

院内C P C記録

第12回院内C P C (平成16年3月30日)

司 会 外 科 清野 徳彦

症例担当 内 科 竹内 泰代

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀 部 良 宗

症 例：90歳 男性

主 訴：呼吸困難

既往歴：昭和45年 珪肺症，昭和61年 腹部大動脈瘤（Y-graft 置換術），平成11年12月右総腸骨動脈瘤による尿管瘻，平成12年2月 F-F bypass 術施行，平成12年7月急性大動脈解離（ⅢA）・急性腎不全

家族歴・生活歴：特記なし

現病歴：平成13年9月3日黒色便のため市内の病院に入院。GIFにて胃噴門部に出血性胃粘膜下病変を認め，腹部CT上病変は約5cm大であった。その後の生検所見でGIST（C-KIT陽性，CD-34陽性）と診断された。出血を繰り返し内視鏡的止血術（APC/HSE局注）を繰り返したが十分奏功せず，大動脈解離のため，血管造影（TAE含め）施行困難で，全身状態から開腹手術も不可能であったため，その後は内視鏡的大量エタノール局注を繰り返した。平成15年3月エタノール注入後胃穿孔を併発し，内視鏡的にクリップ縫合処置が行われた。その後，高齢のため保存的加療することとなり，同院退院し自宅にて在宅介護を受けていた。痴呆を伴う寝たきり状態であったが，発語はあり，食事は経口摂取していた。5月16日頃より痰が絡

むようになり，5月23日朝から少量ずつ食事を経口摂取していたが午後になり突然呼吸困難を来し，当院に救急車で搬送された。当院到着時窒息による心肺停止状態であったため，蘇生術施行され入院となった。

入院時現症：救急車内で呼吸停止し，来院時心肺停止状態で蘇生開始し挿管後入院。CCU入室時血圧 100/62mmHg，脈拍 116bpm，体温 36.0℃，意識レベル JCS Ⅲ-300，瞳孔右縮瞳・左4mm散大，胸部聴診上両側肺野に Coarse crackle 聴取，両側下肢浮腫

血液生化学検査所見：WBC 9400/ μ l，RBC 336 $\times 10^4$ / μ l，Hb 9.9 g/dl，Ht 32.4%，MCV 96.4fl，MCH 29.5pg，MCHC 30.6%，Plt 17.2 $\times 10^4$ / μ l，TP 6.2 g/dl，Alb 1.8 g/dl，T-BIL 0.8mg/dl，GOT 87IU/l，GPT 27IU/l，LDH 410IU/l， γ -GTP 69IU/l，Ch-E 61IU/l，CPK 18IU/l，AMY 83IU/l，CRP 9.8 mg/dl，BUN 42.3 mg/dl，Cre 1.9 mg/dl，Na 143mEq/l，K 4.9mEq/l，Cl 105mEq/l，T-Cho 111 mg/dl，TG 73mg/dl，HDL-C 31mg/dl，FBS 98mg/dl，HbA1c 5.4%，CEA 5.5ng/ml，CA19-9 93U/ml，PT-INR 1.43，APTT 45.5sec，Fib 231mg/dl

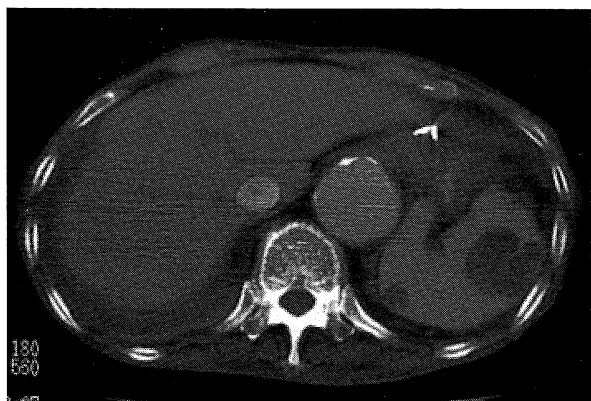


図1 A



図1 B

(図1A・1B)

平成15年7月15日腹部CT：大動脈は石灰化伴い、最大径約6.5cmの腹部大動脈瘤を認めた。胃内にはクリッピング後のクリップ遺残が認められ、胃体中部～下部後壁に胃壁肥厚を認め、一部脾臓に近接している部分は直接浸潤が疑われた。脾臓には数個のSOLを認めた。右腎は萎縮気味、左腎にはのう胞。その他、胸水・腹水貯留を認めた。

入院後の経過：蘇生術は成功したが、低酸素脳症を来し意識レベルは十分に回復しなかった。無呼吸発作を頻回に生じるため、レスピレーター管理が死亡時まで継続され、再発を繰り返した肺炎と消化管出血が進行したことにより、全身状態悪化し平成15年10月15日永眠された。

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2146)

剖検者 堀部良宗

①胃二重癌 (腫瘍)，いわゆる衝突癌 (腫瘍)

A) 胃癌，小弯，BorrⅢ (6×5cm)，中分化管状腺癌

転移，浸潤：小網，胃周囲リンパ節，se，ly (2)，v (1)

B) 胃 (食道) 間質細胞性腫瘍 (GIST)

胃噴門から食道下部にかけて潰瘍形成 (4.5×4.5cm)

C-Kit・CD34：陽性。中間型悪性度 (壊死傾向，核分裂像あり)

転移，浸潤：なし

②多発性大動脈瘤 (粥状硬化性)

A) 胸部嚢胞状動脈瘤 (左胸膜と肺に癒着)

B) 腹部嚢胞状動脈瘤 (血栓形成を伴う)

C) 人工血管置換術後 (腹部大動脈)

副所見

1. 脾リンパ管腫。
2. 肝内胆管炎。
3. 腎盂腎炎，動脈硬化性萎縮腎，急性尿細管壊死。
4. 心肥大 (540g)，大動脈弁硬化，陳旧性心筋梗塞，心外膜炎
5. 線維素性・線維性胸膜炎，肺気腫，ブラ。

6. 全身性動脈粥状硬化症。

7. 心嚢液：300ml，腹水：200ml

死因：腫瘍死

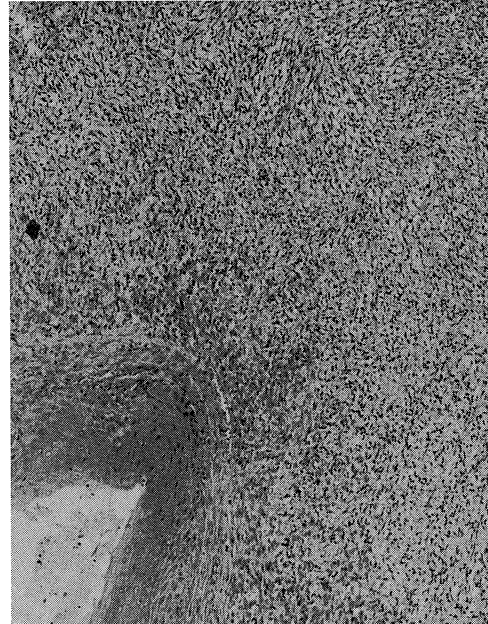


図1-A

胃腫瘍 (GIST) の組織像

噴門の扁平上皮下に紡錘形の腫瘍細胞が束状配列している。

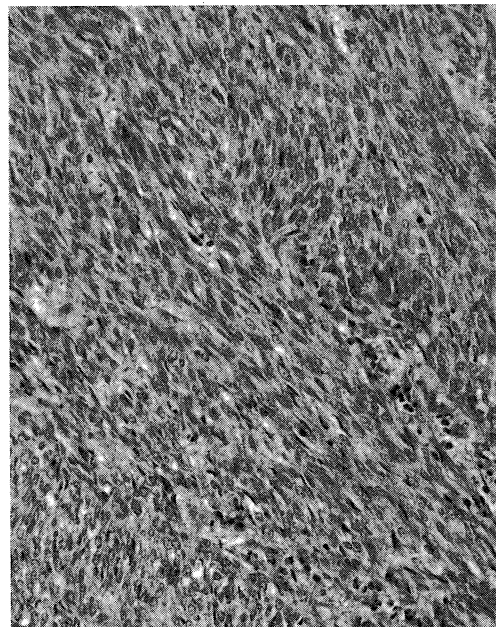


図1-B

胃腫瘍 (GIST) の組織像

細胞密度の高い紡錘形からなる腫瘍細胞がみられ，分裂像を伴っている。

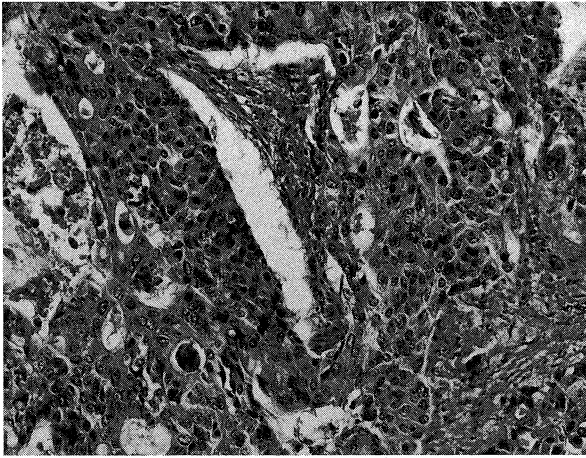


図2 胃癌組織像

中分化型の管状腺癌が充実性にみられる。

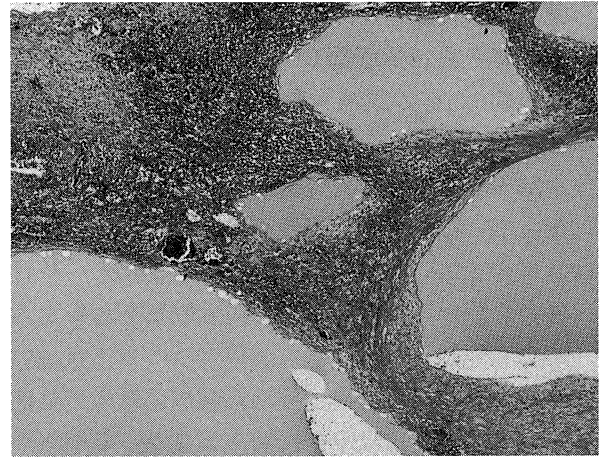


図3 脾臓の組織像

一層の内皮細胞を有するリンパ管の増生と拡張を認める。

院内C P C記録

第13回院内C P C (平成16年9月30日)

司 会 泌尿器科 平野 眞 英
 症例担当 研修医 木実谷貴久
 代 永 和 秀
 内 科 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：84歳，男性

主 訴：食思不振，腹部膨満

既往歴：20歳 肺結核

45歳 胃潰瘍に対し胃2/3切除術

65歳 胆石，胆嚢炎に対し胆嚢摘出術

77歳 S状結腸限局性巨大結腸症に対し
 結腸部分切除術

家族歴：特記すべき事なし

生活歴：喫煙歴：なし

飲酒歴：なし

現病歴：巨大結腸症術後より近医に定期通院し経過観察されていた。平成15年10月20日より右胸水貯留に対しフロセミド40mg/日が開始された。10月31日にショートステイしたが，当日の朝より元気なく，食欲の低下と腹部の膨満を認めたため精査加療目的にて紹介入院となった。

入院時現症：血圧 124/54mmHg，脈拍 75/分，整，体温 35.5℃，両側肺野 清，心雑音なし，腹部平坦，軟，圧痛なし，グル音正常，両側下腿浮腫なし

入院時検査所見：

[末血]

WBC 8000/ μ l (Neutro 72.9%，Lym 20.9%，Mon 5.4%，Eos 0.4%，Bas 0.4%)，RBC 443 \times 10⁴/ μ l，Hb 14.1 g/dl，Ht 40.9%，MCV 92.3fl，MCH 31.8 pg，MCHC 34.5%，Plt 20.4 \times 10⁴/ μ l

[生化]

TP 6.4 g/dl，Alb 3.3 g/dl，T-BIL 1.0mg/dl，GOT 31IU/l，GPT 18IU/l，LDH 261IU/l，ALP 398IU/L， γ -GTP 14IU/L，Ch-E 110IU/l，CPK 132IU/l，AMY 76IU/l，CRP 2.4mg/dl，BUN 19.9mg/dl，Cre 1.18 mg/dl，UA 7.6 mg/dl，Na 137mEq/l，K 2.5mEq/l，Cl 88mEq/l

[脂質] T-Cho 139mg/dl，TG 67mg/dl，HDL-C 54mg/dl

[血糖] FPG 93mg/dl，HbA1c 5.3%

[凝固] PT-INR 0.99，APTT 27.0sec，Fib 220mg/dl

[検尿] 特記すべき事なし

入院後経過：入院時，発熱，腹痛，下痢など腸炎様の症状はなかったが，腹部単純レントゲンにて下行結腸相当部位に直径約16cmのハウストラの消失した限局性の巨大結腸を認めた。7年前にS状結腸の限局性巨大結腸症に対し部分切除術を施行していることから巨大結腸症の再発が疑われた。しかし，全身状態より外科的治療は不可能と判断した。また，ご家族が，再発の可能性について前医より前回の手術の際に説明を受けていたこともあり，今回は外科的治療を希望しなかった。そのため保存的治療として，腸管麻痺に対してパンテノール1000mg/日，酢酸オクトレオチド200 μ g/日，また，感染予防のために抗生物質 (CPR) 2 g/日を開始した。効果は不十分であったが，患者自身に摂取意欲の改善が認められたことから食事を開始した。その後も病状が安定していたため11月8日より抗生物質を中止した。しかし，11月12日の腹部単純レントゲンでは，上行結腸は直径約11.5cm，横行結腸は直径約10.5cmと巨大結腸は広範囲に拡大していた。この頃より食欲低下が再び出現した。11月13日には38.5℃の発熱が出現し，中毒性巨大結腸症を疑いCPRを再開した。11月17日には左胸水が増悪し，さらに肺炎を合併した。11月18日の胸部CTでも両側胸水を認めた。そのため11月19日よりCPRをPAPMに変更した。その後，炎症はCRPで11mg/dlから3.4mg/dlまで低下し改善した。しかし，11月26日の血液培養検査

で黄色ブドウ球菌が検出された。また、 β -D-グルカンは300pg/ml以上と異常高値となったことから真菌合併の敗血症を疑い、さらにFLCZ 400mg/日を併用した。その後、腸管ガスに対して経

肛門的イレウス管による持続吸引を施行し拡張腸管は改善したが、12月4日より呼吸不全が悪化し、12月5日には血圧低下し循環不全を合併して永眠された。

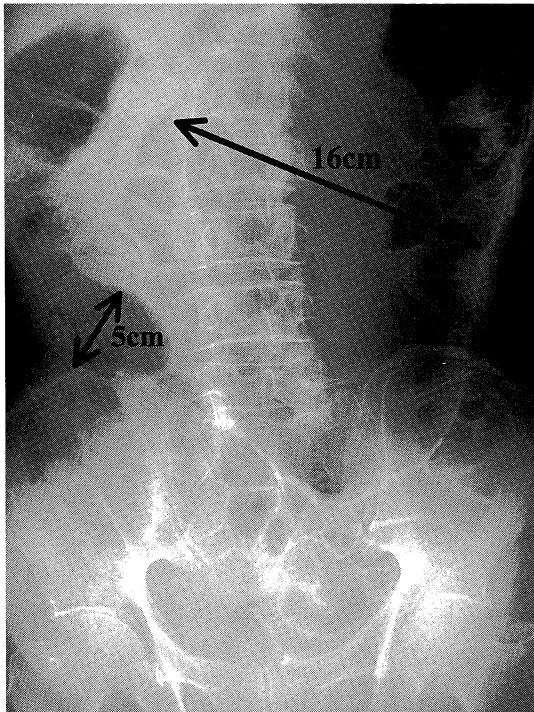


図1 腹部Xp: 拡張した下行結腸・盲腸 (2003年10月31日)

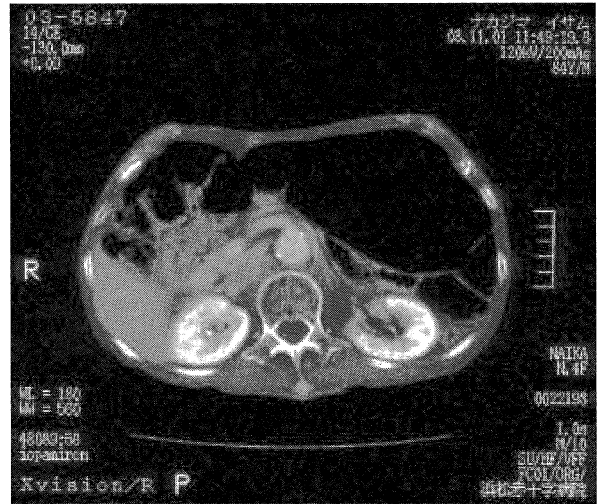


図2 腹部CT: 拡張した腸管を認める。(2003年11月1日)

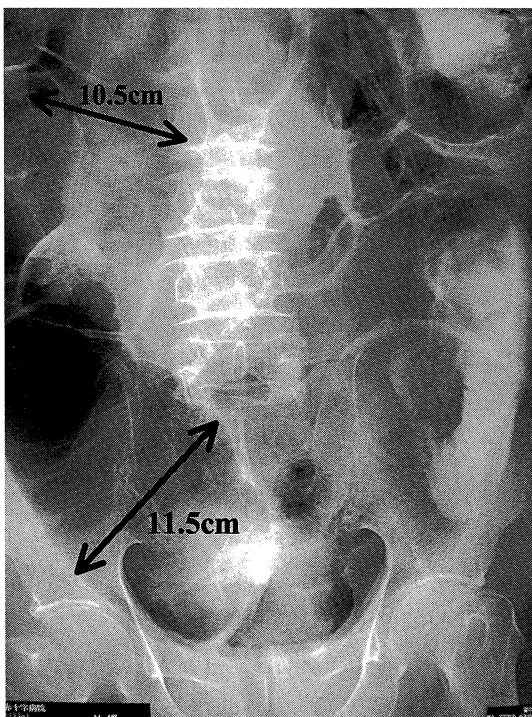


図3 腹部Xp: 拡張した上行・横行結腸 (2003年11月12日)



図4 腹部Xp: 経肛門的イレウス管による持続吸引後 (2003年11月28日)

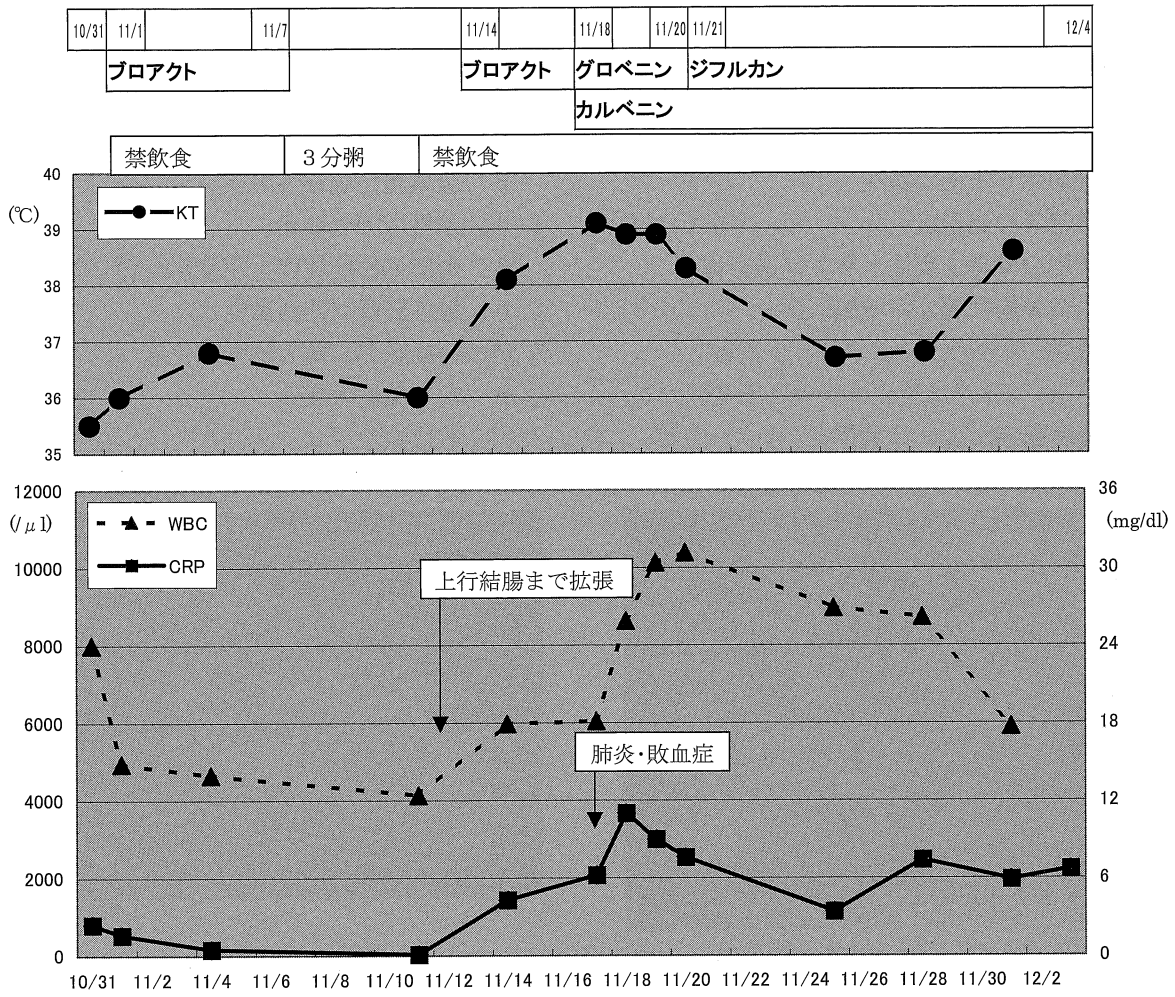


図5 入院後経過

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2150)

剖検者 堀部良宗

主診断

①後天性巨大結腸症

結腸部分切除6年後の状態

筋層内神経叢の過形成

神経節細胞の減少, 変性, および孤立化

拡張部の線維筋性成分の増加

②偽膜性腸炎

③敗血症

a. 両側腎膿瘍および腎盂腎炎

b. 気管支肺炎 (巣状)

副所見

1. 出血性肺梗塞 (肺動脈新鮮血栓)

2. 肺うつ血水腫

3. 肺気腫, 線維性胸膜炎

4. 急性尿細管壊死

5. 陳旧性心筋梗塞 (左室)

6. 慢性肝炎 (非活動性)

7. 冠動脈および大動脈硬化症

8. 前立腺肥大症

死因; 敗血症性ショック

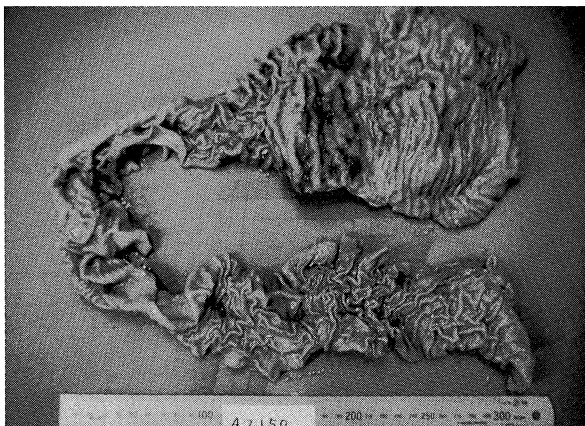


図1 拡張する巨大結腸

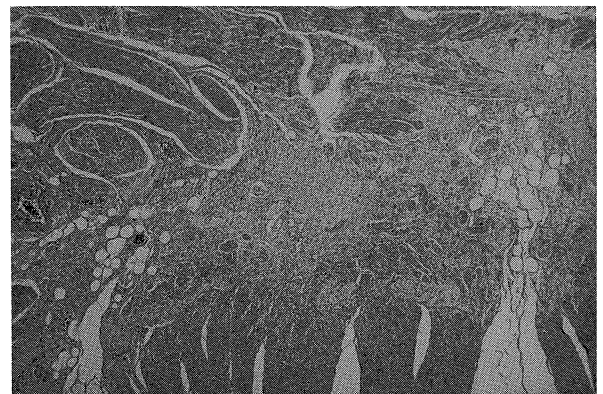


図2 筋層内神経節細胞の減少, 変性をみる (結腸)

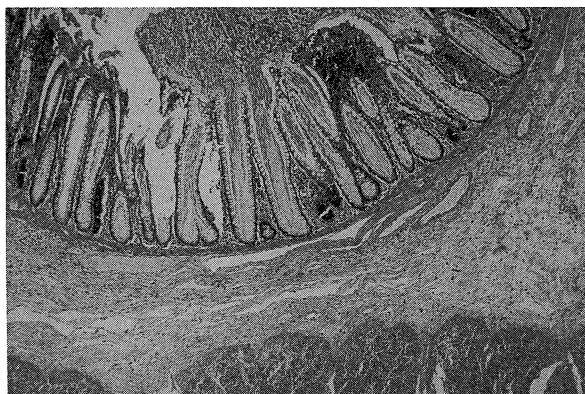


図3 粘膜はびらん性で偽膜形成をみる (結腸)

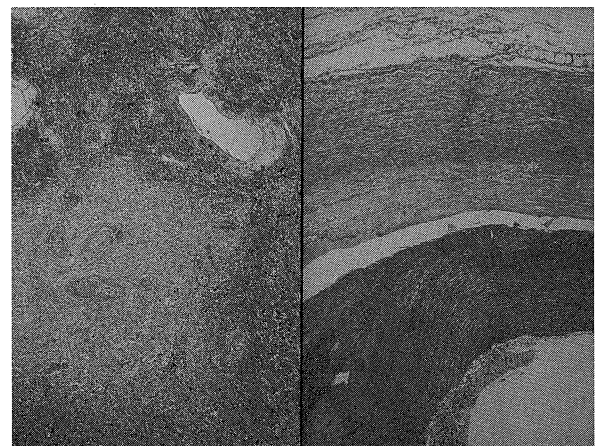


図4-A
出血性壊死巣 (肺)

図4-B
肺動脈血栓症