃的に外婁チューブを嚢胞内に留置したが、2本のビッグテールステントが嚢胞内に新たに臍仮性嚢胞が出現したため、第63病日にEUS-PCDを施行し、経十二指腸的に外婁チューブを留置した。ドレナージは良好で第78病日に外婁チューブを除去した。その後腸管浮腫や蠕動の低下により経口摂取は出来ず、中心静脈栄養やW-EDチューブで栄養管理を行った。第115病日から経口摂取可能となり、第122病日に一旦退院となった。退院から3か月後、上部消化管出血を発生し、上部内視鏡検査にて迷入したステント2本が十二指腸内腔に貫通し、対側の壁を刺激し発生したと考えられた出血性十二指腸潰瘍を認めた。内視鏡的止血術の後、ステントを回収し、PPI投与にて治療を行った。今回、臍仮性嚢胞内に迷入したステントが自然経過の後、挿入した胃とは異なる十二指腸壁を貫通し、回収可能となった1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

甲状腺クリーゼをきたした1例

日本赤十字社和歌山医療センター 検査部

○岡本 大輔、勝山 浩樹、藤谷 泰明、湊 健、平田 裕人、則藤 佳子、中山 佳代、小林 りか子、山本 三鈴、石倉 美月、松岡 徳登、水谷 陽介、森下 陽子、山崎 純代、川野 友彰、宮木 康夫、湯月 洋介

甲状腺クリーゼは生命を脅かすような甲状腺中毒状態である。我が国の診断基準は、遊離T3 and/or T4の高値、中枢神経症状、発熱(38度以上)、頻脈(130回/分以上)、心不全症状、消化器症状の組み合わせによるものである。しかし臨床現場では夜間休日は甲状腺ホルモンの測定ができない施設が多い。我が施設もそうである。

この現状で、早急な治療を要する同疾患に対して、甲状腺ホルモンの値を待たずして治療を開始するには相当な根拠と経験が必要であろう。例えば認知症の高齢者が、発熱、腹痛に頻脈をともなって来院したとしても、ここから甲状腺機能亢進症に思いを馳せることは困難である。診断に際しては、眼球突出、甲状腺腫、甲状腺疾患の既往や家族歴から推論するとともに、血液生化学検査ではT-cholの低値、ALPの上昇、Cr.の低値、尿酸値の高値などに注意を払うべきである。

我々が経験した症例は、86歳女性。呼吸困難感と頭痛にて夜間救急外来を受診。トリージ時、意識清明、血圧165/107 mmHg、脈拍114回/分、体温38.3℃、Sat.O2 96% (room air) 呼吸回数36回/分であった。XPにて心胸郭比の拡大を認めBNP値の高値から心不全を疑い入院となった。入院後より不穏な言動が見られるようになり、単純CTで甲状腺濃度の低下を認めたため甲状腺ホルモンを測定した。fT3 11.92 (基準値2.39~3.86) pg/ml、fT4 5.35 (基準値0.87~1.72) ng/dl、TSH <0.01 (基準値0.43~4.82) μIU/mlの結果であり甲状腺クリーゼ確実例の診断にて治療を開始した。同症例について報告する。

O-3-24

CADM に対しステロイド、TAC、IVCY の3剤併用療法を施行した一例

姫路赤十字病院 内科

○綱島 陽子、竹本 玲加、山中 龍太郎、香川 英俊、廣政 敏、奥新 浩晃

症例は49歳女性。特記すべき既往なし。来院3週間前より両手頬部皮疹、左眼瞼周囲腫脹が出現。来院1週間前に37.3度の発熱、咳嗽、前頸部・両眼周囲の発赤、眼瞼浮腫を主訴に前医を受診。胸部Xpで右上肺野に肺炎像を認め、抗生剤内服で経過観察となった。来院前日再診にて、37.3度の発熱持続し全身倦怠感、皮疹、浮腫が増悪していたため、当科紹介となった。来院時、意識清明でBP113/81mmHg、HR94回/日、SpO2 96% (r/a)。37.1度の発熱、全身倦怠感があり、ヘリオトロープ疹、Gottron 徴候、四肢伸側の紅斑等皮疹を認めた。関節痛や四肢筋力低下はなかった。fine crackle を聴取し、胸部CTでは両肺に散在する浸潤影を認めた。血液検査ではCK271U/L、フェリチン373ng/mlであり、抗核抗体陰性で、抗ARS抗体陰性であった。典型的なDMの皮疹を認めるが、筋炎所見を認めず、clinically Amyopathic DM (CADM) と診断した。急速進行性間質性肺炎を懸念し、同日入院の上でステロイド大量療法(mPSL500mg/day)を施行し、タクロリムス(TAC4mg/day)を開始した。day3、胸部Xpにて肺炎像の改善を認めず、シクロホスファミド大量療法(IVCY500mg/日)を併用した。day18、胸部CTで肺炎像の著明な改善を認めた。CADMでは急速進行性間質性肺炎の併発率が高いため、ステロイド・シクロスポリン(CyA)・IVCYの3剤併用療法を積極的に行うことが推奨されている。CyAの代わりに保険適用となったタクロリムスを使用し同様の効果が得られた一例を経験したため報告する。

O-3-25

長期留置カテーテルの予後調査から見た在宅透析への応用に関する検討

熊本赤十字病院 腎センター¹⁾、同 診療支援課²⁾

○宮田 昭¹⁾、濱之上 哲¹⁾、川端 千晶²⁾、前川 愛¹⁾、小阪 麻理子¹⁾、上木原 宗一¹⁾、早野 俊一¹⁾、有田 智美²⁾

熊本赤十字病院ではカフ型カテーテルインプラント症例の予後調査を行った。今回の対象期間は2003年から2012年12月31日まで、対象患者数は391人(72施設)であった。郵送によるアンケート形式とカルテ検索での調査を行い、延べ411症例のうち、2014年11月現在337(82%)の回答を得た。カテーテルに関する手術総件数はのべ625例(男257例、女368例)であった。予後は生存42%、死亡58%であった。死亡原因のうち、カテーテル関連感染による死亡は死亡者の6%であり、心不全死が13%、全身衰弱を含む腎不全死が7%、肺炎その他の感染症による死亡が12%を占め、血液透析患者の総死亡における感染症の占める割合と大差のない結果となった。当院では当該カテーテル導入初期に同様の調査を行っているが、当時と比べカテーテル関連感染による死亡は大きく改善したと考えられた。患者死亡の多い原因としては、本法があくまで消極的適応であり、患者背景が元々不良であることがその要因として考えられた。これらの結果より、カフ型カテーテルは1)管理法次第で通常のパスキューアクセスと同等の安全性が確保可能であること 2)穿孔と止血に伴うリスクを低減できる可能性があること の2点から将来的に在宅透析用としても応用可能なデバイスであると考えられた。

O-3-26

ネフローゼ症候群を発症したボレリア感染症の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 腎臓内科

○大棟 浩平、嘉藤 光志、小緑 翔太、川村 俊介、杉谷 盛太、前沢 浩司、大津 聡子、東 義人

【症例】2012年10月に右大腿部をマダニに刺咬された45歳男性。同部位の痒み・周囲に小丘疹がみられたため当院皮膚科を受診。DOXYの3週間内服加療も四肢に小丘疹が持続し、プレドニンの内服も改善はみられなかった。2014年4月に四肢浮腫がみられたため腎臓内科を受診。腎・皮膚生検を施行し微小変化型ネフローゼ症候群の診断に至ったが、電顕にて皮膚及び腎組織にスピロヘータ様の構造物と免疫染色でボレリア抗原が検出された。CTRXをOPATにて4週間加療後に治療効果判定目的に腎生検を施行。ボレリア菌体の消滅と免疫染色の陰性化を確認した。そのため本症例はボレリア感染を契機としたネフローゼ症候群が疑われた。

【考察】ライム病は本邦では主にシュルツェ・マダニによって媒介されるB. gariniiやB. afzeliiが主な病原体となっている。国立感染症研究所にて腎組織のPCRを行ったがボレリアは検出されなかった。ライム病の症状は、播種期に体内循環を介し病原体が拡散し皮膚・神経といった全身性の症状を来すとされているが、感染が持続し数年後の慢性の経過でネフローゼ症候群をきたした症例は本邦では報告されていない。本症例を文献的考察を加え報告する。

O-3-27

術前に縮小し、治療法を再検討した炎症性腎腫瘍の1例

石巻赤十字病院 泌尿器科¹⁾、公立黒川病院泌尿器科²⁾、

山形県立中央病院泌尿器科³⁾

○石塚 雄一¹⁾、今野 千裕¹⁾、田口 勝行²⁾、星 宣次³⁾、小野 久仁夫¹⁾

症例は43歳男性。慢性関節リウマチにて当院免疫内科通院中。38度台の発熱・嘔吐精査CTにて80mm大の右腎腫瘍を指摘され当科紹介。造影パターンから右腎癌(cT2aN0M0)の診断、根治的右腎摘除術の方針となる。1ヶ月後のCTで40mm大に縮小。発熱・炎症反応改善(CRP 13.1→0.09mg/dl)し、炎症性腫瘍や膿瘍を疑い手術は中止した。その後も腫瘍は縮小し、黄色肉芽腫性腎盂腎炎は病理組織学的に泡沫細胞の著明な増殖を特徴とする比較的稀な腎の慢性疾患である。画像上腎細胞癌との鑑別が困難な疾患とされ外科的確定診断や生検を推奨する報告もある。画像診断ばかりでなく検査所見、臨床経過等を検討したうえで慎重に診断し、場合により積極的な生検も行的確な治療法の決定が望まれる。