

## Y6-7

### 虚血性十二指腸炎の1例

庄原赤十字病院 内科

○舩田 裕道、山口 敏紀、盛生 玲央奈、盛生 慶、  
谷口 真理、福原 崇之、毛利 律生、沼田 義弘、  
鎌田 耕治、服部 宜裕、中島 浩一郎

症例は77歳、男性。甲状腺癌術後、骨髄増殖性疾患で他院通院加療中であった。2009年11月中旬より嘔吐を認めるようになり近医受診。WBC 24700、CRP 12.67と炎症反応上昇を認め同日入院。採血データは改善するも嘔吐が続くため精査・加療目的で12月2日当院に紹介された。腹部超音波検査でTreitz靱帯近傍と考えられる部位に約7cmに渡り5~7mmの層構造やや不明瞭な腸管壁の肥厚像を認めた。経口的にイレウス管を挿入し、十二指腸・小腸造影施行。Treitz靱帯口側に6~7cmに及びthumb-printing様所見を呈する狭窄像を認めた。狭窄部を超えてイレウス管を挿入し、絶食、補液、経管栄養の保存的加療を行った。第19病日に小腸内視鏡検査を施行し、Treitz靱帯手前の十二指腸の一部に縦走化傾向のある全周性潰瘍を認め、その肛側に多発する縦走潰瘍を認めた。また管腔の内視鏡の通過は可能であった。同部位の生検で粘膜固有層の浮腫・炎症細胞浸潤を認め、内視鏡所見と合わせて虚血性十二指腸炎と診断した。同日の小腸造影で十二指腸狭窄部は管腔径11mmまで拡張しており、改善を認めたためイレウス管を抜き経口摂取開始。以後再燃なく経過し第36病日退院となった。虚血性腸炎は主幹動脈に明らかな閉塞がなく、限局性微小血流障害にて可逆性の虚血性病変を生じるものとされる。十二指腸は腹腔動脈及び上腸管動脈の両方から栄養され、側副血行に富むことから、虚血の起こりにくい部位である。稀な一例と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

## Y6-9

### 膿胸の治療経過中にアミロイドーシスおよびCMV腸炎を認めた透析患者の一例

熊本赤十字病院 内科

○井本 光次郎、坪井 由紀、堤 直之、加島 雅之

【症例】65歳男性。

【病歴】慢性糸球体腎炎にて約6年の透析歴あり。入院約1週間前に、突然の発熱、全身倦怠感認め近医受診。熱源不明であったため、精査、加療目的にて紹介となった。

【経過】血液検査上、胆管炎疑いにて抗生剤投与開始。症状改善なく、熱源としては否定的であった。3年頃前より陳旧性胸膜炎による左被包化胸水認めており、Xp上は以前と変化を認めなかったが、胸腔穿刺にて膿胸と診断。胸腔ドレナージを開始し、隔壁溶解目的にてウロキナーゼ注入を行った。隔壁の一部溶解を認めたため、胸腔内洗浄を繰り返したが、症状は改善しなかった。経過中に、心窩部痛および水様性下痢を認めるようになり、徐々に悪化した。抗生剤投与歴があり、糞便検査でCDトキシンを3回提出したがいずれも陰性であったため大腸内視鏡検査を施行。回腸末端を中心として上行結腸一行結腸にかけて粘膜に炎症性変化を認めた。薬剤性腸炎も考えられ、メトロニダゾール内服を開始。生検の結果、回腸末端~大腸粘膜組織においてアミロイド沈着を認め、AA型アミロイドーシスと診断。さらに、大腸粘膜血管内皮にCMV感染細胞を認め、血液検査からもCMVが確認された。下痢の原因はアミロイドーシス腸炎、CMV腸炎の合併と考えられた。CMV腸炎に対しガンシクロビル投与を開始し、CMV陽性細胞数は著減したが、下痢は改善しなかった。その後、治療に対する効果は見られず、吐下血を繰り返した。最後は多量の嘔吐認め、誤嚥、窒息の状態入院から62日目死亡退院となった。

【考察】今回、明らかな免疫不全を持たない透析患者で膿胸の治療経過中にアミロイドーシスおよびサイトメガロウイルス腸炎を発症した症例を経験した。上記を入院中に発症することは稀であると考えられ、今回若干の考察を加え報告する。

## Y6-8

### ヘルペス食道炎の2例

山田赤十字病院 消化器科

○岡 弘毅、大山田 純、杉本 真也、山本 玲、  
山村 光弘、黒田 幹人、川口 真矢、亀井 昭、  
佐藤 兵衛、福家 博史

ヘルペス食道炎は、主に単純ヘルペスウイルス1型 (Herpes simple virus 1 :HSV-1) による感染症で、悪性腫瘍などの免疫不全の患者に多いとされているが、最近健康人における発症例も報告されている。今回、我々は成人に発症したヘルペス食道炎の2例を経験したので報告する。(症例1) 75歳、女性。平成22年1月より喉のつかえ感が出現、3月初旬より食欲不振、3月14日の黒色便を認め、貧血精査で紹介受診した。上部消化管内視鏡では、胸部中部~下部にかけて浅く広い潰瘍を認めた。入院後、PPIにて治療を始めるも、改善を認めなかった。上部消化管内視鏡でヘルペス食道炎を疑い、2回生検を行なうも、診断に至らなかった。血液検査でHSV IgG(+), HSV IgM(-), HSV type1 (+)であり、内視鏡所見とあわせヘルペス食道炎と考え、塩酸パラシクロビル500mg/日 5日間投与した。内服後より症状が改善しており、1か月後に上部消化管内視鏡では、潰瘍は消失した。(症例2) 58歳、女性。平成21年4月より体調不良、食欲不振を自覚したが、放置していた。10月15日に歩行困難となり救急外来を受診し、Hb1.6g/dlであり、精査加療目的にて入院となった。上部消化管内視鏡では、下部食道に辺縁にびらんを認めており、生検では食道粘膜上皮細胞に核内封入体を認められ、ヘルペス食道炎を診断した。塩酸パラシクロビル1000mg/日 5日間投与した。(まとめ) ヘルペスウイルス感染による食道炎は剖検例を中心に検討され、その頻度は、全剖検例の0.1~2.3%にすぎず、比較的まれな疾患とされる。嚥下痛および貧血で発症したヘルペス食道炎の2例を経験した。難治性の食道潰瘍をきたす症例は、ヘルペス食道炎の可能性も考慮して、迅速な診断と抗ウイルス薬の投与により良好な経過が期待できると考えられた。

## Y6-10

### シェーグレン症候群に伴った消化管アミロイドーシスの一例

津久井赤十字病院 内科

○内藤 純行、荻原 俊、高佐 顕之、大塚 俊和、  
伊藤 俊、中川 潤一

症例は77歳男性で、食事摂取量の低下と傾眠傾向の持続を主訴に当院を受診した。外来での腹部超音波検査にて、小腸の全周性のひだ肥厚が広範囲に渡って認められ、腸間膜リンパ節の強い腫脹が認められた。Malignant LymphomaやSLE腸炎の可能性も示唆され、精査加療目的に入院となった。(採血上、Hb 6.5と貧血を認められた。入院直後に、貧血に対し濃厚赤血球4単位施行し貧血は改善。Fe 9、フェリチンCL 4であり、鉄欠乏性貧血と考えられた。) 入院後発熱、腹痛の訴え等無く食事開始。食事開始後、38℃台の発熱認め腹部膨満、採血上炎症反応高値を認めた。腹部超音波再度施行し、小腸壁著明肥厚、腸管膜リンパ節腫大多数認め、入院時の所見と同様の状態であった。腸リンパ管拡張症が疑われる所見で、絶食により全身状態改善した。造影CT施行し、下行結腸~S状結腸にかけての浮腫が目立ち、炎症性腸疾患やAmyloidosisの可能性が疑われた。入院後排便が全く無く経過していた為、イレウス等の可能性も疑ったが、明らかな所見は画像上認められなかった。上部消化管内視鏡施行し、明らかな粗大病変認めないが、粘膜粗造強く、特に十二指腸の粘膜が脆弱な印象であった。CF施行し、S状結腸、下行結腸の粘膜は浮腫様であったが、明らかな出血等は認められなかった横行結腸にIsp polyp認められ、EMR施行した。上部の生検結果で、コンゴレッド陽性の沈着物認められ、Amyloidosisの診断となった。SS-A抗体、SS-B抗体の上昇が認められており、シェーグレン症候群に伴った消化管Amyloidosisと考えられた。