

平成21年臨床病理検討会（剖検検討会）記録

（コメントは病理医による）

S860 76歳、男性 心臓血管外科

臨床診断 : 1. 僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症（弁形成術後4日）、2. 心房細動

主治医 : 大畑 俊裕

病理解剖診断 : 1. 急性大動脈解離（Stanford A型、DeBakey I型）、発症後47時間、2. 腹腔内臓器虚血性壊死、3. 急性心筋梗塞（右冠動脈、左回旋枝領域）、発症後4日、4. 僧帽弁閉鎖不全症＋三尖弁閉鎖不全症、弁形成術後4日、5. DIC、6. 肺うっ血水腫

コメント : 僧帽弁閉鎖不全症＋三尖弁閉鎖不全症に対する弁形成術後2日で急性大動脈解離が発症し、臓器血流障害進行し術後4日で亡くなられた症例。

大動脈解離が上行大動脈から総腸骨動脈分岐の4cm上までの広範囲に見られ、解離は腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈、腹腔動脈、左右腎動脈、上腸間膜動脈の起始部にも及んでいる。偽腔へのentryは上行大動脈と考えられ、真腔へのreentryの形成は見られない。肝臓、膵臓、脾臓、副腎、消化管などの腹腔内臓器には虚血性壊死の所見が高度で、両肺にはうっ血水腫の所見が強く見られる。死因は、急性大動脈解離に伴う虚血性多臓器傷害と考える。

解剖医 : 鈴木 昭

S861 82歳、女性 呼吸器科

臨床診断 : 1. 間質性肺炎急性増悪 2. 慢性腎不全 3. うつ病

主治医 : 大原 克仁

病理解剖診断 : 1. 大腸癌、腺腫内癌、②. 間質性肺炎急性増悪、左510g、右680g、3. 肺胞性肺炎、4. 陳旧性心筋梗塞（下壁）、5. 胆汁うっ滞型肝障害（薬剤性肝障害疑い）、6. 良性腎硬化症、7. 大動脈粥状硬化症

コメント : 間質性肺炎にて近医に定期通院していたが、間質性肺炎急性増悪が疑われてステロイドパルス療法施行も低酸素血症進行したため当院転院となった。入院後ステロイドパルス療法、抗生剤、エンドキサンパルス施行も改善なく永眠された症例。

肺は重量が増加してびまん性に硬化しており、組織学的に増殖期相当のびまん性肺胞傷害（DAD）の所見が見られた。組織学的に古い線維化巣と蜂窩肺が胸膜下などに散見され、DAD発症よりも以前から、肺の線維化があったと考えられる。間質性肺炎の急性増悪として矛盾しない。大腸癌は早期であり、死亡との因果関係はないと考えられる。肝臓には胆汁鬱滞型肝障害を示す薬剤性肝障害が疑われる所見が見られた。

解剖医 : 鈴木 昭

S862 78歳、女性 循環器科

臨床診断 : 1. 慢性腎不全 2. 慢性閉塞性肺疾患（慢性喘息） 3. 心臓腫瘍

主治医 : 白井 真也

病理解剖診断 : 1. 誤嚥性肺炎（右肺＞左肺）、2. 虚血性大腸炎（上行結腸～横行結腸）、3. 左心室肥大、350g、4. 大動脈粥状硬化症、5. 巣状分節性糸球体硬化症（FSGS、NOS）、6. 良性腎硬化症

コメント : 亡くなる1年半前に浮腫と呼吸困難感で入院の既往があり、1か月前に再び浮腫と呼吸困難感が増悪して入院。腎機能はCr1.5前後に悪化。心エコーで心嚢液の存在と右心室～右心房にhigh echoic massを認めていたが、生検でmassははっきりしなかった。この後、全身倦怠、脱力感、認知症が進

行し、嘔吐、意識レベル低下、SpO₂低下、尿量減少、発熱をきたし、永眠された症例。

左心室には求心性肥大がみられ、心重量が350gに増加しており、高血圧による二次性心肥大と思われる。右心房外側に厚く脂肪沈着が見られるものの、心臓に腫瘍性病変は見られなかった。肺では、右肺優位に誤嚥性肺炎の所見がみられる。腎臓は、良性腎硬化症と巣状分節状糸球体腎炎の所見がみられる。大腸には虚血性大腸炎の所見があり二次的感染が加わっている。最終的な死因については、誤嚥性肺炎と敗血症と考える。

解剖医：鈴木 昭

S863 83歳、女性 心臓血管外科

臨床診断：心筋梗塞、不安定狭心症、冠状動脈バイパス術後、縦隔炎、敗血症、肺炎、腎不全

主治医：山田 靖之

病理解剖診断：1. 動脈硬化症（冠状動脈、大動脈他）、冠状動脈バイパス術後（25日）、2. 創部感染による敗血症（縦隔炎、胸骨骨髓炎、肺真菌症、敗血症性肺塞栓症、感染脾、肝内の好中球の増加）、3. 心内膜下梗塞 発症後約1か月、4. 糖尿病性腎症、5. 肺carcinoid tumorlet、6. 回盲部憩室炎、7. 十二指腸脂肪腫、8. 慢性甲状腺炎、腺腫様甲状腺腫、9. 子宮筋腫

コメント：既往歴として糖尿病と脳梗塞がある。亡くなる25日前に緊急冠状動脈バイパス術施行を行っている。術後創部感染、縦隔炎をきたし創部培養と喀痰培養でMRSA (+)、後に喀痰培養でMRSA (+)、さらに血液培養でカンジタ (+)、緑膿菌 (+) となる。感染コントロールが困難となり永眠された症例。糖尿病の既往のある易感染性の患者に起こった、術後創部感染を契機とした敗血症の症例で、感染コントロール不良による死と考える。冠状動脈のバイパス部は問題なく、手術は成功であった。糖尿病、肥満、高齢患者の術後管理の難しさを知る症例である。

解剖医：藤田 裕美

S864 56歳、男性 救急科

臨床診断：1. 敗血症性ショック、2. 多臓器不全

主治医：柳田雄一郎

病理解剖診断：1. 胃癌（幽門側胃切除、脾摘）術後11年、再発・転移なし、2. 敗血症（脾摘後劇症型感染症、OPSI：overwhelming postsplenectomy infection）・グラム陽性球菌感染症（血液培養で肺炎球菌検出）：気管粘膜/梨状窩粘膜、肺、腎・グラム陽性桿菌感染症：肝・真菌感染症：肺、3. 出血傾向・凝固異常：両側副腎出血、小腸・回盲部多発出血、多発微小血栓（気管粘膜、消化管等）、4. Waterhouse-Friderichsen症候群疑い、5. 動脈硬化症

コメント：既往歴として11年前に胃癌の診断にて胃全摘術を受けている。死亡当日の早朝2時、就寝中に腰痛で目覚め自宅の鎮痛剤を使用するなどしていた。腰痛は増悪し、悪寒、発熱も出現し、自力では病院へ行けず、救急車要請。同日12時30分に当院搬入。脱水、腎不全、低酸素血症、ショック、代謝性アシドーシスを認めICU入室。CTでは特記すべき所見なし。人工呼吸などの治療を行ったが心肺停止となり、蘇生処置に反応せず、同日17時18分に死亡された症例。

多臓器にわたり、主に血管内にグラム陽性球菌（血液培養で肺炎球菌）を認め、敗血症の所見であった。胃癌の手術時に脾臓摘出術を施行されている患者が、感染巣の明らかでない肺炎球菌重症敗血症を起こしており、脾摘後劇症型感染症（OPSI：overwhelming postsplenectomy infection）の病態と考える。感染のfocusが明らかでないこと、急速な経過と特徴的な症状がないこと、重症の有荚膜細菌感染、DICを伴う敗血症性ショック、死亡率50-70%、発症から死まで24時間-48時間と短時間という特徴とも合致した。また、出血性急性副腎不全：Waterhouse-Friderichsen症候群（重症敗血症+DIC:本症例では明らかでない+両側性副腎出血）を合併することも特徴的とされる。脾臓患者、脾臓

能低下患者では、有荚膜菌に対する特異的抗体産生が低下するため、同症候群が起こると考えられている。

脾摘後にこのような症候群を起こしうることが、救急科以外の臨床医の中では比較的知られておらず、啓蒙の必要性もあると考える。

解剖医：藤田 裕美

S865 75歳、男性 呼吸器科

臨床診断：肺高血圧症

主治医：福家 聡

病理解剖診断：1. 結腸癌術後、再発転移なし、2. 特発性肺線維症、3. びまん性肺胞傷害、4. 右慢性膿胸、結核性疑い、5. 肺気腫、6. 肺高血圧症、7. 肺性心、8. 腹部大動脈瘤、大動脈粥状硬化症、動脈硬化症、9. 慢性肝うっ血、10. 前立腺肥大症

コメント：膿胸は結核性胸膜が疑われ、感染としての活動性はなかったと考えられた。死因はUIPの急性増悪によりDADとなり、重症呼吸不全をきたしたことが呼吸停止につながったと考える。

解剖医：深澤雄一郎

S866 76歳、女性 消化器科

臨床診断：1. 胃癌、2. 癌性リンパ管症、3. 心タンポナーデ

主治医：正司 裕隆

病理解剖診断：1. 胃癌（前庭部大弯、10×8 cm、3型、sig>muc>por2、pT4N3M1、stageIV、転移・浸潤：虫垂、大網、肝門部、胆嚢、両側副腎、リンパ節（胃周囲、脾周囲、腹部大動脈周囲、肺内、肺門部）、後腹膜、心臓（右室乳頭筋、心外膜）、両側肺、骨髄（胸骨、肋骨、脊椎）、両側卵巣、膀胱、2. 心タンポナーデ（癌性心嚢液370ml貯留）、3. 癌性リンパ管症、4. 良性腎硬化症

コメント：高血圧で環器内科通院中に食欲不振、全身倦怠感が出現し、上部消化管内視鏡検査にて胃に3型の胃癌が見つかった。CTにて癌性リンパ管症と心嚢液貯留を認めたため、積極的治療は行わず補液で経過を見て亡くなられた症例。胃には、前庭部大弯側中心に10×8 cmの3型腫瘍を認め、組織学的には、印環細胞癌と粘液癌の組織型が主体の腺癌であった。両肺内にびまん性に微小な転移巣が多数認められ、癌性リンパ管症の所見も認められる。心嚢液が370ml貯留しており、心嚢液中に多数の印環細胞を認めた。死因は胃癌の肺転移と癌性リンパ管症による呼吸不全と、癌性心嚢液の貯留による心タンポナーデと考えられる。

解剖医：藤田 裕美

S867 75歳、男性 心臓血管外科

臨床診断：1. 腹部大動脈瘤術後、2. 肺癌、脳転移術後

主治医：山田 靖之

病理解剖診断：1. 三重癌（1）肺癌、術後、放射線照射後、右上葉原発、混合型小細胞癌（腺癌>小細胞癌）、転移・浸潤：両側肺、脳転移術後、右肺門部リンパ節、（2）早期大腸癌、（3）前立腺ラテント癌、2. コレステロール塞栓症（腹部臓器、下肢）、3. 腹部大動脈瘤術後2日、4. 粥状動脈硬化症（大動脈、冠動脈、他）、5. 間質性肺炎、NOS（f NSIP or UIP）

コメント：腹部大動脈瘤人工血管置換術施行後。第2病日に突然の心停止、CPRにて心拍再開するも血圧維持できずに永眠された。

腹部大動脈から両総腸骨動脈が、遊離した粥腫と新鮮な血栓により閉塞していた。腹部臓器にはコレステロール塞栓症の所見が高度であった。下行大動脈には、粥腫表面に壁血栓が厚く附着しており、

ここから遊離した粥腫+壁在血栓が、大動脈、総腸骨動脈の閉塞をきたしたと考える。腹部大動脈瘤のグラフト置換部分に問題はなく、同部には血栓は付着していなかった。最終的な死因は、下行大動脈に全周性に厚く付着した壁在血栓が遊離したことによる、急性循環不全と考えられた。肺癌、大腸癌、前立腺癌は死因とはなりえない状態であった。

S868 80歳、女性 呼吸器科

臨床診断 : 呼吸不全

主治医 : 佐藤 寿高

病理解剖診断 : 1. MRSA感染による敗血症、2. 肺気腫、3. 偽膜性腸炎、4. 左副腎皮質腺腫、5. 小腸リンパ管種、6. 回盲部憩室、7. 動脈硬化症、8. 肝 hyperplastic nodule

コメント : 2年前に肺血栓塞栓症の既往あり、ワーファリゼーション中。1月前より感冒症状が改善せず前医入院。ネオフィリン、ステロイドによる治療を受けるも頻脈発作が出現したため、当院紹介入院となり、数日後に呼吸器科へ転科となる。治療により呼吸状態は徐々に改善してきたが、2週前より原因不明の血小板減少がみられ、輸血にも全く反応しない状態となり、腹痛や下血も続き、呼吸状態が悪化、MOFとなり永眠された。

剖検にて、MRSAが起因菌と考えられる膿瘍と感染性塞栓が心、肺、腎、脾、子宮などに散在性に多発しており、感染が血行性に全身に及んでいると考える。細菌培養の経過より、肺あるいは腸が最初の感染巣であったと思われる。血小板減少の原因については、全身の感染性血栓形成の可能性も挙がる。死因は敗血症と考える。

解剖医 : 藤田 裕美

S869 64歳、男性 外科

臨床診断 : 下部胆管癌術後再発、門脈閉塞、微小肝膿瘍、閉塞性黄疸

主治医 : 小池 雅彦

病理解剖診断 : 1. 下部胆管癌術後再発（転移・浸潤：肝臓、後腹膜神経叢、肺）、2. 多発肝膿瘍、横隔膜下膿瘍、脾膿瘍、3. 感染脾、4. 陳旧性心筋梗塞（右冠動脈領域）

コメント : 6年前に下部胆管癌に対して脾頭十二指腸切除が行われた症例。手術時の断端に腫瘍は認められなかったものの、神経周囲浸潤が認められていた。その後、局所再発をきたしたが、遠隔転移は肺に留まっていた。腫瘍再発による胆道狭窄により、消化管から逆行性に細菌感染が肝（経胆道的）、脾におよび、膿瘍形成を引き起こし、敗血症に至ったと考える。胆道系癌のコントロールの難しさを知る症例である。

解剖医 : 藤田 裕美

S870 78歳、男性 呼吸器科

臨床診断 : 1. IPF/UIP、2. DIC/MOF、3. 縦隔気腫

主治医 : 佐藤 寿高

病理解剖診断 : 1. 特発性間質性肺炎急性増悪（UIP+DAD）、2. 胆汁鬱滞型肝障害（薬剤性肝障害疑い）、3. 肝腎症候群、4. 皮下気腫、縦隔気腫、5. 深部静脈血栓症（前立腺周囲）、6. 下大静脈血栓症

コメント : 2年前より間質性肺炎で前医にてフォローされており、2週前より発熱・咳嗽が出現し、間質性肺炎急性増悪または細菌性肺炎の診断で、当院入院となる。抗生剤、ステロイドパルス、エンドキサンパルスなどの治療を行うも、増悪し、ラボデータ上DIC合併して亡くなる。

特発性間質性肺炎の急性増悪の所見に加えて、胆汁鬱滞型肝障害と肝腎症候群、深部静脈血栓症の合併が認められ、最終的には多臓器不全にて死亡したと考える。

解剖医：鈴木 昭

S871 **85歳、男性** **呼吸器科**

臨床診断：1. 間質性肺炎急性増悪、2. DIC、3. 肺胞出血、4. 多発脳梗塞

主治医：坪井 芳恵

病理解剖診断：1. 間質性肺炎（UIP）急性増悪、2. び慢性肺胞障害（DAD）、3. 感染性心内膜炎、4. [多発脳梗塞]、5. 腎梗塞、6. 心筋梗塞（陳旧性、急性心内膜下梗塞）、7. 動脈硬化症、8. 胆汁うっ滞型肝障害、9. 絨毛腺腫による虫垂粘液瘤

コメント：3年前に間質性肺炎と診断され治療をうけていた。他院にて冠動脈に対する治療後の経過中、間質性肺炎の急性増悪と診断され当院搬送となる。ステロイドパルス療法、抗生剤治療を行うも改善見られず、DIC徴候となり同日多発脳梗塞発症。その後もDIC進行して多臓器不全にて亡くなる。

呼吸困難出現の原因はUIPの急性増悪、最終的な呼吸不全の原因はDADへの移行、多発脳梗塞の原因は感染性心内膜炎によることが推測される。決定的な死因の特定は困難であるが、呼吸不全、感染性心内膜炎、脳梗塞、腎梗塞、心内膜下梗塞など、多くの要因が重なり合い、多臓器不全に至ったものと考察する。

解剖医：藤田 裕美

S 872 **71歳、男性** **呼吸器科**

臨床診断：1. 間質性肺炎、2. 肺気腫、3. COPD急性増悪、4. 肺高血圧症、5. HCVキャリア、6. GERD、7. 脳梗塞後遺症、8. 前立腺肥大症

主治医：斉藤 拓志

病理解剖診断：1. 肺静脈閉塞症（pulmonary veno-occlusive disease）、2. 小葉中心性肺気腫、3. びまん性肺胞障害+肺出血、4. 心肥大（両室肥大、右房・右室拡張）、5. HCVキャリア、6. 逆流性食道炎、7. 前立腺肥大症

コメント：COPDの急性増悪に伴う肺高血圧症が疑われ入院加療となったが、原因を特定できないまま、肺高血圧症の増悪に伴う低酸素血症が増悪し、最終的に呼吸不全にて亡くなった症例。病理学的には、肺高血圧症と呼吸不全の本態は肺静脈閉塞症であり、症状の増悪、寛解を繰り返していたと考えられる。肺気腫の関与は比較的軽度と思われる。最終的に、菌血症が引き金となって、びまん性肺胞障害や肺出血（oozing）を併発して死亡したと考えられる。肺静脈閉塞症は、肺高血圧症の5-10%をしめ、2009年まで200例ほどの症例報告がある。臨床的には、原発性肺高血圧症との鑑別は困難で、画像所見にSeptal thickening、diffuse or mosaic ground-glass opacity、multiple small nodules and pleural effusionなどの特徴があるとされる。病理組織が診断の根拠となる。原発性肺高血圧症にくらべ、劇症で予後不良とされる。

解剖医：深澤雄一郎