

認めなかったため、CMPDを疑い骨髓生検を施行した。確診には至らなかったが巨核球が増生しており、CMPDに矛盾しない所見であった。画像所見より杉浦分類Ⅳ型BCSと診断した。静脈瘤の内科的コントロールは困難と考え、生体部分肝移植を施行した。移植後、食道静脈瘤は改善傾向となった。

【考察】CMPDはBCSの原因の1つとして知られているが、脾機能亢進の影響により診断に苦慮することがある。最近CMPDの発症にJAK2の変異が関与していることが報告され、診断にも応用され始めている。本症例ではJAK2変異は認めなかったものの、BCS症例では積極的に検査すべきと思われた。

【結論】肝移植はBCSに対し有用な治療法である。BCSの原因検索の一つとして、JAK2変異の検索を考慮すべきである。

## 10 胸水で気づかれた宮崎肺吸虫症の1例

大嶋 康義・杵淵 進一・松本 尚也  
伊藤 実・桑原 克弘・宮尾 浩美  
斎藤 泰晴・大平 徹郎

国立病院機構西新潟中央病院呼吸器内科

今回、胸水で気づかれた宮崎肺吸虫症の1例を経験したので報告する。

症例は29歳、男性。既往歴に2008年9月に右自然気胸がある。食歴にサワガニの天ぷらやドジョウの踊り食いがある。またペット歴に犬を飼っているが、馬刺しなどの様々な食材を与えるとともに、その際に箸は共同で使用していた。2009年7月の健康診断で胸部レントゲン上、右胸水を指摘された。当院での胸部CTでは、両側に一部空洞を伴う腫瘤の散在、右胸水があり、胸水穿刺所見は滲出性で、低い糖含有量(0mg/dl)、高いLDH値(4090IU/l)、好酸球の増多を認めた。このような胸水の性状を持つ病態は肺吸虫症とChurg-Strauss症候群以外には知られておらず、診断的意義は高いとされている。抗寄生虫抗体スクリーニング検査を施行したところ、ウェステルマン肺吸虫、宮崎肺吸虫でclass3と高く、血清と

胸水の寄生虫免疫診断から、最終的に宮崎肺吸虫症と確定診断した。治療は、胸腔ドレナージ後にブラジカンテル75mg/kg/dayを3日間内服した。その後は胸水の再増加なく、好酸球の減少を認めている。好酸球増多を伴う胸水貯留の症例に対しては、詳細な食歴を聴取し、抗寄生虫抗体の検索を行う必要がある。

## 11 亜急性進行性に経過する脳幹脳炎に末梢神経障害を伴った55歳男性例

鳥谷部真史・徳永 純・野崎 洋明  
吉野 秀昭・佐治 越爾・河内 泉  
下畑 享良・西澤 正豊

新潟大学医歯学総合病院神経内科

症例は55歳、男性。200x年5月7日、めまい、複視、歩行のふらつきを自覚した。5月11日、呂律不良が出現したため、前医を受診した。眼球下転制限、構音障害、四肢腱反射消失を指摘されたため、同日入院した。頭部MRIでは異常を認めなかった。入院後、意識障害(JCSⅡ-10)が出現した。Bickerstaff脳幹脳炎を疑われ、大量免疫グロブリン療法を2クール実施されたが改善はみられなかったため、当院に転院した。髄液検査で細胞数や蛋白の上昇は認めなかったが、血液検査で抗Hu抗体陽性を認めた。胸部CTにて、左肺門部の腫瘤影と縦隔リンパ節腫大があり、リンパ節生検にて肺小細胞癌と確定診断した。脳波は側頭、後頭優位にslow $\alpha$ 波を認め、聴性脳幹反応は両側導出不良、末梢神経伝導速度は運動神経の振幅低下とF波の導出不良、感覚神経の導出不良を認めた。誘発筋電図では右正中神経の高頻度刺激にてwaxingを認めた。肺小細胞癌に合併した傍腫瘍神経症候群として、脳幹脳炎、sensorimotor neuropathy、Lambert-Eaton症候群を呈したと考えた。放射線照射と化学療法により、意識障害、眼球運動制限、構音障害は緩徐に改善した。