

を得たが、4月肝障害で SASP を中止。メトトレキセト (MTX) 2 mg/週から 8 mg/週まで漸増、D-ペニシラミン (D-Pc) 100 mg/日から 300 mg/日に漸増し、PSL 17.5 mg/日で自覚症状ともに改善傾向であった。8月23日全身に紫斑が出現。血小板減少、溶血性貧血、軽度の腎障害を認め、さらに発熱、意識消失、全身痙攣をきたした。以上より血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) と診断し、血漿交換を計12回行い意識レベルは回復、検査データは前値に復した。PSL を 30 mg に増量し経過観察中である。

経過から薬剤あるいは RA に伴う TTP を疑ったが、RA の活動性は比較的落ち着いており薬剤の関与をより強く疑った。RA を伴う TTP ないし MTX, D-Pc による薬剤性 TTP はともに報告例は極めて少なく、興味ある症例と思われた。

7) 微小変化型ネフローゼ症候群を合併した肺腺癌の一例

丹羽 恵子・牧野 真人
新保 俊光・宮川 芳一
塚田 裕子・岡田 義信 (新潟県立がんセン)
横山 晶・栗田 雄三 (ター新潟病院内科)

70歳男性。平成11年2月に血痰で発症し、肺腺癌 (cT2M0N0 stage IB) と診断。4月26日当院呼吸器外科で右下葉切除術が施行された。平成12年1月、胸部CTにて両肺内に再発を認めた。2月8日より化学療法を開始し薬剤を変えて計5コース施行したが、腫瘍の縮小効果は認めず6月で化学療法を中止した。経過中蛋白尿は陰性、Cr 1.0 mg/dl で腎障害は認められなかった。7月下旬より、尿の泡立ち、浮腫を自覚。8月9日、TP 4.8 g/dl, Alb 2.2 g/dl, T-cho 403 mg/dl, Cr 1.3 mg/dl, 尿タンパク (3+) とネフローゼ症候群を疑われ、8月15日精査加療目的に入院した。尿蛋白量は 8.3 ~ 10.9 g/日で、Cr 3.5 mg と腎障害の進行を認めた。腎生検の結果、微小変化型と診断され、メチルプレドニゾロン 500 mg によるセミパルス療法を施行し、プレドニゾロン 40 mg の内服を開始した。尿蛋白量は減少、腎機能は改善した。現在プレドニゾロンを漸減し経過観察を行っている。悪性腫瘍に合併するネフローゼ症候群では、膜性腎症が多いとされている。本症例のように微小変化群を示す例はまれで興味ある一例と思われる。若干の文献的考察を加えて報告する。

8) 自己免疫性膵炎の二例

石本 結子・黒岩 敬
杉村 一仁・高橋 達
野本 実・市田 隆文 (新潟大学)
青柳 豊・朝倉 均 (第三内科)
新沢 秀範 (新潟通信病院)

【症例1】72歳、男性。2000年3月心窩部痛にて新潟通信病院を受診した。血中 Amy, γ -globulin, 肝胆道系酵素の上昇および Plt の低下を認め、腹部エコー、CT にてび慢性的膵腫大と総胆管下部狭窄、肝内胆管の拡張および脾腫を認めた。自己免疫性膵炎 (AIP) 疑いで、4/10当科紹介転院した。ERCP にてび慢性不整狭細像を認め、anti-carbonic anhydrase II antibody 陽性にて AIP と診断、ステロイド治療を開始した。徐々に膵は縮小し、膵によって圧排された脾静脈の血流が改善すると共に、脾腫も改善し、Plt も上昇した。

【症例2】78歳、男性。1997年3月、黄疸、灰白色便にて白根建生病院に入院、肝胆道系酵素の上昇と ERCP にて左右肝管と肝内胆管の不整狭窄硬化像を認め、胆管癌を疑われ当院第一外科に紹介入院した。しかし、UDCA 投与にて減黄された経過や画像所見より PSC を疑われ6/12当科転科となった。転科時、血中 Amy, γ -globulin, 肝胆道系酵素の上昇を認め、CT では初めて膵のび慢性腫大を認めた。また、ERP では膵体部を中心とした主膵管の不整狭窄硬化像を認め、腹腔鏡下肝生検では PBC や PSC 所見は認められなかった。以上より AIP と診断し、ステロイド治療を開始、膵は縮小し、胆管・膵管のび慢性不整狭窄硬化像はほぼ消失した。

血小板減少を伴う症例と胆管病変が先行した膵管狭細型慢性膵炎の2症例を経験した。貴重な症例と考え報告する。

9) Neoadjuvant 療法が著効した高度進行胃癌の三例

菊池 泰子・岩田 文英
近藤 大介・小澤 拓也
黒羽 高志・種田 宏司
三浦 充邦・山田 八郎
鈴木 善幸・徳永 慎吾
大崎 直樹・本田 康征 (佐渡総合病院)
服部 晃 (内科)

今回われわれは、Neoadjuvant 療法が著効し、治癒切除術が可能となった進行胃癌3例を経験した。症例1は、CDDP + 5FU 療法 (2クール) が著効し、原発巣、肝転移、リンパ節転移がほぼ壊死となっていた73歳

男性で手術後同療法を1クール行った。症例2, 3はFLP療法(MTX+CDDP+5-FU)により, CT上の腫大リンパ節が消失し, 治癒切除が可能となった印環細胞癌の45歳女性, およびスキルス胃癌の63歳女性で, いずれも手術後同療法を2クール行った。以上3例は現在いずれも再発はみられない。当院で経験したこの3例は, 高度進行胃癌における Neoadjuvant 療法の有効性を示す者であるものと考え報告致します。

ステージの潰瘍を認め, 胃体部から胃穹窿部にかけて中央は隆起し, 一部に褪色した陥凹面を持つ多発するヒダ集中像を認めた。生検にて粘膜下層に中心に乾酪壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認めた。抗酸菌染色は陰性, 細菌培養検査にてヘリコバクターピロリを認めた。胸部CTにて両側肺門部リンパ節腫脹を認めず, 他臓器にも異常を認めなかった。以上より胃に局限したサルコイドーシスと診断した。H2ブロッカーを投与した所, 開放潰瘍の治癒と臨床症状の消失を認めたが, 多発するヒダ集中像は変化を認めなかった。

10) ENPD および ESWL にて寛解を得た膵石合併限局性膵管狭窄型慢性膵炎の一例

澤村 一司・早川 晃史(新潟こばり病院)
消化器内科

症例は43歳男性。16歳頃より日本酒換算で2升/日の飲酒歴あり。平成8年に初回膵炎発作をおこし, 以後慢性膵炎として内服治療を続ける一方, 飲酒も継続していた。平成12年2月25日腹痛出現。血中アミラーゼ1312 U/l と上昇, 同日入院となった。禁食, 膵酵素阻害剤等にて軽快。ERCP上, 膵頭部主膵管は狭窄所見を呈し, 体尾部主膵管は径9mmと拡張, 内腔に複数の透亮像を認め, 膵石の合併と考えられた。同年3月14日退院するも, 3月28日再び腹痛が出現。血中アミラーゼ3460 U/l で再入院となった。一旦は鎮静化をえるも, 経口摂取開始後再度腹痛の再発と血中アミラーゼの再上昇をみせたため, 4月14日, 内視鏡的乳頭バルーン拡張術(EPBD)および内視鏡的経鼻膵管ドレナージ術(ENPD)を施行した。上記施行直後より腹痛はほぼ消失。膵石の膵管嵌頓による膵管内圧の上昇が反復する膵炎発作の主要原因であると考え, 体外衝撃波結石破碎療法(ESWL)をおこなった。治療後ENPDチューブ造影およびMRCPにて主膵管内の透亮像は消失。その後膵炎の再燃はみせず, 6月5日退院に至った。退院後は現在まで再燃なく, 血中膵酵素値も正常, 継続通院中である。

11) 胃に局限したサルコイドーシスの一例

幸田 敦・小宮 裕文(下越病院)
坂井洋一郎・山川 良一(内科)

症例は45歳の男性, 平成11年10月に健診の上部消化管内視鏡検査で胃潰瘍を指摘されたが放置, 2週間前より心窩部痛を自覚し平成12年2月17日に当院を初診した。上部消化管内視鏡検査にて胃角部小弯後壁よりにA2