
 学 会 記 事

第 46 回下越内科集談会

日 時 平成 17 年 11 月 18 日 (金)

会 場 ホテル新潟 2F 芙蓉の間

 1 胆管消失症候群を生じた薬剤性肝障害と
Stevens - Johnson 症候群を合併した 1 例

 竹重麻里子・野澤優次郎・竹越 聡
 山本 幹・塩路 和彦・川合 弘一
 本田 穰・山際 訓・鈴木 健司
 野本 実・青柳 豊・鈴木 信也*
 富山 勝博*

 新潟大学教育研究院消化器内科学分野
 同 皮膚科学分野*

症例は 20 歳女性。Stevens - Johnson 症候群にて新潟大学医歯学総合病院皮膚科に平成 17 年 6 月 10 日入院。サイクロスポリン内服治療を開始し皮膚所見の改善を認めたが、Stevens - Johnson 症候群の原因としてマイコプラズマ感染も考えミノマイシンを開始したところ、入院時より見られた肝機能障害が増悪したため、消化器内科兼科となった。肝生検にて薬剤性肝障害による胆管消失症候群と診断されたためすべての薬剤を中止し、経過観察にて胆管再生を待った。

経過中コレステロールの異常高値を認め、採血穿刺点に沿って黄色腫が出現した。患者の薬剤過敏性から薬剤使用は不適と考えられたため、高コレステロール血症による動脈硬化を懸念し 3 回の LDL アフェレーシスを行った。しかし、3 回ともアフェレーシスの効果は不十分であり、アフェレーシス後に肝障害の悪化を認めたためアフェレーシスは中止した。

リポ蛋白泳動より Lp (X) の存在が示唆され、これが LDL アフェレーシスの効果不十分の原因と考えられた。また、Lp (X) の短期高値が血管へ与える影響は証明されておらず、頸動脈エコー、

心エコーなどでも異常は認められなかったため、高コレステロール血症に対しては経過観察の方針となった。

その後肝障害に対して SNMC のみを追加したところ、ビリルビン、トランスアミラーゼの低下と、コレステロールの低下が認められたため、平成 17 年 10 月 22 日当科退院、以後外来にて経過観察している。

 2 ホジキンリンパ腫化学療法後に発症した腸管
気腫性嚢胞症の 1 例

 黒川 允・阿部 崇・堂森 浩二
 本間圭一郎・瀧澤 淳・古川 達雄
 青木 定夫・相澤 義房

新潟大学医歯学総合病院第一内科

化学療法により完全寛解となったホジキンリンパ腫症例が、比較的稀な病態である腸管気腫性嚢胞症を発症したので報告する。

症例は 15 歳女性。発熱、咳嗽、両側頸部腫脹、体重減少を主訴に 2005 年 4 月近医受診。頸部リンパ節生検で結節硬化型ホジキンリンパ腫と診断され、5 月 23 日当科紹介入院。胸部 X 線及び頸胸腹部 CT で両側頸部の累々としたリンパ節腫脹、巨大な縦隔リンパ節腫脹、傍腹部大動脈リンパ節腫脹、肝脾腫、肺・肝・脾内腫瘤を認め、Ann Arbor 分類 Stage IV B であった。BEACOPP (BLM, Etop, ADR, CPA, VCR, PCZ, PSL) 療法 6 コースにて完全寛解となったが、4-6 コースの間に腸管気腫性嚢胞症を発症。腹部 X 線、CT にて右側結腸壁内、及び後腹膜から下縦隔にかけて多数の気腫性嚢胞を認め、腹部打診で右腹部に鼓音を認めた。無症状にて一旦退院とし、外来経過観察中である。

本症例における腸管気腫性嚢胞症の発症原因は、化学療法による腸管粘膜障害・免疫抑制、VCR の神経障害による腸管蠕動低下・腸管内圧上昇、腸管滅菌療法によるガス産生菌の腸管内増殖等が考えられる。自然軽快する例がほとんどであるが、腸閉塞・縦隔炎の危険があり、今後経過観察が必要である。当科では BEACOPP 施行ホジ