

# 『第24回 京都透析症例検討会』のご案内

日時:平成25年11月14日(木) 午後7時より

場所:メルパルク京都 5F 会議室A

京都市下京区東桐院通七条下ル東塩小路 676 番 13 TEL:075-352-7444

参加費:1,000 円

～プログラム～

開会挨拶

岩元 則幸 (桃仁会桃寿苑)

【Session1】

司会 佐藤 暢 (桃仁会病院)

症例1 『透析患者に発生した原発不明の多発性骨転移の一例』

西陣 病院 腎臓・泌尿器科

○大西 彰、尾崎 慎司、堀内 大介、井戸本 陽子、小山 正樹、今田 直樹

症例2 『高齢維持透析患者において穿孔性腹膜炎をきたし死亡に至った1例』

京都民医連中央病院 内科

○小川潤一郎、井上賀元、岡本亮、三浦拓郎、木下千春、神田千秋

症例3 『急激な経過をたどった透析患者の肝膿瘍の1例』

1)京都第一赤十字病院 腎センター 2)同 消化器内科

○山下紀行<sup>1)</sup>、伊藤 泉<sup>1)</sup>、井上裕太<sup>1)</sup>、福井彩子<sup>1)</sup>、太田矩義<sup>1)</sup>、中山雅由花<sup>1)</sup>、  
竹内一郎<sup>1)</sup>、稲垣哲典<sup>1)</sup>、中ノ内恒如<sup>1)</sup>、三神一哉<sup>1)</sup>、中村英樹<sup>2)</sup>

【Session2】

司会 原田幸児 (音羽病院)

症例4 『気腹症を発症した ANCA 関連腎炎による維持透析患者の1例』

洛和会音羽病院 腎臓内科・リウマチ科

○山口通雅、塚原珠理、笠原優人、住田鋼一、原田幸児

症例5 『尿毒症性心外膜炎に心筋炎を続発した1例』

1)公立南丹病院 腎臓内科 2)同 総合内科

○田本勇太<sup>1)</sup>、池田葵尚<sup>1)</sup>、木谷昂志<sup>1)</sup>、小森麻衣<sup>2)</sup>、仲田真由美<sup>1)</sup>、木村允弘<sup>1)</sup>

閉会挨拶

第25回症例検討会当番幹事

尚、当日はお弁当をご用意いたしております

共催:京都透析症例検討会

京都透析医会

扶桑薬品工業株式会社

【演題 1】『 透析患者に発生した原発不明の多発性骨転移の一例 』

西陣 病院 腎臓・泌尿器科

○ 大西 彰、尾崎 慎司、堀内 大介、井戸本 陽子、小山 正樹、  
今田 直樹

症例は 72 歳、男性。平成 21 年に糸球体腎炎から血液透析導入。  
定期的に施行している CT で胸腰椎、肋骨、恥骨、右上腕骨に多発性の骨転移とみられる病変が出現、造影 CT、PET でも同様の所見を認め、腫瘍マーカーは一部軽度高値を示したが、原発巣は不明であった。原発巣確定を目的に、L1 の病変を経皮的生検したところ、病理組織診断結果は **clear cell carcinoma** であった。しかし、画像的には両側の腎に悪性所見は認めなかった。3 ヶ月後 CT にて、左腎に内側に突出する腫瘍と左副腎腫脹、骨転移の増悪を認めた。若干の文献的考察を含めて報告する。

【演題2】『 高齢維持透析患者において穿孔性腹膜炎をきたし死亡に至った 1 例 』

京都民医連中央病院 内科

○小川潤一郎、井上賀元、岡本亮、三浦拓郎、木下千春、神田千秋

症例は 77 歳男性。12 年来、当院外来にて血液透析療法を導入されている。入院 4 日前より腹痛・腹部膨満感を認め、腹部レントゲンと腹部 CT を撮像したところ、明らかな niveau 像と S 状結腸の憩室炎を認め、加療目的に入院となった。入院後は憩室炎として、抗生剤治療（CMZ 点滴）と絶食管理でコントロールしていたが、腹部膨満感は持続。第 4 病日に再度腹痛が出現し、血液生化学検査にて著明な炎症反応と、腹部 CT にて腹腔内に大量の free air を認め、腸管穿孔・腹膜炎の診断で緊急手術となった。腹腔鏡にて腹腔内を観察したところ、病変部と思われた S 状結腸に穿孔は認めず、肝彎曲部にて過拡張した横行結腸とその漿膜に長軸方向の広範囲にわたる裂孔を認めた。憩室炎による腸管閉塞病変にて大腸内圧が上昇し、漿膜破綻に至ったと考えられた。十分に腹腔内洗浄を行ったうえで、同部位を挙上しストーマ造設(skin level)を行った。術後、一旦軽快傾向も第 26 病日に麻痺性イレウスを起こし、第 30 病日には発熱（38℃）と血圧低下を認めた。ドレーンを洗浄したところストーマ周囲と腹腔内との交通が疑われたが、全身状態不良のため保存的に腹膜炎治療を行い、第 34 病日に死亡された。最終死因の腹膜炎の原因について憩室炎と思われた S 状結腸に悪性腫瘍など閉塞病変がないかどうかについて剖検を依頼した。以下に病理解剖の肉眼的所見を記す。

腹水は混濁、腸管腹壁間および腸管間全般に癒着認め、腸管壁は脆弱で破れやすい状態にあった。ストーマ近傍に繊維化・炎症あり、ストーマからの便が腹腔内に落ち込むことによる汎発性腹膜炎が強く示唆された。S 状結腸・下行結腸には憩室多数認め、壁肥厚あり、狭窄部あるも腫瘍性病変は明らかではなかった。

透析患者において憩室炎による腸管閉塞より穿孔性腹膜炎をきたした症例を経験したので、ミクロの病理学的所見と若干の文献的考察を加えて報告する。

【演題3】『 急激な経過をたどった透析患者の肝膿瘍の1例 』

1) 京都第一赤十字病院 腎センター 2) 同 消化器内科

○山下紀行<sup>1)</sup>、伊藤 泉<sup>1)</sup>、井上裕太<sup>1)</sup>、福井彩子<sup>1)</sup>、太田矩義<sup>1)</sup>、中山雅由花<sup>1)</sup>、竹内一郎<sup>1)</sup>、稲垣哲典<sup>1)</sup>、中ノ内恒如<sup>1)</sup>、三神一哉<sup>1)</sup>、中村英樹<sup>2)</sup>

【症例】66歳、男性

【既往歴】2010年5月より糖尿病性腎症にて血液透析導入、C型肝炎、高血圧症

【現病歴】透析のため近医を受診した際に39.9℃の発熱があり、精査目的で当院に救急搬送された。当院救急到着時の単純CTで肝後区域に3cm大の淡い低吸収域を認めた。約1.5時間後に撮影した造影CTでは前述の部位に新たにガス像を認め、ガス産生菌による肝膿瘍が疑われた。【経過】抗菌剤の投与を開始し、受診約6時間後に超音波ガイド下に経皮的肝膿瘍ドレナージチューブを留置した。しかし受診15時間後に、意識レベル低下、呼吸不全、ショックとなり、著明なアシドーシス、高カリウム血症を認め、肝膿瘍からの敗血症および敗血症性ショックと診断し、ICUに入室した。抗菌剤を変更、高カリウム血症に対して低効率血液濾過透析(SLED)を、ショックに対してdopamine、noradrenalinの投与を開始した。しかし、種々の集学的治療にもかかわらず、溶血が持続しショック状態から離脱できず、受診から約43時間後に多臓器不全のため死亡した。

【考察】急激な経過をたどった、透析患者のガス産生菌感染症を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 【演題4】『 気腹症を発症した ANCA 関連腎炎による維持透析患者の 1 例 』

洛和会音羽病院 腎臓内科・リウマチ科

○山口通雅、塚原珠理、笠原優人、住田鋼一、原田幸児

【症例】74 歳、女性【臨床経過】68 歳時に ANCA 関連血管炎を発症し、他院で副腎皮質ステロイド薬とサイクロフォスマイドで寛解維持されていた。2012 年 12 月（74 歳時）に ANCA 関連血管炎の再燃による急速進行性糸球体腎炎を発症したため、当科に紹介された。副腎皮質ステロイド薬をはじめとした加療が行われたが、腎機能の改善が認められなかったため、血液透析が導入された。状態が安定したため、リハビリ目的で 2013 年 3 月に O 病院に転院した。以後、副腎皮質ステロイド薬は徐々に漸減されたが、経過中に前胸部の紫斑が出現したため、血管炎の再燃が疑われ、5 月 7 日に当科に再入院した。皮膚生検が施行されたが、明らかな血管炎の所見が認められなかったため、経過が観察される方針になった。また、5 月下旬頃から腹部膨満が出現し、胸部レ線で横隔膜下にフリーエアが認められた。腹部造影 CT では、腹腔内にフリーエアは認められるが、腸管穿孔や腹腔内膿瘍などの所見は認められず、腸管嚢胞状気腫（気腹症）と診断された。薬剤性気腹症が疑われたため、被疑薬であるミグリトールが中止された。以後、腹部膨満は徐々に改善し、腹部 CT の腹腔内フリーエアも徐々に減少した。

【結語】今回、われわれは気腹症を発症した ANCA 関連血管炎による維持透析患者の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【演題5】『尿毒症性心外膜炎に心筋炎を続発した1例』

1)公立南丹病院 腎臓内科 2)同 総合内科

○田本勇太<sup>1)</sup>, 池田葵尚<sup>1)</sup>, 木谷昂志<sup>1)</sup>, 小森麻衣<sup>2)</sup>, 仲田真由美<sup>1)</sup>,  
木村兌弘<sup>1)</sup>

【症例】50歳代, 男性. 【主訴】呼吸苦. 【現病歴】10年以上前に健診で糖尿病を指摘されたが放置していた. 2011年6月に視力低下を主訴に眼科受診し, 糖尿病性網膜症(眼底出血)と診断され, またHbA1c(NGSP)14.1%と高値であったため内科通院治療を開始した. その後徐々に腎機能が悪化し, 血清クレアチニンが8mg/dl台となり, 呼吸苦と胸水貯留が出現してきたため2013年3月当院に紹介入院となった. 入院時, 心臓超音波検査で全周性の心嚢液貯留と右心系の圧排を認めたため, 心嚢穿刺を施行. 血性心嚢液500mlをドレナージした. 第2病日より血液透析導入し, 第7病日にドレーン抜去. その後心嚢液再貯留を認めず, 感染症や膠原病, 悪性腫瘍等, その他の原因が否定的であったため尿毒症性心外膜炎と診断した. しかし計6回透析を施行したところで, 本人の希望により透析離脱し, 保存期腎不全管理を施行した. その後腎不全の進行を認め, 溢水による呼吸苦が出現したため1ヶ月後に再入院となった. 心臓超音波検査で全周性の高度壁運動低下と軽度の心嚢液貯留を認めたため, 血液透析を再開し, 溢水, 尿毒症の改善を得た. しかしその後も心機能の改善を認めなかったため, 心血管造影検査を施行した. 冠動脈に有意狭窄を認めなかったため, 心筋生検を施行したところ, 心筋炎の診断を得た. その後は $\beta$ -blocker内服による経過観察とした. 尚, 2度目の入院時よりCRPの軽度上昇が持続したが, 3か月後に自然に陰性化した. 【考察】尿毒症性心外膜炎を発症し, 透析離脱後今度は心筋炎を発症した稀な症例を経験した. 尿毒症による心筋炎については, その存在は一般的には信じられていないが, 当症例ではその可能性が示唆された.