

(第13回研修医症例報告会)反復する誤嚥性肺炎の精査で過去の気管切開に関連すると考えられた気管食道瘻の1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-09-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 横山, 智穂, 岡村, 圭子, 西山, 圭子, 市川, 順子, 小高, 光晴, 中尾, 崇, 島川, 武, 小森, 万希子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032279

life (QOL) を著しく損なう。この顔面神経不全麻痺に対して、顔面神経本幹と舌下神経との間に自家神経を用いて端側縫合にて架橋する interpositional jump graft (IPJG) は既に確立された術式として諸家により多くの報告がなされている。しかしながら移植片として腓腹神経などの自家移植神経の採取が必須であり、ドナー部に生じる神経障害、術後癍痕等の不可避な合併症が生じる。一方、本邦では2013年より生体吸収性の神経再生誘導チューブが臨床使用可能となっているが、顔面神経不全麻痺症例に対して自家神経移植の代わりに生体吸収性チューブを用いた IPJG を施行したとの報告は未だ存在しない。我々の研究チームでは過去にラット顔面神経不全麻痺モデルを用いて顔面(舌下)神経-人工神経誘導管間の端側神経縫合法を確立し、神経再生誘導チューブによる IPJG が動物実験レベルで可能であることを世界で初めて報告した。そして今回、現在臨床使用されているポリグリコール酸 (PGA) 製生体分解性チューブと皮下脂肪組織を酵素処理、継代培養して作成した脂肪由来幹細胞 (ADSCs) を組み合わせた「ADSCs ハイブリッド型人工神経」を用いた IPJG をラット顔面神経不全麻痺モデルで行った。またその治療効果を自家神経移植による IPJG と組織学的、生理学的に比較検討し、臨床応用可能な顔面神経不全麻痺治療となり得るか否かを評価した。

〔一般演題〕

1. 肛門周囲 Paget 病の1例

(東医療センター外科) 水口知子・山田泰史・横溝 肇・成高義彦

〔はじめに〕 Paget 病は大型の淡明細胞である Paget 細胞が表皮内で増殖する疾患である。発生部位により乳房 Paget 病と乳房外 Paget 病に分けられる。一方、Paget 病と臨床症状や病理組織所見が酷似した Paget 現象がある。直腸肛門癌など皮膚に隣接する内臓癌が皮膚に進展し、表皮内癌の所見を呈するものである。今回、Paget 現象と鑑別困難であった肛門周囲 Paget 病の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。〔症例〕67歳女性。2017年より肛門周囲の掻痒感を伴う発疹を自覚していた。近医で外用剤療法を受けていたが改善せず、2018年7月に当院皮膚科を受診した。皮膚生検を施行し分布や免疫染色の結果から内臓癌による Paget 現象が疑われ、2018年8月に手術治療目的に当科を紹介受診した。術前精査で隣接臓器癌は認めなかったが、直腸診で3時方向に小さな腫瘤を触れ、直腸肛門癌からの Paget 現象と考え2018年9月に腹腔鏡下直腸切断術を施行した。切除標本内に明らかな内臓癌はなく、病理学的診断は肛門周囲 Paget 病であった。〔結語〕 Paget 病と Paget 現象の鑑別

は困難であり、治療法の選択および予後が著しく異なるため、診断において両者の鑑別は重要である。術前に免疫組織化学検査を含めた十分な検査をする必要があると考えられる。今後、鑑別方法としてさらに精度の高い検査が望まれる。

〔第13回研修医症例報告会〕

1. Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) 様組織変化を示した胃癌肺転移の1例

(¹八千代医療センター卒後臨床研修センター、²病理診断科、³呼吸器外科、⁴消化器・一般外科、⁵脳神経内科、⁶画像診断・核医学科)

○原田桜子¹・◎山本智子²・神崎正人³・山本雅一⁴・北川一夫⁵・坂井修二⁶・長嶋洋治²

〔はじめに〕 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は、肺転移した癌細胞由来の液性因子により、肺血管に内膜肥厚、内腔狭小化が生じ、急性肺高血圧や呼吸不全を呈する病態である。今回は、転移巣周囲に PTTM 様変化を生じた胃癌症例を提示する。〔症例〕50歳代の男性。胃癌に対し、(X-2)年11月に胃垂直全摘を施行された (pT3N0MX)。X年4月のCTで右肺上葉結節影を認め、呼吸器外科へ紹介となった。CT上、右肺S3内側に13×12×10mm大の、不整形充実性結節を認めた。原発または転移性肺癌を疑われ、X年8月に右肺上葉切除が施行された。〔病理学的所見〕切除肺には灰白色充実性腫瘍を認めた。組織学的には、低分化腺癌で、既往標本との組織所見が一致したため、胃癌転移と診断した。周囲肺血管には、内膜肥厚や癌細胞を含む血栓性閉塞が見られた。癌細胞は tissue factor (TF) 陽性で、PTTM 様変化をきたしていると考えた。〔考案〕 PTTM は急激な経過を取る致死的な病態で、胃癌の転移例に多い。胃癌患者で、急性呼吸不全症状を見た際は鑑別に含めるべきである。報告の多くは病理解剖例で、生前診断例は少ない。発生には、癌に由来する vascular endothelial growth factor (VEGF) や TF が関与する。本症例でも癌細胞で TF の発現を確認した。本症例では、PTTM 様所見が転移近傍で見られたため、今後広範な PTTM の発症が憂慮される。臨床経過には細心の注意を払う必要がある。

2. 反復する誤嚥性肺炎の精査で過去の気管切開に関連すると考えられた気管食道瘻の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、²麻酔科、³形成外科、⁴外科) ◎横山智穂¹・

◎岡村圭子²・西山圭子²・市川順子²・小高光晴²・中尾 崇³・島川 武⁴・小森万希子²

〔背景〕気管食道瘻は食道癌など悪性腫瘍の合併症の1

つであるが、稀に気管切開管理による局所の壊死から瘻孔が形成されることもある。今回、過去の気管切開の合併症と考えられる食道気管瘻を経験したので報告する。〔症例〕47歳男性。7年前に他院で肺結核合併気胸に対して右肺部分切除術が施行された。術後気管切開を要したが呼吸状態は改善し、気管切開口は閉鎖された。閉鎖後も水分摂取でむせ込みがあり誤嚥性肺炎を繰り返していた。内視鏡にて食道入口部より17 cmの気管膜様部に3 mm大の瘻孔を認めた。今回瘻孔部食道閉鎖と大胸筋皮弁を用いた気管再建術が予定された。〔手術〕麻酔はプロポフォールとロクロニウムで迅速導入を行い、シングルルーメンチューブを声門下まで挿管後、気管支ファイバー下にチューブのカフを瘻孔より末梢側に留置した。気管再建中はカフ損傷を回避するために気管支ファイバーによる観察を行った。その後は安定した経過で手術を終了し、術後は気管充填部の安静のためにICUにて2日間人工呼吸管理を行った。〔考察〕気管チューブ、気管切開カニューレが原因とされる気管食道瘻では、危険因子としてカフ圧が重要視される。他院での人工呼吸管理であったので、詳細は不明であったが、瘻孔部位と病歴により以前の人工呼吸管理に関連して形成されたと考えられた。人工呼吸管理の際には気管食道瘻のリスクも念頭に置き、カフ圧にも注意する必要がある。

3. 巨大脾腫を契機に診断に至ったサルコイドーシスの1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科)

○山梨裕希¹・◎児玉和久²・田原純子²

〔症例〕22歳女性。〔主訴〕腹部膨満感。〔既往歴〕なし。〔家族歴〕父：ホジキンリンパ腫、多発性硬化症。〔現病歴〕19歳時より認めていた無月経、体重減少、倦怠感に対し、近医で施行した腹部エコー検査にて肝脾腫を指摘されていた。前医にて骨髄生検、positron emission tomography-computed tomography (PET-CT)、脾生検を施行したが、いずれも確定診断には至らなかった。門脈圧亢進症に伴う脾腫・脾機能亢進の可能性を指摘され、201X年X月に精査目的に当科入院となった。〔経過〕身体所見で肝腫大および腹部正中を越える巨大脾腫を触知した。左前頸部に無痛性、可動性良好な弾性軟の1 cm大のリンパ節を触知し、両側の前腕・下腿に茶褐色のまだらな色素沈着を認めた。血液検査で汎血球減少と可溶性interleukin-2 (IL-2) 受容体5990 U/Lと高値を認め、胸部CTでは両肺にびまん性の粒状影を認めた。非特異的な身体症状とCT所見、可溶性IL-2受容体の異常高値よりサルコイドーシスを疑いangiotensin converting enzyme (ACE)、リゾチーム、gamma-globulin (γ-Glb)を測定したところいずれも高値であった。呼吸機能検査では拘束性障害も認めており、肝生検において境界明瞭

で多核巨細胞を含む類上皮肉芽腫を門脈域と肝実質に認めた。以上より本症例をサルコイドーシスと診断した。一般的にサルコイドーシスにおける脾腫の割合は30%程であるが、肋骨下4 cmを超える脾腫を呈する割合は4.7%との報告があり稀な病態である。今回、最大径24 cmと著明な脾腫を契機にサルコイドーシスの診断に至った1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

4. 胆管癌異時性S状結腸転移の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,

²外科, ³検査科) ○秋元佑介¹・◎山田泰史²・

横溝 肇²・中安靖代²・久原浩太郎²・

浅香晋一²・碓井健文²・塩澤俊一²・吉松和彦²・

島川 武²・勝部隆男³・加藤博之³・成高義彦²

〔緒言〕胆管癌が大腸転移をきたし治癒切除が可能となることは稀である。今回われわれは、胆管癌術後3年目に発症した胆管癌異時性S状結腸転移に対し、治癒切除を行った1例を経験したので報告する。〔症例〕53歳男性。2年10か月前に閉塞性黄疸を主訴とし当院受診。腹部造影CT (computed tomography) 検査より下部胆管癌による閉塞性黄疸の診断となった。経皮胆管ドレナージによる減黄後に亜全胃温存臍頭十二指腸切除術および門脈合併切除再建術を施行した。病理診断では遠位胆管癌 tubular adenocarcinoma, moderately diff, T3aN0M0 Stage IIA であった。術後にテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウムによる補助化学療法を1年間施行し経過観察していた。約2か月前から血清CA19-9値の上昇がみられるも、明らかな再発所見はなかった。今回、下腹部痛で当院受診。腹部造影CT 検査を施行したところS状結腸に壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性の狭窄があるものの腫瘍は確認できなかった。血液検査所見ではCA19-9値40.2 U/mlと腫瘍マーカー値の上昇がみられた。狭窄が高度のため手術の方針とし、S状結腸切除術およびD3郭清を施行した。術後は合併症なく第9病日に退院した。病理診断では粘膜から発生した病変ではなく腸管壁内に腺癌が増殖しており、免疫染色でCX7+, CK20+, CDX2-のため遠位胆管癌異時性S状結腸転移の診断となった。〔結語〕胆管癌異時性S状結腸転移の1例を経験した。胆管癌の大腸転移は報告も少なく、若干の考察を加え報告する。

5. 胸部大動脈瘤食道穿破と鑑別を要した食道潰瘍の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,

²救急医療科) ○内山まり子¹・◎庄古知久²

〔背景〕胸部大動脈瘤による食道圧迫で生じた潰瘍は大動脈食道瘻を形成する可能性があり、瘤が食道に穿破した場合は大量出血により救命困難な状況になる。今回、