

Ⅲ. CPC報告

Ⅲ. 3 CPC報告 (2016年4月～2017年3月) (西神戸医療センター)

第1回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ：腎不全、高Ca血症を呈した多発性骨髄腫の1例
2. 診療科、主治医・受持医：免疫血液科 高原佳央里
田中康博
3. CPC開催日：2016年6月27日
4. 発表者：臨床側 (高原佳央里)
病理側 (橋本公夫)
5. 患者：84歳、男性
6. 臨床診断：多発性骨髄腫、骨髄腫腎、偽膜性腸炎
7. 剖検診断：多発性骨髄腫
8. 臨床情報：

【主訴】腰痛

【現病歴】

2016年1月14日に腰痛を主訴に前医を受診し、圧迫骨折の診断で入院加療中であった。入院中の血液検査で腎機能低下・貧血・高Ca血症を認めており、胸部～骨盤部CTの結果を総合的に評価すると多発性骨髄腫が疑われたため、2016年3月2日に当院免疫内科を紹介受診された。

【既往歴】

高血圧、膀胱癌 (2014年外科的治療)。生活歴：喫煙 (-)、飲酒 (-)。

【家族歴】母：胃癌

【診療所見】

身長167cm, 体重70kg, BMI 25.1, 体温36.7℃, 血圧157/58 mmHg, 脈拍81/min, 呼吸数18/min, SpO₂ 92% (Room air). 心音：整, 全収縮期雑音. 呼吸音：清, 減弱なし, ラ音なし, 左右差なし. 腹部：平坦, 軟, 圧痛 (-), 肝脾触知なし. 眼球結膜：黄染 (-), 充血 (-), 眼瞼結膜：貧血 (-). 頸部圧痛 (-), 頸部リンパ節触知 (-). 両下腿浮腫なし.

【主な検査データ】

WBC 6700/ μ l (STAB 17.0 %, SEG 56.0 %, LYMPH 19.0 %, MONO 3.0 %, EOS 1.0 %, BASO 1.0 %, ATYLYMP 1.0 %, MYELO 1.0 %, OTHER1 1.0 %), RBC 216万/ μ l, Hb 7.2 g/dl, Ht 20.1 %, Plt 14.8万/ μ l, 網赤血球数 9 %, 血糖100 mg/dl, CRP 0.5 mg/dl, TP 10.0 g/dl, A/G 0.33, Alb 2.5

g/dl, T-Bil 0.5 mg/dl, ChE 111 IU/l, AST 17 IU/l, ALT 10 IU/l, γ -GTP 25 IU/l, ALP 198 IU/l, LDH 184 IU/l, CK 30 IU/l, AMY 141 IU/l, Total-Cho 122 mg/dl, UA 6.9 mg/dl, BUN 102 mg/dl, Cr 4.27 mg/dl, eGFR 11.2 ml/分/1.73, Na 133 mEq/l, K 3.1 mEq/l, Cl 100 mEq/l, Ca 12.5 mg/dl, IP 5.1 mg/dl, Mg 4.1 mg/dl, HbA1c 6.2 %, 蛋白分画：A/G 0.45, Alb 30.8 %, α 1 2.5 %, α 2 6.5 %, β 4.1 %, γ 56.1 %. 血清 β 2-MG 16.3 mg/l, IgG 6516 mg/dl, IgA 12 mg/dl, IgM 6 mg/dl, PT-INR 1.0, APTT-秒 26.3 秒, Fib 280 mg/dl, D-ダイマー 2.40 μ g/ml 血液ガス：pH 7.463, PCO₂ 43.7 mmHg, PO₂ 70.7 mmHg, HCO₃act 30.6 mmol/l, BE (vt) 6.2

【画像診断所見】

〈腹部～骨盤部単純CT〉：上行結腸に壁肥厚。第2胸椎と第1腰椎に圧迫骨折。

〈骨髄穿刺〉過形成性骨髄。核小体明瞭な核を持つ細胞を認める。また、異形形質細胞の巣状の増生を認めており、免疫組織学的にはCD138 陽性、 κ 陽性、 γ 陰性。多発性骨髄腫 (IgG- κ) の骨髄として矛盾しない所見。

【経過・治療】

1. 多発性骨髄腫

入院後よりゾレドロン酸 4 mg/100 mlの投与を開始した。3月3日～4日まで、デキサメタゾン計5A点滴を施行。3月9日にはCr 6.08mg/dlと、腎機能の経時的な増悪を認めていたが、家族の希望で血液透析は行わない方針となった。3月14日午後1時30分頃に突然呼吸状態が悪化し、午後4時09分死亡。

2. 偽膜性腸炎

3月4日頃より左側腹部優位の疼痛と黒色水様便が持続。腹部単純CTで上行結腸の壁肥厚を認めるのみで、上部消化管内視鏡検査で明らかかな異常は認めなかったため、鎮痛剤による対症療法を行ったが疼痛は改善に乏しかった。3月9日に下部消化管内視鏡検査を施行。S状結腸より肛門側に黄白色の丘疹を認めており偽膜性腸炎と診断され、メトロニダゾール点滴を開始

した。

【症例の問題点（剖検で解明しなかった事項）】

- (1) 腎機能障害の原因
- (2) 上行結腸の壁肥厚および偽膜性腸炎の原因

9. 剖 検 情 報：

【剖検診断】

〔主病変〕 多発性骨髄腫：腰椎骨髄で確認(IgG-κ)

〔関連病変〕 腎軽鎖沈着症疑い

〔副病変〕 1. 気道閉塞：気道分泌物による喉頭閉塞（直接死因）。2. 偽膜性腸炎：S状結腸から直腸。3. 上行結腸憩室、びらん

【病理所見】

気道：喉頭に内腔を閉塞する分泌物が見られた。

肺：組織学的には末梢気管支内に分泌物が少量認められる。アスベスト小体が確認される。壁側胸膜と横隔膜の壁側胸膜に線維性の肥厚が認められるが、炎症細胞浸潤は見られず異型細胞の浸潤増生も見られない。

消化管：上行結腸には軽度のびらんと憩室を認めた。S状結腸から直腸にかけては、粘膜面には偽膜の付着が認められ、壁の肥厚と内腔の拡張を認めた。組織学的にも噴水状の粘液の付着が認められ、偽膜性腸炎と考えられる。

肝胆脾系：肝臓では門脈域の拡大や線維化は認められず、炎症細胞浸潤もほとんど認められない。異型細胞の浸潤増生は認められない。

腎臓：肉眼的には、形態及び大きさに異常なし。腎盂の拡張なし。組織学的には、尿細管は比較的良く残っており、少数の硬化糸球体は見られるものの、明らかなアミロイドーシスと考えられる沈着物は認められない（アミロイド染色で確認）。糸球体では、分節の変化が認められるが、硬化はほとんど認められない。細胞数の減少は認められない。免疫組織化学的にはκ鎖の沈着が見られており、典型的ではないが軽鎖沈着症の可能性が考えられる。

造血系：脾臓では異型細胞の浸潤増生は認めず。骨髄では肉眼的には、骨梁の破壊が見られ、組織学的には造血が良好な部位と、部分的に異型形質細胞の集簇する部位が認められ、免疫組織化学的にはCD138

(+), κ (+), λ (-)。

【担当病理医】 橋本公夫

【病理医からのコメント】

本例は多発性骨髄腫の症例で、骨髄に骨髄腫細胞が認められたが、他臓器には浸潤は認められなかった。腎臓では典型的ではないが、軽鎖沈着症様の分節性の変化が認められた。アミロイドーシスは全身検索で認められなかった。S状結腸から直腸にかけて偽膜性腸炎が認められた。最終直接死因は分泌物による気道閉塞による窒息と考えられた。

10. 考 察：

本症例では、2016年1月より長期入院が続いていたことと、多発性骨髄腫による腎機能低下が原因となり、喀痰排泄能が低下し気道分泌物による窒息が起こったものと考えられる。また、本症例では長期間にわたる抗生剤治療を行われていないにも関わらず偽膜性腸炎を発症したが、上記原因により免疫能が低下したことが発症の要因となったと考えられる。

多発性骨髄腫は形質細胞の単クローン性増殖と、その産生物である単クローン性免疫グロブリン（M蛋白）の血清・尿中増加により特徴づけられる疾患であり、血液中のM蛋白量、骨髄中の形質細胞の割合、臓器障害、腫瘍の有無により表1のように分類される。本症例は、骨髄におけるクローナル形質細胞の増加があり、高Ca血症・腎不全・貧血・骨病変の臓器障害のうち4項目を満たしているため、症候性骨髄腫であると判断した。

治療は、移植適応のある初発症候性骨髄腫（65歳

未満、重篤な合併症なし、心肺機能正常）の場合には、ボルデゾミブやデキサメタゾンなどの薬剤を組み合わせた化学療法を施行する。合併症に対する治療も必要である。高Ca血症は、多発性骨髄腫と

表 1

- 1. MGUS
- 2. 無症候性骨髄腫
- 3. 症候性骨髄腫
- 4. 非分泌型骨髄腫
- 5. 孤発性形質細胞腫
- 6. 髄外性形質細胞腫
- 7. 多発性形質細胞腫
- 8. 形質細胞性白血病

診断時に約10%程度の患者に合併しているとされる。Ca>12mg/dlの場合には補液とデキサメタゾンを投与し、Ca>14 mg/dlの場合には上記にビスホスホネートを追加する。Ca>18 mg/dlの場合には血液透析を考慮する。腎不全に対しては、血漿交換や血液透析を行う。肺炎や尿路感染症などの感染症にはエンピリックな抗菌薬投与を行う。また、圧迫骨折な

どによる疼痛を訴える場合には十分な疼痛コントロールが必要とされる。本症例では、高齢であったため化学療法の施行対象とはならなかった。補正Ca=14.0mg/dlであったため、ビスホスホネートを含めて十分な補液を行ったところ、経時的に低下を認めた。

11. 参考文献：

レジデントのための感染症診療マニュアル／今日の診断指針第7版

第2回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ：非ホジキンリンパ腫再発の1例
2. 診療科、主治医・受持医：免疫血液科 丹生真貴子
田中康博
3. CPC開催日：2016年10月24日
4. 発表者：臨床側（丹生真貴子）
病理側（橋本公夫）
5. 患者：75歳、男性
6. 臨床診断：NK/T細胞リンパ腫
7. 剖検診断：NK/T細胞リンパ腫再発
8. 臨床情報：

【主訴】発熱、倦怠感

【現病歴】

2013年発症のNHL（NK/T cell lymphoma）。CAMBO-VIP療法で2013年11月21日にPET-CTで完全寛解となった。以後外来フォローとしており、2015年9月8日まではsIL-2Rは正常範囲で推移していた。11月10日より38℃台の発熱が出現し、11月16日の近医の血液検査にてWBC1900, Hb 13.2, CRP 7.2 と汎血球減少を認めたため、11月18日に当院免疫血液内科を紹介受診した。同日の腹部エコーで脾腫を認め、11月20日より血小板輸血となった。11月21日にPET-CT撮像後より全身倦怠感および悪寒が増悪したため、当院救急外来を受診し、精査加療目的に同日緊急入院となった。

【既往歴】胃潰瘍

【診療所見】

Ht：162.5cm, BW 63kg, BT 36.9℃, BP 94/58 mmHg, HR 106/min, SpO₂ 94% (RA).
眼瞼結膜：蒼白。眼球結膜：黄染なし。口腔内発赤なし、白苔付着、扁桃の腫大なし。頸部リンパ節：表在リンパ節は触知せず。胸部：心音、肺音ともに問題なし。腹部：平坦、軟、自発痛なし、圧痛なし。四肢：冷感なし、蒼白なし、発疹なし。

【検査データ】

WBC 16x10²/μL, RBC 357x10⁴/μL, Hb 10.7 g/dL, Ht 31.4 % Plt 3.3 x10⁴/μL, STAB 17.0 %, SEG 21.0 %, LYMPH 50.0 %, 血糖108 mg/dL, CRP 4.5 mg/dL, TP 5.3 g/dL, Alb 2.7 g/dL, T-Bil 1.4 mg/dL, AST 173 IU/L, ALT 97 IU/L, ALP 4271 IU/L, LDH 1217 IU/L, CK 42 IU/L, AMY 73 IU/L, BUN 18 mg/dL, Cr 0.93 mg/dL, Na 137mEq/L, K 3.6 mEq/L, Ca 7.6 mg/dL, IP 3.1 mg/dL, IgG 896 mg/dL, IgA 575 mg/dL, IgM 29 mg/dL, sIL-2R 34100 U/mL, Fe 206 μg/dL, UIBC 124 μg/dL, HbA1c 7.3 %

【画像診断所見】

〈胸部レントゲン〉異常所見なし 〈ECG〉 83 bpm、WNL

〈腹部超音波検査〉脾臓：約10 cm大の軽度脾腫あり、13 mm大の副脾あり、大動脈周囲の明らかなリンパ節腫脹なし。

〈PET-CT〉縦隔・両肺門、脾臓頭部周囲のリンパ節、脾臓に集積あり。骨に瀰漫性に集積あり。胸水・心嚢水少量あり。

【経過・治療】

入院後CFPM+補液にて加療開始した。入院後2日目夜間より吐下血開始。下部消化管では出血確認出来なかった。L-Aspを投与開始し、LDHの改善および汎血球減少の改善を認めたかのように思えたが、26日に突然呼吸状態が増悪し、永眠した。

【症例の問題点（剖検で解明しなかった事項）】

呼吸停止の原因。治療効果の判定目的

9. 剖検情報：

【剖検診断】

【主病変】NK細胞リンパ腫治療後再発浸潤；骨髓、肝臓、脾臓

【関連病変】1. 腔水症（腹水；1200ml、右胸水；500ml、左胸水；400ml、心嚢水；67ml）2. 黄疸 3. 誤嚥（食道内、気道）

【副病変】食道下部びらん・胸膜プラーク；アスベスト沈着確認できず・粥状動脈硬化症・大動脈・左腸腰筋出血・左腎下極嚢胞形成、死戦期睥炎；脂肪壊死・褥瘡性膀胱炎

【死因】悪性リンパ腫再発

【病理所見】

気道内に一部誤嚥物が付着していたが、完全に閉塞するものは見られず。食道は下部にびらんが見られ、誤嚥物が見られた。胃には急性潰瘍形成が見られた。組織学的にはリンパ腫の浸潤などの異常は認められず。

縦隔：肺門部から気管分岐部、縦隔にかけてリンパ節腫大なし。

肺：誤嚥による肺炎を疑う所見なし。

肝臓：軽度の腫大。門脈域が白色調にやや拡大。

脾臓：軽度の腫大。剖面で出血や梗塞、腫瘍性病変なし。組織学的には赤脾髄に異型細胞の浸潤あり。

骨髄：造血あり。組織学的には異型細胞の浸潤あり。異型細胞はいずれの部位でもCD56(+)で、NK細胞リンパ腫の再発として矛盾しない。

【担当病理医】橋本公夫

【病理医からのコメント】

NK細胞リンパ腫の再発と考えられ、肝臓、脾臓、骨髄で異型細胞が確認されたが、他の臓器やリンパ節に異型細胞は確認できなかった。最終死因は誤嚥の可能性が考えられたが、食道内に誤嚥物が見られたのみで、気道内の閉塞は確認できなかった。胸膜プラークが認められたが、アスペクト小体は組織学的には確認できなかった。

10. 考 察：

日本では悪性リンパ腫のうちNK/T cell lymphomaが約2%を占めており、発症年齢中央値：49歳、男女比：4：1である。臨床症状：鼻閉、疼痛、鼻出血などが初期症状として出現する。EBV関連リンパ増殖性疾患である。ENKLの診断の要点は①病理組織所見：腫瘍細胞は中～大型でびまん性に浸潤であり、凝固壊死を伴い、血管中心性・破壊性増殖を認める。②細胞マーカー：CD2(+)、細胞質CD3(+)、表面CD3(-)、CD5(-)、CD20(-)、CD56(+)、CD45(+)、細胞障害性分子(perforin, granzyme B, TIA-1)(+)。③EBER：腫瘍細胞の核に陽性所見となる。病期診断はAnn Arbor分類で分けられており、本症例はIV期となる。治療法は限局期では、放射線治療と化学療法を同時に開始するRT-2/3DeVIC療法を行い、頸部リンパ節より病変が広がっている場合や、鼻腔以外の臓器から発生し、放射線治療が行えない場合、再発または初回治療で部分奏効以下であった場合には、SMILE療法とい

う多剤併用療法を行う。SMILE療法はMethotrexate、Ceucovorin、Ifosfamide、Mesna、Dexamethasone、Etoposide、L-asparaginase、G-CSFを用いる療法である。L-asparaginaseは抗悪性腫瘍薬であり、大腸菌から産生される酵素。抗腫瘍酵素製剤で、血中のL-アスパラギンを分解し、アスパラギン要求性腫瘍細胞を栄養欠乏状態にすることにより抗腫瘍効果を発揮する。本症例のように再発例に対するSMILE療法の効果は12ヶ月後でOS 79%、PFS 71%というstudyが出ている。

11. 参 考 文 献：

Phase II Study of SMILE Chemotherapy for Newly Diagnosed Stage IV, Relapsed, or Refractory Extranodal Natural Killer (NK) /T-Cell Lymphoma, Nasal Type: The NK-Cell Tumor Study Group study
日本血液学会造血器腫瘍診療ガイドライン

第3回西神戸医療センターCPC報告

1. 症 例 テ ー マ：治療抵抗性の特発性血小板減少性紫斑病の1例
2. 診療科、主治医・受持医：免疫血液内科 三村裕美
橋本朋子
3. CPC開催日：2016年11月14日
4. 発 表 者：臨床側（三村裕美）
病理側（橋本公夫）
5. 患 者：88歳、女性
6. 臨 床 診 断：特発性血小板減少性紫斑病、呼吸不全
7. 剖 検 診 断：特発性血小板減少性紫斑病、肺胞出血
8. 臨 床 情 報：

【主訴】下血

【現病歴】

201X年3月Y日に肛門部から出血があった。

Y+1日にデイサービスで消化管出血の疑いがあるといわれ、近医を受診した。血液検査で血小板数5000/ μ Lと異常低値であったため緊急入院となった。Y+2, Y+3, Y+6, Y+7, Y+8日に血小板輸血を20単位ずつ施行したが上昇なく、精査加療目的に当科に転院となった。

【既往歴】左膝関節人工関節置換術後、高血圧、虫垂炎（術後）

【診療所見】

体温37.8℃、血圧88/66 mmHg、脈拍77回、SpO₂ 94%（10Lマスク）

眼瞼結膜貧血、眼球結膜黄染なし。頸部リンパ節蝕知せず。

口腔内出血痕あり、活動的な出血なし。呼吸音両側coarse crackle。心音整、雑音なし。腹部平坦軟、全体に圧痛あり。前胸部～上肢にかけて紫斑あり。

【検査データ】

WBC $7.5 \times 10^3 / \mu\text{L}$, RBC $291 \times 10^4 / \mu\text{L}$, Hb 9.4g/dL, Plt $0.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$, Plt (ヘパリン) $0.2 \times 10^4 / \mu\text{L}$, 網赤血球 50%、PA-IgG $1043.8 \text{ng}/10^7 \text{cells}$

〔骨髄検査〕有核細胞数43400, 巨核球数16. mildly hypercellular marrow, consistent with ITP. 細胞密度50%の軽度過形成性骨髄。M/E比 1 : 1 幼弱な細胞や芽球の単調増生なし。異型細胞なし。巨核球の軽度増加。

【画像診断所見】

〔胸部レントゲン〕両側肺野にbutterfly shadow, 両側CP angle dull

〔胸部CT〕両側に多量胸水貯留あり。肺尖部～中肺野を主体としてすりガラス影、網状影。心拡大は強くないが、IVC拡大傾向あり。

〔上部消化管内視鏡検査〕胃内全体に粘膜出血あり。明らかな腫瘤や潰瘍形成なし。

【経過・治療】

出血症状あり、消化管出血のため貧血はあるが白血球低下がなく、巨核球のみ増加しているという骨髄所見や、血小板減少を来す他の疾患が否定的であったことから特発性血小板減少性紫斑病として治療を開始した。Day 1 IVIGを施行。mPSL投与開始し、漸減（* 1）していった。Day 2 romipate $1 \mu\text{g}/\text{kg}$ 投与。胸部レントゲン上、胸水に改善なく酸素化も不良であったためCPAPを開始した。Day 10 romipate $1 \mu\text{g}/\text{kg}$ 投与。pylori除菌を開始。入院中、血液検査でHb 8 g/dl前後、Plt $5000 / \mu\text{L}$ 以下で経過し、貧血と血小板低下に改善を認めないため、適宜輸血を施行した（* 2）。レントゲン上、胸水の改善なく、CPAPからの離脱は困難。また、下血にも改善は見られず、Day 17 血圧低下、呼吸状態の悪化を認め、永眠された。

（* 1）mPSL: day 1、2 500mg、day 3～5 125mg、day 6～9 80mg、day 11～14 60mg、day 15～17 40mg

（* 2）血小板輸血: day 1、3、5、7、6、8、11、15。赤血球輸血: day 2、4、6、8、10、11、13、17

【症例の問題点（剖検で解明しなかった事項）】

消化管出血所見の確認とその他の死因検索

9. 剖検情報:

【剖検診断】

〔主病変〕特発性血小板減少性紫斑病

〔関連病変〕1. 出血傾向: 両肺、消化管（胃から結腸にかけての粘膜出血）、皮膚、心臓、膀胱粘膜、腔壁。2. 血球貪食症候群

【病理所見】

〔肉眼的所見〕

胸部: 胸水右700m、左1100ml黄褐色、気管内に閉塞物なし。心嚢水140ml赤褐色。両側肺は下葉中心に圧排による鬱血を認めたが、出血は見られず。心臓には陳旧性梗塞の所見なし。

腹部: 食道～S状結腸の全体に粘膜出血。腸管内に血塊が充満。狭窄・腫瘤・潰瘍なし。肝、腎に出血なし。肝臓うっ血あり。門脈分枝拡張。断面に腫瘤性病変なし。脾腫なし。

〔顕微鏡的所見〕

胸部: 左右肺にうっ血、肺胞内出血。（左下肺で著明。）

腹部: 食道～S状結腸にわたり出血急性潰瘍などの限局性の出血性病変はなし。肝臓は中心静脈周囲の類洞拡張、うっ血、出血あり、急性肝うっ血の所見。脾臓では赤脾髄の線維化を認め、慢性的な脾うっ血を疑う。

骨髄: 細胞密度約50%の軽度過形成性骨髄。3系統全ての造血細胞が見られ、M/E比は 1 : 1。巨核球は比較的小型のものが各造血系に3個前後見られている。赤芽球系も各成熟段階の細胞が見られ、骨髄球系は各成熟段階の細胞が見られ、分葉核球への分化も十分、幼弱な細胞も目立たない。芽球の単調な増生や形質細胞はなし。軽度過形成性骨髄で巨核球の軽度増加を認める。ITPとして矛盾しない組織像。

【担当病理医】橋本公夫

【病理医からのコメント】

消化管出血とともに両肺下肺野優位の出血がみられた。最終死因はこれによる呼吸不全と考えられた。消化管出血はびまん性で限局性病変はなし。血球貪食の亢進が、骨髄や脾臓で確認された。

10. 考 察：

治療抵抗性の特発性血小板減少性紫斑病の1例。初診時に血小板数2万/ μ L、消化管出血を呈しており、PSL、IVIG、トロンボポエチン受容体作動薬で治療したが、反応性不良であった。血小板輸血後も血小板上昇を認めなかったが、輸血を継続して消化管出血の改善を図った。しかし、加療中、肺胞出血のコントロールが困難となった。持続的な出血から循環動態が破たんし、肺胞出血から呼吸不全に至った。

剖検では消化管出血とともに両肺下肺野優位の出血を認め、最終死因はこれによる呼吸不全と考えられた。

第4回西神戸医療センターCPC報告

1. 症 例 テ ー マ：経過中に肺炎と脳出血を併発した急性骨髄性白血病の1例
2. 診 療 科、主 治 医・受 持 医：免疫血液内科 池田賢司
田中 淳
3. C P C 開 催 日：2016年11月28日
4. 発 表 者：臨床側（池田賢司）
病理側（橋本公夫）
5. 患 者：82歳、男性
6. 臨 床 診 断：急性骨髄性白血病、脳出血
7. 剖 検 診 断：急性骨髄性白血病、脳出血
8. 臨 床 情 報：

【主訴】四肢の脱力

【現病歴】

2015年11月に全身倦怠感を主訴に前医を受診した。血液検査でHb 6.6、Plt 3万台と血球減少を認め、末梢血塗抹検査において芽球を認めた。血液悪性疾患を疑われ、精査目的に12月に当院免疫血液内科を紹介受診した。精査にて急性骨髄性白血病と診断され、以後は週に1回程度の輸血と鉄キレート剤deferoxamineの投与を受けながら経過観察されていた。外来で経過観察中の3月8日に胸部単純X線写真で右下肺野に浸潤影を認め、胸部CTが撮像された。同日からLVFX 250 mg/dayの内服加療がなされたが、3月15日のCXRで浸潤影の増悪を認めた。アスペルギルス症などの真菌

感染を考慮し、ITCZ内用液が追加処方されたが、なおも浸潤影の増悪を認め、特発性器質化肺炎の可能性を考慮され、3月25日からプレドニゾン30 mg/dayの追加処方がなされた。経過を通じて呼吸器症状はなかった。3月28日に自宅で四肢の脱力を自覚し、救急要請し当院救急外来に搬送された。

【既往歴】 高血圧、2型糖尿病、前立腺肥大症

【診療所見】

意識レベル：JCS I-1、体温：38.7℃、血圧：173/70 mmHg、呼吸：28回/分、脈拍：101回/分、SpO₂：93%（酸素非投与）→98%（カヌラ1L）。

瞳孔不同なし、対光反射+/+、立位保持可能。四肢に明らかな麻痺を認めず。

【検査データ】

WBC 23900/ μ l, RBC 257万/ μ l, Hb 7.7 g/dl, Plt 1.3万/ μ l, PT-INR 1.4, D-ダイマー 9.12 μ g/ml, 血糖178 mg/dl, CRP 12.3 mg/dl, TP 8.8 g/dl, Alb 2.4 g/dl, T-Bil 0.9 mg/dl, AST 23 IU/l, ALT 16 IU/l, ALP 124 IU/l, LDH 453 IU/l, BUN 23 mg/dl, Cr 1.04 mg/dl, Na 133 mEq/l, K 4.0 mEq/l

【画像診断所見】

〈胸部レントゲン〉 右下肺野に浸潤影を認める。外来のものと比較し、浸潤影は増大傾向であった。

【経過・治療】

救急外来で四肢の粗大な麻痺は認めず、発熱と胸部レントゲンにおける浸潤影の増悪の所見から右下葉肺炎の増悪とそれに伴うADLの低下と考え、TAZ/PIPC 3 g/day divを開始したうえで同日緊急入院となった。血小板1.3万/ μ Lと低下を認めたため、血小板輸血ののちに気管支鏡検査による肺炎の精査を予定していた。来院8時間後に傾眠状態となり、左上下肢の脱力、左半身での痛み刺激に対する反応不良を認めたため、頭部CTを施行した。頭部CTで右小脳半球、右後頭葉、右頭頂葉に多発する境界不明瞭な淡い低吸収域を認め、脳梗塞や脳膿瘍などが疑われたため、脳MRIを施行した。MRIではCTで認めた病変に一致して散在性に周囲に浮腫を伴う結節性病変を認めた。いずれも著明なリング状拡散障害や、中心部の出血成分の混在を認め、脳梗塞、脳腫瘍、感染性塞栓症などが考慮されたため、造影MRIを撮像する方針となったが、MRIから帰宅後30分後に呼吸停止となった。JCS 300の意識レベル低下と

185/82mmHgの血圧高値を認め、挿管ののちに頭部CTを再検した。再検したCTで小脳半球実質内と、周囲のくも膜下腔に出血を疑う高吸収域が新たに出現し、また矢状断において大孔ヘルニアを疑う所見を認めた。急速かつ致死的な経過であり、救命は困難と考えられ、家族との相談ののち、人工呼吸器・昇圧剤の使用のみで経過観察される方針となった。徐々に血圧が低下し、3月29日18時頃に呼吸停止・心停止となり、同日死亡退院となった。

【症例の問題点（剖検で解明しなかった事項）】

脳出血の原因

9. 剖 検 情 報 :

【剖検診断】

【主病変】 急性骨髄性白血病；骨髄、肝臓、中枢神経系、両肺、両腎臓、脾臓に幼若な細胞の浸潤

【関連病変】 1. 脳出血：小脳歯状核、小脳脚、小脳扁桃（大孔）ヘルニア。2. くも膜下出血；後頭蓋窩。3. 右肺下葉出血。4. 真菌症（*Mucor mycosis*）：右肺下葉（梗塞）、腎臓（梗塞）。5. 両肺うっ血水腫、胸水（右：400ml、左：700ml）。

【病理所見】

肺：右肺下葉に梗塞巣、周囲にはうっ血水腫が見られる。組織学的にも肺末梢血管内に腫瘍細胞の浸潤が見られる。梗塞巣が確認され、その中の血管内に節の見られない分枝真菌（ムコール感染症）が認められる。

肝臓：組織学的に門脈域から一部類洞に腫瘍細胞の浸潤増生が見られている。結節形成は見られない

脾臓：組織学的に赤脾髄でマクロファージの増加が見られ、腫瘍細胞の浸潤も見られている。

腎臓：組織学的には梗塞巣が見られており、その基部の血管内に右肺下葉に見られたと同様の真菌が見られている。

中枢神経系：脳摘出時に後頭蓋窩にくも膜下出血が見られており、小脳扁桃（大孔）ヘルニアが確認される。断面では歯状核レベルで小脳内出血が見られており、さらに小脳脚にも拡がっている。周囲くも膜下に出血が広がってみられる。橋や延髄そのものに大き

な実質内出血は見られない。大脳半球断面でも大きな出血は見られないが、組織学的には大脳や小脳出血部で血管内やVirchow-Robin腔に腫瘍細胞の浸潤が見られている。真菌は確認されない。

〈剖検時培養検査3/30〉右下肺梗塞巣：*Rhizopus species 1+*、右小脳病変部：陰性。

【担当病理医】 橋本公夫

【病理医からのコメント】

原疾患である急性骨髄性白血病の腫瘍細胞が中枢神経に浸潤し、脳出血を呈した。直接死因は脳出血が穿破したことによる、くも膜下出血および大孔ヘルニアによる呼吸不全と考えられた。

10. 考 察 :

本例の頭蓋内病変はいずれもT1WIで低信号、T2WIで高信号を呈し、DWIでリング状の著明な高信号とADCの低下、T2 starで中心部に出血を疑う点状の低吸収域を認めた。画像所見からは出血性脳梗塞が最も疑わしいと考えられた。塞栓子としては肺炎から続発した感染性塞栓と急性骨髄性白血病の腫瘍細胞の2つが考えられたが、臨床的に診断を確定するのは困難であった。急性骨髄性白血病の頭蓋内浸潤としてはMyeloid sarcoma（骨髄性肉腫）として骨髄外に腫瘤形成し、臓器障害を伴うものと、血管内からVirchow-Robin space（血管周囲腔）にかけて顕微鏡的結節を形成する微小浸潤の2つが知られる¹⁾。後者の病態は白血球うっ滞によるoncologic emergencyと密接に関連しており、白血病の中でも白血球数 $> 5(10)$ 万/ μL 、単球系優位といったファクターがリスク要因となりうる。当症例では搬送時に白血球23900/ μL であったが、単球系12%とやや単球系骨髄球の増加を認め、白血球うっ滞による血栓症のリスクはあったと考えられる。

一方、ムコール菌症；Zygomycosisは接合菌による日和見感染症の総称であり、2006年のフランスのデータでは罹患率は1.2人/100万と報告される²⁾。稀な疾患であるが、ある報告では血液悪性疾患に伴う侵襲性真菌感染症の中では侵襲性アルペルギルス症に次ぐ2番目に多い疾患とも報告される³⁾。血液悪性疾患を含む種々の免疫不全状態がリスク要因となり発症し、強い血管親和性を持つため血栓、塞栓を形成するのが特徴である。鼻脳型、皮膚型、消化管型、肺型、播種型、雑多型の6つのサブタイプが

知られるが、血液悪性疾患、頻回輸血による鉄過剰状態、またそれに対する鉄キレート剤 deferoxamine 投与といった因子は肺型・播種型のリスクとして知られ、本例ではそのリスクを複数有していたと言える。播種型の致死率は90-100%⁴⁾と報告され、生前診断は困難である。治療は真菌感染症に広く使われるVCZは無効であり、AMBを高用量（5 mg/kg/day以上）かつ発症後6日以内の早期に投与した方が予後はいいとされるが、前述したように早期診断は非常に困難であり、その死亡率の高さにつながっていると考えられる。

本症例は経過中に一般抗生剤抵抗性の肺炎と、頭蓋内の多発性出血性脳梗塞を併発し、急激に死に至った急性骨髄性白血病の1例であった。塞栓子は剖検により、白血病の腫瘍細胞浸潤と診断されたが、ムコール菌症の併発や播種型のリスクも複数有しており、生前診断が非常に困難であった1例を経験した。

11. 参考文献：

- 1) J Clin Diagn Res. 2013 Dec ; 7 (12) : 3020-3022. Leukostasis in an Adult with AML Presenting as Multiple High Attenuation Brain Masses on CT. Abdulaziz Ahmad Algharras et al.
- 2) merg Infect Dis 15 : 1395-1401. 2009.
- 3) Clin Infect Dis. 2008 Aug 15 ; 47 (4) : 503-9.
- 4) J Glob Infect Dis. 2009 Jul-Dec ; 1 (2) : 131-138. The Rise of an Opportunistic Infection called "Invasive Zygomycosis" Abdelkarim W et al.

第5回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ：肉腫様腎細胞癌の1例
2. 診療科、主治医・受持医：消化器内科 太田匠悟
三村 純
3. CPC開催日：2017年1月23日
4. 発表者：臨床側（太田匠悟）
病理側（橋本公夫）
5. 患者：66歳、男性
6. 臨床診断：癌性腹膜炎（原発不明）
7. 剖検診断：左肉腫様腎細胞癌
8. 臨床情報：

【主訴】発熱

【現病歴】

慢性腎不全に対して、30年程前より近医で通院透析を実施している。近医での血液検査にてHCV陽性の結果であったため、20XX年1月に当

院消化器内科に紹介受診となり、外来にて経過観察されていた。同年4月に施行した腹部超音波検査にて、S8区域に肝細胞癌を疑う増大傾向の腫瘤を認めた。5月21日にRFA施行目的に入院となり、翌5月22日にRFAを施行した。入院中より37℃台後半から38℃台前半の発熱が持続していたが、本人の希望が強く、5月28日に退院となった。しかし、退院後も発熱の持続を認めたため、精査加療目的で6月8日に当院紹介となり、再入院となった。

【既往歴】慢性腎不全（血液透析）、急性膝炎、狭心症

【診療所見】

体温：37.1℃、血圧：114/52mmHg、脈拍：96回/分、SpO₂：96%（room air）

眼瞼結膜：貧血なし。心音：整、心雑音なし。呼吸音：右肺で減弱。腹部：平坦、軟。自発痛なし、反跳痛なし。体幹、四肢等全身に皮下腫瘍が多発。

【検査データ】

WBC 9100/ μ l, RBC 347x10⁴/ μ l, Hb 10.9 g/dl, Plt 17.5x10⁴/ μ l, 血糖103 mg/dl, CRP 8.8 mg/dl, TP 6.8 g/dl, Alb 3.3 g/dl, T-bil 0.3 mg/dl, ChE 177 IU/l, AST 20 IU/l, ALT 13 IU/l, ALP 245 IU/l, LDH 334 IU/l, BUN 45 mg/dl, Cr 8.56 mg/dl, Na 135 mEq/l, K 5.0 mEq/l, Cl 97 mEq/l
AFP 3.5 ng/ml, PIVKA-II 69 mAU/ml

【画像診断所見】

〈腹部超音波検査〉肝臓S8に19x14mm大の低エコー腫瘤像。腫瘤に明らかな血流シグナルなし。腎臓には両側ともに嚢胞多発。

〈腹部CT(4/22)〉肝臓S8区域に約10mm程度の低吸収域。胆嚢内部には結石が充填し、壁の軽度肥厚も認め、慢性胆嚢炎が疑われる所見。腎臓に多発する嚢胞。脾臓や脾臓には異常なく、腹部リンパ節腫大なし。

〈腹部CT(6/8)〉右側に著明は胸水の貯留を認め、所々で胸膜肥厚を伴う。肝臓はRFA後の変化を認める。両側の腎臓は萎縮し、多数の嚢胞が認められている。また、石灰化も散見されるが、腎癌を積極的に

示唆する所見はなし。右腋窩や脾頭部周囲等にリンパ節腫大を認め、リンパ節転移の所見。胸腹壁や臀部、後腹膜などに多数の結節が認められ、転移巣が疑われる。

〔病理組織診断(皮下腫瘍生検)〕

脂肪織内に境界明瞭な腫瘍塊があり、上皮性の異型な細胞を密に認めている。一部には管腔形成があり、胞体の中には、空胞を形成している細胞も多数認める。染色ではPAX8陽性。

【経過・治療】

5月21日から5月29日まで入院し、5月22日に肝S8の腫瘍に対してRFAを施行した。本人の希望が強く一度退院となったが、再度発熱が持続したため、6月8日に再入院となった。炎症反応については経過とともに上昇傾向を認めており、6月8日に再入院の時点で右胸水貯留が著明であったため、6月9日に右胸水を穿刺排液し、胸水検査を提出した。また、再入院時に全身に皮下腫瘍の多発所見が認められたため、6月11日に皮下腫瘍の生検を施行した。その後6月15日にCPAとなり、永眠となった。

【症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)】

癌性腹膜炎の原発巣はどこか？

9. 剖検情報：

【剖検診断】

〔主病変〕腎細胞癌；左；肉腫型。転移；肝臓、腹膜播種、胸膜播種、両肺、心臓、両副腎、骨髄、皮膚、リンパ節（後腹膜、肝門部、縦隔）

〔関連病変〕1. 右胸水（2500ml）、蜂窩肺（UIP pattern）；下葉優位。2. 慢性腎不全、透析腎（多嚢胞腎）

【病理所見】

腹腔、胸腔：腹腔内播種と左胸膜播種が多数、右胸膜播種は少数。右胸腔内に約 2500mlの血性胸水貯留。縦隔リンパ節の腫大。

肺：左右とも下葉、右中葉で無気肺。剖面で腫瘍結節あり。気道内に閉塞物なし。組織学的には腫瘍が血管内から周囲実質に見られており、中下肺野は無気肺状で、胸膜面の結節は肺内への浸潤は軽度。

肝臓：軽度の腫大。RFA後の結節。（組織学的には結節内に腫瘍組織が見られる。残りの肝

組織では腫瘍浸潤は認めず。）

腎臓：左右とも透析腎の所見で、多数の嚢胞形成と実質の強い萎縮が見られる。左腎臓中央部に25mm大の腫瘍形成を認める。組織学的には腫瘍はごくわずかに胞巣形成を認めるが、大部分が紡錐形の異型細胞からなっており、胞体は好酸性紡錐形でやや微細顆粒状。細胞境界は明瞭で、核は円形から卵円形、異型巨核や多核巨細胞が見られるとともに核型不整が強く認められる。核小体も認められ、核分裂像が散見される。免疫組織化学的には腫瘍細胞は非上皮系マーカーである Vimentinが陰性で、腎細胞癌等で陽性となるPAX8染色は陽性。CK7やCK20はともに陰性。転移性腫瘍もいずれも同様の所見。Vimentin (-), MUC1 (+), CD10 (+), PAX8 (+), CK7 (-), CK20 (-)

骨髄：腫瘍の転移を認める。

心臓：心嚢液なし。左室に転移巣を認める。

【担当病理医】橋本公夫

【病理医からのコメント】

死因は腎癌による癌性腹膜炎、胸膜炎、多発転移による悪液質と考えられる。

10. 考察：

本症例では、病理解剖の結果、左腎臓中央部に25mm大の腫瘍形成が認められた。主病変は左の肉腫様腎細胞癌で、RFAを施行したS8の腫瘍は転移巣の一部と考えられ、本症例の死因は悪性度の高い肉腫様腎細胞癌による悪液質と考えられた。

肉腫様腎細胞癌は全腎細胞癌の1.0～6.5%を占める比較的稀な疾患で、非常に悪性度が高く予後は不良とされている。大庭らの報告では、肉腫様成分を含まない腎細胞癌の5年生存率が55.9～70.7%であるのに対し、肉腫様腎細胞癌の癌特異的5年生存率は9.5%に過ぎず、生存期間の中央値は10.6ヶ月（1.9-83.8）であったと報告されている。最近では腎細胞癌の肉腫様変化は病理学的な進行の最終段階とされ、すべての腎細胞癌細胞から脱分化により発生する最も異型度の高い組織型といわれており、clear cellまたはpapillaryな腎細胞癌の1要素としてsarcomatoid成分が存在し、それが増殖することにより元の構成細胞が排除され、発生すると考えられている。

透析患者の肉腫様腎細胞癌は透析歴10年以上に多く、長期透析との関連が疑われ、透析の長期化に伴

い、腎細胞癌の発生率が増加するだけでなく、より悪性度の高い肉腫様腎細胞癌が増加するものと推察される。また腫瘍のサイズと透析年数に明らかな相関性はなく、腫瘍のサイズと転移率も関係性は認められていない。腫瘍径が1.5cmでも診断時に転移を有した肉腫様腎細胞癌の症例も認められている。転移は70%にみられ、肝臓、肺、骨への転移が多くなっている。これらの結果から長期間の透析例に肉腫様腎細胞癌が増加することやサイズの小さい腎細胞癌でも肉腫様腎細胞癌が存在している可能性があり、診断が困難であるという点を考慮すると、透析患者における腎腫瘍の手術適応の決定には、腫瘍のサイズだけでなく、透析期間が重要な因子であると考えられた。透析歴が10年を超えるような症例においては、特に腎細胞癌の存在に注意して、定期的な画像検査でのフォローを行い、腫瘍径が小さくても、腫瘍が疑われるようなケースでは手術を考慮する必要性があると推察された。

11. 参考文献：

- 1) Tomera KM, Farrow GM and Lieber MM : Sarcomatoid renal cell carcinoma. J Urol 130 : 657-659, 1983
- 2) 大庭康司郎、古賀成彦、他：肉腫様腎細胞癌の臨床的検討. 泌尿紀要49 : 131-133, 2003
- 3) Bertoni F, Ferri C, Benati A, et al: Sarcomatoid renal cell carcinoma of the kidney. J Urol 137 : 25-28, 1987
- 4) Timothy DJ, John NE, Mingsheng W, et al: Clonal divergence and genetic heterogeneity in clear cell carcinomas with sarcomatoid transformation. Cancer 104 : 1195-1203, 2005

第6回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ：胸腹水貯留、多発リンパ節腫大で発症した成人T細胞白血病の1例
2. 診療科、主治医・受持医：免疫血液科 小河孝輔
田中康博
3. CPC開催日：2017年1月30日
4. 発表者：臨床側（小河孝輔）
病理側（橋本公夫）
5. 患者：65歳、男性
6. 臨床診断：成人T細胞白血病
7. 剖検診断：成人T細胞白血病、胸腹膜浸潤、門脈塞栓

第7回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ：膵管内乳頭粘液性腫瘍に合併した急性膵炎の1例
2. 診療科、主治医・受持医：消化器内科 井元裕子
濱田健輔
3. CPC開催日：2017年2月27日
4. 発表者：臨床側（井元裕子）
病理側（橋本公夫）
5. 患者：73歳、男性
6. 臨床診断：急性壊死性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍
7. 剖検診断：膵管内粘液乳頭状腺腫、膵尾部嚢胞破裂、膵炎

8. 臨床情報：

【主訴】心窩部痛

【現病歴】

2016年2月15日より慢性心不全急性増悪のため入院していた。3月5日より心窩部痛が出現し、血液検査で炎症反応および膵酵素上昇を認めたため、3月7日に消化器内科に転科となった。

【既往歴】高血圧症、慢性心不全、糖尿病、脳梗塞、高血圧性腎硬化症

【生活歴】飲酒：日本酒5合/日、喫煙：ex-smoker

【診療所見】

BT : 37.5℃、BP : 161/89 mmHg、HR : 95 bpm、SpO₂ : 98 % (RA)

腹部：平坦、軟。心窩部に圧痛・反跳痛なし。

【検査データ】

WBC 26200 / μ l, RBC 359 万 / μ l, Hb 10.5 g/dl, Ht 31 %, Plt 29.5 万 / μ l, CRP 9.2 mg/dl, TP 7.9 g/dl, Alb 3.5 g/dl, T-Bil 0.2 mg/dl, ChE 179 IU/l, AST 10 IU/l, ALT 5 IU/l, ALP 217 IU/l, LDH 168 IU/l, CK 108 IU/l, AMY 2883 IU/l, BUN 76 mg/dl, Cr 11.62 mg/dl, eGFR 3.9 ml/min/1.73m², Na 145 mEq/l, K 4.3 mEq/l, Cl 107 mEq/l, Ca 9.0 mg/dl, BS 122 mg/dl

【画像診断所見】

〈腹部CT〉膵体尾部の腹側に主膵管と交通する約35mmの壊死性嚢胞性病変を認め、嚢胞の一部には壁の連続性の途絶を認めた。膵液瘻、急性壊死性膵炎の状態、膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm : IPMN) の破裂も疑われる。

【経過・治療】

3月7日に消化器内科に転科。絶飲食とし、補液、ミラクリッド、メロペンの点滴を開始した。膵嚢胞は30 mm程度であり分枝型IPMNまたはIPMC (intraductal papillary mucinous carcinoma, 膵管内乳頭粘液性腺癌) の可能性を考慮してERCPを施行した。乳頭部に粘液を確認して膵液細胞診を提出したが陰性であった。同日透析を導入したが意識レベルの低下をきたし、炎症反応はWBC 33500、CRP 29.9と増悪を認めた。3月11日、CHDFを導入して一旦炎症反応は改善傾向となったが、炎症反応もWBC 2万、CRP 24を下回ることにはなかった。誤嚥性肺炎を発症し、その後も徐々に状態は増悪した。3月16日のCTで左下葉の虚脱、左優位の胸水貯留、腹腔内に被膜を有する膵液瘻を認めた。家族と相談し積極的治療は行わず、鎮静の方針となった。3月17日深夜に心肺停止となり永眠した。

【症例の問題点 (剖検で解明しなかった事項)】

膵炎とIPMNとの関連。癌の有無。

9. 剖検情報:

【剖検診断】 膵管内粘液乳頭状腺腫；膵尾部嚢胞破裂、膵炎

【病理所見】

膵頭部から膵尾部にかけて膵管の拡張がみられた。膵頭部に嚢胞がみられ、組織学的には、嚢胞を構成する細胞の核は基底側にあり、配列に乱れはなく、p53染色、Ki-67染色は陰性であった。膵体部～膵尾部にかけては脂肪壊死、炎症細胞の浸潤が高度であった。

【担当病理医】 橋本公夫

【病理医からのコメント】

膵頭部の膵管内粘液乳頭状腺腫と膵尾部での嚢胞の破綻による限局性の腹膜炎がみられた。最終死因は腹膜炎による多臓器不全と考えられた。

10. 考察:

IPMNは膵管拡張を主徴とし、拡張膵管内に粘液産生性の乳頭状増殖を示す腫瘍性上皮をみる腫瘍である。IPMNには腫瘍が主膵管内に存在し粘液が主に主膵管に貯留する主膵管型と、腫瘍が分枝に存在し分枝内に粘液が貯留する分枝型と両者の混合型に細分類される。主膵管型の定義は5 mmを超える主膵管の拡張で、悪性度が高く手術が必要になる。分枝型の定義は5 mmを超える分枝膵管の拡張で、悪性度は低く、主膵管が5-9 mmでは経過観察を、

10mmを超えたら手術を行う。また混合型は悪性度が高く手術が必要である。

IPMN・IPMCが遊離腹腔内に破裂した症例を検討してみると、膵炎を合併していないことが多く、IPMNよりIPMCのほうに破裂症例が多い。

次に、急性膵炎後の嚢胞性病変、急性膵炎とIPMNとの関係性についての考察をする。急性膵炎発症時が間質性浮腫性膵炎→膵周囲液体貯留→(壊死を伴わない場合)膵仮性嚢胞を形成する場合と、急性膵炎発症時が壊死性膵炎→急性壊死性貯留→(壊死を伴う場合には内部に壊死を含んだ液体貯留が器質化した組織周囲組織に囲まれた)被包化壊死という状態になる場合の2つに分類される。本症例では急性壊死性貯留の状態であったと推測される。

膵炎とIPMNの関係性に関してだが、(1) IPMN患者のうち12~67%が急性膵炎を発症。粘調な粘液により主膵管が閉塞することで起こりやすくなる。(2) 主膵管型/分枝型IPMNは急性膵炎の原因となりリスクは同程度である。(3) 良性と悪性で急性膵炎発症リスクに差異はなく、急性膵炎の発症が悪性の可能性を高めるわけではない。という文献があった。

以上より、本症例では膵頭部IPMNにより主膵管内に粘液が貯留し、膵管内圧が上昇し急性壊死性膵炎を発症し、主膵管内圧亢進にて壊死巣と主膵管内が交通し膵液瘻も合併し、膵液瘻に伴う多臓器不全のため死亡したと考えられた。

11. 参考文献:

J Clin Gastroenterol. 2011 Oct; 45 (9): 755-8
日臨外会誌. 2015; 76 (11), 2800-2805

第8回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ: 原発不明の癌性腹膜炎の1例
2. 診療科、主治医・受持医: 消化器内科 宮田智弘
濱田健輔
3. CPC開催日: 2017年3月13日
4. 発表者: 臨床側 (宮田智弘)
病理側 (橋本公夫)
5. 患者: 75歳、男性
6. 臨床診断: 癌性腹膜炎 (原発不明)
7. 剖検診断: groove膵癌 (中分化型管状腺癌)

第9回西神戸医療センターCPC報告

1. 症例テーマ: 難治性の高Ca血症を来したDLBCLの1例

2. 診療科、主治医・受持医：免疫血液内科 長田駿一
橋本朗子
3. C P C開催日：2017年3月27日
4. 発表者：臨床側（長田駿一）
病理側（橋本公夫）
5. 患者：83歳、男性
6. 臨床診断：びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）
7. 剖検診断：悪性リンパ腫（DLBCL）