

## 平成 28 年度第 1 回 臨床病理カンファレンス

【日時】平成 28 年 4 月 22 日

【演題】胃癌を合併したパーキンソン病の一例

【発表者】荻尾 優里菜

NHO 旭川医療センター初期研修医

【症例】75 歳 男性

【主訴】嚥下機能低下

【現病歴】X-15 年に安静時振戦が出現した。X-10 年に足が前に出にくく動作に時間がかかることを主訴に当院神経内科を受診され、パーキンソン病の診断で抗コリン薬およびレボドパの内服が開始された。X-4 年、ウェアリングオフに対し脳深部刺激療法 (DBS) が実施され、ウェアリングオフの改善を得た。その後、徐々にウェアリングオフが再増悪しドパミンアゴニストや COMT 阻害薬追加を行うも、ウェアリングオフ、ジスキネジアおよび嚥下障害がコントロール困難となり、X 年 12 月胃瘻 (PEG) 造設術目的に当院神経内科に入院となった。

【生活歴】

【既往歴】後縦靭帯骨化症 (50 歳頃手術)

【家族歴】特記事項なし、類症なし

【入院時現症】BT 36.5℃、P 80/min、BP 109/62mmHg  
神経学的所見：意識清明、saccadic eye movement、無動、安静時振戦 (R>L)、歯車様筋強剛 (R>L、上肢<首<体幹・下肢)、Modified Hoehn-Yahr 分類：on 時は 4.0、off 時は 5.0

【入院時検査所見】

【血液検査】WBC 4700 / $\mu$ L、RBC 382 万 / $\mu$ L、Hb 10.7 g/dL、PLT 19.6 万 / $\mu$ L、TP 7.2 g/dL、Alb 3.4 g/dL、AST 21 IU/L、ALT 13 IU/L、LDH 167 U/L、ALP 284 U/L、 $\gamma$ -GTP 20 IU/L、BUN 17.3 mg/dL、

Cre 0.97 mg/dL、Na 142 mEq/L、K 4.6 mEq/L、Cl 109 mEq/L

【心電図】HR 71bpm、洞調律、正軸、ST 変化なし、

CVR-R 4.16%

〔胸部 X 線写真〕CTR 48%、両側 CP angle sharp、左前胸部に DBS 用の刺激発生器埋め込み

【入院後経過】PEG 術前精査を施行した際の上部消化管内視鏡検査にて胃体上部後壁に 35mm 大の II a+ II c 病変を指摘された。生検で得られたいずれの検体より、構造異型が強く、papillary および tub2 が混合した胃癌と診断された。同時期の腹部造影 CT 検査では、明らかな胃粘膜肥厚やリンパ節腫大を指摘されなかった。CA19-9 は 15.3 U/mL、CEA 1.6 ng/mL と正常値だった。進行期パーキンソン病のため胃癌治療は望まれず、経過観察の方針となった。X+1 年 3 月の PEG 造設術後は当院療養病床にて長期療養が開始された。CA19-9 および CEA は X+3 年頃より上昇傾向となり、その後も上昇した。X+5 年 12 月、胃瘻から栄養投与後より腹痛が認められるようになったため、疼痛コントロール目的に塩酸モルヒネ持続投与を開始し、疼痛に応じて投与量を調整した。この時期の腹部 CT 検査では、胃体部後壁の肥厚を認め、腫瘍は脾臓および隣尾部に浸潤し、左腎に接していた。腫瘍周囲の脂肪織濃度の上昇と free air を認め、腫瘍部の穿孔に伴う細菌性腹膜炎の合併が疑われた。同時期から発熱が持続し、肺炎や細菌性腹膜炎の合併が疑われたことから SBT/CPZ、LVFX の経静脈投与が継続して行われた。X+6 年 1 月には胃瘻部に点状出血が出現し腹部膨満も認めたことから胃瘻開放で経過を見たところ、暗赤色の凝血排出が持続した。X+6 年 2 月には血圧低下が出現し、ドパミン塩酸塩 1  $\gamma$  から持続点滴を開始し、10  $\gamma$  まで漸増した。X+6 年 3 月、死亡 9 日前の血液検査では貧血の進行や炎症反応、肝逸脱酵素の上昇、Alb 1.9 g/dL と著明な低値を認めた。また同日の胸部 X 線写真では両側肺野の中枢側優位にスリガラス様陰影を認めた。腹部 X 線写真では結腸内にガスを認めたが、その他に明らかな異常所見は認めなかった。死亡前 1 週間の経過を図 A に示す。死亡 4 日前より酸素飽和度低下が低下したため酸素投与を開始し、血圧低下に対

荻尾優里菜

NHO 旭川医療センター初期研修医

〒 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: y.ogio@asahikawa.hosp.go.jp

してドパミン塩酸塩投与を10 $\mu$ より開始し、死亡3日前より増量を要する状況となった。死亡1日前には酸素9L/分まで増量、死亡当日にはドパミン塩酸塩投与量を極量の20 $\mu$ まで増量したが、血圧維持困難となり死亡された。

【臨床診断】

#1 パーキンソン病

#2 胃癌

【病理解剖に期待すること】

・死亡と直接関係した病態の究明

・胃癌の進行度の確定

【病理解剖組織学的診断】

死後14時間10分で病理解剖開始

A. 主病変

#1: 胃癌

胃癌は腹膜に浸潤していた(図1)ため、きれいに剥離することは出来なかった。摘出した胃を(図2)に示す。

組織型は Moderately differentiated tubular adenocarcinoma (図3) であり、膵臓(膵尾部)、脾臓(図4)、左腎臓に直接浸潤が見られた。遠隔転移ははっきりしたものは見つからなかった。

B. 副病変

#1: 肺炎

右肺1290g, 左肺670g(図5)。水に沈む。顕微鏡では肺水腫となっており(図6)、水腫中に急性炎症細胞が多数存在する。

#2: 胆汁鬱滞

肝臓で胆汁の鬱滞が見られた(図7)。腫瘍や胆管閉

塞の所見はなく、原因は不明である。

C. 考えられる死因

肺炎による死亡

【質疑応答】

・free airは経過中に進行していたのか。→BSCの方針であり、X+5年12月以降は腹部CT検査を実施していないため判断出来ない。

・尊厳死を望んでいる患者に対しドパミン塩酸塩を使用した理由は。→アメリカにいた息子が帰国するまで生きてほしいという妻の希望があった。

・不整脈はあったか。→確認した範囲では認めなかった。

・縦隔リンパ節にサルコイドーシスの所見はあったか。→炎症性変化のみであり、サルコイドーシスの組織所見は認めなかった。

・病理学的に心不全の所見はあったか。→肺水腫の所見は認めたが、心肥大などの所見は認めなかった。

・Alb1.9 g/dLと低下していたが腹水や浮腫はなかったのか。→確認した範囲では明らかな所見は認めなかった。

・膀胱内に尿はあったか。→確認されていない。

・胸水はどの程度あったか。→左200mL、右100mL程度であった。

・うっ血肝はあったか。→胆汁うっ滞は認められたが、うっ血肝の所見は認めなかった。

【まとめ】

・胃癌を合併したパーキンソン病の一例を経験した。

・腹膜炎と肺水腫による多臓器不全が死因に関与したと考えられる。



図 A. 死亡前一週間の経過



図 1. 胃をめくったところ



図 2. 摘出した胃 原形をとどめていない  
口肛側の区別は不明

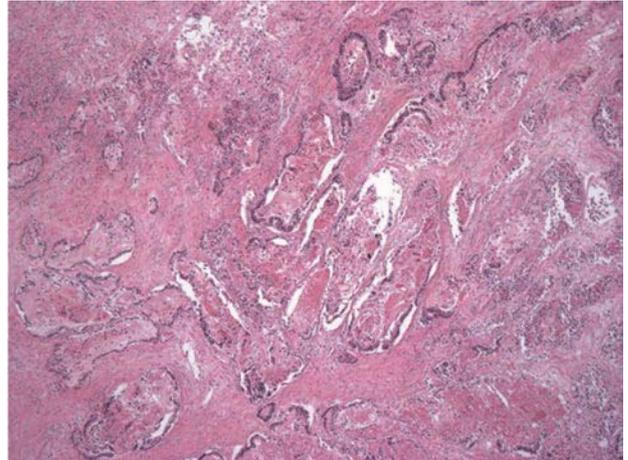


図 3. Moderately differentiated tubular adenocarcinoma  
(中分化型 kannjousenngann), x40, HE 染色

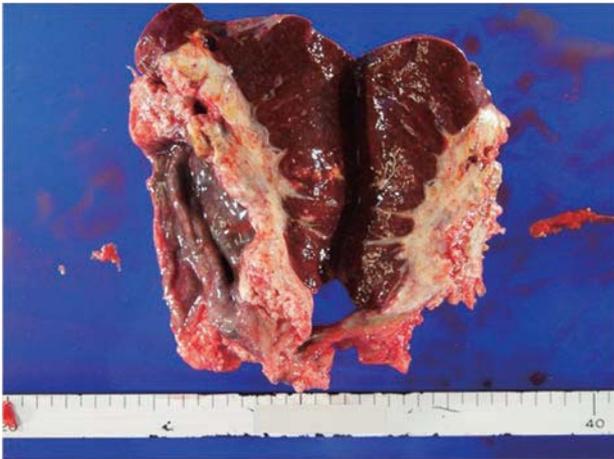


図 4. 脾臓 白い部分が胃癌の転移



図 5. 両肺 右 1290g 左 670g

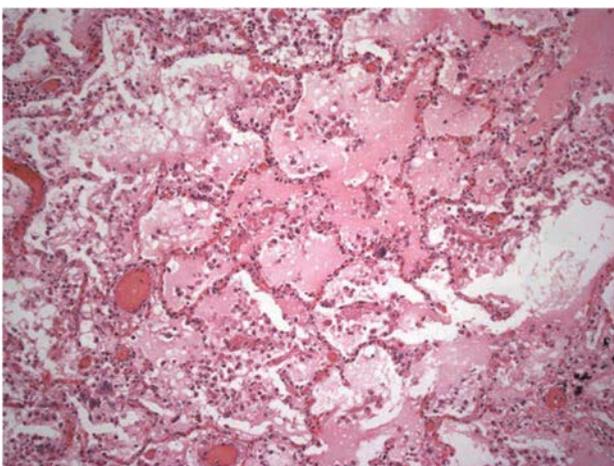


図 6. 肺の顕微鏡写真 肺胞内に浸出液が溜まっている  
x40, HE 染色

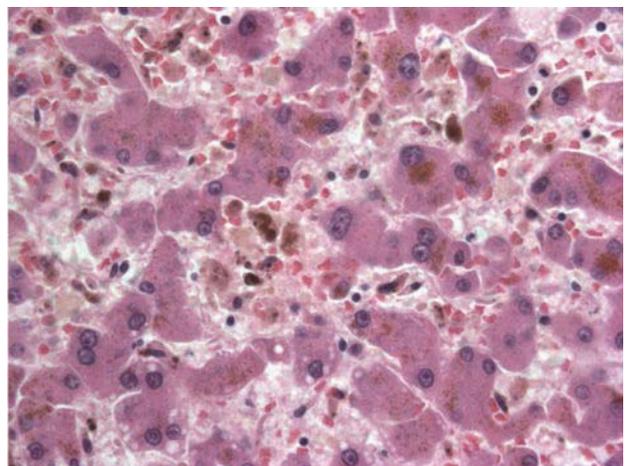


図 7. 肝臓の胆汁鬱滞 ビルルビンが多数見られる  
x200, HE 染色