第19回東海支部専門医部会教育セミナーまとめ

内科疾患と臨床推論

司会 福沢 嘉孝 (愛知医科大学大学院医学研究科医学教育センター)

吉富 淳 (静岡市立清水病院呼吸器内科)

演者 症例1 山内 雅裕 (岐阜大学総合内科)

症例2 石川 英二 (三重大学付属病院血液浄化療法部・腎臓内科)

症例3 伊吹 恵里 (愛知医科大学総合診療科)

症例4 佐竹 康臣 (浜松医科大学内科学第二講座)

症例5 春田 純一 (名古屋第一赤十字病院消化器内科)

ディスカッサント 恒川 幸司 (愛知医科大学大学院医学研究科医学教育センター)

〔日内会誌 104: 1672~1679, 2015〕

Key words clinical reasoning, differential diagnosis, case study

本セミナーの目的

臨床推論とは、臨床現場での様々な事象に対して仮説→検証を繰り返し行いながら、論理的な決定・判断を下していく思考過程を指す。臨床推論は臨床内科医にとって不可欠な能力であるが、実際に教育を受ける場面は少ない。そこで、本セミナーでは、詳細な臨床推論が必要だった症例を各専門科の皆様とディスカッションを行った。

症例1

演者：岐阜大学医学部総合内科 山内 雅裕

患者：53歳の男性。

主訴：発熱，頭痛，関節痛。

職業：エンジニア。

現病歴：初診時38℃発熱あり，ロキソプロフェンで解熱していた。初診1カ月後から発熱の際に頭痛，両肘の痛みがあり，初診2カ月後から乾性咳嗽を認め，改善がないため近医受診した。血液検査で異常なく，経過観察も解熱せず，初診3カ月後，当科初診となった。

身体所見：体温38℃。呼吸数22/分。脈拍110/分・整。血圧130/60 mmHg。SpO₂ 98%。表在リンパ節触知せず，心音異常なし，呼吸音正常，腹部所見に異常なし。髄膜刺激徴候なし。体幹部に茶褐色の皮疹あり。関節腫脹なし，右肘関節に圧痛軽度。

検査所見：血液所見：白血球7,070/μl，CRP 0.07 mg/dl。胸部X線写真：両側下肺野に網状影あり，胸部単純CT：縦隔リンパ節の腫脹，両側

(2014年11月2日(日)：名古屋国際会議場)

Report from the 19th Tokai Chapter Educational Seminar: Clinical reasoning in internal medicine.

Yoshitaka Fukuzawa¹⁾, Atsushi Yoshitomi²⁾, Masahiro Yamauchi³⁾, Eiji Ishikawa⁴⁾, Eri Ibuki⁵⁾, Yasuomi Satake⁶⁾, Jun-ichi Haruta⁷⁾ and Koji Tsunekawa¹⁾: ¹⁾Aichi Medical Education Center, Aichi Medical University Graduate School of Medicine, Japan, ²⁾Department of Respiratory Medicine, Shizuoka Municipal Shimizu Hospital, Japan, ³⁾Department of General Internal Medicine, Gifu University School of Medicine, Japan, ⁴⁾Department of Nephrology, Mie University School of Medicine, Japan, ⁵⁾Division of General Medicine, Aichi Medical University, Japan, ⁶⁾Second Division, Department of Internal Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, Japan and ⁷⁾Department of Gastroenterology, Japanese Red Cross Nagoya Daiichi Hospital, Japan.

肺底部に網状影を認め、初期の間質性変化あり。

プロブレムリスト

- #1 発熱
- #2 間質性肺炎
- #3 縦隔リンパ節腫脹
- #4 体幹部皮疹

間質性肺炎の鑑別診断

- ① 薬剤性
- ② 職業・環境によるもの
- ③ 膠原病
- ④ 血管炎
- ⑤ サルコイドーシス
- ⑥ 放射線性
- ⑦ 感染症
- ⑧ 特発性

経過・考察

②, ③, ⑥, ⑦は経過から否定的。薬剤中止で症状改善せず, ①は否定的。MPO, PR3-ANCAともに陰性で④も否定的。ACE, リゾチームは両者とも上昇を認め、ガリウムシンチグラフィではパンダサイン・ラムダサインを認めた。経過中に顔面神経麻痺を来し、サルコイドーシスによる神経障害を疑い緊急入院。入院後に両肘および左膝の伸側に赤褐色の表面隆起した鱗屑を伴う皮疹を認め、生検施行。眼科受診でブドウ膜炎を認め、眼・末梢神経・皮膚と多臓器病変を認め、ACE上昇とガリウムシンチ所見を併せてサルコイドーシス臨床診断群と診断し、ステロイド治療を開始。皮膚組織所見からは真皮浅層にラングハンス型巨細胞を伴う類上皮肉芽腫を認め、サルコイドーシス組織診断群となった。

本症例では炎症反応陰性のサルコイドーシスであり、経過とともに複数の臓器症状が出現し、診断に至った。

ディスカッション

質問 愛知県がんセンターの高橋といいます。頭痛の機序はどのようにお考えですか。

山内 頭痛に関しては、髄液検査などをしていないので一概には言えないかとは思いますが、単純に発熱に伴ったものだろうということ、プロブレムリストにも挙げておりません。

症例2

演者：三重大学医学部附属病院

血液浄化療法部・腎臓内科 石川 英二

患者：83歳の男性。

主訴：腎機能障害精査。

現病歴：30年来の糖尿病、高血圧で治療中であつたが、腎機能障害（Cr 4.2 mg/dl）のため紹介受診となった。1年前までCr 1.4 mg/dl程度で安定していたが、1年前から腎機能悪化を認めていた。

身体所見：血圧管理は良好。糖尿病性神経症や網膜症の合併は認めなかった。

検査所見：尿検査：蛋白1+、潜血1+、顆粒円柱なし、変形赤血球なし。尿NAG 12.3 U/gCr, 尿β2ミクログロブリン 29,600 μg/l, 尿Bence-Jones蛋白陰性。血液生化学検査：総蛋白 7.3 g/dl, アルブミン 3.9 g/dl, 尿素窒素 66 mg/dl, Cr 4.06 mg/dl, HbA1c 6.8%, CRP 0.47 mg/dl, 血清M蛋白陰性, ANCA陰性。腹部超音波検査：水腎所見なく、腎臓サイズは保たれていた。

経過

紹介先からの内服8剤に加え、問診でさらに整形から骨粗鬆症薬3剤の処方が判明した。DLST検査を行ったところ、3剤（リセドロン酸、エルデカルシトール、リマプロスト）が陽性/疑陽性であった。1年前から開始された薬剤（リセドロン酸、エルデカルシトール、リマプロスト、アロプリノール）を中止したが、2カ月後

にCr 6.2 mg/dlまで悪化。さらに好酸球増多と皮疹が出現。被疑薬（アスピリン、カンデサルタン、レバミピド、グリクラジド）を中止した。腎生検では尿細管間質性腎炎像を呈し、糖尿病性腎症所見は認めなかった。上記被疑薬の中止およびステロイドパルス療法が奏功し、1年後Cr 2.6 mg/dl程度で維持できている。

考察

鑑別診断に糖尿病性腎症、腎硬化症、血管炎、原発性腎炎などが挙げられた高齢者の薬剤性尿細管間質性腎炎であった。糖尿病患者の腎機能障害が糖尿病性腎症とは限らない。薬剤性腎障害は予測困難で、疑ってみることが診断のきっかけとなる。ポリファーマシーが問題となることの多い高齢者では、薬剤性腎障害は回復可能な腎障害として特に注意すべき病態である。

ディスカッション

石川 薬剤が高齢者に対し非常にたくさん投与される時代になり、しかも複数の病院から処方されることは稀ではありません。このような症例では、問診が特に重要です。高齢者だから腎臓が悪いのは当然というのではなく、中には治る腎障害もあり、特に薬剤性腎障害では、早く薬を止めるだけで透析に至らずにすむこともあるため、本症例を提示いたしました。

福沢 症例2について追加したいことや聞きたいことはありますか。

伊吹 我々の病院にもよく、全身状態の非常に悪い高齢の方が運ばれてきて、往々にして腎障害があります。元来基礎疾患がない方は比較的速やかに治りますが、確かに高齢者ほど多種の薬剤が投与されていて、薬剤性の腎障害が起こっているのではないかとという症例があります。そこで、種々ある薬剤の中でこれが最も疑わしいという、頻度的に多い薬剤の種類と、あと止めた後にだいたい平均でどの程度、元のレベルに腎機能が回復してくるかという2点につ

いて教えていただければと思います。

石川 薬剤性腎障害の原因は大きく2つあります。1つは腎毒性の薬、例えばアミノグリコシドやシスプラチンです。用量依存性に腎障害が出ます。それらに関しては、実はあまり腎障害の報告が多くありません。というのは、投与量を減らしたり投与を回避すれば腎障害が起こらず、先生方があらかじめ気をつけるためです。問題なのは、もう1つの免疫を介したアレルギー性反応の場合です。多くの場合は1カ月以内に起こるといわれていますが、予測が困難です。今回の患者さんはだいたい1年程度の投薬期間があり、非特異的なケースであったと思われます。

薬剤性腎障害の報告で最も多いのは抗菌薬とNSAIDs（non-steroidal anti-inflammatory drugs）で、これで約6割の間質性腎炎、薬剤性の腎障害として報告されています。逆にいえば、抗菌薬とNSAIDsを最初に問診で疑えば、薬剤性腎障害のかかなりの部分を網羅することができるのではないかと思います。

薬剤中止後の経過は非常に多彩で、診断を難しくしています。中止してクレアチニン値が回復すればやはり薬剤性だったというように、後から診断がつくのがポイントです。また、多剤を服用している場合も多く、薬剤性腎障害を正しく診断するのは非常に難しいといわれています。

伊吹 薬剤性の腎障害が多いというお話でしたが、例えばDLSTは行う必要があるのでしょうか。DLSTは、出る人はどの薬剤でも陽性に出やすく、出ない人は出ないという印象が強いですので、どの程度必要なのかということも併せてお尋ねしたいと思います。

石川 今回のDLSTでは、被疑薬に関して陽性でしたが、それが本当に犯人なのかはわかりませんでした。一般的にDLSTは薬剤性肝障害の診断に用いられ、診断率は50%程度です。本症例のように10剤ほど内服があり、DLSTもたくさん行って3剤が陽性だった場合、感度・特異度

は非常に低い検査になると考えます。DLSTは参考にはなりますが、最終的にはもし止められる薬剤であれば中止し、経過を見て診断することになると考えています。

春田 腎機能障害についてお聞きしたいと思います。本症例はプロスタグランジンを介した血流障害を主体とした、NSAIDsの腎障害かと思っていたのですが、アレルギー性というよりは血流障害の方で解釈した方がよろしいのでしょうか。

石川 両方の機序があります。腎機能の悪い方、もしくは血流が最初から落ちている方、例えば心不全がある、利尿薬を飲んでいるといった高齢者では、NSAIDsは腎血流を落とす機序から腎機能障害が出てきます。NSAIDs自体が間質性腎炎を起こすことも知られており、それはアレルギーを介した別の機序と考えられます。

症例3

演者：愛知医科大学医学部総合診療科

伊吹 恵里

患者：81歳の女性。

主訴：左側腹部痛。

現病歴：受診4日前、机を持ち上げた後より突然の左側腹部痛が出現。疼痛は持続性、体動で増悪した。受診3日前、他院に救急搬送となった。処方されたジクロフェナク坐薬は効果なく、当院に受診となった。

身体所見（受診当日）：心拍56回/分。血圧164/72 mmHg。眼瞼結膜・眼球結膜に異常なし。神経学的異常所見なし。胸部聴診異常なし。腹部は平坦で軟、左第10肋骨を最強点とする叩打痛あり。

検査所見（受診当日）：血液検査、胸部単純X線撮影、心電図で異常なし。腎エコー検査：両側とも水腎症なし。胸部～骨盤部単純CT：横行結腸、上行結腸内に管状構造を有する高吸収域を認めたが、腸管壁肥厚や腸管周囲脂肪組織の

濃度上昇は認められなかった。

経過

受診当日は急性腰痛症と診断。鎮痛剤処方にて帰宅。受診翌日、左側腹部痛は軽快したが、右側腹部痛が出現・増強するため再診。右季肋下に圧痛あり。血液・尿所見では特記すべき所見なし。胸部～骨盤部CTで前日認められた管状構造物が横行結腸内右方へ移動しており、問診し直したところ、数日前に鶏を骨ごと摂取したと判明。

鑑別診断

- ① 尿路結石
- ② 腰痛症
- ③ 動脈解離

考察

魚骨や鶏骨による穿孔性腹膜炎の報告は数多い¹⁾が、その前段階での疼痛に関する報告は少ない。本症例ではCTで腸管内異物を認めたものの炎症所見は伴わず、当初腸管内異物を看過してしまった。また、仮に腹膜炎を併発すれば疼痛は体性痛となり、鎮痛薬で一定の効果があるはずであるが、無効であったことは、疼痛の原因が消化管内異物による腸管壁圧排・伸展による内臓痛とその関連痛としての叩打痛と考えることと矛盾しない。基本的事項ではあるが、腹部周辺領域の疼痛を主訴とする患者には食物摂取歴の問診が必須である。

ディスカッション

山内 伊吹先生にお聞きしたい点があります。今回、自分の症例発表の検討で、単純X線撮影をきちんと行うことと、そしてその所見をしっかりと読むことはとても重要なのではないかなという気づきがありました。今回の先生の症例も、もし単純X線撮影をしていれば比較的わかりやすく見えたのではないかと思います、そ

ういった検査はされなかったのでしょうか。

伊吹 腹部はいきなりCTを撮ってしまいましたが、確かに腹部X線写真で変な構造物が見られて、「これ何だろう」というところから拾い上げれば、その方がわかりやすかったかもしれないですし、その点は反省点だと思っています。

石川 救急外来で腹痛の患者さんが来たときに、超音波検査やCTがすぐに撮れる時代だと思うのですが、腹部単純X線写真の意味合いというのがあれば教えていただきたいと思います。

伊吹 例えば腫瘍があったときの腸管内ガスの偏位の仕方や、胆石系であっても尿管系であっても、写るものは写りますが、ソノルーセントになってしまうものもあります。また、私たち大学病院で一番怖い、絶対に見逃してはいけないと思うのは動脈解離などです。救急外来に携わっている者としてはこれだけは見逃したくない。しかも、大学病院まで来てCTも行わずに帰して、後で解離だったということがわかって大変なので、防備的な体制でついCTを撮ってしまうということが多いかと思っています。

それと、若い女性の場合、被曝を考慮するとCTをすぐには施行できないので、超音波検査を優先しています。しかし、超音波検査の場合、個々人で手技的到達度が違うので、CTが必要な場合には患者さんに必ずインフォームド・コンセントをとり、妊娠反応を確認したうえで行うようにしています。

福沢 他にご質問はいかがでしょうか。

佐竹 このような救急の現場でCTを撮り、確かに後から見れば白く写っているものがある場合に、ルーチンで、例えば前頭断などを見るようにすればより見つかりやすいといった、現場の研修医などが今後そういった事例を防ぐような手立てはありますか。

伊吹 本症例は身体所見だけからでは確定診断に至らず、画像一発ということだったので、やはり3方向からの画像を全例に救急外来で撮れるようになるとういのですが、たくさん患者

さんが来られるので、そこまで画像を何種類も見るという余裕がありません。3方向での画像のルーチン化により、救急外来での診断確率が上がるのかを検討してみるとおもしろいかもしれません。

春田 私は消化器内科なのでこういうことはよく経験するのですが、伊吹先生もおっしゃったように、もっと疼痛が明確でその部位がはっきりしていれば、腸間膜脂肪組織濃度の上昇などのような副所見が出てくるので、おぼしき部位の所見を確実に拾い上げていくことが非常に大事だと思います。というのは、先ほど伊吹先生がおっしゃったように、確かに3方向から見られればより具体的に病変を見つけることができるので、余裕があればぜひ行った方がよいかと思いますし、もっと激しい炎症があって、腎機能障害がないということが確認されていれば、そこでCTを撮った方がより確実です。医療経済の問題も出てくるかもしれませんが、解離などは造影をしなければ見逃してしまうケースがあるので、解離を疑う場合には造影は必須だと考えています。

福沢 その他、いかがですか。

質問 沼津市立病院消化器内科の宮城島といいます。鶏骨で痛みが出るというのが少し疑問に思いました。前日に鶏骨があって、次の日に移動しているようなものが痛みを出すといった文献があるのか教えていただきたいです。腸管に痛みが出るというのは、刺さって痛い、もしくは詰まって痛い、イレウスのような状態と考えられます。少なくとも、痛いときには腸間膜脂肪組織の異常などがはっきり見えるのではないかと思います。あんなに1日で移動してきたものが本当に痛みを出すのか、それにこの人は習慣的に食べていたということですので、その前までの摂取時には痛みが出ずに今回あえて痛みが出たというのは、本当にあり得るのかどうかをお聞きできればと思います。

伊吹 以前のことにしましてはわかりません

が、今回に関して申し上げますと、鶏骨に結構長さがあり、CT画像を見ると、部位によっては骨がちょうど腸管内腔の端から端まで橋渡しするような形で、腸管壁を中から圧迫するような所見もあったので、やはり疝痛発作様の内臓痛は起きていたのではないかと思います。それがもとで関連痛が起こり、季肋部まで放散痛が拡がり、そこに叩打痛が認められたと解釈しています。

福沢 その他、フロアの先生からご質問はございますか。

質問 小牧市民病院呼吸器内科の長田といいます。症例3の伊吹先生にお伺いします。今回は高齢で、腹部症状も軽度だったため、保存的に経過を見たということでしたが、文献的には穿孔して腹膜炎になるような症例もあるということで、保存的にどこまで見るか、今回とは違った症例ならば対処法が違ったのかを教えてくださいなればと思います。

伊吹 腹膜炎などが始まって体性痛になっていたら入院適応で、場合によっては手術になると思いますが、今回はたまたま画像所見も身体所見も比較的軽度だったので、迷いましたが、経過観察のため、予約をとって再診という手順にしました。ですので、穿孔しそうな状態であれば、当然対応は変わっていたと思います。

症例4

演者：浜松医科大学内科学第二講座

佐竹 康臣

患者：50歳の男性。

主訴：皮疹。

現病歴：受診半年前に左側頭部に丘疹を自覚した。増大傾向だったため、その6カ月後、皮膚科を受診し、リンパ増殖性疾患が疑われ、同時に胸部異常陰影も指摘された。

身体所見：体温36.7℃。表在リンパ節触知せず。顎下腺・耳下腺腫脹なし。左耳介上部に赤

色無痛性の丘疹を認める。胸部聴診、腹部所見異常なし。

検査所見：血液生化学検査：白血球11,080/ μ l、総蛋白10.0 g/dl、アルブミン3.6 g/dl、CRP 3.15 mg/dl、IgG 3,173 mg/dl、IgG4 300 mg/dl、IgA 909 mg/dl、IgM 247 mg/dl。胸部単純CT：右S²に約1 cmの結節影、右S⁶に約4 cmのすりガラス影。

経過・考察

皮膚生検と外科的肺生検を施行した。両臓器ともに広範にリンパ球・形質細胞浸潤を認め、lymphoepithelial lesionの所見も認めた。CD20(+)、CD79a(+)、LCR、IgH遺伝子再構成も認め、MALTリンパ腫と診断した。IgG4関連疾患との鑑別では、①IgG4関連疾患に特徴的なその他の所見がない、②本邦および海外の診断基準^{2,3)}では確定診断群に該当しない、③MALTリンパ腫の確定診断がされたことから、MALTリンパ腫によってポリクローナルにIgG・IgG4が上昇したと考えられた。

ディスカッション

福沢 では、症例4についてお願いします。

佐竹 本症例では、実際にはなかなかリンパ腫の診断がつかない状況で、最近、呼吸器でも増えてきたIgG4関連疾患の方にかなり鑑別を要するという形でした。腫瘍とよく間違えられるIgG4関連疾患という報告が本学会にも出ていたと思います。そのような報告とは逆に、IgG4関連疾患と間違えそうになった形で、最終的には病理の精査で腫瘍と診断がついたという症例ということで今回提示いたしました。

福沢 症例4に関して、ご質問はいかがでしょうか。

石川 CTで偶然、肺の陰影が見つかったと思いますが、皮膚科の先生が皮疹を見てリンパ腫を疑うような所見はあったのでしょうか。

佐竹 皮膚科ではリンパ増殖性疾患があるだ

ろうというのを念頭に、胸部X線撮影を行ったのですが、本症例の胸部X線所見はわかりにくい影で、皮膚科の先生もわかりにくいのでCTを撮ろうということになり、一気に話が進んでいきました。今回は、リンパ増殖性疾患が最初から念頭にあったというのが少し興味深い症例だったといえます。

吉富 この症例はMALTリンパ腫で、原発は肺、皮膚の方は転移ということでしょうか。

佐竹 最初に皮膚病変が受診半年前に出た際に、肺病変の有無が確認できていないので、不明ということになります。肺のMALTリンパ腫で、皮膚への転移ではないかと考えています。

症例5

演者：名古屋第一赤十字病院消化器内科

春田 純一

患者：40歳代の男性。

主訴：肝機能障害、左鼠径リンパ節腫脹。

現病歴：受診2週前から左鼠径部に違和感があり、同部位のしこりに気づいた。近医で血液検査上肝機能障害を認め、精査目的で当院消化器内科に紹介受診となった。体幹部に色素沈着を含む紅斑を認めたが、疼痛、掻痒感はなかった。海外渡航歴なし。受診日より2カ月前以降、性交歴なし。

身体所見：咽頭正常、頸部リンパ節触知せず。体幹部に皮疹（色素沈着傾向の紅斑）。腹部は平坦。肝・脾は触知しない。左鼠径リンパ節腫脹、圧痛なし。

初診時血液検査所見：AST 108 U/l, ALT 245 U/l, ALP 662 U/l。

プロブレムリスト

- #1 左鼠径リンパ節腫脹
- #2 肝機能障害
- #3 皮疹

鑑別疾患

- ① ウイルス性肝炎
- ② 伝染性単核球症
- ③ 悪性リンパ腫
- ④ 悪性腫瘍＋リンパ節転移
- ⑤ 肝結核
- ⑥ サルコイドーシス
- ⑦ 薬物性肝障害

追加血清学的検査：TPAb定性（＋），RPR定性（＋）。

診断

受診7カ月前、風俗店利用が判明。血液検査所見、皮膚所見、左鼠径リンパ節腫脹から梅毒性肝炎と診断し、アモキシシリン（AMPC）内服治療を開始。

経過・考察

1カ月後には皮膚所見、肝機能も速やかに改善。5カ月後にRPR陰性を確認し、治療を終了。

早期梅毒性肝炎の診断基準⁴⁾

1. 早期梅毒の臨床診断が確実である。
2. 黄疸を呈することは稀であり、無症状であることが多い。
3. ALPの上昇を特徴とし、T.Bil, AST, ALTは正常あるいは軽度上昇である。
4. 肝生検組織像は非特異的炎症像であり、Treponemaが認められることは少ない。
5. 駆梅療法が著効する。

身体所見を丁寧に取り、生活歴も十分に聴取することが正確で迅速な診断につながることを実感した症例だった。

ディスカッション

福沢 症例5についてご説明をお願いします。

春田 特に付け加えることはありませんが、結果的には血液検査一発で診断がついた症例で

した。やはりリンパ節が腫大している、それから皮疹があるというところを内科としても見逃さないようにということで今回提示いたしました。

福沢 問診が非常に重要だということですね。

春田 そうですね。性交渉歴は深く突っ込みにくい部分ではありますが。

伊吹 確認ですが、イベントがあった後に発症するまでの期間はだいたいどのくらいでしたか。

春田 患者さん本人が正直におっしゃっている話ではありますが、5カ月くらいで、やや長めの感じではあります。症状としては1月下旬くらいから出ていたそうです。契機から発症までは3カ月くらいであったことになります。

伊吹 私の記憶が定かではないのですが、2期がバラ疹ですよ。1期では下疳が出るのでしたよね。そういう症候が先行してはいなかったのでしょうか。

春田 その点は詳しく聞き取れていませんが、リンパ節が腫大する以前は何も症状がありませんでした。実際にもう一度よく聞いたのですが、特にそのようなことはなかったとおっしゃっていたので、あまりはっきりしたものは

出なかったようです。

福沢 本日は演者の先生方、貴重な症例を提示していただき、大変勉強になりました。また、フロアの先生方、貴重な時間をいただき、誠にありがとうございました。以上で終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

まとめ

今回は様々な症例を、臨床推論という切り口でディスカッションしたが、詳細な問診が最終的な診断に非常に重要であることが示唆された。問診は臨床推論の柱であり、これを疎かにしてはならないことが再認識された。最後に、症例に関する討論が白熱したため、紙面の都合上で割愛せざるを得なかった部分が多かったことをお詫びしたい。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：石川英二；研究費・助成金（三和化学研究所）

文献

- 1) 堤 裕史, 他：鶏骨による小腸穿孔に対し腹腔鏡アプローチを行った一手術例. 北関東医学 59 : 165-169, 2009.
- 2) 厚生労働省難治性疾患対策事業 IgG4関連疾患包括診断基準. 2011.
- 3) Deshpande V, et al : Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. Mod Pathol 25 : 1181-1192, 2012.
- 4) 的野智光, 他：肉芽腫性炎症を伴った梅毒性肝炎の1例. 肝臓 50 : 719-724, 2009.