

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。

症例1は46歳の女性。1年3ヶ月前に右下腿原発の悪性黒色腫にて切除されており、傍大動脈リンパ節、多発皮下転移を認め、放射線治療、化学療法を施行されていた。腹痛が出現し、腸閉塞の診断にて当科紹介となり、画像上小腸に狭窄を認め、手術を施行した。回腸に2カ所腫瘍性病変を認め、腸重積を呈しており、小腸部分切除術を施行した。また腹膜播種、多発リンパ節転移を認めた。免疫組織検査でHMB-45蛋白陽性であり、悪性黒色腫の小腸転移と診断した。術後、癌性胸膜炎、癌性腹膜炎の急速な増悪あり、術後3ヶ月に永眠された。

症例2は67歳、男性。4年前に左第5指の悪性黒色腫にて切除術を施行された。術後多発リンパ節、皮膚転移を認め、化学療法、放射線治療を施行されていた。突然下腹部痛を認めたため当科紹介となり、CFにて盲腸に1型腫瘍を認め、生検にて悪性黒色腫転移と診断し、回盲部切除術を施行した。腫瘍は回腸に認め、腸重積を呈していた。術後は肺転移の増大認め、11ヶ月後に永眠された。

悪性黒色腫は早期から転移をきたす悪性度の高い腫瘍である。転移の多くは多発し、肺、皮膚、肝臓への転移の頻度が高いが、小腸転移も稀ではない。剖検例では、60%に消化管転移が認められ、そのうち小腸転移が最も多い。しかし、消化管転移のほとんどの症例は無症状であり、さらに消化管転移症例では予後が極めて不良であるため、生前に診断されないことが多く、小腸の悪性黒色腫切除例の報告は稀である。手術報告例では、腸重積、腸閉塞、穿孔、下血などが原因であり、緊急手術の症例も多く認められ、悪性黒色腫の症例に腹部症状を認めた場合には小腸転移の可能性を考慮する必要があると考えられた。

27. 肝細胞癌治療経過中に発症した Streptobacillus moniliformis による敗血症の1例

会澤 大介, 椎名 啓介, 小林 修
田中 秀典, 上野 敬史, 大塚 修
加藤 真理, 佐川 俊彦, 豊田 満夫
新井 弘隆, 高山 尚, 阿部 毅彦
荻野 美里, 五十嵐隆道, 榎田 泰明
濱野 郁美, 清水 尚, 荒川 和久
田中 俊行, 富澤 直樹, 安東 立正
小川 哲史

(前橋赤十字病院消化器病センター)

【症例】79歳男性。【主訴】四肢脱力【既往歴】平成19年5月心不全加療時、CTにて肝S5にHCC指摘され、当科紹介。背景は慢性肝炎(nonB nonC, F2A1)平成19年6月TAE、7月肝腫区域切除術施行。その後、平成21、22年とTAE施行し、当院消化器内科外来フ

ローされていた。【現病歴】上記疾患に加え僧帽弁閉鎖不全症、慢性心不全等にて当院外来通院中。ADLは自立していた。平成22年8月3日から下痢をきたし、手足に力が入らなくなり、8月5日起き上がることが困難になり、床を這って生活していた。食事水分の摂取はできなくなり、8月6日当院へ救急搬送となった。【臨床経過】入院時発熱と炎症反応高値より感染症が疑われた、CT、MRIを含む熱源精査を行いつつ、補液、抗生剤の治療を開始した。入院病日2日より四肢脱力改善したが、左股関節、右肘関節の関節痛強く、早期離床困難であった。リハビリテーション施行し、全身状態改善にともない、他院転院となった。入院時血液培養は陽性であったが、当院では同定困難であったため、岐阜大学に同定依頼。Streptobacillus moniliformis と同定された。【結語】本症例で検出された Streptobacillus moniliformis は敗血症の原因として非常にまれで、国内の報告は2例目であった。若干の文献的な考察を加えて報告する。

28. 門脈ガス血症を呈した非閉塞性腸管虚血症の1例

中澤 拓郎, 鈴木 一也, 岡田 朗子
酒井 真, 小野里良一, 斉藤 加奈
諸原 浩二, 矢島 俊樹, 和田 渉
片山 和久, 大澤 秀信, 保田 尚邦
田中司玄文, 根岸 健

(伊勢崎市民病院 外科)

症例は75歳男性、慢性C型肝炎で当院内科にてフォローアップ中であり、また1型糖尿病の既往と、原発性アルドステロン症にて当院泌尿器科にて手術歴があった。腹痛と嘔吐、腹部膨満を主訴に、平成22年9月28日救急外来を受診した。来院時の身体所見では、腹部膨満と腸雑音の低下、腹部全体に圧痛と筋性防御、また反跳痛を認めた。腹部単純X線検査では、腹部全体に小腸ガスの拡張像を認めた。また胸部X線検査ではCTR62.8%と心拡大を認めた。胸腹部CT検査では、小腸の拡張と、一部壁内気腫を認めた。また肝両葉にわたる門脈ガス像を認めた。ガス像は上腸間膜静脈内に認められたことから、上腸間膜静脈由来の可能性が示唆された。上腸間膜動脈は末梢まで造影されていた。血液検査ではWBC 22,900/ μ l, CRP 1.15mg/dlと炎症反応の上昇を認めていた。以上より、腸管壊死による汎発性腹膜炎と診断し、緊急開腹術を施行した。

手術所見では、小腸は全体的にガスで拡張し、漿膜面は散在性に赤褐色、黒色に変色し、腸管壊死を呈していた。大腸については、虚血性変化は認めなかった。また明らかな腸管穿孔は認めなかった。Treitz靱帯から肛門側230cmの空腸、バウヒン弁より口側30cmの回腸を切除し、機能的端々吻合を行い、腹腔ドレナージ術を施行し