O-10-35

水腟症による尿路感染を繰り返し早期手術を要した CAH の一例

秋田赤十字病院　泌尿器科[1)]、同　小児科[2)]
○石田（いしだ）　雅宣（まさのり）[1)]、小原　崇[1)]、武藤　弓奈[1)]、堀川　洋平[1)]、土田　聡子[2)]、田村　真通[2)]、下田　直威[1)]

【緒言】水腟症は共通尿生殖洞や総排泄腔遺残などの性分化異常にしばしば合併し、反復性の膣感染や尿路感染の温床と成り得る病態である。先天性副腎皮質過形成（CAH）に伴う性分化異常も稀に水腟症を合併する。今回我々は、水腟症を背景とする尿路感染を出生直後より反復したことから、早期に腟形成術が必要となった CAH の症例を経験したので報告する。
【症例】40週2日に2904 g で出生。一旦、男児と告げられたが、外性器異常のため、日齢6に秋田大学小児科に紹介となり、CAH（21-OHD）の女児と診断された。その際、Prader 分類3度の外性器男性化を認めた。生後2週時の発熱精査で、水腟症の合併が判明し、その後、生後3ヶ月までに水腟症が原因と考えられる尿路感染を4回反復したため、水腟症に対する外科手術目的に、当科に紹介となった。生後4ヶ月時に膀胱尿道鏡検査および腟形成術を施行した。共通尿生殖洞の合流部は外尿道括約筋よりも遠位であり、皮弁を用いた腟形成術を施行した。術後の超音波検査で水腟症は改善し、感染なく良好に経過している。
【考察】外性器に対する形成手術は、本人の記憶として残りにくい1歳半ころまでに施行するとされる。また、ステロイド補充治療が必要な CAH 症例の場合は、治療により陰核が縮小し、大きさが安定した6ヵ月以降に計画するとされる。本症例では、水腟症による尿路感染を繰り返したため、当初の予定よりも早期に腟形成術が必要であった。今後、ステロイド補充療法の効果をみて、陰核形成術の必要性を検討していく。また、正常な初潮を迎えられるか、性交渉ができるか、など長期間の経過観察が必要であると考えられる。

O-10-36

特異な発育形態を示した子宮平滑筋肉腫の2例

熊本赤十字病院　産婦人科
○野島（のじま）　理恵（りえ）、荒金　太、三好　潤也、黒田　くみ子、吉松　かなえ、中村　佐知子、福松　之敦

子宮平滑筋肉腫は、発生頻度が少なく術前の診断が困難で予後不良な疾患である。今回われわれは、特異な発育形態を示した子宮平滑筋肉腫の2例を経験したので報告する。症例1：48歳未経妊婦人。4年前から子宮筋腫のため前医で経過観察を受けていた。過多月経が増悪し当院紹介受診したが、精査・加療を拒否された。8ヶ月後に下腹部痛のため当院へ救急搬送された。画像診断で、子宮腟内に腫瘤を認め、一部は腟内にあり筋腫分娩様であった。緊急手術にて子宮両側付属器を摘出した。開腹時、子宮は新生児頭大で、混濁した悪臭を伴う腹水を認めた。摘出標本は計2840g、子宮筋層が肥厚し、底部右側から発生した悪臭を伴う筋腫様腫瘤を認めた。病理診断は平滑筋肉腫であり、最終診断は子宮肉腫 Ib 期、pT1bNXM0とした。本人が化学療法を希望せず、経過観察中である。症例2：56歳未経妊婦人。51歳で閉経。不正性器出血を主訴に来院。MRI で子宮内腔に腫瘤性病変を認めた。子宮頸部・内膜細胞診は異常なしであった。半年後の受診時、腫瘤は増大し一部は腟内脱出した状態であった。肉腫が疑われ手術となった。単純子宮全摘術＋両側付属器切除術を行った。手術時、腫瘍は一部腟から脱出していた。開腹時、子宮は成人頭大、癒着・被膜破綻なし。淡黄色腹水を認めた。摘出標本は約2kg、腫瘍は子宮体部前壁より発生し子宮外まで発育していた。腹水細胞診は Class Ⅴ。病理診断は平滑筋肉腫であり、子宮肉腫 Ib 期 pT1b NX M0とした。その後は化学療法拒否され経過観察となったが、術後2ヶ月で骨盤内再発、多発転移を認めた。治療に関して2nd opinionn を求め他院へ転院となった。非典型的な発育を示した平滑筋肉腫を2例経験したので、文献的考察を加えて報告する。

O-10-37

両側耳介腫脹を主訴に診断された丹毒の一例

石巻赤十字病院
○橋本（はしもと）　寛史（ひろふみ）、長澤　将、榎本　純也、宮崎　真紀子、三井　英俊

【症例】62歳男性
【主訴】発熱、両側耳介腫脹
【既往歴】脳挫傷（平成20年）
【現病歴】来院5日前から風邪症状有り、近医受診し解熱剤処方、経過観察されていた。来院2日前から両側の耳介の発赤、腫脹出現、顔面と頭部全体に疼痛、39℃台の発熱が出現した。症状の増悪があるため当院救急外来を受診した。
【臨床経過】来院時、両側の耳介腫脹、強い圧痛、一部に痂皮を伴う所見を認めた。バイタルは意識清明、BP 98/62mmHg、HR84bpm、BT37.2℃。血液検査では WBC 12600/μL、CRP 23.6mg/dL、ASO 1237IU/mL、IgG 1361mg/dL、IgM 62mg/dL であった。頭部 CT 検査では副鼻腔炎や軟部組織感染等、有意な所見を認めなかった。丹毒を疑い、溶連菌感染を想定して PCG500万単位 / 日の静脈投与を開始した。側頭動脈炎、パルボウイルス B19 の成人感染、耳介軟骨炎、耳介の両側の症状であったため再発性多発性軟骨炎等も鑑別に考慮した。治療開始後、両側の耳介や顔面の発赤、疼痛は速やかに消退し、痂皮化が進んだ。入院時の血液培養は陰性であった。第6病日に PCG の静脈投与から ABPC 内服薬に変更し、第7病日に退院した。
【考察】丹毒は A 群β連鎖球菌の感染が原因で起こる表在性の蜂窩織炎であり、顔面や上下肢の発赤、発熱、悪寒で出現することが多い。今までに両側の耳介に同時に発症した報告はなく、今回、両側の耳介の発赤、腫脹を主訴に診断された珍しい丹毒の症例を経験したため報告する。

O-10-38

トシリズマブ使用中に多発する化膿性関節炎と膿瘍を発症した1例

石巻赤十字病院　内科
○大泉（おおいずみ）　智哉（ともや）、榎本　純也、長澤　将

【症例】54歳男性
【既往歴】7年前より関節リウマチ
【現病歴】X-1年12月30日頃より右手、右股関節、左足背に痛みが出現した。31日より歩行困難となり、救急搬送された。多発関節痛と発熱を認め、関節リウマチの急性増悪としてプレドニゾロンを7.5mg/ 日から15mg/ 日に増量し、血液培養2セットを採取して帰宅となった。帰宅後も症状は軽快せず、X年1月1日より左肩関節にも痛みが出現し、夕方より手背が腫脹して痛みを伴うようになった。1月2日に血液培養が陽性となり、同日入院となった。
【経過】入院後、トシリズマブの皮下注162mg は中止し、セファゾリン4g/ 日とクリンダマイシン 1.2g/ 日による治療を開始した。入院5日目に右腸骨筋膿瘍にドレーンを留置した。ドレナージした排液と血液培養からいずれもメチシリン感受性黄色ブドウ球菌（MSSA）が検出された。入院19日目の造影 CT で新たに胸骨左縁と左小胸筋に膿瘍を認め、どちらも可及的にドレナージ、洗浄を行い軽快した。採取された排液からもやはり MSSA が培養された。血液培養は入院中に2回採取したが、どちらも陰性であった。入院34日目に四肢の関節のレントゲン撮影を施行し、左肩関節、右股関節、左足関節全てに関節裂隙の狭小化を認めたが、リハビリテーションにより可動域は改善した。入院から約60日後、抗菌薬を終了し退院した。
【考察】日本発の抗体製剤であるトシリズマブは、炎症サイトカインである IL-6の受容体を阻害することで関節リウマチの種々の症状に大変有効である。しかし、その他の生物製剤と比較して感染症のリスクが高いことに加え、発熱や CRP 上昇などをマスクしてしまうことで、感染症の初期症状や増悪が見過ごされる可能性があるので注意が必要である。

O-10-39

真性多血症患者の大腿骨頸部骨折に対して、全身麻酔を施行した一症例

岐阜赤十字病院　麻酔科
○小松（こまつ）　加奈子（かなこ）、山田　忠則

【症例】69歳女性。左大腿骨頸部骨折で当院に救急搬送され入院となった。既往に真性多血症があり血液内科で follow されていた。入院時、Hb20.8g/dl、Hct60.9%、Plt96.4 万 / μl であった。2 日おきに瀉血を 4 回施行し、Hct47.1%、Hb15.6g/dl、Plt96.3万 / μl となり、全身麻酔下に人工骨頭挿入術を施行した。麻酔導入後に計 600ml の瀉血を施行し、Hct39.5%、Hb13.0g/dl、Plt90.6万 / μl とした。さらに血栓予防のため、術中ヘパリンを5000単位投与した。手術は予定通り終了し、麻酔からの覚醒をはかった。意識、自発呼吸の回復を確認したのち抜管、ICU へ入室した。手術時間は 1:13、麻酔時間は 3:33、術中出血量は 360ml であった。手術直後は Hct41.0%、Hb13.6g/dl、Plt107.5万 / μl であった。手術後の状態は安定しており、術後1日目にドレーンを抜去し、病棟へ帰室した。静脈血栓症予防目的に術後1日目にヘパリン10000単位を皮下注射、術後2日目にフォンダパリヌクス2.5mg を皮下注射した。その後、左大腿部の腫脹が顕著となった。術後3日目には Hb5.7g/dl と著明に低下したため、抗凝固療法を中止し、輸血を開始した。一旦症状は軽快したが、術後7日目に局所の腫脹が増悪した。造影 CT で左大腿回旋動脈の仮性動脈瘤の損傷による出血と診断した。IVR 下に塞栓術を施行し、止血した。その後は経過良好であり、退院となった。
【考察】真性多血症は慢性骨髄増殖性疾患の1つで、汎血球増加症を きたす。血栓症、出血傾向のいずれも合併しており、特に血栓症が主な死因となっている。手術に際しては、術前コントロールが重要といわれている。本症例では、血栓傾向への対策として術前より瀉血を施行し、術中、術後に抗凝固薬を使用した。しかし、出血傾向を軽視した事は否定できず、抗凝固薬を使用する前に線溶系の検査もするべきであった。術後の大量出血を招き、大いに反省させられる症例であった。

O-10-40

出血性ショックを来した気管支動脈瘤破裂の一例

熊本赤十字病院[1)]、同　救急部[2)]
○松本（まつもと）　咲耶（さくや）[1)]、大塚　尚実[2)]、奥本　克己[2)]、井　清司[2)]

【症例】77歳女性
【主訴】前胸部痛、呼吸苦
【既往歴】肺塞栓症（72歳）
【現病歴】来院当日夜間に突然の前胸部痛、呼吸苦を発症し当院搬送された。
【現症】154cm,94kg,GCS E4V5M6,HR88,BP179/130,RR40BT37.3℃ , 身体所見は右下肺野で呼吸音低下を認めた。
【経過】来院後の造影 CT にて大量血胸を認めた。来院3時間後にショックバイタルを呈し、フォローの CT で血胸の増大を認めた。血胸の原因として CT 上、気管支動脈瘤破裂の可能性が考えられたため、緊急 TAE 施行し、気管支動脈瘤からの出血を確認し止血した。その後集中治療室入室するも入院8日目より胸水の増加を認め、入院11日目に酸素化低下後心肺停止に陥り CPR に反応せず死亡した。
【考察】血胸で発症した気管支動脈瘤破裂の症例報告数は少ない。破裂した場合、突然の胸背部痛と循環不全といった大動脈解離様の症状を来す。気管支動脈瘤破裂は血胸の原因としては稀ではあるが、外傷の既往や大動脈解離を認めない血胸の症例に対しては念頭に置くべき疾患と考えられる。