

CPC

平成18年 第19回 埼玉医科大学 臨床病理検討会(CPC)

平成18年11月28日 於 埼玉医科大学 第五講堂

原因不明の意識障害，発熱が持続した肝障害の一例

出題 症例呈示担当：上石 修史（研修医）

齊藤 憲人（救急部）

病理担当：石澤 圭介（病理学）

指定発言：坂田 秀人（救急部）

司 会：河相 開流（救急部）

症例呈示

症例：83歳，女性（一人暮らし）

主訴：腹痛

既往歴：Langerhans組織球症にて当院皮膚科に通院し，経過観察されていた。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：21時46分，腹痛のため本人より救急車要請。22時01分，救急隊が到着し傷病者に接触。意識レベルはJapan Coma Scale (JCS)でI-2，血圧160/98 mmHgであり，腹部と背部の痛みを訴えていた。22時48分，現場を出発したが搬送途中に意識状態が悪化。23時10分，病院に到着するが，意識レベルJCS III-300で，血圧は測定不可能であった。

来院時身体所見：JCS III-300，体温36.4℃，血圧測定不能，脈拍100/分，SpO₂測定不能，下顎呼吸，体型るいそう，簡易血糖29 mg/dl，四肢冷感著明，左共同偏視あり，心雑音なし，肺雑音なし，腹部平坦硬，腸雑音低下，四肢浮腫なし，体表リンパ節触知せず，皮膚ツルゴール低下あり，全身に鱗屑を伴う地図上の紫斑あり。

来院時検査所見：WBC 32,270/μl (Neut 測定不能，Lymph 4.0%)，RBC 4.55×10^6 /μl，Hb 13.2 g/dl，PLT 21.5×10^4 /μl，TP 6.6 g/dl，ALB 3.1 g/dl，CK 342 IU/l，CK-MB 20 IU/l，AST 32 IU/l，ALT 13 IU/l，LDH 448 IU/l，ALP 544 IU/l，T-Bil 1.7 mg/dl，BUN 69 mg/dl，Cr 1.39 mg/dl，Na 137 mEq/l，K 6.0 mEq/l，Cl 97 mEq/l，Ca 9.7 mg/dl，P 9.6 mg/dl，CRP 27.87

mg/dl，BGA(リザーバー付マスク3 L/min)：pH 7.074，PaO₂ 89.4 mmHg，PaCO₂ 42.8 mmHg，HCO₃⁻ 12.2 mmol/l，BE -17.3 mmol/l，SO₂ 92.2%，AaDO₂ 11.0 mmHg。

胸部X線：心胸比42%，滴状心，両肺過膨張で肺野に異常影なし。

来院後経過：23時10分，病院到着時より意識レベル低下しショック状態，下顎呼吸を呈していた。気管内挿管を施行し，ライン確保後に糖負荷と大量補液を開始した。23時19分，ECGモニター上に心室細動となり，直ちにCPRを開始。電氣的除細動を試みるも洞調律には戻らず，そのまま23時30分に心静止へ移行した。23時40分に死亡を確認した。

病 理

身長147 cm，体重31.1 kg。外表上，腹部を中心とする体幹に発赤と落屑を認めた。腹腔を開けると，回腸遠位部に一ヶ所絞扼を認め，同部腸管は暗赤色調で壊死性であった(図1)。また，血性腹水を300 ml伴っていた。心は254 gで，急性心筋梗塞など，死因となる所見は認めなかった。肺は左175 g，右230 gで，肺塞栓症など，死因となる所見は認められなかった。その他，肝臓や脾臓などの充実性臓器にはうっ血，大動脈や腸骨動脈には高度の動脈硬化を認めた。

組織学的には，上記の絞扼部は，全層性の虚血性壊死を来しており，急性腹膜炎を伴っていた(図2)。死因は，腹痛を主訴とし，ショックで死亡した経過も考慮すると，回腸の絞扼性イレウスを一次病変とし，そ

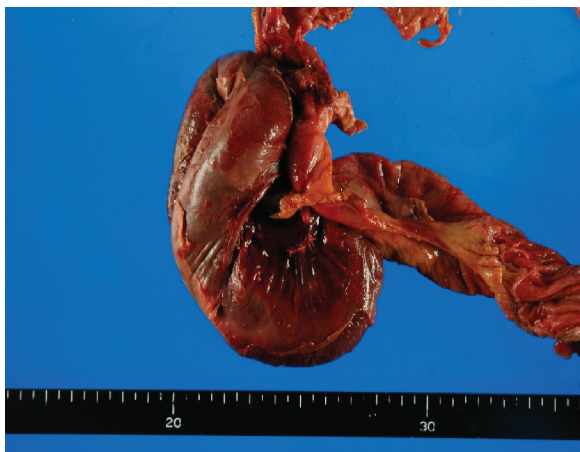


図 1. 回腸遠位部に絞扼性病変を認める.

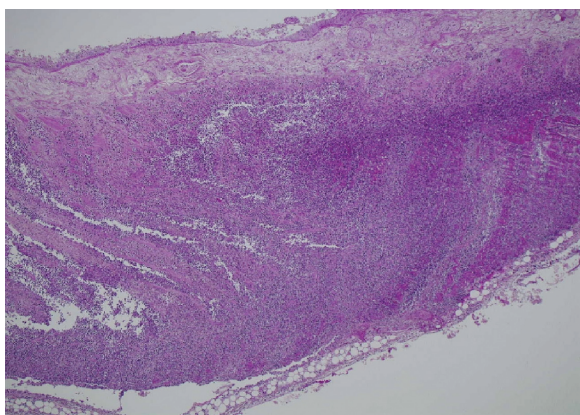


図 2. 絞扼部腸管は、虚血性壊死に陥り、高度な急性炎症を伴う。

れに続発した虚血性壊死性腸炎および急性腹膜炎により敗血症性ショックに陥り、死亡したと考えられる。なお、本例はランゲルハンス組織球症の既往があるが、免疫染色も加えて検討した結果、各種リンパ節、肝門脈域、肺など広範囲にわたりランゲルハンス組織球症の浸潤像を認めた。さらに、上記絞扼部においても、その腸管内リンパ節にランゲルハンス組織球症の浸潤像を認めた。特に、腫瘤を形成しているわけではなく、また、リンパ節内浸潤もわずかであり、絞扼性イレウスの原因を説明しうる所見ではないが、興味深い所見であった。

病理診断

主診断

1. 絞扼性イレウス（回腸遠位の絞扼性病変＋虚血性壊死性腸炎＋急性腹膜炎）
2. ランゲルハンス組織球症（体幹皮膚を中心とする落屑・発赤）

臓器浸潤：リンパ節（傍大動脈、上記絞扼腸管壁内、肝門部）、肝（門脈域）、肺（左肺下葉）、心外膜脂肪織（疑い）

副診断

1. 血性腹水 (300 ml).
2. 中等度異型管状腺腫（横行結腸および上行結腸それぞれ1個ずつ）
3. 腎皮質腺腫（右腎、2ヶ所）
4. 腎血管筋脂肪腫（右腎、1ヶ所）
5. 甲状腺濾胞腺腫（左葉、径約2×1 cm）
6. 大動脈・腸骨動脈粥状硬化症（高度）
7. 諸臓器うっ血（肝：1000 g, 腎：100:90 g, 脾：90 g, 腸管）

直接死因

絞扼性イレウスおよびそれに続発した敗血症性ショック

指定発言

この患者は病気が急激に進行し、来院直後に心停止に至ったため、臨床的に死因を特定することは困難であった。しかし、患者が腹痛を訴え、病気が急激に進行しショック状態となり、心停止に至ったこと、白血球の上昇、高CRP血症、腎機能障害、高K血症、代謝性アシドーシスがあったことから、消化管穿孔、急性膵炎、腸間膜動脈血栓症、急性化膿性胆管炎、絞扼性イレウス、腹部大動脈瘤破裂、S状結腸軸捻転、虚血性腸炎、腸重積、消化管の穿孔、腸間膜動脈閉塞症などの鑑別診断が考えられた。これらの疾患の診断のためには、心電図、腹部超音波、腹部レントゲン、腹部造影CT、腹部血管造影などの検査を行えば診断ができるものの、十分な検査が行えず、亡くなられたので生前には確定診断に至らなかった。他の所見として、左共同偏視がみられたが、頭部外傷、脳血管障害、脳腫瘍、脳炎、てんかん発作などでもみられるものの、来院時に低血糖があり、これによるものと考えられた。

死因の特定のために病理解剖を行った結果、絞扼性イレウスが認められた。この疾患は一般的に持続的で激しい腹痛で発症することが多いが、高齢者の場合には腹痛が軽度であり、腹部が柔らかいこともあり、診断には注意が必要である。画像診断としては、腹部レントゲンでニボー像、腹部エコーで部分的に拡張し、内容物の移動のない二層構造もしくは水様のecho-lucentな内容物を示す腸管を示す。しかし、これらの所見だけでは、絞扼性かどうかは判断できないため造影CTを行い、腸管の造影効果をみる必要がある。また、検査所見で代謝性アシドーシスの進行（腸管壁の壊死をきたし、壊死細胞では乳酸を発生するため）、GOT、LDH、CPKなどの筋原性酵素の上昇、amylaseの上昇がみられれば、絞扼性イレウスが強く疑われる。腹水がエコーにて確認でき、穿刺可能なら、腹腔穿刺を行うことにより、血性腹水であれば、診断が可能となる。但し、緩やかな絞扼の場合には血性にならないこともある。治療としては、外科的にイレウス

解除，壊死した腸管の切除があげられる．最後に，この患者は不幸にも来院後すぐに亡くなられたが，絞扼性イレウスは，腸壊死を起こす前の早期に診断をつけて開腹することにより良い予後が得られる．したがっ

て，腸壊死を起こし，腹膜刺激症状が強くなり，全身状態が悪くなってからの開腹では遅すぎ不幸な転機となる可能性があることを十分に認識しておくことが大切であることを強調したい．