

P4-146

長期生存が得られている膵体部NET多発肝転移、大動脈周囲リンパ節転移の一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○^{すきた みつたか}杉田 光隆、^{しんたけ}神田 智樹、^{くわがく}川口祐佳里、^{しみず}清水亜希子、^{ひらふ}須藤 友奈、^{うらやま}鳥谷建一郎、^{なつめ}中尾 詠一、^{なつめ}有坂 早香、^{わたせ}渡部 颯、^{おの}小野 秀高、^{あべ}阿部 哲夫、^{まにま}馬場 裕之

症例は70歳女性。2008年9月、膵体部神経内分泌腫瘍(NET、G2)に対し、膵体尾部切除術を施行。2010年12月、CTで腹部大動脈周囲リンパ節腫大を認め、2011年11月にはリンパ節増大、さらに多発肝腫瘍の出現を認め、再発と診断。他院へSSTR発現強度の検索を依頼したところ3+であったためソマトスタチンアナログの適応と判断したが、ご本人の事情により加療せず経過観察していた。2012年8月、CTでさらに肝転移の増大を認め、ご本人の同意が得られたため、サンドスタチンLARの投与を開始した。しかし2013年5月にはさらに増大したため、膵NET転移再発に保険適応が承認となったファイニトールの投与を追加した。以後肝転移は徐々に縮小が得られた。2014年9月、大腸頸部骨折で入院時、低血糖を頻回に発症したため、サンドスタチンLARの投与を終了、以後ファイニトールの投与を継続していた。2016年3月、併存していた糖尿病のコントロールが不良となり、ファイニトールの副作用と判断、ステントに変更した。2016年4月、ステントによる副作用と考えられた、血小板減少G3、蛋白尿、浮腫、腎機能障害により緊急入院、保存的治療で軽快した。退院後、減量して投与を再開したが、再び副作用が出現、画像上多発肝転移はSDであったが、ガストリンの上昇を認め、副作用と併せて継続困難と判断して、2016年12月よりエベロリムスに再度変更して投与。変更後、血糖のコントロール再度不良となったため、これまで近位で行われていた糖尿病のコントロールを当院内内分泌内科に依頼しつつエベロリムスを現在まで継続投与中、画像上ごく軽度の肝転移増大を認めるものの評価SDを維持している。

P4-148

膵頭部に進展した門脈原発平滑筋肉腫の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○^{つちや けんた}土屋 研人

【はじめに】平滑筋肉腫は主に子宮、後腹膜、軟部組織で見られ、血管由来の平滑筋肉腫は稀である。今回、我々は膵頭部腫瘍の術前診断で膵頭十二指腸切除を行い、病理組織学的に門脈原発平滑筋肉腫と考えられる症例を経験したので報告する。【症例】59歳の女性。検診でアミラーゼ高値を指摘され、2018年1月、当院消化器内科を受診した。CTで膵頭部に門脈右壁に接して、径35mmの軽度造影される境界明瞭な腫瘍を認めた。MRCPで主膵管・胆管の拡張を認めなかった。EUSでは境界明瞭で形状整った低エコー腫瘍で、内部は不均一で、一部に無エコー領域を認めた。FDG-PETでは腫瘍にSUVmax6.53とFDGの高集積を認めた。以上より、solid-pseudopapillary neoplasm、GISTを疑い、亜全胃温存膵頭十二指腸切除を施行した。術中所見で腫瘍と門脈右壁に連続を認めたため、門脈を現状に切除し吻合した。固定標本の剖断面所見では、腫瘍は膵実質内にあり、白色調で結節状を呈していた。病理組織学的に腫瘍の中心部に広範な壊死を認め、辺縁では好酸性細胞質を有する紡錘形細胞が束状に錯綜して増生していた。辺縁には核の多形性が目立つ領域がみられ、部分的に粘液腫様の間質を認めた。免疫組織学的にdesmin(+), α-SMA(+), Calponin(+), CD34(-), c-kit(-), S-100(-)であり、平滑筋肉腫と診断された。腫瘍は一部で門脈内腔に突出しており門脈壁由来であることを示唆していた。【まとめ】自験例は術後の病理検査で膵原発ではなく門脈原発と診断された。門脈原発平滑筋肉腫はまれではあるが、確定診断がつかない膵頭部腫瘍において考慮に入れるべきである。

P4-150

当院におけるγグロブリン製剤投与と血小板減少との関連の検討

高松赤十字病院 薬剤部¹⁾、高松赤十字病院 検査部²⁾、高松赤十字病院 神経内科³⁾

○^{しばた まゆ}柴田 麻佑¹⁾、^{しんご}西岡真喜子¹⁾、^{くろくわ}黒川 幹夫¹⁾、^{とくじ}徳住 美鈴²⁾、^{たかぎ}高杉 淑子²⁾、^{あらかわ}荒木みどり³⁾、^{かみ}峯 秀樹³⁾

【背景・目的】γグロブリン製剤による血小板減少は時に経験するがその機序は不明である。今回、3種類のγグロブリン製剤を使用したギラン・バレー症候群(GBS)患者が、どの製剤においても血小板減少を生じた1例を経験した。そこで当院でのγグロブリン製剤使用患者の血小板減少の有無について調査し、その関連を検討した。【対象・方法】2015年に当院でγグロブリン製剤を使用した症例(血液内科は除く)について血小板減少の有無とその背景因子をカルテより調べた。【結果】A剤は1例3クールで使用、B剤は6例7クールで使用し、ともに血小板減少はなかった。C剤は23例27クールで使用し、重症感染症の1例でDIC、血小板減少を生じた。D剤は50例54クールで使用し、尋常性天疱瘡の1例で血小板減少を生じた。同症例は翌年E剤へ変更しても血小板減少を生じた。E剤は81例93クールで使用し、7例で血小板減少を生じた。うち6例は重症感染症によるDIC合併例で、1例は高血糖高浸透圧状態によるDIC症例であった。【考察】γグロブリン製剤使用例での血小板減少は、重症感染症からのDIC発症が関与した例がほとんどであったが、2例で血小板減少にγグロブリン製剤の関与が示唆された。1例は尋常性天疱瘡の患者で他剤に変更しても血小板減少を生じており、今回のGBS症例と同様に製剤の特性ではなくγグロブリンそのものの関与が示唆された。1例はγグロブリン製剤が高浸透圧状態に関与し、DICを生じたと推測された。【結語】γグロブリン製剤使用の際には高血糖高浸透圧状態に注意するとともに、GBSや尋常性天疱瘡などの免疫疾患では血小板減少に、より注意が必要であると考えられた。

P4-147

ERCP関連手技による出血・穿孔例に対するcovered metal stent留置術

伊達赤十字病院 消化器科¹⁾、伊達赤十字病院 内科²⁾、伊達赤十字病院 外科³⁾

○^{ひさ}久居 弘幸¹⁾、^{ひろゆき}櫻井 環¹⁾、^{わたせ}渡邊 晃一¹⁾、^{あき}館田 咲貴¹⁾、^{みやま}宮崎 悦²⁾、^{しん}小柴 裕²⁾、^{さとう}佐藤 正文³⁾、^{かわさき}川崎 亮介³⁾、^{なべ}行部 洋³⁾、^{よしだ}吉田 直文³⁾

【目的】ERCPの偶発症である出血・穿孔に対するcovered metal stent(CMS)を用いた治療に関する報告は少なく、今回、その有用性について検討した。

【方法】対象は2011年5月～2018年2月にERCPによる出血・穿孔に対してCMS留置を留置した16例(年齢64～87歳、平均74歳、男性8例)で、疾患内訳は胆管結石10例、悪性胆管狭窄6例(胆嚢癌再発1例、膵頭部癌5例、うち切除不能3例)。出血10例の原因は内視鏡的乳頭括約筋切開術(ES)による術中出血7例、後出血3例で、穿孔6例の部位は傍乳頭部5例(ES後4例、カテーテル走査1例)、遠位胆管1例(ガイドワイヤー走査)であった。CMSはpartially-covered 2例、fully-covered 14例を使用した。検討項目は、1)出血10例の治療成績、2)穿孔6例の治療成績、3)CMS除去・偶発症とした。

【成績】1)全例エビネフリン添加生理食塩水散布で止血されず、悪性胆管狭窄を除く5例に止血処置を追加したが、出血が持続し、CMS留置により9例に止血が得られた。1例は追加止血処置を要した。2)CMS留置時期はERCP当日5例、6日後1例であり、留置後は速やかに臨床症状が改善し、1～8日後(中央値3日)に食事を開始した。3)胆管結石10例では、2例は自然脱落し、その他8例では胆管内迷入、逆流性胆管炎を1例ずつ来したが、把持鉗子またはsnareで除去可能であった(2例は胆管後に抜去)。悪性胆管狭窄6例のうち2例はCMS留置後手術を施行し、1例は肺炎を来し、翌日抜去後plastic stentを留置した。他の3例は経過中CMS閉塞により胆管炎を来し、2例は抜去し再留置、1例はplastic stentを追加留置した。

【結論】ERCP関連手技による出血・穿孔例に対するCMS留置術は短期的には有用で抜去も容易であるが、留置後の偶発症を念頭に置き対処することが重要である。

P4-149

自己血外来開設について—輸血部のない病院での取り組み—

高知赤十字病院 看護部¹⁾、内科²⁾、検査部³⁾、整形外科⁴⁾

○^{しまむら じゅんこ}島村 順子¹⁾、^{みづ}溝渕 樹²⁾、^{やまがし}山崎 美香³⁾、^{ながや}長谷川智子³⁾、^{うち}内田 理⁴⁾、^{かほ}河 敏晴⁴⁾

はじめに)当院では、自己血採血は実施する診療科の外来でそれぞれ実施されてきた。自己血採血マニュアルは作成していたが、マニュアル通り実施できているか不明であった。自己血輸血管理加算が算定できるようになり、安全な自己血輸血管理体制の確立が望まれていた。目的)安全な自己血輸血体制を確立し、自己血管理加算を算定するために自己血外来を開設する。方法)当院には輸血部がなく、自己血外来を開設するためには、自己血外来を組織上どこかの所属にする必要があった。そのため、輸血療法委員会が自己血外来開設について協議を行い承認され、輸血療法委員会の下部組織の外来として幹部会に企画を提出した。幹部会で承認が得られた後は、担当事務課長が決められ準備が開始された。数回の打ち合わせの後で手順や外来場所、担当職員などを決定し、マニュアルの改訂を行い、平成28年8月15日から自己血外来の稼働を開始した。当院の年間自己血輸血は340件程度であり、週2回午前中に6件の予約枠を作成し、曜日により休診となる診療科の外来を使用して採血することにした。職員は外来看護師、自己血認定看護師、自己血輸血責任医師、検査技師とした。看護師と医師でマニュアルとクリニカルパスに従って採血を行い、検査技師は同意書の確認、クリニカルパスとバッグの準備や採血後の血液バッグの回収、保管などを行う事とした。実施状況は、定期的に輸血療法委員会に報告する事にした。結果と考察)組織上、輸血療法委員会に所属する形で、自己血外来を開設した。自己血外来で採血する手順としたことにより、自己血採血の適応についても主科とダブルチェックできるようになった。手技も統一でき、安全な自己血採血に繋がると考えられる。

P4-151

くすぶり型骨髄腫に急速な心不全症状で発症した全身性アミロイドーシス例

伊勢赤十字病院 血液内科

○^{かとういちはらう}加藤伊知朗、^{たまき}玉木 茂久、^{わづ}和泉 拓野、^{あき}東 謙太郎、^{しん}白井 英治、^{あらい}爾見 雅人

【背景】くすぶり型多発性骨髄腫(SMM)の診断後約1年で全身性アミロイドーシスを併発し治療を要した症例を経験したが、High-risk-SMMの鑑別において貴重と考え報告する。【症例】53歳女性。既往に卵巣腫瘍・胆嚢炎・脳室拡大・2回の意識消失発作がある。2回目の意識消失発作で入院中に持続する蛋白尿を指摘され尿BJPと低γグロブリン血症を認め血液内科へ紹介された。骨髄穿刺で有核細胞数4.2x10⁴/μl、巨核球16/μl、形質細胞11%、CD38-high 7.2%、多核形質細胞を認めたが、CRAB症状無くMGUSと診断した(X)。血清遊離軽鎖(SFLC)検査では、κ/λ比0.01未満で骨病変は無かった。X+6か月頃から軽度の息切れ・疲労感などが出現し心エコー検査を実施したが異常なし。X+7か月後に右手の痺れがあり茶碗を落とすとの訴えあり、X+12か月手根管症候群と診断された。X+16か月強度の労作時息切れと下肢浮腫を訴え来院、心筋・手根管滑膜・十二指腸・直腸生検から全身性ALアミロイドーシスと診断された。速やかにVRD療法を開始した。【考察】軽鎖型MGUSあるいはSMMが1年以内に多発性骨髄腫へ進展する可能性は%未満で稀とされているが、SMMのHigh-risk例は無症候でも治療を開始すべきであるとの観点からいくつかの臨床試験が行われている。High-risk-SMMの鑑別は、IMWG診断基準のHigh-risk-biomarker(骨髄単クローン形質細胞割合≥60%、sFLC比率≥100、径5mm以上の骨病変≥2)で行われるが、本例はκ/λ比0.01未満と大きく乖離しており、BJP型であることを考慮すると早期治療介入を検討しても良い症例と考えられた。

11月16日(金) 一般演題(ポスター) 抄録