

## 院内C P C記録

### 第10回院内C P C (平成15年2月27日)

司 会 内 科 寺田 総一郎

症例担当 内 科 清野 芳江

永橋 正一

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部 良宗

症 例：59歳男性

主 訴：食欲不振，下痢

既往歴：高血圧，糖尿病，アルコール性肝障害のため当科に過去3回入院．胆嚢結石

家族歴：父，心筋梗塞；母，脳梗塞

生活歴：喫煙歴40本／日×44年間

飲酒歴3合／日×44年間

現病歴：糖尿病，アルコール性肝障害のため当科外来で経過観察されていた．1992年12月と1999年8月にアルコール性肝障害と糖尿病の加療目的で当科に入院した．2001年1月上旬より食事摂取後に下痢が出現し，3月上旬より立位不能となったため3月12日当科を受診した．精査加療目的で同日当科に入院となった．

入院時現症：身長160.5cm，体重52kg，

意識清明，血圧140／70 mmHg，心拍数90／分，整，体温37.0℃，眼瞼結膜の貧血と眼球結膜の黄染を認めた．心音純．肺野清．腹部平坦かつ軟．グル音正常．自発痛なし．右季肋下に肝を3横指触知．脾臓触知せず．下腿浮腫なし．

入院時検査所見：(表1) GOT 優位の肝障害， $\gamma$ -GTP の高値，高血糖，炎症反応の軽度上昇，軽度の腎機能障害を認めた．

〈骨髓検査(第22病日)〉(表2)

巨核球数は減少を示しその血小板生成率は36%，生成指数は40で巨核球の血小板生成能は低下していた．多数の血小板や赤血球，赤芽球，好中球を貪食したマクロファージが顕著に観察された．

〈胸部X線〉特記すべきことなし

〈腹部X線〉特記すべきことなし

〈心電図〉洞性頻脈，完全右脚ブロック

〈腹部CT(第2病日)〉強度の脂肪肝(図1)

〈頭部CT(第19病日)〉脳萎縮(図2)

入院後経過：入院時に発熱，黄疸を認め，採血データよりアルコール性肝炎と診断した．全身状態

は安定していたため肝庇護剤の投与で経過観察とした．しかし入院後，黄疸の進行を認めたため第7病日よりプレドニゾン40mg／日を開始したがデータの改善は認められなかった．第15病日より意識レベルの低下に加え黄疸の増強，凝固能異常，白血球数の増加，腎機能の悪化を認めたため重症型アルコール性肝炎と診断し，ビリルビン吸着，血漿交換と持続的血液濾過透析を開始した．また，同日より血小板が2.2万／ $\mu$ lと著減したため，播種性血管内凝固症候群の合併も考慮し，メシル酸ガベキサート，低分子ヘパリンの投与を開始した．FDPの上昇はなかったが，血小板数が上昇しなかったことと，第20病日にHb5.8g／dlと著明な貧血がみられたため第22病日に骨髓検査を行った．臨床症状と骨髓検査所見より血球貪食症候群の合併と診断し，ステロイドパルス療法と免疫グロブリンの投与を施行したが敗血症，成人呼吸窮迫症候群により第26病日に死亡した．(図3，4)

病理解剖組織学的診断(剖検番号2099)

剖検者 堀部良宗

アルコール性肝炎(脂肪肝，脂肪沈着を伴う) 2600g，線維化：軽度，活動性：軽度，胆汁うっ滞肝(図5，6)

#### 1. 敗血症

- ①アスペルギルス症(肺，心筋)
- ②肺膿瘍，気管支肺炎(500；570g)
- ③化膿性心筋炎(400g)
- ④壊疽性胆嚢炎

#### 2. 急性間質性肺炎，敗血症性肺梗塞(限局性)

#### 3. 急性尿細管壊死，黄疸腎(200；230g)

#### 4. 線維索性心外膜炎(心嚢液，少量)

#### 5. 大腸憩室症および憩室炎

#### 6. 虚血性大腸炎(慢性期，直腸)

死因；肺病変による呼吸不全

表1 入院時検査所見

<末血> WBC 10580 / $\mu$ l Stab 1.0 % Seg 88.0 % Lymph 4.0 % Mono 7.0 % RBC 241万 / $\mu$ l Hb 8.5 g/dl Hct 25.2 % PLT 12.1万 / $\mu$ l		<免疫系> IgG 1530 mg/dl IgA 413 mg/dl IgM 160 mg/dl 抗核抗体 160 倍(speckled)	
<凝固系> APTT 29.3 秒 PT 73 % FNG-C 201 mg/dl		<腫瘍マーカー> AFP 3.8 ng/ml CEA 4.1 ng/ml CA19-9 910 U/ml DUPAN-2 >1600 U/ml SPAN-1 1100 U/ml	
<臨化> TP 6.3 g/dl Alb 3.5 g/dl T-Bil 12.5 mg/dl BUN 26.0 mg/dl CRTNN 1.7 mg/dl UA 9.2 mg/dl Na 135 mEq/l K 2.8 mEq/l Cl 77 mEq/l Ca 7.6 mg/dl IP 0.7 mg/dl LDH 624 IU/l GOT 308 IU/l GPT 120 IU/l AI-P 382 IU/l $\gamma$ -GTP 1347 IU/l ChE 116 IU/l AMY 97 IU/l CPK 158 IU/l Glu 305 mg/dl HbA <sub>1c</sub> 9.8 % TC 155 mg/dl TG 549 mg/dl CRP 6.5 mg/dl NH <sub>3</sub> 71 $\mu$ g/dl		<血液ガス(room air)> pH 7.386 PaCO <sub>2</sub> 28.9 Torr PaO <sub>2</sub> 91.4 Torr SaO <sub>2</sub> 96.8 % BE -5.7 mmol/l HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 17.3 mmol/l	
		<感染症> HB s 抗原 陰性 HCV抗体 陰性 RPR定性 陰性 TPHA 2242.27(+)	
		<検尿> pH 5.5 glu (3+) pro (2+) bld (1+) ket (-) bil (3+) uro (1+) 比重 1.020	

表2 骨髓検査所見 (4/2)

(骨髓像)	
有核細胞数	318000 / $\mu$ l
巨核球数	10 / $\mu$ l
骨髓芽球	0.8 %
好中球	
前骨髓球	4.6 %
骨髓球	5.8 %
後骨髓球	4.0 %
桿状核球	16.6 %
分葉核球	15.4 %
好酸球	2.0 %
好塩基球	0.4 %
リンパ球	6.6 %
単球	1.6 %
形質細胞	4.0 %
血球貪食細胞	4.4 %
前赤芽球	0.2 %
大赤芽球	4.0 %
正赤芽球	
塩基性	6.0 %
多染性	23.4 %
正染性	0.2 %
M/E比	1.5



図1 腹部CT：強度の脂肪肝を示す。  
(2001年3月13日)

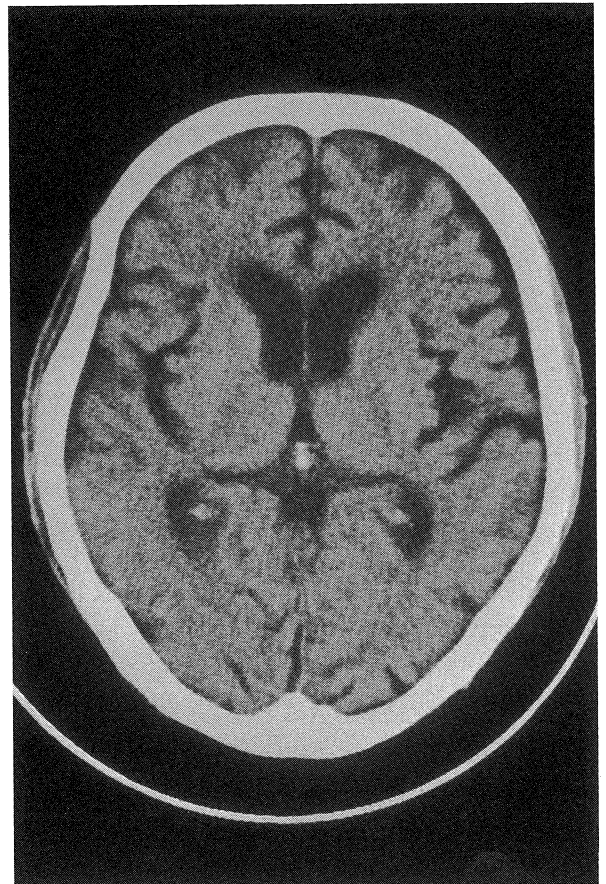


図2 頭部CT：脳萎縮がみられる。  
(2001年3月30日)

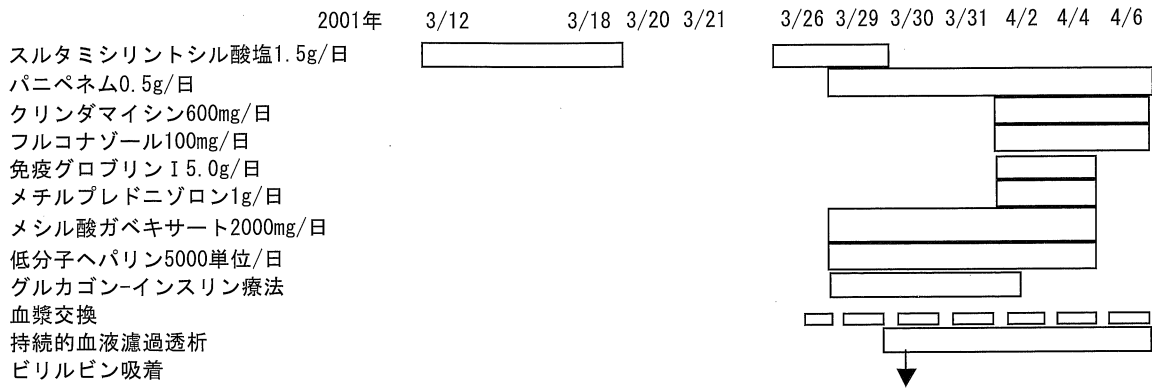


図3 入院後の治療経過

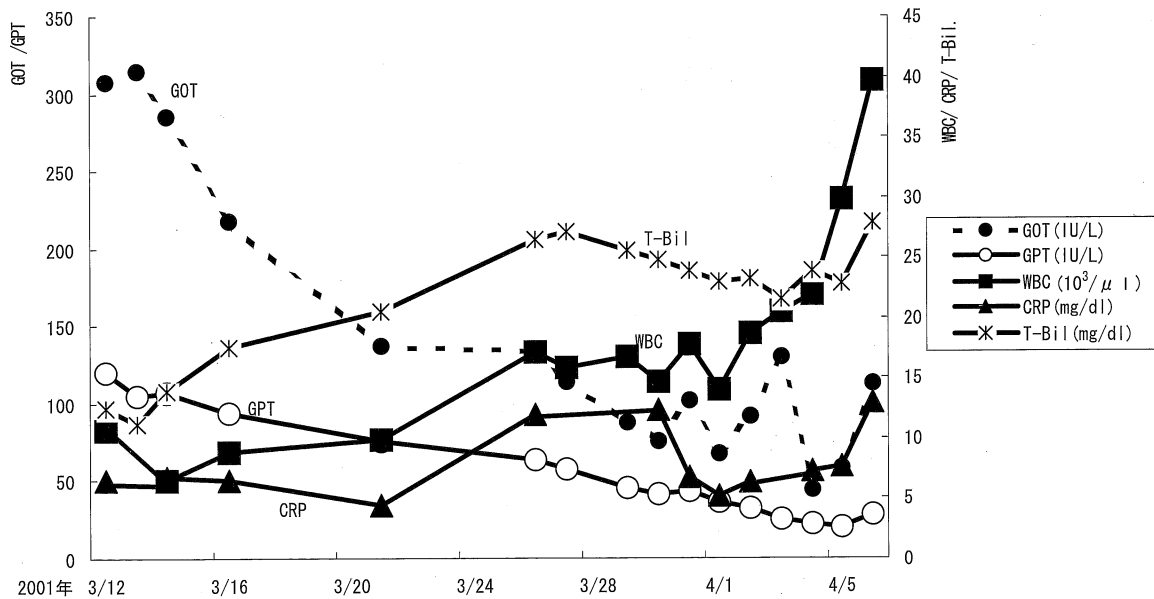


図4 血液生化学検査値の推移

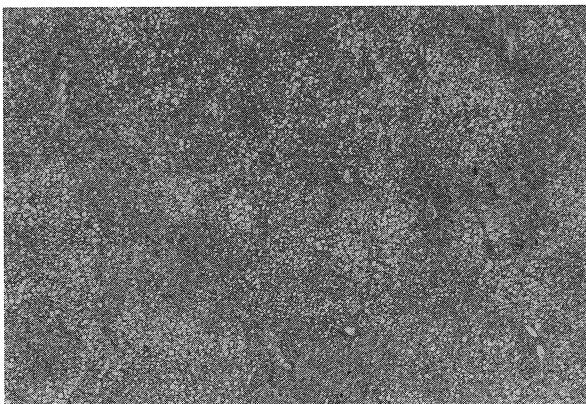


図5 肝組織所見：肝細胞のびまん性脂肪変性，グリッソン鞘内のリンパ球浸潤を認める。(H-E染色，X100，2001年4月6日)

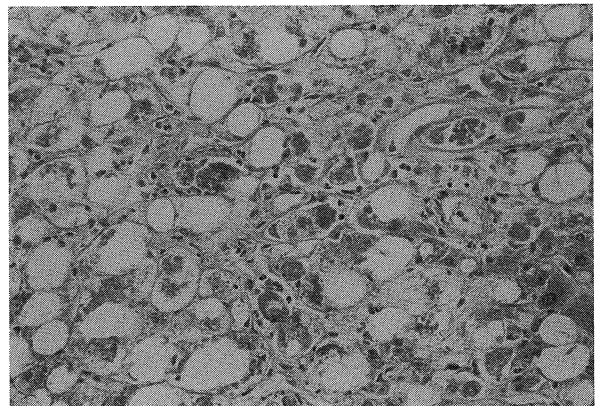


図6 肝組織所見(強拡大像)：肝細胞の脂肪変性，マロリー小体を認める。(H-E染色，X400，2001年4月6日)

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2099)

剖検者 堀部良宗

アルコール性肝炎(脂肪肝, 脂肪沈着を伴う)

2600 g, 線維化:軽度, 活動性:軽度,

胆汁うっ滞肝

1. 敗血症

①アスペルギルス症.(肺, 心筋)

②肺膿瘍, 気管支肺炎(500; 570 g)

③化膿性心筋炎(400 g)

④壊疽性胆嚢炎

2. 急性間質性肺炎, 敗血症性肺梗塞(限局性)

3. 急性尿細管壊死, 黄疸腎(200:230 g)

4. 線維性心外膜炎(心嚢液, 少量)

5. 大腸憩室症および憩室炎

6. 虚血性大腸炎(慢性期, 直腸)

死因; 肺病変による呼吸不全

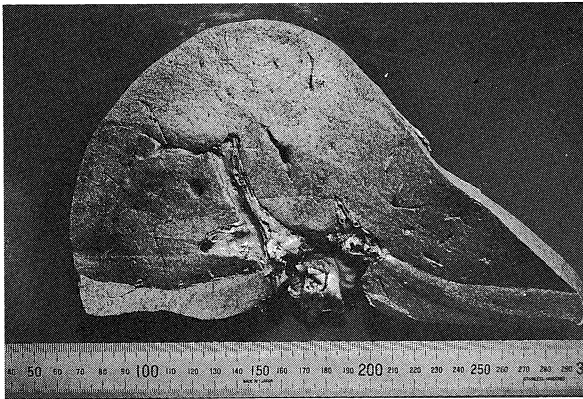


図1 肝断面肉眼像(2,600 g)

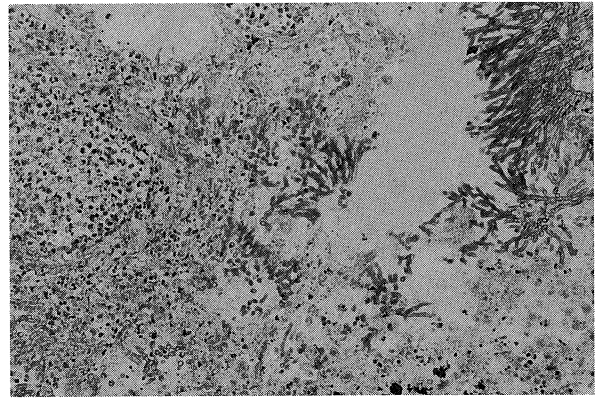


図4 アスペルギルスの菌塊を認める(肺)



図2 びまん性に脂肪変性を示す肝細胞

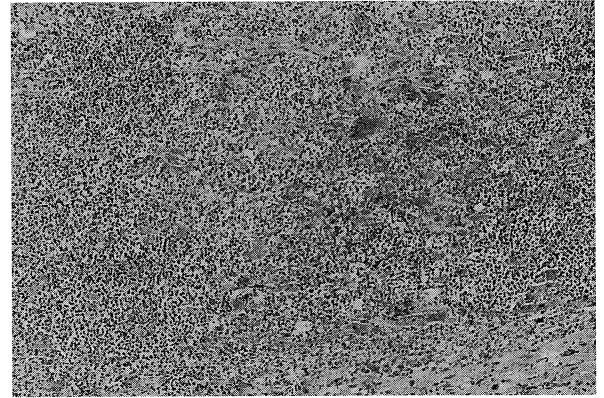


図5 異物多核細胞, 好中球浸潤を伴う気管支肺炎

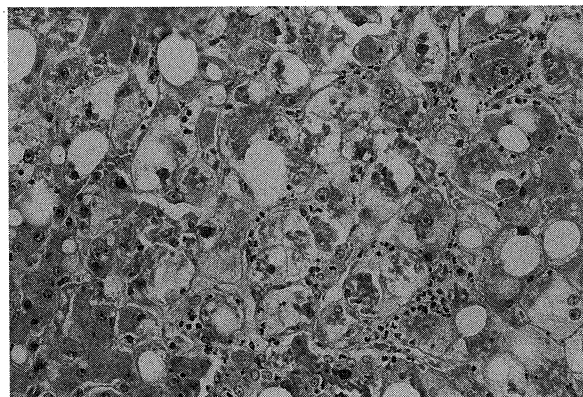


図3 脂肪化, マロリー小体を認める

## 院内C P C記録

### 第11回院内C P C (平成15年7月22日)

司 会 内 科 寺田総一郎  
症例担当 外 科 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：50歳 男性

主 訴：黄疸

既往歴：平成10年 急性虫垂炎にて手術施行

家族歴：特記すべきことなし

嗜 好：喫煙歴なし 飲酒歴なし

現病歴：平成12年6月頃に右上腹部痛が出現し、腹部USにて胆石症を指摘され内服治療中であった。平成12年12月17日のお昼頃心窩部痛、下腹部痛が出現し奥村医院受診し、黄疸と血性アミラーゼ値の上昇を認め入院となる。12月22日精査加療目的で当院外科に転院となる。

入院時現症：

体格栄養 中等度 身長 173.5cm 体重 59kg

血圧 126/78mmHg 脈拍 78/min 整

体温36.4℃

腹部 平坦だが心窩部および右季肋部に圧痛と叩打痛あり

眼球結膜 黄疸あり 眼瞼結膜 貧血なし

表在リンパ節 触知せず

入院時検査成績：

生化学検査：TP 7.3 TB 8.3 GOT 139 GPT 116  
LDH 577 ALP 294 CPK 1691 AMY 1550 BUN  
14.5 CRE 0.8 Na 139 K 4.2 Cl 101 CRP 0.6

末梢血：WBC 6270 RBC 442万 Hb 14.5 Hct 43.8  
Plt 14.4万

感染症：HbsAg 1543.8 強陽性 HbsAb (+)  
HbeAg (-) HbeAb (+) HbcAb (+) HCV Ab  
(-)

腫瘍マーカー；CEA 2.0 CA19-9 360 エラスター  
ゼ15000以上 DUPAN-2 1600 以上

入院後経過 (図1)：

平成12年12月22日腹部CT施行後入院。胆道系の拡張、主膵管の拡張を認めた。同日緊急PTCD施行。7Frのバルーンチューブを挿入。赤褐色

の胆汁であった。下部胆管は完全に閉塞し、胆嚢は造影されなかった。胆汁細胞診に提出したが、class II no malignancyであった。翌日にはややTBも低下したが胆汁は血性となっていた。また、臍周囲の痛みを訴えていた。

12月27日PTCDチューブ造影を施行したが、造影剤の十二指腸への流出はなく、血栓が充満している像であった。TBの値は8から10前後で変化なく、肝機能も50から80であった。

平成13年1月4日突然心窩部痛が出現し、左背部への放散痛が出現した。緊急腹部CT施行。大きな変化はなかった。また、血液検査上も肝機能や膵酵素の悪化は認められなかったが、CRPが5.3mg/dlと上昇していた。1月5日胆汁細胞診に提出したところ、class IIIb adenocarcinoma susp.であった。PTCDによる減黄、肝庇護剤の投与、膵炎に対して抗毒素(ミラクリッド、FOY等)の投与にて肝機能や膵酵素の改善が図れないことより、閉塞性黄疸にさらにB型肝炎キャリアで肝実質障害が加わった肝障害と判断し、1月5日よりステロイドパルス療法を開始した。PSL 60mg 5日間、30mg 5日間、10mg 5日施行した。心窩部痛は軽減し、黄疸も軽減したが肝機能は改善しなかった。1月9日PTCDチューブを8Fr. ピッグテールに交換した。やはり造影剤の十二指腸への流出はなく、血栓を認めた。また、このころより下腹部痛を訴え、腹膜播種も否定できなかった。1月16日ERCP施行。主膵管は約1.5cmにわたり閉塞し、下部胆管は約4cmにわたり狭窄していた。Vater乳頭部癌を疑い、同部位を生検。中分化型腺癌と診断された。1月17日には血性AMY287と低下し、昨日のERCPで膵管より膵液がドレナージされたものと考えられた。手術を考慮したが、肝機能の改善がみられなかった。1月23日腹部血

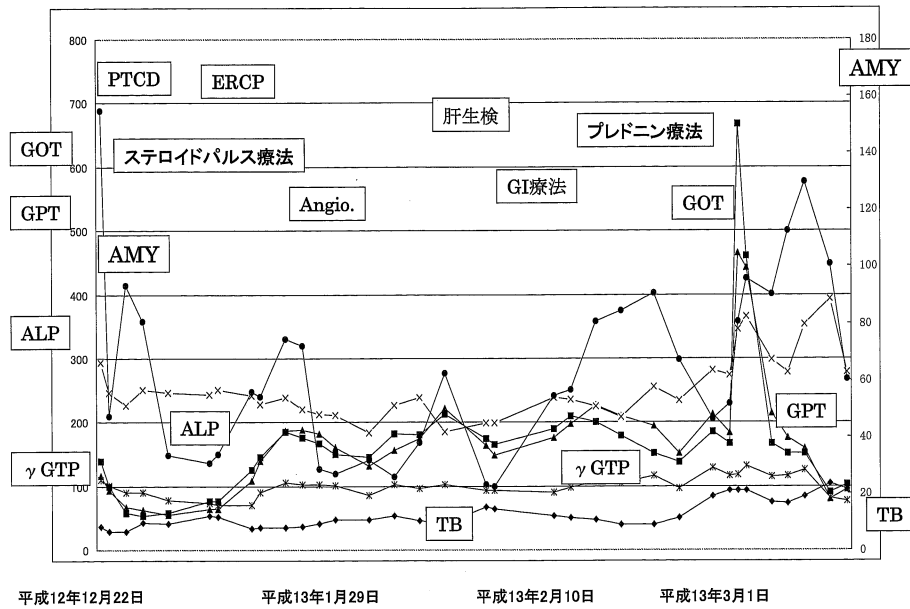


図1 全経過

間接型優位の高ビリルビン血症

1. 溶血性黄疸
2. Gilbert症候群
3. Crigler-Najjar症候群II型
4. シャント高ビリルビン血症

直接型優位の高ビリルビン血症

1. 肝細胞性黄疸  
ウイルス性肝炎、アルコール性肝障害、自己免疫性肝炎  
薬物性肝障害
2. 肝内胆汁うっ滞  
急性;ウイルス性、薬物性  
反復性;良性反復性、妊娠反応性  
慢性;原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆管炎  
慢性薬物性
3. 閉塞性黄疸  
腫瘍、結石、炎症
4. Dubin-Johnson症候群
5. Rotor症候群
6. その他  
敗血症など

図2 黄疸をきたす疾患

管造影施行。左肝動脈 replace, parabiliary venous system と思われる静脈が明瞭に描出された。PTCD 挿入後より血性胆汁の一因とも思われた。1月26日腹部 CT 施行。肝実質の後期の染まりのムラが目立つ所見であった。依然として肝機能障害が持続した。時折臍周囲の締めつけられるような痛みが出現していた。

肝機能の改善が認められないため、2月6日経

皮的肝生検を施行。Chronic hepatitis non active. F (0) A (1) no malignancy. で、ビリルビン沈着とグリソンに少数の small round cell infiltration がみられ、胆汁鬱滞肝の診断であった。2月9日よりGI療法、プレドニン、強力ミノファーゲン、ウルソ600mg, FOY 600mg/dayを開始した。ビリルビン値はやや低下したが、肝機能は改善しなかった。2月22日頃より低蛋白血症、低アルブミン血

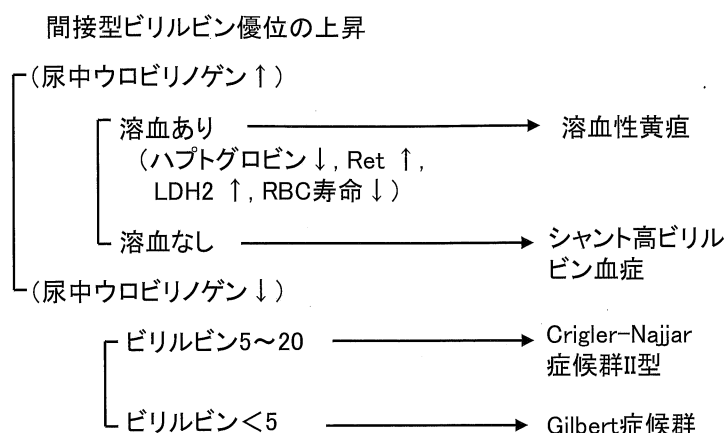


図3 病態に基づいた閉塞性黄疸の鑑別診断

症となり、腹水も出現してきた。2月26日よりアルブミン製剤を投与するも低蛋白血症は改善しなかった。3月1日腹部CT施行。左胸水と腹水が出現し、腹膜の肥厚や染まりも認められた。膵体尾部に pseudocyst も出現。肝実質の濃度のムラ、表面凹凸が目立ってきており、肝不全や腹膜播種の所見であった。3月5日頃より嘔吐や易疲労感が出現、傾眠傾向となりアンモニアも105と上昇し、肝不全状態が悪化してきていた。また、CRPも上昇し、膵炎、胆管炎あるいは胆汁性腹膜炎が考えられた。アミノレバンも投与。3月16日頃より尿量が減少し、腹水が増加した。利尿剤も投与したが、貧血も進行。徐々に意識混濁し、3月26日永眠された。

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2098)

剖検者 堀部良宗

十二指腸乳頭部癌、結節浸潤型 (20×15mm)

中分化管状腺癌

転移、浸潤：膵頭部膵周囲リンパ節

1. 肝炎後性肝硬変 (1100 g), 肝中心性壊死 (高度) 胆汁うっ滞肝
2. 急性膵壊死
3. 汎発性化膿性腹膜炎 (胆汁性および膿性腹水 5000ml)
4. サイトメガロウイルス感染症 (腹膜, 肺)
5. 急性尿細管壊死, 黄疸腎 (310:240 g)
6. 脾腫 (230 g, 慢性うっ血), 感染脾
7. 胃びらん (多発性)
8. 食道ならびに胃静脈の拡張および壁の肥厚
9. 巣状気管支肺炎, 肺気腫, 線維性胸膜炎



図1 膵頭部に浸潤するファーター乳頭癌 (ルーペ像)

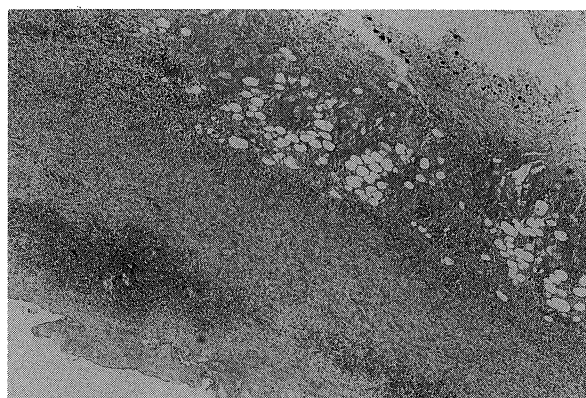


図4 脂肪壊死を伴う化膿性腹膜炎

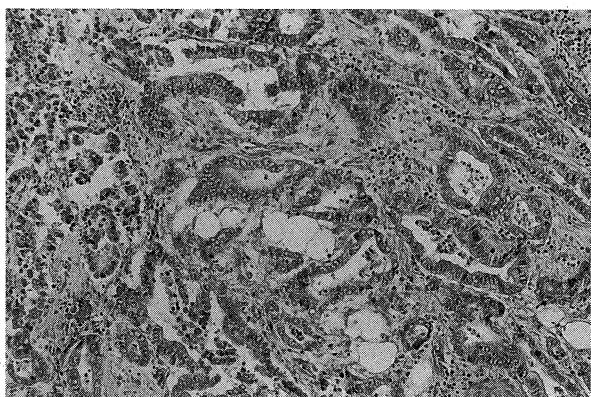


図2 中分化管状腺癌 (ファーター乳頭部)

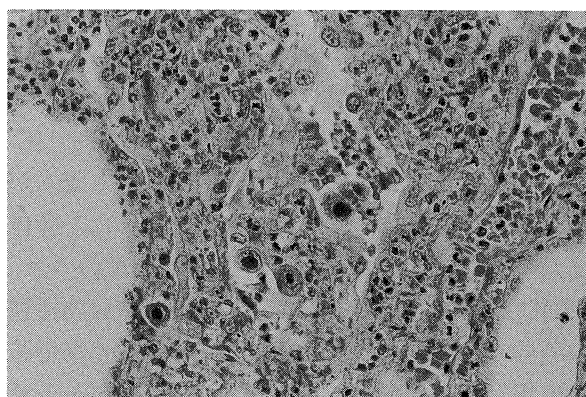


図5 サイトメガロウイルス肺炎



図3 肝中心性壊死, 胆汁うっ滞を伴う肝炎後性肝硬変