

院内C P C記録

第14回院内C P C (平成17年3月29日)

司 会 眼 科 池田昌彦

症例担当 研修医 大石崇人

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：91歳 女性

主 訴：呼吸困難，腹部膨満

既往歴：62歳 急性虫垂炎にて手術

血圧，心房細動，C型肝炎。

輸血歴，針治療等の詳細不明

家族歴：特記すべき事なし

生活歴：喫煙歴（－） 飲酒歴（－）

現病歴：高血圧，心不全，心房細動，C型肝炎にて近医通院中。塩酸ペニジピン，トラセミド，アスピリン，メチルジゴキシンを内服中。

平成15年11月7日より，微熱（37℃），呼吸困難，腹部膨満出現。11月11日症状改善せず，摂食不良のため近医受診。心不全の増悪，肺炎の診断にてIPM/CS 0.5g，フロセミド 20mg，アミノフィリン 500mgにて加療。11月13日症状改善認めず，乏尿も出現したため当院救急搬送された。

入院時現症：血圧 100/56mmHg，脈拍 64/min 不整，体温 36.2℃，意識 清明，羽ばたき振戦（－），貧血（－），黄疸（－），胸部 両側呼吸音：清状，肺雑音なし，心音：I，II，清。心雑音なし，腹部 膨満 波動（＋），軟，両側下腿浮腫（－）

入院時検査所見

[末血] WBC 4180/ μ l (stab 14.0%，seg 70.0%， ℓ ym 12.0%，mono 4.0%，RBC 461/ μ l，Hb 16.5g/dl，Ht 47.1%，MCV 102.2fl，MCH 35.8pg，MCHC35.0%，Plt19.9 $\times 10^4$ / μ l

[生化] TP 7.2g/dl，Alb 3.2g/dl，TTT 11.9U，ZTT 29.6U，T-BIL 2.0mg/dl，D-BIL 0.8mg/dl，GOT 44IU/l，GPT 12IU/l，LDH 381IU/l，ALP 203/IU/L， γ -GTP 27IU/L，Ch-E 123IU/l，CPK 192IU/l，AMY 76IU/l，BUN 33.0mg/dl，Cre 1.23mg/dl，UA 10.1mg/dl，Na 134mEq/l，

K 3.8mEq/l，Cl 97mEq/l

[免疫] CRP 2.4mg/dl，HBs-Ag（－），HCV-Ab（＋），TPHA（－）

[脂質] T-Chol 138mg/dl，TG 89mg/dl，HDL-C 23mg/dl

[血糖] FPG 159mg/dl，HbA1c 5.3%

[凝固] PT-INR 1.22，APTT 29.1sec，Fib 186mg/dl

[ABG on 室内気] PaO₂ 118Torr，PaCO₂ 16.5Torr，pH 7.689，HCO₃⁻ 19.8

[心電図] 心房細動，軸はnormal

[胸部X線] 臥位 著明な心肥大を認める。

[腹部X線] 腸管ガスを腹部正中に認める。

ニボー（－）

[腹部CT] 多量の腹水，少量の胸水，心嚢水を認める。肝の辺縁はやや凹凸認める。

[腹部エコー] 著明な腹水を認める。

[腹水穿刺液] cell 1950mm³，リンパ球優位，比重 1.027，リバルタ反応（＋）

蛋白定量 3.4g/dl，糖定量 129mg/dl，
claas II

入院後経過

第1病日 ビリルビンの上昇，腹水，肝合成能の低下，C型肝炎の既往から非代償期の肝硬変（Child分類8点），腹水穿刺液にて細胞数増加認め，特発性腹膜炎の診断にて治療開始。腹水ドレナージ開始（11月13～14日），利尿剤を変更。肝機能の低下，新鮮凍結血漿 4U，アルブミン製剤（20%Alb 100ml，11月13～15日），肝底護剤，CPR 2g開始した。腹水の評価は，腹部周囲計の測定にて行った。第5病日 中心静脈栄養管理。利尿剤併用するも腹水コントロール不良。フロセミド経口から静脈注射に変更した。第8病日 脱水傾向認め，利尿剤減量。CRP 1.1まで低下する

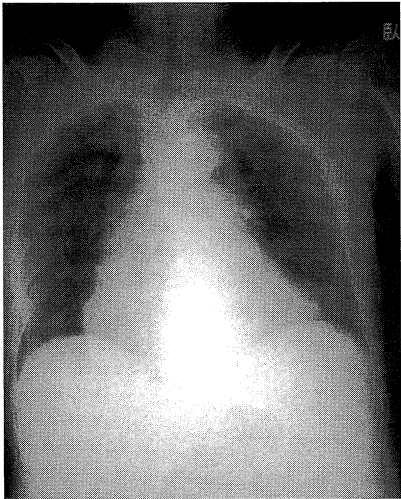


図1 胸部Xp

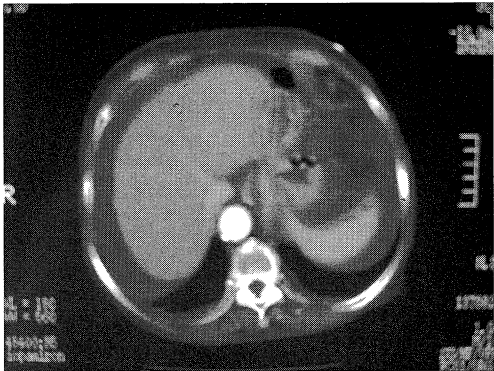


図3 腹部CT

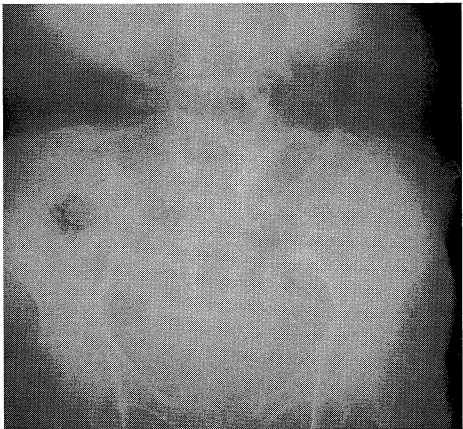


図2 腹部Xp



図4 腹部エコー

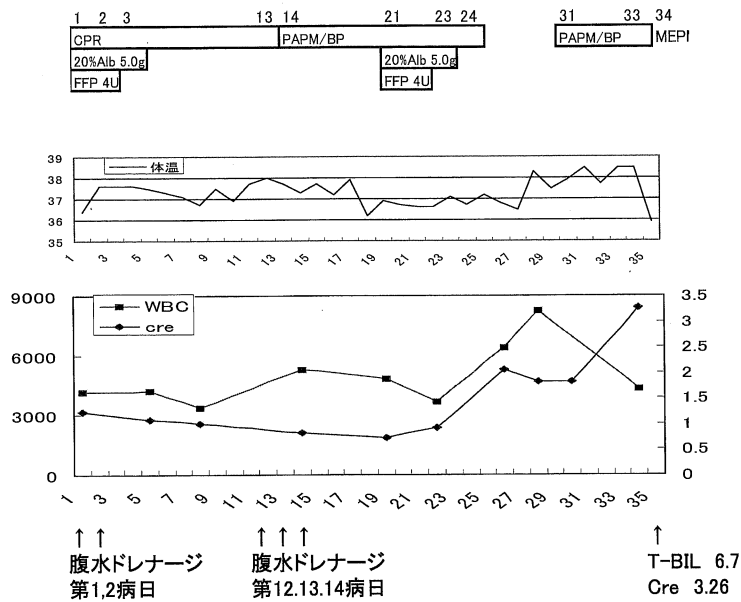


図5 入院経過表

も、BUN/Cre 61.9/1.00, ラシックス1/2A に減量。腹水コントロール不良。第12病日 腹水ドレナージ施行(11月24~26日) 腹水穿刺液 cell 9930/mm³。改善認められないため CPR→PAPM/BP に変更 CRP 3.7, WBC 5300。第19病日 Alb 補正。新鮮凍結血漿 4U, アルブミン製剤(20% Alb 100ml, 11月13~15日)。第23病日 CRP 陰性化。抗生剤中止。摂食も開始。尿量も約2000ml 保たれていたため、ラシックス経口に切り替える。第26病日 BUN/Cre 126.2/2.05, K 7.1。第28病日 肝機能、腎機能障害増悪。肝酵素上昇(GPT 139, GPT 99) 認めたため、強力ミノファージェン静注開始。第30病日 熱発(38.0℃前後), BS 788にて、血糖 control 開始, カルベニン再開。第33病日 肝腎機能障害のため抗生剤をメロペン, ジフルカンに変更 WBC 低下するも左方移動さらに増悪。第34病日 肝不全, 急性腎不全の合併にて永眠された。

病理解剖および組織学的診断(剖検番号2152)

剖検者 堀部良宗

〈主診断〉

1. 慢性肝炎(900g), F(3), A(2).
胆汁うっ滞肝
2. ラングハンス型巨細胞を伴う肉芽腫性腹膜炎(腹水800ml)(結核性腹膜炎の疑い)*

〈副所見〉

1. 僧帽弁弁膜症(僧帽弁逸脱, 弁尖の粘液腫様変性), 430g
2. 急性尿細管壊死
3. 慢性膵炎, 膵脂肪壊死
4. 脾腫(慢性うっ血, 200g)
5. 無気肺, 胸膜炎
6. 全身性動脈硬化症

*肉芽腫性腹膜炎は大網のみの検索です。

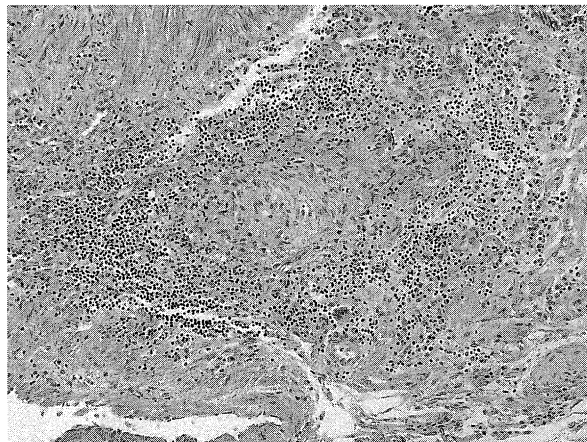


図1 腹膜肉芽腫
ラングハンス型巨細胞を伴う類上皮細胞肉芽腫とリンパ球浸潤。

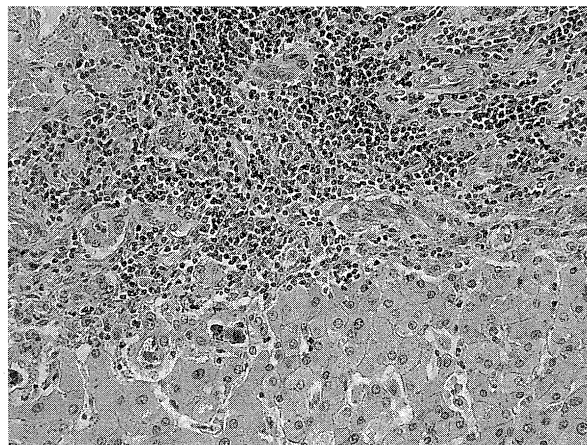


図2 慢性肝炎
グリソン鞘にはリンパ球浸潤と線維化がみられる。

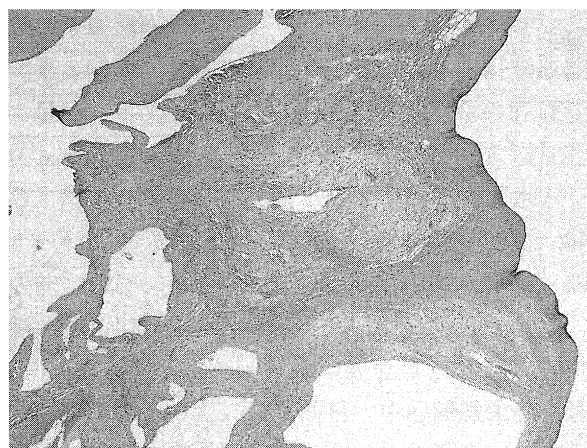


図3 僧帽弁逸脱
弁尖の粘液腫状変性を認める。

院内C P C記録

第15回院内C P C (平成17年7月12日)

司 会 脳神経外科 明石克彦

症例担当 研修医 青島正浩

内 科 矢島賢

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

68歳 女性

主 訴 食欲不振

既往歴 統合失調症 昭和42年より近医精神科通
院中

家族歴 特記すべき事なし

生活歴 喫煙歴なし, 飲酒歴なし

職業歴 元工員 詳細不明, アスベスト曝露歴
不明

現病歴 統合失調症のため約40年間, 近医精神科
に通院していた。

平成17年2月中旬より摂食不良となり, 1日に
1個のヨーグルト程度のみ摂食。体重減少, 歩行
困難を認めたため2月25日, 救急車にて当院に來
院した。

入院時現症

血圧115/68mmHg, 脈拍111/min 整, 体温36.8℃,
意識JCS 1, 眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄疸な
し, 表在リンパ節腫脹なし。肺野右第2肋間以下
にて呼吸音聴取せず, 打診にて濁音・肺雑音なし,
心音I, II, 清。心雑音なし。腹部平坦かつ軟,
右季肋部に圧痛あり, 腸雑音正常。下腿浮腫なし,
神経学的に異常所見なし。

入院時検査所見

[末血] WBC 11160/ μ l (Neut 92.3%, Lym 3.0
%, Mon 4.6%), RBC 407 $\times 10^4$ / μ l, Hb 11.3
g/dl, Ht36.6%, MCV 89.9fl, MCH 27.8pg,
MCHC 30.9%, Plt31.3 $\times 10^4$ / μ l

[生化] TP 6.9 g/dl, Alb 3.3 g/dl, T-BIL 1.1mg
/dl, GOT 91IU/l, GPT 90IU/l, LDH 531IU/l,
ALP 484IU/l, γ -GTP 92IU/l, Ch-E 170IU/l,
CPK 27IU/l, AMY 67IU/l, BUN 30mg/dl, Cre
0.61mg/dl, Na 138mEq/l, K 4.8mEq/l, Cl 99
mEq/l, T-Chol 172mg/dl, TG 88mg/dl, CRP 2.4
mg/dl,

[血糖] PG 114mg/dl, HbA1c 5.0%

[凝固] PT-INR 1.53, APTT 25.2sec

[感染症] HBs-Ag (－), HCV-Ab (－), TPHA
(－), RPR (－)

[腫瘍マーカー] CEA 1.3ng/ml, AFP 4.9ng/ml,
CA19-9 19U/ml, CA15-3 10U/ml, BCA225 72
U/ml, NCC-ST-439 2.8U/ml, PIVKA-2 48500<
mAU/ml, (3/7, PT-INR 9.58<)

[喀痰培養] MRSA (+), TB (－)

[尿] 比重 1.033, 潜血 (－), 糖 (－), 蛋白
(2+), ケトン体 (2+)

[胸部X線] 右肺野大部分を占める陰影あり。縦
隔, 気管は左方に偏位。

[腹部X線] 腸管内ガスの左下方への偏位を認め
る。

[心電図] R波増高不良, 発作性心房性期外収縮
を認める。

[心エコー] 心房中隔に腫瘤様の構造物, ASD 疑
う短絡血流あり。

[腹部エコー] 肝に接して不規則な形のも房性の
嚢胞成分をもつ巨大腫瘤を認める。両腹側に腹水。

[上部消化管内視鏡] 萎縮性胃炎。

[胸部, 腹部CT] 右胸腔を占拠する腫瘤あり。
腫瘤内部は出血や嚢胞変性が疑える像あり。胸壁
や横隔膜への浸潤が疑える。胸膜の肥厚や染まり,
播種様の結節なども指摘できる。両側胸水あり。

[頭部CT] 左前頭葉に low density area を認める。
梗塞又は転移を疑う。

[胸部MRI] 腫瘤のうち壊死のはっきりしない部
分はT1強調画像で骨格筋, T2強調画像にて脂肪
と同程度の信号を呈し, よく造影されている。し
かし腫瘤の大半はT1強調画像にて低～高信号,
T2強調画像にて高信号の造影効果を欠く液体の
patternを呈す。横隔膜や胸壁など浸潤を否定で

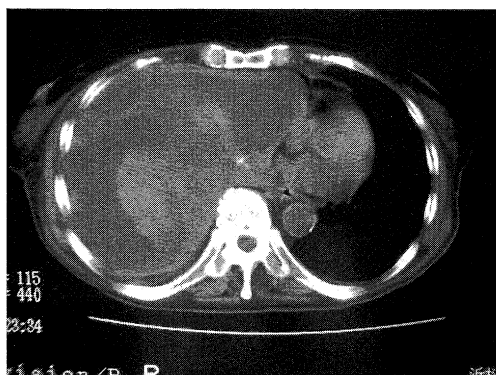


図1 胸部CT

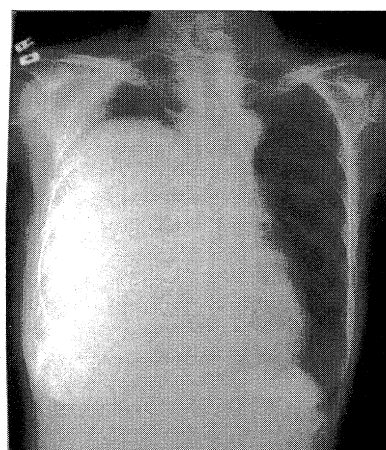


図2 胸部Xp

きない。心房も変形狭小化。

[胸水穿刺液] LDH 401IU/l, Glu 95mg/dl, cell 80/ μ l, リバルタ反応(+), 比重 1.026
ADA 9.4IU/l, ヒアルロン酸 14700ng/ml,
CEA<0.5ng/ml, 一般細菌, 結核菌共に塗抹, 培養試験にて陰性。

[胸膜生検病理組織検査] malignant mesothelioma epithelial type か sarcomatous type か HE 染色では判定できず。肺原発の pleomorphic carcinoma も考慮。

入院後経過

統合失調症のためか、発語は認めるものの本人との会話は困難であった。胸部レントゲンより、右胸腔内の大部分に異常陰影が認められ、胸部CTより、胸腔内に出血を伴う腫瘤の存在が指摘された。3月3日呼吸状態悪化。インスピロン O₂ 10 lにて PaO₂: 51.5, PaCO₂: 113.5であった。胸部レントゲンにて左肺野にも胸水、鬱血を認め

たため、心不全の診断でラシックス® 1/2A の静注を行ったところ尿量増加, 呼吸状態の改善を認めた。3月4日 胸水穿刺, 胸膜生検を行った。胸水は血性で胸水排水を試みるもコアグラにより, 排水は困難であった。胸膜生検の結果, 悪性中皮腫と診断された。3月7日 経口摂取不能であったため中心静脈栄養管理を開始した。家族の意向にて気管内挿管は行わない方針にて, 保存的に加療していたが, 3月20日永眠された。

病理解剖並びに組織学的診断 (剖検番号 2156)

剖検者 堀部良宗

1. 腹膜びまん性悪性中皮腫 (右, 500 g)
肉腫型 (#podoplanin のみ陽性)
転移および浸潤: 肺, 横隔膜
胸水; 右: 400ml, 左: 100ml
2. 化膿性心筋炎および心内膜炎
3. 気管支肺炎, 無気肺, 多発性フィブリン血栓症
4. 急性尿管管壊死, 腎髄質石灰沈着, 動脈硬化性腎症
5. 肝中心性壊死 (軽度)
6. <統合失調症>

死因: 呼吸不全

#問題点: 従来肉腫型中皮腫で陽性となる cyto-keratin, vimentin は陰性。

Kimura N and Kimura I. Podoplanin as a marker for mesothelioma. Pathology Int. 2005; 55: 83-86.



図1 肺肉眼像(左)
胸膜側には白色充実性の腫瘍がびまん性にみられる。

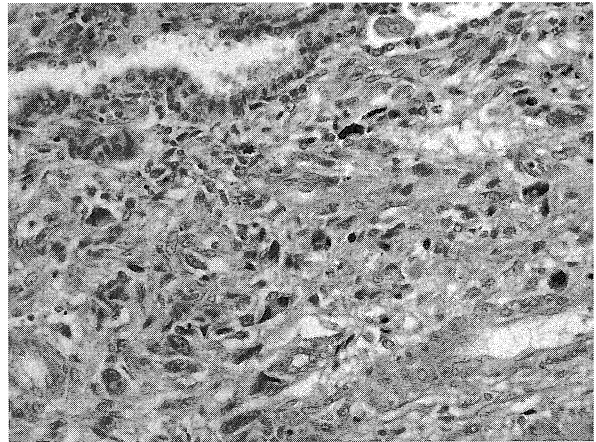


図3 腫瘍組織像
多核など高度核異型を伴う腫瘍細胞。

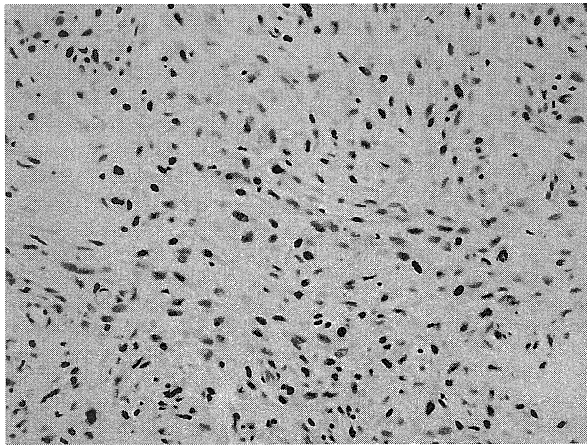


図2 腫瘍組織像
楕円形、紡錘形の腫瘍細胞が束状配列している。

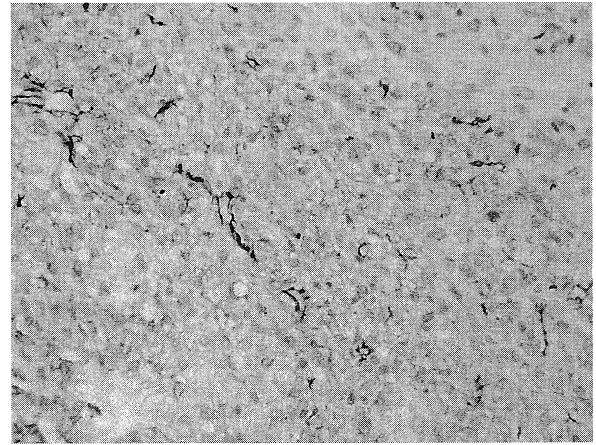


図4 Podoplanin 染色
腫瘍細胞は細胞膜に陽性を示す。

院内C P C記録

第16回院内C P C (平成17年12月7日)

司 会 皮 膚 科 小出まさよ

症例担当 研 修 医 坂本篤志

外 科 橋口尚子

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

症 例：34歳，男性

主 訴：呼吸苦，下腹部痛，左前腕痛

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成17年4月26日，17時30分頃，スクーターを運転中に乗用車と接触し，約15m飛ばされ受傷した（ヘルメット着用あり）。17時59分，救急車にて当院救急外来受診となった。意識レベルはJCSI-2，事故時の記憶なし。呼吸苦，下腹部痛，左前腕痛を訴えた。救急外来にて酸素投与，末梢ライン確保。CT室への搬送中に吐血を認めたため，CT施行せず緊急入院となった。

来院時現症：意識レベル JCSI-2，事故認識なし。血圧136/98mmHg，脈拍91/min，SpO₂ (room air) 79%。眼瞼結膜貧血なし。腹部は弾性軟，全体に圧痛あり，左前腕は明らかな変形を認めた。脳神経学的所見は明らかな異常所見を認めず。

来院時血液生化学所見：

WBC 8000/ μ l，RBC 636×10^4 / μ l，Hb 19.0 g/dl，Ht 53.0%，Plt 19.8×10^3 / μ l，TP 7.1 g/dl，Alb 4.2 g/dl，T-Bil 0.5mg/dl，GOT 79IU/l，GPT 82IU/l，LDH 474IU/l，ALP 256IU/l， γ GTP 30 IU/l，CPK 260IU/l，AMY 73IU/l，BS 119mg/dl，BUN 13mg/dl，Cre 1.11mg/dl，Na 140mEq/l，K 3.6mEq/l，Cl 108mEq/l，CRP 0.1mg/dl，T-Chol 201mg/dl，TG 171mg/dl，PT-INR 1.43，APTT 32.9sec，Fib 105mg/dl

[ABG (room air)]

pO₂ 35.9torr，pCO₂ 42.2torr，pH 7.355，BE-1.6 mmol/l，BB 47.6mmol/l，HCO₃ 23.6mmol/l，TCO₂ 24.9mmol/l，O₂SAT 64.7%

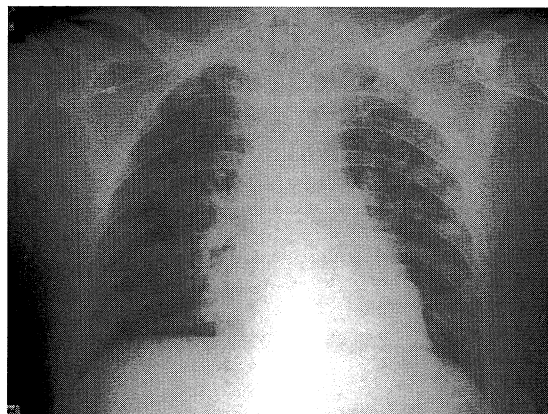


図1 入院時胸部X線（挿管後）
両側肺野全体に透過性が低下し，淡いすりガラス影を認める。

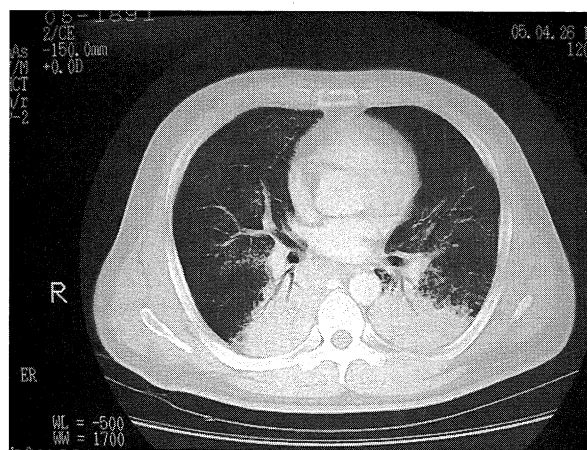


図2 入院時胸腹部CT（挿管後）
胸部では両側胸水，肋骨骨折，肺野は広範なすりガラス様陰影を認める。

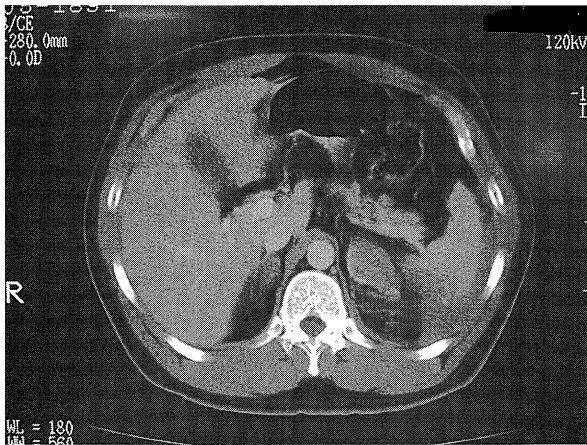


図3

腹部では血性腹水，腹腔内 free air を認め，脾周囲と左副腎周囲に造影剤の漏出像，小腸壁の浮腫状肥厚を認める。

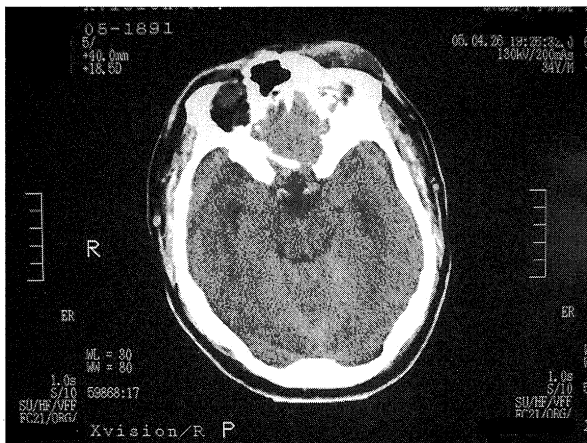


図4

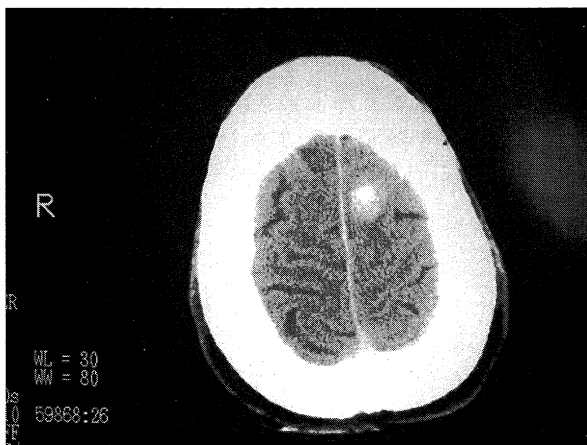


図5

図4，5 入院時頭部CT
左前頭葉に径2cmのhigh density area，大脳鎌沿いのhigh density areaを認め，外傷性脳出血，くも膜下出血が疑われた。



図6 入院時左前腕X線

左橈尺骨骨幹部骨折を認める。

入院後経過

入院時よりレスピレーター管理するも呼吸状態の悪化が続いた。経過中，頭蓋内病変は著変なかったが，髄液鼻漏が出現した。髄液鼻漏に対しては腰椎ドレナージを施行した。また両側胸水に対し，左右胸腔ドレナージを行った。しかし，呼吸状態の改善を認めることなく，肝腎機能障害は徐々に悪化していった。第11病日，一旦心停止するものの蘇生術施行し，一時回復した。その後，人工透析を施行するも腎機能の改善を認めなかった。第17病日（5月12日），徐々に血圧が低下し，多臓器不全にて永眠された。

病理解剖ならびに組織学的所見（剖検番号2157）

剖検者 堀部良宗

〈交通外傷後の状態〉

1. びまん性肺胞障害（780：1090 g，浸出期から増殖期）
2. 多発性出血
 - a. 両側副腎出血
 - b. 肺胞内出血
 - c. 横隔膜下および腹腔内血腫
 - d. 両側血胸
3. 急性尿細管壊死（ショック腎，300：260 g）
4. 胆汁うっ滞肝
5. 脾腫（300 g）

死因：多臓器不全（呼吸不全）

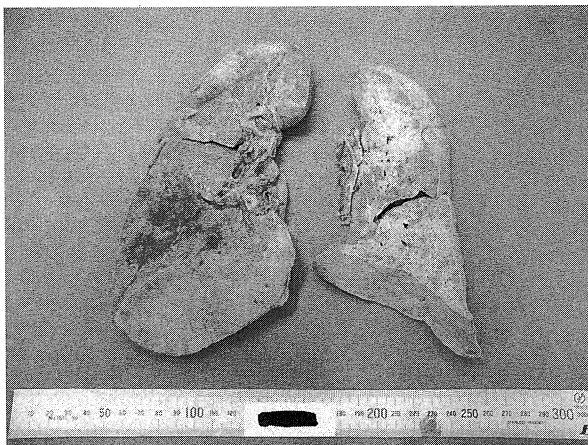


図1 肺肉眼象
肺重量は増し硬度は硬く、出血巣を認める。

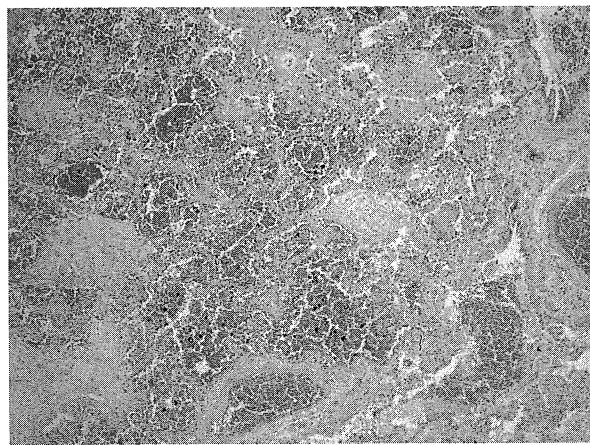


図2 肺胞内出血

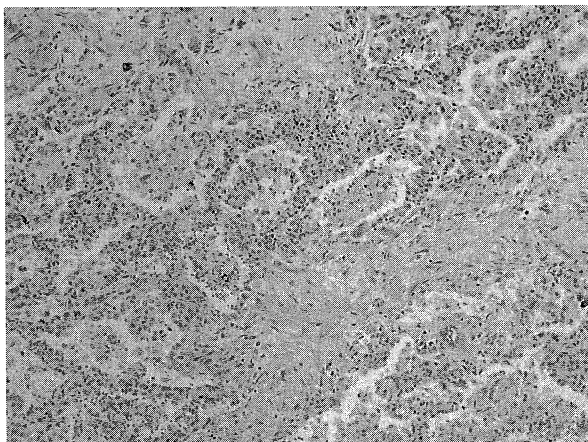
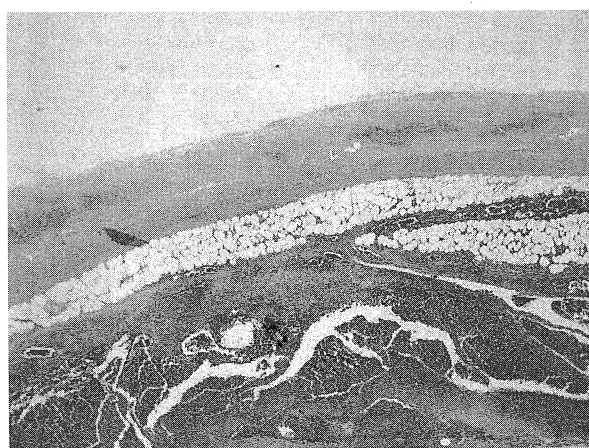


図3 びまん性肺胞障害
肺胞内には器質化した肉芽形成、肺胞中隔の肥厚をみる。



a : 副腎出血 (新鮮)



b : 後腹膜出血 (新鮮)

図4