

平成26年度 福島県地域医療症例検討会 アーカイブス

- 🌸 日時 平成27年3月7日(土)
- 🌸 会場 第1部 福島市「福島県医師会館」
1階 大会議室
第2部 福島市「グランパークホテルエクセル」
2階 クラブエクセル
- 🌸 発表者 福島県内の臨床研修医(1・2年次)9名
- 🌸 参加者 24名

主催：福島県臨床研修病院ネットワーク
福島県立医科大学医療人育成・支援センター
共催：一般社団法人 福島県医師会

目次

症例発表

- 当初T I Aが疑われた脳底動脈解離の一例～画像所見を中心に～** 1
発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医1年次 山國遼
- メトトレキサートによる薬剤性NASHと考えられた1例** 2
発表者：総合病院福島赤十字病院 研修医2年次 末永博紀
- 地域の二次病院で経験した肺線維症の一例** 4
発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医2年次 村田強志
- Assessment of Hypovolemic Shock
—墜落外傷の1例より—** 5
発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医1年次 海老原研一
- 脾梗塞を併発した悪性リンパ腫の一例** 8
発表者：総合南東北病院 研修医1年次 高畑陽介
- 社会資源の活用について学ぶ機会を得た脳膿瘍の一例** 10
発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 岩崎陽平
- 急性虫垂炎との鑑別を要した回盲部腫瘍を伴う盲腸癌の一例** 13
発表者：公立岩瀬病院 研修医1年次 星英行
- 完全房室ブロックを呈した劇症型心筋炎の一例** 16
発表者：太田西ノ内病院 研修医1年次 八重樫大輝
- 62歳で診断した心ファブリ病の一例** 19
発表者：大原総合病院 研修医2年次 武藤雄紀

当初TIAが疑われた
脳底動脈解離の一例

画像所見を中心に



福島県立医科大学 初期研修医一年次 山國 遼

メトトレキサートによる 薬剤性NASHと考えられた1例

福島赤十字病院内科消化器科¹・わたり病院病理科²

末永博紀¹、黒田聖仁¹、高住美香¹、郡司直彦¹、
寺島久美子¹、宮田昌之¹、海上雅光²

【入院時現症】

身長:143.0cm, 体重:38.6kg, BMI 18.9
血圧 110/70mmHg、脈拍 72/min、体温 37.2℃

身体所見:

頭頸部:眼瞼結膜貧血(-)
眼球結膜黄染(-)
甲状腺・触知せず

胸部:呼吸音異常なし。心雑音なし。

腹部:平坦、軟
腹痛(-)、腹部圧痛(-)、肝脾触知せず

【症例】62歳 女性

【主訴】なし(肝障害精査目的)

【既往歴】H19年 関節リウマチ
H23年 虚血性腸炎(当院消化器科入院)

【内服薬】メトトレキサート(MTX) 6mg/週

【アレルギー】なし

【生活歴】飲酒(-) 喫煙(-)

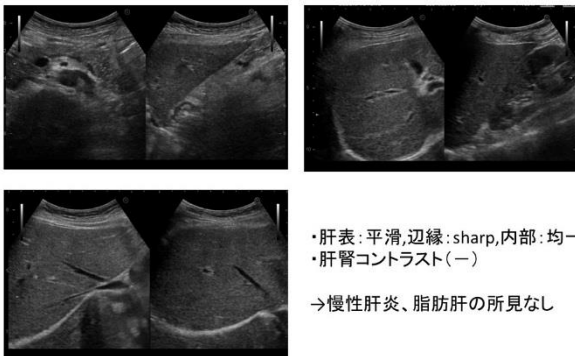
【現病歴】

H19年7月:右手指と両足指の腫脹・疼痛あり、近医にてRAと診断。
セレコキシブ、PSL 2mg/dayで投薬される。
H20年1月:両手足のこわばりの訴えあり。
メトトレキサート 6mg/週 追加となる。
H21年6月:症状軽快しPSL中止。
8月:検診で肝障害を指摘されたが、その後再検で異常なし。
H25年5月:肝障害持続、メトトレキサート中止。近医内科紹介、ANA 1280倍指摘。
8月:肝障害持続、メトトレキサート中止。近医内科紹介、ANA 1280倍指摘。
9月:自己免疫性肝炎が疑われたが、メトトレキサート内服歴あり
10月:自己免疫性肝炎疑われたが、メトトレキサート内服歴あり
薬剤性肝障害も疑われ、肝生検目的に10月22日入院となった。

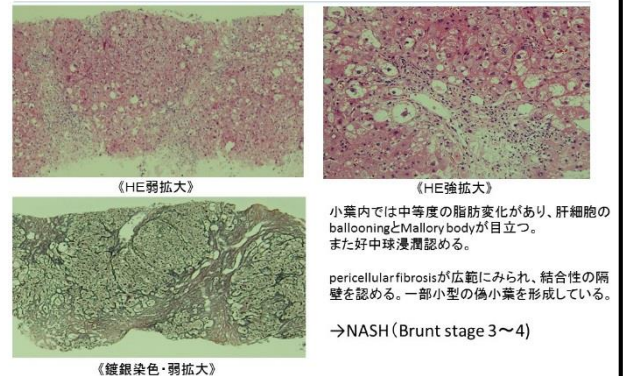
血液検査所見

<血算>		<生化学>		<自己抗体>	
RBC	3.52 × 10 ⁴ / μl	T-Bil	1.4 mg/dl	抗核抗体 (HO, SP)	1280倍
WBC	4100 / μl	D-Bil	0.2 mg/dl	抗ミトコンドリア抗体	陰性
Neu	46.2%	TP	7.6 g/dl	IgG	1636 mg/dl
Ly	41.8%	TTT	6.7	ヒアルロン酸	389 ng/ml
Mo	9.1%	ZTT	9.8	IV型コラーゲン7S	11 ng/ml
Ba	1.9%	AST	88 IU/l	<肝炎ウイルス>	
Eos	1%	ALT	64 IU/l	HBs抗原	(-)
Hb	11.9 g/dl	ALP	211 IU/l	HCV抗体	(-)
Ht	36.1%	LDH	222 IU/l	<血糖>	
PLT	126 × 10 ⁴ / μl	γ-GTP	65 IU/l	FPG	98 mg/dl
<凝固>		ChE	214 U/l		
PT	113 %	BUN	15.8 mg/dl		
PT-INR	0.92	Cre	0.67 mg/dl		
APTT	31.6 sec	TG	51 mg/dl		
		LDL-C	107 mg/dl		
		HDL-C	71 mg/dl		
		TC	188 mg/dl		
		CRP	0.22 mg/dl		

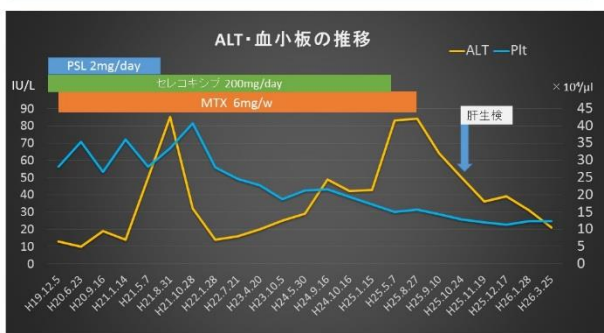
入院時腹部エコー所見



病理所見



経過



考察 薬剤誘発性NASH

- ①肝細胞ミトコンドリア毒性を有するもの (アミオダロン、タモキシフェン)
- ②内臓脂肪・糖尿病増悪など危険因子を増強するもの (エストロゲン、グルココルチコイド)
- ③その他の薬物 (バルプロサン、カルバマゼピン、メトトレキサート など) の大きく3種類に分類される。

考察

メトトレキサートによる薬剤性NASHは医中誌で検索した限り本邦では報告例がないが、海外では報告例がある。

LANGMAN,Gらは肝生検が施行された症例の中で、MTXが乾癬に対し投与されていた自検例24例について検討し、17例がNASHであったと報告している。13例では肥満や糖尿病を合併していて、4例ではNASH危険因子の合併はなかった。

NASH危険因子(肥満、糖尿病)を合併していた例は、リスクを有しない例と比べてNASH発症率が優位に上昇していた。

この事から肥満、糖尿病患者へのMTX投与はNASHのリスクをさらに高めると同時に、MTX単独でも十分なNASHのリスクになると報告している。

LANGMAN,G et al, Journal of Gastroenterology and Hepatology (2001)

本症例では肥満、糖尿病、高血圧などのNASH危険因子がなく、メトトレキサート終了後に肝障害改善したことから、メトトレキサートによる薬剤性NASHと考えられた。

結語

5年間の経過で進行したメトトレキサートによるNASHと考えられる1例を経験した。

メトトレキサート投与患者はALT上昇が軽度でも、NASHが進行している可能性があり注意が必要である。

メトトレキサート投与患者にて、徐々に進行する血小板減少、肝線維化マーカー高値を認めた際には、NASHを疑い肝生検を行うことが必要であると思われた。

地域の二次病院で経験した
肺線維症の一例

福島県立医科大学初期研修医

村田 強志

Assessment of Hypovolemic Shock — 墜落外傷の1例より —

福島県立医科大学附属病院
1年次研修医 海老原 研一

【症例】75歳 男性
【現病歴】

2015年1月X日

7時50分頃, 3 mの高さから墜落。腹臥位で発見。
8時11分 JCS 2, PR 90 /min., BP 119/58 mmHg,
SpO2 100 % (O2 10 L mask)

冷汗・顔面蒼白あり

胸部左側で呼吸音減弱→胸腔ドレーン挿入

8時27分 ドクターヘリ離陸

搬送中, 収縮期血圧が 70 mmHg台

→細胞外液1,500 mL急速点滴静注

→100 mmHg程度まで上昇

8時37分 当院へ到着した

Primary Survey(当院到着時)

Airway: 鼻腔周囲に血液付着, 気道は開通

Breathing: RR 40 /min., SpO2 100 % (mask O2 10 L),
頸静脈怒張(-), 左胸腔にドレーン挿入後(血性排液少量+),
皮下気腫(-), 胸部運動左右差(-), 呼吸音左右差(-)・副雑音(-)

Circulation: 末梢冷感(+), 橈骨動脈触知↓, PR 72 /min.,
BP 100/40 mmHg,
心雑音(-), FASTでMorrison窩にecho free space(+),
活動性外出血(-)

Dysfunction of CNS: 瞳孔径 4 mm/4 mm, 発語乏しい,
呼びかけで開眼, 四肢麻痺評価できず

Environment control: BT 33 °C

Secondary Survey

Allergy: (-), 喘息(-)

Medication: 不明

Past history: 不明

Last meal: 不明

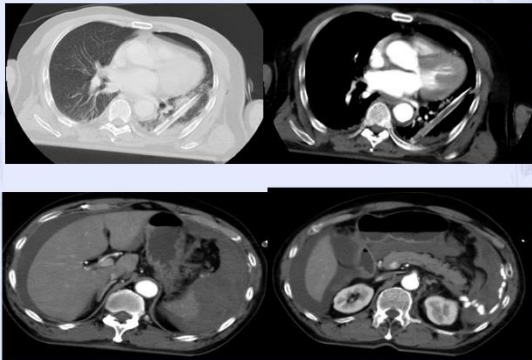
Event: 3 mの高さから墜落? 腹臥位になっていた

Evaluation

- ◆ 接触時冷汗(+)
- ◆ 末梢冷感(+)
- ◆ 橈骨動脈触知↓
- ◆ HR 72 /min., SBP 100 mmHg
→Shock Index 1.4
- ◆ Morrison窩FAST(+)

出血性shockありと判断

↓
出血源検索(造影CT)



入院時検査所見

生化学		凝固
TP 3.4 g/dL ↓	CK 251 U/L	PT 69.9 % ↓
Alb 2.1 g/dL ↓	AMY 47 U/L	PT-INR 1.19
AST 24 U/L	Glu 219 mg/dL ↑	APTT 32.9 sec.
ALT 14 U/L	HbA1c 5.9 %	Fib. 161 mg/dL ↓
LD 178 U/L	CK-MB 6.1 ng/mL ↑	D-dimer 75.0 μg/mL ↑
ALP 109 U/L ↓	トロポニンT 0.216 ng/mL ↑	血液ガス
γ-GTP 14 U/L	BNP 34.0 pg/mL ↓	pH 7.308 ↓
ChE 161 U/L ↓	免疫	PaCO2 41.3 mmHg
T-bil. 0.2 mg/dL	CRP 0.24 mg/dL	PaO2 272.0 mmHg ↑
D-bil. <0.1 mg/dL	血算	HCO3 20.1 mEq/L ↓
BUN 16 mg/dL	WBC 13800 /μL ↑	ABE -5.2 mEq/L
Crea 1.10 mg/dL	桿状核球 5 %	SBE -5.1 mEq/L
eGFR 69 mL/min.	分葉核球 80 %	感染症
UA 7.0 mg/dL	リンパ球 9 % ↓	RPR (-)
Na 138 mEq/L	RBC 2.50x10 ⁶ /μL ↓	TP-Ab (-)
K 2.9 mEq/L ↓	Hb 7.2 g/dL ↓	HBs-Ab (-)
Cl 110 mEq/L ↓	Hct 22.4 % ↓	HCV-Ab (-)
Ca 6.5 mEq/L ↓	Plt 139x10 ³ /μL ↓	

Problem List

- #1: 出血性shock; 脾損傷
- #2: 左血気胸; 胸腔ドレーン挿入済み
- #3: 右硬膜下血腫, 脳挫傷

来院後経過

10時頃 CT撮影中, BP 60 mmHg台まで低下

↓
大動脈遮断バルーンを挿入し, 輸血施行

↓
BP 100/40 mmHg程度に上昇

↓
10時30分 手術室入室 - 開腹止血術(脾臓摘出術)
手術時間 47 min.

術後経過

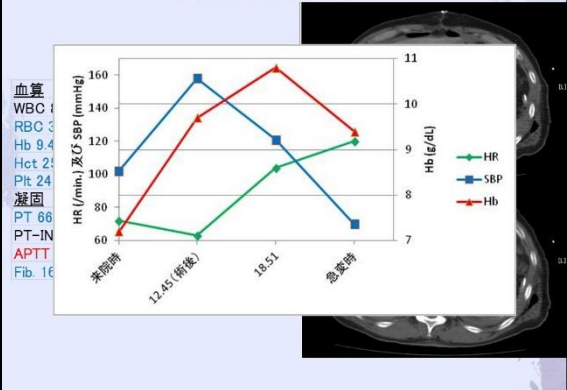
12時 帰室; HR 63 /min., BP 158/52 mmHg

↓
20時 SBP 70 mmHg, HR 120 /min.に
腹部エコーでMorrison窩, 脾腎傍腔に多量のecho free space(+)

↓
Alb製剤・ノルアドレナリン点滴, 輸血施行でBP安定

↓
CTや血液検査再検

急変後検査所見



22時30分 緊急再手術(開腹止血術)のため入室

- ・ 臍尾部末端に動脈性出血→二重結紮で止血
- ・ 後腹膜からoozing→縫合, アビテンシートで止血
- ・ 手術時間 1 hr. 1 min.

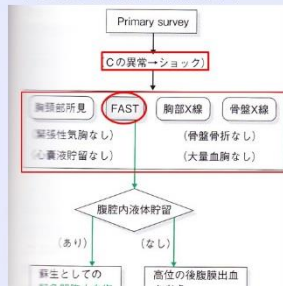
↓
術後経過

- ・ BP>100 mmHgで経過, 尿量 100 mL/hr.程度に
- ・ 頭部CT F/U; 出血拡大なし
- ・ 気管挿管・人工呼吸器離脱
- ・ 胸腔ドレーン抜去

考察

腹腔内出血の精査について

循環の不安定な腹部外傷評価アルゴリズム



受傷後1時間or数時間以内の手術適応

①Vital Sign, ②FASTによる腹腔内出血の量的評価で判断

(改訂第4版 外傷初期診療ガイドラインより)

Q1: 本症例において, CTを撮影するという判断は適切だったのか?

A: 全身CT撮影は外傷初期診療に有用となり得る

- ① 撮影例で実生存率>予測生存率とする報告あり
- ② 撮影不要と思われた部位でも, 17%の症例で有意所見(+)
- ③ 撮影時間は全身CT<部位別CT

注意!

- ① 移動時・撮影中の急変に対応できるようにしておく
- ② 移動時・撮影中もモニタリング継続

(改訂第4版 外傷初期診療ガイドラインより)

Q2: 術後の経過で、再出血があると判断した根拠は？

A: SBP低下に加え、頻脈が出現し、FAST陽性であった。

- ◆ 頻脈, CRT \geq 2 sec., 末梢冷感 etc. } Shock(+)と判断
- ◆ Shock Index \geq 0.8
- ◆ FASTは腹腔内貯留液への感度が73~88%、特異度は98~100%

FASTは腹腔内出血探知の為、研修医でも必須の技術であると思われる。

結語

- ◆ 開腹手術を必要とした脾損傷の1例を経験した
- ◆ 身体所見はshockの認知に重要な役割を果たす
- ◆ FASTは腹腔内出血の検知に有効である
- ◆ 外傷初期診療でCTは出血源検索に有用である

御清聴ありがとうございました



脾梗塞を併発した悪性リンパ腫の1例

脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院
 消化器内科 初期研修医
 ○高畑陽介
 消化器内科
 濱田晃市 福島大造 成井貴 西野徳之 十林賢児
 消化器外科
 楡井東 藁谷暢 高野祥直 寺西寧
 病理診断科
 佐久間秀夫

背景

脾梗塞は通常、心房細動・感染性心内膜炎などが基礎にあり発症する。

今回基礎疾患がなく画像所見で脾梗塞を呈し、状態悪化のため緊急手術を施行し、まれな悪性リンパ腫と診断された1例を報告する。

- 【症例】** 50歳 男性
【主訴】 発熱、心窩部痛、左側腹部痛
【既往歴】 亜急性甲状腺炎、十二指腸潰瘍、2型糖尿病
【生活歴】 飲酒・喫煙歴なし
【家族歴】 特記すべき事項なし
【現病歴】

発熱・腹痛を自覚した為近医受診し精査加療目的に当院消化器内科受診。血液検査で炎症反応高値と肝・胆道系酵素の異常を認め、造影CTで脾臓に楔状の低吸収所見がみられ脾梗塞を疑い入院となった。

【入院時現症】

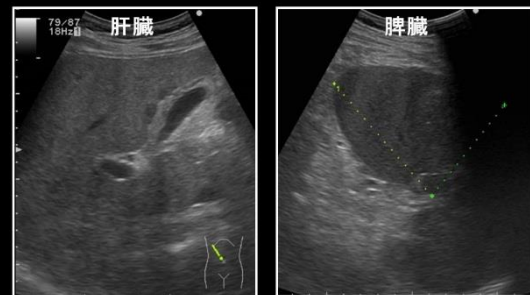
意識清明
 体温 37.9 °C
 血圧 125/78 mmHg
 SpO2(room): 98 %

黄疸なし
 左側腹部に圧痛あり、反跳痛なし
 左背部叩打痛あり
 右肋骨弓下に肝臓3横指触知する
 体表リンパ節の触知なし

【入院時検査所見】

WBC	19370/μL	T-chol	193 mg/dL
RBC	378 × 10 ⁴ /μL	TG	200 mg/dL
Hb	11.0 g/dL	Glu	145 mg/dL
Ht	33.1 %	UN	15.8 mg/dL
MCV	88 fl	Cr	1.12 mg/dL
Plt	34.6 × 10 ⁴ /μL	Na	139 mEq/L
TP	5.9 g/dL	K	4.1 mEq/L
Alb	3.6 g/dL	Cl	104 mEq/L
T-Bil	1.53 mg/dL	CRP	7.15 mg/dL
AST	50 U/L	PT	14.7 sec
ALT	74 U/L	PT-INR	1.31
LD	1583 U/L	APTT	25.6 sec
γ-GTP	417 U/L		
ALP	1147 U/L		
AMY	37 U/L		

腹部超音波

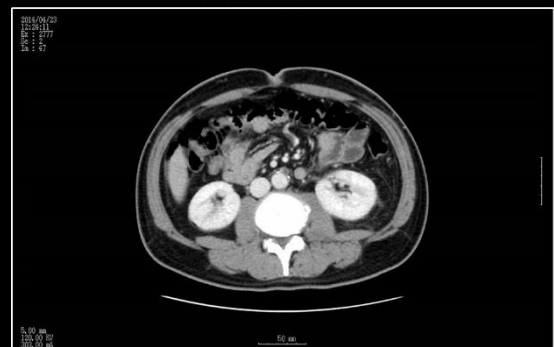


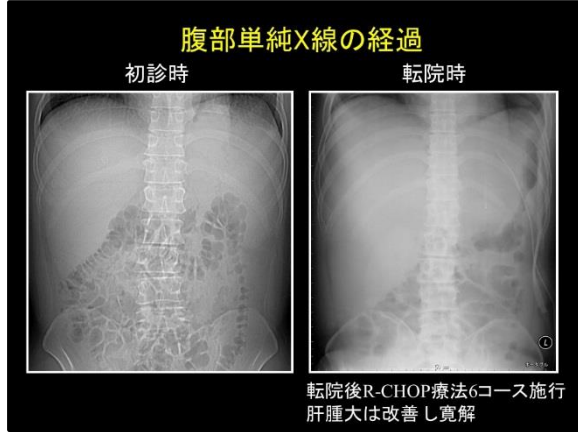
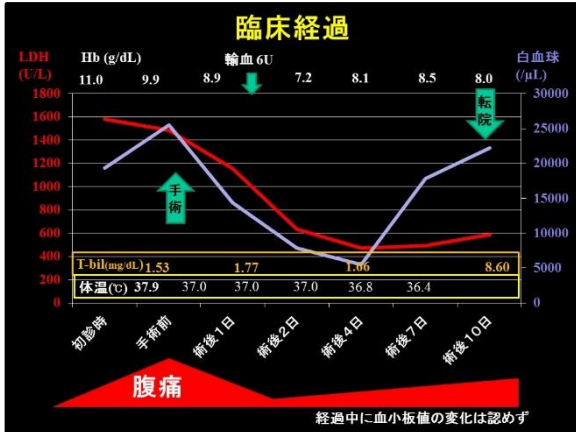
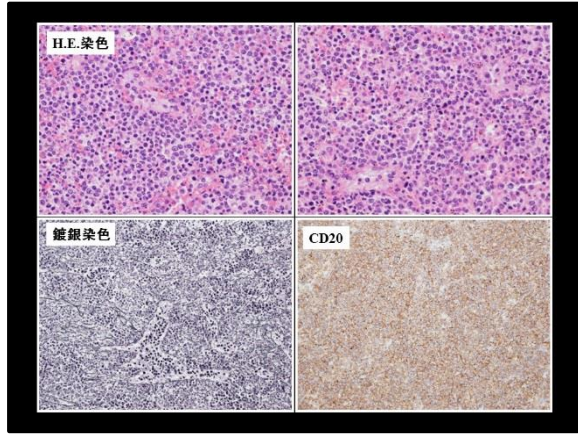
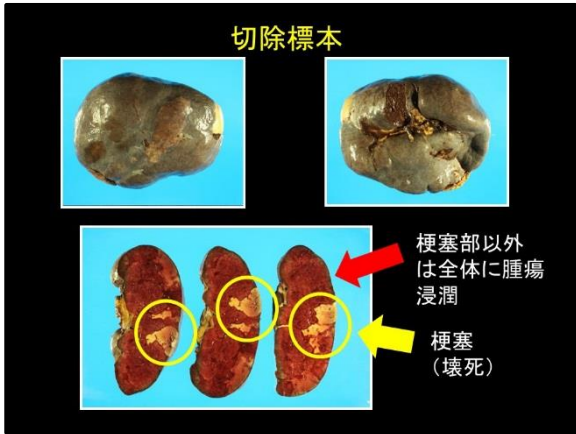
Spleen Index: 47

腹部単純CT



腹部造影CT





血管内大細胞型B細胞リンパ腫 Intravascular large B-cell lymphoma (IVL)

IVLは以前はdiffuse large B-cell lymphomaの一亜型とされたが、現在は成熟B細胞腫瘍内の独立した疾患概念となっており、リンパ腫細胞が血管内に集積することが特徴である。

頻度は悪性リンパ腫の1%以下とされる稀な疾患であり、血管内に集積することから全身の様々な臓器で腫瘍塞栓による症状を呈する。しかし、腫瘍を形成せずリンパ節腫大も認めないことから悪性リンパ腫の中でも診断に難渋している報告例が散見される。

病変部位の報告例

中枢神経39%、皮膚39%、骨髄32%、肝臓26%、脾臓26%、腎臓21%、肺19%、前立腺16%、心臓11%、消化管8%、子宮8%、胆嚢3%

IVLは進行が早いこと、診断が困難であることから予後は不良とされている。

Pflieger L, Yapponeer J. Zur Kenntnis der systemischen Endothelomatose der cutanen Blutgefäße. Hanover: 1959;10:359
Cancer KC, Wenzel EA. Intravascular large B-cell lymphoma. In: Jaffe ES, Harris NL, Stein HP, Sklarson, World Health Organization Classification of Tumors, Pathology and genetics of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC; 2001;209:177.

考察

IVLは腫瘍細胞による全身の梗塞巣のため急速に病状が進行する予後不良の疾患であり、報告例が希少のため診断が困難とされている。

本症例も脾梗塞を契機に急性増悪し、壊死部の感染合併も考え緊急手術となり摘出標本にてIVLと診断された。

画像所見で原因不明の梗塞像を認めた場合には鑑別に考慮する必要があると考える。

結語

本症例は画像診断により脾梗塞を認め、急性増悪の経過により手術に踏み切った。摘出検体からその原因として稀な悪性リンパ腫の診断に至った一例を経験したので報告した。

社会資源の活用について学ぶ機会を得た 脳膿瘍の一例

南相馬市立総合病院
岩崎 陽平、社本 博
平成27年3月7日(土)
平成26年度福島県地域医療症例検討会

はじめに

- 複雑な社会的背景を有する患者では、治療を進めるうえで、医療費の支払い等が困難となるケースがある。
- 今回、社会資源の活用について学ぶ機会を得た。

症例 40代 男性

- 主訴 意識障害、発熱、頭痛
- 現病歴
入院7日前、頭痛、嘔気が出現。
入院1日前、頭痛が増強。
翌日、離床困難となった。突然、左共同偏視を伴う痙攣発作重積状態となり、同居人が救急要請。

症例 40代 男性

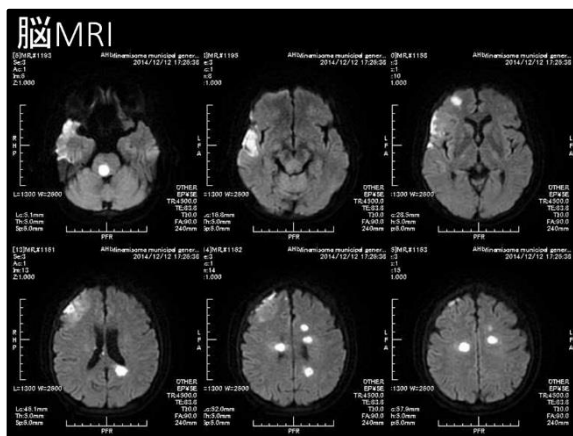
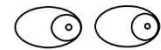
- 既往歴
肝硬変、胃潰瘍穿孔(1年前、近医で胃部分切除)
- 内服薬：なし
- アレルギー：なし
- 喫煙歴：10本/日
- アルコール：ビール500ml/日

症例 40代 男性

- 生活歴
職業：元原発作業員。
1年前から南相馬市に在住。
友人宅に同居。生活は不規則。
元の住所：東京都。
離婚した妻、子供居るが連絡はつかない。
保険証あり。

入院時身体所見

- 意識レベルJCS 1
- BT 38.6°C、BP 112/80 mmHg、HR 120 /min、SpO₂ 100%(O₂ 4L/min)
- 胸部 心雑音なし、呼吸音異常なし
- 腹部 左腹部に腫瘤を触知
- 左共同偏視あり
- 項部硬直なし
- 麻痺なし



治療方針

- 腹腔内膿瘍に続発した脳膿瘍と考え、CTRXとABPC/SBCの静注を開始し、メロニダゾールを経腸投与した。
- 入院2日目、腹腔内膿瘍に対し、開腹膿瘍除去術及び洗浄ドレナージ術を行った。
- 血腫500g、腹水1000mlを排出した。

術後検査結果

- 腹腔内病変から*Streptococcus constellatus*が検出された。
- 経過中、血液、尿、髄液からの細菌検出はなかった。
- 心エコーで、異常所見はみられなかった。
- 腹水、髄液からの腫瘍細胞検出はなかった。

診断 多発性脳膿瘍、腹腔内膿瘍

- 腹腔内膿瘍が感染源となり、菌血症から脳膿瘍を併発したと診断した。
- 術後、解熱を認め、意識レベルは改善した。
- 脳膿瘍に対し、抗菌薬投与を継続した。

今後の方針

- 入院治療を継続するうえで、**医療費支払いは困難**と考えられた。
- 患者の家族との連絡はかろうじて可能だったが、長女は未成年であった。

- 当院の社会福祉士(以後、MSW)とともに、今後の方針を考えることとした。複数回にわたり、患者本人、医師、看護師、MSWが集まり、面接を行った。

初回面接時の問題点と対応

- ①現状、キーパーソンは不在。
- ②医療費の支払い能力がない。
- ③身の回りの世話をする人がいない。



- 住民票は南相馬市。
- 患者の判断能力がかろうじてある状態で、**福祉事務所に保護の申請を進める意思確認**を行った。
- 後日、生活保護受給が決定。

入院後経過

- 入院34日目の脳CTで、新規病変を認めた。
- 入院39日目、突然意識レベルがCS-20まで低下した。

- CTRX 2g/日 静注 9日間
- グリセオール 静注



没後の方針

- 患者が危篤状態となったため、長女に改めて連絡し、「生きているうちに会うなら今しかない」と伝えた。
- 没後は福祉事務所と連携し、葬儀社と火葬の手配を行うこととした。

家族との面談

- 東京都在住の兄夫婦が患者の子供とともに来院した。元妻、兄弟にも連絡がつき、次々と見舞いにやってきた。
- 現在の医療費の支払いは必要ないと説明した。家族は安堵した様子。

- 入院73日目永眠された。
- 没後は兄が手続きを行うこととなった。

生活保護制度

趣旨

- 生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としています。

(生活保護制度 | 厚生労働省)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaijo/seikatsuhogo/seikatsuhogo/

生活保護制度

申請のための条件

- 生活保護は世帯単位で行い、世帯員全員が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することが前提でありまた、扶養義務者の扶養は、生活保護法による保護に優先します。

(生活保護制度 | 厚生労働省)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaijo/seikatsuhogo/seikatsuhogo/

考察①

- 術後、患者の状態は改善し、退院の見込みも出てきたが、就労は困難であると予想され、収入をどのように得るかが課題だった。
- 生活保護を申請し認定されたことで、医療費支払いが不要になり、安心して医療を受けられるようになった。
- 兄弟が医療費を負担できた可能性もあるが、当初、兄弟がいるかどうか不明だった。

考察②

- 身寄りのない者が死亡した場合、墓地埋葬法に基づき、市が遺体を引き取り、埋葬を行うことができる。
- 福祉事務所と連携して、没後の火葬や遺体の引き渡しを行うことができた。

考察③

- 複雑な社会的背景のある患者において、キーパーソンや家族を把握することは重要。
- 身寄りのない患者の退院後の生活を支援していく上で、MSWと連携を取り合うことは大切。

まとめ

- 社会資源の活用について学ぶ機会を得た多発性脳膿瘍の一例を経験した。

2015年3月7日(土) 福島県地域医療症例検討会

急性虫垂炎との鑑別を要した 回盲部膿瘍を伴う盲腸癌の一例

公立岩瀬病院 外科
星 英行 大谷 聡 花山寛之
斎藤敬弘 土屋貴男
伊東藤男 三浦純一

症例

- 72歳 女性
- 主訴 下腹部痛 嘔気
- 既往歴 26歳 帝王切開
- 家族歴 特記事項なし
- 現病歴 2014年10月10日より悪寒、その後腹痛出現した。翌朝から数回の嘔吐認めため、近医受診。急性虫垂炎の疑いで公立岩瀬病院外科に紹介受診となった。

はじめに

- 穿孔性虫垂炎や憩室炎が原因の回盲部膿瘍は日常診療でよく経験するが、大腸癌が原因であることは比較的少ない。

Merrill JG, et al : Carcinoma of the colon perforating onto the anterior abdominal wall. Surgery 1950;28:662-671

- 膿瘍形成性虫垂炎との鑑別を要した回盲部膿瘍を伴う盲腸癌の一例を経験したので報告する。

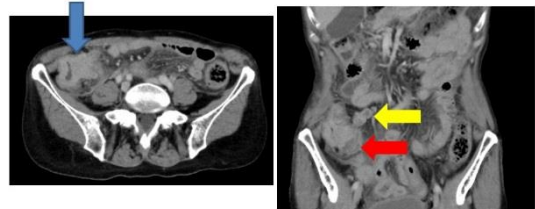
初診時現症

- 体重 39.0 kg
- 血圧 115/60 mmHg
- 脈拍 86 /分
- 体温 38.6℃
- 肺う音 (一)
- 下腹部圧痛(+) 
- 筋性防御(一)

血液生化学検査所見

WBC	3,400 /mm ³	TP	6.6 g/dl	Na	135 mEq/l
RBC	4.13 ×10 ⁶ /mm ³	Alb	3.9 g/dl	K	3.6 mEq/l
Hb	11.5 g/dl	TB	0.5 mg/dl	Cl	100 mEq/l
Hct	35.3 %	AST	67 IU/l	Glu	196 mg/dl
Plt	17.1 ×10 ³ /mm ³	ALT	53 IU/l	CRP	4.32 mg/dl
		LDH	268 IU/l	CEA	25.7 Ng/ml
		ALP	263 IU/l	CA19-9	36.5 U/ml
		BUN	17 mg/dl		
		Cr	0.62 mg/dl		

初診時腹部造影CT所見



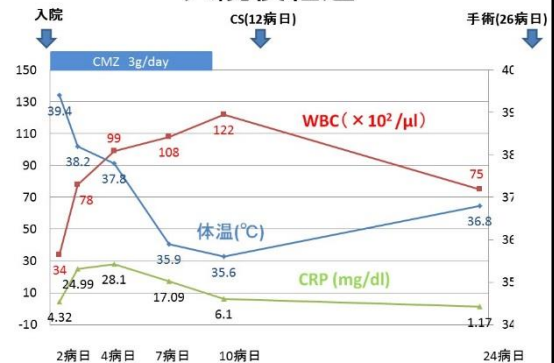
盲腸壁の肥厚と回盲部膿瘍形成を認めた

初診時鑑別診断

- 腫瘍・膿瘍形成性虫垂炎
- 大腸憩室炎
- 大腸癌

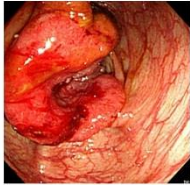
腹部CT検査で盲腸壁の不整な壁肥厚が高度であり、大腸癌も疑われた。腹腔内膿瘍に対する保存的加療に並行し精査を進める方針とした。

入院後経過

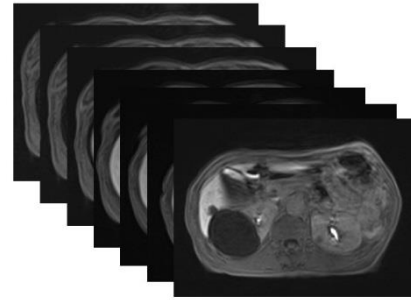


下部消化管内視鏡検査 (10/22)

上行結腸に2/3周を占める2型腫瘍を認めた。
Scopeは通過しなかった。
病理組織検査: Group5 中～高分化型管状腺癌

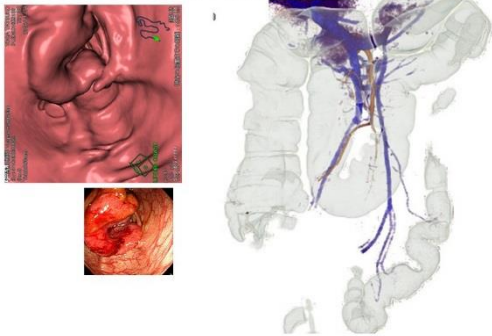


EOB-MRI (10/31)



明らかな肝転移は認めなかった(T1強調: 肝細胞造影相)

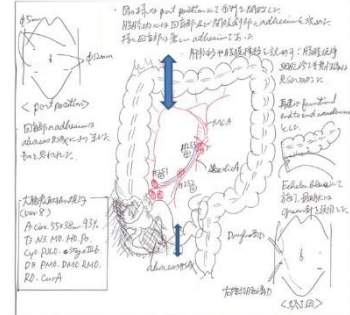
CT-Colonographyおよび血管構築 (11/4)



支配血管は回結腸動脈であった

手術所見

腹腔鏡補助下右結腸切除術, D3リンパ節郭清
機能的端端吻合

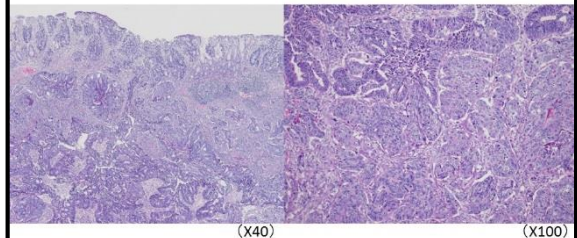


摘出標本



盲腸に2/3周性の2型腫瘍 (52X30mm)

病理組織検査



(X40) (X100)
tub2>tub1 pT4a, INFb, int, ly2(ss), v2(ss), PN1a,
pPM0(59mm), pDM0(100mm), pRM0
LN:pN3(5/11); 腸管傍(1/2); 中間(3/5); 主(1/4)
→Stage IIIb

術後経過

3POD: 飲水開始

4POD: 食事開始

術後合併症として麻痺性イレウスを発症したが絶食・補液で保存的に改善した

20POD: 退院

術後6週間後よりカペシタビンによる補助化学療法を外来通院にて施行中

医中誌で検索しえた回盲部腫瘍を伴う上行結腸癌・盲腸癌報告症例(2005年以降)

報告者	報告年	年齢/性	部位	治療	病理所見	初診時診断
川田	2005	78/女	盲腸	右半切除	粘液癌	盲腸癌
塚田	2005	76/女	上行結腸	右半切除	中分化腺癌	不明
鈴木	2008	74/女	盲腸	右半切除	粘液癌	盲腸癌
Kano	2008	70/女	上行結腸	右半切除	粘液癌	不明
小林	2009	74/男	盲腸	右半切除	中分化腺癌	大腸癌
大橋	2009	61/男	盲腸	右半切除	粘液癌	大腸癌
佐藤	2010	63/男	盲腸	回盲部切除	中分化腺癌	不明
市川	2011	78/女	上行結腸	右半切除	中分化腺癌	腹腔内出血
斎藤	2012	73/女	盲腸	右半切除	粘液癌	盲腸癌・右卵巣癌
松永	2013	79/女	盲腸	回盲部切除	中分化腺癌	虫垂炎
清松	2013	95/女	盲腸	右半切除	粘液癌	大腸癌・盲腸癌

平均年齢74.6歳

考察

回盲部膿瘍の原因

- 膿瘍の穿孔・穿通
- 癌の虫垂根部への浸潤、浮腫による内腔閉鎖により虫垂炎を発症していた可能性

本症例では、虫垂への癌細胞の浸潤があり、閉塞していたと考えられる。膿瘍周囲および虫垂には炎症細胞の軽度浸潤がみられ、軽度のカタル性虫垂炎の所見であった。

考察

大腸癌全体の粘液癌の割合は約10%¹⁾であるが今回検索した報告の半数は粘液癌であった。

粘液癌による膿瘍形成の機序として、粘液癌の産生するムチンが組織間隙を開くため癌細胞が入り込みやすく浸潤傾向強い¹⁾よって緩徐に膨張性の発育をする性質になる^{1,2)}

1) 能見ら：大腸粘液癌の検討。日消外会誌1982;15:1876—1880

2) Merrill JG, et al: Carcinoma of the colon perforating onto the anterior abdominal wall. Surgery 1950;28:662—67

考察

- 大腸癌が原因で急性腹症を発症する年齢は大腸癌の好発年齢とほぼ一致すると考えられる。
- 10歳～30歳代が半数を占める急性虫垂炎と比較すると高齢者に多いといえる

永井ら：虫垂炎の外科治療—最近の動向。外科 2013;6:571—575

結語

- 回盲部膿瘍をきたした盲腸癌の一症例を経験した。
- 回盲部膿瘍の原因としては虫垂炎、憩室炎以外にも大腸癌の可能性を考慮する必要がある。
- 高齢者の急性腹症では常に悪性疾患を鑑別に入れるべきである。

完全房室ブロックを呈した 劇症型心筋炎の一例

(財)太田綜合病院附属太田西ノ内病院
循環器センター 循環器内科
八重樫 大輝 金澤 晃子 神雄 一朗 渡邊 俊介
石田 悟朗 遠藤 教子 新妻 健夫 小松 宣夫 武田 寛人

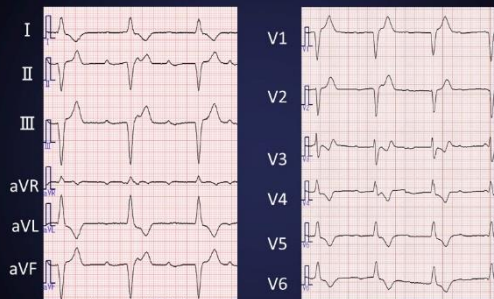
来院時現症

身長:176.0 cm 体重:61.3 kg
意識:E4V5M6 心拍数:49 bpm 整 血圧:83/61 mmHg
呼吸数:22 回/分 SpO₂:98 % (room) 体温:36.2 °C
胸部:心雑音(-),ラ音(-) 腹部:平坦・軟
四肢:冷感(+),浮腫(-)

Laboratory Data

WBC 5300 / μ l	TP 7.0 g/dl	BUN 13.4mg/dl	CK 712 U/L
Band form 9.5%	Alb 3.7 g/dl	Cr 1.08 mg/dl	CK-MB 55 U/L
Segmented 49.5%	T.Bil 0.71 mg/dl	Na 134 mEq/l	CRP 2.28mg/dl
Eosino 2.0%		K 4.4 mEq/l	Tn-T (+)
Lymph 35.0%	AMY 74 U/L	Cl 102 mEq/l	BNP 125 pg/ml
RBC 434 \times 10 ⁴ / μ l	AST 294 U/L		
Hb 14.8 g/dl	ALT 260 U/L		
Ht 43.6 %	LDH 564 U/L		
Plt 11.4 \times 10 ⁴ / μ l			

来院時 ECG



心室調律 49bpm 完全房室ブロック

来院時画像所見

《X-ray》



(A-P 臥位) CTR 56.4 %

《胸部CT》

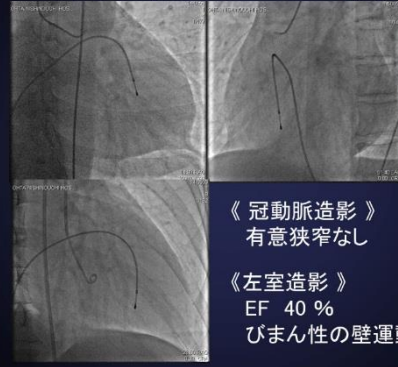


全周性に心嚢液少量

《UCG》

びまん性の壁運動低下あり,全周性に少量心嚢液貯留

緊急心臓カテーテル検査



《冠動脈造影》
有意狭窄なし

《左室造影》
EF 40 %
びまん性の壁運動低下

臨床診断

- 特に既往歴のない40代男性の嘔気と前失神感。
- 先行する発熱、倦怠感などの非特異的な症状。

+

- 刺激伝導障害(完全房室ブロック)
- 心筋逸脱酵素(CK/ CK-MB, Tn-T)の上昇
- 臓器還流障害を疑わせる逸脱酵素の上昇
- 冠動脈疾患では説明できない、びまん性の壁運動低下
- 急激に進行する循環動態の悪化

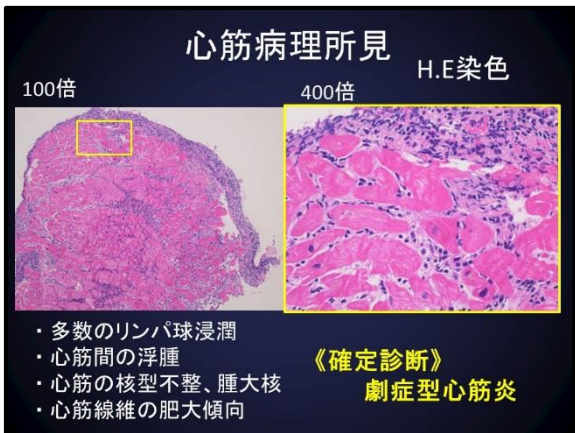
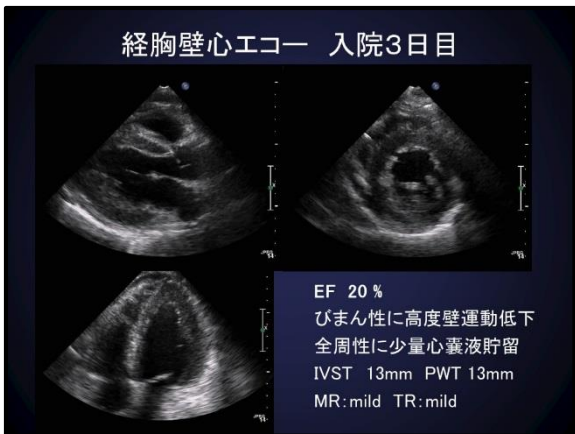
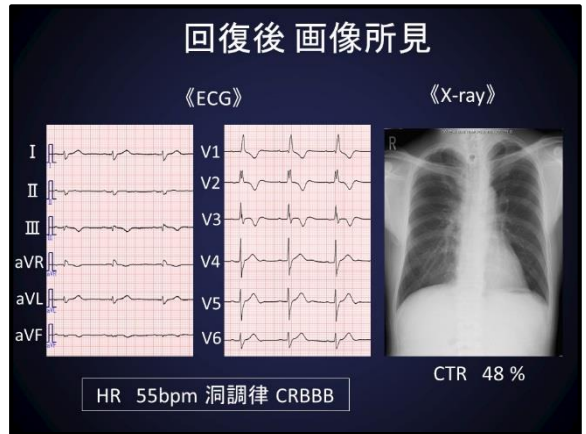
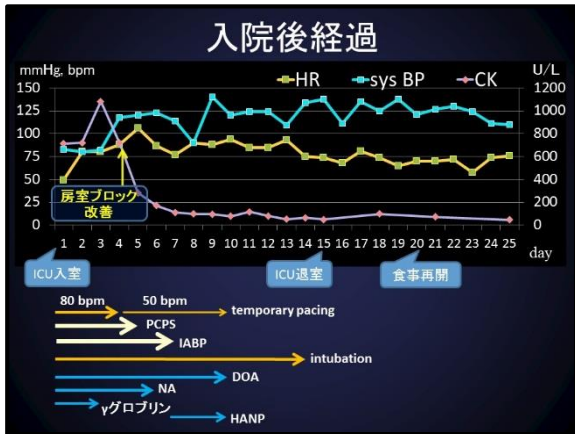
→ 劇症型心筋炎??

治療方針

循環動態が更に悪化する可能性を考慮。



IABP、PCPSなどの補助循環装置を導入



考察

劇症型心筋炎

- 血行動態の急激な破綻をきたし、致死的な経過をとるが、急性期を乗り切れば遠隔予後は比較的良いとされている。
- 急性期の死亡率は42~50%。
- 救命のためには、早期に診断し、適切な治療を開始することが必要とされる。

急性および慢性心不全の診断・治療に関するガイドライン(2009改訂版)

死亡例の特徴

死亡群は有意に、

- 入院からPCPS導入までの日数が長い。
- PCPS初期流量設定が低い。(不適切な設定)
- 合併症出現率が高い。

合併症
1) 下肢阻血、2) 多臓器不全、3) 出血・溶血

適当な症例に、早期に、適切に運用する

それはどんな症例？

和泉 暁ら「心臓補助装置を用いた劇症型心筋炎の治療に予後に関する調査研究」Jpn Circ J 2000 ; 64(Suppl II) 985-992

劇症型心筋炎を早期に診断する

- ① 劇症型心筋炎の診断に役立つ症状
- ② 劇症型心筋炎の診断に役立つ所見
- ③ 重症化・劇症化の予兆を捉える

② 劇症型心筋炎の診断に役立つ所見

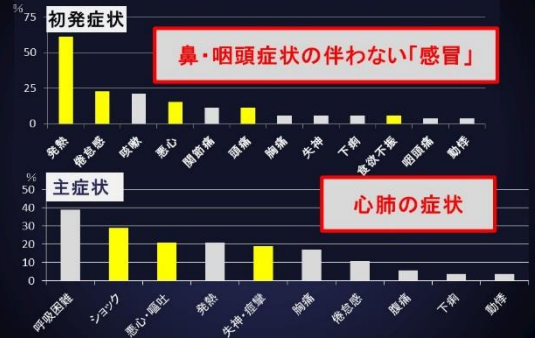


- 血液ガス: 代謝性アシドーシスの呼吸性代償
 - 血算: WBC↑、Plt↑
 - 心筋逸脱酵素↑
 - 低Na血症、CRP↑
 - CK上昇しなかったり、CK-MBが10%以上にならない(57%)ことも
 - トロポニンT陽性
- 和泉 徹ら「心筋標的治療を用いた劇症型心筋炎の治療と予後に関する調査研究」Jpn Circ J 2000 ; 64(Suppl II) 985-992
小玉 誠 劇症型心筋炎の臨床像—劇症型心筋炎の臨床、和泉 徹編、医学書院、東京2002: 11

劇症型心筋炎を見逃さないために、
有効で特異的な
診察所見・検査所見はない

常に疑うこと、「ただの風邪」と思っても慎重に
問診・診察することが大切

① 劇症型心筋炎の診断に役立つ症状



③ 重症化・劇症化の予兆を捉える

初診時所見

	BP < 100mmHg	QRS > 0.12sec	死亡率
A	+	+	29%
B	+	-	17%
	-	+	
C	-	-	2%

佐藤 孝弘ら 劇症型心筋炎 (PM) に対するステロイドおよびγグロブリン製剤の効果 ICU & CCU 37: 967-71, 2013

結語

来院時の心電図で完全房室ブロックを呈した劇症型心筋炎に対し、早期に本疾患の可能性を考え、治療介入により救命し得た一例を経験した。

62歳で診断した心ファブリ病の一例

大原総合病院 初期研修医
武藤 雄紀

症例提示 62歳 男性

【主訴】 労作時息切れ・下腿浮腫
 【既往歴】 平成24年(61歳):胃癌(胃全摘)、肺転移(化学療法)
 【生活歴】
 喫煙歴:20~42歳 40本/日、現在は禁煙中 飲酒歴:焼酎3合/日、現在は禁酒中
 【現病歴】
 平成7年(44歳)に、健診での心電図異常を契機に心肥大を指摘されていたが、特に精査加療せず経過していた。
 平成23年11月(60歳)、胃癌の術前検査にて当院循環器内科を紹介され受診した。心エコーにて著明な心肥大を認め、心臓カテーテル検査では冠動脈に有意な所見なし。その後、β-blocker, ACE-Iの内服加療を行い、以降外来にてfollowされていた。
 平成25年1月(62歳)、労作時息切れ・下腿浮腫が出現し、BNP 373.1 pg/ml、心エコーでEF 44%, E/e' 16.9であり心不全と診断した。

緒言

今回、心肥大を呈していた症例で、家族歴の詳細な聴取を契機に診断した62歳男性の心Fabry病を経験した。

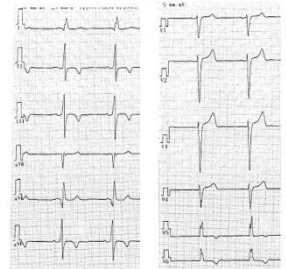
- ①心肥大がある場合には、二次性心筋症を考慮する必要がある。
- ②家族歴を含めた問診をしっかりとることが重要である。

胸部X-p (H25.2.15)



CTR 52%, 胸水なし

ECG (H25.1.21)



HR 43/min, sinus rhythm, 軸偏位なし, CLBBB
II・III・aV₂・V₂-V₆でnegative T, RV₅+SV₁ 48mm

血液検査 (H25.1.28)

WBC 6700 /mcl	AST 36 U/L
RBC 363 × 10 ⁴ /mcl	ALT 30 U/L
Hb 12.0 g/dl	LD 243 U/L
Hct 35.0 %	BUN 35.3 mg/dl
PLT 17.3 × 10 ⁴ /mcl	Cre 1.37 mg/dl
RDW 13.3 %	
Na 138 mmol/l	eGFR 42.05 mL/min/1.73m ²
K 4.1 mmol/l	BNP 373.10 pg/ml
Cl 101 mmol/l	
TP 6.3 g/dl	
Alb 3.7 g/dl	
CRP 0.02 mg/dl	

尿検査 (H25.6.28)

pH 5.0
タンパク (-)
糖 (±)
ケトン体 (-)
潜血 (-)
ウロビリノゲン (-)
ビリルビン (-)
白血球 (-)
比重 1.018
尿路上皮 1未満/HPF

心エコー検査 (H25.5.13)



LVDd/LVDs=43.2/31.6 mm
IVSd 15.2mm
LVPWd 13.4mm

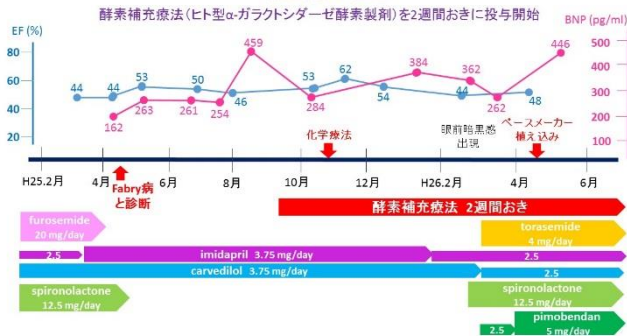
左室壁の肥大を認める

収縮能ほぼ正常・弛緩障害型パターン



LVEDV/ESV=70.8/32.9 ml
LVEF 53.5%
E/A=0.85, E/e'=10.6, DcT 321 ms

診断後の経過



Fabry病

- ・先天性脂質代謝異常症(リビドーシス)の一つ
- ・X連鎖劣性遺伝
- ・αガラクトシダーゼA欠損により、全身にスフィンゴ糖脂質が蓄積する

【疫学】

男性透析患者の0.2~1.2%、左室肥大男性患者の約3%

【症状】

- ・末梢神経:四肢末端痛
- ・汗腺:無汗症、腹部や外陰部に赤紫色の皮疹(被角血管腫)
- ・心臓:肥大型心筋症、不整脈(心障害を主徴とし他の臓器障害を認めない:心ファブリ)
- ・腎臓:腎不全、タンパク尿 など

【治療】

酵素補充療法により臓器障害の増悪を抑制できる

【予後】

加齢に伴い脳血管障害、腎不全、心不全を発症し40~50歳代で死に至ることが多い。

難病情報センター <http://www.nanbyou.or.jp/entry/325>より引用

まとめ

- 今までに四肢痛・無汗症・被殻血管腫などの典型的なFabry病の症状がなかった62歳男性の心Fabry病を診断し、酵素補充療法を開始した。
- 酵素補充療法を開始し一時心機能は改善したが、伝導障害は増悪し、ペースメーカー植え込みに至った。
- 心肥大がある場合には、家族歴を含めた詳細な問診が、診断の手掛かりになることを学んだ。