

P4-181

小児領域における経口抗がん剤への簡易懸濁法の導入と応用

名古屋第一赤十字病院 薬剤部

○山本 侑佳、櫛原 秀之、河瀬 洋平、野村 祐司、向山麻衣子、成瀬 徳彦、黒野 康正

【目的】

小児領域における経口抗がん剤は、成人と異なり用量調節に伴う錠剤粉砕や脱カプセルの頻度が高く、粉塵吸入など薬剤曝露の危険性が高い。簡易懸濁法は、錠剤・カプセル剤をそのまま温湯に崩壊懸濁させる方法であり、経口抗がん剤の薬剤曝露を軽減できる可能性があるが、経口抗がん剤における報告は乏しい。今回、小児領域における経口抗がん剤等に簡易懸濁法を導入・応用し、医療者から内服介助者に至るまで安全な投与管理を行ったため報告する。

【方法】

2017年6月より、小児領域における経口抗がん剤や細胞毒性を有する薬剤を対象に簡易懸濁法を導入した。簡易懸濁法は密閉性が保たれた投薬瓶もしくは注入器を溶解容器とし、55度の温湯で薬剤を溶解した。簡易懸濁後に用量調整が必要な場合は、注入器により必要量を採取し投与とした。

【結果】

簡易懸濁法を用いた薬剤は5種類(9例)であり、テモダールカプセル(テモゾロミド)2例、ラステットカプセル(エトポシド)2例、スタラシドカプセル(シタラビン)1例、グリベック錠(イマチニブ)1例、セルセプトカプセル(ミコフェノール酸モフェチル)3例であった。簡易懸濁後に用量調整が必要な事例は5例であった。全例において内服介助者を要しており、取り扱いの説明を行うことで薬剤曝露なく内服介助が可能であった。

【考察】

小児領域における経口抗がん剤や細胞毒性を有する薬剤への簡易懸濁法は、用量調節が簡便であり、医療従事者のみならず患者家族への薬剤曝露が軽減できる有用な方法であった。曝露対策のための医療器具の整備や費用面などの問題があるため、さらなる改善を図り、安全な取り扱いに貢献していく必要がある。

P4-183

脳梁欠損に口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症を合併した女児例

熊本赤十字病院 小児科

○友野 真琴、岡田健太郎、小松なぎさ、武藤雄一郎、西原 卓宏、平井 克樹、右田 昌宏

口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症とは口渇中枢障害に軽度のAVP分泌障害が加わったものと定義される。今回我々は、低身長を契機に脳梁欠損に口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症と診断した女児例を経験したので報告する。症例は6~7か月検診で低身長を指摘された9か月の女児。近医の血液検査で159mEq/Lの高ナトリウム血症を認めたため、当院に紹介受診となった。3.1SDとシビアな低身長を認めたが、Kaup指数は17.0と瘦せは認めなかった。全身状態は良好であったが、軽度の頻尿があり、日頃から37.5℃~38℃の微熱を認めた。発達は月齢相当であった。入院後の尿量は約2000ml/m²と多尿の徴候は満たさず、高Na血症にも関わらず口渇感の欠けを認めた。血漿浸透圧315mOsm/Lに比して尿中浸透圧は140 mOsm/Lと低く、ADHも1.0pg/mlと著明に低下していた。頭部MRIでは下垂体、下垂体柄とも正常に描出され、下垂体後葉の高信号も認められたが、脳梁形成不全と前頭葉内側の皮質形成異常の所見を認めた。DDAVP負荷試験では尿浸透圧の上昇を認め、インスリン+TRH負荷試験では下垂体前葉ホルモンの分泌能は正常であった。以上より、脳梁欠損に口渇中枢障害を伴った部分型尿崩症による高ナトリウム血症と診断した。口渇障害を伴う尿崩症では水分摂取量や標準体重を設定することでDDAVP投与量を決定することが推奨されているが、日々の体重増加がみられる乳児で、かつ母乳栄養のため1日の飲水量把握が難しく、1日数回の血清ナトリウム測定により至適DDAVP量を決定した。DDAVP補充により血清Naが正常に保たれるようになったことで成長率の改善を認めているが、今後も発達発育に留意しながら慎重なフォローが必要な症例である。

P4-186

鈍的腎外傷の保存療法中に仮性動脈瘤が出現し動脈塞栓術が必要となった一例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 泌尿器科²⁾、秋田赤十字病院 放射線科³⁾、秋田大学医学部附属病院 放射線科⁴⁾○今野ひかり¹⁾、菊池 茜恵²⁾、小原 崇²⁾、堀川 洋平²⁾、古賀 誠⁴⁾、笹嶋 素子⁴⁾、宮内 孝治³⁾、下田 直威²⁾

【諸言】腎外傷は約80%の症例が保存的に治癒するが、重症例では経カテーテル的動脈塞栓術(以下TAE: transcatheter arterial embolism)や腎摘除術が適応となる。今回我々は、鈍的腎外傷の保存療法中に仮性動脈瘤が出現し、TAEが必要となった症例を経験したので報告する。

【症例】63歳男性

【経過】飲酒後に自宅内で転倒し、翌日血尿、血便の訴えで当院救急外来を受診した。受診時の血圧133/91mmHg、脈拍数88回/分、体温37.9℃、Hb10.9 g/dl、右側腹部に皮下血腫を認め、腹部超音波検査で肝腎境界に厚さ7mmの低エコー帯を認めた。造影CTで右腎損傷と右腎周囲血腫(JAST分類で3a型、H1)があり安静治療のため入院となった。第2病日のrepeat CTでは血腫量が著変なく、その他新規病変も認めなかった。第11病日に血尿が増悪し、Hb 8g/dlの貧血が持続したため輸血とrepeat CTを施行したところ、右腎動脈に最大径1cmの仮性動脈瘤数個を認めたためTAEを施行した。血尿は改善し症状も再燃ないため、第20病日に退院となった。

【考察】本症例は3a型の腎損傷であったが、血行動態が安定していたためTAEは施行せず、保存療法で経過観察とした。しかし、血尿の悪化や貧血の持続のためrepeat CTを行ったことで腎動脈の仮性動脈瘤が発見され、破裂前に予防的にTAEが施行された。腎外傷の多くが保存的に治癒するが、仮性動脈瘤は受傷後のどの時期においても生じることがあり、破裂の危険性があるためTAEの適応となる。このことから腎外傷においては、保存的治療の適応であっても症状増悪時に直ちにrepeat CTを施行し、TAEなどの積極的治療に移行できる環境での経過観察が望ましいと考えられる。

P4-182

自閉症児に発症した蜂窩織炎の一例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、同小児科²⁾、同皮膚科³⁾、同超音波センター⁴⁾○神馬 夏紀¹⁾、土田 聡子²⁾、八木 英一³⁾、石田 秀明⁴⁾、田村 真通²⁾

【はじめに】成人の皮膚軟部組織感染症(skin and soft tissue infection:SSTI)の重症度に基づいた治療ガイドラインが2014年に米国で発表されたが、小児のSSTIについては確立した治療アルゴリズムがない。今回、自閉症児に発症した重症度評価と治療選択に苦慮した蜂窩織炎の1例を経験したので報告する。

【症例】7歳男児。アトピー性皮膚炎の既往がある。2日前からの左下腿の発赤と前日からの発熱を認め、皮膚病変の急速な増悪のため緊急入院となった。血液検査で炎症値の上昇を認め、下肢超音波検査で真皮・皮下組織の肥厚を認めたが筋膜は保たれていたことから、蜂窩織炎と診断しCEZでの治療を開始した。しかし臨床症状の増悪を認めたため、TAZ/PIPCに変更したところ改善を得られ第8病日に退院した。

【考察】小児のSSTIにおいては、起病菌が同定されずempiricな抗菌薬選択が行なわれている。本症例では、臨床症状と超音波所見の増悪を認めたため抗菌薬の変更を行ったが、自閉症児であることにより症状の訴えができず病態把握が困難であった。本症例では下肢超音波検査所見が診断や治療選択を判断する一助となっており、小児においても簡便に蜂窩織炎の病態把握ができる可能性が示唆された。小児SSTIにおいても客観的評価による重症度評価に基づいた治療戦略の確立が望まれる。

P4-184

呼吸障害を伴ったTreacher Collins syndromeの一例

釧路赤十字病院 小児科

○太田 純哉、長谷川昌孝、兼次 洋介

【はじめに】Treacher Collins syndrome (TCS) は、頬骨、下顎の低形成、外耳奇形により、特異顔貌、呼吸障害、難聴を示す遺伝性疾患である。知能は大部分の症例で正常であり1万~5万出生に1人の頻度で発生する稀少疾患である。常染色体優性形式で遺伝し、第一および第二鰓弓の発生異常により起こり、TCOF1, POLR1C, POLR1D遺伝子変異が原因とされる。今回我々は気道狭窄による呼吸障害を合併したTCSを経験したので報告する。【症例】在胎38週1日、出生体重3092g、男児。Apgar score 8.9-9. 父と兄がTCS様顔貌、小顎、先天性難聴あり、特異顔貌、家族歴からTCSと診断し、出生後から閉塞性無呼吸を認めNICU入室とした。仰臥位ではSpO₂ 60-70%まで低下するため側臥位で管理した。日齢35日に経鼻エアウェイを使用し、閉塞性無呼吸は改善した。その後分泌物が増大したため日齢49にエアウェイを抜去した。抜去後は挿入時よりも分泌物は減少した。エアウェイ挿入前より閉塞性無呼吸の頻度は減少したが消失には至らず、抜去後も頻回に体位調整、刺激、酸素投与を要するため、今後気管切開手術を予定している。【考察】本症例は気管挿管を必要とするほどの重篤な気道閉塞でなかったことと当地域からは新生児に気管切開を行える施設が遠距離であるため容易に行う事ができないという条件のもとで気管切開の要否とその他の管理方法を検討した。今回は経鼻エアウェイを使用することで一時的に閉塞性無呼吸の回数を減らすことができたが、分泌物が増大したため継続できなかった。TCSの気管切開の適応は、閉塞性無呼吸による突然死のリスク、慢性の無呼吸発作・低酸素血症による発達遅延のリスク、長期化する母子分離のデメリットなどを総合的に判断し決定すべきである。

P4-187

EVT中にバルーンデフレーション不能となり、バルーン抜去困難となった一例

福島赤十字病院 医療技術部 臨床工学技術課¹⁾、福島赤十字病院 循環器内科²⁾○中山 彩¹⁾、村上 風太¹⁾、佐藤 恵美¹⁾、塩澤 将太¹⁾、早坂美智子¹⁾、橋本 健一¹⁾、武田由紀子²⁾、阪本 貴之²⁾、渡部 研一²⁾、大和田尊之²⁾

左総腸骨動脈から左外腸骨動脈にかけてのCTOにEVTを行った。逆行性のワイヤーは病変を通過し順行性のカテーテル内に進み、externalizationに成功。順行性から前拡張したステントを挿入したが通過せず、逆行性にステントを挿入。ステントはCTO病変の遠位部までしか進まなかった。ステントを引き戻したところ、ステントの位置は変わらずバルーンのみが2mm程引けた。バルーンを押し戻したのがステントとの位置は合わず、ステントが病変の遠位部をカバーしていたためその位置で拡張した。ステント遠位部は拡張不十分であったため、後拡張を行った。さらにバルーンを病変近位部まで進め拡張を行った。バルーンを引いて病変中間部を拡張したところ、バルーンデフレーション不能となった。PCIでのトラブル時に行われる方法、さらに生検鉗子、ブロッケンプローブ針によるバルーンデフレーションを試みたが良い結果が得られず外科的に抜去した。バルーンデフレーションについて体外での模擬実験を行い対策を検討した。方法として実際にも行った、ガイドワイヤー後端部分による穿刺、ガイドワイヤー切断面による穿刺、グースネックスネアでくびれを作る、カテの切断面を押し当てる、ガイディングカテーテルの切断面を押し当てる、生検鉗子で挟むなどの方法に加え、18G針での直接穿刺を行った。今回の実験では直接穿刺以外は有効な方法は得られなかった。EVT用バルーンはPCI用バルーンに比べ材質が厚いため硬く、PCIでの方法を行っても有効性は低いと考えられた。直接穿刺が不可能な部位は、早めに外科的抜去を考えた方が良いと思われた。

11月16日(金) 一般演題(ポスター) 抄録