

P4-164

化学療法中に小腸穿孔をきたした単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫の1例

静岡赤十字病院 外科

○中村 公彦¹、中山 隆盛、小林 純子、熱田 幸司、安藤 崇史、白石 好、磯部 潔

【症例】50歳代女性【主訴】貧血【既往歴】30歳代に右卵巣嚢腫手術【家族歴】血液疾患なし【現病歴】近医で貧血精査のため上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸に全周性潰瘍を認め、生検で単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫（MEITL）と診断され、当院紹介となった。【腹部所見】明らかな所見なし。【血液検査所見】WBC 6960/ μ L、RBC 378 \times 10⁴/ μ L、Hb 9.1g/dL、Plt 86.7 \times 10⁴/ μ L、TP 4.8g/dL、Alb 1.5g/dL、CRP 1.35mg/dL【経過】PET-CTでは十二指腸および下行結腸に集積を認め、下部消化管内視鏡の下行結腸生検からもMEITLと診断した。発症より4か月後にESHAP療法を開始したが、その5日後に腹痛が出現し、穿孔性腹膜炎の診断で緊急手術となった。Treitz靭帯から肝門側170cmの回腸に約2cmの穿孔を認め、小腸部分切除術を施行した。病理組織学的検査結果からMEITLによる小腸穿孔と診断した。その後化学療法を再開したが、発症より6か月後に原病死した。【考察】MEITLは消化管原発性リンパ腫の5%であり、その部位の多くが小腸であり、胃、十二指腸、大腸にも発生する。化学療法中の消化管悪性リンパ腫の穿孔頻度は3-5%であるが、40%のMEITL症例で緊急手術を要すると報告されている。MEITLの1年生存率は35%であるのに対し、穿孔を伴うMEITLは平均生存4か月とも報告されている。MEITLが穿孔しやすい要因として、全層性の破壊性増殖が考えられている。集学的治療の確立が望まれる。【結語】MEITLは稀な疾患であり、その穿孔例は治療抵抗性で、予後不良であった。

P4-166

急性虫垂炎、急性胆嚢炎の治療中に慢性骨髄単球性白血病急性増悪に至った1例

長野赤十字病院 外科

○柳沢 直恵、安川 紘矢、細田 清孝、佐野 周生、草間 啓、町田 泰一、西尾 秋人、中田 伸司、袖山 治嗣

患者は70歳の男性。5年前に悪性リンパ腫（濾胞性リンパ腫）のため、他院で放射線科治療を受け、その後、当院でフォローを受けていた。1週間ほど前から、口内炎、咳嗽、関節痛などの比較的軽度の炎症所見を認めていた。2日前からの発熱と右下腹部痛を主訴に救急外来を受診した。右下腹部に自発痛と圧痛を認め、血液検査でCRP 6.70mg/dLと炎症反応上昇を認めた。白血球数は、4,060/ μ Lであったが、3日前の値は、1,930/ μ Lであり、比較すると増加していた。腹部CT検査で虫垂に炎症を認め、急性虫垂炎と診断し、虫垂切除術を施行した。術中初見で、虫垂に穿孔は認めず、広範囲に膿苔が付着していた。術後2日目の血液検査は、CRP 33mg/dLと高値で、術後7日目の時点でも、白血球25,000/ μ L、CRP 25mg/dLと炎症反応高値であった。術中所見からは、その後の経過と違和感を認めたが、抗生剤耐性菌の出現や腸閉塞、急性胆嚢炎などの合併も重なり、抗生剤投与、イレウス管留置、経皮経肝胆嚢ドレナージなどの保存的加療を継続していた。しかし、術後12日目の血液検査で、白血球44,260/ μ L、単球36,293/ μ Lと異常な単球増加を認めた。骨髄穿刺検査で慢性骨髄単球性白血病の急性増悪と診断され、異常な単球集団の増殖により、種々の炎症所見が増悪していると考えられた。血液内科で、ステロイド、抗がん剤投与による治療が開始されたが、徐々に全身状態が悪化し、術後54日目に死亡した。慢性骨髄単球性白血病は、感染や外科的侵襲などにより急性白血病化や類白血病反応を引き起こすことが報告されている。本症例も一連の感染や手術侵襲を契機に慢性骨髄単球性白血病の急性増悪に至ったと考えられた。周術期管理に教訓的な1例を経験したため、報告する。

P4-168

人間ドックで発見された心筋緻密化障害の一例

沖縄赤十字病院 健康管理センター¹⁾、循環器内科²⁾

○田中 道子¹⁾、青木 英彦¹⁾、クリステンセンめぐみ¹⁾、砂川 長彦²⁾、新里 譲²⁾、新城 治²⁾、東風平 勉²⁾、浅田 宏史²⁾

人間ドック受診時の心電図変化より心臓超音波検査を施行し、心筋緻密化障害と診断し引き続き循環器内科での速やかな加療が開始できた症例を経験した。症例は43歳男性。2013年人間ドックで完全左脚ブロックを指摘され循環器内科を受診。心臓超音波検査、冠動脈CT検査を施行され異常所見なく経過観察となったが自己判断で外来受診を脱落。2018年人間ドック受診し心電図異常を認めたため、引き続き心臓病診として心臓超音波検査を施行。心臓超音波検査で心尖部の壁運動低下と心筋緻密化障害を認めた。虚血性心疾患の鑑別のため循環器内科入院。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄病変はなく、左心室造影では肉柱形成と深い間隙への造影剤貯留を認めた。労作時息切れに対して β ブロッカーの投与が開始された。心筋緻密化障害は心室壁の過剰な網目状の内柱形成と深い間隙を形態的特徴とし、その臨床像が多彩であるため見逃されやすい。経過と伴に心機能低下は進行し長期予後不良の場合は心臓移植の対象となる事があり、早期発見により治療計画を立てることが重要である。健康診断において心電図異常や不整脈を指摘されても2次検査未受診や外来観察の脱落など専門医受診を逸する場合がある。人間ドックでは、任意型検査の特徴を生かし、多数の検査が可能である。がんの早期発見や生活習慣病の早期発見予防のみならず、心臓超音波検査等の心臓検査により心疾患の診断を可能とし、引き続き循環器内科で早期に治療が開始できるため、心臓病診の重要性が示唆された。

P4-165

同種移植後に分子遺伝学的再発したPh陽性ALLにボナチニブを使用した一例

静岡赤十字病院 血液内科¹⁾、横浜市立大学医学部 血液・免疫・感染症学教室²⁾

○芹澤 快¹⁾、新垣 秀樹¹⁾、小原澤英之¹⁾、田口 淳¹⁾、中澤 秀明²⁾

ボナチニブはフィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病（Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia；PhALL）に有効とされているが、同種移植後のボナチニブ使用についての報告はほとんどなく、その有効性は明らかではない。今回、同種造血幹細胞移植後にMMR（Major Molecular Response）を逸脱したPhALLに対するボナチニブの使用経験を報告する。症例は61歳男性。20XX年2月頃より発熱と労作時呼吸困難、胸部不快感が出現し、同年3月近医を受診。血液疾患が疑われ、他院を受診。末梢血中芽球増加し、Major BCR-ABL上昇（6.5 \times 10⁵ copy/ μ gRNA）を認め、PhALLと診断された。タサチニブ併用HyperCVAD/MA交替療法を開始し、約2か月でMajor BCR-ABL 180 copy/ μ gRNAへ減少した。HyperCVAD/MA交替療法は交互に計6コース施行し、治療開始後約8ヶ月でMR4.5（Major BCR-ABL（IS）0.0008%）を達成した。その後はタサチニブ維持療法が行われ、20XX+1年4月にMajor BCR-ABL（IS）0.0151%とMR4.5は逸脱したがMMRは維持した状態で、20XX+1年5月同種造血幹細胞移植目的に当科受診となった。同年6月HLA適合男性ドナーから非血縁者間同種骨髄移植を施行した。急性移植片対宿主病（GVHD.G2）は認められたが、ステロイド使用無く軽快。慢性GVHDは認めず、Day287でTACは中止した。Day62とDay196ではMR4.5を達成したが、Day266でMajor BCR-ABL（IS）0.0273%へ上昇し、Day329でMajor BCR-ABL（IS）0.139%へ増加したためMMRを逸脱。そのため、Day348にボナチニブ（15mg/d）を開始した。ボナチニブ開始から1か月以内にMR4.5を再達成し現在も治療継続している。

P4-167

CRTD植え込み後に心エコーで心機能改善を確認できた一症例

長岡赤十字病院 検査技術課

○神田 有里、山崎 明、青柳 真佳、佐藤 悠、真嶋ちはる、渡邊 愛、長谷川恵美、森 陽子、小林 万穂、土田 真也

重症心不全の治療法として心臓再同期療法（CRT）がある。CRTが心不全悪化を防止するだけでなくその予後を改善することが明らかとなっているが、すべての症例で有効とは限らない。また本治療法の適応決定には「非同期（dyssynchrony）」の存在を証明することが重要である。今回心エコーにより非同期の存在を数値で示し、CRTD植え込み後に心機能改善を認めた症例を経験した。【症例】38歳男性、20xx年にぶどう膜炎からサルコイドーシスを指摘され、その後慢性心不全を合併し当院循環器内科にて経過観察されていた。心電図は高度房室ブロック、心エコーは左室駆出率（EF）20%台で経過していたが心不全による入院を繰り返し、本人の加療希望のためCRTが検討され、20xx+14年に他院にてCRTD植え込みが施行された。【検査所見】心エコーでCRTD植え込み前はIVMD（右室と左室の収縮弛緩のタイミングのずれ）が183msであったが、植え込み後は27.5msに改善した。EFは20%台で著変なかったが、peak dP/dT（等容収縮期における左室内圧変化率）は540mmHgから689mmHgに増加した。血液のBNP値は211.4pg/mlから174.7pg/mlまで低下した。【まとめ】慢性心不全患者の20～30%は心室内伝導障害を有するとされ、心電図のQRS幅の延長に比例して長期予後が悪化することが報告されている。その機序として心室内伝導障害によって心室中隔と左室自由壁収縮が同期せず、心拍出量がさらに低下することが考えられている。今回の症例を経験して、CRTD適応決定には心電図だけでなく心エコーも有用であることがわかった。しかし単一の方法でCRTD適応を判断することは難しい。今後も報告される適応基準に注目し、非侵襲的な心エコーを用いてCRTD適応決定の一助となれるような検査を心がけた。

P4-169

心臓超音波検査にて左房内腫瘍の診断の難渋した一症例

松江赤十字病院 検査部¹⁾、松江赤十字病院 循環器内科²⁾、松江赤十字病院 心臓血管外科³⁾、松江赤十字病院 病理診断科⁴⁾

○高野 智晴¹⁾、朽木 達也¹⁾、森奥 雪世¹⁾、土江 弘美¹⁾、朽木菜穂子¹⁾、山浦 知子¹⁾、青戸 正樹¹⁾、北尾 政光¹⁾、城田 欣也²⁾、許 敏一³⁾、齋藤 雄平³⁾、三浦 弘資⁴⁾

症例：60歳代男性、2000年に心房細動に対しAVブロック作成術とペースメーカー移植術を施行。2016年3月に行った心エコー検査にて左房壁に25mm大の腫瘍性構造物を認め、抗凝薬をイグザレルトからエリキュースに変更した。4月の心エコー検査にて腫瘍は21mmに縮小傾向を認め、6月には変化なかった。2017年3月の心エコー検査にて31mmと増大傾向を認めたため、腫瘍の鑑別も含め精査入院となる。入院時経食道エコー検査にて腫瘍の径は34 \times 29mmで辺縁は平滑、有茎性で内部エコーは均一、ドブラにて腫瘍内に血流を認めず、もやもやエコーを伴い左心耳血流は28cm/secと低下していた。CT検査では造影効果の弱い腫瘍を認め粘液腫を疑った。造影検査にて右冠動脈から左房付近に流入するに栄養血管を認めた。術中所見では腫瘍は左房天井、大動脈弁に接する部位に付着して、茶褐色で脆く被膜は認めず、摘出した腫瘍は組織学的に大部分が出血を伴うフィブリンからなる肉芽で、泡沫組織球や好中球も混在し一部新生血管の増生も認められた。結語エコー所見で血栓と粘液腫の鑑別が難しく、病理所見から血栓と診断した一例を経験した。腫瘍を観察する際、腫瘍付着位置などに注意する必要があると考えられた。