

IV. CPC 報告

IV. 1 CPC 報告(2022年4月～2023年3月) (中央市民病院)

第1回中央市民病院CPC報告

1. 症 例 テ ー マ：常染色体優性多発嚢胞腎でフォロー中、くも膜下出血により死亡した一例

2. 診 療 科：脳神経外科

主治医・受持医：春原 匡

3. CPC 開催日：2022年4月20日

4. 発 表 者：臨床側(脳神経外科 春原 匡
初期研修医 春名孝太郎)
病理側(病理診断科 山下大祐
初期研修医 桂 健介)

5. 患 者：38歳、男性

6. 臨 床 診 断：常染色体優性多発嚢胞腎(ADPKD)

7. 剖 検 診 断：くも膜下出血、ADPKD

8. 臨 床 情 報：

1) 現病歴

時期は不明であるが、頭痛を1回/月の頻度で自覚していた。2年前にADPKDと診断。1年9ヶ月前のフォロー外来で施行された頭部単純MRI検査では明らかな脳動脈瘤なし。2日前から頭痛が出現、前日は普段通りの生活であり、就寝まで変わった様子なし。

入院当日早朝に就寝中に大きないびきがあり、妻が呼びかけても返答がなく救急要請。救急隊到着前に脈が消失し、その場で心肺蘇生開始。蘇生行為を行いつつ当院へ搬送された。

2) 既往歴・家族歴など

ADPKD、高血圧、慢性腎不全、睡眠時無呼吸症候群、高尿酸血症

3) 診療所見

身長191cm、体重98kg、BMI 26.9、BP 77/45mmHg、HR 128/min、RR 22/min、GCS E1V1M1、瞳孔 5/5mm (対光反射 -/-)、疼痛刺激で四肢に動作なし

4) 主な検査データ

・血算：WBC 9500/mL、Hb 13.4g/dL、Plt 23.6万/mL
・生化学：TP 6.3g/dL、Alb 3.4g/dL、T-Bil 0.4g/dL、AST 123U/L、ALT 186U/L、ALP 216U/L、 γ -GT 14U/L、BUN 26.1mg/dL、Cre 3.63mg/dL、Glu 474mg/dL、CRP 0.14mg/dL、LD 441U/L、CK 60U/L、トロポニン <0.010、NT-proBNP 80.4pg/

mL、Na 141mEq/L、K 4.2mEq/L、Ca 9.0mg/dL

5) 画像診断所見

・[頭部胸腹部単純CT検査]

くも膜下出血(SAH)、脳皮髄境界の消失、両側に多発する腎嚢胞、肝嚢胞、脾嚢胞

6) 経過・治療

画像上は全脳虚血、脳幹障害所見を認め、SAHに対する再破裂予防等の介入の意義は極めて低いと判断された。追加の検査や侵襲的処置を行わず、保存的に脳神経外科入院となった。新規のイベントはなく状態は徐々に悪化、入院10日目に徐脈となり永眠。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)

① SAHの原因

② ADPKDの進行度ならびに脳動脈瘤合併の有無

9. 剖 検 情 報：

1) 剖検診断と病理所見

[主病変]

1. くも膜下出血(脳底部～脳幹部の血管周囲にびまん性に血腫付着)

1-1. 脳底動脈紡錘状動脈瘤破裂

2. 常染色体優性多発性嚢胞腎(透析導入未)(左647g/右625g)

2) 担当病理医：原 重雄

10. 考 察：

ADPKDを背景とする紡錘形動脈瘤によるくも膜下出血により死亡した一例である。腎臓では残存糸球体は大型化しており、嚢胞形成に伴うネフロン荒廃により、残存ネフロンへの負担が増大していたことがうかがえる。ADPKDにみられる脳動脈瘤の大半は嚢状であり、紡錘形や解離性は稀である。Gietelingらが行った369例、462個のADPKDに合併した脳動脈瘤の文献レビューによると、発生部位は中大脳動脈かつ小さな動脈瘤の頻度が高く、ほとんどが嚢状動脈瘤で血管分岐部の紡錘状拡大(infundibular dilatation)が少数あったものの、解離性動脈瘤の合併は認めなかったとしている。

11. 参考文献:

- 1) Gieteling EW, Rinkel GJ: Characteristics of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage in patients with polycystic kidney disease. J Neurol 250: 418-423, 2003

第2回中央市民病院CPC報告

1. 症例テーマ: 肺扁平上皮癌と後腹膜腫瘍を併し死亡した一例
2. 診療科: 呼吸器内科
主治医・受持医: 永田一真
3. CPC開催日: 2022年6月15日
4. 発表者: 臨床側(脳神経外科 春原 匡 初期研修医 春名孝太郎)
病理側(病理診断科 山下大祐 初期研修医 笹田剛史)
5. 患者: 78歳、男性
6. 臨床診断: 肺癌
7. 剖検診断: 肺扁平上皮癌
8. 臨床情報:

1) 現病歴

入院1ヶ月前より呼吸困難を徐々に自覚した。2週間前より呼吸困難が増強、1週間前より右鎖骨下に腫瘍を自覚した。他院を紹介され、右頸部から右鎖骨上窩、左頸部にかけてリンパ節転移疑い、右肺門部腫瘍陰影及びCEA13ng/mLを指摘された。肺癌が疑われ、精査目的で当院呼吸器内科紹介となる。

2) 既往歴・家族歴など

高血圧、心房細動、脂質異常症、胆石摘出術、肺炎(5年前)

3) 診療所見

身長170cm、体重70.0kg、BMI 24.2、血圧111/72mmHg、心拍数94/分(整)、SpO₂ 98%(室内気)、呼吸数20/分、体温36.9℃、GCS: E4V5M6、湿性咳嗽(白色痰)、呼吸音: 両肺
左上下肢麻痺、右共同偏視、手指に限局性の腫脹あり

4) 主な検査データ

・血算: WBC 10900/ μ L、Hb 11.6g/dL、Plt 50.7万/ μ L
・生化学: Alb 2.7g/dL、AST 22U/L、BUN 11.1mg/dL、Cre 0.97mg/dL、Glu 141mg/dL、CRP 10.17mg/dL、LD 484U/L、CK 27U/L、Na 135mEq/L、K 3.6mEq/L、Ca 8.3mg/dL、CEA 16.4ng/mL、CA19-9 13.9U/mL、SCC 51.5ng/mL、CYFRA 76.4ng/

mL、NSE 23.6ng/mL、ProGRP 67.2pg/mL、sIL-2R 1.665U/mL

5) 画像診断所見

- ・[胸部単純X線] 右肺門部腫瘍影、右上肺野中枢側に接する浸潤影、右葉間胸水
- ・[頸部胸腹部造影CT検査] 両側鎖骨上窩、右腋窩、右肺門～縦隔に結節・腫瘤、右肺上葉中枢側に辺縁不整の腫瘤様浸潤影、巨大な脂肪性骨盤内腫瘤、腸管膜低吸収結節、右肺優位の小結節影散在、右少量胸水、肝S8に淡いLDA

6) 経過・治療

呼吸困難が増強し、安静時wheezeが出現、浮腫が全身へ拡大した。生検で腺癌と判明し、緩和照射が開始されるも、呼吸状態は悪化した。徐々に意識レベルが低下し、入院17日目に永眠。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)

- ① 原発性肺癌で良いか?
- ② 後腹膜巨大腫瘍は別腫瘍か?

9. 剖検情報:

1) 剖検診断と病理所見

- 1. 肺扁平上皮癌(pT4N3M1b(LYM), pStage IV A)
 - 1.1. 上大静脈症候群
 - 1.2. 腔水症(右: 800mL)
- 2. 後腹膜腫瘍(15cm大、高分化型脂肪肉腫)
 - 2.1. 横隔膜挙上(右: -15cm, 左: -8cm)

2) 担当病理医: 山下大祐

10. 考察:

右肺門部原発扁平上皮癌による閉塞性換気障害、右胸水貯留と後腹膜高分化型脂肪肉腫による拘束性換気障害により死亡したと考えられる一例である。

第3回中央市民病院CPC報告

1. 症例テーマ: 高度の腎盂腎炎から敗血症を併し死亡した一例
2. 診療科: 泌尿器科
主治医・受持医: 堤 尚史
3. CPC開催日: 2022年8月17日
4. 発表者: 臨床側(泌尿器科 堤 尚史 初期研修医 井尻健太)
病理側(病理診断科 山下大祐 初期研修医 馬場晟弥)
5. 患者: 84歳、女性
6. 臨床診断: 腎盂腎炎

7. 剖 検 診 断：左腎膿瘍、腎盂結石

8. 臨 床 情 報：

1) 現病歴

老健施設入所中。入院3日前に発熱と皮疹あり、前医入院。胸部レントゲン検査で肺炎の疑いで抗生剤投与開始されたが発熱は持続、呼吸困難出現し、当院搬送。

2) 既往歴・家族歴など

慢性心不全、高血圧症、肺 MAC 症、骨粗鬆症、誤嚥性肺炎、胃食道逆流症、食道裂孔ヘルニア

3) 診療所見

身長 135cm、体重 36.8kg、BMI 20.2、血圧 83/57 mmHg、心拍数 106/分(整)、SpO₂ 98% (2L/min)、呼吸数 32/分、体温 38.8℃、GCS E4V2M3、末梢冷感あり、努力呼吸あり

4) 主な検査データ

・血算：WBC 22000/μL, Hb 10.1 g/dL, Plt 179000/μL
・生化学：TP 7.0 g/dL, Alb 2.2 g/dL, T-Bil 0.3 mg/dL, AST 28 U/L, ALT 11 U/L, CK 544 U/L, BUN 47.2 mg/dL, Cre 0.70 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Ca 8.1 mg/dL, CRP 31.3 mg/dL, LD 198 U/L

5) 画像診断所見

・[胸部単純 X 線検査]

明らかな気胸を認めず、心胸郭比 60.8%、右 CP angle やや鈍、右中下肺野に結節影、浸潤影あり

・[胸腹部造影 CT 検査]

肺野の慢性気道炎症・癒痕像は変化なし、両側腎臓腫大、左腎臓周囲脂肪織混濁あり
左腎盂結石、左腎盂・尿管軽度壁肥厚、左腎臓にやや不整な低吸収域あり、左腎門部軽度腫大リンパ節

6) 経過・治療

抗菌薬加療後、意識は GCS E4V4M6 に改善。血液検査所見は炎症反応を含め改善傾向。入院3日目、19:35の見回り時点では会話可能で食事摂取していた。21:25、見回りの際に呼びかけに反応なく橈骨動脈触知不良。21:35 心電図上 Asystole になった。心肺蘇生するも死亡確認。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)

① 改善傾向にあった経過において、急激な経過で心停止をきたした主病態は何か？

② 腎盂腎炎/腎膿瘍の進行度について

③ 敗血症性ショックに伴う各臓器障害の程度

9. 剖 検 情 報：

1) 剖検診断と病理所見

1. 左腎膿瘍 (250g)

1.1. 左腎盂結石 (13mm 大)

1.2. 敗血症

2) 担当病理医：原 重雄

10. 考 察：

左腎盂結石に腎膿瘍を合併し、敗血症により死亡した一例である。両側腎に広範な炎症や膿瘍形成がみられた。臨床的には改善傾向にあったが、組織学的には高度の炎症であり、敗血症性ショックの責任病巣と考えられた。

第4回中央市民病院CPC報告

1. 症 例 テ ー マ：腹痛を契機に受診、急激な経過で死亡した一例

2. 診 療 科：腎臓内科

主治医・受持医：大崎啓介

3. C P C 開 催 日：2022年10月19日

4. 発 表 者：臨床側(腎臓内科 大崎啓介
初期研修医 冨手生成)

病理側(病理診断科 山下大祐
初期研修医 大森 碧)

5. 患 者：84歳、女性

6. 臨 床 診 断：腸閉塞疑い

7. 剖 検 診 断：非虚血性腸管壊死(回腸～大腸全域)

8. 臨 床 情 報：

1) 現病歴

1回目受診当日朝は食事・飲水ともにできていた。午前買い物に出かけているときに腹痛とそれに続く黄褐色下痢が出現した。14時に腹痛が強いため当院ERを受診した。

2) 既往歴・家族歴など

Ra直腸癌(8年前に低位前方切除術後)、虚血性大腸炎、関節リウマチ、高血圧

3) 診療所見

[1回目受診時]

身長 161cm、体重 45.6kg、BMI 17.6、血圧 139/76mmHg、心拍数 82/分(整)、SpO₂ 98%(RA)、呼吸数 16/分、体温 36.4℃、GCS E4V5M6、腹部平坦・軟 下腹部正中～左下腹部に圧痛あり

4) 主な検査データ

[1回目受診時]

- ・血算：WBC 900/ μ L, Hb 13.2 g/dL, PLT 20.7 万/ μ L
- ・生化学：ALB 4.3 g/dL, T-BIL 0.5 mg/dL, AST 35 U/L, ALT 27 U/L, CK 202 U/L, AMY 128 U/L, BUN 19.3 mg/dL, Cre 0.53 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Ca 9.5 mg/dL, GLU 193 mg/dL, CRP 0.05 mg/dL, LD 306 U/L

5) 画像診断所見

- ・[胸腹部造影CT検査：[1回目受診時]
大腸に多量の便塊著明。下行結腸周囲に脂肪織濃度上昇あり。左傍結腸溝や肝表・骨盤底の少量腹水貯留あり。

6) 経過・治療

CT所見から糞便性イレウスとしてグリセリン浣腸・摘便が施行され排便が得られた。帰宅後も腹痛は持続し、受診翌日、トイレに入って少量排便したあとすぐに意識消失。家族が救急要請、当院搬送となった。その後病棟内で心肺停止になり、DNARのため蘇生行為は行われず、死亡確認。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)

- ① 腹痛の原因は腸管虚血か?
- ② アシドーシスによるCPAが疑われるが病理学的に他の原因はあるか?

9. 剖検情報:

1) 剖検診断と病理所見

1. 非虚血性腸管壊死(回腸~大腸全域)

2) 担当病理医:原 重雄

10. 考察:

NOMIによる腸管虚血ならびにショックにより死亡した一例であり、腹痛の原因はNOMIによる腸管虚血と考えられる。NOMIの病態は腸管血流の極端な低下や不均衡とされ、末梢血管攣縮も一因と考えられている。リスク因子は高齢、透析、心疾患、長期間の体外循環、薬剤、熱傷等があり、特に透析患者や開心術後のNOMIの報告は多い。NOMIの診断は難渋することが多く、本症例でも造影CTでは腸管虚血の所見は明らかではなかった。

11. 参考文献:

- 1) Yu H, et al. An update on acute mesenteric ischemia. Can Assoc Radiol J. 2023;74:160-171.

第5回中央市民病院CPC報告

1. 症例テーマ:免疫チェックポイント阻害剤治療中に心筋炎、不整脈を合併し死亡した一例

2. 診療科:腫瘍内科

主治医・受持医:永井宏樹

3. CPC開催日:2022年12月21日

4. 発表者:臨床側(腎臓内科 永井宏樹

初期研修医 井上瑛介)

病理側(病理診断科 山下大祐

初期研修医 高折克至)

5. 患者:69歳、男性

6. 臨床診断:心筋炎疑い

7. 剖検診断:irAE心筋炎

8. 臨床情報:

1) 現病歴

2018年、右頸部腫脹で当院耳鼻咽喉科紹介受診し、中咽頭癌(p16+, cT4N2M0)と診断された。その後化学放射線療法を施行。2020年7月、健診で右下肺野の異常陰影を指摘され、多発肺転移、縦隔リンパ節転移を認めた。腫瘍内科へ紹介となり、緩和療法としての化学療法を開始されるも、細菌性肺炎を繰り返すため中止。2021年1月、Pembrolizumab単剤4コースでの治療を行ったがGrade 2の口腔粘膜炎/口唇炎(irAE)のため中止。2021年8月、CTで肺転移・リンパ節転移の増大を認めた。2nd-lineとしてPAC/Cetuximab計4コースによる加療を行うも胃瘻の瘻孔の増大のため中止。X年1月、2nd-lineとしてweekly PAC計2コースを継続するもGrade 2の末梢神経障害を認め中止。2022年5月3rd-lineとしてPembrolizumabによるre-challenge療法を開始され、来院1か月前に終了。来院2日前に38℃の発熱と倦怠感が出現し救急外来を受診。

2) 既往歴・家族歴など

中咽頭癌(2018年)、irAE(口唇炎/口腔粘膜炎)、末梢神経障害

3) 診療所見

[1回目受診時]

身長172cm、体重52.8kg、BMI17.8、体温36.9℃、血圧91/64mmHg、心拍数53/分(整)、呼吸数32/分、SpO₂98%(RA)、意識清明GCS E4V5M6、心音:整過剰心音・心雑音ははっきりしない、肺音:明らかなラ音なし

4) 主な検査データ

[1回目受診時]

- ・血算：WBC $10.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12.6 g/dL, Plt $19.8 \times 10^4/\mu\text{L}$
- ・生化学：TP 6.3 g/dL, Alb 2.8 g/dL, T-Bil 0.3 mg/dL, AST 172 U/L, ALT 63 U/L, ALP 253 U/L, γ -GT 46 U/L, アミラーゼ 31 U/L, BUN 36.0 mg/dL, Cre 1.06 mg/dL, CRP 10.04 mg/dL, CK 646 U/L, CK-MB 150.8 U/L, LD (IFCC) - 653 U/L, トロポニン 63.037 ng/mL, Na 133 mEq/L, K 4.5 mEq/L, Ca 8.8 mg/dL, Glu 132 mg/dL

5) 画像診断所見

- ・[経胸壁心エコー]
vEF 30% 前壁中隔領域を中心に高度な壁運動低下を認める

- ・[12誘導心電図]
完全右脚ブロック、V1-V6 ST上昇

6) 経過・治療

血圧低下と徐脈および心電図所見より貫壁性心筋梗塞が疑われた。緊急カテーテル検査では有意狭窄はなく、劇症型急性心筋炎やたこつぼ心筋症など他の鑑別が上がり、原因精査および心原性ショックの加療目的で循環器内科入院。入院後は血圧維持できていたが、翌日にかけて不整脈イベントが増加し、循環動態は増悪した。心筋炎への治療としてステロイド投与が検討されていたが、入院翌日の夜に心室細動を起し心肺停止。蘇生術に反応せず、死亡確認。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点（剖検で解明しなかった事項）

- ① 心機能低下や伝導障害の原因は、PembrolizumabによるirAE心筋炎で良いか。
- ② irAE以外の機序の可能性を示唆する病理学的所見はあるか。
- ③ 中咽頭癌の進行程度。

9. 剖検情報：

1) 剖検診断と病理所見

1. 免疫チェックポイント阻害薬関連（irAE）心筋炎
2. 中咽頭癌（放射線治療後、原発巣再発無し）
右肺門部リンパ節転移/右中葉転移
3. 右肺中葉気管支肺炎

2) 担当病理医：原 重雄

10. 考察：

irAEによる急性心筋炎により死亡した一例である。免疫チェックポイント阻害剤によるirAEでは、大腸炎や間質性肺炎と比較し心筋炎の発生率は少ないものの致死率は高く、約50%との報告もある。発症時期は8-12週以内が多く、心電図異常とトロポニンの上昇の感度が高いため、早期発見ではこれらの検査によるスクリーニングが有用とされている。重篤な症状として心不全、不整脈（房室ブロック、VT/VF）をきたし、PVCやPQ延長などの前兆を伴うこともあるため、心電図モニターによる管理が必須である。治療はmPSL 1g/day × 3-5daysによるステロイドパルス療法が行われるが、今回は施行される前の急変および死亡のため、治療反応性の確認はできなかった。

11. 参考文献：

- 1) Darnell EP, Mooradian MJ, Baruch EN, Yilmaz M, Reynolds KL. Immune-Related Adverse Events (irAEs) : Diagnosis, Management, and Clinical Pearls. Curr Oncol Rep. 2020 22 : 39

第6回中央市民病院CPC報告

1. 症 例 テ ー マ：尿路感染、肺炎の経過中に多量の水様下痢を合併し死亡した一例
2. 診 療 科：総合内科
主治医・受持医：宮崎一鳳
3. CPC開催日：2023年2月15日
4. 発 表 者：臨床側（腫瘍内科 宮崎一鳳
初期研修医 岸 大智）
病理側（病理診断科 山下大祐
初期研修医 山田智彦）
5. 患 者：85歳、男性
6. 臨 床 診 断：偽膜性腸炎
7. 剖 検 診 断：偽膜性腸炎
8. 臨 床 情 報：
 - 1) 現病歴
入院7日前に自宅で転倒し、以降寝たきりの状態にあった。前日20時半頃に妻が最終無事確認。当日7時頃、布団がはだけた状態で右側臥位のまま目を見開いており発語がなく、救急要請となった。
 - 2) 既往歴・家族歴など
高血圧、QT延長症候群、多型性心室頻拍、慢性腎不全、緑内障、前立腺癌、認知症、てんかんの疑い
 - 3) 診療所見

身長 155cm, 体重 53kg, BMI 22.06, 体温 25.9℃, 心拍数 36/分(整), 血圧 151/102mmHg, 呼吸数 18/分, SpO₂ 測定不可, GCS E2V2M5, 末梢冷感著明, 項部硬直なし, 腹部軟, 右臀部および右膝に褥瘡あり

4) 主な検査データ

・血算: WBC 6500/μL, Hb 11.6g/dL, MCV 98fL, Plt 5.7万/μL

・生化学: TP 6.4g/dL, Alb 3.2g/dL, T-Bil 0.8mg/dL, AST 217U/L, ALT 108U/L, ALP 267U/L, γ-GT 9U/L, BUN 104.3mg/dL, Cre 1.88mg/dL, Na 149mEq/L, K 4.0mEq/L, Ca 9.1mg/dL, CRP 3.15mg/dL, Glu 123mg/dL, CK 4031U/L, CK-MB 164.4U/L, LDH 1039U/L

・培養検査(来院時採取)

尿: *Citrobacter koseri* 10⁵ CFU/mL

5) 画像診断所見

・[単純CT]

胸部: 右肺上葉に索状影あり

6) 経過・治療

入院後、低体温症に対して加温治療後意識は改善、尿培養の結果から抗生剤治療開始に伴い、全身状態は改善が見られたが、入院8日目に熱発あり。入院9日目に胸部レントゲンで左下肺野に浸潤影が新規に出現し、誤嚥性肺炎として抗生剤を変更した。入院10日目に腹痛、水様下痢(1日12回)が出現し、便中CD toxinが陽性であることから*C. difficile*感染症(CDI)の診断に至った。入院11日目に頻回嘔吐、血圧低下、乏尿を認め、劇症型CDIとしてバンコマイシンを2000mg/分4に増量し、メトロニダゾール静注を追加した。同日夕にショックバイタルとなり、入院12日目に永眠された。

7) 手術所見

なし

8) 症例の問題点(剖検で解明しなかった事項)

- ① 劇症型CDIに伴う敗血症性ショックや腹水・浮腫などの血管外漏出により循環動態が破綻したと推測されるが、病理組織像に矛盾はないか。
- ② 外科的介入により救命しうる所見はなかったか。

9. 剖検情報:

1) 剖検診断と病理所見

1. 偽膜性腸炎 ショック状態

1-1. 血球貪食像

1-2. 感染脾

2. 腹水多量(800ml)

胸水(右400ml/左400ml)

3. 前立腺癌, GS3+3, pT2NXM0

2) 担当病理医: 原 重雄

10. 考察:

偽膜性大腸炎は抗菌薬関連腸炎の1つである。抗菌薬投与により正常腸内細菌叢が破壊され菌交代現象が起こり、腸内細菌の一種で多くの抗菌薬に耐性を有するCDが増殖し、本菌の産生するtoxinが腸管粘膜を傷害する。本症例は偽膜性腸炎に伴う敗血症性ショックにより死亡した一例である。病変の範囲や全身状態を考慮すると、外科的治療介入は困難と考えられた。

11. 参考文献:

- 1) Brown KA, Khanafer N, Daneman N, Fisman DN. Meta analysis of antibiotics and the risk of community associated *Clostridium difficile* infection. *Antimicrob Agents Chemother* 2013; 57: 2326-2332.