

O-8-3

増大する感染性肝嚢胞による下大静脈圧迫から広汎な深部静脈血栓に至った1例

芳賀赤十字病院 内科

○小堀 篤也、大西 央、沼尾 規且、廣澤 拓也、佐藤 直人、前田 浩史、五十嵐祐介、河又 典文、村上 善昭、安田 是和

【症例】81歳、男性。【主訴】発熱。【現病歴】パーキンソン病、糖尿病にて治療中。10年前、腹痛精査目的に当院で腹部CTを施行し、肝右葉の嚢胞を偶然指摘されていた。39℃台の発熱を主訴に当院を受診。炎症反応高値(WBC 9,400/μL、CRP 24mg/dL)、肝酵素上昇に加え、腹部CTにて肝嚢胞の増大(1027mL)・内部濃度上昇・辺縁境界不明瞭を認め、感染性肝嚢胞の診断で緊急入院した。【臨床経過】抗生物質全身投与を行ったが炎症反応は速やかに改善せず、第14病日の腹部CTでは肝嚢胞容積は1913mLとさらに増大していた。肝嚢胞穿刺排液を施行し、炎症反応は改善傾向となった。一方、入院時は認められなかった両下腿浮腫が入院後徐々に出現・増強したため、精査目的に第22病日造影CTを施行したところ、肝嚢胞は十分縮小しておらず、下大静脈を著明に圧迫しており、下大静脈から両大腿・下腿静脈に及ぶ広汎な血栓を認めた。抗凝固療法を開始後、下腿浮腫は徐々に改善し、CT上も血栓の経時的縮小が確認できた。第52病日2回目の肝嚢胞穿刺排液を行うとともに、肝嚢胞の再増大防止目的にミノマイシン 500mgの嚢胞内注入を行った。リハビリテーション後、第106病日自宅退院した。【考察】本症例においては、血液検査にて、静脈血栓症につながる血栓性素因を検出できなかったことから、肝嚢胞に感染を合併したことによる肝嚢胞の急速な増大、それに伴う下大静脈圧迫による静脈血うっ滞が、広汎な深部静脈血栓症に至った重要な原因と考えられた。感染性肝嚢胞に関連した深部静脈血栓症の報告は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

O-8-5

EUS-FNAで扁平上皮癌と診断された膵腫瘍の1例

長岡赤十字病院 消化器内科

○田中 奨、河久 順志、北條 雄輝、小林 隆昌、小林 陽子、小林 雄司、吉川 成一、三浦 努、竹内 学

EUS-FNAで扁平上皮癌と診断された膵腫瘍の1例症例は80歳の男性。受診2か月前より心窩部痛出現。近医でCT施行、膵尾部腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介。当科初診時、血液検査で、CEA 10.3、CA19-9 157.5と高値であり、膵Dynamic CTでは、膵尾部に脾実質から背側に突出する48mm大、辺縁主体に漸増型に濃染する内部乏血性の腫瘍性病変を認めた。MRIでは、T2WI軽度低信号主体、ADC低下を認めた。組織学的検索目的にEUS-FNA施行、腺癌領域のない扁平上皮癌組織を得られた。同時に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)にて、胸部中部～下部食道にやや丈の高い隆起を伴った全周性発赤陥凹性病変(0-Is+Iic病変)を指摘、超音波内視鏡検査では、均一な低エコーを呈し、SM層は圧排非薄化、深達度はSM2と診断、生検で低分化型扁平上皮癌と診断された。以上の経過より、膵腫瘍は食道癌の転移、もしくは重複癌としての膵原発腺扁平上皮癌と考えたが、確定診断は得られなかった。しかし、いずれにしても年齢を考慮すると膵癌、食道癌の合併切除は困難と判断、脾切除先行も合併症リスクが高く、化学放射線療法も、腎機能が悪いこと、消化管への負担が大きくなることから困難と考え、放射線単独療法(食道2Gy×30回=60Gy、膵1.8Gy×28回=50.4Gy)を施行した。治療後、効果判定目的のEGDで隆起性病変は不明瞭化、CTで食道壁肥厚は不明瞭化した。膵腫瘍は軽度増大、肝腫瘍が複数出現、肝腫瘍生検で扁平上皮癌を得られ肝転移と診断、現在、TS-1による化学療法を行っている。膵腫瘍のEUS-FNAで扁平上皮癌を得られたことは稀であり、治療法も確立していない。本症例は、食道癌を併存しており、転移性膵腫瘍も否定できず、診断、治療方針決定に苦慮したため、報告する。

O-8-7

意識障害で発症し救命しえた肺炎球菌性髄膜炎の高齢男性の2例

高松赤十字病院 卒後臨床研修センター¹⁾、高松赤十字病院 神経内科²⁾、

高松赤十字病院 脳神経外科³⁾

○岡田 裕希¹⁾、荒木みどり²⁾、峯 秀樹²⁾、武澤 正浩³⁾、香川 昌弘³⁾

【はじめに】抗菌薬が発達した現在も細菌性髄膜炎は致死率が高く、救命できても重篤な後遺症を残すとされ、早期の治療介入が必要とされる。致死率が高い肺炎球菌性髄膜炎を発症し、救命しえた2症例を経験したので報告する。【症例1】73歳男性。X年1月に発熱、意識障害をきたし救急搬送。糖尿病で治療中であった。JCSI100。項部硬直は明らかでなかった。髄液検査などから細菌性髄膜炎とし、ステロイド、抗菌薬を投与開始した。血液培養と髄液培養ともに肺炎球菌が検出された。意識レベルは改善傾向にあったが、再び意識疎通困難になった。脳室の拡大が確認され、髄液ドレナージにより症状の改善を認め、二次性水頭症と診断しVPシャントを施行した。術後より意識レベルと脳室拡大の改善がみられ、リハビリが進み車椅子での座位保持および自力での食事摂取が可能になった。第135病日にリハビリ目的で転院した。【症例2】70歳男性。X年3月に意識障害、発熱を認め救急搬送。慢性副鼻腔炎の既往あり、糖尿病の治療中であった。JCSI10。項部硬直を認めた。髄液検査などから細菌性髄膜炎とし、ステロイド、抗菌薬を投与開始した。髄液塗抹でグラム陽性球菌を認めた。血液培養で肺炎球菌が検出された。脳室の拡大や意識障害の再発、認知機能の悪化は認めず、髄液検査の改善がみられ経過良好のため、第45病日に自宅退院した。【考察】2例とも早期にステロイド、抗菌薬の投与を行い、意識レベルが改善された。症例1において水頭症は認知機能を低下させ、リハビリテーションに支障をきたし、ADL回復に時間を要する一因となったと考えた。感染症治療のみならず二次性水頭症への対応がADL改善に重要だと考えた。

O-8-4

原発不明腹膜炎に結核性腹膜炎、粟粒結核を合併した一例

熊本赤十字病院 診療部

○井上 大輝、楠本 周平、谷口 愛奈、藤井 巳加、押川 英仁、加島 雅之

【症例】78歳、女性。【主訴】腹水増加、発熱。【現病歴】2018年11月より原発不明の腹膜炎に対してweekly TC療法を5クール施行。2019年4月に6クール目の施行目的に入院となった。【臨床経過】入院時から38℃台の発熱を認めており、熱源精査のために血液培養、尿培養を提出した。院内感染(転院後)であったため緑膿菌をカバーする目的でベラシリン/タゾバクタムを開始した。血液培養は陰性であったが、尿培養からはCorynebacteriumが検出され、尿路感染症として抗菌薬をバンコマイシンに変更し、3週間の治療期間を終了した。しかし、夜間の発熱は持続したため、腫瘍熱の判断でドキシル単剤療法を施行した。化学療法施行翌日に以前提出していた腹水から抗酸菌が検出され、追加での結核PCRは陽性であり、結核性腹膜炎の診断となった。抗結核薬を開始し、その後のCT肺野条件でモザイクパターン陰影を認め、粟粒結核の診断となった。抗結核薬での加療後は速やかに解熱、腹水も減少した。【考察】発熱および腹水増加は当初は尿路感染症および原発不明腹膜炎によるものと予想されたが、腹水の結果から結核性腹膜炎、粟粒結核によるものと判断した。(結語)原発不明の腹膜炎に結核性腹膜炎、粟粒結核を合併した一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

O-8-6

多彩な神経・内分泌症状を呈し、診断に難渋した視神経脊髄炎関連疾患の一例

高松赤十字病院 卒後臨床研修センター¹⁾、高松赤十字病院 神経内科²⁾

○千葉 雄太¹⁾、荒木みどり²⁾、峯 秀樹²⁾

<はじめに>視神経脊髄炎関連疾患(以下NMOSD)は、視神経炎や脊髄病変により様々な症状を来す。今回、意識障害を主訴に来院し、内分泌異常を来したNMOSD症例を経験したので報告する。<症例>30代女性、入院9日前より頭痛と高熱、嘔気、めまいを自覚、入院当日に意味不明の言動、失禁があり当院に救急搬送された。搬送時には徐脈、低体温、四肢や顔面の不随意運動を認めた。画像検査、腰椎穿刺等を行った結果、CTでびまん性の脳腫脹、髄圧上昇と髄液中の軽度の細胞増加と蛋白増加を認めた。痙攣重積を認めため人工呼吸管理下で鎮静し、無菌性髄膜炎として抗ウイルス薬、抗生剤、ステロイドパルス療法、γグロブリン投与を開始した。第2病日のMRIで両視床下部、脳幹の異常信号を認めNMOSDを疑った。髄液検査の結果、各種ウイルスは陰性であり、第9病日から血漿浄化療法を開始した。第22病日からγグロブリン大量療法を行ったところ、覚醒時には鎖きり口頭指示での離れ手ができるまでに意識は改善した。MRIでは頸髄病変は認めず、抗AQP4抗体陰性、抗MOG抗体陰性だった。第29病日のMRIで視交叉の病変を認め、脳と視神経の2つの主要臨床症候とMRI所見よりNMOSDと診断した。内分泌異常について、入院時より多尿と血清浸透圧上昇、高Na血症を認め、尿崩症と診断し合成バソプレシンの投与を開始したが、その後もNa値、血漿浸透圧が安定せず治療に難渋した。また、徐脈、低体温、低血糖を認めたが、その原因を下垂体機能不全によるホルモン分泌異常と考え各種ホルモンの補充を行った。<結語>NMOSDによる視床下部病変により、様々な神経・内分泌異常を呈し診断に難渋したが、神経・内分泌異常に対し各種治療を行い救命し得た症例を経験した。

O-8-8

低体温症による意識障害を呈したLewy小体型認知症の1例

高松赤十字病院 卒後臨床研修センター¹⁾、高松赤十字病院 神経内科²⁾

○川野桂太郎¹⁾、荒木みどり²⁾、峯 秀樹²⁾

【はじめに】幻視、パーキンソニズム、レム睡眠行動障害等はLewy小体型認知症に特徴的な所見とされているが、低体温症についての報告はなされていない。今回、我々は意識障害を伴う低体温症を来したLewy小体型認知症の1例を報告する。【症例】86歳男性。慢性心房細動と慢性心不全に対して近医外来通院中、20XX年2月から失神・幻視・認知障害の進行が見られた。Lewy小体型認知症が疑われ、ドネペジル内服治療で経過観察され、比較的病状は安定していた。同年4月5日に独歩が困難となり動けなくなったため、当院紹介された。四肢・体幹が非常に冷たく、直腸温は32.5℃だった。ECGは心拍数44/分程度の心房細動で、J波は認められなかった。低体温による意識混濁と診断し、加療目的に同日入院した。電気毛布および加温輸液による復温を開始し、数時間後には38℃以上の高熱となった。入院後、肺炎と腎機能悪化、心不全悪化が見られ、補液と利尿剤投与、抗菌薬投与を行った。脳ドパミントランスポートシンチグラフィで両側線条体へのRI集積低下、MIBG心筋シンチグラフィでは心臓への集積低下と洗い出し率亢進を認めた。パーキンソン症状と幻視、意識の変容などの症状もありLewy小体型認知症と診断した。座位での著しい低血圧も見られた。著しい低体温や高体温も見られなくなり、肺炎、腎機能障害、心不全も次第に回復した。入院39日目に退院された。【考察】低体温を伴うParkinson病の報告は散見される。Parkinson病もLewy小体病の一種型であり、Lewy小体型認知症でも自律神経障害から低体温症を来す可能性があると考えられる。