
 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

キンリンパ腫 2/2 例で本症を発症しており、今後因果関係の検討が必要である。

3 周期性異所性 ACTH 産生腫瘍の 1 例

小林 哲郎・森川 洋・鈴木亜希子
伊藤 崇子・小菅恵一朗・宗田 聡
上村 宗・平山 哲・相澤 義房
新潟大学医歯学総合病院第一内科

5 年間に約 2 ヶ月間持続する ACTH 上昇期と寛解期を 4 周期認めている異所性 ACTH 産生腫瘍の症例を報告する。

症例は 59 歳女性。2000 年 6 月下腿浮腫、多毛、高血圧、高血糖、低 K 血症を指摘され他院入院。血中コルチゾール、ACTH の著明高値を認め、クッシング症候群と診断された。頭部 MRI、全身 CT 検査にて原因となる腫瘍は指摘できず、内分泌学的検査では ACTH の日内変動消失、大量デキサメサゾン抑制試験にて抑制認めず、CRH 負荷試験にて高値無反応であった。ミトタン内服にて加療され、徐々に尿中コルチゾール低下、それに伴い ACTH も低下、同年 9 月には正常値となりミトタン中止、以後 ACTH 値は安定化していた。その後 2001 年 4 月～6 月、2002 年 12 月～2003 年 2 月に同様の病態を再燃し当院入院。下錘体静脈洞サンプリングにて ACTH 値の中樞/末梢比 2 以下であり異所性 ACTH 産生腫瘍と診断、全身検索するも原因腫瘍特定できなかった。ミトタン、メチラポンにて治療後 ACTH 値は正常化した。2005 年 8 月より再度 ACTH 上昇あり当院入院、原因腫瘍は未だ特定できていない。

周期性を示すクッシング症候群の報告は少なく、また原因として異所性 ACTH 産生腫瘍が疑われるものは稀であり興味深い症例と考えられる。

4 嚥下性失神の 1 例

古塩 純・高田 琢磨・岡田 義信
加藤 俊幸

県立がんセンター新潟病院内科

症例は 62 歳、男性。2004 年 8 月から食事中、飲

水時に数回めまいおよび失神発作が出現。問診より嚥下性失神が疑われ、Holter 心電図にて食事との関連は指摘できなかったものの洞停止を認め、精査のため入院した。入院中には食事時間帯と一致して 2 度の洞停止、洞房ブロックが出現、自覚症状は生じなかった。器質的な洞機能不全の検索を行った。頸動脈洞マッサージでは洞停止、洞房ブロックは誘発されなかった。薬物的自律神経遮断試験では、内因性心拍数は正常範囲内であった。心臓電気生理学的検査では洞機能不全は認められなかった。病因は食道内圧の一過性亢進と考え、食道圧迫止血チューブによる加圧試験を施行。下部食道の加圧にて洞停止、洞性徐脈が再現性をもって誘発され、同時にめまいも生じた。上部消化管内視鏡検査では食道に器質的な異常は認めなかった。以上より、器質的な洞機能不全を伴わない嚥下性失神と診断した。8 月以降は症状が出現しなかったため、経過観察とした。嚥下性失神は嚥下に伴う食道周囲迷走神経刺激により、徐脈、心停止を来とし、失神発作を生じると考えられている。

5 脳幹に多発性の病変を認め副腎皮質ステロイドホルモンが有効であった CNS ループスの 1 例

真島 卓弥・廣瀬 正樹・星隆 洋
小宅 陸郎・野崎 洋明・五十嵐修一
田中 恵子・西澤 正豊

新潟大学医歯学総合病院神経内科

症例は 39 歳女性、15 歳で SLE を発症し PSL 10mg/日 を内服し活動性は抑制されていた。数日の経過で進行する眩暈、複視、右顔面のしびれを主訴に入院した。神経学的診察では、自発性低下、両眼の内転障害、両側側方視で注視方向性眼振、右上下肢不全麻痺、右顔面と上肢遠位の表在覚低下を認め、脳幹病変が疑われた。抗リン脂質抗体は陰性、髄液検査では単核球優位の細胞増多を認めた。頭部 MRI では中脳、橋、延髄に多発性の病変を認め、T1WI で低信号、T2WI と FLAIR で高信号、DWI で強い高信号、Gd-DTPA では造影さ