

## P-077

腹腔内穿破を認めたアメーバ性肝膿瘍の1例

釧路赤十字病院 検査部<sup>1)</sup>、釧路赤十字病院 病理部<sup>2)</sup>、  
釧路赤十字病院 外科<sup>3)</sup>

こばやし よしとも  
小林 義朋<sup>1)</sup>、小谷 好英<sup>1)</sup>、三上 和也<sup>2)</sup>、  
真木 健裕<sup>3)</sup>

【はじめに】アメーバ性肝膿瘍は、*Entamoeba histolytica* が経門脈性に肝に達し形成される膿瘍で、腸管外アメーバ症の中では最も多く、肝右葉に局在し単発であることが多い。従来、輸入感染症とされていたが、近年は性感染症としての側面が注目されている。今回、渡航歴なく肝左葉に多発し腹腔内穿破をみとめたアメーバ性肝膿瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】56歳男性。同性愛、海外渡航歴ともない。肝膿瘍の疑いで他院より紹介。39歳の発熱を認め、CTにて肝S4に3cm大の膿瘍を確認、SBT/CPZの投与が開始された。第9病日、肝左葉に膿瘍の多発を認め経皮的ドレナージ施行、細菌培養は陰性であった。第13病日、CTにて急速な膿瘍拡大による肝膿瘍穿破を認め、排泄の直接鏡検にてアメーバ原虫を検出、腹腔鏡下にて洗浄ドレナージ施行後メトロニダゾール投与が開始された。敗血症、DICが進行し術後3日間、人工呼吸下にて集中管理を要したが、徐々に改善し術後2日目に降ドレナージよりアメーバ原虫は検出されなかった。

【細菌学的検査】膿汁の直接薄層塗抹標本、ヨード染色標本を作成し赤血球を捕食し活発に運動するアメーバ原虫の栄養型を確認した。また、膿汁のパバニコロー染色、PAS染色においてもアメーバ原虫を認め、さらに遺伝子検査陽性、血清赤痢アメーバ抗体（FA法）も陽性であった。

【考察】確定診断には膿汁からのアメーバ原虫の検出、血清アメーバ抗体検査のほか、抗原検査や遺伝子検査などを用いることが推奨される。本症例では、栄養型の運動性は数時間認められたものの、検体採取、直接鏡検には迅速な対応が求められる。膿汁のグラム染色にて細菌を認めない場合などは、患者背景を把握しアメーバ性肝膿瘍の可能性を念頭において検査を進めることが重要である。

## P-079

肺腫瘍形成を認めたIgG4関連疾患の一例

山田赤十字病院 腎臓内科

しまだ きょうこ  
島田 京子、小里 大基、杉山 倫子、岡 紀子、  
安富 眞史、大西 孝宏

症例 69歳男性。68歳時に左中肺野腫瘍を指摘され精査受けるも診断に至らず経過観察されていた。その後狭心症にて当院循環器科受診した際、血清蛋白の乖離と腎機能障害を指摘され当科紹介となった。明らかな耳下腺、顎下腺の腫脹は認めなかった。血液データでT.P.9.4g/dl、ALB3.3g/dl、Cr1.4mg/dl、IgG4128mg/dl、IgG42630mg/dl、尿蛋白0.3g/day 尿2MG2640μg/lとIgG4高値を認めた。腎生検では尿細管間質性腎炎を認め間質にIgG4陽性の形質細胞を認めた。以前の肺の組織もIgG4陽性の形質細胞であった。以上の所見からIgG4関連疾患と診断しPSL20mg/dayの投与を行ったところ腎機能の改善と肺腫瘍の縮小を認め、現在外来にて加療中である。IgG4関連疾患は自己免疫性膵炎や後腹膜線維症などにIgG4陽性形質細胞の浸潤を特徴とする全身性、慢性炎症性疾患であり、間質性腎炎と肺腫瘍が見られた。若干の文献的考察を加え報告する。

## P-078

脳皮質静脈血栓症を合併した微小変化型ネフローゼ症候群

山田赤十字病院 腎臓内科

すぎやま ともこ  
杉山 倫子、島田 京子、小里 大基、岡 紀子、  
安富 眞史、大西 孝宏

【症例】49歳女性。高血圧・糖尿病・高脂血症なし。入院7日前、急に下腿浮腫出現、近医にて尿蛋白指摘、ネフローゼ症候群疑いで当院受診し同日入院した。TP3.8mg/dl、Alb0.6mg/dl、D-dimer9.55μg/ml、U-prot29.1g/gCr、U-OB(±)。入院時よりD-dimer高値だが超音波検査にて下肢静脈血栓は認めず。第2病日腎生検施行し問題なく経過。しかし腎生検より約12時間後、左下肢の脱力、さらに14時間後、意識障害、痙攣が出現、頭部CTで右上前頭頭上部～中心前回の低吸収域を認め脳梗塞が疑われた。意識回復後左不全麻痺が残存し、リハビリを開始。腎組織は蛍光染色全て陰性、糸球体も概ね正常でありMCNSと診断した。mPSLパルス療法、維持ステロイド内服にて尿蛋白は漸減し、約1ヶ月後に陰性化した。その後左不全麻痺は改善した。脳梗塞では麻痺の回復が早く、MRIで梗塞域が動脈支配領域に不一致なことより脳皮質静脈血栓が原因と考えられた。

【まとめ】急性発症のMCNSに脳皮質静脈血栓症を合併した一例を経験した。MCNSに脳静脈血栓症が合併することは極めて稀であるが、その診断、治療経過と文献的考察を加えて報告する。

## P-080

認知症の診断のきっかけが「高血糖」であった症例：その注意点と対応について

福井赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、福井すこやかシルバー病院<sup>2)</sup>

なかの まさこ  
中野 雅子<sup>1)</sup>、中野 葉子<sup>2)</sup>、木下 圭一<sup>1)</sup>、夏井 耕之<sup>1)</sup>、  
今村 信<sup>1)</sup>、神谷 健一<sup>1)</sup>

糖尿病には認知症が高率に合併するが、認知症患者が認知症専門外来ではなく、糖尿病外来に最初に紹介される場合もありうる。当院では7年間で約30例の未治療認知症患者が「高血糖」を主訴に糖尿病外来に紹介された。指導内容を覚えてもらえないエピソードが目立ち、特にインスリン注射手技会得時には顕著であった。いずれの症例も当時これまで認知症と診断されたことはなく、後日認知症専門医療機関にて、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、軽度認知機能障害、水頭症などの診断を受けた。糖尿病治療には多岐に渉る患者教育が必須である。一方認知症症例においては本人の教育は困難で、通常患者と同様の教育プログラムを当てはめての指導は不相当であると考えられる。糖尿病診療スタッフは、認知症に関する知識も有しつつ治療にあたることも必要と考えたため、当院での対応も含め報告する。