

O-7-38

散弾銃外傷による弾の体内残留例における臨床経過と鉛血中濃度の推移

熊本赤十字病院 診療部

○北 拓海、井本光次郎、本田 一宏、宮本 和彦

【症例】57歳男性。狩猟中に猪と間違えられて左後方から猟銃で誤射され受傷、当院へ救急搬送された。頭部から背部にかけて広範囲に銃創があり、レントゲン、CTにて左側頭部や頸椎椎体前面、左椎骨動脈付近、左胸膜直下などに散弾を多数認めた。臓器損傷や神経血管損傷は認めず、緊急手術にて可及的に51発摘出した。深部への残留などにより摘出困難であった135発は経過観察とし、必要時に二期的に摘出を行う方針とした。【臨床経過】鉛製の弾の体内残留例であるため、鉛中毒を考慮し、血中濃度を測定した。血中鉛濃度は19病日に20.9 μ g/dLへ上昇し、基準値の20 μ g/dLを超えたが、鉛中毒症状は呈しておらずキレート剤は投与せず経過観察とした。以降、血中濃度はゆるやかに低下し60病日に18.1 μ g/dLへとピークアウトした。以降低値となり、2年のフォロー中に中毒症状は出現しなかった。また、数発は経過観察中に皮膚より自然排出された。受傷5ヶ月後に言語障害が出現したが、神経内科にて陳旧性脳梗塞と診断され、今回の銃弾残存との因果関係は認めなかった。【考察】散弾銃外傷では、銃創による臓器損傷と体内残存弾による鉛中毒に注意が必要である。本症例では、可及的に弾を摘出した後の鉛濃度上昇は一時的なものであり、基準最高値まで上昇したが、キレート剤を投与することなく自然に低下した。しかし、残留弾が多いほど鉛血中濃度は上昇しやすく、鉛中毒症状も出現する可能性があるため、慎重な経過観察が必要である。

O-7-40

当院における常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD)の現状

広島赤十字・原爆病院 腎臓内科

○横山 敬生、浅井真理子、曾爾浩太郎、尾上 桂子、野口 真路

【目的】ADPKDに対する治療としてトルバプタン(TVP)が推奨されており、当院における診療状況を調査した。【方法】2019年5月時点で当院通院中の非透析ADPKD患者39例を対象に、年齢、性別、腎機能、蛋白尿、総腎容積、合併症、TVP治療介入の有無、非介入の原因、介入例の腎機能低下速度について後ろ向きに解析した。【結果】年齢49.0(43.0-63.0)歳、男性41%、eGFR53.8(40.1-67.1)mL/分/1.73m²、尿蛋白0.20(0.12-0.27)g/gCr、総腎容積1130(785-1574)mL、高血圧合併74%、脳動脈瘤合併13%であった。TVP治療介入は14例(36%)あり、非介入の内訳は治療介入予定(6例)、副作用などを理由に治療希望なし(6例)、脳梗塞発症(1例)、認知症悪化(1例)、総腎容積750mL未満(8例)、eGFR15mL/分/1.73m²未満(2例)、肝障害による中止(1例)であった。TVP導入前後ともに1年以上観察できた8例においてeGFR低下速度を検討したところ、導入前-4.04(-4.53-2.94)mL/分/1.73m²/年から導入後-1.41(-2.12+0.63)mL/分/1.73m²/年と有意な低下速度の抑制を認めた(p<0.05)。【考察】今後もTVP導入例の増加が見込まれる。症例数は少ないながらTVPの有効性が示唆された。

O-7-42

自然寛解した微小変化型ネフローゼ症候群の1症例

さいたま赤十字病院 腎臓内科

○辻本 杏子、佐藤 順一、星野 太郎、雨宮 守正

【症例】45歳、女性。【主訴】両下肢浮腫。【現病歴】X年3/22に山登りをした。3/25の夜に左下腿ふくらはぎの痛みに気付き、3/27に足を引くようになった。3/28に両下肢浮腫が出現し3/29近医を受診した。ネフローゼ症候群が疑われ、同日当科紹介受診となった。初診時尿蛋白が15.71g/gCr、血清Albが1.8g/dLでネフローゼ症候群と診断した。4/4に腎生検を施行し、微小変化型ネフローゼ症候群(MCNS)と診断された。4/15外来受診時尿蛋白が0.19g/gCrまで自然寛解していた。その後もネフローゼ症候群が再発することなく、現在に至っている。【考察】ネフローゼ症候群のうち膜性腎症では1/3が自然寛解すると報告されているが、MCNSでの報告は少ない。今回我々はMCNS症例で自然寛解例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

O-7-39

Hb1.9 g/dLで救急搬送された関節リウマチ患者の一例

伊勢赤十字病院 腎臓内科

○中 良太、川村 公平、山脇 正裕、坂口 友浩、佐藤 貴志、中井 貴哉、小里 大基、大西 孝宏

【症例】57歳女性。【既往歴】関節リウマチ、うつ病、慢性心不全。【現病歴】20XX年5月発熱、意識障害、呼吸困難感で救急外来受診。GCS E3V3M5、眼瞼結膜に蒼白を認めた。直腸診は陰性であったが、血液検査でHb 1.9g/dLと重度の貧血を認めたため当科入院とした。【検査成績】RBC 510000/ μ L、WBC 3700/ μ L、Hb 1.9g/dL、MCV 117.6fL、PLT 45000/ μ L、PT-INR 1.78、APTT 秒 37秒、Retic 数 6500/ μ L、尿酸 2.0mg/mL【入院後経過】前医で関節リウマチに対しMTX 8mgを内服していたが、尿酸製剤を内服していなかった。網赤血球数の減少、血小板減少、白血球数減少、尿酸が低値であったためMTXによる骨髄抑制の可能性が高いと考えられた。ロイコボリン(6mg \times 4回/日)、尿酸、ビタミンの投与を開始したところ、第6病日には意識レベルもGCS E4V5M6、Hb 6.4g/dLまで回復し、輸血を中止。第10病日にはロイコボリンを中止した。第20病日にはHb 9.9g/dLにまで回復し施設退院とした。【考察】MTXによる骨髄抑制から重症貧血に至った症例を経験した。関節リウマチ治療の第1選択薬として広く用いられるMTXがこうした危険な事態を引き起す可能性がある。貴重な症例として報告させていただきたい。

O-7-41

短期間で透析導入リスク群における超高リスク群に至ったIgA腎症

秋田赤十字病院 研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 腎臓内科²⁾

○山崎 晃汰¹⁾、佐藤 隆太²⁾、朝倉 受康²⁾、畠山 卓²⁾

【症例】51歳女性。【既往歴】若年時からの扁桃腺炎、更年期障害。【現病歴】2015年の健診にて血圧128/71mmHg、尿蛋白陰性、尿潜血陰性であった。その後の健診歴や受診歴はなく、2018年2月の健診で血圧167/94mmHg、尿蛋白陽性、尿潜血陽性となり、近医を受診され、Cre 1.15mg/dlにて腎機能障害を認めためたため当院腎臓内科に受診し、2019年3月に精査加療目的に入院となった。【入院時検査所見】血圧176/94mmHg、Cre 1.12mg/dl、IgA 86mg/dl、尿蛋白定量2.97g/日、尿中赤血球30-49/HPF、抗核抗体陰性、ANCA陰性、腹部超音波検査にて腎萎縮や腎動脈狭窄なかった。【経過】入院後に腎生検を施行した。腎臓病理にて診断はIgA腎症で、Oxford分類2016ではMIEIS1T1C2、JHC2013ではH-Grade III(Acute lesion/Chronic lesion)、臨床的予後分類ではC-Grade IIIであり、透析導入リスク群において超高リスク群に分類された。同年4月下旬に扁桃腺摘出術を施行し、4月末よりステロイドパルス療法としてm-Prednisolone(m-PSL)500mg/日を週3回で3クール施行し、PSL 30mg/日の内服投与を開始した。高血圧に対してAzilsartan 40mg/日とNifedipine 80mg/日の内服投与を行なった。5月下旬の時点では血圧144/85mmHg、Cre 0.94mg/dl、尿蛋白定量1.73g/日、尿中赤血球5.9/HPFにて治療が著効している状態ではなかった。【考察】本症例は数年間前に発症して比較的短期間で超高リスク群に至り、診断時も活動性病変を認めていたため、積極的治療の導入を要した。短期間で進行期に至った原因や進行期症例の将来的な治療方針の展望について文献的考察を踏まえて報告する。

O-7-43

内視鏡下(前胸部アプローチ)甲状腺全摘術の導入

岐阜赤十字病院 外科

○林 昌俊、川村 紘三、渡邊 卓、丹羽真佐夫、関野誠史郎

当院では良性甲状腺結節に対し内視鏡補助下甲状腺片葉切除を行ってきたが、2018年より乳房アプローチによる完全鏡視下甲状腺片葉切除術を導入した。その後、甲状腺機能亢進症、及び全摘を必要とする良性腫瘍に適応を拡大した。症例)2018年1月より2019年4月までの甲状腺切除術は220例(甲状腺全摘術110例)であった。うち5例(甲状腺機能亢進症46例中4例、良性甲状腺腫瘍23例中1例)に完全鏡視下甲状腺全摘術を施行した。全例女性、年齢40.8 \pm 6.35(18-55)才、術前推定重量42.0 \pm 8.15(20-70)gであった。手術)全身麻酔下に、砕石位、軽度頸部を後屈させた体位とした。前胸部に2cmの切開創から12mmカメラポートを挿入、右乳輪に5mm、左乳輪に12mmポートを挿入し3ポートとした。術野作成は8mmHgで、頭部操作時は5mmHgで迷気した。前頸筋を離断し甲状腺を露出、右上甲状腺動脈をクリッピングし切離、反回神経を確認し副甲状腺を温存するように甲状腺右葉を遊離し摘出した。同様に左葉も反回神経、副甲状腺の温存を意識し摘出した。結果)手術時間 310 \pm 23.3(360-235)分 出血量14.6 \pm 2.48(8-20)ml、切除重量は57.8 \pm 8.70(33-82)gであった。術後出血を1例認め頸部切開を追加止血した。術後IPThは術後出血をきたした症例で4.5pg/ml以下であったが他の4例は14 pg/ml以上であった。反回神経麻痺は認めず、全例パスに従い術後第5病日に退院した。【結語】完全内視鏡下(前胸部アプローチ)甲状腺全摘術は低侵襲とはいえず、手術時間が長くなるものの、出血量は少なく、整容性に優れた術式と考えられた。