

第164回 CPC（令和4年5月31日）

症 例：80歳代，男性

臨床診断：急性心不全，間質性肺炎

臨床経過：X年2月下旬から咳嗽・血痰が出現し，近医を受診した．胸部単純写真にて浸潤影を認めたため，精査目的に当院へ転院し急性心不全と細菌性肺炎疑いで入院となった．入院後，抗生剤投与するも症状・検査結果の改善なく，間質性肺炎の可能性を考慮しステロイドパルス開始した．その後，頻脈発作が出現して急激に循環状態が悪化し，入院3日目に永眠された．

| | | |
|------|--------|-------|
| 司 会 | 呼吸器内科 | 堀池 安意 |
| 症例指導 | 呼吸器内科 | 堀池 安意 |
| 症例担当 | 研修医 | 室伏竜之介 |
| | | 横山友里佳 |
| | | 吉田 昇悟 |
| 病理担当 | 病理診断科部 | 田代 和弘 |

【症 例】80歳代 男性

【主 訴】咳嗽・血痰

【現病歴】

X-2年6月に胸部単純写真ですりガラス影を指摘されて当院受診したが，自然軽快したためフォローは終了となった．X年2月に咳嗽・血痰で当院救急外来受診し炎症反応上昇や胸部単純CTにて両肺野に胸水貯留とすりガラス影・多発浸潤影を認め低酸素血症を呈していた．また，心房細動やNT-proBNPの上昇を認め，心不全も合併して

いると判断し，急性心不全・細菌性肺炎疑いと診断し入院となった．

【既往歴】

高血圧症，両側正中神経麻痺，前立腺癌，脊柱管狭窄症，直腸癌，慢性硬膜下血腫

【内服薬】睡眠薬，リマプロストアルファデクス

【アレルギー】薬剤：なし，食事：なし

【生活歴】喫煙歴：なし，飲酒歴：ビール350ml+日本酒0.5合/日

【ADL】杖歩行，食事・入浴・排泄自立

表1 入院時血液検査結果

| 血算 | | 生化 | | | | 血ガス | 酸素3L、動脈血 |
|---------|-----------------------|---------------|------------|----------|-------------|---------|-------------|
| WBC | 14310 / μ L | TP | 6 mg/dL | Na | 135.4 mEq/L | pH | 7.476 |
| #NEUTRO | 83.4 % | ALB | 2.7 mg/dL | K | 3.9 mEq/L | PCO2 | 27.9 mmHg |
| #LYMPH | 5.4 % | T-bil | 1 mg/dL | Cl | 104.2 mEq/L | PO2 | 77.3 mmHg |
| #MONO | 7.3 % | AST | 31 IU/L | Ca | 8.2 mEq/L | HCO3 | 20.4 mmol/L |
| #EOSINO | 3.6 % | ALT | 21 IU/L | IP | 2.4 mEq/L | Lactate | 1.4 mmol/L |
| #BASO | 0.4 % | LDH | 367 IU/L | GLU | 161 mg/dL | | |
| RBC | 374 10^4 / μ L | ALP | 238 IU/L | CRP | 19.79 mg/dL | | |
| Hb | 11.9 g/dL | γ -GTP | 23 IU/L | PCT | 0.11 ng/ml | | |
| HT | 34.3 % | BUN | 17.8 mg/dL | NtproBNP | 2473 pg/ml | | |
| MCV | 92 fl | Cr | 0.76 mg/dL | MPO-ANCA | 0.1 U/ml | | |
| MCHC | 34.6 % | eGFR | 74.2 | PR3-ANCA | 0.1 U/ml | | |
| PLT | 28.3 10^4 / μ L | UA | 5.5 mg/dL | KL-6 | 391 | | |
| | | | | SP-D | 160 | | |

【入院時現症】

意識：GCS E4V5M6=15 JCS0

体温：37.2℃， 血圧：114/74mmHg， 脈拍：116/min

呼吸数：36/min， SpO2：93%（3L）

眼瞼結膜蒼白なし， 眼球結膜黄染なし．

頸部リンパ節触知せず．

心音整， 心雑音なし．

呼吸音両側下肺野で減弱， 両側捻髪音聴取．

腹部平坦， 軟， 蠕動音聴取， 正中に手術痕あり．

下腿浮腫なし．

【血液検査結果（表1）】

【胸部単純X線写真（図1）】

右中肺野外側から下肺野にかけて浸潤影あり．



図1 胸部単純写真

左上中肺野に淡い結節影あり．

【胸部造影CT（図2， 3， 4）】

心拡大あり， 前回撮影時より増悪

縦隔リンパ節腫大あり， 肝辺縁鈍， 結腸憩室あり．

右胸水貯留あり．

右肺上葉にすりガラス影や小葉間隔壁の肥厚あり．

左上肺野中枢側・下肺野にすりガラス影あり．

【入院後経過】

入院時CTにて両肺野に浸潤影， すりガラス影を認め， 血液検査にてWBC， CRP， PCTの上昇も認めたため， 細菌性肺炎としてSBT/AMPC開始． また心電図にてAfを認め， 心拡大がありNtproBNP上昇していたため， 心不全に対してラシックス0.5A/日投与を開始．

第1病日にAfによる頻脈発作が出現し， 呼吸状態・循環状態が急速に悪化したためNIPPV導入． また， 血圧も低下していたため循環不全に対してドブタミン・イノバンを投与． 陳旧性心筋梗塞の既往もあったため， 心不全に対してミリスロール持続静注を始めた． しかし， 治療反応性は乏しく， ARDSや肺胞出血の可能性も考慮してステロイドパルスを開始し， 抗生剤はMEPMに変更したが， 第3病日未明に急速に循環状態が悪化し永眠された．

【臨床領域からの考察】

本症例においては何らかの感染症を契機に心原性ショックを呈し， 肺陰影の性状から間質性肺炎の

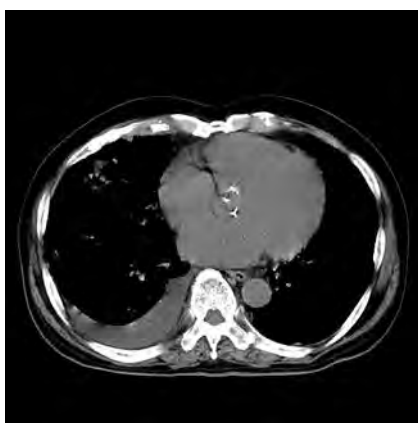


図2 胸部単純CT

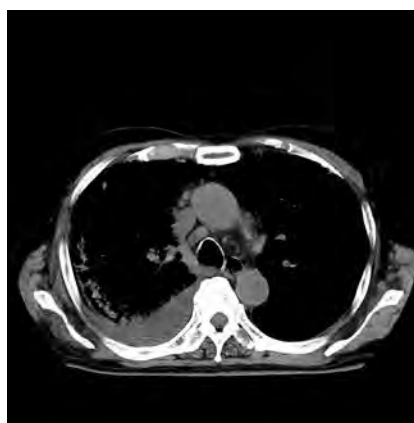


図3 胸部単純CT

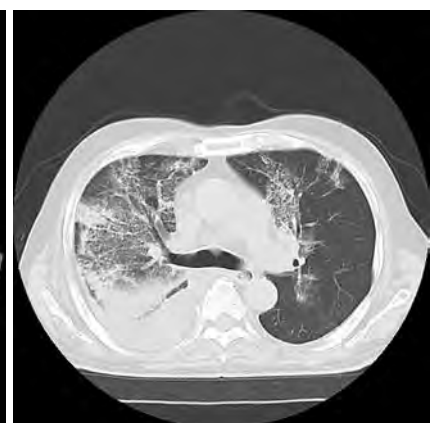


図4 胸部単純CT

合併が疑われた。背景となる心不全の鑑別としては心筋異常・血行動態異常・不整脈がある。本症例では心原性ショックを来するような不整脈は認められず、重症弁膜症や高血圧症は見られなかったため、心筋異常の可能性が考えられた。鑑別としては虚血性心疾患や肥大型心筋症、拡張型心筋

症、心筋炎、心アミロイドーシスや心サルコイドーシスが挙げられた。

【病理解剖の目的】

- ・呼吸不全の原因精査
- ・直接死因の精査

病理解剖組織学的診断

病理番号：2022-001 剖検者：田代和弘，小口慶悟，吉田昇悟，東城祐介，山田清隆，平野花菜

(胸腹部臓器)

【診断】

1：二重癌

- a：前立腺癌 詳細不明 浸潤，転移：なし
b：直腸癌 詳細不明 浸潤，転移：なし

2：老人性全身性アミロイドーシス（局所性アミロイドーシス）

心(680g，びまん性)，舌(局所性)，脾臓(170g，局所性)，肝(1270g)，肺(局所性)，大動脈

3：肺うっ血，出血(930g，1090g)

肺うっ血，出血が主体で肺胞壁の肥厚，炎症細胞浸潤は見られず

間質性肺炎の所見は観察されません。

一部に少数のアミロイド沈着が見られます。

4：過形成性骨髄

多発性骨髄腫の所見は認められません。CD138(-)

5：胸水貯留(右：380ml)

6：結腸憩室症

【死因】

老人性アミロイドーシスに伴う心不全。

年齢との関連が強く，加齢に伴って沈着頻度が増し，明らかな基礎疾患が見出せないアミロイドーシスのことをいう。

老人性アミロイドーシスは全身性アミロイドーシスと局所性アミロイドーシスに分けられる。

局所性アミロイドーシスの沈着部位は心臓，脳，脾臓，大動脈に多く認められる。

【考察】

臨床所見からは虚血性心疾患や肥大型心筋症，拡張型心筋症，心筋炎，心アミロイドーシスや心サルコイドーシス等の心筋障害をきたす可能性のある疾患を想定して剖検を行った。

剖検の結果は老人性アミロイドーシスに伴う心不全とのことで臨床所見との矛盾はなかった。

受診からの経過は急性であり，診断に至ったとしても治療は困難だったことが予想される一例だった。