

# 研修医ケースカンファレンス(平成16年度前期)

〔第1回 平成16年5月18日〕

慢性腎不全から透析導入に至った一例

三井 信幸

症例は63歳の男性。主訴は、全身倦怠感と食欲不振であった。25歳時に急性腎不全に罹患し、半年後には軽快した。60歳時、健康診断にて腎機能低下を指摘され、当院外来を初診。Cr 2.0mg/dl、CCr 38.8ml/minであった。その後、外来治療を継続したが、腎機能は徐々に低下し62歳時にはCr 5.16mg/dlまで上昇したため、内シャントを作成した。63歳時、全身倦怠感および食欲不振を認め、Cr 7.37mg/dlとなったため血液透析導入目的で入院した。入院時には貧血・高K血症・低Ca高P血症も認めた。入院後は週3回(3時間/回)の血液透析療法を行った。また、エリスロポエチンの投与、活性化ビタミンDの投与も併用した。高血圧治療や透析に関する教育も行い、無事透析導入を行うことができた。考察では、臨床症状・腎機能・日常生活障害度の各面から透析導入の有無を検討した。また、導入時に起こりうる合併症についても検討した。導入後は様々な合併症が起こる可能性があり、食事療法と血圧管理が重要である。

乳癌術後、閉塞性黄疸を来した症例

高塚 望

近医での乳癌に対する手術後、肝機能障害、黄疸が認められた症例。胸部CT、腹部CTにて転移性肺癌、肝癌を認め、乳癌の転移として抗癌剤治療が約2ヶ月にわたり行なわれたが改善を認めなかった。下部胆管病変を疑われ、当科紹介入院となり、検査にて、原発が膵臓癌、その転移性の癌である可能性が高いことが明らかになった。今後は、化学療法による膵癌の治療をどのように行なっていくか、胆管閉塞・胆管炎のコントロール、などが重要となる、と思われた。

胃癌に対して幽門側胃切除を行った1例

新井 泰士

症例は71歳男性。持続する上腹部痛を主訴に近医内科を受診し、近医でのGTF上幽門前庭部から胃角、大湾の部位に中心に潰瘍を伴う陥凹性病変を認めたため、生検したところ高分化型腺癌(tub1)を認めた。そのため手術目的で当院外科受診。外科初診時理学所見に異常所見はなく、幽門側胃切除術施行。手術は特に問題なく終了し、術後の病理所見ではN/C比の高い不規則な腺管形成の浸潤性増殖を認め、中分化型腺癌の所見(tub2INF $\beta$ , Type3(SE), ly1v1pm(-), dm(-) N1(+))であった。術後縫合不全等なく経過良好であり、術後化学療法としてTS-1 200mg/日が開始とし退院となった。今回この1例を通して、胃癌の診断、治療のプロセス、胃癌のStage分類ならびに治療法の選択に関しまとめた。そして、胃癌の代表的な手術方法の1つである幽門側胃切除に関して、どのような術式で行うかに関して発表を行った。

〔第2回 平成16年6月16日〕

大動脈解離に伴う臓器血流障害の来した一例

佃 幸憲

55歳男性。主訴は背部痛、嘔気、冷汗。現病歴、平成6年より高血圧を指摘され、同年より、新札幌循環器病院にて高血圧治療を開始した。しかし、平成13年8月より放置、血圧は収縮期血圧200mmHg以上にて経過していた。平成16年4月12日朝5:00より背部激痛あり覚醒。嘔気、冷汗も加わってきたため当院総合外来受診。造影CT上大動脈解離が疑われ、循環器内科即入となった。

入院当日、血圧190/104と高値であったためベルジピン10cc/h持続静注し、アダラートL80mg/day、テノミン50mg/dayを併用し、血圧はほぼ120/70前後となった。しかし、時折収縮期血圧150を越え

ることもあり、ミカルディス20ng/day追加にて経過観察した。のCT上はStanford Bに相当する解離が認められ、腎動脈の狭窄も認められた。4週間後のCTでは右腎は造影されず、偽腔よりの血流しか供給されていないことがわかった。

本来、手術適応となるが、本症例においては保存的治療にて血栓形成により偽腔が減少し治癒に向かったが、その後、偽腔の血栓性の閉塞により、腎血流が途絶えた症例であった。

腫瘍形成虫垂炎に対し Interval appendectomy を施行した一例

須川めぐみ

腫瘍形成性虫垂炎とは虫垂膿瘍を合併した穿孔性虫垂炎の一形態をいう。この病態に対する一期的手術では創感染や拡大手術への移行などが問題となり、これらを解決する治療法として、Interval appendectomy（待機的虫垂切除）の有用性が報告されている。症例は9才女児。腹痛、嘔吐にて緊急入院し、CT上、腫瘍形成性虫垂炎と診断し、待機的手術適応と考え抗生物質の点滴にて保存的治療を行った。入院9日目のCTにて膿瘍腔の著しい縮小を認め、腹部圧痛の消失と炎症反応の消退を確認し、13日目に一時退院した。退院後8日目に虫垂切除術および膿瘍腔のドレナージを施行した。術後11日目に退院となった。

文献的には腫瘍形成性虫垂炎の術後合併症の発症率は急性期手術では10-30%と高率であるのに比べ、待機的手術では0-10%と低いことが報告されている。また保存的治療後の再発率が10-20%であり、切除虫垂の約半数に炎症性変化の残存がみられることから、近年待機的手術の有用性が論じられている。適応を慎重に考慮すれば、待機的手術は腫瘍形成性虫垂炎に対する治療法の第一選択になりうると考えられた。

入院適応となった肺炎4症例の検討

千葉 尚市

- (症 例) ① 34歳女性 ② 73歳女性  
③ 68歳男性 ④ 78歳男性

(重症度) 4症例全て中等症

- (危険因子) ① なし ② 高齢、気管支拡張症  
③ 高齢、糖尿病、誤嚥をし易い  
④ 高齢、肺癌術後、気腫性変化

(喀痰培養検査結果)

- ① ペニシリン中等度耐性肺炎球菌(2+)  
*Staphylococcus sp.* 少数  
② 陰性  
③ *Pseudomonas fluorescens* 少数、MSSA 少数  
④ *Branhamella catarrhalis*(1+)  
*Klebsiella pneumoniae* (少数)

(使用した抗菌薬)

- ① SBT/CPZ 2 g/day、LVFX300mg/day  
② CAZ1g/day、AMK200mg/day、MEPM1g/day  
③ SBT/ABPC 6 g/day  
④ MEPM1g/day、SBT/ABPC6g/day、  
CLDM1.2g/day

(経過)

4症例とも入院後抗菌薬治療により改善し退院となった。入院適応となった4症例につき背景、重症度、危険因子、原因菌、使用した抗菌薬などに関して検討し、肺炎に関する一般的知見を加えて報告した。

〔第3回 平成16年7月27日〕

両側性乳癌の一例

佐藤 那奈

両側性乳癌とは、対側乳房への転移性のものを除いた、原発性両側性発生の場合をいう。

乳管上皮より発生した癌は、乳管内進展の後に間質浸潤をおこすが、その後に再び異なる乳管内に進入はせず、乳管を避けて通るか乳管を圧排消滅させる。

すなわち、乳管内に癌を認めた場合は原発性である、両方の癌に乳管内進展を認めれば、両方原発性である。

本症例では第二癌が浸潤性乳管癌である、という霞の基準を満たす。

また、北条慶一の、組織像が極めて異なるか、あ

るいは発生母地が異なる（本症例では同じ乳管発症だが組織型が異なる）という基準も満たし、両側性乳癌と診断した。

両側性乳癌の発生頻度は、全乳癌の3～5%であり、発症年齢は、ほぼ同じ（50～53歳）、家族歴は各データにばらつきあり。

局所再発に両側性において有意に再発率が高く、遠隔転移率も高くなっている。

予後は、両側性と一側性で5生率に差はないとのことだった。

#### 内視鏡的胃瘻造設の一例

木下知恵子

87歳女性、Parkinson病による嚥下困難、経鼻胃管自己抜去例に対する内視鏡的胃瘻造設の一例を報告し、実際に行った内視鏡的胃瘻造設術（PEG）のpull法について具体的手法を概説する。胃瘻の歴史とPEGの開発に至った経緯を紹介する。PEGの目的、適応と禁忌について述べ、本症例での適応を考察する。またPEGに伴う合併症として、PEG造設自体に関連したもの、留置した胃瘻カテーテルに関連したもの、経腸栄養剤の使用に関連したものを挙げ、各対策を挙げる。本症例でPEG施行後の経過と予想される今後の問題点について考察する。

#### 肝原発悪性リンパ腫に対し肝動注と全身化学療法を施行した一例

曾我部 進

症例は73歳男性。平成16年3月中旬より38℃以上の発熱、全身倦怠感、食欲不振、体重減少が生じた。4月中旬に近医にて肝・胆道系酵素の軽度上昇とCT・超音波検査上多発性肝腫瘍を指摘され、肝腫瘍疑いで4月下旬当科紹介受診。精査、加療目的で当院消化器科入院となった。

入院後、肝生検にてびまん性B細胞性悪性リンパ腫と確定診断。当院リウマチ科に転科となった。その後、皮膚転移も生じ、cStageIVBの診断にて肝動注リザーバー留置後、肝動注化学療法（アドリアマイシン）2コースと全身化学療法（THP-COP 3コース、Rituximab 1コース）施行したところ、

CT上肝腫瘍の縮小と自覚症状の改善、可溶性IL-2R、LDHの減少が認められた。

肝原発悪性リンパ腫は稀であり、診断に苦慮したが、肝動注と全身化学療法（THP-COP, Rituximab）を施行し、一定の効果が得られた1例であった。

#### 〔第4回 平成16年8月24日〕

#### 虚血性心疾患の一例

小松 克也

76歳女性。平成6年より近医にて糖尿病治療を行っていた。平成11年より慢性心不全となり、その後入退院を繰り返していた。平成16年4月10日より呼吸困難出現し近医受診。肺うっ血を指摘され当院紹介受診となった。来院時現症において、四肢に浮腫を認める他、特記すべき無し。入院後の心臓カテーテル検査にて冠動脈#1、#7に99%狭窄、#4AV、#9に完全狭窄を認めた。糖尿病を背景とし冠血管全体は瀰漫性に狭窄、多枝病変を認めることより、虚血性心筋症と診断された。#1、#7に対し経皮的冠血管インターベンションを施行し、ステント留置し狭窄0%へ改善を認めた。

糖尿病患者は冠動脈多枝病変を合併するも無症候性心筋虚血で経過することが多いため慢性的な心筋虚血が持続する場合がある。糖尿病に合併した虚血性心筋症における血行再建術は困難であるが、可能な限り冠血流を増加させ心機能の改善に努める必要があると思われる。

#### 右脇腹痛にて来院、高Ca血症をきたしていた一症例 高塚 望

81歳と高齢の原発性副甲状腺機能亢進症を経験した。患者は、右背部打撲による右胸部痛にて当院総合外来を受診。血液検査にてCa 11.4mg/dlと高値を認め、精査加療目的に当科入院となった。甲状腺右葉下方に小指頭大の腫脹があり、各種検査から原発性副甲状腺機能亢進症の診断にいたり、外科的に腫瘍の摘出を行なった。その後、Caの値は改善を

認めた。

無症候性の原発性副甲状腺機能亢進症の割合は多く、骨折リスク軽減のために予防的に手術する流れにある。ガイドライン上も手術適応が拡大してきているが、本症例のように高齢者の場合は、全身状態をよく検討する必要がある

特発性下部消化器管穿孔を来した一例

三井 信幸

症例は50歳女性。主訴は、腹痛であった。平成16年7月17日午後、排便時に激しい腹痛が生じ、増悪するため当院消化器内科に即日入院となった。同年7月19日にはCRP 30mg/dl以上、白血球 1240/mm<sup>3</sup>となり敗血症性ショックと考えられる状態となった。腹部CTによりfree airが確認されたため下部消化管穿孔と診断し緊急開腹術を行った。開腹後、S状結腸から上部直腸にかけて直径約2cmの穿孔が確認されたため、穿孔部位を切除しS状結腸と直腸を端側吻合した。その後、横行結腸に双孔式ストーマを造設し、腹腔内洗浄を行った。術後、敗血症性ショックの状態が持続したため、PMX施行およびカテコラミン投与を行い徐々に全身状態は軽快した。

本症例を通して、下部消化管穿孔の原因・診断・重症度・治療・予後について考察した。下部消化管穿孔は容易に敗血症性ショックに陥る重篤な疾患であり、早期に外科的治療を行う必要がある。

〔第5回 平成16年9月28日〕

粘膜下腫瘍様の進展を呈した早期十二指腸癌の1例

千葉 尚市

(症例) 83歳男性  
 (主訴) なし  
 (既往歴) 高血圧症、胆石症  
 (家族歴) 特記すべきことなし  
 (現病歴と経過) 平成16年4月2日に健診にて上部消化管内視鏡検査を近医で施行し、十二指腸下行脚

に隆起性病変を認めた。同部位よりの生検にてwell differentiated adenocarcinomaを認め、4月12日消化器科外来紹介受診し、4月13日に精査加療目的に入院となった。当科での上部消化管内視鏡にて十二指腸下行脚に陥凹を伴う、立ち上がりがスムーズな一部にbridging foldを伴うφ15mmの隆起性病変を認めた。CTではリンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。4月30日に当院外科にて臍頭十二指腸切除術を施行した。病理所見はpapillary adenocarcinoma SM,ly(-),v(+),N(-),ow(-),aw(-)であった。粘膜下腫瘍様の進展を呈する十二指腸癌は稀であり、文献的考察を加えて報告した。

DDDペースメーカーによる治療を行った閉塞性肥大型心筋症の一例

木下知恵子

DDDペーシング療法を行った、74歳女性、有症状の閉塞性肥大型心筋症(平成10年診断、薬物療法開始)の例を紹介し、左室流出路狭窄と圧較差を生じた閉塞性肥大型心筋症に対するペースメーカー療法の効果とその適応について考察する。本症例でペースメーカー導入前後の聴診所見、心臓超音波検査および左室流出路圧較差、血漿BNP値などを比較することで治療効果について吟味し、今後の治療方針を検討する。また肥大型心筋症の発症様式に沿った治療の進め方を示し、薬物抵抗性症状を伴う閉塞性肥大型心筋症に対するペースメーカー以外の治療法としてPTSMA(percutaneous transluminal septal myocardial ablation)を挙げ、その特徴および利点・欠点について述べる。

股関節臼蓋底突出をきたした関節リウマチ患者に人工股関節置換を施行した一例

佃 幸憲

50歳女性。昭和56年に関節リウマチと診断され、昭和62年に左THA施行された。同時に腎機能の低下が認められ、平成15年には透析導入に至った。平成16年9月に右THA施行目的に当院整形外科入院となった。右股関節疼痛は強く歩行はすり足歩行、右スカルパ、大転子に圧痛あり、大転子部には

knock pain もあった。両股正面 X-P および股関節側面 X-P にて右股関節の臼蓋底突出をみとめ、右股関節可動域は進展～屈曲 $-15^{\circ}$ ～ $80^{\circ}$ 内転～外転：内転位 $5^{\circ}$ で拘縮、内旋～外旋：中間位で拘縮。他、両手関節、手指 PIP、MP 関節、肘関節、肩関節、膝関節といった全身の関節に変形が多発している状態だった。

RA における股関節の手術による治療には滑膜切除、関節固定術、THA がある。現在は除痛、可動性、支持性において最も優れている THA がポピュラーである。本症例でも THA が施行されたが、それにより、除痛が得られ、右股関節可動域は進展～屈曲： $-10^{\circ}$ ～ $90^{\circ}$ 、外転 $30^{\circ}$ となり、術前より広い可動域が得られた。

本症例においては右股関節の THA により可動域改善は起こったが、元来の全身の多関節病変により 1 関節のみの改善では高い ADL の改善は得られなかった。これは患者サイドの問題で手術が遅れたためであるが、患者の満足度は総じて高く、本症例は整形外科的手術において患者の満足度と手術タイミングが重要だということを学んだ一例であった。