

抗がん化学療法中に発症した敗血症性Shockの一例

司会：泌尿器科 宮尾 則 臣
臨床：研修医 白坂 知彦
 金田 博雄
 消化器科 清水 晴夫
 泌尿器科 内田 耕介
病理：研修医 今井 浩平
 臨床検査科 小西 康宏
 今 信一郎

臨床経過

70歳女性。約3年前に腎の異常を指摘されるも精査を拒否し放置していた。心窩部痛、食欲低下、黒色便が出現し、3日後には全身の倦怠感が増強し自力座位も困難になったため救急車にて救急外来搬入となった。搬入時現症では眼瞼結膜に貧血を認めたが眼球結膜に黄疸は認めず、胸部は聴診上異常なく、腹部においてもグル音は正常であり肝脾その他の腫瘍は触知しなかった。表在リンパ節および甲状腺は触知せず、下腿浮腫や神経学的異常も認められなかった。消化器科において内視鏡検査を施行し出血性十二指腸潰瘍を認めたため止血術を行った。胸部X線写真および胸部CT検査にて多発する転移性肺腫瘍が疑われた。腹部CT検査において水腎症あるいは腎嚢胞を疑う所見を認めたため、精査加療のため泌尿器科に転科となった。転科後の逆行性腎盂造影にて右尿管腫瘍が疑われた。腹部CT、MRI検査にてリンパ節腫脹の多発が認められた。尿細胞診によって尿路上皮癌を推定する陽性像が得られたため右尿管癌と診断し化学療法を行った。化学療法はMVAC療法(MTX、VLB、ADM、CDDP)の全身化学療法が選択された。1コース目の経過中、吐き気、嘔吐、便秘に対しては対症療法を行い好中球減少に対してはノイトロジンの投与によって回復が得られていた。しかし、MVAC療法2コース目の経過中に発熱とともに好中球の減少が再び発生し、ノイトロジンの投与によっても好中球数の回復が得られなかった。腹部X線像においてイレウス像が見られ、血液所見ではDICが疑われた。第42病日に意識消失、ショック状態となり治療に反応せず死亡した。DICやイレウスの原因、および尿管腫瘍の状態の検索を目的として剖検を依頼した。

病理解剖診断

1. 右腎盂尿管癌、尿路上皮癌、G3>G2、転移：
両肺、肝、傍大動脈リンパ節 2. 好中球減少性小腸大腸炎 3. 右水腎症 4. 骨髄低形成 5. 食道びらん 6. 左室肥大 7. 子宮筋腫 8. 右卵巣嚢胞

十二指腸潰瘍で発症し精査によって尿管癌が発見された症例である。抗癌剤による治療が選択されその経過中に好中球減少性小腸大腸炎を発症したと考えられる。腸管の粘膜にはびらん性的変化が目立ち細菌の増殖を伴っているが好中球などの炎症細胞の反応は認められず敗血症性ショックを来したものと考えられた。消化管の著明で広範な感染がイレウスやDICの原因となったものと考えられた。尿管には臨床的に捉えられていた乳頭状の尿路上皮癌が存在したが、腎盂にも浸潤性で細胞異型の強い尿路上皮癌を認めた。

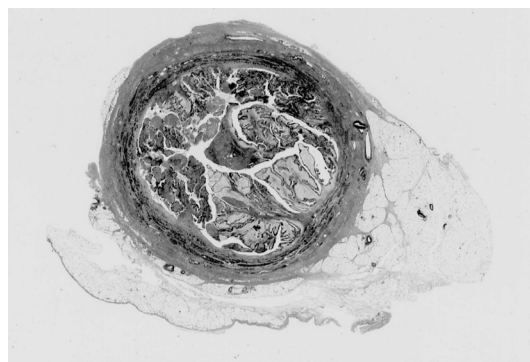
好中球減少性小腸大腸炎について

一般的には盲腸を主座とし回腸末端から上行結腸におよぶ無顆粒球性蜂窩織炎である。急性白血病などの造血器腫瘍に対する化学療法に伴って生じるものが大部分であり本例のような固形癌の化学療法に伴って発生した報告例は皆無である。急激な経過を示し致死率が高い。発生機序として考えられているのは、化学療法により細胞回転の早い消化管粘膜が損傷を受ける。骨髄抑制に伴う高度の好中球減少により腸内細菌が腸管壁に侵入する。腸管壁で細菌が増殖しエンドトキシンの産生、敗血症、腸管壁の壊死を引き起こし、時に腸管の穿孔を引き起こす。

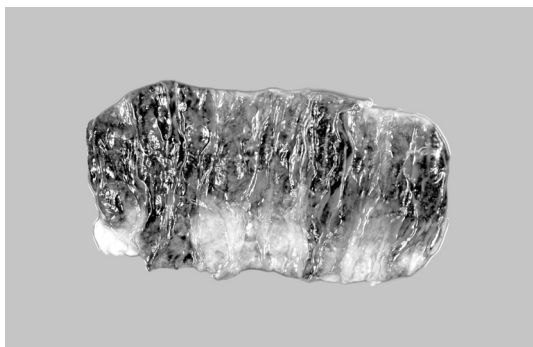
逆行性腎盂造影



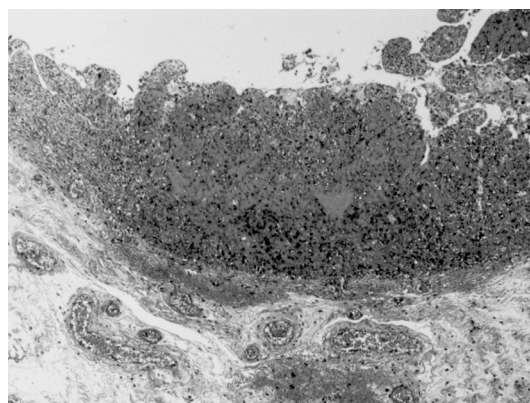
逆行性腎盂造影において下部尿管に腫瘍性病変が確認された。



下部尿管には内腔を閉塞するように隆起性の腫瘍を認める。



腸管には出血を伴うびらん性の変化が広範に認められる。



腸管粘膜面のびらん性病変に好中球の反応がほとんど認められない。