

O-3-11

乳腺脂質分泌癌の一例

長浜赤十字病院 研修医

○林谷 俊和、東口 貴之、長門 優、谷口 正展、丹後 泰久、張 弘富、中村 一郎、中村 誠昌、塩見 尚礼、下松谷 匠

【はじめに】乳腺脂質分泌癌は泡沫状の胞体内に脂質を有する稀な乳癌であり、その頻度は全乳癌の1%以下とされている。今回我々は乳腺脂質分泌癌の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。乳腺検診マンモグラフィーで右乳腺石灰化を指摘され、精査目的で他院受診された。触診で左CD領域に1cmの硬結を触知、超音波検査で右CDE領域に広がる石灰化と境界不明瞭な低エコー域を認めた。針生検で、泡沫状の広い胞体を有する細胞と好酸性の胞体を有する細胞が混在しており脂質分泌癌と診断され、Luminal A typeであった。MRI検査ではびまん性の造影効果が見られ、病変範囲の特定が難しかった。CTおよび骨RI検査で他臓器転移は否定的であった。その後、希望により当院に転院された。本人の希望で手術は2か月後となったため、術前にホルモン療法を開始した。手術は、皮下乳腺全摘、センチネルリンパ節生検、ティッシュエキスパンダー留置を行った。病気はT1cN0M0 Stage1であった。術後もホルモン療法を継続している。

【考察】乳腺脂質分泌癌の報告例は決して多くはないが、予後不良であると考えられている。しかし過去の報告ではHER2 typeが多く、予後不良といわれる所以についてはこれらの生物学的特徴も考慮する必要がある。本症例はLuminal A typeであり、この場合の適切な治療や予後については明らかになっていない。本症例では通常の乳癌と同様の治療方針としたが、今後の再発や転移に関して十分な観察が必要であると考える。

【まとめ】乳腺脂質分泌癌についてその治療方針や予後についてコンセンサスの得られているものではなく、現段階では他の乳癌と同様の治療を行っていくしかない。今後の報告や研究が期待される。

O-3-13

ショックに陥った小腸腸間膜裂孔ヘルニアの小児例

秋田赤十字病院 研修センター¹、秋田赤十字病院 小児科²

○畠山 美穂¹、田村 真通²、土田 聡子²、木村 滋²

【症例】4歳女児。嘔吐と腹痛を主訴に前日夕方に他院を受診、経過観察となった。翌日も症状は続き、アセトン血性嘔吐症として近医で補液施行後に帰宅した。しかし症状は改善せず、意識障害も出現し当院へ救急搬送された。バイタルサインは、血圧 110/60mmHg、体温 39.9度、脈拍 200/分、経皮酸素飽和度 92%で、つじつもの合わない言動があった。顔色不良で両眼瞼は陥没し、全身の網状チアノーゼも認められた。腹部膨満、腸蠕動音減弱を認めたが圧痛はなかった。症状・臨床経過から急性腹症と診断した。血液検査で炎症反応、BUN、Cre、乳酸の上昇を認めた。腹部単純X線像で著明な腸管拡張と小腸ガス像が示された。イレウスの原因や腸管虚血の有無を検索するため造影CTを施行、広範な小腸拡張とclosed loopを認めた。同部位は約10cmにわたり造影効果不良で、腸管虚血を疑った。小腸の絞扼性イレウスと診断し、秋田大学医学部附属病院小児外科へ搬送、緊急手術となった。術中診断は小腸腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスであった。腸管壊死はなく、頓腹解除で手術終了となった。

【考察】急性腹症は急激な腹痛で発症し、しばしば緊急手術を要する。一般に小児は成人に比べ発症が急激で進行が早いこと、さらに訴えが不正確であるなどの理由で手術時期の決定に困難を伴う。的確な判断には腹痛の性状や持続時間などの臨床症状の変遷が重要で、とりわけ末梢循環、呼吸、意識状態には最大限の注意を要する。また血液検査、CTを含むX線検査などを適宜追加し、より詳細に状態を把握し緊急手術の必要性を判断することが望ましいと考えられる。

【結語】短時間でショックに陥った小腸腸間膜裂孔ヘルニアの小児例を経験した。診断から手術までの連携が良好に機能し、腸管保護に至った。

O-3-15

DDDモードに変換し著明改善したペースメーカー症候群による心不全の1例

芳賀赤十字病院 循環器内科

○船山 陽平、河又 典文、村上 善昭

【症例】79歳、女性

【主訴】労作性呼吸困難

【病歴】16年前、近医で洞不全症候群のためVVIペースメーカー植込み術(下限心拍数60 bpm)が行われた。2年前から労作性呼吸困難が出現し、近医で利尿薬の処方や下限心拍数値の80 bpmへの変更が行われるも改善しなかったため、当院を受診した。血液検査でBNP 680.7 pg/mL、胸部X線で心胸比66%と拡大しており、経過と合わせて心不全と考えた。心機能はNYHA 3度であった。12誘導心電図で逆行性P波が見られ、心臓超音波検査では左室駆出率は保たれており器質的な原因を認めなかった。ペースメーカー症候群と診断し、DDDペースメーカーへの交換術を行った。術直後から心不全症状は消失した。術後12ヶ月時点でも症状の再燃はなく、BNP 97.5 pg/mL、心胸比59%と心不全指標の改善も認められた。

【考察】ペースメーカー症候群とは、ペースメーカーからの非生理的な収縮刺激によって、心房・心室運動の時間的同期性の乱れや心血管機能障害が生じることで誘発される動悸、失神、心不全などの症状の総称である。今回、室房伝導を伴う洞不全症候群例でVVIペースキングによるコントロール困難な心不全に対して、生理的ペースキング化により即時に著明な改善が得られたため、文献的な考察を加えて報告する。

O-3-12

抗MOG抗体陽性再発性ADEMの小児例

秋田赤十字病院 研修センター¹、北九州市立医療センター 小児科²、秋田赤十字病院 小児科³、東北大学大学院多発性硬化症治療学寄付講座⁴

○長谷川 諒¹、奥山 博仁¹、畠山 美穂¹、長谷川一太²、土田 聡子³、田村 真通³、木村 滋³、高橋 利幸⁴、藤原 一男⁴

【はじめに】小児の免疫性脱髄性疾患においては、診断や治療方針の選択に難渋することが多い。近年、神経免疫抗体の存在が明らかになり、神経脱髄性疾患の分類や治療にも反映されている。今回私達は、抗Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein(MOG)抗体陽性の再発性急性散在性脳脊髄炎(ADEM)と考えられた小児例を経験したので報告する。

【症例】6歳女児。感冒症状後の頭痛、嘔吐、微熱で当院紹介受診。頭MRIで皮質下白質を中心に散在する病変を認めた。溶血連鎖球菌の先行感染が想定され、髄液・血清学的検査より多発性硬化症(MS)や視神経脊髄炎(NMO)は否定的であり、ADEMとして治療を開始した。メチルプレドニゾロンパルス療法施行、速やかに症状改善した。プレドニゾロン(PSL)を漸減していたところ、発症から2か月後に痙攣発作および頭MRIで新規病変を認め、ADEM再発と考えた。この時、初発時と再発時で抗MOG抗体高力値陽性であることが判明した。PSL反応性は良好であったが漸減により、初発から5か月後の頭MRI上新規病変、6か月後に傾眠傾向を認めた。免疫抑制剤を併用しPSL漸減をはかり、その後半年以上再発および後遺症なく経過、抗MOG抗体価の低下をみている。

【考察】小児神経脱髄性疾患は2012年International Pediatrics MS Study Group(IPMSSG)により、疾患の概念や定義が統一され、診断基準が示された。しかし本症例のように診断基準を満たさずらい症例も少なくない。抗MOG抗体は、抗アクアリン4抗体陰性のNMOや複数の抗MOG抗体を繰り返すADEM患者血清に認められると報告されている。抗MOG抗体陽性症例の集積と分析により関連疾患の病態解明がなされ、診断や治療法などに反映されることが望まれる。

O-3-14

非造影MR灌流画像で一過性の血流低下を呈した小児片麻痺性片頭痛の1例

熊本赤十字病院 診療部¹、熊本赤十字病院 放射線科²、熊本赤十字病院 小児科³、熊本赤十字病院 神経内科⁴、熊本大学病院 画像診断・治療科⁵

○川口祐香理¹、菅原 文志²、彌永 由美²、中島 康也²、馬場 祐之³、石田 昌宏³、平井 克樹³、山田 浩平³、平原 智雄⁴、上谷 浩之⁵

症例は生来健康な11歳男児。突然の右手の痺れと軽度脱力を自覚した。当初は自然軽快したが、その2時間後に再び右手の痺れと物が握れない程の脱力感を自覚した。徐々に頭痛が出現し、その後意識障害・構音障害を認めたため精査加療目的に当院受診となった。来院時右上下肢脱力と意識障害・構音障害を認めた。血液検査上異常なく、MRIで拡散強調画像に異常を認めないが3D非造影MR灌流画像(Arterial spin labeling)で左大脳半球に広範な信号低下を認め、MRAではわずかに左中大脳動脈末梢の描出が低下し、T2強調像では左大脳半球の皮質静脈の低信号が明瞭化していた。MRI検査後より症状改善傾向にあり、補液のみで経過観察とした。発症9時間後には右下肢脱力・構音障害・見当識障害は改善し、軽度の頭痛を残すのみとなった。翌日には頭痛も改善し、症状は完全軽快した。2日後のMRIで上記異常所見は改善もなかった。来院時のMRI上急性期脳梗塞を疑う異常所見はなく、症状からも片麻痺性片頭痛が考えられた。

片麻痺性片頭痛は脱力と視覚症状・感覚症状・言語症状のいずれかを前兆とする片頭痛である。前兆に伴って、あるいは前兆出現後60分以内に頭痛が発現する。前兆症状のうち少なくとも1つの症状は片側性で、運動症状は72時間未満に消失するとされている。MRIで灌流異常を呈した小児片麻痺性片頭痛を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-3-16

びまん性心房壁肥厚を伴う心筋炎の一例

長浜赤十字病院 研修医

○神間しほ莉、上野 義記、道智 賢市、高山幸一郎、高橋 宏明

【はじめに】びまん性心房壁肥厚を伴う心筋炎の一例を経験したので報告する。【症例】66歳女性。突然の動悸にて近医受診し、胸部レントゲンにてCTR拡大と胸水貯留、ECGにて頻脈性心房細動を認めたため当院紹介受診となる。来院時に下腿浮腫、C Tにて両側胸水と心嚢液貯留が認められた。また、心エコーでは左室収縮機能不全や左室壁肥厚、左室拡大等は認めないものの、心嚢液貯留が認められた。胸水穿刺では漏出性胸水を認めたため、初期治療として心房細動および浮腫に対し薬物治療を行った。経過観察の心エコーにおいてびまん性左心房壁肥厚が確認され、精査のため経食道エコー施行したところ両心房壁にびまん性壁肥厚が認められた。炎症の有無の鑑別のためにGaシンチ及び心臓MRI、心嚢穿刺を行った。Gaシンチでは心房に著明な異常集積がみられ、心臓MRIT2強調画像ではびまん性左心房壁肥厚と同部位に高信号領域が認められた。心嚢穿刺では胸水穿刺結果と異なり、滲出性心嚢液が確認された。右室心筋生検病理において炎症細胞浸潤を認めたが、類上皮細胞は認められなかった。以上よりびまん性心房壁肥厚を伴う心筋炎と診断した。薬物治療にて胸水および心嚢液は減少し、自覚症状が消失したため内服治療で経過観察中である。

【考察】本症例は心筋炎に由来するびまん性心房壁肥厚が疑われた。心房心筋炎の症例報告では、巨細胞浸潤による劇症型の経過をたどる心筋炎の報告が散見されるが、本症例では巨細胞の浸潤所見は認めなかった。今回、心エコーによるびまん性左心房壁肥厚の確認を契機に、画像診断が有用であったびまん性心房壁肥厚を伴う心筋炎の一例を経験したので報告する。