

O-8-15

女性のそけい管内に発生した血管線維腫の1切除例

成田赤十字病院 初期研修医¹⁾、成田赤十字病院 外科²⁾、
成田赤十字病院 病理部³⁾

○織田 弘起¹⁾、横山 航也²⁾、清水 善明²⁾、近藤 英介²⁾、
西谷 慶²⁾、伊藤 勝彦²⁾、清水 公雄²⁾、尾内 康英²⁾、
中田 泰幸²⁾、羽山 晶子²⁾、佐藤 駿介²⁾、古金 達也²⁾、
河上 牧夫³⁾、石井 隆之²⁾

【はじめに】血管線維腫は全身に発生しうる間葉系良性腫瘍であり、そけい部に発生した場合にそけいヘルニアとの鑑別が重要となる。また同部位での発生は男性に多く、女性では比較的稀とされる。今回、女性のそけい部に発生した血管線維腫を経験したので報告する。【症例】50歳代女性、3年前からの左そけい部の皮下腫瘍を主訴に来院。既往として、帝王切開、子宮筋腫摘出、左前腕部皮下腫瘍摘出(神経鞘腫)を認めた。触診では、左そけい部に可動性良好な弾性軟の皮下腫瘍を認め、そけいヘルニアは否定的であった。画像検査では、腫瘍は5.5cm大でそけい管内にあり、腹腔内との交通は認めなかった。平滑筋腫や神経鞘腫、神経線維腫などを疑いそけい部皮下腫瘍の診断で腰椎麻酔下に腫瘍摘出手術を行った。【手術所見】そけい管を開放すると、被膜に覆われた境界明瞭な腫瘍を認めた。周囲との癒着はなく可動性は良好であり、摘出は比較的容易であった。ヘルニア予防としてそけい管の後壁をメッシュで補強した。術後経過は良好で術後2日目に退院となった。【病理組織学検査】腫瘍の大きさは55×55×20mm、剖面は黄白色で内部にゼラチン様変性を認めた。組織像では、不均一な血管増生、間質での線維細胞の増加などを認めた。免疫染色では、CD34、CD31、SMAが陽性、CD56、S-100が陰性であった。鑑別すべき疾患としては侵襲性血管粘液腫(aggressive angiomyxoma)が重要であるが、組織学的特徴から血管線維腫と診断した。【結語】女性のそけい管内に発生した血管線維腫を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

O-8-17

ムカデ咬傷後にアナフィラキシーショックとなった2症例

唐津赤十字病院 救急科

○岩永 幸子¹⁾、藤田 亮¹⁾、中島 厚士¹⁾

【背景】ムカデは山林部や田園地帯を中心に生息する夜行性の節足動物で、しばしば室内にも侵入し、布団や靴・手袋の中に潜むため、ムカデ咬傷はきわめてありふれた疾患である。ムカデ咬傷によるアナフィラキシーショックを呈する重症症例を経験したので報告する。【症例1】過去ムカデ咬傷後にアナフィラキシーショック既往のある82歳、男性。某日昼間就寝中に右前腕を咬まれ、約10分程度で倦怠感・呼吸苦・嘔吐を認め、近医に往診を依頼された。受傷後から約15分後の診察時にはショック状態で、酸素化不良あり、既往歴からもアナフィラキシーショックと判断され、アドレナリン筋注と急速輸液、抗ヒスタミン薬の投与が行われた。バイタルは改善し、今後の加療を目的に当院へ紹介となった。受傷後約2時間で当院へ搬送となった際、全身の膨疹が著明で、再度酸素化不良・血圧低下を認めたことから、アドレナリン筋注を追加しステロイド投与を行った。入院で観察行い、経過に問題なく第2病日にエビペン処方し、自宅退院とした。【症例2】複数回ムカデ咬傷歴のある51歳、女性。某日深夜左前腕に疼痛を感じ起床したところ、ムカデのような牙痕を認めた。約5分で全身の膨疹・搔痒感が出現し、倦怠感が強かったため約2時間後に当院受診となった。初療時、ショック状態であり呼吸苦もありアナフィラキシーショックと判断しアドレナリン筋注、ステロイド・抗ヒスタミン薬投与、急速輸液を行い状態は安定した。入院で観察行い、経過に問題なく第2病日に退院となった。【考察】昆虫毒によるアナフィラキシーショックとしては蜂が最も多いが、ムカデ咬傷で来院した患者の約1%にアナフィラキシーショックが生じるとされている。蜂毒とムカデ毒の交差性の報告もあり、文献的考察を踏まえて報告する。

O-8-19

Viabahn stentgraftにより rescue し得た鎖骨下動脈誤穿刺の1例

足利赤十字病院 放射線診断科¹⁾、足利赤十字病院 看護科²⁾

○潮田 隆一¹⁾、御須 学¹⁾、津崎 盾哉¹⁾、齋藤 広美²⁾、
川島 忍²⁾、柏瀬 美香²⁾

鎖骨下静脈経由の中心静脈カテーテル挿入時、鎖骨下動脈誤穿刺時に死亡事故につながる重大な合併症のひとつである。鎖骨下動脈は用手圧迫が困難であり、誤穿刺が生じた場合には血管内バルーンカテーテルによる止血や、コイルなどによる母血管閉塞、外科的手術、covered stent留置などによる治療が選択される。今回、右鎖骨下動脈が誤穿刺されたが、dilator抜去前に異常に気付き、covered stent留置により出血なく治療できた症例を経験したので、手技の詳細につき若干の文献的考察を加えて報告する。

O-8-16

Imatinib少量投与により長期生存を得られた破裂した胃GISTの1例

静岡赤十字病院 外科¹⁾、東泉クリニック²⁾

○見原 遥佑¹⁾、安藤 崇史¹⁾、依田 恭尚¹⁾、梅田 翔太¹⁾、
垣迫 健介¹⁾、小林 純子¹⁾、林 応典¹⁾、熱田 幸司¹⁾、
宮部 理香²⁾、中山 隆盛¹⁾、磯部 潔¹⁾

【症例】70歳代、男性。発熱、上腹部腫瘍を主訴に受診した。上部消化管内視鏡にて胃体中部前壁より臍形成を伴う巨大粘膜下腫瘍を認めた。生検を行ったところC-kit(+), CD34(+), HPF 3/50の胃GISTと診断された。CT検査でGISTの破裂と腹腔内腫瘍を認めたため、緊急手術を行った。開腹所見で横隔膜、横行結腸間膜、降尾部浸潤を認めたため、摘出困難と判断し腫瘍ドレナージのみで手術を終了した。その後、Imatinib 400mg/日で1年間治療を継続し、腫瘍の縮小が得られたため胃部分切除と脾体尾部+脾臓+横隔膜合併切除を施行した。病理組織検査では腫瘍の遺残を認めなかった。本人が希望しなかったためImatinibによる術後補助療法は行わなかったが、術後19か月後に嘔吐を契機に再発を認めた。Imatinibの内服を再開したが、嘔吐を繰り返した。本人の希望で100mg/日に減量したところ、副作用は消失した。投与再開3か月後には腫瘍が縮小しその後も増大せず、現在でも同容量で内服継続されている。初発から82ヶ月と経過した現在も生存中である。【結語】今回われわれはImatinibの少量投与により、長期生存を得られた破裂した胃GISTの症例を経験した。今回の症例ではImatinib 400mg/日で縮小を得たのち切除したが、その後再発した。再発したGISTに対してはImatinib 400mg/日の内服が標準治療とされているが、特に高齢者では有害事象のため推奨量の投与継続が困難な場合があり、実際に100mg/日の少量投与により長期生存を得たという症例も報告されている。ただ、本症例のように破裂後というhigh riskな胃GISTに関してImatinib少量投与が効果的であったという報告は少ない。患者の状態を考慮した個別化医療を進めていくことが必要であると考えられる。

O-8-18

顔面熱傷後にToxic Shock Syndromeを発症した1例

長浜赤十字病院 研修医¹⁾、長浜赤十字病院 救急科²⁾

○大島 真衣¹⁾、中村 誠昌²⁾

【緒言】Toxic Shock Syndrome(TSS)は黄色ブドウ球菌等が産生する外毒素などによってT細胞が活性化され、高サイトカイン血症が引き起こされる症候群である。今回熱傷後に急激に進行したTSSを経験したので報告する。【症例】60代男性、廃棄物を焼却処分していた際に、炎が顔に直撃して受傷した。同日当院救急救命センターを受診し、軽度熱傷の診断で帰宅した。翌日に当院形成外科を受診し、アズノール軟膏塗布で経過観察の方針となった。その後問題なく経過していたが、受傷後第4病日から体調不良を訴え、第5病日に呼吸苦が出現したため、救急救命センターを再受診した。身体診察では全身に日焼け様の紅斑を認め、強い脱水状態だった。血液検査では肝不全・腎不全・DICの所見が得られた。細胞外液の大量輸液とビクシリン、クリンダマイシン投与が開始されたが、その後心拍が低下して心停止となり、一旦は蘇生したがその後死亡した。病理解剖の結果、明らかな臓器障害はなく、高度の脱水とDICの所見が得られた。【考察】TSSは高熱・下痢・皮膚紅斑などの症状を伴い、急激に多臓器不全に陥る致死的な病態を特徴とする。小児の熱傷患者でTSSの発症頻度は2.5~14%と多く見られるが成人例の頻度は明らかにされていない。熱傷範囲の広さに関わらず発症報告があり、本症例のように顔面のみに限局した熱傷でも、経過の中でTSSが現れる可能性は十分にありと考えられる。早期診断により回復可能な病態であるため、軽症であってもTSSを念頭に置いた観察を行い、症状から疑われた際には迅速に治療を進めることが重要である。

O-8-20

遅発性外傷性小腸穿孔の1例

京都第二赤十字病院 救急科

○峠 勇希¹⁾、飯塚 亮二¹⁾、石井 亘¹⁾、宮国道太郎¹⁾

症例は60歳男性。50ccバイク走行中にトラックと接触、転倒し受傷。前医を受診し両側鎖骨骨折、右第9肋骨骨折、左膝挫創、右微量血胸の診断で帰宅となった。帰宅後、間欠的な心窩部痛が持続し、受傷後2日目に頻回の嘔吐症状あり当院救急救命センターに救急搬送された。腹部は全体に圧痛を認め、筋性防御を認めた。血液検査で白血球数15500/ul、CRP 33.10mg/dlと炎症反応高値認め、腹部造影CT検査で大量の腹水貯留および汎発性腹膜炎の所見あり、外傷性の消化管損傷が疑われたため緊急手術の方針となった。腹腔鏡で腹腔内を観察したところ、汚染した黄色多量腹水認めため開腹に移行した。Treizt帯部から40cm肛門側の空腸に約3×4cmの半周性の穿孔を認め小腸穿孔と診断、穿孔部位を含めて小腸を切除し機能的端々吻合を行った。その他の消化管穿孔を探索し、損傷なきことを確認した。術後経過は良好であり、術後15日目に退院となった。経過より遅発性外傷性小腸穿孔と診断した。外傷性小腸穿孔は受傷時に発症することが一般的であるが、本症例のように遅発性に生じることもあり注意が必要と考える。文献的考察を含めて報告する。