

# 安佐市民病院での後期研修を振り返って

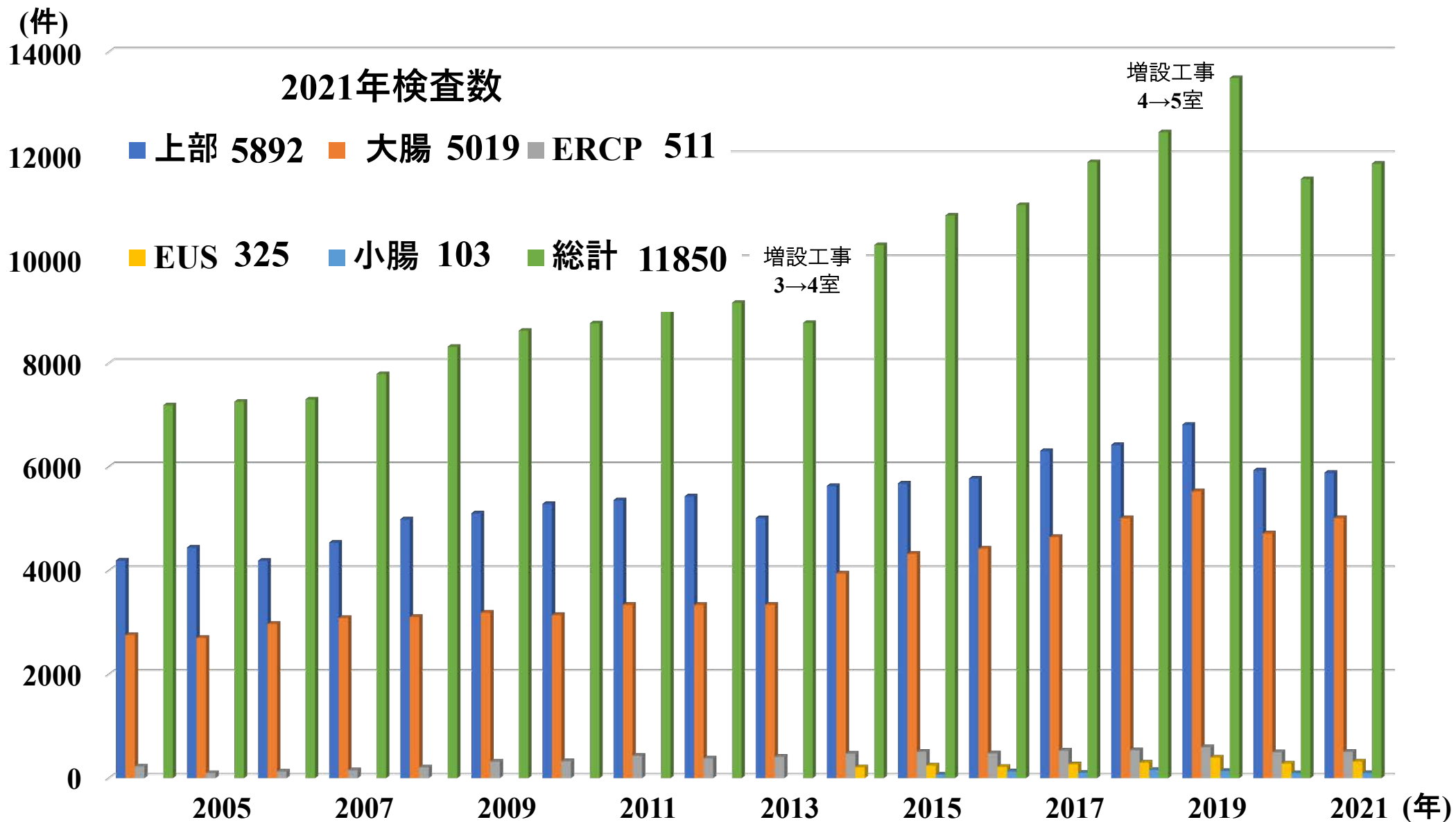


広島市立安佐市民病院  
消化器内科

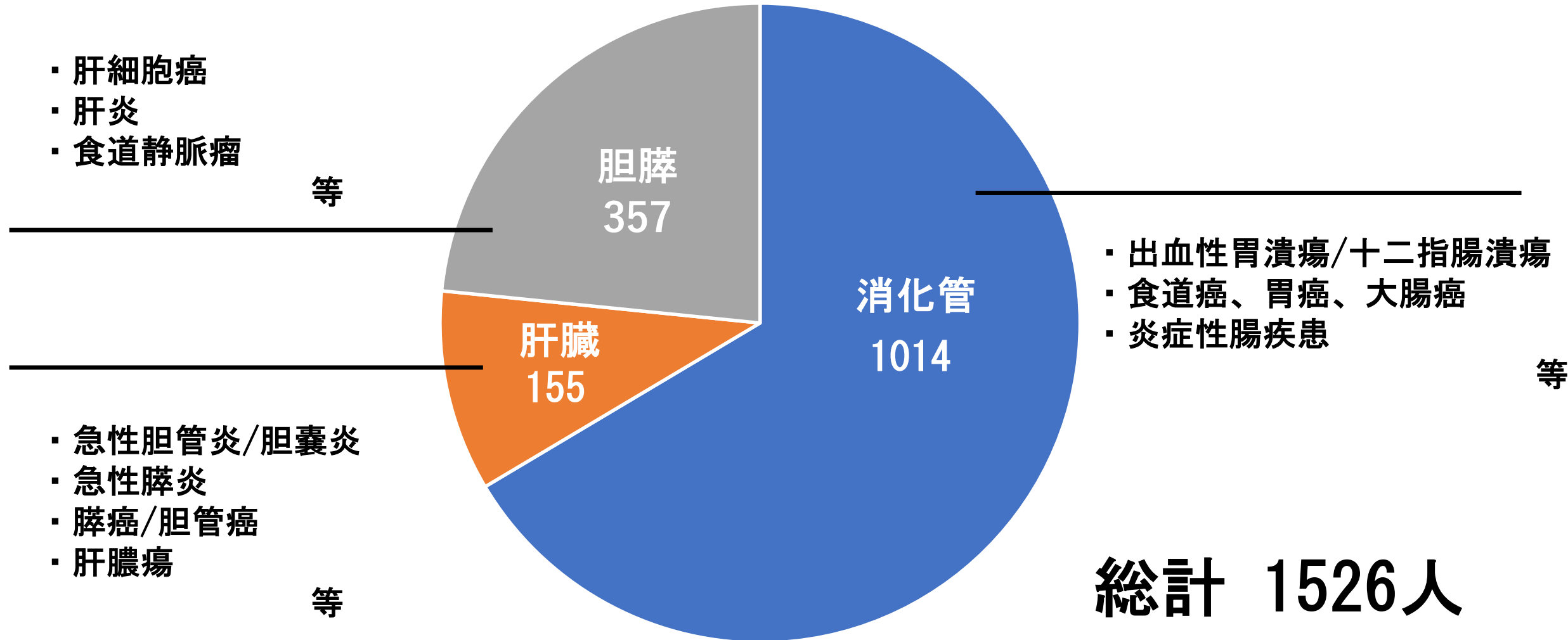
野村 理紗



# 年時別内視鏡検査数



# 担当入院患者 ～3年間を通して～

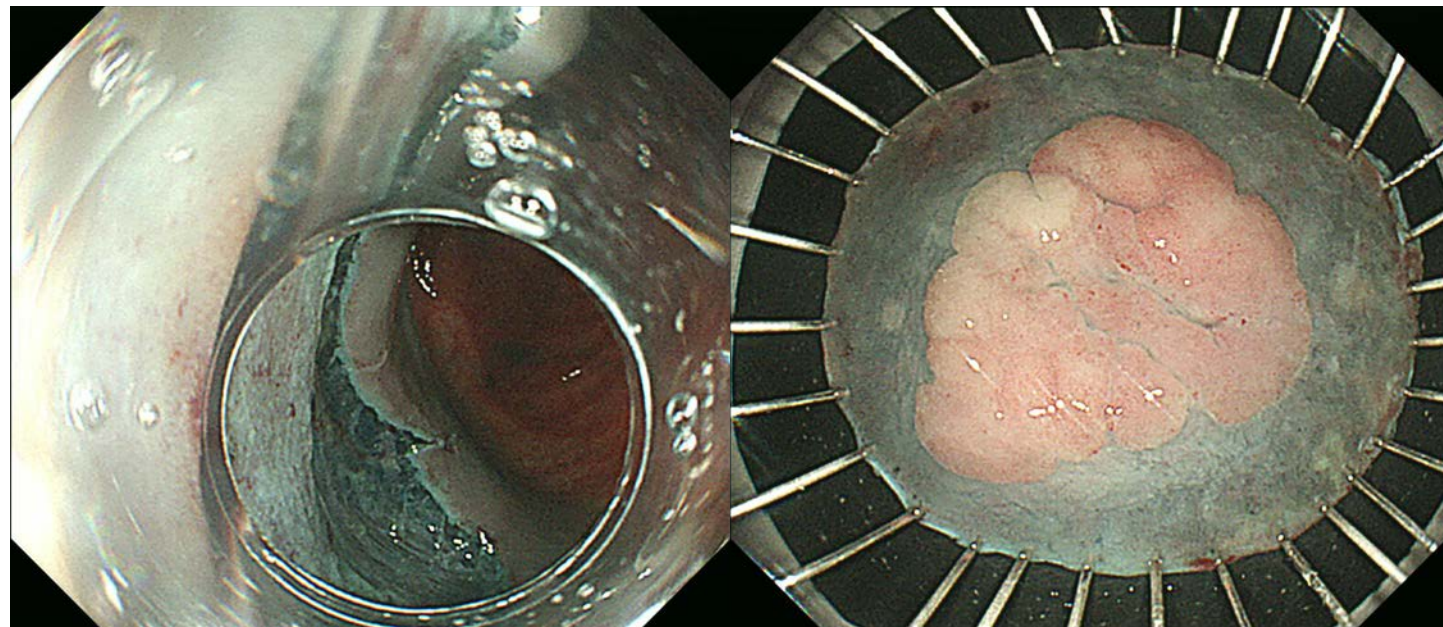
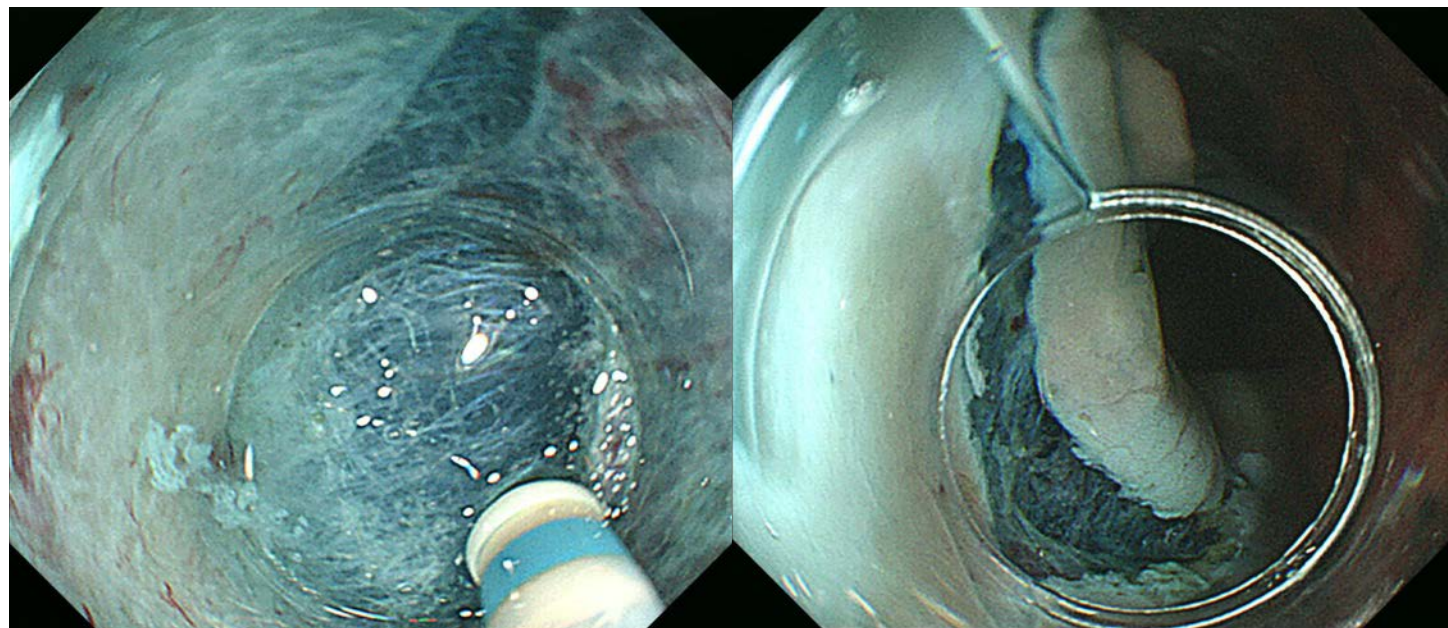
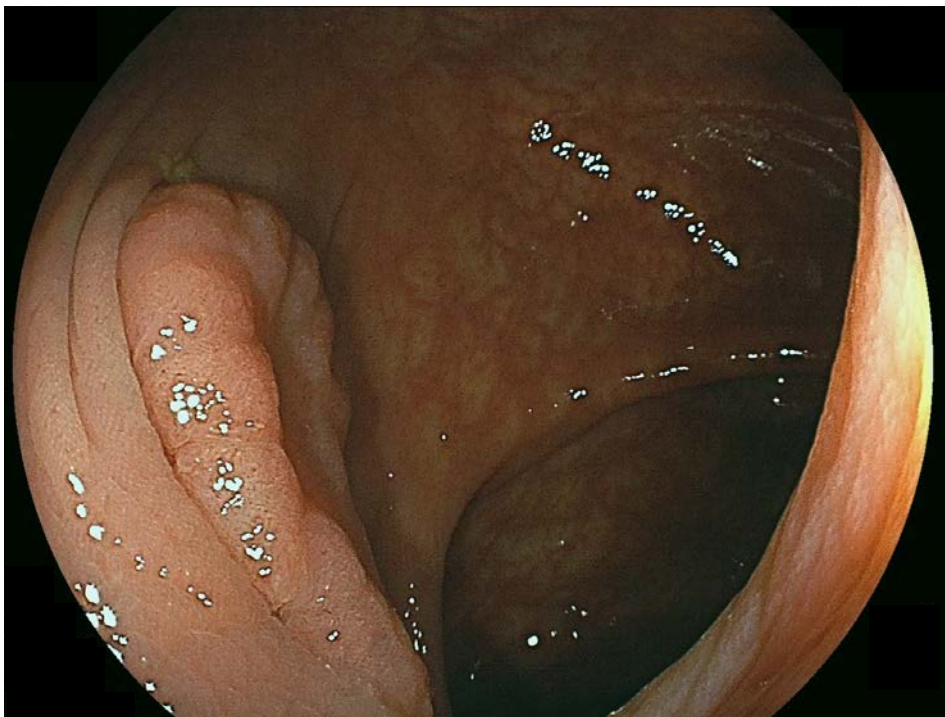


# 経験した手技 ～3年間を通して～

---

	件数
上部消化管内視鏡検査(緊急)	1229 (86)
下部消化管内視鏡検査(緊急)	1126 (9)
ERCP	153
肝生検	20
EVL, EIS	6
胃ESD/EMR	55/11
食道ESD	4
大腸ESD/EMR	12/393

# 大腸ESD



# 業績 ～3年間を通して～

## 論文

発熱、嘔吐、下痢症状で発症し5日間で急激な経過を辿った重症熱性血小板減少症候群の1例 広島医学73巻10号 Page593-598 (2020.10)

## 口演

直腸癌多発肝転移に肝細胞癌を合併しRamucirumabにより奏功を得られた一例  
第112回日本消化器病学会中国支部例会 2019年11月30日-12月01日

A型胃炎に合併した胃腫瘍の臨床病理学的特徴 第125回日本消化器内視鏡学会中国支部例会  
ワークショップ「*H. pylori*陰性時代を迎えた消化管内視鏡診療の現状と今後」2020年12月05日-2020年12月6日

臨床病理学的特徴からみたSSLの内視鏡治療適応基準に関する検討

Clinicopathological features and criteria for endoscopic resection for SSLs 第101回日本消化器内視鏡学会総会 パネルディスカッション 2021年5月14日-2021年5月16日

治療に難渋した難治性特発性潰瘍の一例 第126回日本消化器病学会中国支部例会 2021年7月11日

## 発熱、嘔吐、下痢症状で発症し 5 日間で急激な経過を辿った重症熱性血小板減少症候群の 1 例

野村 理紗<sup>1</sup>・朝山 直樹<sup>1</sup>・益田 啓志<sup>1</sup>  
竹内友香理<sup>1</sup>・竹元 裕紀<sup>1</sup>・鳴田賢次郎<sup>2</sup>  
青山 大輝<sup>1</sup>・福本 晃<sup>2</sup>・向井 伸一<sup>3</sup>  
永田 信二<sup>1</sup>

### A rapidly fatal case of severe fever with thrombocytopenia syndrome that had the onset for fever, vomiting, diarrhea

<sup>1</sup>Risa Nomura, <sup>1</sup>Naoki Asayama, <sup>1</sup>Satoshi Masuda,  
<sup>1</sup>Yukari Takeuchi, <sup>1</sup>Hiroki Takemoto, <sup>2</sup>Kenjiro Shigita,  
<sup>1</sup>Taiki Aoyama, <sup>2</sup>Akira Fukumoto, <sup>1</sup>Shinichi Mukai,  
<sup>1</sup>Shinji Nagata

#### 抄 録

重症熱性血小板減少症候群 (Severe fever with thrombocytopenia syndrome: SFTS) はマダニが媒介するウイルス感染症である。臨床症状や血液検査では特異的な所見には乏しく、致死率は 10~30% とされ予後不良だが、有効な治療法が確立していない。症例は 70 歳代、女性。発熱、嘔吐、下痢を主訴に受診し、血液検査で血球減少、凝固系の異常、肝臓酵素の上昇を認めた。血球減少を伴う腸管感染症と診断し入院にて補液と抗生薬で加療したが、改善に乏しく、第 3 病日より DIC の加療を開始した。同日より意識レベルの低下を認め、病勢の改善なく、多臓器不全にて第 5 病日に永眠した。提出した血清より SFTS 抗体陽性を認め重症熱性血小板減少症候群と診断した。

キーワード：重症熱性血小板減少症候群 (Severe fever with thrombocytopenia syndrome: SFTS)、マダニ (tick)、腸管感染症 (enteric infection)、血球貪食症候群 (hemophagocytic syndrome)

#### I. 緒 言

重症熱性血小板減少症候群 (Severe fever with thrombocytopenia syndrome: SFTS) はマダニが媒介するウイルス感染症である<sup>1)2)</sup>。臨床症状としては発熱、倦怠感や嘔吐、下痢などの消化器症状を認め、血液検査では血小板数減少、白血球数減少や肝機能障害を認めるが、特異的な所見には乏しい<sup>1)2)</sup>。重症例では播種性血管内凝固症候群 (disseminated intravascular coagulation: DIC) や血球貪食症候群

(hemophagocytic syndrome: HPS) を伴い多臓器不全を呈し死亡率は 10~30% とされるが<sup>1)2)</sup>、有効な治療法が確立していない<sup>3)</sup>。

今回われわれは、発熱、嘔吐、下痢で発症し入院 5 日目に死亡した SFTS の 1 例を経験したので報告する。

#### II. 症 例

患者：70 歳代、女性。  
主 訴：発熱、嘔吐、下痢。

家族歴：特記事項なし。  
既往歴：脂質異常症、高血圧症、慢性肝障害。  
常用薬：ビタバスチン 4 mg / 日、コレステミド 2,000 mg / 日。

生活歴：喫煙歴：never smoker、飲酒歴：なし。  
海外渡航歴なし、生肉や牡蠣の摂取歴なし、独居で ADL (activities of daily living) は自立。野犬の飼育歴あり。園芸を趣味としていた。

現病歴：10 月初旬 X 5 日より発熱、嘔吐、下痢 (約 10 回 / 日の水様便) が出現した。X 2 日に近医を受診し、解熱鎮痛薬、制吐剤、整腸剤にて対症療法が行われたが、症状改善に乏しく、経口摂取不良となり X 日目に精査目的に当院紹介となった。

現 症：身長：150 cm、体重：45 kg、意識清明、血圧：106/69 mmHg、脈拍数：75 回 / 分、整、体

表 1 入院時血液検査結果

	血算	生化学
WBC	939 / $\mu$ L	AST 224 U/L
分葉球	75.3 %	ALT 101 U/L
好塩基球	0 %	$\gamma$ -GTP 333 U/L
好酸球	0.2 %	ALP 801 IU/L
リンパ球	23.3 %	AMY 133 U/L
単球	1.5 %	IPAMY 67 IU/L
RBC	$4.13 \times 10^{12}$ / $\mu$ L	T-Bil 0.8 mg/dl
Hb	13.1 g/dL	D-Bil 0.2 mg/dl
		TP 7.3 g/dL
凝固		Alb 3.7 g/dL
PT	12.6 秒	BUN 16 mg/dL
PT 延性	90 %	Cre 0.83 mg/dL
INR	1.06	Glu 142 mg/dL
FDP	45.2 $\mu$ g/ml	CRP 0.274 mg/dL
D-dimer	15.4 $\mu$ g/ml	PCT 0.13 ng/ml
電解質		
Na	132 mEq/l	
K	3.5 mEq/l	
Cl	97 mEq/l	

温：37.3 度 (ロキソプロフェンナトリウム水和物内服後)、呼吸数 12 回 / 分、経皮的酸素飽和度 96% (room air)、眼瞼結膜に貧血なく、眼瞼結膜の黄染なし。胸部に心雑音・肺雑音なし。腹部は平坦、軟であり、自発痛、圧痛を認めなかった。リンパ節腫大は認めなかった。

来院時血液検査では白血球 939/ $\mu$ L、血小板 6.3 万/ $\mu$ L と白血球数、血小板数は著明に低値であり、AST 224 IU/L、ALT 101 IU/L、LDH 458 IU/L など逸脱系酵素の上昇、FDP 45.2  $\mu$ g/ml、D-dimer 15.4  $\mu$ g/ml と凝固系の異常を認めた (表 1)。

HBs 抗原、HCV 抗体、IgM-HA 抗体、IgA-HEV 抗体はいずれも陰性であり、HCV-RNA は検出されなかった。抗核抗体および抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。

腹部造影 CT：肝脾腫を認めなかった。結腸の軽度壁肥厚と骨盤内小腸に腸液貯留を認めたが、そのほか特記すべき異常を認めなかった (図 1)。

尿検査では尿蛋白、潜血は陰性で特記所見は認めず、血液培養・便培養検査では有意菌の検出は認めなかった。

臨床経過：血球減少を伴う重症腸管感染症を疑い入院にて補液と抗生薬投与 (CFPM：セフェピム / マキシベーム 2 g / 日) にて治療を開始したが、発熱、下痢症状の改善は乏しかった。第 3 病日には、AST 779 IU/L、ALT 232 IU/L とトランスアミナーゼの上昇とともに LDH 2,012 IU/L、CPK 2,007 IU/L の著明な上昇を認めた。血小板数長値は 3.9 万/ $\mu$ L まで遷延し、FDP 129  $\mu$ g/ml、D-dimer 45.1  $\mu$ g/ml から第 3 病日に DIC と診断した。また、同日朝より強い項物を認め、その後意識障害 (Japan Coma Scale II-30) も来したため HCU (High Care Unit) に入室

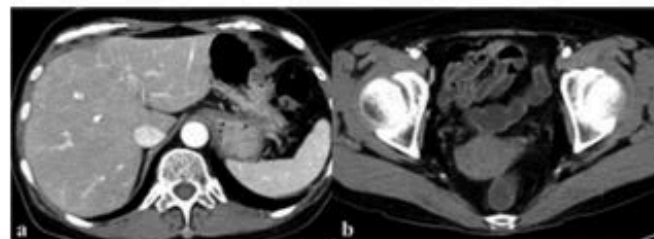


図 1 腹部造影 CT 検査 (水平断像)

a: 肝脾腫を認めない。b: 結腸の軽度壁肥厚と骨盤内小腸に腸液貯留を認めた。

<sup>1</sup>地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院消化器内科

<sup>2</sup>地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院内臓内科学科

<sup>3</sup>Department of Gastroenterology, Hiroshima City Asa Citizens Hospital. <sup>2</sup>Department of Endoscopy, Hiroshima City Asa Citizens Hospital.



## Clinicopathological features and therapeutic strategy for sessile serrated lesions

Department of <sup>1</sup>Gastroenterology and <sup>2</sup>Endoscopy,  
 Hiroshima City Asa Citizens Hospital

Risa Nomura<sup>1</sup>, Kenjiro Shigita<sup>2</sup>, Shinji Nagata<sup>1</sup>

## Background and Aims

- Although SSL are considered premalignant lesions and their clinicopathological features have been previously reported, the differences based on lesion location (right- and left-sided colon) have not been clarified.
- This study aimed to investigate the clinicopathological features and therapeutic strategy for right- and left-sided SSL.

## Background and Aims

### WHO Criteria

● WHO2010  
 Serrated polyps with overall distortion of the normal architecture in two or three contiguous crypts, and MVHP-like gland ducts present in less than 50%



● WHO2019  
 The presence of a single unequivocally distorted crypt is considered diagnostic for Sessile Serrated Lesions. (SSL)

## Methods

- We enrolled 713 consecutive lesions diagnosed as SSL by experienced endoscopists after endoscopic examinations and resected endoscopically in Hiroshima Asa Citizens Hospital between August 2010 and January 2020.
- The indication for treatment of SSL was defined as SSL with dysplasia/cancer. Dysplasia was defined as cytological dysplasia or serrated dysplasia.

	SSL	SSL-d	SSL-ca	total
Right side	401	55	5	461
Left side	233	17	2	252
	634	72	7	713