

Y5-21

敗血症性ショックを併発した重症フルニエ壊死の1例

さいたま赤十字病院 救命救急センター・救急医学科

○早川^{ほやかわ} 桂、清水^{かつら} 敬樹、高橋 希、野間未知多、佐藤 啓太、早瀬 直樹、矢野 博子、勅使河原勝伸、田口 茂正、五木田昌士、清田 和也

【症例】59歳男性。既往なし。路上で倒れていたところを救急要請され当センターに搬送となった。意識レベル1/JCS、血圧96/76mmHg、心拍数172、呼吸数20/分、SpO₂ 98%(O₂ 2L/min)、体温37.8℃。診察上は陰囊を中心として広範に発赤、腫脹、皮膚の黒色壊死を認めた。フルニエ壊死の診断で、抗菌薬を開始し、陰囊・肛門周囲の切開排膿術を施行した。創部培養ではE.coli、Streptococcus spp、各種嫌気性菌が陽性。血液培養ではBacteroides thetaiotaomicronが2set陽性となった。入院翌日より敗血症性ショックになり、集学的治療を行いつつ、連日ジェット洗浄を施行。その後、循環動態安定しないため、第5病日に広範囲に創部デブリードマンを追加し、状態は改善。第25病日に皮膚欠損部の縫合術・植皮術を施行。術後は陰圧閉鎖療法を併用。経過良好であり、第102病日に退院した。

【考察】本症例では切開排膿および洗浄のみでは改善に乏しく、広範囲のデブリードマンを積極的に施行したのちに循環動態の安定化を得た。切開排膿やドレナージのみを繰り返し、デブリードマンを遅らせたために重症化したとの報告も過去に散見される。治療法として徹底した早期デブリードマンは推奨されているものの、早すぎると不要に大きな皮膚欠損を生む結果となり、そのタイミングに関しては議論のあるところと思われる。フルニエ壊死の死亡率は9.5~45%と報告により差があり、最近はFournier's gangrene severity index(FGSI)が予後予測因子として有用との報告がある。本症例はFGSIが11点の重症フルニエ壊死症例であり、経過中に敗血症性ショックを併発した。しかし広範囲にデブリードマンを施行し、集学的治療を継続することで救命し、良好な経過が得られた。

Y5-22

コントロール不良な緩徐進行1型糖尿病(SPIDDM)に関節リウマチが併発した一例

釧路赤十字病院 内科

○柏倉^{かしわくら} さゆり、川崎 達也、菅原 基、高橋 清彦、古川 真、堀 裕治

長年2型糖尿病として加療されていたが、2007年に関節リウマチを併発し、強化インスリン療法によってもHbA_{1c}7.7%(JDS値)コントロール不良かつ低血糖発作を頻回に繰り返すとして紹介された症例に対し、精査を行った結果、SPIDDMであることが判明した。インスリン自己分泌能の廃絶により、インスリンのみでの血糖コントロールは困難であると考えられたため、ジダグリブチン50mg/日の追加投与を行ったところ、食後血糖の低下が認められ、かつ低血糖発作を起こすことはなくなった。関節リウマチは、当科入院前はブシラミンにて治療されていたが、疼痛は持続していた。入院後、血糖コントロールが安定したため、ゴリムブを導入し、疼痛は軽減した。糖尿病と自己免疫性疾患を併発した症例では、積極的に抗GAD抗体などを測定し、SPIDDMの鑑別を行うことが必要である。インスリン分泌能はほぼ廃絶しているSPIDDMの症例に対しては、インスリン作用系以外の血糖上昇抑制系をもつDPP-4阻害薬は有効であると考えられた。また、現在のところ関節リウマチとSPIDDMの発症についての関連性は明らかではないが、本稿ではその関連性についても考察する。

Y5-23

リンパ球性下垂体炎が原因と考えられる経過観察の中枢性尿崩症の1例

秋田赤十字病院 代謝内科

○高橋^{たかはし} 枝み、松田亜希奈、工藤 宏仁、後藤 尚

症例：38歳女性。1ヶ月前からの口渇、多飲、多尿を主訴に近医受診。75g経口ブドウ糖負荷試験を施行されたものの、正常型の判定で糖尿病は否定され、精査のため当科紹介。初診時の検査では血漿浸透圧291 mOsm/kg、尿浸透圧102 mOsm/kg、更に血清Na 145 mEq/Lに対してADH 0.8 pg/mlと相対的低値を認め、中枢性尿崩症を疑い精査加療のため入院となった。入院時の血液検査では、血算、電解質異常なし、下垂体前葉ホルモンは基礎値及び負荷試験にても特に異常なく、抗核抗体>1280倍と上昇を認めた。また、全身CTで異常所見は認めなかった。高張食塩水負荷試験では、血漿浸透圧が増加するにもかかわらずADHの分泌増加は認めなかった。デスマプレッシン負荷試験では、デスマプレッシン投与1時間後の尿浸透圧447 mOsm/kg、血漿浸透圧294 mOsm/kgと反応が認められ、中枢性尿崩症の診断となった。入院後、尿崩症の治療としてデスマプレッシンの点鼻投与を行い、尿量の減少、尿浸透圧の上昇、口渇の改善を認めた。また、MRIでは、下垂体柄下部の腫大、造影MRIにて下垂体の腫大した部分の濃染が見られ、尿崩症の原因として、リンパ球性下垂体炎の可能性が最も考えられた。下垂体生検は患者が希望せず、治療的診断としてステロイドパルス療法に続きプレドニゾロン内服を行った。ステロイド投与終了時のMRIでは下垂体病変に変化はなかったが、その2ヶ月後のMRIでは病変のわずかな縮小を認めた。考察：稀な疾患であるリンパ球性下垂体炎が原因と考えられる続発性下垂体性尿崩症を経験した。標準的治療は確立していないが、文献的に多く行われているステロイド治療に対する反応は乏しかった。腫瘍性病変の可能性の否定はできないが、对症療法を行いつつ臨床症状およびMRIでの下垂体病変の経過観察を注意深く行っていく方針である。

Y5-24

急性腎不全で診断がついたIgG4関連疾患の1例

さいたま赤十字病院 腎臓内科

○藤内^{とうない} まゆ子、佐藤 順一、上川 哲平、生井 一之、半田 祐一、雨宮 守正

【症例】54歳 男性

【主訴】全身浮腫

【現病歴】入院1年前より飲酒後に増悪する腹部膨満感、下腹部痛を自覚するようになった。入院5ヶ月前健診にて脂質異常症を指摘され、入院4ヶ月前に当院総合内科を受診した。下腹部痛精査のため腹部超音波検査、上下部内視鏡検査施行するも異常所見は認められなかった。入院3ヶ月前から歩行時および冷えによる腰痛が出現するようになった。入院12日前より脂質異常症に対してプラバスタチン10mg/日を開始した。入院9日前より全身がむくむようになり症状改善しないため入院当日同科受診。UN63mg/dl、Cr10.1mg/dlと腎機能障害を認めたため、当科紹介となり精査加療目的に入院となった。

【臨床経過】腹部超音波検査で両側水腎症を呈しており腎後性腎不全が考えられた。腹部CTを施行したところ腹部大動脈周囲にリンパ節腫大および腫大したリンパ節による尿管圧迫所見を認め、泌尿器科にて両側尿管にJステントカテーテルが挿入された。その後利尿期を経て腎機能は回復した。IgG4が603mg/dlと高値を示しており、リンパ節腫大はIgG4関連疾患による後腹膜線維症が疑われた。他院にて腹腔鏡下リンパ節生検を施行し、IgG4関連疾患と診断された。プレドニゾロン30mg/日の内服を開始し、IgG4は低下し、大動脈周囲のリンパ節は退縮傾向にある。

【まとめ】IgG4関連疾患は本邦で発見された比較的新しい疾患である。今回急性腎不全の発症で後腹膜線維症が発見され、リンパ節生検にてIgG4関連疾患と診断された。ERCP上も膵尾部膵管の狭窄所見が見られており、非常に稀な症例と思われるので報告する。