

視神経生検の病理所見ではTリンパ球およびマクロファージの浸潤を認めるものの、異型性のある細胞浸潤やリンパ球の集簇は認めなかった。非特異的な炎症所見を認めるのみであり、悪性リンパ腫・真菌症・血管炎は否定的であった。原因不明の眼窩内の炎症性疾患である特発性眼窩炎症候群と考えられ、ステロイドを継続し、左眼視力の回復は見られないが、病態の進行は抑制されている状態である。

MRIにて一側視神経の腫大・造影効果を認め、血液検査等で確定診断が得られず、視神経生検にて特発性眼窩炎症候群と診断した稀な1例を報告した。

10 腫瘍随伴症候群によるII型呼吸不全で発症した胸腺癌の1例

佐藤 健(研)¹⁾・木村 夕香²⁾
 宮尾 浩美²⁾・黒羽 泰子³⁾・小池 亮子³⁾
 斎藤 泰晴²⁾・大平 徹郎²⁾・朝川 勝明⁴⁾
 三浦 理⁴⁾・茂呂 寛⁴⁾・各務 博⁴⁾
 若杉 尚宏⁵⁾・金澤 雅人⁵⁾・河内 泉⁵⁾
 西澤 正豊⁵⁾

新潟大学医歯学総合病院
 総合臨床研修センター¹⁾
 国立病院機構西新潟中央病院
 呼吸器センター内科²⁾
 同 神経内科³⁾
 新潟大学医学部第二内科⁴⁾
 新潟大学脳研究所神経内科⁵⁾

症例は73歳、女性。

【既往歴、家族歴】特記事項なし。

【現病歴】X-1年嚔下時に違和感が出現し、X年4月、努力性呼吸となった。同年6月、転倒し搬送された病院で誤嚥性肺炎を指摘。酸素投与したところCO₂ナルコーシスとなった。胸部画像上で前縦隔腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。

【入院時所見】BMI 14、意識清明、眼球運動制限・構音障害は認めず、嚔下障害を認めた。四肢に筋力低下は認めなかったが、頭部挙上はできず、下肢挙上は1分以上可能だった。呼吸は努力性で胸郭の動きが低下し、夜間はモニター上

PCO₂ 60-70Torrで推移したためBiPAPによる補助呼吸を行った。深部腱反射は四肢で正常で、小脳系、感覚系、自律神経系に異常は認めなかった。筋無力症候群を疑ったが、テンシロンテスト・抗アセチルコリンレセプター抗体は陰性、反復刺激試験も低頻度刺激・高頻度刺激共に正常であった。針筋電図でも異常所見は認めなかった。縦隔腫瘍の生検の結果、胸腺癌(Sq)と診断され、抗VGCC抗体が陽性だった。

【考察】Lambert-Eaton myasthenic syndrome (LEMS)の60%はSmall cell lung cancer (SCLC)に合併する。扁平上皮癌の報告は少なく、胸腺癌での報告例は検索したかぎりでは認めなかった。またLEMSのうち呼吸不全は5-6%と頻度が少ない。本症例では高頻度刺激でwaxingは認められず、四肢筋力低下、腱反射低下は認められなかったが、呼吸不全、嚔下障害に抗VGCC抗体が発症に関与していたと思われる。

11 肺癌の経過観察中に脊椎転移による不全麻痺を来し手術療法を行った1例

伊藤 徹(研)¹⁾・太田 毅²⁾
 細井 牧²⁾・田島 俊児²⁾・寺田 正樹²⁾
 北原 洋³⁾・佐藤 正久⁴⁾・高橋 郁子⁵⁾
 梅津 哉⁶⁾・坂井 邦彦⁷⁾

済生会新潟第二病院臨床研修センター¹⁾
 同 呼吸器内科²⁾
 同 整形外科³⁾
 同 神経内科⁴⁾
 新潟大学医歯学総合病院整形外科⁵⁾
 同 病理部⁶⁾
 新潟臨港病院呼吸器内科⁷⁾

症例は75歳、男性。高血圧・糖尿病の既往とB.I. 540の喫煙歴あり。2011年4月増大傾向の右肺下葉腫瘍に対しA病院で気管支鏡検査を行い肺癌(組織型不明)と診断、同年6月関東のB病院受診、間質性肺炎・COPDのため化学療法も行わない方針でA病院通院を継続した。2012年10月肺癌の進行に伴う食欲低下・全身倦怠感にステロイド内服開始、2013年5月背部痛・左側

胸部痛を自覚, C 整形外科では肋間神経痛とされたが, 8 月上旬体幹から両下肢にかけて感覚鈍麻を自覚, 8 月 13 日昼頃, 立位歩行不能となり同日夜当院に救急搬送された. 神経学的には乳頭レベル以遠の温痛覚・知覚鈍麻, 左下肢筋(長腓骨筋, 長母趾伸筋)に MMT4 レベルの筋力低下, 頭部 MRI で責任病変なく, 胸腰椎 MRI では第 5, 6 胸椎と第 2 腰椎にある腫瘍のため第 6 胸椎体から左椎弓根・椎弓にわたり左側から脊髄が圧迫されていた. 胸部 CT で右肺 S6 に 83mm 大の腫瘍があり, 肺癌脊椎転移による不全麻痺と診断した. 同日当院整形外科入院, 翌日 D 病院に転院し緊急手術(Th2-9 後方固定術, Th5, 6 椎弓切除, 腫瘍摘出)が行われ(腫瘍組織は腺癌), 神経症状は徐々に改善したが知覚障害は残存した. 9 月 9 日当科転院. 肺を避けて腰椎(L1~L3)に姑息照射(35Gy/14f)を行ったりハピリ中で, 膀胱直腸障害を認めず歩行器にて歩行可能である.

12 原発性胆汁性肝硬変の経過中に筋炎・II 型呼吸不全・不整脈を呈した 1 例

上村 夏生(研)・黒川 允*
 鈴木 涼子*・森山 寛史*・各務 博*
 高田 俊範*・成田 一衛*・鈴木 栄一**
 石原 智彦***・春日 健作***
 河内 泉***・西澤 正豊***

新潟大学医歯学総合病院
 総合臨床研修センター
 新潟大学大学院医歯学総合研究科
 呼吸器内科学分野*
 新潟大学医歯学総合病院**
 新潟大学脳研究所神経内科***

症例は 66 歳, 女性. 6 年前に原発性胆汁性肝硬変と診断され, ウルソデオキシコール酸で治療されていた. 4 年前から前傾姿勢, 2 年前から痩せが目立つようになり, 1 か月前から呼吸困難と動悸が出現した. A-aDO₂ 開大のない高 CO₂ 血症や, 著明な呼吸筋力の低下, 軽度 CK 上昇があり, 画像検査では傍脊柱筋の萎縮・変性を認めた. NPPV により呼吸状態は改善し, 不整脈に対して

内服治療を開始された. 抗ミトコンドリア M2 抗体が陽性であったことから, 抗ミトコンドリア抗体陽性に関連した筋炎と考えられた. 筋生検では筋線維の大小不同や変性, 筋線維束間質の浮腫性変化があり, perifasciular atrophy が軽度認められた. 炎症細胞の浸潤はごくわずかであった. ステロイドパルス療法及び内服により筋力は改善し, 高 CO₂ 血症の改善を認めた.

抗ミトコンドリア抗体陽性に関連した筋炎では, 他の炎症性筋疾患と比較し, 経過が長く, 不整脈・心伝導障害・呼吸筋障害などの重篤な合併症が多く, 頸部・胸部・腰部の傍脊柱筋の萎縮を認める頻度が高いとの報告があり, 本症例にもそれに合致する所見が見られた. A-aDO₂ 正常の II 型呼吸不全, 肺活量低下例では筋炎や筋萎縮の存在の確認など本疾患の鑑別が必要であると考えた.

13 壊疽性膿皮症を伴った潰瘍性大腸炎の 1 例

水戸 正人(研)・熊木 大輔・横山 純二
 本田 稔・鈴木 健司・小林 雄司
 水野 研一・上村 顕也・竹内 学
 野本 実・青柳 豊・下村 尚子*
 藤川 大基*・貴船 夏子*

新潟大学医歯学総合病院消化器内科
 同 皮膚科*

症例は 50 代, 男性.

【臨床診断】#1. 潰瘍性大腸炎 (UC), #2. 壊疽性膿皮症, 非 3. 左頬粘膜癌.

【入院までの経過】2013 年 5 月上旬発熱出現. 左前脛部の自発痛が出現し, 徐々に腫脹. 5 月下旬発熱が持続するため, 近所の総合病院を受診し, 全身精査で頬粘膜癌と診断された. 6 月 11 日頬粘膜癌治療目的で当院紹介入院.

【入院後経過】< #1. UC >入院後, 血便が出現. 6 月 19 日下部消化管内視鏡検査施行し, 潰瘍性大腸炎(全大腸炎型・活動期・中等症)と診断した. プレドニゾロン内服を開始し, 約 1 ヶ月で臨床的・内視鏡的に寛解に至った.

< #2 壊疽性膿皮症 >入院時, 左前脛部膿瘍, 背