

第 371 回東京女子医科大学学会例会

(第 1 部)

配信期間 2025 年 2 月 22 日 (土) 9:00~3 月 1 日 (土) 9:00

配信 URL <https://www.youtube.com/playlist?list=PLyqOUscPQPHIbaU17ZY53gYDUa5DCo8E8>

令和 5 年度研究奨励賞受賞者研究発表

令和 4 年度山川寿子研究奨励賞 (第 35 回)

Duchenne 型筋ジストロフィーモデル動物に対する新生仔細胞移植の検討

(小児科学分野 助教) 木原祐希

山川寿子研究奨励賞 (第 36 回)

原発性トリプルネガティブ乳癌における治療開始前 MRI 画像を用いた腫瘍周囲リンパ球浸潤予測

(乳腺外科学分野 助教) 塚田弘子

佐竹高子研究奨励賞 (第 32 回)

HDL のコレステロール引き抜き能を標的とした糖尿病性腎症の新規治療法の確立に向むけて

(糖尿病・代謝内科学分野 講師) 花井 豪

中山恒明研究奨励賞 (第 10 回)

アルバカ由来重鎖抗体 (VHH 型抗体) により同定された

原発性トリプルネガティブ乳癌バイオマーカーの病理学的有効性実証研究

(乳腺外科学分野 助教) 塚田弘子

(第 2 部)

日時 2025 年 2 月 22 日 (土) 13:15~17:30

現地 彌生記念教育棟 3 階 304 講義室

WEB <https://us06web.zoom.us/j/82167523567?pwd=rGVAYCZJ5LMiIeZyu3aSNOqPKBHH2f.1>

開会の辞

司会 (幹事) 清水優子

挨拶

(会長) 山中 寿

令和 6 年度研究奨励賞授与式 13:20~13:30

山川寿子研究奨励賞 (第 37 回)

選考中

佐竹高子研究奨励賞 (第 33 回)

運動機能が骨粗鬆症治療効果に与える影響

(整形外科学分野 講師) 富永絢子

中山恒明研究奨励賞 (第 11 回)

副甲状腺異型腺腫の病理学的検討

(内分泌外科学分野 講師) 尾身葉子

補助人工心臓治療における免疫老化の解明

(心臓血管外科学分野 講師) 市原有起

第 19 回研修医症例報告会 13:30~17:30

口演 5 分、質疑応答 3 分 / ○発表者、◎指導医

開始の挨拶

(本院 卒後臨床研修センター長) 本田五郎

Block 1 内科系症例 1 13:35~14:15

座長 (本院 総合診療科 教授) 竹村洋典

1. ニボルマブによる免疫関連有害事象の胆管炎を発症した 1 例

(本院 ¹卒後臨床研修センター、²消化器内科、³泌尿器科、⁴病理診断科)

○嘉陽田朝仁¹・

山本果奈²・伊藤亜由美²・米沢真利亜²・小針悠希³・高山敬子²・小木曾智美²・

谷合麻紀子²・菊山正隆²・中村真一²・長嶋洋治⁴・高木敏男³・中井陽介²

2. 突然の胸痛、発熱を機に急性呼吸不全となり集中治療を要した1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科) ○岡田楓華¹・
 ◎遠井素乃²・西村芳子²・安達有多子²
3. 広範な全周性食道内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後にステロイド経口+局注併用療法を行い、
 術後21日目に遅発性穿孔を来した1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 消化器内科,³ 呼吸器外科,⁴ 消化器外科)
 ○杉山 匠¹・
 ◎村上大輔²・杉山晴俊²・西野隆義²・黄 英哲³・太田正穂⁴・新井誠人²
4. CTガイド下胸腔穿刺で診断した結核性胸膜炎の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科) ○青山可奈¹・
 ◎後藤俊哉²・細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・大野秀樹²・小川哲也²
5. 新型コロナウイルス感染後に脊髄硬膜内血腫・癒着性くも膜炎による痙性対麻痺を発症した1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科,³ 整形外科) 松本早代¹・
 安達有多子²・◎西村芳子²・遠井素乃²・小川哲也²・山本直也³

Block 2 内科系症例2 14:15~15:05 座長(足立医療センター心臓血管診療部 教授) 嵐 弘之

6. 発熱を繰り返す常染色体優性多発性嚢胞腎の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 腎臓内科) ○升田寛子¹・◎小池美菜子²
7. 傍腫瘍性辺縁系脳炎を合併した抗SOX1抗体陽性小細胞肺癌の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター, 本院² 呼吸器内科学分野,³ 脳神経内科学分野,
⁴ 病理診断学分野) ○菱沼俊哉¹・
 ◎有村 健²・神尾敬子²・赤羽朋博²・藤堂謙一³・山本智子⁴・多賀谷悦子²
8. 典型的な画像所見を有し心室頻拍に対してアミオダロンが有効な高齢の不整脈源性右室心筋症の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 心臓血管診療部) ○東 幸太¹・
 ◎中田悠貴²・森岡佑太²・嵐 弘之²
9. 関節リウマチ(RA)・混合性結合組織病(MCTD)の治療中視神経脊髄炎(NMO)を合併し
 IL6阻害薬(サトラリズマブ)が著効し妊娠・出産に至った症例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科) ○小橋正俊¹・
 ◎高木香恵²・◎小川哲也²
10. 十二指腸潰瘍と十二指腸狭窄を伴ったGroove膵炎の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科) ○佐藤亮太¹・
 ◎後藤俊哉²・細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・大野秀樹²・小川哲也²
11. 慢性の四肢の筋力低下、嚥下障害を呈した皮膚筋炎の78歳女性
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科,³ 皮膚科) ○熊谷安佳里¹・
 ◎遠井素乃²・安達有多子²・西村芳子²・石崎純子³・小川哲也²

<休憩 10分>

Block 3 小児科系症例ほか 15:15~16:15 座長(八千代医療センター小児科 講師) 武藤順子

12. 慢性疾患を有する青少年患者のSNS依存と市販薬過量内服2症例の検討
 (本院¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科,³ 神経精神科) ○岡本幸佳¹・
 勝浦美沙子²・山本陽子²・押渕英弘³・七字美延²・◎岸 崇之²・永田 智²
13. A群溶血性レンサ球菌による化膿性中殿筋炎の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科) ○札本彩夏¹・
 ◎武藤順子²・高梨潤一²
14. 摂食障害と診断されていた食道アカラシアの1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科,³ 小児外科) ○石井千媛¹・
 ◎池野かおる²・末吉 亮³・老谷嘉樹²・松岡尚史²・世川 修³
15. 上気道症状を伴う下肢痛からパレコウイルス3型筋痛症の診断に至った女児例
 (本院¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科,³ 感染症科) ○濱田理凰¹・
 山本陽子²・勝浦美沙子²・◎岸 崇之²・永田 智²・菊池 賢³

16. 全前置胎盤と癒着胎盤疑いで多量出血が予想される症例に内腸骨動脈バルーンを挿入して帝王切開を行った1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 麻酔科) ○藤本えりか¹・◎橋本雄介²・向山瑤子²・小高光晴²・市川順子²・小森万希子²
17. ケトン性低血糖症からカルニチン欠乏と診断した1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科) ○古山 采¹・◎老谷嘉樹²・池野かおる²・鈴木 悠²・松岡尚史²
18. 常位胎盤早期剥離による緊急帝王切開の患者に対して濃厚フィブリノゲン製剤投与を行った1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 集中治療科) ○大栗雄治¹・◎小高光晴²

Block 4 外科系症例 16:15~17:20

座長 (本院 小児外科 講師) 末吉 亮

19. 帝王切開後の術後癰疽に遅発性に発生した創部子宮内膜症の1例
 (本院¹ 卒後臨床研修センター,² 消化器・一般外科) ○大久保百合花¹・◎大目祐介²
20. 腹腔鏡下に診断した interparietal hernia の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 消化器外科) ○平林瑳晃¹・◎石多猛志²・片桐 聡²
21. 定位脳生検術で診断に至ったトキソプラズマ脳症の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター, 本院² 脳神経外科,³ 病理学講座(人体病理学・病態神経科学分野),⁴ 感染症科) ○藤原美佳¹・◎藍原康雄²・増井憲太³・菊池 賢⁴・川俣貴一²
22. 薬物治療を施行後の下大静脈塞栓摘除術の手術成績と予後
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 泌尿器科,³ 本院 泌尿器科) ○中井啓裕¹・◎西村紘一²・葛山七花²・中村和貴²・小林博人²・近藤恒徳²・高木敏男³
23. テフロン肉芽種による再発三叉神経痛の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 脳神経外科) ○本田美樹¹・◎横佐古卓²・久保田有一²
24. 乳腺 Ductal adenoma の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 乳腺診療部科,³ 病理診断科) ○長谷川遼¹・湯川寛子²・石橋祐子²・藤田佐希²・安斎裕美²・黒田 一³・◎平野 明²
25. Hybrid ER での緊急開胸手術で救命した外傷性心破裂の1例
 (足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² Acute Care Surgery センター) ○鶴 敏英¹・◎庄古知久²・横山 健²・中本礼良²
26. 胆嚢十二指腸瘻による胆石性腸閉塞の1例
 (八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 消化器外科) ○小田淳之¹・◎丹羽由紀子²・石多猛志²・片桐 聡²

総 評 (足立医療センター 卒後臨床研修センター長) 小川哲也
 ベストプレゼンテーション賞発表 (本院 卒後臨床研修センター長) 本田五郎

閉会の辞 司会 (幹事) 清水優子

〔令和4年度山川寿子研究奨励賞受賞者研究発表〕

Duchenne型筋ジストロフィーモデル動物に対する新生仔細胞移植の検討

(小児科学分野) 木原祐希

〔背景〕 Duchenne型筋ジストロフィー (DMD) に対する間葉系幹細胞 (MSC) 移植は、一定の効果が証明されており、臨床試験が進行中であるが、その最適な治療開始時期は検討されていない。本研究では、DMD ラットに対する新生仔 MSC 移植を通じて、最適な投与時期を検討することを目的とした。〔方法〕 DMD ラットに対して、早期投与群、早期連続投与群、後期投与群の3つのスケジュールで群分けし、MSC 移植を行った。治療効果は、筋力、組織学的変化、クレアチンキナーゼ (CK) 値、および炎症性サイトカインを基に評価した。〔結果〕 早期連続投与群では、筋持久力の改善や線維化および筋壊死の抑制が顕著であり、細胞老化分泌因子 (SASP) および炎症性サイトカインのレベルも低下した。一方、早期のみ投与群では、治療中断後にこれらのマーカーが上昇し、転帰悪化の可能性が示唆された。後期投与群では CK 値の改善は見られたものの、筋持久力の改善は限定的であった。いずれの群においても、組織学的な解析において、移植細胞の生着は確認されなかった。〔考察〕 新生仔期からの継続的な幹細胞治療は、DMD 症状の効果的な改善に寄与することが示された。しかし、免疫が未熟な新生仔期においても、移植細胞が生着しないことも示唆され、効果の本体はエンドクライン効果であると考えられた。本研究は、今後の DMD に対する幹細胞治療の方向性を決定する重要な研究である。

〔令和5年度山川寿子研究奨励賞受賞者研究発表〕

原発性トリプルネガティブ乳癌における治療開始前 MRI 画像を用いた腫瘍周囲リンパ球浸潤予測

(¹乳腺外科学, ²病理診断学) 塚田弘子¹・長嶋洋治²・明石定子¹

〔背景〕 原発性乳癌の治療方針決定には、治療効果や予後の予測は重要である。腫瘍浸潤リンパ球 (TILs; tumor infiltrating lymphocytes) は、トリプルネガティブ乳癌 (TNBC; triple negative breast cancer) や HER2 陽性乳癌における有用性が報告されているが、組織内不均一性が知られており、より正確で簡便な評価法の確立が望まれている。本研究では治療開始前画像所見と TILs の相関を検討した。〔方法〕 2016年11月～2023年7月に TNBC と診断され、化学療法施行前の検体が得られた 73 例を対象とした。TILs の評価は国際評価基準に基づき、10%以上を高度の TILs を伴う乳癌と判定した。高 TILs 群と低 TILs 群に分け、ロジスティック回帰分析を用いて治療開始前造影 MRI、¹⁸F-FDG-PET/CT 所見および病理学的因子との相関を解析した。〔結果〕 高 TILs 群は 53 例、低 TILs 群は 20 例であった。単変量解析において腫瘍境界明瞭/不明瞭、造影後 Rim-enhancement の有無、腫瘍内・腫瘍周囲 ADC 値、腫瘍内 FDG 集積、核グレードが TILs と相関を示した。多重共線性を考慮し多変量解析を行い、腫瘍内 ADC 高値 (HR 10.854 [95% CI 1.823-64.642], P=0.009) が高 TILs の独立した予測因子となった。ADC 値のカットオフを 0.85 とした場合、AUC は 0.852 であった。〔考察〕 先行研究では TILs 予測に MRI に基づくラジオミクス解析の有用性が報告されているが、日常診療で得られる MRI パラメータと TILs との相関に関する報告は少ない。本研究では MRI により得られた腫瘍内 ADC 値が TNBC における TILs 予測因子として有用である可能性が示唆された。〔結論〕 TNBC において治療開始前 MRI により得られた腫瘍内 ADC 高値は、高 TILs の予測因子となりうる。

〔令和5年度佐竹高子研究奨励賞受賞者研究発表〕

HDL のコレステロール引き抜き能を標的とした糖尿病性腎症の新規治療法の確立に向むけて

(糖尿病・代謝内科学分野) 花井 豪

〔目的〕 基礎研究において、HDL のコレステロール引き抜き能の増強による糖尿病性腎症進展の抑制が報告されている。しかし、臨床で汎用されている HDL コレステロール (HDL-C) は、コレステロール引き抜き能を正確に反映していない。そこで本研究は、腎機能低下に対する HDL のコレステロール引き抜き能の影響を検証した。〔方法〕 本研究は 2 型糖尿病患者 281 名を対象とした後ろ向き観察研究であり、HDL のコレステロール引き抜き能をコレステロール取り込み能 (Cholesterol Uptake Capacity: CUC) で評価した。暴露因子を観察開始時の HDL の CUC (HDL-CUC)、アウトカムを年間 eGFR 変化率 (eGFR slope) とし重回帰分析を用い解析した。〔結果〕 eGFR slope に対し、観察開始時 HDL-CUC と eGFR の間に有意な交互作用 (p=0.042) を認めたため、観察開始時 eGFR 60 mL/min/1.73m² で 2 群に分類し解析した。eGFR

60 以上群で HDL-CUC と eGFR slope の間に正の関連を有する傾向を認めたが (p=0.050)、eGFR 60 未満群では関連はなかった (p=0.499)。〔結論〕腎機能が保持された 2 型糖尿病患者において、高い HDL のコレステロール引き抜き能が腎保護作用を有する可能性が示唆された。

〔令和 5 年度中山恒明研究奨励賞受賞者研究発表〕

アルパカ由来重鎖抗体 (VHH 型抗体) により同定された原発性トリプルネガティブ乳癌バイオマーカーの病理学的有効性実証研究

(¹乳腺外科学, ²病理診断学) 塚田弘子¹・長嶋洋治²・明石定子¹

〔目的〕乳癌治療は分子マーカーを標的とした薬物療法が行われるが、ホルモン受容体を発現せず HER2 の増幅を欠くトリプルネガティブ乳癌 (TNBC) に対する標的分子マーカーは同定されていない。近年、モノクローナル抗がん抗体を確立するため、がん細胞株で動物を免疫する方法が試みられている。本研究の前段階として、TNBC 細胞株を用いて重鎖抗体 (VHH 型抗体) を持つアルパカを免疫することで、TNBC 細胞株を特異的に標識する VHH89 抗体同定された。本研究では VHH89 抗体が実際の病理サンプルにおいてどのような分布を示すのか検証した。〔方法〕2024 年 3 月～2024 年 10 月に当科で生検を施行した 106 例に対し、VHH89 抗体を用いた蛍光染色を行い HE および免疫染色結果と比較した。〔結果〕106 例の病理学的診断は癌病変 65 例、非癌病変 30 例、正常 11 例であった。VHH89 抗体陽性は 20 例で、17 例 (85%) が癌病変、3 例 (15%) が非癌病変であった。癌病変のうち浸潤性乳管癌は 55 例で、14 例 (25.5%) が VHH89 抗体陽性であった。TNBC は 14 例中 3 例 (21.43%) で VHH89 抗体陽性であった。考察・展望 VHH89 抗体陽性の非癌病変が 3 例みられたが、うち 1 例は異型乳管過形成であり、VHH89 抗体が異型腺管を標識した可能性がある。VHH89 抗体は TNBC の一部を標識したが、他のサブタイプでも陽性を認めた。乳癌は heterogeneity であり、臨床的に他のサブタイプと診断された病変内にも TNBC 様細胞が含まれている可能性があり、細胞単位の検証を要する。また、TNBC は亜分類が知られており、VHH89 抗体と TNBC 亜分類との関連も検証していく必要がある。

〔第 19 回研修医症例報告会〕

1. ニボルマブによる免疫関連有害事象の胆管炎を発症した 1 例

(本院 ¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科, ³泌尿器科, ⁴病理診断科) ○嘉陽田朝仁¹・山本果奈²・伊藤亜由美²・米沢真利亜²・小針悠希³・高山敬子²・小木曾智美²・谷合麻紀子²・菊山正隆²・中村真一²・長嶋洋治⁴・高木敏男³・中井陽介²

〔症例〕46 歳、男性〔現病歴〕X-1 年に右腎細胞癌 stageIV (cT4N1M1) と診断され、当院泌尿器科でイピリリムマブ+ニボルマブ併用療法を導入した。導入後 3 か月でニボルマブ単剤療法に変更し、部分奏功を維持した。経過中、免疫関連有害事象 (irAE) の中枢性副腎皮質/甲状腺機能低下症を発症したが、ステロイド補充を併用しながらニボルマブを継続していた。X 年 2 月より肝胆道系酵素上昇が出現し、増悪傾向を認めたためニボルマブを休薬した。コンピュータ断層撮影 (CT) では左肝内胆管拡張と造影効果を伴う胆管壁肥厚を、陽電子放出断層撮影 (PET) -CT で左肝内胆管～総胆管に一致する FDG 集積亢進を認めた。irAE 胆管炎疑いで、精査加療目的に入院となった。〔入院後経過〕入院時腹痛・発熱は認めず、血液検査では WBC 3,540/ μ L、CRP 0.13 mg/dL と炎症反応の上昇はなく、T-Bil 1.3 mg/dL、AST 38 U/L、ALT 32 U/L、ALP 116 U/L、 γ -GTP 93 U/L と軽度の肝胆道系酵素の上昇を認めたが、外来時より低下していた。超音波内視鏡では総胆管径 7 mm と拡張はないが、左肝管から遠位胆管まで連続的に 2 mm 程度の壁肥厚を認めた。胆管結石を含む閉塞起点は認めなかった。内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) を施行し、胆管造影では総胆管～肝内胆管まで連続する壁硬化像を認めた。直接胆道鏡では胆管粘膜は全周性に上皮の脱落・びらんを認めた。胆道鏡直視下・透視下に施行した胆管生検では、リンパ球、特に CD8 陽性細胞を中心とした強い細胞浸潤を認め、irAE 胆管炎と診断した。ニボルマブ休薬後から肝胆道系酵素の低下を認めており経過観察の方針となった。〔考察〕本症例では閉塞を伴わない胆管拡張・びまん性胆管壁肥厚・胆道系酵素優位の肝障害・胆管生検による CD8 陽性 T 細胞浸潤所見を認め irAE 胆管炎と診断した。irAE 肝障害は 5～10%に発症すると報告される一方で、irAE 胆管炎は比較的稀な疾患でありステロイド反応性が不良とされる。本症例は各種画像的検索で特徴的な所見を有する貴重な 1 例であり、文献的考察を加えて報告する。

2. 突然の胸痛、発熱を機に急性呼吸不全となり集中治療を要した 1 例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科)

○岡田楓華¹・

◎遠井素乃²・西村芳子²・安達有多子²

〔症例〕32 歳女性。主訴は前胸部痛で、1 型糖尿病と糖尿病性腎症のため 1 年前から透析導入している。入院 1 週間前から深呼吸で胸部絞扼感が出現し、発熱が持続、胸部レントゲンで心拡大傾向があった。その後症状悪化あり胸部コンピュータ断層撮影 (CT) にて軽度心嚢液貯留を認め、倦怠感増悪もあり入院となった。入院後心嚢液、胸水貯留顕著で心膜炎疑いのためメロベネムを投与した。酸素 2 L/min で開始していたが酸素化悪化し気管挿管、集中治療室 (ICU) 入床となった。入院第 4 日目からイブプロフェン錠 600 mg、コルヒチン錠 0.5 mg を開始した。入院第 15 日目に前胸部痛は治まったが、不明熱、嘔気が持続しており造影 CT を施行したところ、心膜の肥厚が目立ち、大動脈弓に心膜炎による炎症が波及していた。心嚢液は減少しておりフィブリン化しているため穿刺は困難であった。入院第 34 日目頃より症状の改善がみられ、ガリウムシンチにて異常集積を認めずステロイド治療の適応はないと判断し退院となった。その後はイブプロフェンとコルヒチンを約 3 か月継続し症状改善と再発予防に努める予定とした。〔考察〕本例は、深呼吸で増悪し前傾姿勢で軽快する胸痛、入院後の心膜摩擦音、心嚢液貯留による心拡大、ST 上昇を認め、心膜炎と診断した。また、尿素窒素 81.4 mg/dL、クレアチニン 10.17 mg/dL と高値を示していたため尿毒症による心膜炎が原因となり心嚢液貯留に至ったと考えた。〔結語〕心嚢液貯留は全身の様々な病態が原因となり呼吸状態やバイタル、自覚症状など患者の変化を見逃さないことが重要である。透析患者の場合は尿毒症により心嚢液貯留をきたすことを念頭に置いて病態を把握する必要がある。本例は糖尿病や末期腎不全など既往歴が多彩であるため今後の再発に十分に注意する必要があると考える。

3. 広範な全周性食道内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 後にステロイド経口+局注併用療法を行い、術後 21 日目に遅発性穿孔を来した 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 消化器内科,³ 呼吸器外科,
⁴ 消化器外科)

○杉山 匠¹・

◎村上大輔²・杉山晴俊²・西野隆義²・黄 英哲³・太田正穂⁴・新井誠人²

症例は 82 歳、男性。食道扁平上皮癌 (長径 7 cm、亜全周性、0-II c+ I s)。外科治療適応の表在食道癌と考えられた。年齢、日常生活動作 (ADL)、多発潰瘍瘢痕による胃管再建のリスクを考慮し、患者希望から狭窄予防併用の内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が選択された。全周性に一括切除し、狭窄予防目的にケナコルト局注を行った。経過良好で、術後 3 日目からステロイドの内服も併用した。術後 21 日目に食物が詰まったことを契機に胸背部痛と呼吸困難感が出現し、救急搬送された。広範な縦隔気腫を認め、ESD 後遅発性穿孔の診断で入院となった。入院 4 日目の胸部コンピュータ断層撮影 (CT) で縦隔炎と右胸腔への穿破・膿胸が疑われ、上部内視鏡検査で ESD 後潰瘍底と縦隔間に瘻孔を認めた。胃管チューブによる減圧後も感染は増悪傾向であり、入院 11 日目に瘻孔より縦隔内へ直接細径内視鏡を挿入し、経鼻栄養チューブを留置して、縦隔ドレナージを開始した。入院 18 日目に経皮的胸腔ドレナージを行い、徐々に炎症反応は低下傾向となり、経過は良好であった。入院 37 日目に熱発し、血液培養から *C. albicans* が検出された。抗真菌薬を開始したが、呼吸不全となり、急性呼吸窮迫症候群が疑われた。全身管理、ステロイドパルス療法を行ったが呼吸状態は改善せず、入院 43 日目に死亡した。本症例は、ESD 後 21 日目という比較的長い時間が経過した時点での穿孔であり、稀である。ステロイドによる食道壁の脆弱化に加え、食塊による食道閉塞が影響した可能性がある。

4. CT ガイド下胸腔穿刺で診断した結核性胸膜炎の 1 例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科)

○青山可奈¹・

◎後藤俊哉²・細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・中田潤子²・大野秀樹²・小川哲也²

〔症例〕74 歳、男性〔主訴〕発熱〔現病歴〕20xx-8 年に糖尿病性腎症のため透析導入。20xx-7 年に結核性胸膜炎の加療歴があった。20xx 年 5 月より 1 週間以上の発熱と咳嗽あり当科を受診した。CRP10.2 mg/dL、WBC14000 μ /L、胸部単純コンピュータ断層撮影 (CT) で右下肺に気泡を伴う液体貯留を認めたため、精査加療目的に入院した。〔経過〕既往歴よりまず結核菌感染が疑われた。喀痰検査でガフキー 1 号と塗抹鏡検士を認めたものの結核菌ポリマーゼ連鎖反応 (PCR) は陰性であった。胸膜生検のような侵襲的検査は希望されなかったため、第 11 病日にエコーガイド下胸腔穿刺を行ったが、右肺の液体は少量で粘稠度が高く吸引困難であり、検体不良のため ADA は測定できなかった。このため、第 20 病日に CT ガイド下胸腔穿刺を施行したところ、粘稠度の高い膿性胸水を十分量採取できた。胸水検査で ADA 287.1 U/L と上昇を認め、

胸水の結核菌と非結核性抗酸菌 PCR は陰性であった。臨床経過および胸水 ADA 高値から結核性胸膜炎と診断した。抗結核薬加療を開始したところ炎症反応は改善し、結核薬内服 2 週間後に 3 連痰陰性を確認してから隔離解除し、外来加療とした。〔考察〕結核の診断においては検体採取が重要となるが、結核性胸膜炎の診断は胸水からの結核菌検出や補助診断 (ADA など) などにより行われる。結核性胸膜炎における胸水はフィブリンが豊富であり粘稠度が高い。侵襲的検査を行わず、胸水量も少量かつ高粘稠度で通常の穿刺が困難な場合、外径の大きいカテーテルを使用して CT ガイド下胸腔穿刺することが診断に有用と考えられた。

5. 新型コロナウイルス感染後に脊髄硬膜内血腫・癒着性くも膜炎による瘻性対麻痺を発症した 1 例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科,³ 整形外科) ○松本早代¹・安達有多子²・◎西村芳子²・遠井素乃²・小川哲也²・山本直也³

〔症例〕53 歳女性。〔主訴〕下肢筋力低下。〔現病歴〕X 年 Y 月新型コロナウイルス感染症に罹患、4 日後に咳を契機に背部に激痛が出現し持続、当院整形外科へ紹介受診となった。背部痛 15 日後の胸腰椎核磁気共鳴画像 (MRI) で第 11 胸椎高位の硬膜内血腫と診断され、経過観察となり、背部痛は対症療法で徐々に軽減していた。受傷 41 日後に突然下肢筋力低下で階段昇降困難、膀胱直腸障害が出現した。胸腰椎 MRI で血腫は縮小していたが、新たに第 8~9 胸椎内部に T2 強調画像高信号を認め、当科へ精査依頼された。受傷 70 日目に歩行不能となり緊急入院となった。〔身体所見〕近位筋優位の両下肢筋力低下、四肢腱反射亢進、両側足底反射陽性、第 8 胸椎レベル以下異常知覚を認めた。〔検査所見〕L4/5 腰椎穿刺で初圧 70 mmH₂O、細胞数正常、蛋白増加 (192 mg/dL) を認め、髄液排出不良から通過障害が疑われた。胸椎 MRI では第 8 胸椎高位で硬膜囊拡張制限、その直上にくも膜嚢胞が形成され脊髄を圧排、以下で脊髄空洞症を認めた。頸椎ミエロコンピュータ断層撮影 (CT) で第 8 胸椎レベル以下の造影剤完全通過障害を認め、癒着性くも膜炎と診断された。〔経過〕整形外科で癒着剥離・くも膜嚢胞切除が考慮されたが、術前 MRI で下方部位に新たな癒着が疑われた。ステロイドパルス療法とリハビリで下肢症状改善傾向を認め、手術延期で経過観察後に再検討する方針となり、リハビリ病院へ転院となった。〔考察〕新型コロナウイルス感染後に硬膜内血腫を発症し、くも膜下腔に血液が流入したために癒着性くも膜炎を発症したと思われる症例を経験した。脊髄硬膜内血腫・癒着性くも膜炎は稀な疾患であり、再発も多く、いまだに治療に難渋する病態である。

6. 発熱を繰り返す常染色体優性多発性嚢胞腎の 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 腎臓内科) ○升田寛子¹・◎小池美菜子²

〔症例〕30 歳代、女性。〔主訴〕発熱、上腹部痛。〔現病歴〕2011 年に血尿が出現し、近医で多発性嚢胞腎と診断された。2016 年より近医でトルバプタン、アンジオテンシン II 受容体拮抗薬、アンジオテンシン変換酵素阻害薬で加療されていた。2021 年 1 月に嚢胞感染を発症し近医でレボフロキサシンで加療された。2022 年 10 月に妊娠が判明し、上記の内服を中止した。2022 年 12 月に 2 度目の嚢胞感染を発症し、近医でセフトリアキソンで加療したが効果が乏しくセフェピム、セフポドキシムプロキセチルで加療された。2023 年 3 月に 3 度目の嚢胞感染を発症し、近医でセフェピム、セフポドキシムプロキセチルで加療された。2023 年 5 月に出産し、2023 年 8 月 Y 日に 38°C の発熱、上腹部痛を認め、嚢胞感染が疑われたため当科に入院となった。〔経過〕多発性嚢胞腎の嚢胞感染疑いで血液培養、尿培養を採取後、セフェピム 2g/日を投与した。第 6 病日でも発熱が持続していたためクリンダマイシン 200 mg/日を投与開始した。第 7 病日より造影コンピュータ断層撮影 (CT) 検査で右腎嚢胞の虚脱、腹水を認め、嚢胞破裂による炎症の腹膜への波及を疑った。また、両側胸水を認めたためフロセミドを投与した。入院時に提出した血液培養、尿培養はいずれも陰性であったため、第 8 病日に再度血液培養を提出した。第 9 病日でも 39°C の発熱が遷延したため、抗菌薬の嚢胞移行性を考慮しレボフロキサシン 500 mg/日に変更した。第 12 病日には、37°C に解熱した。〔考察〕症例報告の検討より、脂溶性抗菌薬のクリンダマイシン、メトロニダゾール、スルファメトキサゾール・トリメトプリム (ST 合剤) は嚢胞液濃度が高く嚢胞内への透過性が良いため水溶性抗菌薬と比べて有効と考える。嚢胞感染では細菌検査や画像検査でも熱源が不明であることが多くあることを念頭に置いて、早くから広域抗菌薬を開始することが重症化を防ぐ上で重要と考えられる。

7. 傍腫瘍性辺縁系脳炎を合併した抗 SOX1 抗体陽性小細胞肺癌の 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター, 本院² 呼吸器内科学分野,³ 脳神経内科学分野,⁴ 病理診断学分野) ○菱沼俊哉¹・◎有村 健²・神尾敬子²・赤羽朋博²・藤堂謙一³・山本智子⁴・多賀谷悦子²

〔症例〕59歳女性〔主訴〕近時記憶障害〔現病歴〕X年Y月下旬から会話がかみあわず、数分前に言われたことを忘れるようになった。翌月上旬に嘔気が出現し前医救急外来を受診、胸部コンピュータ断層撮影(CT)で左肺下葉の腫瘤および無気肺を認め、血清神経特異エノラーゼ(NSE)およびガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)高値と併せて小細胞肺癌が疑われ当科を紹介受診した。〔経過〕近時記憶障害が進行していたため、当院脳神経内科に入院した。血液検査で抗SOX1抗体が陽性であり、傍腫瘍性辺縁系脳炎が疑われステロイドパルス療法を施行されたが神経症状の改善に乏しかった。当科での陽電子放出断層撮影(PET)-CTで左肺下葉の腫瘍性病変にフルオロデオキシグルコース(FDG)の異常集積が指摘され、病理学的所見と併せて小細胞肺癌(cT2bN3M0、stage IIIB、限局型)の診断に至った。化学放射線療法(シスプラチン+エトポシド)開始後に肺癌は縮小し、記憶障害は有意に改善した。なお、抗神経抗体の追加検査で抗SOX1抗体の他に神経細胞表面抗原に対する抗体の存在も指摘された。〔考察〕SOX1は細胞内に発現しており一般に免疫治療に反応しづらく、原疾患の治療が重要となる。一方、細胞表面抗原に対する抗体がみられる際には免疫治療の反応を期待でき、今後辺縁系脳炎を再発した場合には免疫グロブリン療法や血漿交換などの積極的な免疫治療が選択肢となる。抗SOX1抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群は小細胞肺癌に多くみられるが、辺縁系脳炎を合併することは稀であり、治療経過と併せて報告する。

8. 典型的な画像所見を有し心室頻拍に対してアミオダロンが有効な高齢の不整脈源性右室心筋症の1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²心臓血管診療部) ○東 幸太¹・
◎中田悠貴²・森岡佑太²・嵐 弘之²

症例は80代女性。約15年前からアミオダロン内服継続していたが、4か月前から副作用が疑われ、中止されていた。今回、有症候性の心室頻拍を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。心筋虚血の評価目的に負荷心筋シンチを外来で行ったところ、負荷後に持続性心室頻拍を認め、精査加療目的に緊急入院となった。アミオダロンを開始したところ、心室頻拍の再燃なく経過し、入院中に原因疾患の精査を行った。心臓超音波検査では左室駆出率は保たれていたものの右心室拡大と右心室機能低下を認めた。冠動脈コンピュータ断層撮影(CT)検査で冠動脈の評価を行ったところ冠動脈に有意狭窄はなかったが、右室拡大を認めた。心臓核磁気共鳴画像(MRI)検査では著明な右室拡大と右室収縮能低下、奇異性運動、また右心室壁に脂肪変性・線維化を疑う所見を認めた。画像所見から不整脈源性右室心筋症として矛盾しない所見で、12誘導心電図でε波もあり、不整脈源性右室心筋症による不整脈イベントと判断した。経過から、入院までの15年間は、アミオダロンで心室頻拍は抑制されていたと考えられた。典型的な画像所見を示すとともに、心室頻拍に対してアミオダロンが有効な、高齢の不整脈源性右室心筋症の症例を経験した。

9. 関節リウマチ(RA)・混合性結合組織病(MCTD)の治療中視神経脊髄炎(NMO)を合併しIL6阻害薬(サトラリズマブ)が著効し妊娠・出産に至った症例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科) ○小橋正俊¹・◎高木香恵²・◎小川哲也²

〔症例〕35歳女性〔主訴〕視力低下、胸部・下肢・右手指のしびれ〔現病歴〕関節リウマチ(RA)・混合性結合組織病(MCTD)で当院通院中。2021年7月下旬、胸部、右第3、4、5指の痺れを自覚。同年8月急激な右視力低下あり当院眼科を受診。中心暗点と核磁気共鳴画像(MRI)検査所見より球後性視神経炎が疑われ、9月当院内科に緊急入院となった。〔検査所見〕抗核抗体320X(Ho.Sp)、抗DNA抗体7IU/mL、抗SSA抗体>256IU/mL、抗CCP抗体444U/mL、抗AQP4抗体>40U/mL。脊椎MRIでC3-C4、C5、C6レベル、Th3/4レベル、延髄下部で脊髄の腫大とT2高信号あり。髄液IgGインデックス0.91。〔検査所見〕視神経脊髄炎(NMO)と診断しステロイドパルス療法、後療法プレドニゾロン(PSL)35mg/day、タクロリムスを併用し視力回復、痺れ消失、頭部MRI所見改善にて10月退院。PSLは漸減され2022年5月PSL13mg/dayとなった。しかし同年6月症状・頭部MRI検査よりNMO再燃と診断し8月再入院。ステロイドパルス療法、後療法PSL20mg/day開始。再燃予防目的で2023年4月サトラリズマブを併用後PSL10mg/dayまで漸減。挙児希望あり2024年1月よりサトラリズマブ中止。6月妊娠判明し胎児発育も含め経過良好。〔考察〕NMOの活動期のみならず高用量のステロイドは妊孕性の低下が報告されている。サトラリズマブはNMO再燃予防と挙児を可能とさせた。

10. 十二指腸潰瘍と十二指腸狭窄を伴ったGroove膵炎の1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科) ○佐藤亮太¹・
◎後藤俊哉²・細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・大野秀樹²・小川哲也²

〔背景〕Groove膵炎とは膵頭部と十二指腸下行脚および総胆管の間のGroove領域の膵炎であり、同部位に

限局する pure type と臍頭部まで波及した segmental type に分類され、診断に難渋することが多い。今回十二指腸潰瘍と狭窄を伴った pure type Groove 痔炎の症例を経験したため報告する。〔症例〕63 歳、男性。アルコール摂取歴あり。〔主訴〕発熱、腹痛。〔現病歴〕20xx 年 x 月 x 日発熱と腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時の体温は 38.2°C、臍周囲に圧痛を認めた。血液検査では白血球増多と CRP 上昇があり、造影コンピュータ断層撮影 (CT) にて上十二指腸角から下降脚と上行結腸付近の脂肪織濃度上昇を認めたため、精査加療目的で緊急入院した。〔臨床経過〕入院後は腸管安静とし、TAZ/PIPC の投与を開始した。上部消化管内視鏡では上十二指腸角前面に潰瘍と発赤浮腫を伴う全周性の狭窄を認めた。アルコール摂取歴があり炎症部位が Groove 領域に一致しており、十二指腸に潰瘍と狭窄を伴う pure type Groove 痔炎と診断した。保存的加療にて経過良好で第 20 病日に自宅退院とした。〔考察〕Groove 痔炎の発生原因としてはアルコール長期摂取歴、副乳頭発達不全による Santorini 管からの膵液流出不全などが考えられている。十二指腸潰瘍が Groove 痔炎の原因となることが報告されているが今回の症例は因果関係の特定は困難であった。〔結論〕今回の症例で十二指腸潰瘍と狭窄を合併した pure type Groove 痔炎と考えられる稀な症例を経験した。潰瘍を伴う十二指腸狭窄を認めた場合 Groove 痔炎を鑑別に挙げるべきである。

11. 慢性の四肢の筋力低下、嚥下障害を呈した皮膚筋炎の 78 歳女性

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 内科,³ 皮膚科) ○熊谷安佳里¹・
◎遠井素乃²・安達有多子²・西村芳子²・石崎純子³・小川哲也²

〔症例〕78 歳女性。〔主訴〕全身倦怠感、頸部紅斑、近位筋の筋力低下。〔現病歴〕X-46 日、易疲労感、右股関節痛が出現するも改善。X-23 日、耳介から頸部に紅斑が出現。X-22 日、頸部が腫脹し全身倦怠感、食欲低下および右股関節痛が再燃し当院総合診療科初診、CPK 1361 U/L。その後外来にて経過観察中、X-7 日、嚥下障害出現。X 日、食事摂取できず臥床状態となり精査加療目的に入院した。〔身体所見〕体温 36.9 度、SpO₂ 96%、頸部に紅斑あり。神経学的所見では頸部・上腕・大腿など近位筋優位の筋力低下と筋把握痛を認めたがその他異常は見られなかった。〔検査所見〕AST 244 U/L、ALT 81 U/L、CPK 4203U/L、アルドラーゼ 23.5 U/L、筋核磁気共鳴画像 (MRI) では筋炎が示唆され、針筋電図では活動性筋原性変化がみられた。〔経過〕皮膚症状、嚥下障害、筋力低下から皮膚筋炎 (DM) が疑われ、その後、抗 TIF1- γ 抗体陽性が確認された。抗 TIF1- γ 抗体陽性 DM では約 70% に悪性腫瘍が合併することが知られる。CA19-9 II, NSE は上昇するも、コンピュータ断層撮影 (CT) や超音波検査は異常なし。治療は、ステロイドパルス療法は行わず、免疫グロブリン療法 400 mg/kg/日を 5 日間施行した。四肢筋力は改善したが、頸部筋力低下は持続した。〔考察〕臨床経過として典型的な DM の 1 例であるが、悪性腫瘍は検出されず、治療効果は得られた。DM は原因となる悪性腫瘍の治療により改善する病態であるため、今後もさらなる悪性腫瘍検索が必要となる。

12. 慢性疾患を有する青少年患者の SNS 依存と市販薬過量内服 2 症例の検討

(本院¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科,³ 神経精神科) ○岡本幸佳¹・
勝浦美沙子²・山本陽子²・押淵英弘³・七字美延²・◎岸 崇之²・永田 智²

〔背景〕近年青少年の薬物乱用が増加しており、社会的懸念が高まっている。特に慢性疾患を有する小児患者は、健常児よりも孤立感を経験しやすく、ソーシャルネットワークサービス (SNS) の情報に依存する傾向が観察される。このような環境下で、不適切な情報への日常的なアクセスが容易となる可能性がある。今回、市販鎮咳薬を過量内服した女子 2 例を経験したため、症例を通して 10 歳代の慢性疾患患者における薬物乱用のリスク要因を考察する。〔症例 1〕13 歳女子。若年性皮膚筋炎 (JDM) で外来通院中。家族との軋轢を契機にデキストロメトर्फアンを含有する鎮咳薬を過量内服し、意識障害を呈して救急搬送された。迅速な治療介入により症状は改善した。詳細な問診から、JDM 発症後の孤立感の増大と、SNS に基づき市販薬を準備していたことが明らかとなった。〔症例 2〕12 歳女子。不登校と起立性調節障害で通院中。自宅で種々の市販薬の空包装が発見され、薬物過量内服が強く疑われた。精神科との連携で、患者の SNS を介した薬物乱用に関する情報取得が確認された。家族と多職種連携による厳重観察下で自宅療養となった。〔考察〕本報告は 2 例とも背景に SNS 利用があり、10 歳代の慢性疾患患者の社会的孤立感と SNS 依存が、薬物乱用の潜在的リスク因子となり得ることを示唆している。現代では、SNS の影響を完全に排除することは困難であり、原疾患の治療に加え、より包括的な心理社会的サポートの必要性が強調される。

13. A 群溶血性レンサ球菌による化膿性中殿筋炎の 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 小児科) ○札本彩夏¹・

〔緒言〕化膿性筋炎は小児では比較的稀な疾患である。A群溶血性レンサ球菌による中殿筋炎の1歳男児例を経験したため報告する。〔症例〕生来健康な1歳11か月男児。発熱と歩容異常を主訴に受診した。右下肢の外表所見に異常は認めないが、右殿部に硬結を触れ、右下肢への過重を避けて移動していた。両側母趾周囲の発赤、腫脹を認めた。超音波検査で右殿筋群の腫脹と一部筋内に高エコー域を認めた。磁気共鳴画像(MRI)で右中殿筋はT2高信号となり、内部に液体貯留を認めた。エコーガイド下で穿刺し、排膿を認めた。以上から右中殿筋化膿性筋炎と診断し、セファゾリン静脈投与を開始した。排膿検体および入院時の血液からはA群溶血性レンサ球菌が検出された。入院後は速やかに解熱し、局所所見、血液検査所見は経時的に改善した。計6週間の抗菌薬投与を行った。〔考察〕化膿性筋炎の罹患部位は大腿四頭筋が最も多く、殿筋での発症頻度は1割程度である。本症例は両側母趾の爪周囲からA群溶血性レンサ球菌が血行性に感染したと推察された。化膿性筋炎は臨床症状が非特異的であることが多く、診断の遅れにつながるが多い。本症例は外表所見に異常を認めなかったが、歩容異常と触診、超音波検査から化膿性筋炎を疑い、MRIで確定診断に至り、受診後早期に排膿処置および抗菌薬治療を開始することができた。

14. 摂食障害と診断されていた食道アカラシアの1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²小児科,³小児外科) ○石井千媛¹・
◎池野かおる²・末吉 亮³・老谷嘉樹²・松岡尚史²・世川 修³

〔緒言〕食道アカラシアは20~40歳での発症が多く、小児の発症頻度は100万人に1人と言われている。小児では症例が少なく、摂食障害と診断されている症例もある。今回摂食障害として2年間経過観察されていたが食道アカラシアと診断され、治療により症状改善を認めた13歳男児を経験したので報告する。〔症例〕13歳男児。3歳から便秘で近医にて内服加療を行っていた。11歳時より嚥下困難感があり、水で食事を流しこまなければならず、食事量が減少した。時折嚥下後早期の嘔吐を認め、同時期より体重増加不良を認めた。前医で心因性の嚥下障害、摂食障害として漢方薬が処方され経過観察されていたが、症状改善なく体重が減少傾向となり、精査加療目的に13歳時に当科に紹介となった。症状より食道狭窄も疑われ、上部消化管内視鏡および上部消化管造影検査を行った。上部消化管内視鏡検査では下部食道に狭小部があり、Esophageal Rosetteを認めた。消化管造影検査では造影剤の食道内停滞、食道の拡張を認め、食道アカラシアを疑った。本院小児外科にて食道内圧検査を行い、食道アカラシアI型と診断し、内視鏡的食道拡張術を行った。術後、嚥下困難感は軽度残存するものの嘔吐は消失し、経腸栄養剤の併用を行うことで体重増加が得られた。経過により食道拡張術を再度行う予定である。〔結語〕思春期に発症する嚥下障害は心身症と診断してしまうことがあるが、食道アカラシアも念頭に置き診療を行う必要がある。

15. 上気道症状を伴う下肢痛からパレコウイルス3型筋痛症の診断に至った女児例

(本院¹卒後臨床研修センター,²小児科,³感染症科) ○濱田理鳳¹・
山本陽子²・勝浦美沙子²・◎岸 崇之²・永田 智²・菊池 賢³

〔背景〕パレコウイルス3型(PeV-3)は2004年に初めて報告されたウイルスで新生児や早期乳児に敗血症や髄膜炎などをきたし、成人では上気道炎を伴う筋肉痛を特徴とする流行性筋痛症の原因ウイルスとしての報告がある。しかし小児におけるPeV-3感染と筋痛症の関連性は解明不十分である。上気道症状と下肢痛を呈し、PeV-3感染を確認した小児例について報告する。〔症例〕7歳女児。X-3日に上気道症状が出現し近医で対症療法を受けた。X-2日に発熱と紅斑が出現したが経過観察となった。X-1日より左腰部、股関節外側、左膝に疼痛が出現した。X日に疼痛で体動困難となり救急搬送後、精査目的に入院した。入院時のFilmArray?呼吸器パネル検査でヒトメタニューモウイルスとヒトライノ/エンテロウイルスを検出した。血液検査で炎症反応の上昇を認めた。心臓・腹部・関節超音波検査、心電図、骨格筋核磁気共鳴画像(MRI)、末梢神経電動速度検査で明らかな異常は認めなかった。入院時患児は下肢自発運動が困難で、他動運動時に激痛を訴えた。解熱鎮痛剤の頓服で経時的に疼痛は改善し、独歩可能となり第13病日に退院した。流行性筋痛症を疑い、原因ウイルス特定のため国立感染症研究所に検査を依頼し、血清と便検体からPeV-3が同定された。〔結語〕本症例は、小児においてもPeV-3感染が筋痛症の原因となり得ることを示唆している。今後さらなる小児症例の蓄積が必要である。

16. 全前置胎盤と癒着胎盤疑いで多量出血が予想される症例に内腸骨動脈バルーンを挿入して帝王切開を行った1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²麻酔科) ○藤本えりか¹・

〔はじめに〕今回複数の既往帝王切開があり、胎盤位置異常により多量出血が予想される症例に対して帝王切開を行った1症例を経験したので報告する。〔症例〕38歳女性、身長153cm、体重68kg、11妊10産の経歴があり。今回4回目の帝王切開で、全前置胎盤と癒着胎盤疑いがあり、子宮単純全摘術、両側卵管切除術が予定された。問題点として、①癒着胎盤疑いで予想出血量が3000mLであること、②膀胱などへの穿通による他科合同手術や二期的手術の可能性、③癒着により手術時間・出血量が増加する可能性が挙げられた。自己血6U、RBC6U、FFP6Uを準備し、術前日に尿管損傷のリスクをさげるため両側尿管ステントを挿入した。産婦人科と麻酔科の合同カンファレンスの結果、術当日は硬膜外麻酔施行後に内腸骨動脈バルーンを留置して帝王切開を行い、児娩出後は全身麻酔に移行して胎盤を剥離せず子宮摘出し、出血多量時には内腸骨動脈バルーン塞栓を行う方針とした。硬膜外麻酔でTh6レベルまで良好な鎮痛範囲が得られていることを確認した。胎盤は癒着や穿通なく自然に剥離できたゆえに、硬膜外麻酔のみの管理となった。子宮壁からの出血も少量であったため子宮は温存し、両側卵管切除のみを行った。出血量は767gと予想を下回り、自己血4Uのみ輸血した。術後も硬膜外麻酔で良好な鎮痛が得られ、経過良好で術後7日目に退院した。〔結語〕多量出血が予想される帝王切開症例に対して、内腸骨動脈バルーンを挿入し、硬膜外麻酔のみで麻酔管理した1症例を経験した。

17. ケトン性低血糖症からカルニチン欠乏と診断した1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²小児科)

○古山 采¹・

◎老谷嘉樹²・池野かおる²・鈴木 悠²・松岡尚史²

〔緒言〕ケトン性低血糖は6か月～5歳頃までの乳幼児に認められる疾患で、小児の低血糖症の30～50%を占めている。その中には未診断の基礎疾患を有することがあり、今回我々はカルニチン欠乏と診断した症例を経験したので報告する。〔症例〕1歳7か月の男児。〔周産期〕在胎35週4日、双胎のため予定帝王切開分娩出生、出生時体重1890g、新生児マスキューニングで異常はなかった。〔既往歴〕sick dayの既往なし。〔生活歴〕偏食なし。〔現病歴〕X-11日に急性中耳炎のため近医でトスフロキサシン(TFLX)を処方された。改善乏しく、X-4日近医再診しTFLXからテビペネム ピボキシル(TBPM-PI)に変更された。X-1日18時に夕食を普段の2/3摂取し入眠。X日午前6時に発汗多量・活気低下・意識障害があり当科に救急搬送された。JCS II-10、血糖値35mg/dL、ケトン体1.8 μmol/Lとケトン性低血糖を認め、20%糖液20mLを投与し補液した。血糖値195mg/dL、ケトン体0.3 μmol/Lに改善し、意識は清明となった。入院後は経口摂取良好で、補液を漸減中止しX+3日に軽快退院した。カルニチン分面で遊離カルニチン15.8 μmol/L(基準;36~74)と低値でカルニチン欠乏と診断し、カルニチン製剤内服を開始した。〔考察〕乳幼児期は肝臓でのカルニチンの生合成能は成人の数分の一と低く、本例のように偏食がなく肉類摂取している幼児においてもカルニチン欠乏に注意する必要がある。

18. 常位胎盤早期剥離による緊急帝王切開の患者に対して濃厚フィブリノゲン製剤投与を行った1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²集中治療科)

○大栗雄治¹・◎小高光晴²

〔症例〕33歳女性、153cm、47kg、妊娠35週でG4P2(経膈分娩2回)の方。20xx年10月7日朝6時台に急激な腹痛と膈からの出血を主訴に前位を受診したところ常位胎盤早期剥離の疑いとなり当院に救急搬送され、Grade Aで緊急帝王切開となった。プロポフォール100mg、ロクロニウム60mg、レミフェンタニル2mg/hrにて迅速導入し、7.0mm気管チューブを挿管した。麻酔開始から3分後に児娩出した(Apgar score 2/9)。子宮収縮、止血目的でアトニン0.5mL、トランサミン5mLを投与した。胎盤娩出後はエフェドリン、ネオシネジンにて適宜昇圧した。術中にドライヘマト(血液凝固分析装置CG02N;A&T,横浜)にてフィブリノゲン濃度を測定したところ77.3mg/dLだった。術中に提出した血液検査の結果でもフィブリノゲン76mg/dLと低値だったため、手術終了後フィブリノゲン製剤を3g投与した。アンチトロンビンは57%だった。抜管後の母体は意識清明であり、バイタル安定していた。手術時間54分、麻酔時間1時間13分だった。術後8時間後にフィブリノゲンを測定したところ265mg/dLと上昇し、アンチトロンビンは85%だった。フィブリノゲンは術後1日目で336mg/dL、4日目で523mg/dLで推移した。〔考察〕常位胎盤早期剥離では産科危機的出血により播種性血管内凝固症候群(DIC)をきたすため早期の凝固因子の補充が必要である。まずは新鮮凍結血漿もしくはクリオレシピテートによる補充を行うが、フィブリノゲン値が150未満である場合、濃厚フィブリノゲン製剤使用の適応となっている。本症例では術中のドライヘマトでフィブリノゲン76mg/dLと低値であり製剤使用の適応となった。こうしたポイントオブケアの使用により早期の製剤投与の対応が可能となった。

19. 帝王切開後の術後癒痕に遅発性に発生した創部子宮内膜症の1例

(本院¹卒後臨床研修センター,²消化器・一般外科)

○大久保百合花¹・◎大目祐介²

〔はじめに〕創部子宮内膜症はまれではあるが、帝王切開後にも生じるとされる。われわれは臨床経過から創部子宮内膜症を疑い、切除に至った右鼠径部腫瘤の1例を経験したため報告する。〔症例〕40歳台、女性。20歳台時に帝王切開の既往がある。2年前から右鼠径部の術後癒痕部の腫瘤を自覚し、月経時に疼痛を伴い、徐々に痛みが増悪するため、当科へ紹介となった。触診では右鼠径部に圧痛を伴う可動性不良な3cm大の硬結を認めた。超音波検査では腫瘍は長径32mmで境界不明瞭、内部は低～高輝度のモザイク状を呈した。外腹斜筋を超えて鼠径管内および鼠径靭帯への浸潤も疑われた。造影コンピュータ断層撮影(CT)検査では、同部位に造影効果のある腫瘤が認められ、恥骨結節にも近接していた。上記所見から術後癒痕部に生じた子宮内膜症の可能性を考え手術を行った。腫瘍は、深部は横筋筋膜まで、尾側は鼠径靭帯まで、内側は恥骨結節表面まで浸潤していたことから、鼠径管と鼠径靭帯の一部を合併切除した。メッシュを腹膜前腔に展開し、腹壁の欠損を修復し、手術を終了した。術後経過は良好で術後2日目に退院した。病理組織学的検査の結果、皮下組織に腺や間質組織からなる内膜組織が観察され、子宮内膜症と診断した。術後症状は消失し、外来で経過観察中である。〔結語〕遅発性に発症する創部子宮内膜症を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

20. 腹腔鏡下に診断した interparietal hernia の1例

(八千代医療センター¹卒後臨床研修センター,²消化器外科)

○平林瑛晃¹・

◎石多猛志²・片桐 聡²

鼠径ヘルニアの稀な1亜型である interparietal hernia を腹腔鏡下に診断した1例を経験したので若干の文献的考察を加え、報告する。症例は74歳の男性、便秘を主訴に救急外来を受診した。以前より左鼠径ヘルニアを指摘されていた。身体所見は、腹部やや膨満、左鼠径部に軽度の膨隆を認めるも容易に環納できた。還納後も腹痛を認めた。鼠径ヘルニア嵌頓による腸閉塞ではなかった可能性を考え、腹部コンピュータ断層撮影(CT)を施行した。左下腹部に小腸の closed loop を認め、内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断して緊急手術を施行した。腹腔鏡下に腹腔内を観察すると、左外側膈袋の脂肪織の中に小腸が嵌頓していた。嵌頓を解除、小腸を引き出し整復した。嵌頓していた部分の小腸は、鬱血していたが蠕動を認め、温存可能と判断した。小腸切除を行うことなく、ヘルニア門を縫合閉鎖し手術を終了した。術後経過良好で、術後4日目に退院した。腹腔鏡下手術は腹腔からの視野が得られることでヘルニア門の特定がしやすく、術前診断が確定していない場合に有用と考える。

21. 定位脳生検術で診断に至ったトキソプラズマ脳症の1例

(八千代医療センター¹卒後臨床研修センター, 本院²脳神経外科,

³病理学講座(人体病理学・病態神経科学分野), ⁴感染症科)

○藤原美佳¹・

◎藍原康雄²・増井憲太³・菊池 賢⁴・川俣貴一²

〔症例〕53歳男性。X-4月に39°Cの発熱とめまい、ふらつき、息切れで近医を受診し、貧血と肺炎として治療された。X-2週間より再度めまい、ふらつきを自覚し、次第に歩行障害も出現したため前医を受診した。造影核磁気共鳴画像(MRI)でリング状増強効果を伴う左中脳の腫瘍性病変を指摘され、生検目的に当院転院となった。入院時のスクリーニング検査でヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染が疑われた。悪性神経膠腫、HIVに関連した中枢神経系原発悪性リンパ腫(PCNSL)や感染症を鑑別に挙げ、X+5日に脳生検術を施行した。迅速病理診断でトキソプラズマ感染症が疑われた。同時にHIV陽性と判明し、ニューモシスチス肺炎・サイトメガロウイルス感染が確認され、X+12日にスルファメトキサゾール・トリメトプリム(ST合剤)による治療を開始した。〔考察〕トキソプラズマ脳症は、免疫抑制状態の患者において特に重要な疾患である。本症例では、HIV感染に伴う免疫能低下がトキソプラズマ再活性化の引き金となった可能性が高い。造影MRIではリング状増強効果を伴う病変が確認され、悪性神経膠腫やPCNSLとの鑑別が必要であった。特に中枢神経系における免疫抑制関連疾患は、画像のみでは確定診断が難しいことが多く、早期治療のための確定診断が重要である。本症例では、脳生検により迅速に診断が得られ、適切な治療介入が可能となった。トキソプラズマ脳症は、早期の診断と治療が患者の予後を大きく改善させるため、適切な診断手段を選択することが重要である。〔結語〕本症例は、HIV感染を背景にトキソプラズマ脳症を発症した稀な例であり、迅速な病理診断と適切な治療開始により重篤な神経学的合併症の予防に寄与した。免疫不全状態における脳病変の診断には、早期の生検を考慮し、迅速な治療を行うことが重要である。

22. 薬物治療を施行後の下大静脈塞栓摘除術の手術成績と予後

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 泌尿器科,³ 本院 泌尿器科) ○中井啓裕¹・
◎西村紘一²・葛山七花²・中村和貴²・小林博人²・近藤恒徳²・高木敏男³

〔背景〕2017年版腎癌診療ガイドラインでは、腎癌の外科的治療を前提とした術前の薬物療法は、グレードC1の推奨とされている。しかし、腎癌の術前の薬物療法は使用薬剤、適応、予後等様々な評価項目があり、これらを均質化した高いレベルのエビデンスはいまだに乏しく、中でも下大静脈塞栓についてのデータは特に少ない。今回は薬物治療施行後に腎癌の下大静脈塞栓摘除術を施行した9例を解析し、術前の薬物療法の有効性を検討した。〔方法〕東京女子医科大学足立医療センターにおいて2019年9月から2024年7月にかけて薬物治療施行後に腎癌の下大静脈塞栓摘除術を施行した9症例において薬物治療の効果、手術の成績、予後を後ろ向きに評価した。〔結果〕薬物治療前の腫瘍塞栓レベルはレベル4が6症例、レベル3が1症例、レベル2が1症例、レベル1が1症例であった。8か月(5か月~15.5か月)の薬物治療を施行した後、手術を施行した。下大静脈塞栓の縮小率は22%(13.5%~39.5%)で、術前の薬物治療開始前の腫瘍塞栓レベルが4であった6症例のうち4症例が腫瘍塞栓の縮小により人工心肺を用いずに手術施行が可能であった。手術は275分(224分~459.5分)であり、術後合併症は心房細動が1症例、肝障害が2症例、リンパ瘻が1症例、腸管穿孔が1症例に認められた。術後入院日数は12日(8.5日~20日)であった。退院後の予後は9症例のうち3症例は再発を認めず、術後の化学療法を施行していない。〔結論〕下大静脈塞栓摘除術は術前に薬物治療を施行することによって、下大静脈塞栓の縮小を認め手術成績の向上を認める可能性がある。

23. テフロン肉芽腫による再発三叉神経痛の1例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 脳神経外科) ○本田美樹¹・
◎横佐古卓²・久保田有一²

〔はじめに〕三叉神経痛の再発の原因には様々な要因が考えられるが、初回手術時に使用したテフロンに起因した肉芽腫が再発の原因となることがある。テフロン肉芽腫が原因となる三叉神経痛では手術手技が複雑となるため、再発三叉神経痛の治療時にはテフロン肉芽腫の存在を考慮する必要がある。〔症例〕40代男性。6年前から左側臼歯に痛みが生じ、三叉神経痛の診断となった。投薬治療を行うも難治に経過したため、微小血管減圧術による治療をうけて、疼痛が消失していた。1年前に症状が再発し、当初は投薬治療で経過観察していたが、疼痛コントロールが不良となり、再手術を希望して当院を受診した。核磁気共鳴画像(MRI)所見では三叉神経の周囲に占拠性病変を認め、前回手術と関連し、テフロン肉芽腫の存在が疑われた。再手術時の手術所見として、三叉神経の頭側に肉芽組織が癒着していた。肉芽組織と三叉神経の剥離を行うも、三叉神経と肉芽組織に十分なスペースが確保できなかったため、単純な剥離のみでは再発のリスクが高いと判断した。そのため肉芽組織の一部を摘出する方針とした。摘出を行うと、肉芽組織の内部からテフロンの繊維が摘出された。三叉神経と肉芽腫との間に十分なスペースを確保できたことを確認し、手術を終了した。術翌日から疼痛が消失し、術後経過良好で退院となった。〔考察・結語〕今回テフロン肉芽腫による再発三叉神経痛を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

24. 乳腺 Ductal adenoma の1例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター,² 乳腺診療部科,³ 病理診断科) ○長谷川遼¹・
湯川寛子²・石橋祐子²・藤田佐希²・安斎裕美²・黒田一³・◎平野明²

症例は61歳女性。年1回の乳癌検診を受診しており、2023年は両側嚢胞であり、2024年の検診で視診、触診で異常なくマンモグラフィでは左L/I領域に等濃度腫瘤、乳腺エコーでは左CE領域に7×5×11mmの嚢胞内腫瘤、両側多発嚢胞を認めた。穿刺吸引細胞診ではductal carcinomaが疑われ当院紹介となった。核磁気共鳴画像(MRI)検査では左乳頭下に約8mmの結節と、乳頭方向へ連続する約10mmの造影域を認めた。針生検では硝子化から一部粘液様な間質にスリット状から迷路状の上皮、嚢胞化し過形成性を示す上皮を認めた。Ductal adenoma、乳管内乳頭腫が考えられるが確定診断には検体摘出で全体像を見ることが望ましいとされた。良性腫瘍の可能性が高く経過観察も提示したが、乳管癌の合併も可能性も考慮し手術も選択肢にあげたところ、最終的に手術を希望されたため左乳輪乳頭を含む乳房部分切除、センチネルリンパ節生検を施行した。病理組織診では周囲の線維性の壁と病巣の間に空隙が見られ、乳頭腫様の構造が認められた。様々な腺管が密在しており、一部腺管が硝子化した乳腺組織に取り囲まれた偽浸潤像を呈していた。免疫染色ではp-63、aSMAにて筋上皮細胞が腺管を取り囲む部分において陽性であり二相性が確認でき、浸潤は見られなかった。CK5/6、CK14がモザイク状に発現しており良性疾患であることを示唆しており、

Ductal adenoma と診断された。

25. Hybrid ER での緊急開胸手術で救命した外傷性心破裂の 1 例

(足立医療センター¹ 卒後臨床研修センター, ²Acute Care Surgery センター) ○鶴 敏英¹・
◎庄古知久²・横山 健²・中本礼良²

〔はじめに〕外傷性心破裂は外科的治療介入以前に死亡に至る症例が多く、また生存して病着した症例の全死亡率は 89%という報告があり、初期診療における治療戦略が患者の予後を大きく左右する。今回我々は外傷性心破裂に対して Hybrid ER (Emergency Room) で初期診療から手術までを迅速に行い、救命し得た症例を報告する。〔症例〕28 歳女性、バイクの単独事故による鈍的外傷で当センターに消防覚知より 23 分で搬入された。来院時血圧 57/35 mmHg のショック状態であった。FAST (focused assessment with sonography for trauma) および造影 CT (computed tomography) を行い大量の心嚢液貯留を認めた。その他両側肺挫傷、肝損傷、右腎損傷を認めた。気管挿管、急速加温輸血を行い、剣状突起下アプローチでの心膜切開にて血性心嚢液を認めた。外傷性心破裂と診断し Hybrid ER にて胸骨正中切開で開胸手術を行った。心嚢を切開し血腫を除去すると、右心耳に 5 mm 大の pinhole 状の損傷部位を認め、同部位から大量に出血した。サテンスキー鉗子で一次止血を行った後に縫合閉鎖し、心嚢ドレーンを留置し手術を終了した。肺挫傷、肝損傷、左腎損傷はいずれも保存的加療を行った。術後 1 日目に抜管し、2 日目に食事開始、3 日目に心嚢ドレーンを抜去、術後 7 日目に自宅退院した。現在も特に合併症なく当院に通院している。〔結語〕外傷性心破裂の症例では画像による迅速な診断と速やかな開胸心縫合手術、また輸血療法を含めた全身管理が救命には不可欠であり、Hybrid ER システムはこれを可能とした。

26. 胆嚢十二指腸瘻による胆石性腸閉塞の 1 例

(八千代医療センター¹ 卒後臨床研修センター, ²消化器外科) ○小田淳之¹・
◎丹羽由紀子²・石多猛志²・片桐 聡²

機械的腸閉塞でも胆石性腸閉塞は 0.1%程度と稀な疾患である。今回我々は胆嚢十二指腸瘻による胆石性腸閉塞の症例を経験したので、若干の考察を交えて報告する。症例は 79 歳男性、元々胆嚢結石を伴う胆嚢炎を繰り返しており、胆嚢摘出術を予定していた。2 日前からの嘔吐を主訴に当院外来を受診した。腹部は膨満であり、コンピュータ断層撮影 (CT) では以前の CT 所見で胆嚢内にあった 3 cm 大の胆石と思われる高吸収域が空腸内に移動しており、同部位より口側の空腸が拡張していた。また、胆嚢内、肝内胆管内に気腫を認めた。胆嚢十二指腸瘻による胆石性腸閉塞と診断し、緊急で開腹手術を行った。Treitz 靱帯から 200 cm の空腸内に閉塞起点となっている墜落結石を確認し、空腸を切開し結石を摘出し、空腸を縫合閉鎖した。胆嚢の手術は経過を見て、二期的に行う方針として手術を終了した。術後経過は問題なく 8 日目に自宅退院した。胆嚢十二指腸瘻に対しての手術は年齢を考慮し患者と相談の上、行わない方針とした。