

## 院内C P C記録

### 第8回院内C P C (平成14年6月20日)

司 会 内 科 寺田総一郎

症例担当 リウマチ科 早川正勝

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

症 例：79歳 女性

主 訴：四肢浮腫，多発関節痛

既往歴：平成13年4月 左白内障手術

家族歴：特記すべきことなし

(0.97~1.79), TSH 3.28  $\mu$ U/ml (0.34~3.5),  
TSH-R抗体 0%, サイロイドテスト (-), マ  
イクロゾームテスト (-)

CRP 2.8mg/dl, C3 123mg/dl, C4 19mg/dl,  
RAPA 40>, ANA 640 (speck., homo.)

現病歴：平成13年8月より両手，両下腿の浮腫と  
両MP, PIP 関節痛が出現した。近医を受診して  
利尿剤を投与されたが不変であった。採血の結果，  
甲状腺機能低下を指摘されてチラジンSの内服  
を開始されたが症状は改善しなかった。この後，  
左肩，両膝痛も出現したため11月に転院し，膠原  
病を疑われて当院リウマチ科へ紹介され，精査加  
療のため12.6入院。レイノー現象，口内炎，皮疹，  
日光過敏症は認めなかった。

入院時現症：身長146cm，体重47.9kg，血圧  
160/82mmHg，脈拍110/分，体温37.9℃，貧血  
あり，黄疸なし，咽頭正常，甲状腺腫なし，頸部  
リンパ節腫脹なし，肺野 両背部にベルクロラ音  
聴取，心音異常なし，腹部異常なし，顔面，両手  
背，両下腿に浮腫，両MP, PIP 関節に活動性関  
節炎を認めた。

入院時検査成績 (12/6)：検尿；蛋白 (-)，糖  
(-)，RBC 1>/HF，WBC1>/HF

WBC 10900/ $\mu$ l, RBC 313 $\times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 9.1  
g/dl, Hct 28.1% Plt 23.7 $\times 10^4$ / $\mu$ l, Ret 9%,  
TP 7.4 g/dl, Alb 3.2 g/dl, T. Bil 0.7mg/dl  
GOT 39 IU/l, GPT 15 IU/l, LDH 673 IU/l,  
ALP 96 IU/l, Ch-E 120 IU/l CPK 113 IU/l,  
AMY 190 IU/l, BUN 16.8mg/dl, Cr 0.9mg/dl,  
Na 136mEq/l, K 4.0mEq/l, CL 104mEq/l,  
BS 106mg/dl, Alb 44.6%,  $\alpha$  1 3.7%,  $\alpha$  2  
6.3%,  $\beta$  9.0%,  $\gamma$  36.4%,  
FT3 1.27pg/ml (2.47~4.34), FT4 1.55ng/dl

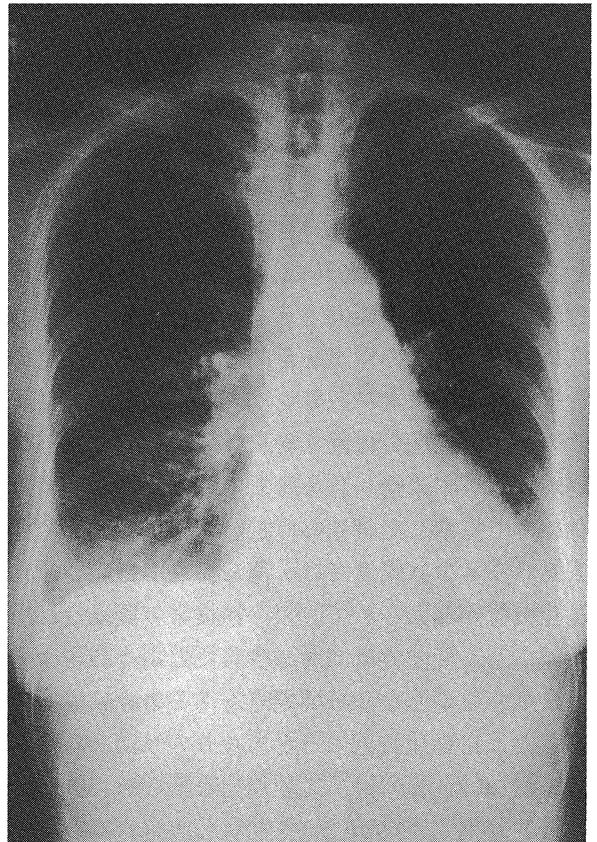


図1 胸部レ線像

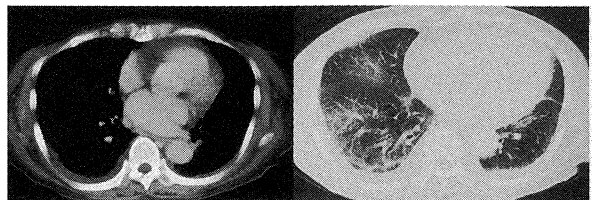


図2 胸部CT

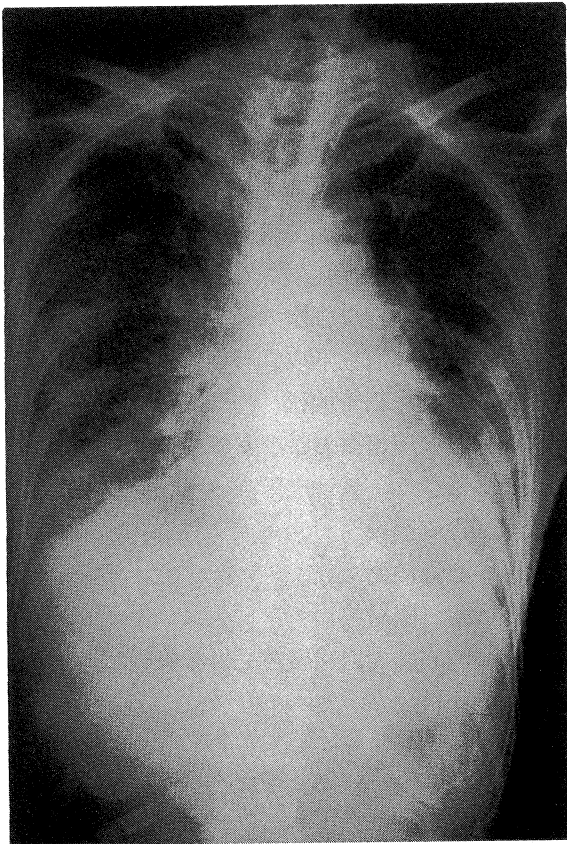


図3 胸部XP

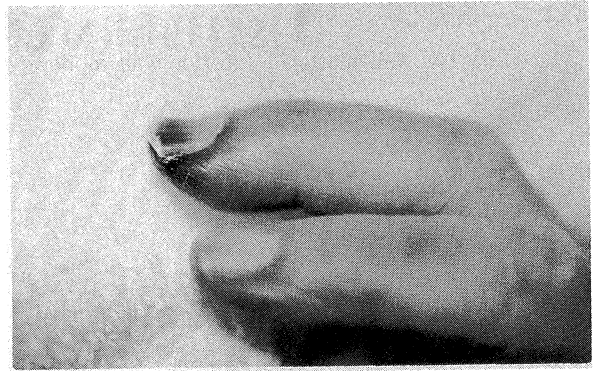


図4 左第3指, 右第2趾写真

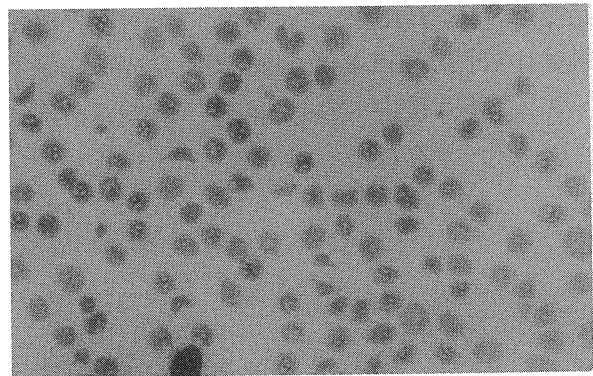


図5 末梢血標本

抗DNA抗体(-), 免疫複合体(C1q) 1.5 $\mu$ g/ml  
PT 12.5 sec, APTT 30.1 sec, Fib 264 mg/dl

入院後経過: 関節痛, 浮腫の臨床経過からRS3PE症候群を考えプレドニソン10mg/日を開始したが, 反応不良のため12.10より15mg/日に増量した. この後, 解熱し浮腫も徐々に軽快してきたが, 全身倦怠感が強く食欲が低下した. 12.20トイレに行こうとしたが, 呼吸困難のためベッドサイドに倒れ込んでしまった. 高血圧(190/90), チアノーゼ, 呼吸状態悪化のため気管内挿管を施行し, 人工呼吸管理とした. この頃から左第3指, 右第2趾尖端に壊死がみられた. 血管炎を疑い, ステロイドパルス療法(メチルプレドニソン1000mg/d, 3d)を開始した.

検査成績(12/23): 検尿; 蛋白(++), 糖(-), 沈渣 RBC 1>/HF, WBC1>/HF  
WBC 26530/ $\mu$ l, RBC 197 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, Hb 5.7

g/dl, Hct 18.4%, Plt 8.1 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l  
Ret 43%, TP 5.9 g/dl, Alb 2.6 g/dl, T.Bil 1.3 mg/dl, D.Bil 0.6mg/dl, GOT 410 IU/l, GPT 552 IU/l, LDH 3907 IU/l, CPK124 IU/l, BUN 101.4mg/dl, Cr 3.5mg/dl,  
Na141mEq/l, K 4.0mEq/l, CL 102mEq/l, BS 282mg/dl, CRP 4.1mg/dl  
PT 13.6sec, INR 1.36, APTT 32.5sec, Fib 294 mg/dl, FDP 16.0 $\mu$ g/dl  
ハプトグロビン 10 mg/dl, フェリチン 3000ng/ml<, 間接クームス(-), 直接クームス(-)  
PR3-ANCA(-), MPO-ANCA(-), 抗GBM抗体(-)  
レニン活性 8.1ng/ml/hr (正常0.3~2.9 単位)  
アルドステロン 37pg/ml (正常29.9~159)  
抗Jo-1抗体(-), 抗Scl-70抗体(+), フォンウィルブラント因子マルチマー解析 normal

心エコー検査：

(12/20) LV wall motion : anterior wall moderate  
~severe hypokinesis

EF 59.2%

(12/21) LV wall motion : good

EF 67.7%

腎不全，血小板減少，溶血性貧血，破碎赤血球の出現から血栓性細小血管障害症（Thrombotic microangiopathy : TMA）と診断し12.24から血液透析，血漿交換（3L/d）を開始した．基礎疾患に強皮症が疑われた．この後も血小板減少，溶血性貧血の改善がみられず，昏睡状態が続いた．徐々に血圧低下し12.31永眠．

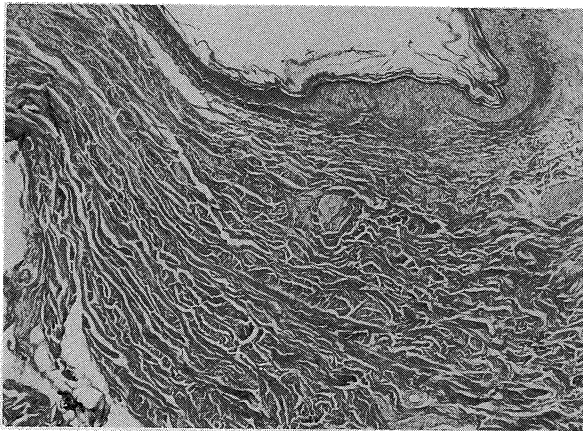


図1 皮膚生検組織学的所見：  
真皮の膠原線維は増加と付属器の萎縮がみられる。  
（皮膚硬化症）

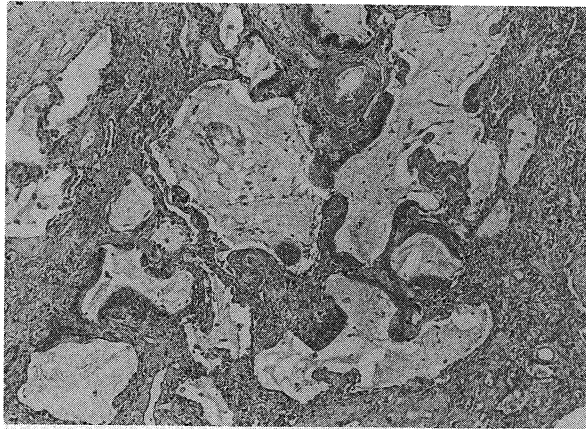


図2 肺組織学的所見：  
肺胞中隔は高度な線維化を呈する。（下葉，肺線維症）

病理解剖組織学的診断（剖検番号2121）

剖検者 堀部良宗

1. 強皮症（全身性硬化症）

皮膚：真皮膠原線維の増加，付属器の萎縮

強皮症腎：細動脈の肥厚，間質性腎炎

肺：間質性肺炎，肺線維症（下葉，高度）

2. 〈溶血性尿毒症症候群〉

腎：糸球体内皮細胞の腫大，剥離．

糸球体血栓形成，腎梗塞

急性尿細管壊死

3. 両側肺胞内出血および気管支内出血内容物

右上葉ブラ，気管支肺炎（巣状）

線維性胸膜炎

4. 肝中心性壊死

5. 脾壊死（限局性）

6. 求心性心肥大，線維性心外膜炎

死因：呼吸不全

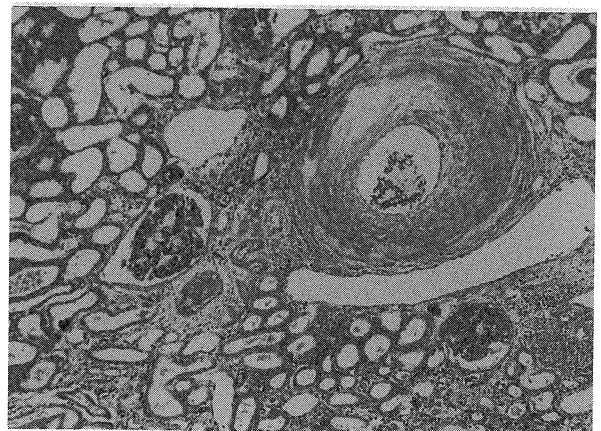


図3 腎組織学的所見（強皮症腎）：  
細動脈の線維性肥厚が著明でびまん性にみられる。

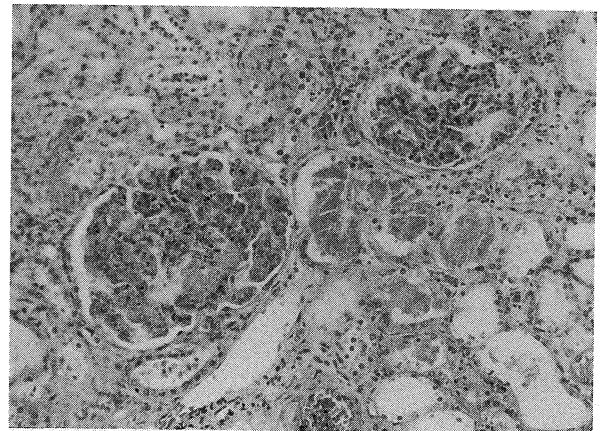


図4 腎糸球体の内皮細胞の腫大，微小血栓の形成を伴っている。

# 院内C P C記録

## 第9回院内C P C (平成14年10月22日)

司 会 内 科 寺田総一郎

症例担当 外 科 清野徳彦

西脇 眞

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

症 例：73歳，男性

主 訴：呼吸困難

既往歴：平成9年視床出血のため右片麻痺

平成10年腎結石のためESWL

平成10年11月2日左乳癌（T2a N0 M0, Stage II）  
に対して胸筋温存乳房切除術（Bt+Ax），植皮術  
施行。

病理組織診断：Invasive ductal carcinoma, papillo-  
tubular type, s, t3, ly1, v0, ductal spread (+),  
nipple; erosion, L.N.: No metastasis (Ia 0/5,  
Ib 0/3)

エストロゲンレセプター，プロゲステロンレセプ  
ター共に陽性

診療経過：左乳癌術後補助療法は施行せず，外来  
フォローアップを行っていた。平成12年12月の腹  
部CTにて肝右葉（S5）に2cm大のLDAを認  
めた。平成13年4月には5cm大にまで増大。手  
術療法をすすめるも，本人が拒否されたため外来  
にてフォローアップとなった。平成13年7月より  
食欲不振が出現。平成13年8月4日胸部レントゲ  
ン写真にて右胸水を認め入院加療をすすめたが拒  
否された。プレドニン30mg/日内服開始。以降，  
訪問看護を受けることとなった。

平成13年8月26日呼吸困難で緊急入院となった。

入院時検査成績：WBC 35500/ $\mu$ l, RBC 540 $\times$   
10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, Hb 16.1g/dl, Hct 46.3%, Plt 22.1  
 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l TP 6.1g/dl, ALB 2.9g/dl, T-BIL  
2.4mg/dl

腫瘍マーカー値の推移

	H12.6 .22	H12.12.7	H13.3 .29	H13.4 .19	H13.8 .4
CEA	2	2.1		2.6	6.1
CA15-3	18	29	57		390
CA19-9				3500	1万以上

入院後経過：右胸腔ドレーン挿入。胸水細胞診は  
class V adenocarcinoma と診断された。

癌性胸膜炎と診断。9月16日永眠された。

病理解剖組織学的診断（剖検番号2111）

剖検者 堀部良宗

二重癌

①男性乳癌術後（左）2年10ヶ月の状態

浸潤性乳管癌（乳頭腺管癌）

転移，再発：なし

免疫組織化学的検索結果：ER（+），PGR（+）

②肝内胆管細胞癌（1250g，右葉）

塊状型，低分化型腺癌（硬性型，広範壊死を伴  
う）

転移，浸潤：両側肺，脾，横隔膜，腸間膜

腹膜癌症（700：800ml）

胸膜癌症（400ml）

リンパ節 脾門部，肝門部，腸間膜

脈管内浸潤高度

免疫組織化学的検索結果：ER（-），PGR（-），

CA-19-9（+）。

副所見

1. 大腸管状腺腫，中等度異型

2. 胆汁うっ滞肝

3. 急性間質性肺炎（巣状，下葉）

4. 汎小葉性肺気腫，無気肺，肺うっ血

5. 動脈硬化症，動脈硬化性腎症，大動脈硬化症



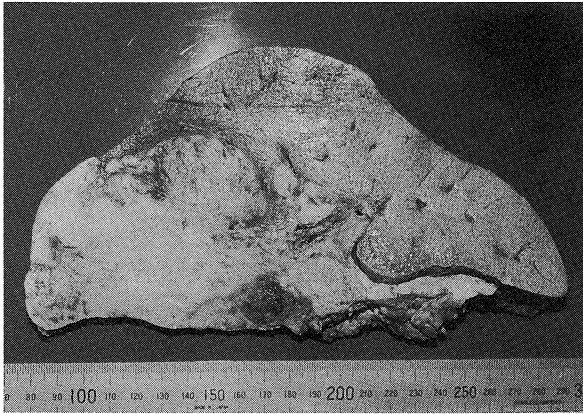


図1 肝腫瘍の剖面肉眼像：  
腫瘍は右葉を中心に充実性発育している。

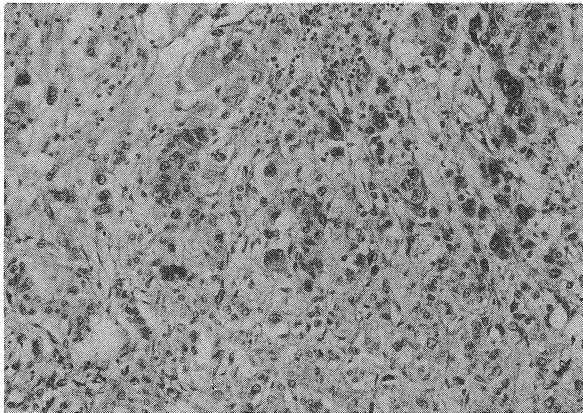


図2 肝腫瘍組織学的所見：  
腫瘍細胞は不完全な腺管を形成し、間質結合織の増加を伴う低分化腺癌（硬癌）の形態を示す。

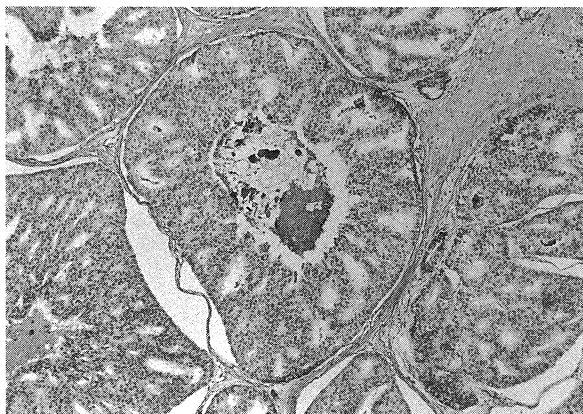


図3 乳腺腫瘍組織学的所見：  
中心に石灰化を伴う浸潤性乳頭腺管癌

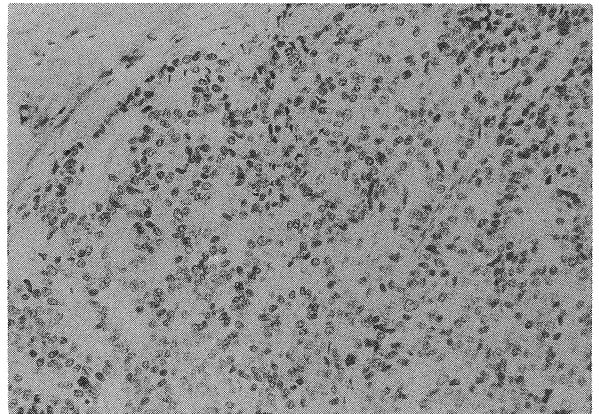
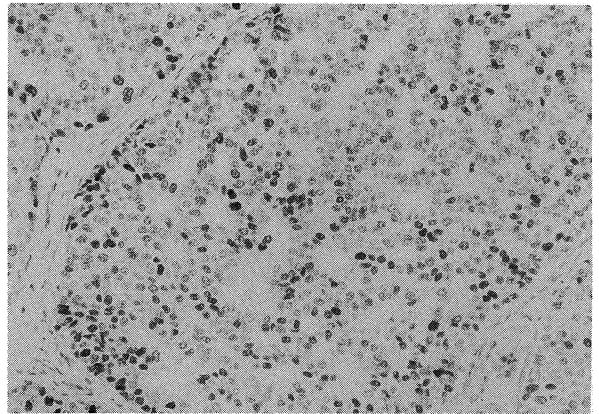


図4 乳腺腫瘍エストロゲンレセプター（ER）、プロゲステロンレセプター（PGR）の免疫組織化学的所見：ER（上図）、PGR（下図）はともに陽性。