

(第16回研修医症例報告会)Fontan術後のうっ血性肝硬変に認めた肝細胞癌門脈腫瘍栓の1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2022-04-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中山, 千尋, 有泉, 俊一, 小寺, 由人, 山下, 信吾, 加藤, 孝章, 本田, 五郎, 徳重, 克年, 篠原, 徳子, 唐澤, 久美子, 長坂, 安子, 長嶋, 洋治, 江川, 裕人 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00033154

7. 肝障害を契機にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の診断に至った1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科, ³病理診断科) ○根本彩夏¹・◎高山敬子²・

徳重克年²・種田積子³

〔症例〕7X歳女性。〔現病歴〕197X年に皮膚筋炎とシェーグレン症候群と診断され、当院膠原病リウマチ内科でステロイド療法を開始した。199X年に関節リウマチも合併し、メトトレキサート(MTX)やタクロリムス併用となった。201X年に副作用のため、MTXは中止された。201X年の造影CTで慢性肝障害の疑いを指摘されたが、経過観察となっていた。202X年の腹部エコーとCTで長径75mmの肝腫瘍を認め当科紹介となった。〔経過〕造影MRIでは原発性肝癌は否定的でありsIL-2Rが高値であることから、悪性リンパ腫を疑った。MTX中止後も変化なく、PET/CTでは肝左葉外側区の腫瘍性病変、腹腔内リンパ節に複数の異常集積を認めた。超音波内視鏡(EUS)下で胃小弯リンパ節に対し生検を行ったところ、B細胞性悪性リンパ腫(DLBCL)の診断となり血液内科にて化学療法を行うこととなった。〔考察〕メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患はMTX内服中に認められたリンパ増殖性疾患の総称である。近年報告数が増加しているが不明な点も多い。MTXを中止することで約半数の患者は治癒するが、治療が必要な症例は組織診断が必須であり、迅速に病理検査を行う必要がある。そのため、リウマチ内科、血液内科、病理診断科など複数科での円滑な連携を図ることが重要であると考えられる。

8. 腎病変を合併したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

(八千代医療センター¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科) ○蒲生彩香¹・◎西野隆義²

〔症例〕69歳、男性。〔現病歴〕2019年4月に血小板低下と肝酵素の上昇を認め、かかりつけ医から前医へ紹介された。当初はアルコール性肝障害を疑い、禁酒の指導を受けていたが、完全には禁酒できない状態であった。A月B日に肝胆道系酵素上昇の増悪および黄疸を認めた。その後も改善なく経過し造影CT検査、MRI検査を行ったところ、肝内胆管の拡張を認めた。精査目的で8月X日に超音波内視鏡(EUS)、内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)を行ったところ、胆管造影所見から断続的な狭窄を有しており、IgG4関連疾患を疑った。前医で肝生検を施行されたが、確定診断に至る所見は得られなかった。精査加療目的に11月Y日に当院に入院した。〔臨床経過〕入院同日にERCPを施行し、胆道鏡を行った。胆道鏡では肝門部胆管に限局性の比較的長い狭窄像と2mm以上の壁肥厚を認め、遠位胆管に明らかな壁肥厚は認めなかった。胆道造影でも狭窄部に血管拡張像を有するものの乳頭様隆起などの悪性を強く疑わせる所見

は認めなかった。また血液検査でIgG4 331 mg/dLであった。胆管、胆嚢管、肝門部胆管の生検では炎症部位の上皮に異形成は伴わない、高度な形質細胞浸潤と線維化を認め、IgG4陽性形質細胞が10/HPFを超えていたことから診断基準の1+2+4①、②を満たす、IgG4関連硬化性胆管炎と診断した。胆管像の分類はType 4と考えられた。膵管狭窄像や膵腫大がみられるような自己免疫性膵炎は伴わず、Isolated IgG4関連硬化性胆管炎と考えられた。

Isolated IgG4関連硬化性胆管炎では胆管像の分類がType 4の頻度が高く、矛盾しなかった。11月Z日からプレドニゾロン30 mg/日を開始し、その後問題はなく、経過観察している。

9. Fontan術後のうっ血性肝硬変に認めた肝細胞癌門脈腫瘍栓の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器・一般外科, ³消化器内科, ⁴循環器小児・成人先天性心疾患科, ⁵放射線腫瘍科, ⁶麻酔科, ⁷病理診断科)

○中山千尋¹・◎有泉俊²・小寺由人²・山下信吾²・加藤孝章²・本田五郎²・徳重克年³・篠原徳子⁴・唐澤久美子⁵・長坂安子⁶・長嶋洋治⁷・江川裕人²

〔目的〕Fontan手術とは、小児期に行われる単心室を含む心奇形に対する手術である。近年、Fontan術後症候群と呼ばれる難治性疾患や肝細胞癌(HCC)の合併が知られている。今回、Fontan手術後のうっ血性肝硬変とHCCを他科と協力して治療した症例を報告する。〔症例〕症例は38歳、男性。1993年(10歳時)に三尖弁閉鎖症に対しFontan手術、2016年に心房細動治療時にうっ血肝と診断された。2021年、肝S3にHCC 2 cmと門脈腫瘍栓を認めた。血液検査では、白血球減少と血小板減少を認めた。生化学検査ではAlb 4.3 g/dL、T.Bil 1.2 mg/dL、PT時間78%でありChild-Pugh分類A、ICGR15値17%であった。AFP(21 ng/mL)は上昇していた。心臓カテーテル検査ではCVP 10 mmHg、Ejection fraction 58%であった。ハイリスク検討会を行い、手術中は循環動態維持のため肝切除時に行う低CVP麻酔は不可能であり、手術中の大量出血や術後死亡が危惧された。そこで薬物治療(ソラフェニブ)と門脈腫瘍栓に放射線治療をまず行った。2か月後、門脈腫瘍栓の増大とAFP(134 ng/mL)の増加を認めたため手術治療を行った。開腹所見ではうっ血性肝硬変を認めた。左門脈腫瘍栓を確認し左肝切除を行った。CVP維持のため輸液制限などは行わなかった。手術時間323分、出血量280 mLであった。術後合併症なく退院した。切除標本では多結節癒合型1.7 cmと暗赤色に壊死した門脈腫瘍栓を認めた。組織所見では低分化型HCCが増殖していたが門脈腫瘍栓は

壊死していた。非癌部は中心静脈の拡張と静脈壁肥厚を伴ったうっ血性肝硬変であった。術後約6か月経過するが、再発や心合併症なく生存中である。〔結語〕ハイリスクである Fontan 術後の HCC 門脈腫瘍栓に対して、薬物療法、放射線治療、また合同での手術治療が安全に施行できた症例を経験したので報告する。

10. 開腹術後に open abdominal management および IVR による選択的血栓溶解療法を併用した上腸間膜動脈塞栓症の1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²救急医療科) ○町田実斉¹・◎小島光暁²・谷澤 秀²・中本礼良²・庄古知久²

〔背景〕上腸間膜動脈 (SMA) 塞栓症は、広範な腸管壊死をきたし得る予後不良な急性腹症である。小腸大量切除後の短腸症候群は、患者の QOL を著しく低下させるため、早期治療による腸管の温存が鍵となる。今回、我々は SMA 塞栓による腸管壊死に対して小腸部分切除後に open abdominal management (OAM) と画像下治療 (IVR) による血栓溶解療法を併用し良好な転帰を得た症例を経験した。〔症例〕66 歳男性、関節リウマチで当院内科通院中。腹部全体の痛みで発症し救急搬送された。造影 CT にて SMA の閉塞および小腸の造影不良を認め SMA 塞栓による小腸壊死と診断し、外科と救急医療科が合同で緊急手術を行った。開腹すると小腸全体の虚血を認めたが、壊死に至った小腸は約 50 cm で、それ以外の腸管は血行再建で温存可能と判断し直視下に外科的血栓除去を行った。中枢側血栓は術中に十分除去できたが、末梢側からの逆血が不十分であり微小血栓の残存を疑った。血流低下領域が未確定のため OAM として帰室。術後に放射線科により IVR で上腸間膜動脈にカテーテルを留置して血栓溶解薬の局所持続投与を行った。48 時間後の造影 CT で末梢血栓は、ほぼ消失した。2 期的手術を行い残存腸管吻合、閉腹した。術後経過は良好で、独歩自宅退院した。〔考察〕SMA 塞栓に対しては、緊急手術による壊死腸管の切除と血行再建が鍵となる。壊死腸管の切除後に、IVR による血栓溶解を併用し腸管の切除範囲を縮小できた。また、2 期的手術により腸管の壊死範囲を確実に見極めてから再建を行うことができた。

11. 診断に難渋した肺癌腹腔内転移の1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²外科,³内科,⁴救急医療科) ○原麻梨子¹・◎浅香晋一²・島川 武²・大野秀樹³・小島光暁⁴・塩澤俊一¹

症例は 63 歳男性。2020 年秋頃より左上腹部痛を自覚していたが経過観察していた。2021 年 3 月、左上腹部痛が自覚不可となり当院救急医療科に搬送された。来院時

の血液生化学検査では血中アミラーゼ、リパーゼが異常高値で、造影 CT で脾周囲に脂肪織濃度上昇や液体貯留、さらに脾頭部頭側と脾尾部実質内、左腹部に嚢胞性病変を認めたため、急性脾炎に伴う仮性嚢胞が疑われた。入院後の第 6 日目に内科に転科し、引き続き急性脾炎の保存的治療を継続したが炎症反応と腹痛は遷延した。第 29 日目に行ったフォローアップ CT では左側腹部の多房性嚢胞性病変は増大し、仮性嚢胞の膿瘍化も示唆された。第 31 日目に経皮的膿瘍ドレナージを試みたが内容物は吸引されずリンパ腫などの腫瘍性病変が強く疑われたため、入院第 36 日目に外科転科し開腹生検を施行した。開腹すると左側腹部に大小様々な硬い腫瘤が集簇し一塊となった病変を認め、手拳大の腫瘤を摘出し病理検体として提出した。切除標本の病理組織所見では腫瘤は核異型性の強い悪性腫瘍で、免疫染色 TTF-1 (+), CDX2 (-), GATA3 (-), PAX8 (-) の結果から、肺腺癌からの転移性腫瘍が強く示唆された。入院時からの画像所見を詳細に再検討した結果、右肺下葉胸膜直下の肉芽腫と考えていた病変が短期間に最大径 3 cm の腫瘤に増大しており、右肺癌として矛盾しない所見と考えられた。現在、肺腺癌に対し化学療法を実施中である。

12. 止血治療に難渋した悪性胸膜中皮腫の出血性十二指腸転移の1例

(足立医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科,³呼吸器外科,⁴本院放射線腫瘍科)

○金納慶蔵¹・細田麻奈²・岡部ゆう子²・木村綾子²・◎大野秀樹²・前 昌宏³・唐澤久美子⁴

〔症例〕67 歳、男性。アスベスト曝露歴あり。〔主訴〕貧血。〔現病歴〕20XX-1 年 6 月に右下顎歯肉腫瘍を指摘され、悪性胸膜中皮腫による右下顎歯肉転移、頸部リンパ節転移と診断された。歯肉転移に対して他院で放射線治療後、当院呼吸器外科にて化学療法 (シスプラチン + ペメトレキセド 3 コース、ニボルマブ 8 コース) を施行し、腫瘍は縮小傾向を示した。しかし、20XX 年 3 月に Hb 4 g/dL と貧血が増悪し、上部消化管内視鏡検査において十二指腸に易出血性の潰瘍性病変を認めたため当院内科へ転科した。病変の内視鏡生検では carcinoma が疑われ、9 か月前の内視鏡検査では十二指腸に腫瘍を認めていなかったことより、経過より悪性胸膜中皮腫の十二指腸転移と判断した。保存的治療では止血が得られず、腫瘍性病変であるため内視鏡や血管内治療での止血は困難と考えられ、また手術も脾頭十二指腸切除となり侵襲が大きくなるため、放射線治療を選択した。本院放射線科にて放射線治療を施行後は病変からの出血は減少し、悪性胸膜中皮腫に対する治療再開が可能となった。〔結語〕稀ではあるが悪性胸膜中皮腫は出血性の十二指腸