

O-12-03

慢性肝疾患既往を有し、E型急性肝炎を発症して肝移植に至った1例

旭川赤十字病院 消化器内科

○松田 亜依、長谷部千登美、藤井 常志、阿部 真美、杉山 祥晃、細木 弥生、松崎 伸幸、相馬 学、齋藤 敦、太田 勝久、林 秀美、岸 法磨

【症例】47歳男性、B型肝炎の治療歴があり、X-4年の採血でHBsAg陰性化が確認され、ラミブジン内服を中止して以降、通院を自己中断していた。【経過】受診日の約1ヶ月前に焼肉店Aでブタ内臓肉を摂取。受診日14日前から倦怠感と微熱、6日前から38℃の発熱があり近医受診し、X年Y月某日に急性肝炎の疑いで当科へ紹介された。入院後の採血でIgA型HEV抗体陽性、HEV RNA陽性との結果から急性E型肝炎(Genotype4)の診断となった。その後TB上昇傾向、PT%低下、アンモニア上昇傾向を認めたため、第5病日と第7病日に血漿交換を施行し、一時的な肝機能の改善がみられた。しかし、その後黄疸増悪、PT%低下が持続し、LOHFへの進展が示唆されたため脳死肝移植登録をして待機の方針となった。移植の待機期間ではアルブミン製剤・FFP投与と血液透析施行して対処し、Y+5月某日に北大病院にて脳死肝移植が施行された。以後順調に改善しY+7月に北大病院退院、Y+9月から再び当科外で経過観察となっている。【考察】北海道ではE型肝炎の原因としてブタ内臓肉が感染源となることが多い。本症例を含めた4症例が同時期に焼肉店Aで食事後にE型肝炎を発症しており、この店舗における食材が感染源であった可能性が高い。本症例以外の3例は重症化することなく改善しており、本症例の重症化要因としては既往のB型肝炎により肝の線維化進行・肝予備能低下が潜在していたため肝細胞の再生が起りにくかった可能性が考えられた。【まとめ】基礎肝疾患を持つE型急性肝炎においては重症化に注意が必要と考えられた。

O-12-05

十二指腸に穿破した膵十二指腸動脈瘤に対して血管塞栓術を施行した一例

熊本赤十字病院 消化器内科

○湯本 信成、吉本 和仁、竹熊 与志

【背景】膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の中でも比較的稀な疾患である。膵十二指腸動脈瘤は、動脈硬化や炎症に伴って発症することが多く、十二指腸潰瘍が原因となった報告は少ない。消化管に穿破し消化管出血で発症した場合は、内視鏡止血が困難であるとされている。今回我々は、十二指腸潰瘍に穿破した膵十二指腸動脈の仮性動脈瘤に対して、血管塞栓術を施行し止血を得た一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】92歳、女性。1ヶ月前からの食欲不振を主訴に近医受診した。上部消化管内視鏡検査で十二指腸潰瘍と診断され、プロトンポンプ阻害薬の内服を開始された。翌日吐血し、出血性ショックとなり当院搬送となった。緊急内視鏡検査で十二指腸球部後壁に潰瘍を認め、潰瘍底に凝血塊が付着していた。潰瘍底の露出血管を疑う部位にクリップ止血を行い、当院入院となった。絶食、輸血及びプロトンポンプ阻害薬の点滴で加療を開始したが、第2病日にショックを伴う再出血を認めた。再度内視鏡検査を施行すると、十二指腸潰瘍の潰瘍底に拍動を伴う巨大な露出血管を認めた。造影CTで十二指腸潰瘍内に前上膵十二指腸動脈から連続する瘤状の早期造影像を認め、仮性動脈瘤の十二指腸穿破と診断した。内視鏡止血術は困難と判断し、緊急血管造影を行った。同部の仮性動脈瘤から造影剤の漏出を認め、マイクロコイルで塞栓術を施行し、止血を得た。再出血や腸管虚血などの合併症を認めず、第7病日に転院となった。【考察】十二指腸潰瘍に太い露出血管を伴う場合には、動脈瘤の穿破の可能性も考慮し、内視鏡止血術が困難と判断されれば、適切な時期に血管塞栓術や手術へ移行することが重要である。

O-12-07

片側のヘリオトロープ疹で発症した抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎の一例

熊本赤十字病院 診療部¹⁾、同 リウマチ・膠原病内科²⁾、同 総合内科³⁾

○光吉 ころこ¹⁾、徳永健一郎²⁾、押川 英仁²⁾、上木原宗一³⁾

【症例】36歳、女性。【現病歴】7ヶ月前から右顔部から側頭部にかけて発疹出現し、1ヶ月前から右眼瞼周囲の浮腫あり当院受診した。【経過】顔面の皮疹以外に身体所見で特記所見乏しく、CK、アルドラーゼ、CRP、フェリチンの上昇なく、抗核抗体40倍、SLEの特異抗体陰性、抗ARS抗体陰性であった。側頭部の皮膚生検ではinterface dermatitisの所見であり、皮膚ループスでも皮膚筋炎でも矛盾しない所見であった。皮膚ループスとしてPSL 15mgとヒドロキシクロロキンで加療するも改善乏しかった。加療2ヶ月後よりGottron徴候と手掌の鉄棒の豆様皮疹出現したため、抗MDA5抗体測定したところ陽性であった。呼吸機能検査は良好であったが、胸部CTにおいて軽度のすりガラス影あったこともあり、PSL 30mgに増量し、タクロリムスを併用し改善傾向である。【考察】抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎では筋炎症状の無いもしくは乏しい例がみられ、皮膚潰瘍や手指の屈側の鉄棒の豆様皮疹は特徴的である。これらの例では特に急速進行性間質性肺炎の合併頻度が高いため注意が必要である。当症例での初発症状である浮腫性眼瞼紅腫については片側であったことと、他の所見に乏しかったこともあり、当初はヘリオトロープ疹は片側でも出現しうることや経過中に抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に特徴的な所見が出現した場合に診断及び、呼吸機能や肺野評価を含めて再評価することの重要性を再認識した。

O-12-04

自己免疫性肝炎による肝硬変に肺高血圧症を合併した1例

長浜赤十字病院 研修医¹⁾、長浜赤十字病院 消化器内科²⁾、長浜赤十字病院 循環器内科³⁾

○上林 嘉孝¹⁾、井上 博登²⁾、横田 佳大²⁾、佐藤 祐斗²⁾、新谷 修平²⁾、田辺 浩喜²⁾、馬場 弘道²⁾、駒井 康伸²⁾、高橋 宏明³⁾、上野 義記³⁾

【症例】58歳、女性
【主訴】労作時呼吸困難
【経過】自己免疫性肝炎による肝硬変(Child-Pugh 7点)で消化器内科フォロー中の患者。労作時呼吸困難を訴えたが、経皮的動脈血酸素飽和度の低下は認められず、呼吸機能検査は正常、胸水や肺炎もみられなかった。そこで経胸壁心エコーを実施したところ、三尖弁圧格差60 mmHg、肺動脈圧68/24 mmHgと高値で右室の拡大も認められたため、肺高血圧症と考えられた。肺高血圧症には肺動脈性、左心性疾患、肺疾患や肺塞栓症に伴うものなどが鑑別に挙がるが、造影CTや肺血流シンチグラムで明らかな塞栓を認めず、右心カテテル検査では平均肺動脈圧入圧4 mmHg、平均肺動脈圧34 mmHg、肺血管抵抗654 dyne・sec・cm⁵であったため、肺動脈性肺高血圧症を考えた。その原因として、先天性心疾患、結合組織病、エイズウイルス感染症は否定的であったため、病歴より門脈圧亢進症に伴う肺高血圧症(以下POPH)の診断となった。まずプロスタグランジンI誘導体製剤を開始するも、労作時呼吸困難が増悪したため、再度右心カテテル検査を実施し、改善が乏しかった。そこで、難病申請後に、ホスホジエステラーゼ5阻害薬を投与したが、頭痛が出現したため、エンドセリン受容体拮抗薬に変更、夜間の在宅酸素も導入したところ、三尖弁圧格差35 mmHg、肺動脈圧38.7 mmHgと改善を認め、労作時呼吸困難も軽快した。
【考察】POPHは肺高血圧症の臨床分類の中で約5%の頻度、また、門脈圧亢進症の2~6%に合併するとされており、稀な疾患である。呼吸困難を伴う肝硬変では、肺高血圧症を疑い、経胸壁心エコーを実施することは有用であると考える。

O-12-06

食道異物・縦隔炎の手術におけるアプローチ方法の検討

熊本赤十字病院 診療部

○松島 遼平、宮本 智也、木村 有、平田 稔彦

【症例】67歳 男性。義歯の誤飲疑いで近医を受診。腹部X線写真で異物は確認できなかったが、3日後に呼吸苦と発熱が出現し、胸部X線写真で頸部食道に義歯を認め当院紹介。CTで頸部から上縦隔にかけて食道周囲に遊離気像を認め、異物誤飲・食道穿孔・縦隔炎と診断し手術の方針とした。アプローチ方法は頸部標的切開を選択した。頸部食道まで到達し、食道左側壁から食道前壁を切開し約5cmの義歯を摘出した。右側後壁には穿孔を認めた。同部を内腔より単閉鎖し、食道切開部も縫合閉鎖し、食道の左右より縦隔内にドレーンを挿入した。徐々に全身状態軽快し、術後36日にリハビリ目的に転院した。
【考察】食道異物・穿孔に対して外科的摘出術を必要とする症例は比較的稀であり、そのアプローチ方法を明記してある文献は数少ない。本症例と幾らかの文献検索を通し、異物の局在と縦隔炎の程度が、アプローチ方法を定める要素として重要だと考えられた。
【結語】頸部アプローチにより摘出得た食道穿孔・縦隔炎の1例を経験したので報告する。

O-12-08

早期に診断がついた若年性皮膚筋炎の1例

伊勢赤十字病院 初期研修医

○東 夏未、森 翔、中村 知美、米田 雅臣、倉井 峰弘、吉野 綾子、伊藤美津江、馬路 智昭、一見 良司、東川 正宗

【はじめに】若年性皮膚筋炎(JDM)は特徴的な皮疹と対称的筋力低下を主症状とする慢性炎症性疾患であるが、幼児例では筋症状所見が得にくい。
【症例】1歳9か月男児
【現病歴】受診3週間前に一時的な38℃台の発熱あり、また1週間前から毎夕37~38℃台の発熱を繰り返し、近医で肝機能異常を指摘され当院紹介受診。2週間前の遠足後から顔面に紅斑が出現した。当院受診時に両側眼瞼の浮腫性紅斑と両手PIP関節の丘疹・紅斑(ヘリオトロープ疹、ゴッドロン丘疹、ゴッドロン徴候)があり、CK高値(7869 U/L)、炎症反応高値が認められた。病歴から下肢近位筋の筋力低下があり、骨盤から下肢のMRI検査で近位筋にT2WIで高信号所見が認められ、筋生検にて皮膚筋炎と確定診断した。抗核抗体、抗Jo-1抗体、抗ARS抗体はいずれも陰性。入院時より湿性咳嗽あり胸部CTにて肺炎像はあるが間質性肺炎の所見ではなく、細菌性肺炎としてABPC/SBTを6日間投与し治療した。入院9日目にステロイドパルス療法開始。治療1コース目終了時には1486U/L、2コース目終了時にはCK 351U/Lと著明な改善を認めた。
【考察】皮膚筋炎は近位筋群の筋痛を伴う対称性の筋力低下を特徴とする疾患である。本症例では低年齢のため筋症状所見をとることが困難だったが、家人への詳細な問診により、普段と違う歩き方と不機嫌さを陽性所見とした。皮膚症状と筋原性酵素高値によりJDMを疑い、入院5日目に筋生検を行い、病理所見により確定診断した。生検結果を待つ間に各種検査による鑑別を行い、入院9日目の早期に治療介入に移ることができた。詳細な病歴聴取の重要性を改めて認識した。