

CPC

第10回埼玉医科大学臨床病理検討会(CPC)

平成17年1月18日 於 埼玉医科大学第四講堂

C型肝炎ウイルスによる肝硬変を有し、腹腔内出血を来した1例

出題 症例呈示担当：今井 幸紀(消化器内科)
 病理担当：三橋 智子(病理学教室)
 指定発言：篠塚 望(消化器・一般外科)
 司 会：名越 澄子(消化器内科)

症例呈示

症例：65歳，女性

主訴：意識障害

既往歴：虫垂炎手術(17歳)，飲酒歴なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：13年前，近医でC型肝炎と診断された。54ヶ月前，吐血にて当科初診。F₃CbRC(3+)の食道静脈瘤が出血源と診断し，透視下内視鏡的硬化療法を施行した。49ヶ月前，F₀RC(+)の食道静脈瘤を認め内視鏡的硬化療法(EIS)施行。47ヶ月前，肝性脳症(Ⅱ度)で入院。40ヶ月前，F₀RC(+)の食道静脈瘤に対しEIS，アルゴンプラズマ凝固を行った。36ヶ月前，糖尿病を指摘され入院。下肢の浮腫と軽度の腹水貯留を認めたが，利尿薬内服により消失。34ヶ月前，肝性脳症(Ⅳ度)で入院。15ヶ月前，腹水再貯留し，利尿薬増量。5ヶ月前，糖尿病が増悪し入院。インスリン注射を開始した。MRIでは肝内腫瘍はなく，少量の腹水を認めた。3ヶ月前，腹水が増量，TBilは4台に上昇し，肝予備能の低下と判断された。昨日18時ごろより臥床し，呼びかけには答えたが，目の焦点が合わない様子だった。腹部の膨隆が急激に増強し，0時ごろ呼びかけに反応しなくなり来院し当科入院となった。

入院時現症：意識JCSⅡ-10。血圧58/F，脈拍120/分，整，体温34.0℃，呼吸28/分。眼瞼結膜貧血著明，眼球結膜黄染あり。胸部異常なし。腹部全体に膨隆，波動あり。肝脾触知せず。腹壁静脈の怒張なし。両側下腿浮腫あり。

入院時血液検査所見：WBC21670(N75.3, L15.1, M8.1, E0.9, B0.6)，RBC139万，Hb4.6，Ht14.7，Plt10.6万，

PT23%，GOT32，GPT18，LDH268，ALP226，TBil3.3，DBil2.0，TP4.1，ALB2.1，BUN59，Cr1.74，Na132，Cl109，K6.2，CK74，NH₃353，BS334，CRP0.73

腹部X-P：側腹線条徴候陽性

入院後経過：食道静脈瘤，または肝細胞癌の破裂による出血性ショックを疑ったが，胃洗浄で血液貯留なく，穿刺した腹水は血性であった。腹部CTでは腹腔内の血液貯留と上腸間膜静脈及び脾静脈内に血栓を認めたが(図1)，肝腫瘍はみられなかった。人工呼吸管理，輸液，輸血，昇圧薬投与を行ったが，血圧は上昇せず，約8時間後に永眠された。

病 理

身長160 cm，体重60.7 kgと栄養状態良好な65歳女性で，眼瞼結膜に貧血，軽度の下腿浮腫，軽度の腹部膨満を認めた。腹部正中線上に手術瘢痕を認めた。



図1

開腹時、大網は腹膜と癒着し、5700 mlの血性腹水、胆嚢壁に約6 cm長にわたって壁の破裂を認め(図2, 矢印)、その周囲および肝胆嚢窩に凝血塊が付着していた。破裂していない胆嚢壁は線維性に肥厚していたが、破裂の近傍の静脈は怒張していた。組織学的に破裂部の胆嚢壁は、EVG染色にて胆嚢静脈と考えられる構築の弾性線維の断裂を認め、出血源は胆嚢静脈瘤破裂と考えられた。

肝(重量600 g)は粗大結節状で、やや萎縮していた(図3)。組織学的には線維化、再生結節が目立ち、肝硬変症の像であったが、明らかな肝細胞癌の所見は認められなかった。門脈本幹および脾静脈に器質化血栓を認め、内腔が95%狭窄していた。組織学的には微小石灰化を伴い、数週間~数ヶ月経過した血栓であることが示唆された。脾は高度に腫大し、脾索の肥厚と洞内皮の肥大增生(いわゆるFibroadenieの像)を認め、門脈圧亢進症に伴う慢性うっ血の結果と考えられた。食道下部の静脈は軽度怒張していたが、破裂は認められなかった。偶発所見として、食道に径0.3 cmの平滑筋腫が認められた。組織では粘膜下層の静脈に不規則な拡張がみられた。空腸に2.5×1.5 cmの中心部に陥凹を伴う粘膜下腫瘍を認め、組織ではcarcinoidと考えられた(免疫染色でsynaptophysin, chromogranin A陽性)。大腸は相互の癒着を認めたが、組織学的には著変を認めなかった。肺(重量;左400 g, 右430 g)はうっ血と局所的な出血、軽度の胸膜肥厚・リンパ球浸潤を認めた。心(重量290 g)は左室後壁に

斑状の線維化巣を認め、陳旧性心筋梗塞と考えられたが、剖検時冠動脈には有意な狭窄はみられなかった。大動脈は軽度~中等度の粥状硬化症の所見であった。腎(重量;左85 g, 右100 g)は表面が微大顆粒状変化を呈し、糸球体の多くがglobal sclerosisに陥り、間質に斑状のリンパ球浸潤、線維化、尿細管萎縮を伴っていた。細動脈硬化症と考えられた。副腎(重量;左9 g, 右6.8 g)は皮質球状層に多数のspironolacton bodyを認め、アルドステロン投与による影響と考えられた。膀には局所的にランゲルハンス島に硝子化(アミロイド沈着)を認めた。膀胱には軽度の粘膜出血を認め、組織ではcystitis cysticaの像であった。子宮には頸部にnabothian cystおよび腺筋症を認め、内膜は萎縮していた。胃・甲状腺・骨髄には著変を認めなかった。

肝硬変による門脈圧亢進症の症例としては典型的な経過といえるが、破裂静脈瘤の部位および腹腔内出血は極めて稀である。死因は胆嚢静脈瘤破裂による出血性ショックと考えられた。

剖検診断

主病変: 胆嚢静脈瘤破裂(腹腔内出血5700 ml) および肝硬変症

副病変: 1. 脾腫, 2. 門脈および脾静脈器質化血栓, 3. 食道静脈瘤破裂, 硬化療法後状態(臨床), 4. 陳旧性心筋梗塞(左室後壁), 5. 膵島硝子化(アミロイド沈着), 6. 空腸カルチノイド, 7. 肺うっ血, 8. 腎細動脈硬化症, 9. 慢性腎盂腎炎, 10. 食道平滑筋腫, 11. 子宮腺筋症

指定発言

異所性静脈瘤は破裂すると消化管出血のみならず腹腔内出血をきたし、重篤な状態に陥ることが多い。異所性静脈瘤としては、十二指腸や後腹膜、あるいは大腸、直腸に生ずることが多く、胆嚢あるいは胆管静脈瘤の頻度はきわめて少ない。諸家の報告では、異所性静脈瘤は門脈圧亢進症の数%に発生し、その多くは門脈塞栓あるいは血栓を伴っていた症例であると報告している。破裂の成因としては、本来の門脈圧亢進の状態に加え、手術の影響や食道胃静脈瘤に対する硬化療法などにより、さらに門脈圧が上昇した結果といわれている。これら異所性静脈瘤破裂は腹腔内出血をきたした場合、緊急手術となることが多く、外科的な静脈瘤や腸管切除、あるいは術中硬化療法を施行したとの報告がみられる。我々も以前、十二指腸静脈瘤破裂から腹腔内出血をきたし手術を予定していたが、自然止血され手術を回避した症例を経験している。胆嚢静脈瘤の報告例は、本邦および海外の文献をみても極めて少なく、その多くは画像診断としてどのようにとらえられたかという診断としての報告が多く、破裂症例や治療の面からの報告はほとんどみられないのが現状である。胆嚢静脈瘤の典型例としては、超音波検査あ

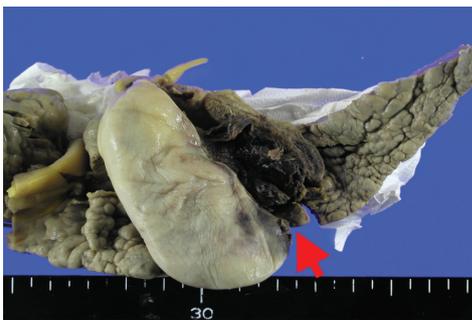


図2. 胆嚢壁破裂部。

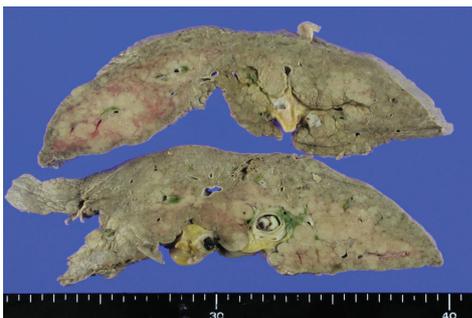


図3. 肝剖面。

るいはCT検査にて胆嚢周囲あるいは胆嚢壁内の蛇行した無エコー領域としてとらえられ、この部位はドプラエコーで血流が表示される。一方、胆管静脈瘤は胆管周囲の発達した静脈叢から総胆管を周囲より圧排した所見を呈するという報告も多い。

今回呈示された症例は肝硬変症例で門脈圧亢進症を示し、さらに以前から門脈塞栓症を指摘されていた症例である。難治性腹水や食道静脈瘤破裂などから外来、入院を繰り返していたが、それまでの経過において諸検査にて胆嚢静脈瘤を疑わせる所見は認められなかったと思われる。結果的には胆嚢静脈破裂から腹

腔内出血をきたしたが、入院時の検査においても腹腔内出血の原因となった胆嚢静脈破裂や胆嚢破裂を診断することは困難であったと推測する。また、本症例に胆嚢の静脈瘤が存在していたかどうかは病理報告でも明らかではなく、はたして緊急手術にて救命できたかは言及することはできない。しかし、門脈圧亢進症症例で特に門脈塞栓合併例においては日頃より異所性静脈瘤合併の可能性を念頭におき、腹腔内出血例ではこれらの破裂を原因のひとつとして考えることが肝要と考える。