

Y5-25

血液吸着療法と血液濾過透析で症状の改善を認めたアマンタジン中毒の一例

熊本赤十字病院 内科

○小寺 千聡、帖佐 俊行、遠山 由貴、藤崎 修、
豊田真理子、早野 俊一、上木原宗一

症例は82歳女性、慢性腎不全でA病院加療中、X年4月18日にA病院もの忘れ外来を受診され、アマンタジンとミルタザピンの通常量の内服を開始。数日経った頃から徐々に食欲低下、睡眠障害、歩行障害、振戦が出現し、25日には段差につまずき転倒し立位困難となった。またこの頃から嘔気が強く食事摂取困難となり、慢性腎不全増悪による尿毒症が疑われたため、27日に透析導入目的に当科紹介入院となった。受診時、軽度の振戦と見当識障害を認めていた。身体所見では著明な四肢の浮腫、血液検査ではBUN、Cr高値、胸部レントゲンでは溢水所見を認め、慢性腎不全の増悪と判断、同日から透析を導入した。透析開始後、嘔気改善あるも食欲の改善は認められず、連日幻視とせん妄が出現。アマンタジン中毒を疑い、アマンタジンの内服を中止したが、以降も振戦は増強し、物を掴むような不随意運動、構音障害、嚥下障害、尿閉が出現、会話も不能となった。入院7日目から血液吸着療法(DHP)と血液濾過透析(HF)を開始。DHP+HFは最初の2日間のみ施行し、その後はHF単独とした。徐々に会話可能となり、治療開始後5日目には物を掴むような不随意運動が消失、指示動作に従うこともできるようになった。その後、振戦や嚥下障害も改善傾向となり、10日目から食事開始。構音障害の著明な改善も認められた。アマンタジンは排泄のほとんどが尿中排泄であるため、腎不全患者には減量、透析には原則禁忌の薬物である。今回、慢性腎不全患者のアマンタジン中毒にDHPとHFを施行し、症状の改善を認めた症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

Y5-27

Clostridium perfringens感染症を合併した急性骨髄性白血病の1剖検例

日本赤十字社長崎原爆病院 血液内科

○福嶋 絢子、堀尾 謙介、松尾 真稔、城 達郎、
朝長万左男

【緒言】急性骨髄性白血病の加療中に急激な経過で死亡した、Clostridium perfringens (C.perfringens) 感染症の1剖検例を経験した。

【症例】50歳、男性。健診で白血球減少を指摘され2010年3月当院紹介初診。急性骨髄性白血病(AML-M2)の診断にてJALSG-AML201に準じて化学療法を施行し、完全寛解達成後は無治療経過観察となっていた。2012年1月再発を確認し、同種移植を視野に入れ化学療法を再開。地固め療法2コース目施行中の血球減少期に、突然の呼吸困難感・嘔気・心窩部痛・下肢痛等を訴えた後、ごく短時間でショック状態となり、蘇生処置施行にも関わらず死亡した。死亡直後より全身皮下気腫症が出現。剖検では、腹腔内ガスや肝をはじめとする全身諸臓器に多数の空胞を認め、血液・組織からはC.perfringensが検出された。

【考察】ガス壊疽の発症には血管の損傷、虚血、組織の壊死、菌の増殖と十分量の外毒素の産生が必要とされている。しかし、C.perfringensは土壌や腸管内の常在菌であり、感染した菌が激烈な進行性のガス壊疽症状を呈するには生体側の基礎疾患が重要な因子となる。本症例においては、原疾患および化学療法による免疫低下状態を背景として発症したものと考えられた。剖検結果に文献的考察を加え報告する。

Y5-26

Bortezomibの薬剤性肺障害に対しAPRV呼吸管理を施行した一例

石巻赤十字病院 臨床研修医¹⁾、呼吸器内科²⁾、
血液内科³⁾

○詫磨 裕史¹⁾、小林 正和²⁾、井上 あい³⁾、佐藤ひかり²⁾、
矢満田慎介²⁾、花釜 正和²⁾、小林 誠一²⁾、矢内 勝²⁾、
高川 真徳³⁾

【症例】68歳、男性

【主訴】動悸、倦怠感

【既往歴】関節リウマチ、高血圧、糖尿病

【現病歴】来院4日前からの動悸、倦怠感を認め近医を受診。採血検査で、WBC上昇、Plt減少を認め、急性白血球の疑いで当院へ紹介。精査加療目的に同日入院となった。

【入院後経過】末梢血、生化学所見、骨髄所見から形質細胞性白血病と、それに伴う腫瘍崩壊症候群、急性腎不全と診断した。形質細胞性白血病に対しdexamethasone 20mg/dの投与を行ったところ、腫瘍細胞数は一時的に減少したが、第4病日には再び増加傾向となった。形質細胞性白血病に対する標準的治療法は確立されていないが、Bortezomibに反応するという症例報告があるため、第8病日よりBD(Bortezomib+dexamethasone)療法を開始した。第15病日に酸素化が急激に悪化し、Bortezomibによる薬剤性肺障害、ARDSを疑い、人工呼吸管理に移行、SIMV modeでは酸素化が保てなかったため、APRV modeで呼吸管理を開始した。また、無尿となったため、CHDFを使用した。同日よりステロイドパルス療法と、形質細胞性白血病の悪化に対して、MCNU+VCR+Mel療法を施行したところ、良好に反応し第20病日抜管、ICU退室となった。

【考察】Bortezomibによる急性肺障害は多数報告されている。今回我々は、薬剤性肺障害に対し、APRV modeによる人工呼吸管理を行い有効であった一例を経験したため報告する。

Y5-28

過多月経を契機に発見された血栓性血小板減少性紫斑病の一例

熊本赤十字病院 産婦人科¹⁾、内科²⁾、血液・腫瘍内科³⁾

○築山 和子¹⁾、前田 宗久¹⁾、中村佐知子¹⁾、山本 直¹⁾、
林 享子¹⁾、氏岡 威史¹⁾、荒金 太¹⁾、福松 之敦¹⁾、
濱之上 哲²⁾、大戸 雅史³⁾、采田 志麻³⁾、吉田 稔³⁾

血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)は極めて稀な疾患である。今回、我々は多量の性器出血を主訴に来院し、血小板減少、溶血性貧血があり、入院中に痙攣発作を発症しTTPと診断した症例を経験したので報告する。症例は40歳、3回経妊3回経産の既婚女性。来院2か月前の検診では、Hb 10.9 g/dL、Plt 11.9万/μLと低下を指摘されていた。月経2日目の多量の性器出血を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査で、Hb4.7 g/dL、Plt 4000/μLと著明な貧血と血小板減少を認め、救急外来でも多量の性器出血があり、当院産婦人科入院管理とした。診察、経陰超音波断層法にて器質的疾患がなかったため、輸血を施行したところ性器出血は減少した。第4病日に骨髄穿刺を施行。低形成骨髄で3系統の血球に形態異常をみとめ骨髄異型性症候群(MDS)を疑った。しかし、入院時から存在した高LDH血症、高ビリルビン血症はMDSとしては非典型であった。第6病日に痙攣発作を認めたためTTPを疑いステロイドパルス療法と血漿交換を開始した。治療開始後に血小板の増加、LDHの低下を認めたが第9病日に広範な脳出血を発症し死亡した。第6病日に提出したADAMTS13因子の活性は低下しており最終的にTTPの診断に至った。同日に提出したハプトグロブリンも低下しており、貧血の原因は出血に加え溶血性貧血が存在したものと考えられる。TTPは検査所見で血小板減少、溶血性貧血のみを示す症例があることを確認し、より早期に治療介入を行うことが救命に重要である。産婦人科的には性器出血を初発症状として血液疾患が発見されることがあることを念頭におき診療する必要があることを確認した。