

第53回下越内科集談会

日時 平成24年11月16日(金)
午後6時30分～8時45分
会場 ANAクラウンプラザホテル新潟
2F「芙蓉の間」

一般演題

1 胸痛と呼吸困難を主訴に救急搬送され心電図異常を伴った1例

白石 友信・小幡 裕明・若杉 嵩幸
渡部 裕・埜 晴雄・南野 徹

新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器内科学

症例は50歳、男性。2日前から感冒様症状や歩行時の息切れを自覚していたが改善せず、胸痛と呼吸困難を訴えて近医を受診した。心電図のV1～V4誘導にT波の陰転化を認め、血液検査でCKが1200 IU/Lと上昇していたため、急性心筋梗塞を疑われて当院へ救急搬送された。

当院到着時には胸部症状は改善し、低酸素血症は認められたが血行動態は保たれていた。心電図異常は近医のものと同様で経時的な変化を認めず、CK-MBは基準値内であった。心エコーでは心室中隔が拡張期に左室側へ偏移していたが、明らかな壁運動低下部位は認めなかった。これらの所見から急性冠症候群は否定的であり、低酸素血症と右心負荷所見から急性肺塞栓症を疑った。造影CTを施行すると左右肺動脈主幹部に造影欠損像を認め、確定診断に至った。両側ヒラメ筋静脈内に血栓像を認めたが、近位下肢から骨盤内の静脈には血栓を認めないため下大静脈フィルターは留置せず、抗凝固療法を開始した。その後、低酸素血症は改善し肺動脈内血栓は著明に縮小した。血栓症を来しうる凝固線溶系の異常や血管炎は認めず、感冒様症状による臥床や適応障害にて服用していた多数の向精神薬による活動性の低下

から深部静脈血栓が形成され、肺動脈塞栓症を来したものと考えられた。

本例のように胸痛を訴えて救急搬送される例には、致死性かつ緊急性の高い疾患が多い。このような症例においては迅速かつ確な診断が必要とされるため、胸痛を来す緊急疾患の鑑別に関する考察を加え報告する。

2 心房細動アブレーション治療によりペースメーカー埋込みを回避できた徐脈頻脈症候群の1例～当院における心房細動アブレーション治療成績の検討も含めて～

柏 麻美・保坂 幸男・高橋 和義
尾崎 和幸・土田 圭一・小林 剛
矢野 利明・真田 明子・池上龍太郎
佐藤 迪夫・大久保健志・三井田 努
小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

近年、心房細動に対するアブレーション治療は飛躍的に普及し、治療成績の向上も報告されている。今回、心房細動アブレーションにより、ペースメーカー治療を回避できた徐脈頻脈症候群の1例を経験したので、当院の治療実績を含めて報告する。

症例は73歳、男性。発作性心房細動に対して内服治療中であったが、心房細動停止時に症状を伴う心停止が認められ、同様の発作を繰り返した。徐脈頻脈症候群の診断でペースメーカー治療も考慮されたが、心房細動に対するアブレーション治療を施行したことにより、心房細動発作が消失し、現在までペースメーカー埋込みを回避することができている。

当院ではこれまでに11例の心房細動に対してアブレーション治療を行っている。11症例中10例において心房細動発作の減少、消失を認めた。また、これらの症例の術前後で、有意なBNP値の改善(66.5 ± 19.2 pg/ml → 22.7 ± 3.9 pg/ml, p = 0.03)と左房径の改善(40.4 ± 2.3mm → 37.1 ± 2.0mm, p = 0.006)を認めた。これらのことから、心房細動に伴うリモデリングの可逆性

や、心負荷が軽減されていることが推測される。心房細動アブレーション治療は、洞調律維持により、抗不整脈薬からの離脱、QOLの改善をもたらすと考えられる。

3 右片麻痺をきたしたインスリノーマの1例

大澤 妙子・金子 正儀・鈴木亜希子
山本 正彦・川田 亮・古川 和郎
山田 貴穂・皆川 真一・鈴木 裕美
山田 絢子・伊藤 崇子・羽入 修
曾根 博仁

新潟大学大学院医歯学総合研究科
血液・内分泌・代謝内科学

症例は72歳、女性。1か月前から食欲低下傾向あり、2012年8月夕食前意識障害・右片麻痺・構音障害を認めたためA病院に緊急入院。脳MRI/DWIにて左内包後脚に高信号を認め、超急性期脳梗塞疑いでt-PAにて加療された。しかし入院時の随時血糖40mg/dlと低血糖を認め、ブドウ糖投与後意識障害は改善し神経症状も消失したため、低血糖脳症と診断された。低血糖原因検索のため当院へ転院。夕食前・夜間に頻回に低血糖を認め、低血糖時の血糖28mg/dlに対しIRI 14 μ U/ml, sCPR3.8ng/mlとインスリンの自律性分泌を認めた。CTにて臍体部に9mm大の腫瘍を認め、選択的動脈内カルシウム注入試験にて腫瘍の栄養静脈である背臍動脈にてインスリンのstep upを認めたことよりインスリノーマと診断、腹腔鏡下臍体尾部切除術施行し、術後低血糖発作は消失している。

低血糖脳症による片麻痺は稀な症候であるが、脳梗塞との鑑別診断として考慮し早期の診断が望まれる。

4 腹水を契機に発見されたTPLLの1例

棚橋 怜生・布施 香子・田中 智之
小堺 貴司・森山 雅人・増子 正義
瀧澤 淳・古川 達雄・曾根 博仁

新潟大学医歯学総合病院

【諸言】T細胞性前リンパ球性白血病(T-PLL)は本邦悪性リンパ腫中0.06%程度の稀な疾患である。今回、腹水を契機に発見されたT-PLL症例を経験したので報告する。

症例は69歳、男性。2012年5月末に腹満感が出現。CTで肝脾腫、著明な腹水、小型であるが核異型を有するリンパ球を指摘、血液疾患疑いで当院へ入院した。腫瘍細胞のFCM解析・病理組織・遺伝子検査の結果からT-PLLと診断した。入院時の末梢血T-PLL細胞数は5万/ μ L、腹水中5370/ μ Lであった。TCOP-14療法2コース後、salvage療法としてDeVIC療法を行ったが末梢血腫瘍細胞数は不変で腹水減少なく治療抵抗性であった。8月22日よりNelarabine/Fuludarabine併用療法を2コース施行、10月19日の末梢血腫瘍細胞数538/ μ L、腹水中168/ μ Lと減少し治療は奏功している。一方で、腹水貯留は改善がなく頻回の腹水穿刺を要している。GIFでは食道静脈瘤を指摘され、門脈圧亢進をきたす肝疾患に関し消化器内科で精査中である。

【考察】海外での標準治療であるAlemtuzumabが未承認の本邦において、Nelarabine/Fuludarabine併用療法はT-PLL治療選択肢の一つとして期待できる。