

平成 27 年度第 5 回 臨床病理カンファレンス

【日時】 2016 年 3 月 17 日

【演題】 上行結腸癌の一例

【発表者】 別所 瞭一

NHO 旭川医療センター 初期研修医

【著者】 坂下 建人

NHO 旭川医療センター 脳神経内科

玉川 進

NHO 旭川医療センター 病理診断科

【症例】 86 歳 男性

【主訴】 食思不振

【現病歴】 X 年より道に迷うなどの物忘れが出現。X+1 年 12 月 10 日に物忘れを主訴に当院脳神経内科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。その後、同科外来に通院していた。X+1 年 12 月、癌の転移を心配した家族の希望で当院消化器内科を受診した。GF、CF、CT 検査を施行したが明らかな病変は認めなかった。X+4 年 12 月 10 日頃より 37℃ 台の微熱が認められていた。食思不振も出現し 12 月 24 日に脳神経内科を受診した。血液検査では軽度の炎症反応を認めたが、エンシュア・リキッドを処方され経過観察となった。その後も食事が摂れず、12 月 28 日より意識レベルが低下し、当院に救急搬送された。酸素化不良で CT 検査を施行したところ左胸水を認め、肺炎疑いで同日入院となった。

【既往歴】 60 歳台 胃癌（胃全摘後）、82 歳 アルツハイマー型認知症

【家族歴】 同胞で悪性腫瘍の既往はなし、子は 4 人（次男 膀胱癌）

【嗜好】 飲酒なし、喫煙なし

【処方】 イクセロンパッチ 9mg 1 日 1 枚

【入院時現症】

バイタルサイン：BT 37.4℃、BP 130/73 mmHg、HR 78 bpm、SpO₂ 99%（room air）

一般身体所見：心雑音なし、臍右縁から右下腹部にかけて手拳大で硬の腫瘤を触知（圧痛を伴う）、鼠径・腋窩・頸部のリンパ節に明らかな腫脹なし、CVA tenderness(-)、腸蠕動音良好、両下肢 pitting edema(+)

神経学的所見（右 / 左）：JCS-2、瞳孔（1.5mm/1.5mm）、対光反射（速 / 速）、顔面筋麻痺（ - ）、痛覚常、挺舌は拒否、四肢麻痺（ - ）、腱反射正常、Hoffmann(- / -)、Trömner(- / -)、Babinski(ind/ind)、Chaddock(ind/ind)、立位不能（車椅子）
改訂長谷川式認知症スケール、Mini Mental State Examination は施行出来ず。

【検査所見】

（血液検査）WBC 8400 / μ l、RBC 406 万 / μ l、Hb 12.6 g/dl、PLT 32.9 万 / μ l、TSH 4.53 μ U/ml、FT3 0.99 pg/ml、FT4 0.912 ng/dl、TP 5.5 g/dl、ALB 2.0 g/dl、T-BIL 0.51 mg/dl、AST 19 IU/l、ALT 11 IU/l、LDH 283 IU/l、ALP 312 IU/l、r-GTP 14 mg/dl、BUN 15.6 mg/dl、Cre 0.30 mg/dl、Na 138 mEq/l、K 4.0 mEq/l、Cl 103 mEq/l、Ca 7.7 mg/dl、TG 71 mg/dl、HDLcho 62.5 mg/dl、LDLcho 81.0 IU/l、CK 35 IU/l、CRP 2.92 mg/dl、CEA 4.0 ng/dl、ProGRP 31.21 pg/ml、CA19-9 26.9 U/ml、AFP 2.7 ng/ml、CYFRA 2.9 ng/ml、NSE 23.0 ng/ml、SCC 2.0 ng/ml、PCT 0.05 ng/ml

（血液ガス分析 室内気）pH 7.51、pCO₂ 42 mmHg、pO₂ 65 mmHg、HCO₃⁻ 32 mmol/l、BE 8 mmol/l、SpO₂ 92.7%、Lac 1.0 mmol/l

（心電図）洞調律、HR 71 bpm、PR 0.17s、QRS 0.09s、QT/QTc 0.41s/0.43s、Axis +68°、SV1+RV5=14+9mm
CVR-R 1.20%

（胸部 X 線）CTR42%、左 CPA dull、肺野透過性低下、左横隔膜下に人工物（胃全摘時のクリップ）、colon gas(+)、stool(+)

（胸腹部 CT 検査）左胸水貯留、両肺野背側に陳旧性炎症性変化、上行結腸に著明な壁肥厚、右腎盂拡張、尿管が腫瘤付近で途絶。

坂下 建人 NHO 旭川医療センター脳神経内科

〒 070-8644 北海道旭川市花咲町 7 丁目 4048 番地

Phone:0166-51-3161,Fax:0166-53-9184 E mail: quentinhojp@asahikawa.hosp.go.jp

【入院後経過】 頸胸腹部 CT 検査で上行結腸癌を疑う所見を認めた。ADL の低下を認めたため、積極的な検査・治療しない方針となった。X+5 年 1 月 10 日から 39℃ 台の発熱を認め、尿検査より尿路感染症が疑われ、同日より LVFX 500 mg/day を開始した。1 月 11 日よりアセトアミノフェン 900 mg/day div を開始した。1 月 12 日の血液検査で WBC 52900/μl、CRP 24.49 mg/dl と上昇し、同日より抗生剤を MEPM 1.5 g/day に変更した。1 月 14 日より 40℃ 台の発熱を認めた（後日、尿培養で大腸菌 ESBL による尿路感染を認め、MEPM に対する感受性が確認された。）。MEPM の点滴治療を継続したが、解熱せず、1 月 15 日の血液検査でも明らかな改善を認めなかった。血小板数は 1 月 12 日より徐々に減少し、DIC と診断した。1 月 17 日より疼痛と倦怠感の訴えが強くなり、1 月 18 日よりフェントステープ 0.3 mg/day（モルヒネ換算 10 mg/day）を開始した。1 月 18 日に再検した血液培養で大腸菌 ESBL が陽性（MEPM sensitive）であったため、MEPM を継続していたが、血液検査で WBC、CRP が正常化せず、PLT も 2000 /μl まで低下し、DIC の状態が続いた。1 月 24 日以降、発熱がほぼなくなり、意識レベルの低下を認めた。1 月 25 日より酸素 3 L/min で継続した。1 月 28 日午前 3 時 33 分永眠された。

【臨床診断】

1. 上行結腸癌
2. アルツハイマー型認知症
3. 敗血症

【臨床上的問題】

X+1 年当院消化器内科で GF、CF、CT 検査を施行されたが、異常所見は認められなかった。上行結腸の腫瘍性病変は X+1 年からの 3 年間で出現した。病変の増大速度が速く未分化癌等が考えられた。

【病理解剖への期待すること】

1. 直接死因。
2. 上行結腸腫瘍の評価。
3. 上行結腸腫瘍の転移の有無。
4. 尿培養で大腸菌 ESBL が同定されており、MEPM が sensitive であったにもかかわらず、炎症反応・発熱が改善しなかった理由。
5. ESBL の感染経路。

【病理解剖結果】

死後 6 時間で病理解剖開始

A. 主病変

1. 上行結腸 Diffuse large B cell lymphoma (DLBCL)

バウヒン弁からその肛門側に広がる 70x140 mm の全周性 1 型腫瘍を認めた（図 1）。腫瘍細胞は細胞質に乏しく、核は正常リンパ球の 2-3 倍の大きさがあった。核の形は卵円形で、クロマチンは粗造（図 2）。何ら構造を作らずシート状に広がっていた（図 3）。

免疫染色では、CD3(-)L26(+)/BCL2(+)/CD10(+)/CD5



図 1

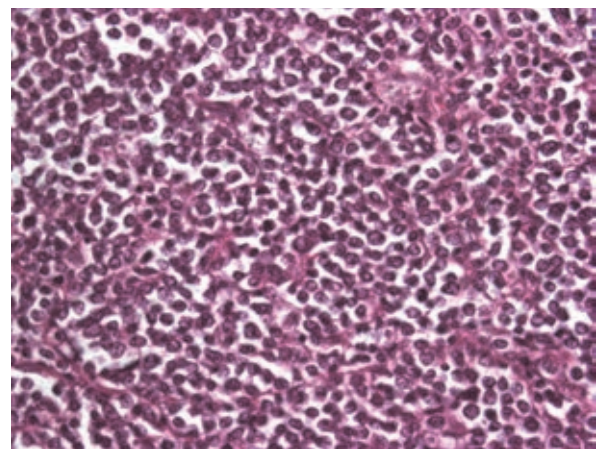


図 2

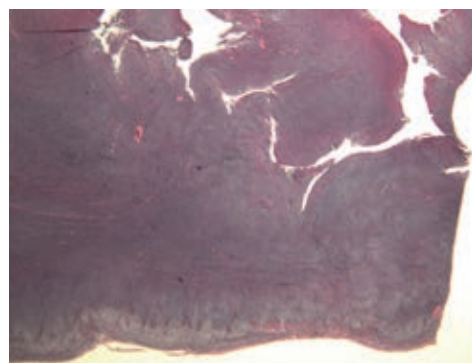


図 3

一部で(+)であり、DLBCLとして矛盾しない(図4)。転移巣は認めなかった。

多量の胸水は、肺に転移がないことから肺炎によるものと考えられた。

B. 副病変

1. 肺炎

右肺 500g、右胸水 1000 mL。左肺 320 g、左胸水 1600 mL。肺の重量はそれほど増加していないが、胸水によって肺が圧迫され含気がほとんどなかった(図5)。左肺は水に沈んだ(図6)。

顕微鏡では肺胞にほとんど含気がなく、肺胞内にはマクロファージ(黒枠)や赤血球の貯留を認めた(図7)。細気管支には痰の貯留があった(図8)。

気管支分岐部に茶褐色の非常に粘稠な分泌物が貯留しており(図9)、これによる窒息が直接の死因と考えられた。

C. その他

1. 膀胱癌について

膀胱癌の既往があったが、剖検材料では悪性腫瘍を確認できなかった。

2. Extended Spectrum beta(β) Lactamase(ESBL) 感染症について

感染の focus については検討しなかった。

D. 死因

肺炎と、その結果としての粘稠痰による窒息

【病理解剖組織学的診断】

1 悪性リンパ腫

悪性リンパ腫(diffuse large B cell lymphoma)。上行結腸に存在する 14X7cm、circ、type1 の腫瘍。CD3(-)、L26(+), BCL2(+), CD10(+), CD5(-)。深達度は漿膜下組織(pSS)。

2 肺炎

両側胸水貯留左肺 1600 ml、右肺 1000 ml。両側気管支に膿と細菌塊が貯留。気管分岐部に粘稠痰が付着

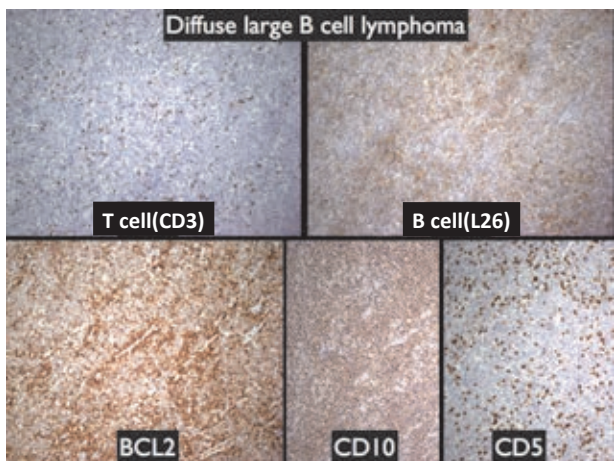


図4

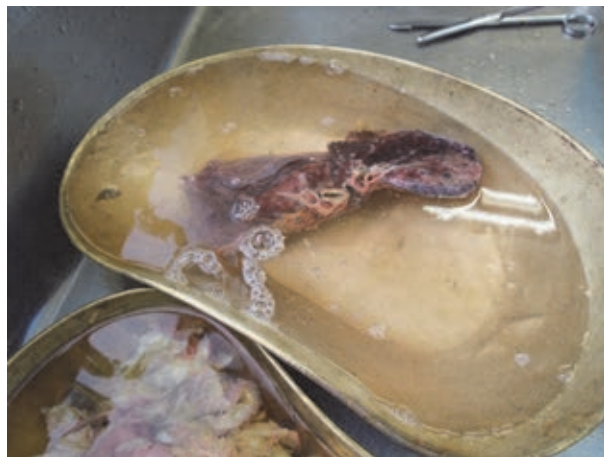


図6



図5

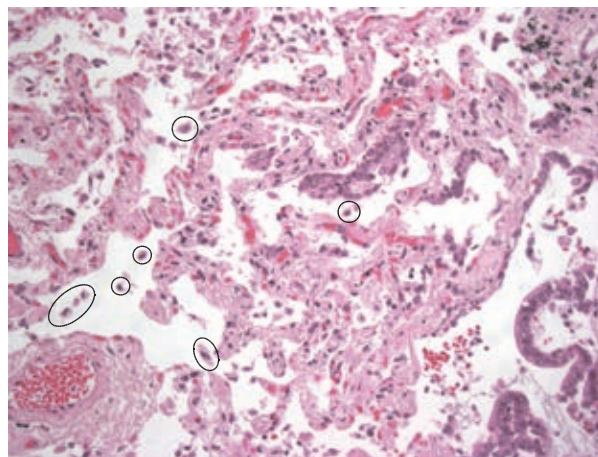


図7

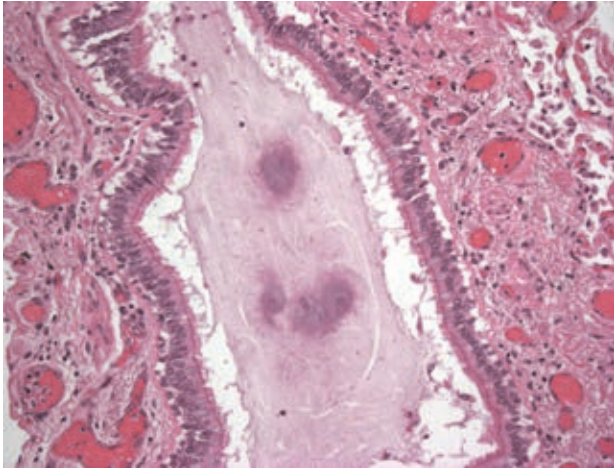


図 8

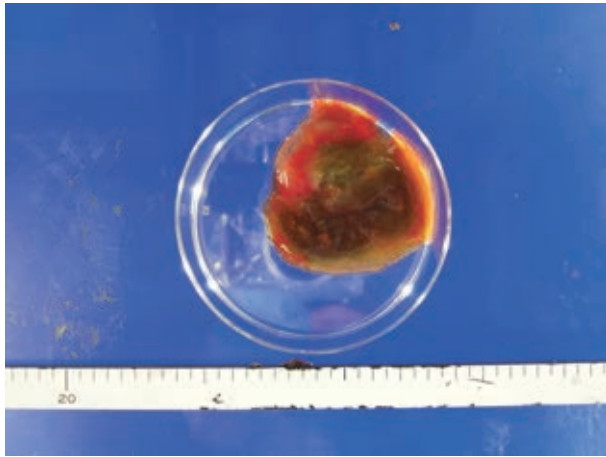


図 9

していた。胸水は肺炎に伴うものであった。気管支の細菌塊はグラム陽性菌であり、大腸菌ではなかった。

3 大腸菌 ESBL

感染源は不明。

【病理解剖への期待することへの回答】

1. 痰による窒息が直接死因であった。
2. 悪性リンパ腫 (diffuse large B cell lymphoma)。
3. 明らかな転移巣はなし。
- 4, 5. ESBL の感染巣は不明。

【質疑応答】

・血中可溶性 IL-2 レセプターは検査したか。

→入院時より、DNAR の方針であったため、上行結腸腫瘍についての精査は行っていなかった。

CEA、CA19-9 は基準値内であった。

・上行結腸腫瘍の周囲のリンパ節腫脹はあったか。

→1cm 以上のものはなかった。

・イレウスはなかったか。

→極少量であるが、好きなものについて経口摂取もしていたが、腹部膨満などの症状や腹痛を訴えることはなかった。

・喀痰から ESBL は認められたか。

→入院時喀痰培養で大腸菌 ESBL を認めたが、再検喀痰培養で normal flora であった。

【まとめ】

3年前の大腸カメラと腹部 CT 検査では上行結腸に異常所見は認めなかった。3年後の腹部 CT 検査で腹部腫瘍が認められ、病理組織学的に悪性リンパ腫と診断された。