

P4-158

当院で経験した特発性冠動脈解離による急性心筋梗塞 3 例の特徴

福島赤十字病院 循環器内科

○芳賀 文香¹⁾、渡部 研一¹⁾、武田由紀子¹⁾、阪本 貴之¹⁾、大和田尊之¹⁾

特発性冠動脈解離 (SCAD) はまれな疾患ではあるが急性冠症候群 (ACS) の原因となり、特に周産期女性の ACS に多く関与するとされている。当院で経験した SCAD と思われる急性心筋梗塞 (AMI) の 3 例について、その臨床的特徴を検討した。【症例 1】50 歳代、女性。突然の胸痛で発症し救急搬送。AMI と診断し緊急冠動脈造影 (CAG) を施行したところ左前下行枝 #8 の完全閉塞あり、他に狭窄はなかった。引き続き経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を施行した。血管内超音波 (IVUS) 所見で病変部に解離と血腫形成を認め、SCAD による閉塞と診断した。スコアリングバルーンで拡張したが血腫の改善なく、ステント留置で再灌流を得た。【症例 2】60 歳代、女性。突然の胸痛で発症し救急搬送。AMI と診断し緊急 CAG を施行したところ左回旋枝 #11 に 99% 狭窄あり、その末梢も #12 分岐部まで表面の滑らかな狭窄を来していたが、他に狭窄はなかった。引き続き PCI 施行し、IVUS 所見で #11 ~ #13 まで血腫形成所見あり、SCAD による狭窄と診断した。#11 ~ #13 にステントを留置して拡張を得たが、解離は #12 個へも及んでおり、側枝末梢への解離進行から側枝閉塞が残存した。【症例 3】40 歳代、女性。突然の胸痛で発症し近医を受診し心筋梗塞として当院へ救急搬送。AMI と診断し緊急 CAG を施行したところ、左前下行枝 #8 の完全閉塞あり、他に狭窄はなかった。引き続き PCI 施行し、IVUS 所見で病変部に解離の所見あり SCAD による閉塞と診断した。小血管でもあり血腫が目立たなかったため、バルーンによる拡張・圧迫を試みたが効果なく、ステントを低圧留置し再灌流を得た。【結語】当院の症例は全例女性であったが、2 症例は閉経後であった。それぞれ冠危険因子はあったが、造影上は動脈硬化所見に乏しかった。SCAD の文献的考察と合わせて報告する。

P4-160

伝染性単核球症による非外傷性脾破裂の 1 例

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⁾○鈴木 咲貴¹⁾、久居 弘幸¹⁾、櫻井 環¹⁾、渡邊 晃一¹⁾、宮崎 悦²⁾、小柴 裕²⁾、佐藤 正文³⁾、川崎 亮輔³⁾、行部 洋³⁾、吉田 直文³⁾

脾臓破裂は外傷に起因することがほとんどであり、非外傷性のはまれである。Epstein-Barr virus (EBV) の初感染に起こる伝染性単核球症 (IM) は、多くは良好な経過で自然治癒するものの、ごくまれに脾破裂をきたし致死的となることがある。今回、IM による非外傷性脾破裂を来した症例を経験したので報告する。症例は 20 歳代、女性。1 週間以上続く発熱と咽頭痛、腹部から背部にかけての圧迫感を主訴に近医を受診し、CT で脾腫を認めたため当科を受診。肝機能障害、リンパ球優位の白血球上昇を認め、IM が疑われた。巨脾があるため安静を指示し、後日再診としたが、帰宅後に突然の腹痛を自覚し、救急搬送された。来院時ショックバイタルであり、腹部では筋性防御を認めた。CT では腫大した脾臓周囲に中心にダグラス窩にまで及ぶ腹腔内液体貯留を認めた。脾臓の上部から下部にかけて広範な被膜下血腫があり、明らかな造影剤の extravasation や仮性動脈瘤を疑う所見は認めなかった。非外傷性脾破裂の診断で赤血球輸血を行いながら、緊急手術を行った。術中所見で脾臓は後腹膜に固定されていない遊走脾であり、脾門部で脾動脈が捻転していた。脾臓温存は困難と考えられ、脾臓摘出術が施行された。術中出血量は 4100ml であった。術後に発熱や血小板低下を来したが、術後 19 日に退院した。病理では脾臓周囲を中心にリンパ球の増殖が見られ、CD 8、EBER-ISH 陽性の異型大型リンパ球も認められた。血液検査で血清 EBV-VCA-IgM 抗体 20 倍、EBV-VCA-IgG 抗体 160 倍、EBNA 抗体陰性であり、EBV 初感染による IM と診断した。

P4-162

労作時呼吸困難を契機に発見された、心臓原発悪性リンパ腫の 1 例

長浜赤十字病院 研修医¹⁾、長浜赤十字病院 循環器内科²⁾、長浜赤十字病院 血液内科³⁾○奥長 隼¹⁾、児玉 健二²⁾、中島 健太²⁾、高橋 宏明²⁾、道智 賢市²⁾、上野 義記²⁾、岩佐磨佐紀³⁾、木藤 克之³⁾

【症例】70 代の女性【主訴】労作時呼吸困難、喘鳴【現病歴】23 日前から痰や鼻汁などの症状が現れ、第 1 病日に労作時呼吸困難と喘鳴が出現したため、近医を受診した。胸部 X 線写真にて両側の胸水貯留を認めたため、心不全として当院救急紹介となった。救急受診時、労作時呼吸困難を認め、呼吸数 28 回、鼻カニューレにて酸素 3L 投与し SpO₂ 91% であった。受診後行われた検査より、BNP の上昇、心拡大、両側の胸水貯留を認め、入院となった。入院時に行われた心エコー検査で広基性の左房内腫瘍を指摘され、造影 CT を行ったところ、左房内に縦隔への浸潤を伴う腫瘍を認めた。胸水貯留は腫瘍の縦隔浸潤が原因であると考え、胸腔穿刺にて精査を行ったところ、胸水内に異型リンパ球を多数認め、悪性リンパ腫が疑われた。胸水内の異型リンパ球を用いたフローサイトメトリーにて、CD19、CD20、CD25 陽性のモノクローナルな細胞の増殖を認め、B 細胞性悪性リンパ腫の診断となった。第 11 病日より、R-THP-COP 療法開始となり、初回治療にて左房内腫瘍の縮小を認めた。【考察】心臓原発悪性リンパ腫は極めて稀な疾患であるが、腫瘍の急速な増殖により難治性かつ進行性の心不全を呈することがある。診断には心エコー検査や造影 CT 検査など画像検査が有用であるが、心不全の症状は日常診療で出会う機会の多い症状であり、しばしば診断が遅れることがある。今回、労作時呼吸困難を契機に発見された心臓原発悪性リンパ腫の症例を経験した。文献的考察を交えてこの度学会にて報告させていただく。

P4-159

上行結腸癌の転移性心臓腫瘍をカテーテル下生検で診断した 1 例

熊本赤十字病院 外科¹⁾、熊本赤十字病院 循環器内科²⁾、熊本赤十字病院 心臓血管外科³⁾、熊本赤十字病院 病理診断科⁴⁾○田中 秀和¹⁾、相馬 泰平¹⁾、永末 裕友¹⁾、田中 栄治¹⁾、横溝 博¹⁾、宇宿 弘輝²⁾、角田 隆輔²⁾、鈴木 龍介³⁾、長峯 理子⁴⁾

【症例】59 歳男性。20XX 年 5 月意識消失があり前医に救急搬送された。高度貧血 (Hb6.8)、および造影 CT で上行結腸に全周性の陥凹性病変と右室内腫瘍を認めたため、手術加療目的で当院紹介となった。精査にて腫瘍マーカーの上昇 (CEA 3.9ng/ml, CA19-9 201.7U/ml) が見られた。TCF で上行結腸に全周性病変を認め、生検の結果、上行結腸癌 (adenocarcinoma) の診断に至った。また右室内腫瘍については、心エコーで右室側壁に 32.8×13.8mm の腫瘍を認め、鑑別として上行結腸癌の心臓転移の他、粘液腫、横紋筋腫、線維腫、奇形腫、悪性リンパ腫などが考えられた。以上より上行結腸癌、Circ. Type2, tub1, cT4a (SE), cN2, cMX, cStageX と診断し、開腹右半結腸切除術 + D3 郭清 + 機能的端々吻合を施行した。切除標本から Type2.9×8cm, muc>pap>tub1, pT4b (ileum, abdominal wall), med, INFa, ly0, v0, PNO, pPM0, pDM0, pRM0, pN0HOPOMX の診断となった。治療方針の決定のため右室腫瘍に対してカテーテル下生検を施行したところ組織型は adenocarcinoma であり、大腸癌の心臓転移に矛盾しない所見であった。術後診断は上行結腸癌 pT4b, pN0HOPOM1 (heart), pStage 4 となり、化学療法 (IRIS 療法) を導入する方針となった。【考察】転移性心臓腫瘍は無症状のまま経過するものも少なく、生前に診断されることは非常に少ない。また診断されたとしても末期癌の多臓器転移の一つとして発見されることが多い。【結語】大腸癌の転移としては極めて稀な心臓転移を経験した。さらにカテーテル下生検で診断に至る報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

P4-161

MTX 関連リンパ増殖性疾患の 1 例

釧路赤十字病院 内科

○頼永 聡子¹⁾、古川 真¹⁾、立野 正敏¹⁾

【はじめに】自己免疫疾患患者における悪性リンパ腫の発生率が高いことは以前より知られていたが、近年関節リウマチ (RA) で MTX や TNF 阻害剤等の使用後にリンパ増殖性疾患 (LPD) が発生することが注目されている。今回 MTX、タクロリムス (TAC) 治療経過中に LPD を発症した一例について報告する。【症例】56 歳男性【主訴】発熱、リンパ節腫大、多関節痛【現病歴】X-13 年より RA に対し MTX 12mg/週にて加療されていた。X-2 年、溶連菌感染による敗血症疑いで当科入院となり、MTX 中止と抗生剤投与にて改善したが、皮疹が出現。検査所見・リンパ節腫大・臨床経過から MTX-LPD または MTX による EBV の再活性化 (伝染性単核症) を疑い、生検結果より IM と診断した。その後対症療法にて症状改善し退院。X-1 年 3 月より RA に対して TAC 1mg+PSL 5mg を開始したが、熱発し TAC を中止した。同年 11 月、CT でリンパ節腫大、PET でリンパ節集積亢進を認め、リンパ節生検を施行し悪性リンパ腫と診断した。【検査所見】WBC 10.99×10³/μl, atypical (+), LDH 250 IU/L, sIL2R 6373 U/mL, EBV VCAIgG 640 倍、EBV DNA 2.2×10³ [CT] 気管分岐、傍気管部、大動脈周囲、両側肺門、胃、腎門部、大動脈周囲に腫大リンパ節を認める。胸腹水なし。【PET】右頸部、両側鎖骨上窩、腋窩、縦隔、右胸骨後、横膈膜上、左横膈膜下、腹腔、脾、左内腸骨リンパ節の集積亢進。【病理】T-cell rich B-cell lymphoma【経過】他院にて CHOP 療法開始し、体表リンパ節は縮小傾向。現在継続中。【考察】MTX-LPD では、MTX 中止による自然消滅、多形な亜型出現、高い EBV 陽性率が特徴的である。予後は基本的に良好だが、自然消滅しない群と消滅後に再燃した群は予後不良であり化学療法を要することもある。本症例では MTX 投与中に IM と診断されたが、投与中止により軽快していることから MTX-LPD の経過を見ていたと考えられ、非常に稀な症例として若干の文献的考察を加えて報告する。

P4-163

化学療法中に穿孔性腹膜炎をきたした腸間膜悪性リンパ腫の 1 例

沖繩赤十字病院 診療部 外科¹⁾、沖繩赤十字病院 救急部²⁾、沖繩赤十字病院 病理部³⁾○豊見山 健¹⁾、仲里 秀次¹⁾、川上 雅代¹⁾、友利 健彦¹⁾、永吉 盛司¹⁾、大嶺 靖¹⁾、長嶺 信治¹⁾、宮城 淳¹⁾、佐々木秀章²⁾、石川 雅士³⁾

はじめに：腸間膜悪性リンパ腫は稀な疾患であり、腸管浸潤による消化管穿孔の報告も少ない。今回我々は化学療法中に穿孔性腹膜炎をきたし、緊急手術を行った腸間膜悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。症例：30 歳 男性現病歴：心窩部痛で近医受診。腹部 CT 検査で腸間膜・傍大動脈・鼠径リンパ節腫大あり、LDH・sIL2R 高値を認め、悪性リンパ腫が疑われた。当院転院し腫瘍生検で、悪性リンパ腫 (DLBCL) と診断した。R-CHOP 療法を 2 コース終了した状態で入院中に腹部の痛みが出現。腸管穿孔の診断で緊急手術を行った。画像所見：腹部エコーでは脾周囲から左側腹部にかけて巨大腫瘍あり、腫瘍内に Air 認められた。腹部 CT では腹腔内 free air なし、腫瘍内に Air 密度あり、腫瘍は SMA、SMV と近接していた。経過：小腸部分切除 + 大腸部分切除 + 腸間膜腫瘍切除 + 人工肛門造設術を行った。合併症なく経過し、術後 10 日目から化学療法再開した。その後化学療法の効果不良で原疾患により死亡した。考察：消化管原発悪性リンパ腫による消化管穿孔は比較的多い合併症であるが、消化管原発でない悪性リンパ腫の消化管穿孔は化学療法の進歩に伴い近年散見されるようになった。本症例は腸間膜悪性リンパ腫が小腸浸潤し穿孔したと考えられた。腸間膜悪性リンパ腫は稀で、全悪性リンパ腫の約 0.12%。腸間膜腫瘍の発生頻度は 1/8000 ~ 1/50000 人、良性和悪性の割合は 1:1 で腸間膜悪性腫瘍の中で悪性リンパ腫は 25.38% とされている。結語：悪性リンパ腫における化学療法中に発症する小腸穿孔は、化学療法による免疫抑制状態にあるため早期発見し、早期に治療開始する事が重要である。

11月16日(金)
一般演題(ポスター)
抄録