

ミピド, Vit. B1B6B12 配合剤, Ca 拮抗薬, Vit. B1 誘導体
現病歴: 2010/3/25 に慢性関節リウマチに対して抗
TNF α による治療を開始した. 同年9月に AST・ALT が
上昇したため薬剤性肝障害を疑い, 同剤を中止したが改
善を得られなかった. 2010/10/4 に肝機能障害の精査・加
療目的に当科紹介受診し, 腹部超音波検査にて多発性肝
腫瘍が疑われ, 10/13 に入院となった.

現 症: 身長 156cm, 体重 57kg. 肝腫大があり右季肋
部に約 4 横指触知する. 他に特記すべき所見なかった.

血液検査: 一般採血では AST 178U/L, ALT 69U/L,
LD 1979U/L, ALP 396U/L, γ -GT 131U/L, D-dimer
5.8ug/ml と上昇を, 腫瘍 マーカーでは PIVKA-2
174mAU/ul, NSE 130ng/ml と上昇を認めた. 他に異常
を示す血液生化学所見はなかった.

腹部超音波: 表面凸凹で, 辺縁は鈍, 実質は不均一で
あった. 肝全体に多発する大小の結節性病変を認めた.

造影腹部 CT: 肝は全体に腫大しており, 肝内には境
界明瞭な多発性の腫瘍性病変を認め, 動脈層より濃染し,
後期相では wash out を示した.

入院後経過: 上部消化管内視鏡を施行し ECJ から体
上部小弯側にかけて Borrmann3 型胃癌を疑う病変を認
めた. また, 肝生検では METASTIC POORLY DIFFER-
ENTIATED Ca., 胃の病変からの生検でも POORLY
DIFFERENTIATED Ca. との組織診断であった. 共に
小型で N/C 比の高い異形細胞が増殖しており, 免疫染
色にて CK7 陽性・CK20 陰性, CHROMOGRANIN A が
陰性で, 胃病変のみ SYNAPHTOPHYSIN 陽性であっ
た.

以上の事から胃原発性小細胞癌及び多発性肝転移の診
断を得た. 過去の報告及び当院呼吸器内科医の意見を参
考に第 15 病日 (10/27) より VP-16/CDDP 療法を開始
した. 1 コース目終了し治療効果判定を行い SD と判定
した. しかし, Ccr の低下を認めたため, 第 41 病日 (11/
22) より VP-16/CBDCA 療法に変更し開始となった.

胃小細胞癌は胃癌では特殊な組織系であり, 予後不良
な癌と知られ治療法はまだ確立されていない. 貴重な症
例と考え, 若干の文献的考察を加え報告とする.

23. 診断に苦慮した肝原発神経内分泌腫瘍の一例

荻野 美里, 富澤 直樹, 小川 哲史
五十嵐隆通, 濱野 郁美, 榎田 泰明
清水 尚, 荒川 和久, 田中 俊行
安東 立正, 池谷 俊郎

(前橋赤十字病院 消化器病センター)

伊藤 秀明 (同 病理部)

竹吉 泉

(群馬大院・医・臓器病態外科学)

【はじめに】 神経内分泌血腫瘍は肺, 消化管, 膵などで
報告されているが肝原発は稀である. 今回, 食道癌術後
で経過観察中に肝原発神経内分泌腫瘍を合併した一例を
経験したので報告する. 【症 例】 65 歳男性. 平成 18
年に他院で食道癌に対し食道亜全摘術施行. 病理診断は
扁平上皮癌, pT1b (sm) N0 st I であった. 患者の希望で当
院にて外来通院していた. 平成 19 年 10 月, 繰り返す腸
閉塞のため腸閉塞解除術施行. 術前スクリーニングとし
て CT, PET 等の画像診断を行ったが再発や重複癌は認
めなかった. 平成 20 年 2 月腹部 CT で肝両葉に多数の腫
瘍が出現. 経皮的肝腫瘍生検では腫瘍は非常に分化が悪
く未分化癌との診断しかつかなかった. 病状の進行が急
激なためやむなく食道癌化学療法に準じた治療を行っ
たが, 肝不全で死亡した. 剖検では肝臓のほぼ全体が白色
の充実性腫瘍で置換されており免疫染色では cytoker-
atin (AE/AE3), chromogranin A, CD56 (+), Synapto-
physin (-), MIB-1LI=45.8% であった. 【考 察】 肝
原発の神経内分泌腫瘍は非常にまれな疾患とされてい
る. 本症例では食道癌の既往があり針生検でも確定診断
がつかなかったためやむなく食道癌化学療法に準じた治
療を行ったが, 奏功しなかった. 病状が急速進行した点
でも稀と思われ報告する.

24. 乳癌術後13年目に食道気管瘻で発症した転移性食道 癌と原発性横行結腸癌の重複癌を認めた 1 例

加藤恵理子, 下山 康之, 保坂 浩子
市川 武, 佐藤 賢, 河村 修
森 昌朋

(群馬大院・医・病態制御内科学)

草野 元康

(群馬大医・附属病院・光学医療診療部)

戸谷 裕之, 長岡 りん, 吉成 大介

須納瀬 豊, 竹吉 泉

(群馬大院・医・臓器病態外科学)

新井 基展, 小山 徹也 (同 病理診断学)

横尾 英明 (同 病態病理学)

症例は 87 歳の女性. 74 歳頃近医で左乳癌の切除術を
施行され, 81 歳まで再発・転移は無かった. 2009 年 1 月

より飲食時に咳嗽・嘔吐が出現したが、近医の GIF では著変無く、症状増悪のため当科を受診した。食道運動障害を疑い食道内圧検査を行ない中部食道に高圧帯、水嚥下にて咳嗽を認めた。直ちに食道造影を行い、同部に約 2 cm の狭窄と食道気管瘻を認めた。再検の GIF で切歯より 25cm に粘膜面に著変のない狭窄があり、EUS では食道右前壁側からの壁外性腫瘍および壁肥厚所見は腫瘍の浸潤が疑われた。胸部 CT では食道と気管分岐部を巻き込む腫瘍を認め、FDG-PET/CT で同部と上行結腸に集積を認めた。CF では横行結腸肝彎曲に I sp 腫瘍を疑わせたが生検では Group 3 tubulo-villous adenoma, high grade であった。乳癌腫瘍マーカーの NCC-ST-439 は 327.8U/ml (正常値<7) で高値であった。なお、CEA 1.9ng/ml (<2.5), SCC 1.1ng/ml (<1.5) は正常範囲内であった。EUS 下吸引細胞診で腺癌が疑われ (class IIIb), 免疫染色でエストロゲンレセプター (ER) が陽性を示した。以上より乳癌の食道転移と診断し、乳癌外科 (2) にてクエン酸タモキシフェンによるホルモン療法を開始した。元来便秘だったが治療開始 6ヵ月後より悪化し下剤の増量にて改善しなかった。治療開始 3ヵ月後、7ヵ月後胸部 CT 上治療開始前と大きな変化を認めなかった。治療開始 8ヵ月後便秘と嘔吐にて当科緊急入院となった。腹部 CT にて著明な上行結腸と横行結腸の拡張と横行結腸脾彎曲の閉塞と腹水貯留を認めた。消化器外科 (2) にて第 6 病日小腸に人工肛門の造設術を行った。術中所見では腸間膜に多量の播種を認めた。その後全身状態が悪化し、第 11 病日死亡した。病理解剖を行ったところ縦隔間質・食道壁・気管および気管支壁に腫瘍浸潤、癌性腹膜炎、横行結腸腫瘍を認めた。縦隔・食道・気管の腫瘍は免疫染色にて CK7 (+), CK20 (-), CEA (+), TTF-1 (-), GCDFP-15 (+), ER (-), プロゲステロンレセプター (PgR) (-) であり、病理組織学的診断は Recurrent breast carcinoma, invasive ductal carcinoma (papillotubular carcinoma) であった。横行結腸腫瘍は免疫染色にて CK7 (-), CK20 (+), CEA (+), TTF-1 (-), GCDFP-15 (-), ER (-), PgR (-) であり、病理組織学的診断は Primary colon carcinoma, poorly differentiated adenocarcinoma, solid type であった。以上より乳癌の再発と原発性横行結腸癌の重複癌と診断し、直接死因はそれらの進展による全身衰弱と診断した。乳癌の食道転移は術後平均 8 年 (3.5-24 年) の長期経過の後に発症すると報告されており、長期にわたり再発の可能性があることを常に念頭に置いておく必要がある。また、経過観察例の報告は 0.4% で、本邦の報告例は医学中央雑誌の検索 (1983 年~2010 年) で 41 例であり食道気管瘻を伴う症例は報告されていない。以上より本症例は大変貴重と考え、文献学的考察を加えて報告する。

25. 敗血症性ショック・急性腎不全を合併したサルモネラ感染症の 1 救命例

奥野のぞみ, 伊島 正志, 深井 泰守
古谷 健介, 新井 洋佑, 石原 眞吾
飯塚 圭介, 土岐 譲, 上野 裕之
鍋木 大輔, 廣川 朋之, 増尾 貴成
市川 武, 押本 浩一, 荒井 泰道

(伊勢崎市民病院 内科)

【症例】 76 歳, 男性 **【主訴】** 発熱, 背部痛 **【既往歴】** 自己免疫性膀胱炎にて PSL 5 mg 内服中 **【現病歴】** 平成 22 年 10 月中旬に 39°C 台の発熱を認めた。翌日になり右背部痛が出現し、当院受診。来院時、収縮期血圧 60 台と血圧低下を認め精査及び加療目的に緊急入院となった。**【入院後経過】** 入院直後に下血をきたし、緊急下部内視鏡検査を行った。回腸から横行結腸にかけて全周性の発赤・浮腫・びらんを認め感染性腸炎に一致する所見であった。急激な腎機能障害の悪化も出現し、感染性腸炎に伴う敗血症性ショック・急性腎不全と診断。補液・昇圧剤・血液浄化療法 (CHDF) による集中治療を開始した。便培養の結果、サルモネラ 9 群陽性であり、サルモネラ腸炎と診断。経口投与が困難であったため、CPFX にて治療開始した。また、血小板数の低下と凝固系異常を認め、播種性血管内凝固症候群 (DIC) と診断、AT-III 製剤、ヘパリン 1 万単位を投与開始した。治療開始後は炎症反応・腎機能ともに徐々に改善し、第 6 病日には CHDF より離脱した。AT-III や血小板数も徐々に上昇傾向となり、DIC も改善した。第 11 病日より食事を再開し、その後も消化器症状の再燃はなく、第 26 病日に退院した。**【考察】** サルモネラ感染症は鶏卵のサルモネラ汚染を経路に感染することが知られており、日常診療において比較的よく経験する疾患である。成人では、胃腸炎症状を示すのみであり重症化することは稀である。しかしながら、基礎疾患を有する症例や高齢者では、時に急性腎不全等の多臓器不全を来し得るとされている。**【結語】** サルモネラ感染症から敗血症性ショック・急性腎不全・DIC を発症したが、CHDF を中心とした集中治療により救命しえた一例を経験し、貴重な症例と考え報告する。

26. 腸閉塞、腸重積をきたした悪性黒色腫小腸転移の 2 切除例

東 陽子, 藤井 孝明, 山口 悟
堤 莊一, 浅尾 高行, 桑野 博行

(群馬大院・医・病態総合外科学)

悪性黒色腫は広範な転移をきたす悪性度の高い疾患である。今回小腸転移により腸閉塞をきたし、手術を施行した 2 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。