



中津市民病院 臨床の実際

Nakatsu Municipal Hospital

No. 1 May , 2016

1. 術前化学療法が著効した胃癌切除症例
2. 胆嚢ポリープを放置していたら・・・
3. 膀胱原発びまん性大細胞型
B 細胞性リンパ腫(DLBCL)の2例
4. 乳児の RS ウイルス感染症について



研修医マスコット

中津市立 中津市民病院

お問い合わせは中津市民病院（電話：0979-22-2480）まで

ホームページアドレス <http://www.city-nakatsu.jp/hospital/index.html>

中津市民病院 臨床の実際の発刊について

平素より先生方には貴重な症例をご紹介いただき、大変お世話になっております。また、中津市民病院の運営につきましては、ご理解と御協力を賜りまして厚くお礼申し上げます。

さて、毎月発行していましたが本院の「ダイジェスト」につきましては、長年ご愛読いただきましたが、今回掲載内容の見直しを図ることになりました。

今後は、各科からの症例報告記事を中心に2ヶ月に一度の発行を予定しております。

今後もお愛読よろしくお願ひ申し上げます。

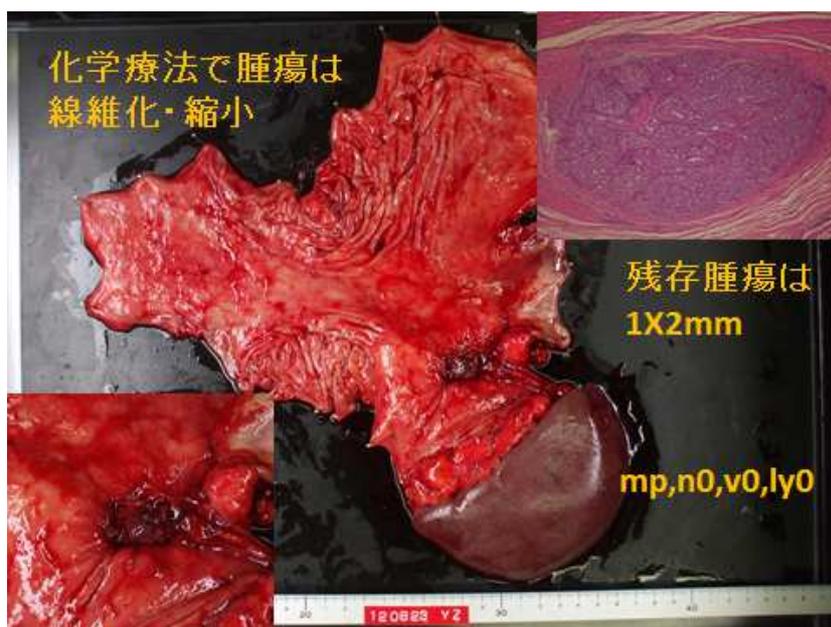
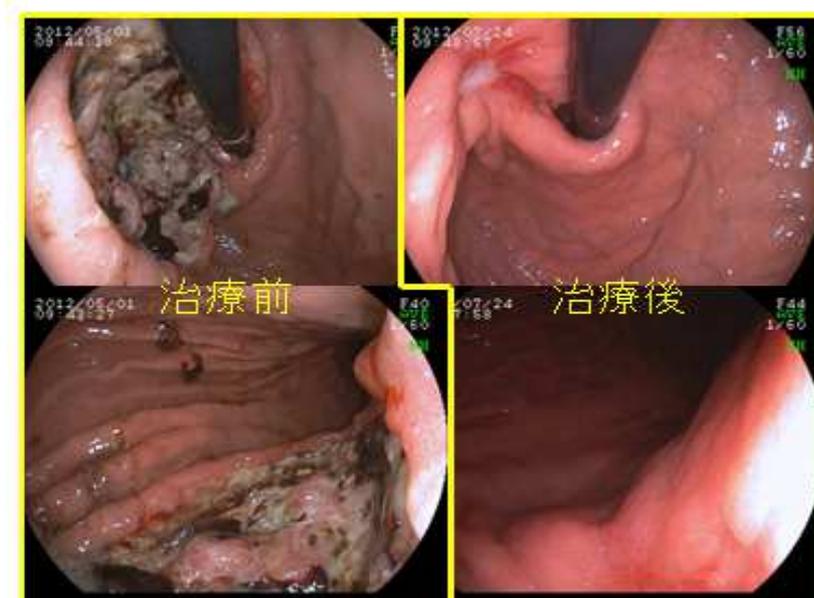
副院長 日高 啓

術前化学療法が著効した胃癌切除症例

60代男性：IV期進行胃癌

【経過】噴門部原発進行癌でCTにて傍大動脈リンパ節転移（cM1）と臍浸潤（cT4）が認められたため、CDDP+TS1による術前化学療法を行った。2クール終了後にリンパ節転移巣の消失が得られたので、胃全摘・臍体尾脾合併切除による根治切除を施行した。切除標本の病理学的検査では、原発巣にも化学療法が著効しており、腫瘍は繊維化・縮小し、固有筋層内に1×2mmの残存腫瘍が認められるのみであった（pT2）。

治療前後の内視鏡所見



（院長 是永 大輔）

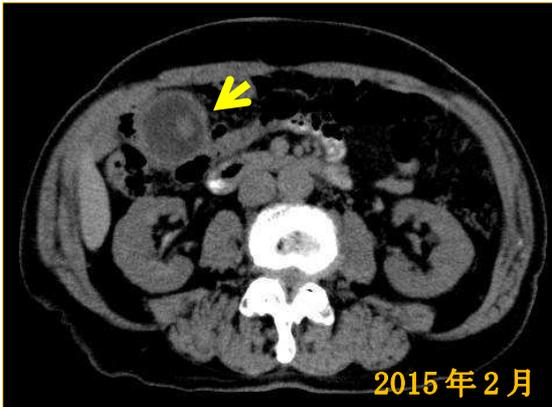
胆嚢ポリープを放置していたら・・・

89歳 男性 進行胆嚢癌

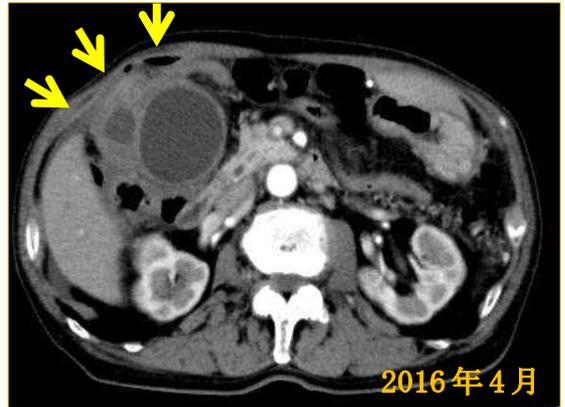
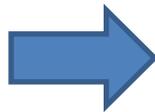
【経過】

2015年2月にたまたま施行された腹部エコー検査で11mmの胆嚢ポリープを指摘された。癌の可能性を考慮して手術を勧めたが、本人は症状がないことから手術を拒否された。2016年3月に発熱あり来院。精査で胆嚢癌による胆嚢炎と診断された。胆嚢壁は肥厚しており、肝臓や腹壁との境界が不明瞭で癌の浸潤が疑われた。5月に手術を施行するも腹腔内に無数の腹膜播種を来しており手術不能な状態であった。

CT検査

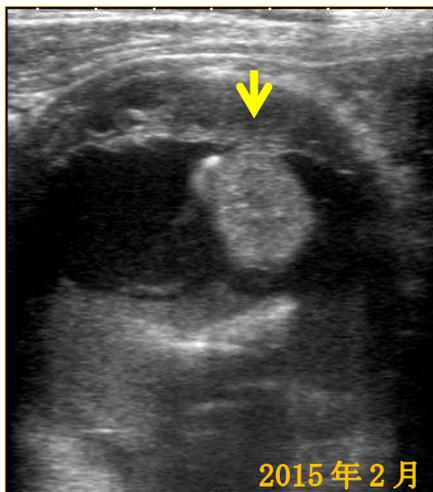


胆嚢底部のポリープ

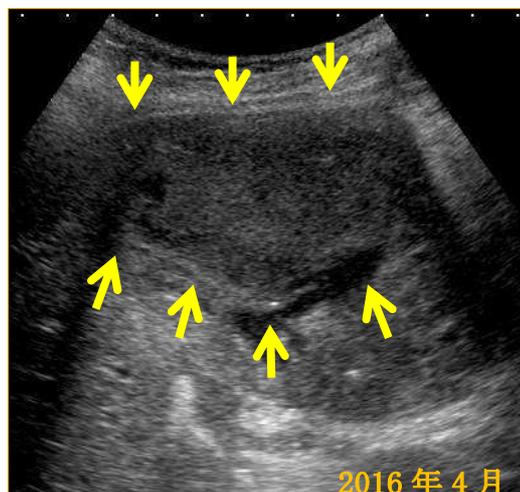
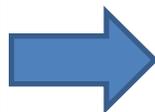


胆嚢と周囲臓器の境界不明瞭

超音波検査

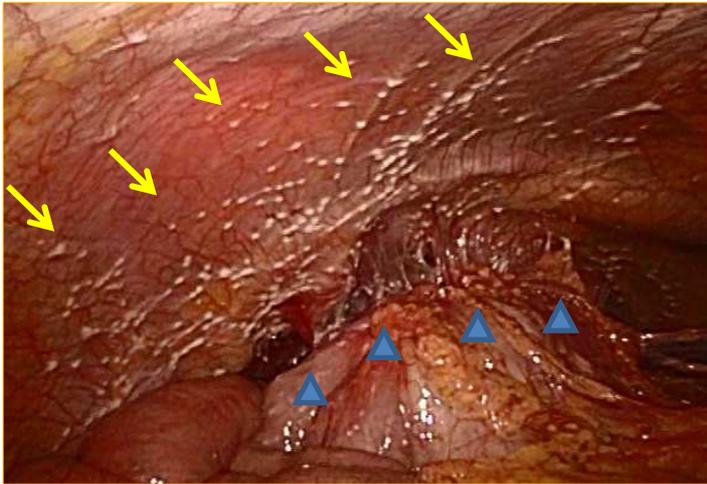


径11mmの胆嚢ポリープ



腫瘍が胆嚢底部に充満

手術



→ : 無数の腹膜播種巣

▲ : 胆嚢は大腸に被覆されており腹壁と癒着

【考察】

超音波エコー検査で胆嚢ポリープの大きさが 10mm 以下であれば癌の可能性は 6%, 10mm 超で 24%, 15mm 超で 61%と報告されている。本症例のように 10mm を超える胆嚢ポリープは少なくとも放置してはいけないと改めて考えさせられた。

(外科 永田 茂行)

膀胱原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫(DLBCL)の 2 例

膀胱原発悪性リンパ腫は非常に稀であり、節外性非ホジキンリンパ腫の 0.2%にすぎない (Freeman¹⁾らによれば 1467 例中 2 例のみ) とされる。欧米では 1885 年に Eve ら²⁾が、本邦では 1943 年に緒方ら³⁾が最初の報告をしており、本邦での報告例は学会発表分の含め現在までに 120 例程度である。

症例 1

症例 86 歳男性

既往歴 57 歳 脳梗塞 72 歳 糖尿病 73 歳 前立腺肥大手術
73 歳 大腸ポリープ切除

生活歴 喫煙 20 本/日×40 年 57 歳禁煙 飲酒 焼酎 5 合-1 升/日×60 年

家族歴 父 脳出血 母 心臓病

現病歴 2014 年 4 月上旬より肉眼的血尿あり、尿路感染症を疑って抗生剤処方されたが改善しなかった。その後、近医にて CT を施行、膀胱腫瘍による膀胱タンポナーデ及び左水腎症を疑われ、当院泌尿器科紹介受診。

入院時現症

身長 151cm, 体重 50.1kg, 体温 36.8℃, 脈拍 89/min, 血圧 126/65mmHg

体表部に明らかなリンパ節腫大なし。頭頸部 結膜にて貧血、黄疸なし。

咽頭発赤なし。口腔内異常なし。胸部 心音 正常 呼吸音 正常

腹部 平坦、軟。肝脾腫なし。四肢 両下肢浮腫なし。出血斑なし。

膀胱鏡 膀胱内に凝血塊の散在あり、膀胱壁は浮腫状で血管怒張あるも明らかな腫瘍性病変を認めず。

検査所見

末梢血では Hb 9.8g/dl と貧血を認めた。検尿では蛋白、潜血を認めた。尿細胞診では、class II であった。生化学では LDH 310IU/l と上昇を認めた。腎機能は Cr 1.56mg/dl と悪化していた。尚、SIL2R 4220IU/ml と著増していた。

画像所見(図 1a, b)

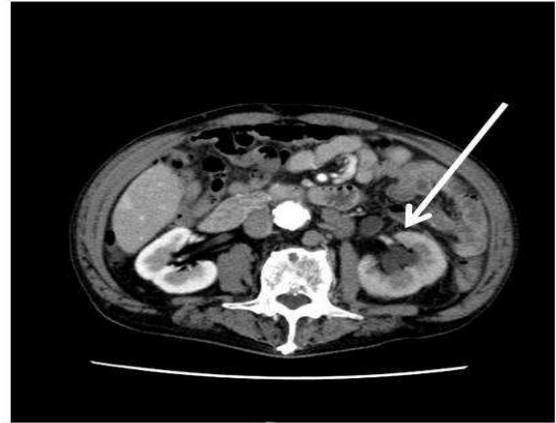
2014 年 4 月 15 日 CT

骨盤内左側に境界不整な軟部腫瘍をあり。膀胱後壁-左側壁や前立腺や骨盤との境界不明瞭で浸潤性と考えられる。両側内外腸骨動脈領域や左腎レベルの傍大動脈に多数のリンパ節腫大あり。左尿管は腫瘍に巻き込まれ、上流の左腎盂尿管の拡張を認め、左水腎尿管症の所見。肺野、縦隔、頸部に異常を認めず。

図1a



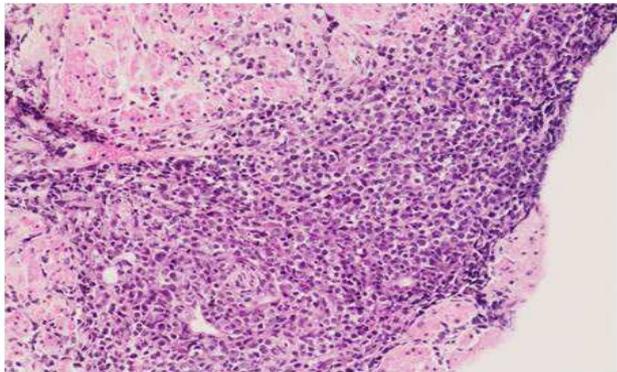
図1b



病理組織診 経直腸的針生検 (図 2a, b)

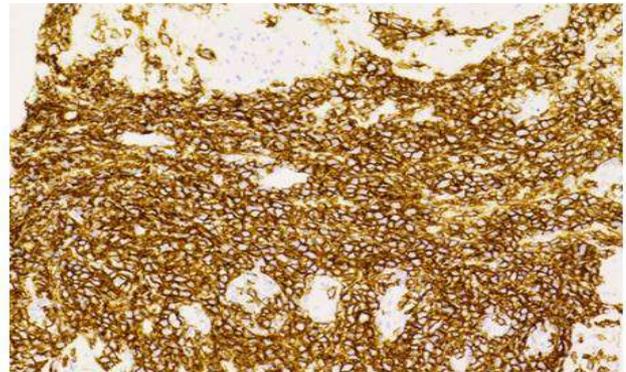
大型のリンパ系腫瘍細胞がびまん性に増殖しており免疫染色では CD20 陽性、CD3 陰性であった。

図2a



HE染色 200倍

図2b



免疫染色 CD20陽性 200倍

臨床経過

泌尿器科にて経直腸的膀胱内腫瘍生検施行し DLBCL と診断。骨髓検査では明らかな浸潤を認めなかった。病期 stage IIEA, IPI 3(年齢, LDH, PS) High-intermediate とした。5月7日、減量 CHOP1 コース目 (CPM $750 \times 0.7 = 525 \text{mg/m}^2$, VCR $1.4 \times 0.7 = 1 \text{mg/m}^2$, ADM $50 \times 0.7 = 35 \text{mg/m}^2$, PSL 70mg/日 $\times 5$ 日)、6月2日に減量 CHOP2 コース目施行。6月27日に減量 R-CHOP(リツキシマブ 375mg/m^2)3 コース目, 7月18日に減量 R-CHOP4 コース目施行。副作用として血球減少時に尿路感染を繰り返すため、それ以後の化学療法は中止した。部分寛解となり、外来経過観察していたが、2015年4月より SIL2R, LDH 増加しリンパ腫再発と判断、癌化学療法の希望なく4月28日永眠された。

症例 2

症例 79 歳男性

既往歴 64 歳 糖尿病 66 歳 心筋梗塞 ステント挿入 バイアスピリン開始

生活歴 喫煙 20 本/日×47 年 67 歳禁煙 飲酒 焼酎 1 合/日×58 年

家族歴 父 肝臓癌 母 脳卒中 弟 糖尿病

現病歴 2014 年 10 月中旬に肉眼的血尿あり、10 月 27 日、当院泌尿器科受診。

入院時現症

身長 163.6cm, 体重 60.2kg, 体温 36.6°C, 脈拍 83/min, 血圧 111/51mmHg

体表部にリンパ節腫大なし。

頭頸部 結膜にて貧血、黄疸なし。咽頭発赤なし。口腔内異常なし。

胸部 心音 正常 呼吸音 正常。腹部 平坦、軟。肝脾腫なし。

四肢 両下肢浮腫なし。出血斑なし。

膀胱鏡 膀胱三角部に非乳頭状の粘膜下腫瘍を認める。

検査所見

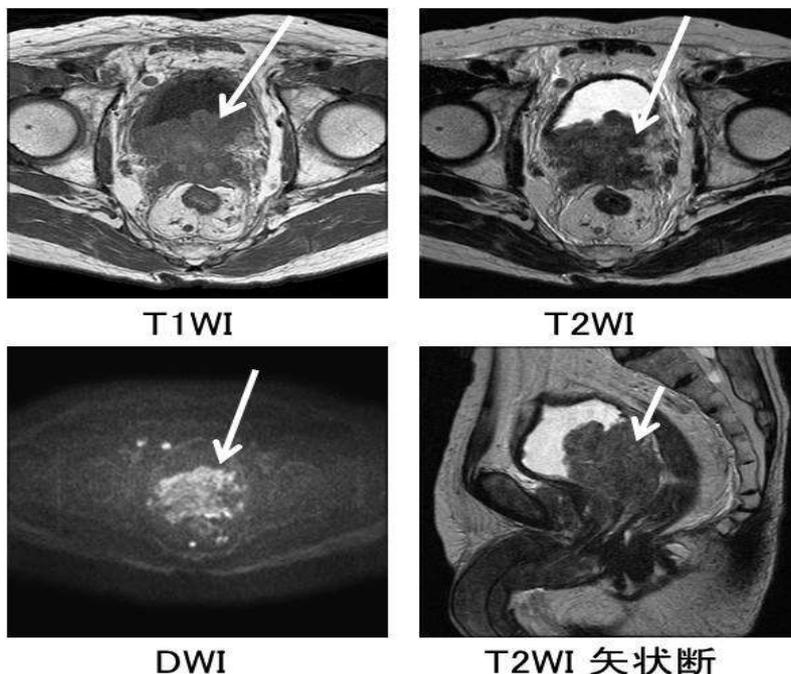
末梢血では Hb 11.0g/dl と貧血を認めた。検尿では蛋白(±)、潜血(3+)を認めた。生化学では LDH 281IU/l と上昇を認めた。腎機能は Cr 1.50mg/dl と悪化していた。尚、SIL2R 6540IU/ml と著増していた。

画像所見 (図 3)

2014 年 10 月 31 日 MRI

膀胱の背側の壁肥厚と膀胱内腔に突出する腫瘍を認める。T1WI, T2WI とともに膀胱壁と同程度の信号強度。DWI 高信号。腫瘍内部に DWI がやや低下し T2WI で高信号を呈している部分を認め、同部の壊死が疑われる。

図 3

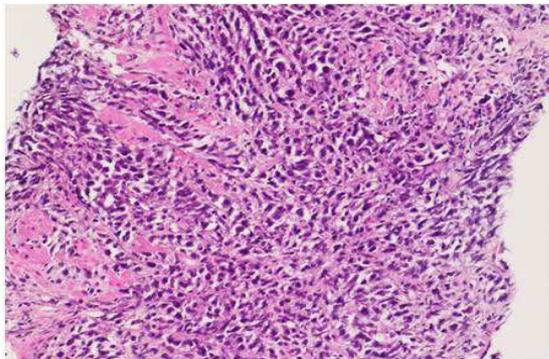


病理組織診 (図 4a, b)

経直腸的針生検

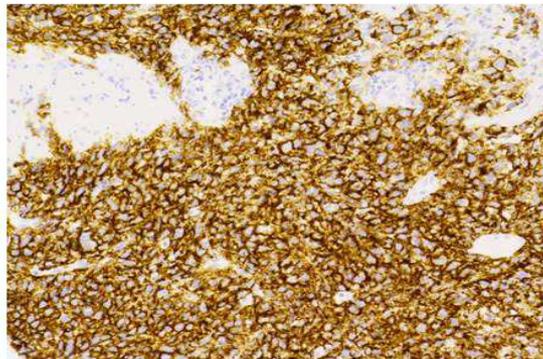
大型のリンパ系腫瘍細胞がびまん性に増殖しており免疫染色では CD20 陽性、CD3 陰性であった。

図4a



HE染色 200倍

図4b



免疫染色 CD20陽性 200倍

臨床経過

泌尿器科にて経直腸的膀胱内腫瘍生検施行し、DLBCL と診断。胸部 CT にて右肺門部にリンパ節腫大を認めた。骨髄検査では明らかな浸潤を認めなかった。病期 stage III EA, IPI 3 (年齢, LDH, 病期) High-intermediate とした。慢性便秘にて VCR を省いたプロトコールにて 11 月 10 日より THP-CP (THP 30mg/m², CPM 500mg/m², PSL 30mg/m²/日×5 日)、12 月 1 日より R-THP-CP (リツキシマブ 375mg/m²)、2015 年 1 月 5 日より R-THP-CP3 コース目、2 月 3 日より R-THP-CP4 コース目を施行。3 月 2 日より VCR を含めた R-THP-COP (VCR 0.7mg/m²) 5 コース目、3 月 30 日より R-THP-COP6 コース目施行。ほぼ完全寛解となった。しかし 2015 年 11 月に敗血症、DIC となり、抗生剤にてやや改善するも 12 月 2 日、SIL2R 13700U/ml と上昇しておりリンパ腫再発と判断。化学療法の希望なく 2016 年 1 月 1 日永眠された。

考察

膀胱原発悪性リンパ腫の組織分類は、Simpson ら⁴⁾の報告によると、MALT リンパ腫が約 45%、DLBCL が約 15% である。しかし、MALT リンパ腫の概念が定着したのは比較的最近であり、WHO 分類がなされた報告例は、ほぼ MALT リンパ腫か DLBCL であるため、実際の MALT リンパ腫の割合はもっと多いと推測される。LSG 分類または WHO 分類がなされた本邦例 87 例において、LSG 分類での濾胞性中細胞型、びまん性小細胞型、びまん性中細胞型を MALT リンパ腫等を含め、びまん性混合型、びまん性大細胞型を DLBCL 等を含めて検討した (表 1)。MALT リンパ腫等 69% に対し DLBCL 等 30% で、本邦では DLBCL 等の割合が高くなった。また、男女比については、MALT リンパ腫等にて男女比 1:7 と女性が圧倒的に多かったが、DLBCL 等においては男女比 1:1.3 とやや女性が多くなった。発症年齢については、MALT リンパ腫

等 平均 66.9 歳、DLBCL 等 平均 70.5 歳と DLBCL 等の方が高く、Simpson らの報告(MALT リンパ腫等 平均 68.7 歳、DLBCL 等 平均 58.8 歳)と逆転していた。

膀胱原発悪性リンパ腫の部位としては、本邦例の検討においても既報と同様、側壁、三角部、頂部、後壁に多く、頸部、前壁には比較的少なかった。

症状については、本邦例の検討では、血尿 72%、排尿障害(頻尿、排尿困難、排尿痛、残尿感、尿閉等)40%であった。Salem ら⁵⁾は、慢性膀胱炎の既往を 23%に認めたとしている。

治療については、1990 年以降は手術療法(全摘)から化学療法、放射線療法といった膀胱保全を図る治療法が中心となっている。本邦例での検討では、全摘の割合は、1980 年以前は約 60%，1980 年代では約 20%，1990 年代では約 8%，2000 年以降は約 6%と減ってきている。また MALT リンパ腫等では、限局期では放射線単独、化学療法単独、化学療法+放射線が多く、進行期では化学療法単独が多い。さらに DLBCL 等では、限局期、進行期ともに化学療法単独が多い。最近では、造血器腫瘍ガイドラインに沿った治療法がなされることが多くなってきている。

表1 本邦報告例87例(本症例2例を含む)の内訳

LSG分類における濾胞性中細胞型、びまん性小細胞型、びまん性中細胞型はMALTリンパ腫等に含めた。びまん性混合型、びまん性大細胞型はDLBCL等に含めた。それぞれの%は不詳を除いた割合。

組織分類	男女計	男性	女性	発症時平均年齢
MALT リンパ腫等	48例(69%)	6例(12%)	42例(88%)	66.9歳
DLBCL 等	21例(30%)	9例(43%)	12例(57%)	70.5歳
BL	1例	0例	1例	82歳
不詳	17例	8例	9例	
計	87例	23例(26%)	64例(74%)	66.5歳

濾胞性中細胞型 4例、びまん性小細胞型 9例、びまん性中細胞型 18例、MALTリンパ腫 17例→ MALTリンパ腫等 48例

びまん性混合型 5例、びまん性大細胞型 9例、DLBCL 7例→DLBCL等 21例

文献

- 1) Cancer 29:252-260, 1972
- 2) Trans Path Soc London 36:284, 1885
- 3) 日本医事新報 22:1061, 1943
- 4) Urol Ann 7:268-272, 2015
- 5) J Urol 151:1162-1170, 1994

(内科 平瀬 伸尚)

乳児のRSウイルス感染症について

はじめに

RSウイルスは、幼児・成人に感染した場合は上気道炎などの風邪症状を引き起こし、あまり重篤化することは多くありません。しかしながら、乳児に感染した場合は、細気管支炎や肺炎が重篤化しやすく、また生後3か月頃までは鼻汁増加により哺乳不良を起こしたり、無呼吸発作による突然死につながる場合もあるため、感染に注意が必要なウイルスです。

今回は当院小児科のRSウイルス感染症による入院事例から、発症予防について検討したいと思います。

症例1

日齢15の新生児 姉二人に発熱を伴わない感冒様症状あり。咳嗽、鼻汁、発熱、哺乳力低下がみられ、近医にてRSウイルス感染(+)の診断の後、当院紹介入院となった。WBC 18400/ μ L(N/L 59.6/31.0%), CRP 4.28mg/dLと高値であり、細菌感染併存の可能性も考慮し、髄膜炎を除外し各種培養を提出した上で抗菌薬(CTX 150mg/kg/day)投与を行った。また輸液、メプチン吸入、鼻汁吸引、酸素投与、対症療法的な薬剤服用(ソロブテロール・アンブロキシソール・プラシルカスト)で加療と経過観察をおこない、入院6日後に全身状態改善し退院となった。

症例2

日齢21の新生児 兄がRSウイルス罹患中。同時期より患児にも鼻汁増加、咳嗽あり。発熱、哺乳力低下、活動性低下、呼吸苦がみられ、近医にてRSウイルス感染(+)の診断の後、当院紹介入院となった。輸液・吸引吸入、酸素投与、対症療法的な薬剤服用で加療と経過観察を行い、入院6日後に全身状態改善し、退院となった。

上記2症例は兄弟に感冒様症状があったものの、兄弟・乳児間の感染対策が十分に行われておらず、また基礎疾患のない乳児においてもRSウイルス感染は重篤化する場合があることを保護者が知らなかった症例でした。感冒様症状がある兄弟はできる限り乳児との接触を避け、また飛沫感染対策として感冒様症状がある兄弟にマスクを着用させること、接触感染対策として日常的に触る部位にアルコールなどで消毒をおこなうこと、流水・石鹸による手洗いをこまめに行わせることが対策として挙げられます。

おわりに

RSウイルスは広く流行するウイルスであり、このような兄弟間の感染対策を行ったとしても感染を防げない可能性はありますが、保護者が感染対策の必要性を知っていることは重要です。生後間もない乳児が入院となった保護者の不安を取り除くためにも、幼児のRSウイルスを診断した場合、兄弟に乳児がいないかを確認したうえで保護者に感染対策の指導を行う必要があります。

(研修医 平田直子)