

をもち小型の粘液腫細胞が広範囲に増生しており、心臓粘液腫の所見と矛盾しなかった。悪性所見は認めなかった。

#### 【考察】

- ・転移性心臓腫瘍の頻度は原発性心臓腫瘍と比較して20～40倍との報告もあり、本症例において転移性の可能性も完全には否定できなかったため、各種検査を施行したものの明らかな原発巣を疑う所見は認められなかった。
- ・心臓粘液腫は孤発性の場合、再発が1～3%に見られるため、外来での心エコー検査を長期に渡っ

て継続する必要性が高いと考えられる。

#### 【結語】

- ・今回、我々は心精査目的で施行した心エコーで偶然発見された左房内腫瘍を経験した。
- ・心臓腫瘍は突然死、血栓・塞栓症のリスクとなりうるため、発見した場合は早期の診断・加療が必要である。
- ・当院では過去8年間で5例目と比較的稀な症例ではあるが、失神や眩暈を来す疾患の鑑別診断の1つとして考慮する必要がある。

## 腎細胞癌に対して腎部分切除術を行った1例

H20. 3. 14

研修医 鈴木 英孝

【症例】 34歳 女性

【主訴】 右側腹部～背部痛

【既往歴】 特記すべき事項なし

【家族歴】 母親：肺癌

【生活歴】 喫煙歴：20本/日×20年 飲酒歴：なし  
アレルギー：なし

【現病歴】 平成19年3月中旬に上記主訴にて当院消化器科、婦人科受診。消化器科にて行った腹部エコーで右腎にφ29.9mmの一部石灰化を伴う腫瘍を認めたため、同日当科紹介受診。腎細胞癌が疑われたため、外来にて精査を行った。

【現症】 身長169cm 体重55.75kg BMI19.5 BP112/66 mmHg HR75/min BT36.6℃

【理学的所見】 明らかな異常を認めなかった。

【検査所見】

・腹部超音波検査

右腎に突出様で直径3cm程度の内部石灰化を伴うmassを認めた。血流も認めた。

・腎2相ダイナミックCT

単純CTでは右腎上極に腎実質と比較してisoからややlow densityの突出した腫瘍を認めた。ダイナミックCTでは、動脈相では右腎上極に直径2.2cmの石灰化を有する、辺縁整、内部不均一にenhanceされるmassを認めた。静脈相にてややwash outされた充実性の腫瘍を認めた。内部に脂肪成分を認めなかった。有意なリンパ節腫大を認めなかった。

・肺CT

肺野条件では明らかな結節影を認めなかった。縦隔条件では明らかなリンパ節腫大を認めなかった。

・骨シンチグラフィ

明らかな異常集積を認めなかった。

【臨床診断】 腎細胞癌、cT1aN0M0, cStage I

φ2.2cmと腫瘍径が小さい、34歳と若年である、将来的な腎機能を保持することを考慮して、腎部分切除術を行うこととした。

平成19年4月上旬に手術目的のため当科入院となり、翌日、右腎部分切除術を施行した。

〈摘出標本〉

腎上極に腫瘍があり、断面でも腎細胞癌に典型的なgolden yellowと呼ばれる黄色の腫瘍組織とともに、一部壊死を伴った所見を認めた。腫瘍は肉眼的に取りきれれていた。

〈病理標本〉

HE染色において核がやや大きめでN/C比から見てもG2相当のclear cell carcinomaの所見を認めた。PAS染色では間質に膠原線維を認め、粘液を認めず、腎細胞癌の所見と矛盾しなかった。

【病理診断】 Renal cell carcinoma, Clear cell carcinoma, Grade 2, INF β, v(-), pT1aN0M0 Stage I, 3×2×2.5cm

【入院後経過】 術後6日目の採血にて、BUN8.4mg/dl, Cr0.77mg/dl, 蓄尿にて24hCcr90.2ml/minと腎機能悪化を認めなかった。その後も経過良好により、

平成19年4月下旬に退院となった。

以降も外来にて経過観察中であるが、再発、転移を認めていない。現在は、6ヶ月毎に採血、CTにて経過観察中である。

#### 《腎部分切除術の適応》

(腎癌診療ガイドライン2007年版)

- ・「腫瘍径4 cm以下(T1a)で、リンパ節転移なし(N0)、遠隔転移なし(M0)、さらに腫瘍が一括切除できる部位(外方突出、腎洞部に浸潤なし)にあること」

- ・「腎機能保持の面では優れた成績を示し、腫瘍径4 cm以下の腎癌症例に対する標準的な術式として推奨される。」

#### 《結語》

- ・腎部分切除術を施行した1例を経験した。
- ・T1aに対する腎部分切除術は標準術式に推奨されている。
- ・今後、腎部分切除術の適応拡大や腹腔鏡下腎部分切除術の長期にわたる良好な成績が期待されている。

## 防水スプレー吸入による急性呼吸器障害の1例

H20. 3. 14

研修医 木村 孔一

【患者】 56歳、男性

【主訴】 咳嗽、喀痰、呼吸困難

【既往歴】 20歳 腰椎ヘルニア、55歳 鼻ポリープ(当院耳鼻咽喉科で手術)

【家族歴】 同胞：3名中弟1名が肝炎

【生活歴】 喫煙：現在まで20本/day×36年 B.I.=720、  
飲酒：焼酎3合/day×36年、アレルギー：なし、  
職業：新聞配達員

【現病歴】 2007年11月下旬19時頃、自宅で台所の換気扇を回しながら防水スプレーを使用した。1.5缶程(約20分)使用した時点でガスの検知器が作動したため、浴室のドアを開けて換気扇を回しながら浴室の中で残りを使用し、その後喫煙した。21時頃より呼吸困難感が出現したが、経過観察していた。翌日朝からは、咳嗽、喀痰も出現。同日当院耳鼻咽喉科の定期受診の際に当科受診。低酸素血症、胸部異常影を認めており、精査、加療目的に入院となった。

【主な入院時現症】 BT 37.4℃、BP 120/60 mmHg、PR 84回/min・整、RR 16回/min・整、SpO<sub>2</sub> 93% (room air)、胸部聴診上異常音を認めない。四肢にチアノーゼを認めない。

#### 【入院時検査所見】

〈Urinalysis〉 n.p.

〈Peripheral blood〉 WBC 17,140 / $\mu$ l (Neut. 98%, Eosino. 1%, Lymph. 1%, Mono.0%), RBC436 $\times$ 10<sup>4</sup> / $\mu$ l, Hb 14.5 g/dl, Ht 39.2%, Plt 17.2 $\times$ 10<sup>4</sup> / $\mu$ l

〈Coagulation〉 n.p.

〈Biochemistry〉 TP 7.2 g/dl, Alb 4.8 g/dl, AST 22

IU/l, ALT 28 IU/l,  $\gamma$ -GTP 59 IU/l, LDH 227 IU/l, CPK 77 IU/l, BUN 10.2 mg/dl, Cre 0.61 mg/dl, Na 143 mEq/l, K 3.9 mEq/l, Cl 105 mEq/l, KL-6 251 IU/ml, SP-D 77.9 ng/ml

〈Serology〉 CRP 5.24 mg/dl, RF <15 IU/ml, IgG 886 mg/dl, IgA 114 mg/dl, IgM 40 mg/dl, IgE 37 IU/ml  
〈ABG (room air, supine position)〉 pH 7.42, PaCO<sub>2</sub> 39.3 Torr, PaO<sub>2</sub> 61.8 Torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25.2 mmol/l, BE 1.2 mmol/l, AaDO<sub>2</sub> 38.5 Torr

#### 【入院時画像所見】

〈胸部レントゲン写真〉 両側中下肺野にスリガラス状の陰影を認める。

〈胸部CT〉 胸膜直下、横隔膜直上を除いて全肺野にびまん性の濃度上昇を認めており、一部気管支拡張像を伴っている。

#### 【経過】

室内での防水スプレー使用後ならびに、喫煙後の発症であり、防水スプレーの成分またはその熱分解産物による肺傷害と考えた。

自覚症状も強く酸素化も不良であり、入院日より酸素吸入のほか、PSL30 mg/day内服を開始した。第7病日には、血液検査上WBC 8,850 / $\mu$ l, CRP 0.58 mg/dlと炎症反応は改善。ABGでも室内気でpH 7.42, PaCO<sub>2</sub> 42.5 Torr, PaO<sub>2</sub> 78.3 Torrと改善。胸部レントゲン写真、胸部CT上も異常影は消失していた。PSLは漸減の方針として、第8病日に退院とした。

なお、入院時には症状が強くて施行できなかったが、