

合同症例検討会
「埼玉県内科医会および日本内科学会内科専門医部会による
合同臨床カンファレンス」

発熱、左下腹部痛で来院し、
白血球、血小板増加を呈した 66 歳症例

平成 21 年 10 月 12 日

第 23 回 日本臨床内科医学会

大宮ソニックシティ 小ホール

66 歳 男性

【主訴】発熱、左下腹部痛

【既往歴】53 歳～高血圧：ノルバスク(2.5)1T1×、ディオバン(80)1T1×内服中

【家族歴】父:高血圧

【生活歴】喫煙；10～30 本/日×50 年、飲酒歴なし

【職業歴】チョコレート生産工場勤務

【現病歴】H20.7 月頃より、数日間つづく食欲低下、体動時の左下腹部痛、腹部膨満、便秘を認めるようになったが、食欲低下、左下腹部痛は便通後に消失したため、様子をみていた。

8 月下旬～9 月には発熱があり、体重が 2 ヶ月で約 8kg 減少（58kg→50kg）した。9 月 20 日に近医を受診し、フロモックスを処方されたが改善しなかった。触診上、肝脾腫と思われる著明な腹部腫瘤を認め、血液検査では WBC 24100/μl, RBC 405 万/μl, Hb 9.7g/dl, Hct 31.8%, Plt 85.7 万/ul と白血球増多、貧血、血小板増多があり、慢性骨髄性白血病（CML）を疑われ 9 月 26 日に当科を紹介受診した。

当科初診時、胸部は異常所見なく、腹部触診上季肋下に肝を 5cm、脾を 9cm 触知した。血液検査で Amp-CML 検査を行い、Major bcr-abl mRNA は陰性であったため、CML は否定的であった。10 月 8 日に骨髄穿刺を行い、1 ヶ月後の再診とした。

10 月中旬に悪寒振戦を伴う 39℃～40℃ 台の発熱と腹部症状を認め、近医を受診しフロモックス、ポラミン、ダーゼンを処方されたが改善を認めず、排便により軽快した。10 月下旬にも同様の症状を認めた。

11 月 8 日に当科を再受診。骨髄穿刺の結果（有核細胞数 7.0 万/μl、巨核球数 16/μl、M/E 3.84、芽球 0.4%、染色体 46, XY）と血小板数が 122.7 万と更に増加していたため、本態性血小板血症と診断し、同日よりハイドレア 1000mg/day の投与を開始した。

11 月 11 日より 39℃ 前後の発熱および上述したような腹部症状を認めたため、11 月 14 日に外来を受診。脾腫による左下腹部痛を疑われた。また、前回受診時の検便で便潜血陽性であったことから消化管出血も疑われ、発熱・左下腹部痛・便潜血陽性の精査加療を目的に同日緊急入院となった。

【入院時身体所見】身長 測定できず、体重測定できず、BT 35.8℃, BP 90/66mmHg, HR 124 回/min, RR 18 回/min

眼瞼結膜：貧血(+)、眼球結膜：黄染(-)

口腔内：発赤(-)、腫脹(-)、白苔(-)

頸部、腋窩、鼠径リンパ節腫脹(-)、甲状腺：np、頸静脈怒張(-)

呼吸音：清・副雑音なし、心音：S1→S2→S3(-)S4(-)、心雑音(-)

腹部：硬、膨隆（右 6cm、左 15cm、辺縁平滑）B/S 正常、圧痛(+)、反跳痛(-)

下腿浮腫(-)

【検査所見】

[血液検査]

(血算) WBC 46300/ μ l (BAND 36.0%, SEG 49.5%, MONO 5.0%, LYMPH 9.5%), RBC 3.93 万/ μ l, Hb 8.8g/dl, Ht 28.6%, Plt 90.9 万/ μ l, RET 0.97%

(生化学) T-bil 0.4mg/dl, D-Bil 0.1mg/dl, AST 13IU/l, ALT 9IU/l, LDH 177IU/l, ALP 507IU/l, γ -GTP 76U/l, Ch-E 115IU/l, TP 6.2g/dl, Alb 1.8g/dl, LDL-C 75mg/dl, T-Chol 128mg/dl, TG 118mg/dl, HDL-C 15.6mg/dl, Glu 224mg/dl, Amylase 8IU/l, UA 5.4mg/dl, BUN 25mg/dl, Cr 0.61mg/dl, Na 138mEq/l, K 4.6mEq/l, Cl 102mEq/l, Ca 8.5mg/dl, PI 3.0mg/dl, CK 20IU/l, **フェリチン** 460.1ng/ml, FE 8ug/dl, TIBC 135ug/dl

(蛋白分画 11/10) Alb 43.2%, α 1 6.7%, α 2 16.7%, β 13.3%, γ 20.1%

(凝固) PT INR 1.69, aPTT 30.9 (control 30.1)秒, Fbg 748mg/dl, FDP 17ug/ml, D-dimer 2.8ug/ml, AT-3 44%

(免疫) CRP 33.7mg/dl, IgG 1250mg/dl, IgA 390mg/dl, IgM 71 mg/dl

(感染症) STS RPR(-), TPHA(-), HBs-Ag(-), HCV-Ab(-), HIV-Ab(-)

[尿検査] pH 5.0, Gravity 1.029, U-P(1+), U-G(1+), U-OB(-), U-KET(1+), U-BIL(-), WBC 0-4/各視野、細菌(1+)

[便潜血] 陽性 259 ng/ml

[骨髓検査]

(骨髓像 10/8) NCC 7.00×10^4 /ul, MGKCC 16/ul, M/E 3.84, BLAST 0.4%, PROMYELO 0.8%, MYELO 10.0%, META 4.2%, BAND 19.8%, SEG 22.4%, EO-MYELO 0.2%, EO-META 0.2%, EO-SEG 0.6%, BASO 0.4%, MONO 3.2%, LYMPH 20.8%, PLASMA 0.8%, PRO-EB 0.2%, BASO-EB 1.0%, POLY-EB 15.0%,

(骨髓染色体検査 10/8) <核型>46,XY 正常男性核型

(心電図) 心室性期外収縮を認める。

[画像検査]

(胸部 X 線 11/14) 左横隔膜の挙上を認める。

(腹部 X 線 11/14) 腸腰筋陰影の消失、左腹部に広範に濃度上昇域を認める。



発表者一覧

総 合 司 会 :

木 村 文 彦 (防衛医科大学校血液内科教授)

畑 誠 (埼玉県内科医会副会長)

プレゼンター :

佐 藤 謙 (防衛医科大学校血液内科講師)

コメンテーター :

木 村 文 彦 (防衛医科大学校血液内科教授)

光武耕太郎 (埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御科教授)

川 口 淳 (防衛医科大学校消化器内科准教授)

野 津 聡 (埼玉県立がんセンター放射線科副部長)

斎 藤 久 雄 (埼玉県内科医会理事)

藤 本 肇 (ふじもと在宅緩和ケアクリニック院長)

○司会 お待たせいたしました。ただいまより、合同症例検討会、埼玉県内科医会及び日本内科学会内科専門医部会による合同臨床カンファレンス、「発熱、左下腹部痛で来院し、白血球、血小板増加を呈した 66 歳症例」を始めます。

総合司会の防衛医科大学校血液内科教授、木村文彦先生、埼玉県内科医会副会長、畑誠先生、お願いします。

○畑 皆様、おはようございます。きょうは、日本臨床内科学会では初めての試みではないかと思われませんが、私ども埼玉県内科医会は以前より 1 年に 1 回、埼玉県の日本内科学会専門医部会の諸先生方と CPC をやっております。このたび、本学会を引き受けるに当たって、私どもの大島会長から、ぜひこれを日臨内の学会でお披露目してほしいということで、県内の日本内科学会専門医部会の先生方をお願いしまして、快く受けていただきました。

それでは CPC を始めたいと思いますが、その前に、その経緯等をお話しいただけると思いますので、まず、日本内科学会専門医部会の埼玉でのまとめ役をなさっておられます埼玉医科大学副理事長の濱口先生からごあいさつをいただきたいと思います。

それでは濱口勝彦先生、よろしくお願いします。

○濱口 おはようございます。ただいまご紹介をいただきました埼玉の日本内科学会専門医部会の会長の濱口です。

本日は、埼玉県内科医会の主催による第 23 回日本臨床内科医学会において、私ども日本内科学会専門医部会が合同の症例検討会をするということで参加させていただきまして、まことに感謝申し上げます。

ここで簡単に、私が経験してまいりました内科専門医制度、日本内科学会専門医部会、さらに埼玉県内科医会との合同の勉強会についてお話しをさせていただきます。

私は、日本内科学会、内科専門医制度の担任幹事を昭和 52 年から 63 年まで務めておりました。内科専門医制度の発足の意義は、患者さんに質の高い医療を提供するということでした。埼玉県の内科学会専門医部会は、幹事の斎藤久雄先生を初め、内科専門医の熱心な先生方により、平成 6 年 6 月 23 日に第 1 回の症例検討並びに勉強会を始めました。以後、毎年 1 回続けております。

さて、内科医会と内科専門医会との合同症例検討会は、平成 14 年 7 月に第 26 回国際内科学会が京都で行われたときの CPC が初めてだと思います。その会の後で、当時の埼玉県内科医会の副会長、春日善男先生の発案により、埼玉県でも内科医会と内科専門医会との合同症例検討会を行おうということになりました。具体的な発足は、春日善男先生の後を受け継いだ大島会長、本学会の会長ですが、その先生により、平成 16 年 7 月 3 日に第 1 回の合同症例検討会を開始しました。

その後、埼玉県では、毎年 1 回、内科医会と内科専門医会との合同勉強会を続けており、本年のこの学会での勉強会が第 6 回になります。

以上、簡単に紹介申し上げましたが、今後ともよろしくお願い申し上げます。（拍手）

○畑 濱口先生、どうもありがとうございました。

それでは引き続きまして、本学会の開催会長である大島先生、ごあいさつよろしくお願い致します。

○大島 先生方、おはようございます。学会長の大島です。

ただいま濱口先生から大変詳しい経過の説明がありましてお分かりのことと思いますが、私としては、この日本臨床内科医学会が開催された機会に、私どもの会員と勤務を主とされている先生方との勉強を通じて交流の場が広がって、勤務医の先生方にも内科医会にご理解をいただいて入会をしていただき、将来は埼玉県の内科医会並びに日本臨床内科医会をさらに発展させていくことができればいいという思いで、本日、合同症例カンファレンスをこの会で開催させていただいた次第です。先生方、ご協力をよろしくお願い申し上げます。（拍手）

○畑 大島先生、どうもありがとうございました。

それでは、CPC を始めます。

これからは木村文彦先生に司会をお願いします。

○木村 では、早速症例検討に入ります。

畑先生と一緒に司会をさせていただく防衛医大の血液内科の木村です。どうぞよろしくお願い致します。

では、早速プレゼンテーションをしていただきます。

防衛医大の血液内科の佐藤謙先生、よろしくお願いします。

○佐藤 よろしく申し上げます。

症例は 66 歳の男性で、入院時の主訴は発熱と左下腹部痛でした。既往歴には高血圧があって、内服薬を処方されています。家族歴では、お父さんが高血圧でした。

【症例】	66歳 男性
【主訴】	発熱、左下腹部痛
【既往歴】	53歳～高血圧 アムロジピン (2.5) 1T バルサルタン (80) 1T 内服中
【家族歴】	父:高血圧
【生活歴】	喫煙;10～30本/日×50年、 飲酒歴なし
【職業歴】	チョコレート生産工場勤務

現病歴は、平成 20 年 7 月、入院される 4 カ月ぐらい前から、数日間続く食欲低下と体動時の左下腹部痛、腹部膨満、便秘を認めるようになりました。食欲低下、左下腹部痛などの症状は便通後に消失したため、特に受診されずに様子を見られていたということです。

8 月下旬から発熱と体重減少（2 カ月で 8 キログラム）が見られました。9 月 20 日に近医を受診され、抗菌薬を処方されましたが、改善傾向がなかったということです。

同医で触診上、肝脾腫と思われる著明な腹部腫瘤を認め、血液検査所見として白血球が 24100、ヘモグロビン 9.7、血小板 85.7 万と、白血球増多、貧血、血小板増多があり、慢性骨髄性白血病（CML）を疑われ、9 月 26 日に当科の外来を紹介受診されました。

現病歴(1)

平成20年7月頃より、数日間つづく食欲低下、体動時の左下腹部痛、腹部膨満、便秘を認めるようになったが、食欲低下、左下腹部痛は便通後に消失したため、様子をみていた。

8月下旬から発熱と体重減少(2ヶ月で約8kg、58kg→50kg)がみられた。9月20日に、近医を受診し、抗菌薬(セフカペン)を処方されたが、改善しなかった。

同医で触診上、肝脾腫と思われる著明な腹部腫瘤を認め、血液検査にてWBC 24100/ul, Hb 9.7g/dl, Plt 85.7万/ulと白血球増多、貧血、血小板増多があり、慢性骨髄性白血病(CML)を疑われた。

9月26日に当科を紹介受診した。

当科の初診時は、胸部所見には異常がなく、腹部触診で、この当時は肝脾腫と考えていましたが、肝臓を6センチ、脾臓を15センチぐらい触知しています。CMLが疑われたということで、簡便な鑑別検査としてAmp-CML検査を行い、major bcr-ablのmRNAを測定しましたが、陰性でした。ということでCMLは否定的でしたが、10月8日に他の慢性骨髄増殖性疾患を疑って骨髄穿刺を行い、1カ月後に結果をお話することにしました。

10月中旬に悪寒戦慄を伴う39度台の発熱と左下腹部痛が再び出現し、また近医を受診して、同じように抗菌薬の投与をうけていますが、このときもまた排便により軽快しており、10月下旬にも同様の症状を認めているということです。

現病歴(2)

当科初診時、胸部は異常所見なく、腹部触診で、季肋下に肝を6cm、脾を15cm触知した。血液検査でAmp-CML検査を行い、Major bcr-abl mRNAは陰性であったため、CMLは否定的であった。10月8日に骨髓穿刺を行い、1ヵ月後の再診とした。

10月中旬に悪寒戦慄を伴う39 ~ 40 度の発熱と左下腹部痛が出現した。近医を受診し、セフカペン、d-クロルフェニラミン、セラペプターゼを処方されたが改善を認めず、排便により軽快した。10月下旬にも同様の症状を認めた。

11月8日に骨髓穿刺の結果の説明のために当科を再受診されて、有核細胞数が7万、巨核球数が16、M/Eが3.84と、軽度ですが顆粒球の有意の増多を認めています。芽球は0.4%と増加はなく、染色体は46XYと、正常の男性核型でした。このときの血液検査で血小板数がさらに122.7万と増加していたため、骨髓所見と合わせて本態性血小板血症と診断して、同日より血球数のコントロールのためハイドロキシウレアの投与を開始しています。

その3日後の11月11日に39度前後の発熱と、以前と同様の腹部症状を認め、11月14日に外来を受診されました。外来での診察時に左の下腹部の圧痛が見られたため、脾腫による左下腹部痛を疑いました。

また、外来受診時に含まれていた便潜血で陽性所見が見られたことから、消化管出血も疑われ、発熱、左下腹部痛、便潜血陽性の精査加療を目的にて緊急入院となりました。

現病歴(3)

11月8日に当科を再受診。骨髓穿刺の結果(有核細胞数 7.0万/ μ l、巨核球数 16/ μ l、M/E 3.84、芽球 0.4%、染色体46, XY)と血小板数が122.7万と更に増加していたため、本態性血小板血症と診断し、同日よりハイドロキシウレア 1000mg/dayの投与を開始した。

11月11日より39 前後の発熱および以前と同様の腹部症状を認めたため、11月14日に外来を受診。脾腫による左下腹部痛を疑われた。また、前回受診時の検便で便潜血陽性であったことから、消化管出血も疑われ、発熱・左下腹部痛・便潜血陽性の精査加療目的にて同日緊急入院となった。

入院までの経過は以上です。

○木村 ありがとうございます。

では、ここまでのところでフロアから、症例についてのご質問を少しお受けしたいと思います。どなたかいらっしゃいませんか。もう少しこういうところを聞いておきたいとか、あるいは確認をしておきたいところなどありますか。

○川口 防衛医大の内科の川口ですが、この方は食事による痛みの増悪とかはなかったんでしょうか。排便による腹痛の軽減というのはお示しになられたんですが、いかがでしたか。

○佐藤 食事かどうかという話は、実は聞いていません。ただ、食欲低下がずっとあって、余り食事はとられてなかったことはあります。

○川口 ありがとうございました。

○木村 ほかにいかがですか。

○質問 詳細な経過を検査されているのですが、腹部のCTをまだ提示してないのは、今後のことを考えての上でしょうか。

○佐藤 外来ではCTは撮っていません。入院してから撮っています。

○質問 ということは、後ほど出るということですね。

○佐藤 そうということです。

○木村 かなり核心をつくような質問でしたが、ほかにいらっしゃいませんか。

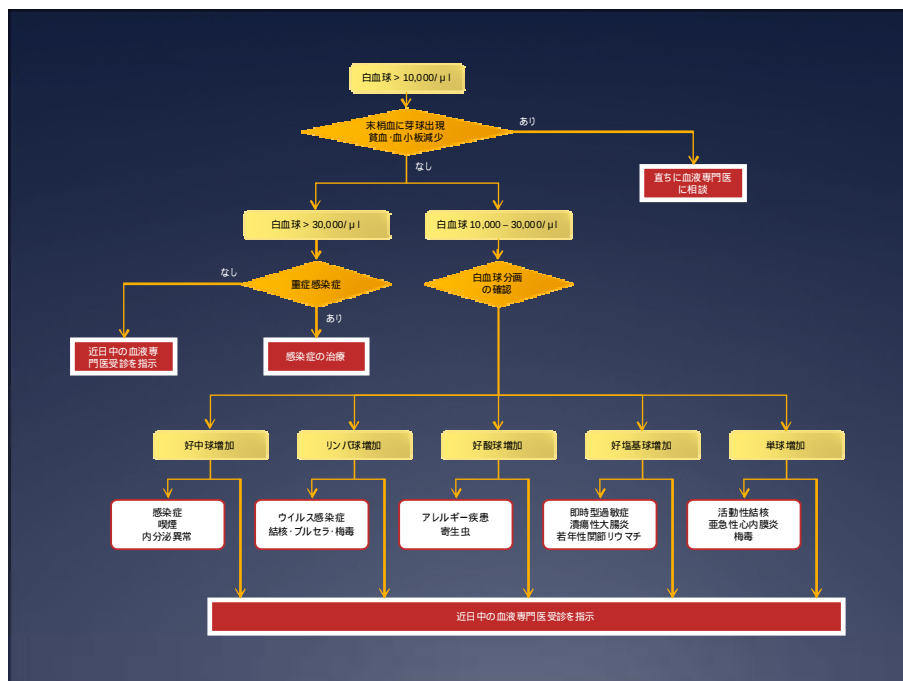
佐藤先生、どうもありがとうございました。後ほどまたおいおい経過等をお話ししていただきます。

○木村 次は、そういう白血球が増加したような患者様にどういうアプローチをしたほうがいいかということについて、私、木村のほうから少しプレゼンテーションをさせていただきます。

通常、白血球が増えた患者様が来られると、私は血液内科ですので、血液内科的な立場からすると、最初に見ていただきたいのは、貧血とか血小板減少があるか、末梢血に芽球が出ていないかどうかということです。芽球が出ていたり、貧血、血小板減少があると、急性白血病の可能性が少しあるので、そういうのは速やかにご連絡をいただきたい。

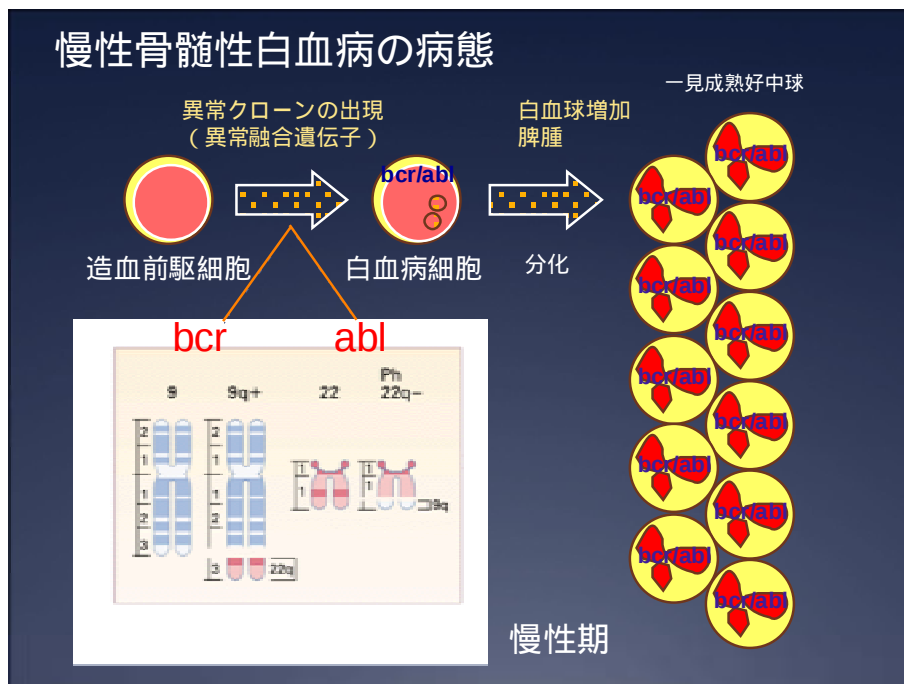
白血球の数でいうと、これはどれぐらいで分けるかはかなり難しいのですが、大体3万ぐらい以上であれば、重症感染症があるかどうかを早目に鑑別をして、重症感染症があれば当然感染症の治療、感染症がなければ血液内科に紹介をしていただきたい。

白血球数がそれ未満、1万から3万ぐらいの間は、白血球の分核、通常の血算のおまけの分核ではなくて、しっかりと百分率でいろんなパーセンテージが出るような分画をはかっていただいて、好中球が増えている、リンパ球が増えている、好酸球が増えている、好塩基球が増えている、単球が増えている、それぞれに応じて、ほかの疾患の鑑別を少ししていただきたい。

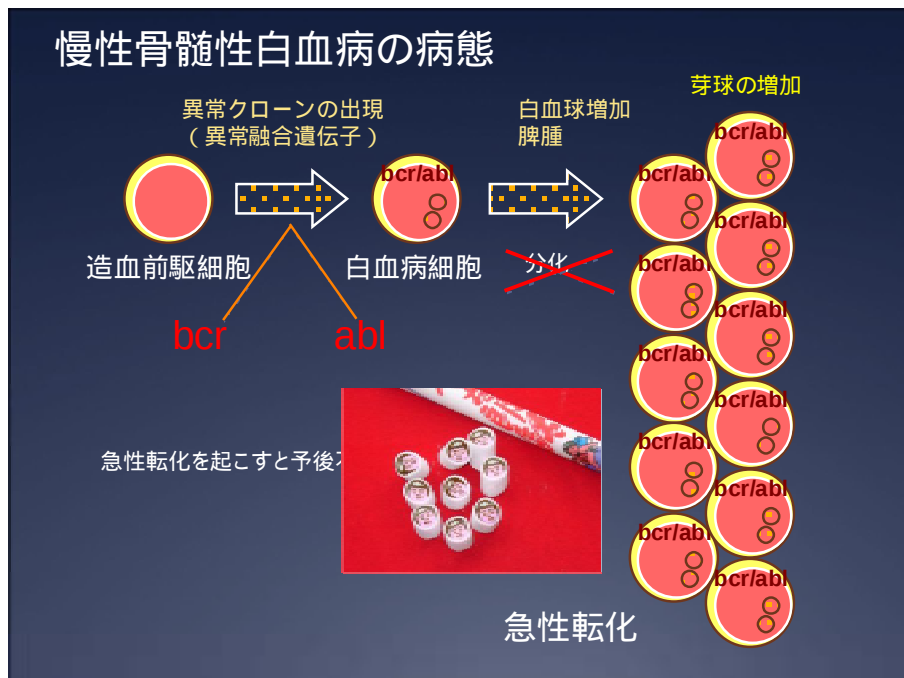


今回の患者様は好中球が増えているということなので、最初は慢性骨髄性白血病ということで紹介になりましたが、慢性骨髄性白血病について、ちょっとだけ整理をさせていただきます。

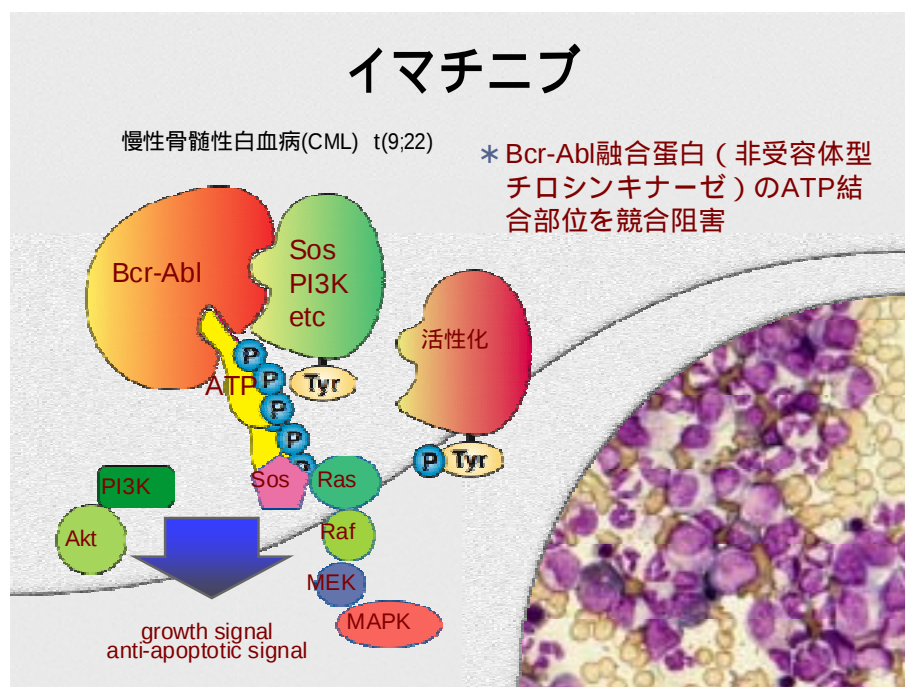
今、慢性骨髄性白血病というのは、9番と22番の転座によって bcr と abl という融合遺伝子ができて、それが病因になっている病気という定義になっています。したがって、慢性骨髄性白血病というためには、bcr-abl の融合遺伝子を何らかの形で証明しないといけません。通常、慢性期の状態では分化はそのまま続いているので、白血球が増える。すなわち、一見成熟した好中球が非常にたくさん増えている状態で脾腫を呈しているということが一般的な症状です。



これもお存じでしょうが、そのうちに急性転化すると、この分化がストップするので、芽球の形態のものが増えてきて、切っても切っても金太郎あめみたいに最後はいっぱい増えてきて、こういうふうになると予後は不良なわけです。



ところが、近年、非常に大きな治療のパラダイムシフトがありまして、ご存じのように、イマチニブというチロシンキナーゼ阻害剤が登場しました。bcr-abl という融合遺伝子は、シグナル伝達系の中で基質を磷酸化して、いろんなシグナルを活性化して、細胞を増えろ、アポトーシスを起こして死ぬなというふうに導いていきます。イマチニブは、チロシンを磷酸化するのに ATP というエネルギーを使うので、この ATP の結合サイトをふさぐことによってこのシグナルを止めて、根本的に病因の機能を止めてしまおうという機序です。

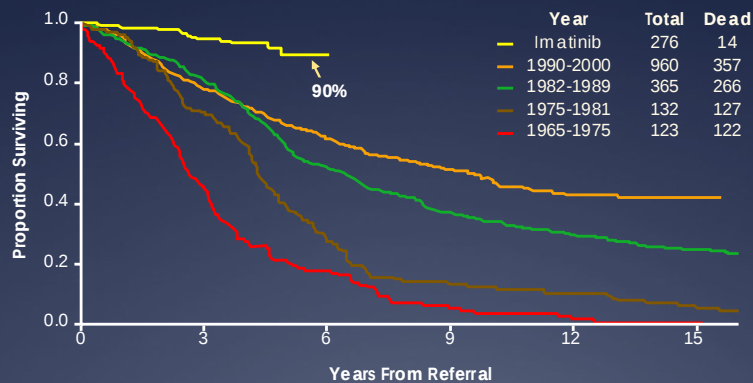


そういう治療が導入された結果、これは M.D.アンダーソンがんセンターの各年代におけるいろんな患者さんの生存曲線を見ていますが、最近、イマチニブ登場以降では、ここで6年ですが、90%ぐらいの全生存率が得られています。

実は慢性骨髄性白血病も、ずっと病期が進行して、後になってくると治療成績が悪いものですから、慢性骨髄性白血病であるかどうかを早く診断をしてあげてイマチニブの治療に持っていきたいところです。

早期慢性期CMLの生存曲線

CMLの早期診断が重要！



The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center database.

どういうときに CML を疑うか。好中球を主体とした白血球の増加があり、肝脾腫があり、血小板が増加する。赤血球は増加しません。むしろ貧血です。そして、好塩基球と好酸球の増加があるときですが、この患者様で当てはまるのは、好中球を主体とした白血球の増加と肝脾腫です。ちょっとクエスチョンがついてあるのは、先ほどご質問もあったように、CT を撮るとちょっと違ったなということです。血小板が増加しているところがあります。貧血も合致します。ただ、好塩基球とか好酸球の増加は、この症例ではありませんでした。

実は、血液内科で診ているときには、好塩基球とか好酸球が増えているかどうかは非常に重視しています。例えば、白血球数が普通でも好塩基球が増えているということで、慢性骨髄性白血病の診断につながっていった患者さんもいらっしゃいます。

CMLを疑うとき

- * 好中球を主体とした白血球の増加
- * 肝脾腫
- * 血小板の増加
- * 赤血球は増加しない(むしろ貧血)
- * 好塩基球・好酸球の増加

初期診断ですが、骨髄穿刺をして、過形成です。先ほどお話ししたように、bcr-ablを確認するのがキーポイントなので、骨髄染色体分析だとフィラデルフィア染色体。末梢血でも染色体分析で FISH 法で bcr-abl の融合遺伝子を確認することができます。これは通常の染色体分析より報告が早く、疑い病名でこれを出すことができます。

それから、先ほどプレゼンテーションの中で出てきました Amp-CML。遺伝子の増幅検査で、そういう遺伝子の検査をすると bcr-abl を確認することができます。1 週間以内に結果が得られると思いますが、ただ、保険上、この辺はよく分かりません。CML の病名が必要かもしれません。疑いでは難しいかもしれません。通常、我々のところではモニタリングに使っている検査です。

それから、bcr-abl の融合の形がちょっと変わった minor bcr-abl というのがあるんですが、それだと検出できません。したがって、普通に出されるなら、末梢血で FISH 法で出されるのが一番いいかと思います。

CMLの初期診断

- * 骨髄穿刺：過形成髄(芽球%で慢性期を確認)
- * 骨髄染色体分析: **Ph染色体**
- * 末梢血染色体分析: **FISH法**でbcr/abl融合遺伝子を確認
- * 末梢血で **AmpCML**: 遺伝子検査でbcr/ablを確認

通常の染色体分析より報告
が早い。疑い病名で可能。

1週間以内に結果が得られる。
CMLの病名が必要？
minor bcr/ablは検出できない。

この症例では、フィラデルフィア染色体陰性なので、そういう慢性骨髄性白血病は存在するのという話ですが、フィラデルフィア染色体陰性であれば、真性多血症本態性血小板血症です。こういう通常、赤血球が増える、あるいは血小板が増えると思われるものも白血球が増えても、それは構いません。したがって、佐藤先生がプレゼンテーションしてくれたように、血小板がもっと増えてきたので、本態性血小板血症という考え方もあります。

その他非典型的な CML というのも、一応病気としては存在しています。その他の骨髄異形成症候群、骨髄増殖性腫瘍というようなものがありますが、その辺になるとかなり稀な疾患になってくるので、血液内科で形態学的な、あるいは染色体とか、いろんな検査が必要になると思われます。

Ph陰性のCML？

- * 真性多血症
- * 本態性血小板血症
- * 非典型的CML
- * その他の骨髓異形成症候群/骨髓増殖性腫瘍



いずれも白血球が増えてもよい

まれな疾患であり
血液内科での精査が必要

最後、まとめると、好中球増加に対するアプローチの tips としては、感染症の除外が非常に重要であるということです。それから、好塩基球の増加があれば CML を疑う。骨髓穿刺をしなくても、末梢血の FISH で CML の診断は可能です。

好中球増加のTIPS

- * 感染症の除外が重要
- * 好塩基球の増加でCMLを疑う
- * 骨髓穿刺をしなくても、末梢血のFISHでCMLの診断は可能

以上です。

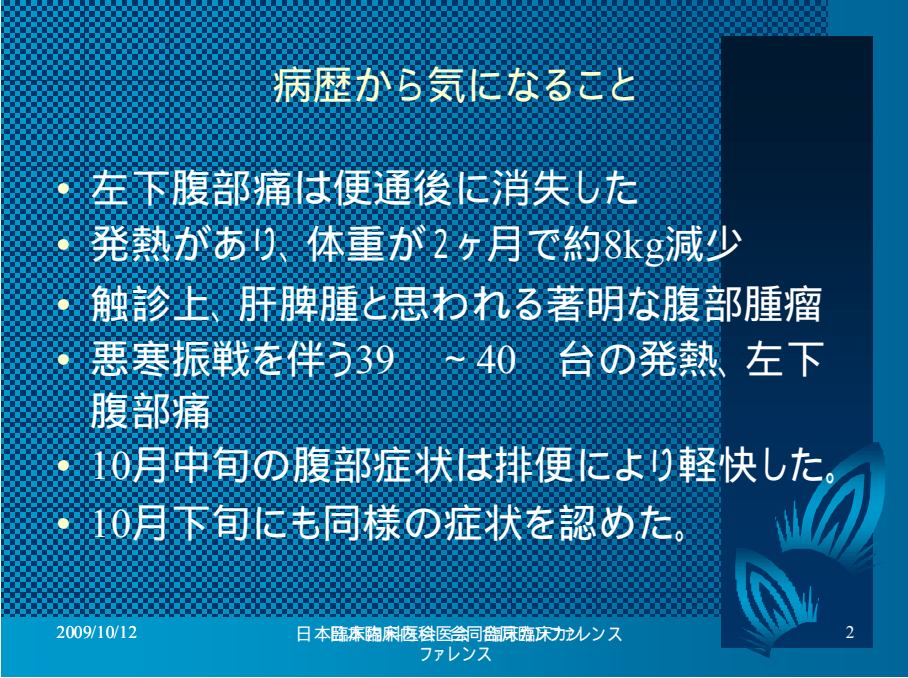
では引き続いて、消化器内科的なアプローチについて、防衛医大の消化器内科の川口淳先生にお話ししていただきます。

川口先生、お願いします。

○川口 防衛医大の川口です。きょうはこの発表の機会をいただきまして、ありがとうございます。

多分、私がこれを言われたのは、私の患者さんで非アルコール性の脂肪肝で肝硬変があって食道静脈瘤の破裂を来した方が10年ぐらい前にいまして、10年間経過を診ていて、最近CMLであることが判明して、それで私に振られたのかなと思っておりました。消化器内科としてアプローチということで述べさせていただきます。

病歴からちょっと気になったことはやはり左の下腹部痛で、便通後に消失している。この一事だけで、私なんかは大腸の疾患かと簡単に考えてしまったのですが、その他、発熱があつたり、体重が減つたり、触診上、肝脾腫と思われる著明な腹部腫瘤があるとか、悪寒戦慄を伴う39度から40度台の発熱があります。やはりキーワードは左下腹部痛がずっとあることと、発熱や肝脾腫があるということだと思っています。

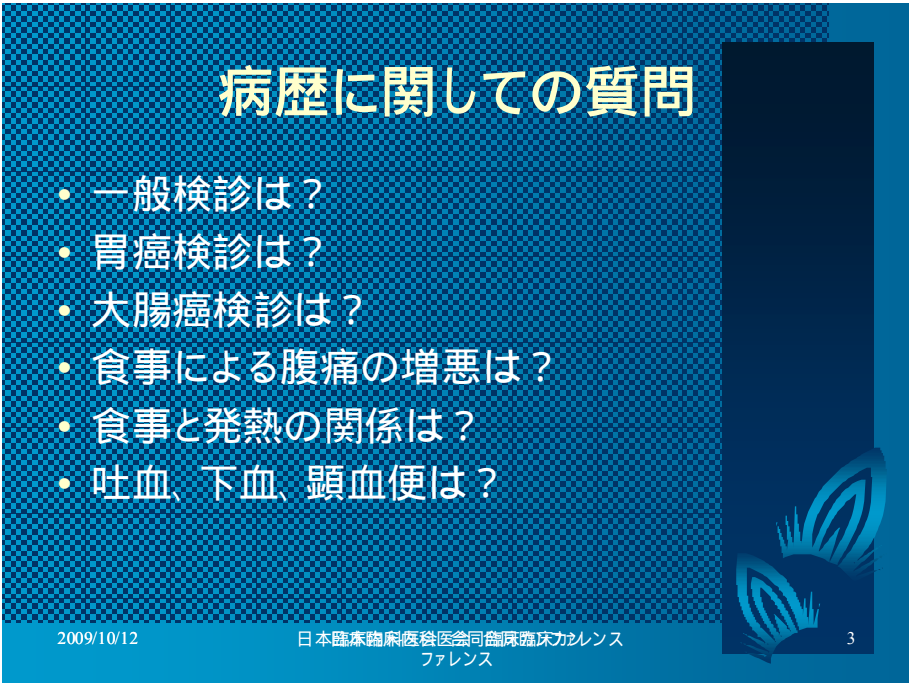


病歴から気になること

- 左下腹部痛は便通後に消失した
- 発熱があり、体重が2ヶ月で約8kg減少
- 触診上、肝脾腫と思われる著明な腹部腫瘤
- 悪寒振戦を伴う39 ~ 40 度の発熱、左下腹部痛
- 10月中旬の腹部症状は排便により軽快した。
- 10月下旬にも同様の症状を認めた。

2009/10/12 日本臨床腫瘍学会同僚臨床カルテンス ファレンス 2

先ほどちょっと質問を私もしましたが、ほかにも消化器内科としては患者さんを拝見するときには、何か検診を受けていませんかとか、胃がんや大腸がん検診とかを受けていますかとか、S状結腸の腫瘍などを考えていれば、当然便の潜血反応がひっかかってくるとも思うので、受けていますかというお話は何うのではないかと思います。食事による腹痛の関係とか食事と発熱の関係はいかがとか、吐血、下血、顕血便もあったかということも当然伺いたいと思います。



病歴に関する質問

- 一般検診は？
- 胃癌検診は？
- 大腸癌検診は？
- 食事による腹痛の増悪は？
- 食事と発熱の関係は？
- 吐血、下血、顕血便は？

2009/10/12 日本臨床腫瘍病態学同僚会臨床腫瘍学カレンス
ファレンス 3

さらに引き続いて、左の下腹部痛ということになってくると、年齢も1つの大事な要因かなと。かなり年配の方になれば、当然憩室もあるし、がんもあるし、多分この2つが一番大きなポイントかなと。若い方であれば尿路結石も考えなければいけないしということがあるので、大体痛みの原因とか始まりとか発熱。述べられていませんが、腹膜刺激症状はないかということは少し伺いたいところではあります。あと、血尿、顕血便。あとは下痢、体重減少。下痢が今回は余りなかったようですが、若い方であれば、下痢があればクローンとかも考えなければいけないと思っています。

左下腹部痛の問診

- 年齢
- 痛みの誘因は？始まりは？
- 発熱？
- 腹膜刺激症状？
- CVA 圧痛？
- 血尿？潜血反応？
- 顕血便？潜血反応？
- 腸閉塞？（嘔吐？便秘？腹満感？）
- 下痢？
- 体重減少？

2009/10/12

日本臨床腫瘍病学会 臨床腫瘍学
ファレンス

4

大体かわる臓器はこの辺のところではないかなと。本例は男性ですが、女性の場合は、やはり生殖器、婦人科疾患は外してはいけないところではないかと考えています。

あと、左の下腹部痛ということで、どうしても上部消化管は除外されがちですが、やはり小腸とか回腸も含めて、胃も一応頭の片隅には置いておかなければいけないかと考えています。

左下腹部痛

- 男性：結腸、直腸、腎尿路、脾臓、小腸、胃
- 女性：結腸、直腸、腎尿路、脾臓、小腸、胃、生殖器

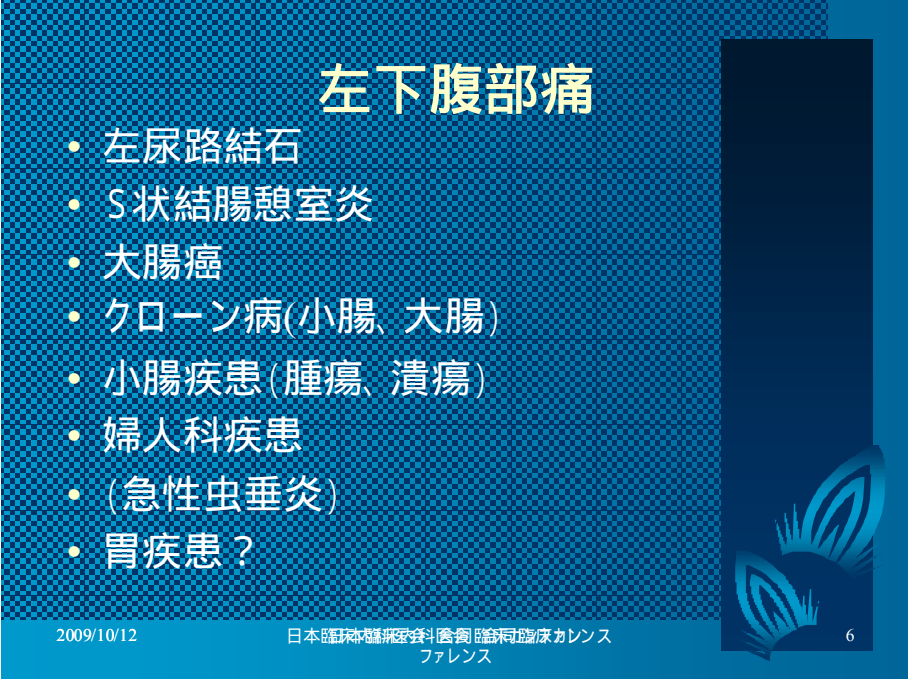
2009/10/12

日本臨床腫瘍病学会 臨床腫瘍学
ファレンス

5

実際、スペシフィックにどんな病気かとなると、私自身は多分一番初めに左の尿路結石とS状結腸の憩室炎、大腸がん、クローン病、この辺までが多分考えられる可能性が高いかなと。

これは男性ですから婦人科疾患は関係ないですが、あと、私自身が外来で診ているときには、やはり虫垂炎は外してはいけないと思いながらいつもやっています。



左下腹部痛

- 左尿路結石
- S状結腸憩室炎
- 大腸癌
- クローン病(小腸、大腸)
- 小腸疾患(腫瘍、潰瘍)
- 婦人科疾患
- (急性虫垂炎)
- 胃疾患？

2009/10/12 日本臨床腫瘍学会 腫瘍内科専門医 カレンス ファレンス 6

後のほうで便潜血反応陽性と出てきたので、やはりこれは消化管を中心とした病気ではないかと思っていましたが、そうすると、左の下腹部痛と発熱と便潜血反応陽性を来す消化器の疾患で一番考えやすいのは、消化器疾患由来の穿孔、穿通、クローン病、大腸憩室由来の大腸憩室炎、憩室穿孔といったところで、私自身はこの段階では上部消化管、十二指腸とか胃の病気は余り考えなくていいのではないかと考えています。

左下腹部痛 × 発熱 × 便潜血反応陽性をきたす
消化器疾患

- 消化管疾患由来の穿孔、穿通
- クローン病
- 大腸憩室症由来の大腸憩室炎、憩室穿孔

大腸憩室症由来の大腸憩室炎、憩室穿孔
> 上部消化管疾患

2009/10/12

田林臨牀科医会 会報臨牀科ファレンス
ファレンス

8

ただ、血液の検査が出てきて、これを見ると、CRP が 33.7、白血球が 4 万 6300 というのが出てきたので、外来で拝見していると、この段階で消化器外科を呼ぼうか、消化器の内科でハンドルできる病気ではないだろうということで、恐らく次の画像診断に進むのではないかと思います。このとき、画像診断を多分放射線科にお願いすることになりますが、腹腔内膿瘍はないか、あるいは重症感染症、あるいは腸管の穿孔がはっきりしていないだけじゃないかというところで、とりあえず消化器内科のシャッフルは一たんはここで終わって、あとは精査に入る形になるのではないかと思います。

さらに血液検査結果を加えると

- 左下腹部痛 × 発熱 × 便潜血反応陽性
をきたす消化器疾患

×

CRP 33.7mg/dl WBC46,300/mm³

腹腔内膿瘍形成？
重症感染症？腸管穿孔？

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カン
ファレンス

9

以上です。

○木村 ありがとうございました。

では、少し進めさせていただいて、入院時の所見、検査データについて、また佐藤先生、お願いします。

○佐藤 入院時の身体所見です。

PS（パフォーマンス ステータス）が悪くて余り動けない状態で、身長、体重はもう測定できない状態でした。入院されたときは、体温は 35.8 度。血圧は 90 / 66 で、ちょっと低目です。脈拍は 124 で頻脈。呼吸数は 18 回。眼瞼結膜は貧血様で、リンパ節腫脹は見られませんでした。腹部はかたく膨隆していて、右が 6 センチ、左が 15 センチで、辺縁平滑の腫瘤が触れています。腸音は正常で、圧痛を全体に認めました。反跳痛はありませんでした。

入院時身体所見

身長 測定できず、体重 測定できず。

体温 35.8 、血圧 90/66mmHg、脈拍数 124回/分、呼吸数 18回/分

眼瞼結膜:貧血 (+)、眼球結膜:黄染 (-)

口腔内:発赤 (-)、腫脹 (-)、白苔 (-)

頸部、腋窩、鼠径リンパ節腫脹 (-)、甲状腺:n.p.、頸静脈怒張 (-)

呼吸音:清・副雑音なし、心音:S1→S2→S3 (-)S4 (-)、心雑音 (-)

腹部:硬、膨隆(右6cm、左15cm、辺縁平滑)、腸音 正常、圧痛(+)

反跳痛 (-)

下腿浮腫 (-)

検査所見ですが、先ほど川口先生のプレゼンでありましたが、白血球は4万6300とさらに増加していました。ヘモグロビンは8.8と貧血を認め、血小板はこの時点では90万9000と、外来時よりもやや低くなっています。

生化学所見では、アルカリフォースファターゼと γ GTPが高値だが、AST、ALTは正常範囲内でした。アルブミンが1.8と、かなりな低値を示しています。トータルコレステロールも128と低値でした。血糖は224と高値です。クレアチニンは0.61と正常でしたが、BUNは25と高値が認められました。鉄は8、TIBCは135と、どちらも低値で、フェリチンの上昇が見られています。

検査所見(1)					
(血算)			(生化学)		
WBC	46300	/ μ l	T-bil	0.4	mg/dl
band	36.0	%	D-Bil	0.1	mg/dl
seg	49.5	%	AST	13	IU/l
mono	5.0	%	ALT	9	IU/l
lymph	9.5	%	LDH	177	IU/l
			ALP	507	IU/l
RBC	3.93 $\times 10^4$	/ μ l	γ -GTP	76	U/l
Hb	8.8	g/dl	Ch-E	115	IU/l
Ht	28.6	%	TP	6.2	g/dl
ret	0.97	%	Alb	1.8	g/dl
			TG	118	mg/dl
Plt	90.9 $\times 10^4$	/ μ l	T-Chol	128	mg/dl
			LDL-C	75	mg/dl
			HDL-C	15.6	mg/dl
			Glu	224	mg/dl
			Amylase	8	IU/l
			UA	5.4	mg/dl
			BUN	25	mg/dl
			Cr	0.61	mg/dl
			Na	138	mEq/l
			K	4.6	mEq/l
			Cl	102	mEq/l
			Ca	8.5	mg/dl
			PI	3.0	mg/dl
			CK	20	IU/l
			ferritin	460.1	ng/ml
			Fe	8	ug/dl
			TIBC	135	ug/dl

凝固検査では、PT-INRの上昇、FDP、Dダイマーの高値が見られています。免疫検査では、CRPが33.7と著明高値でした。便潜血では陽性で、腫瘍マーカーの検索ではCA125が高値を認めました。

検査所見(2)					
(凝固)			(尿検査)		
PT INR	1.69		pH	5.0	
aPTT	30.9	sec	Gravity	1.029	
Fbg	748	mg/dl	U-P	(1+)	
FDP	17	ug/ml	U-G	(1+)	
D-dimer	2.8	ug/ml	U-OB	(-)	
AT-3	44	%	U-KET	(1+)	
			U-BIL	(-)	
(免疫)			WBC	0-4/1	
CRP	33.7	mg/dl	Bacteria	(1+)	
IgG	1250	mg/dl			
IgA	390	mg/dl			
IgM	71	mg/dl			
			(便潜血)		
				259	ng/ml
			(マーカー)		
			CA125	99.2	U/ml
			CA19-9	8.4	U/ml
			CEA	3.2	U/ml
			NSE	9.9	U/ml
ECG PVC (+)					

入院時にもう一度念のため骨髄穿刺をしています、このときには NCC が 36.8 万と増加、巨核球数も 201 と増加、M/E も 4.89 と増加しています。芽球の増加はなく、好酸球、好塩基球の増加ありません。染色体は、今回は 45XY という Y 染色体の検出が 20 細胞中 4 細胞に見られています。病理組織では、軽度の過形成骨髄で顆粒球系の過形成、巨核球密度の増加、巨核球体は小型とか過小分葉の未熟なものが見られるという所見でした。

検査所見(3)			
(骨髄)			
NCC	36.8 x 10 ⁴	/μl	
Mgk-CC	201	/μl	
M/E	4.89		
blast	0.8	%	
promyelo	0.6	%	
myelo	18.8	%	
meta	8.6	%	
band	34.0	%	
seg	12.4	%	
eosino	1.6	%	
baso	0.2	%	
mono	0.6	%	
lymph	6.4	%	
plasma	0.4	%	
eryth	15.0	%	
小型巨核球(+)			
染色体分析(G-banding)			
45, X, -Y 4/20			
46, XY 16/20			
病理組織			
➢軽度過形成骨髄			
➢顆粒球系過形成			
➢巨核球密度の増加			
➢未熟巨核球(小型・過小分葉)の増加			

以上です。

○木村 ありがとうございます。

では、ここでまた少しフロアから質問をお受けしたいと思います、どなたかいらっしゃいますか。

○質問 群馬県の一開業医です。66 歳ですと、かなり前からさまざまな住民健診を受けられていると思いますが、そのときの血液の所見がどうであったかというのが 1 つ知りたい。私も、もう 80 歳ぐらいの女性で、慢性に白血球が大体 2 万、3 万ぐらいで、血小板の数もかなり増えている。脾腫が 3 押しぐらい触れるが、その方は、CRP は全く正常域というか、0.0 幾つぐらいで、熱も別にないし、末梢白血球数を見ていても、確かに好中球は 80% ぐらいだが、異常と思われる白血球の若い細胞は全く見られない。比較的平穏な状態だが、ときどき高くなる。そのときは CRP もちょっと上がってきて、呼吸器の感染が何かという

ことで、抗生剤で結構反応して、またもとの状態に戻る。もとの状態に戻っても、やはり白血球や、血小板数も 50 万から 60 万ぐらいまで高くて、それでまた少し安定した状態になるが、その方は、もう 6 年ぐらい前から末梢血液でそういう所見が見られている。

ですから、この方が前に病歴として血液の所見がもし残っていたら、しかも、今回のこういう出来事が初めて起こったのかどうかということもお伺いしたい。

○佐藤 受診される前の数年間は健診を受けられてなかったと思います。ただ、30 歳代ぐらいからだったと思いますが、白血球がちょっと多目だということはいわれていたということでした。特に同じような症状というのとはなかったと思います。

○質問 血圧が低くてハートレートが高い。そうすると、心臓のほうで 1 音、2 音以外の雑音も聞こえるのではないかというのが第 1 点。

それから、これはいわゆるハイポボレミックのタイプだと思いますが、そうしたならば 2 リットルぐらい、輸液とか輸血をしたら、この症状が改善されるのかどうかという点を教えていただきたい。

○佐藤 心雑音所見については、余りはっきりしたものはなかったと思います。補液は行いましたが、それで少しバイタルは落ちついたと思います。

○質問 補液の量はどのぐらいされたのでしょうか。

○佐藤 急速な輸液ではなくて、1 日に 2 リットルプラスぐらいです。

○質問 1 日に 2 リットルだと、今のこれだと少ないんじゃないでしょうか。

○佐藤 それでもバイタルとしては少し落ちついてきました。

○木村 よろしゅうございますか。

佐藤先生、どうもありがとうございました。

では、埼玉県立がんセンターの放射線科の野津聡先生のほうから画像のプレゼンテーションをさせていただきます。

○野津 県立がんセンターの野津です。よろしくお願いします。

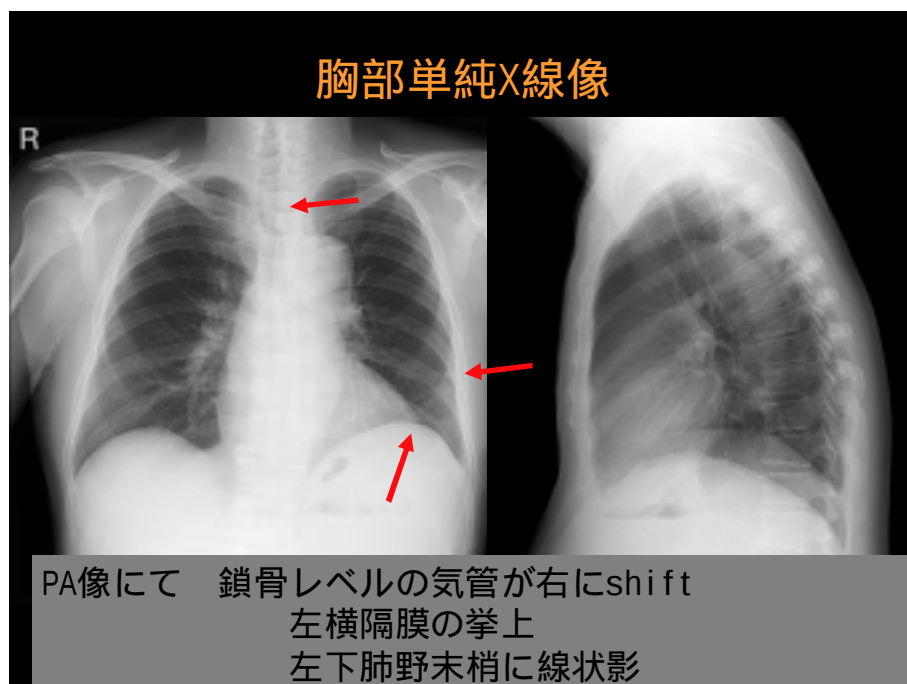
提供された画像は単純写真と CT で、CT は 2 回撮られています。それと MRI です。

提供された画像

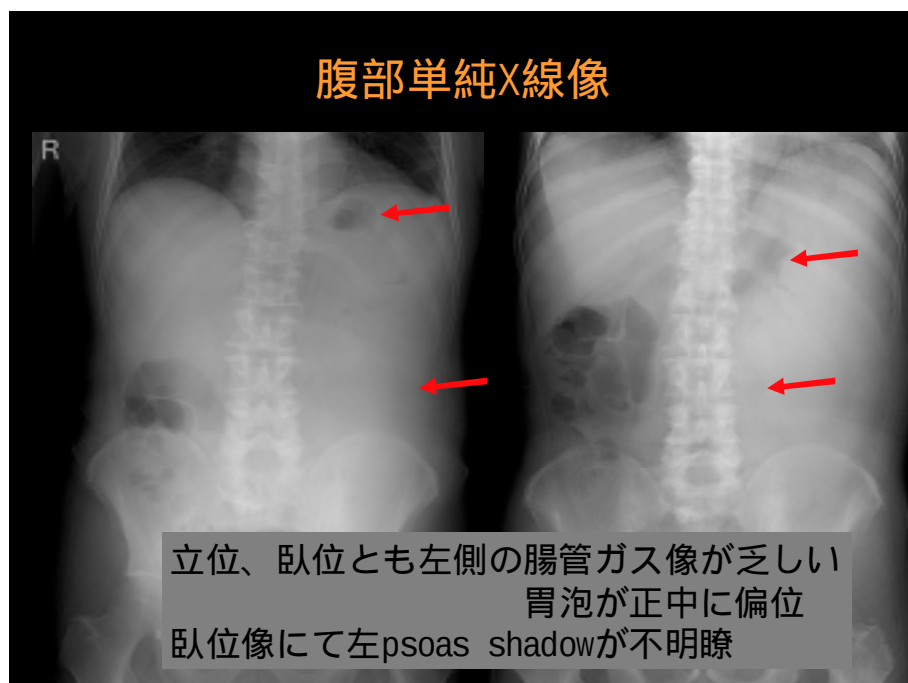
単純Xp CT	2008/11/14	胸部 (PA, RL)、腹部 (立位臥位)
	2008/11/14	単純腹部骨盤axial, coronal 造影胸腹骨盤axial, coronal
	2008/12/09	単純腹部骨盤axial, coronal 造影胸腹骨盤axial, coronal (動脈相および門脈相) 動脈相から得た 3D angio像
MRI	2008/12/05	PreTHRIVE, Dynamic 18sec-50sec-120sec T2WI SS TSE BH T2WI TSE BH DWI b=0 DWI b=1000 CE eTHRIVE 15min (axial, coronal) CE eTHRIVE 20min (SPAIR +/-) CE WAVE 20min CE eTHRIVE SAG 20min

まず、単純胸部写真ですが、正面図を軟部陰影から見ていくと、上部の気管のところで鎖骨のレベルで気管がちょっと右にシフトしている。また、横隔膜が左と右とほぼ同じ高さだということなので、左の横隔膜が挙上しているのでしょうか。あとは、左の下肺野末梢に線状影が見られます。

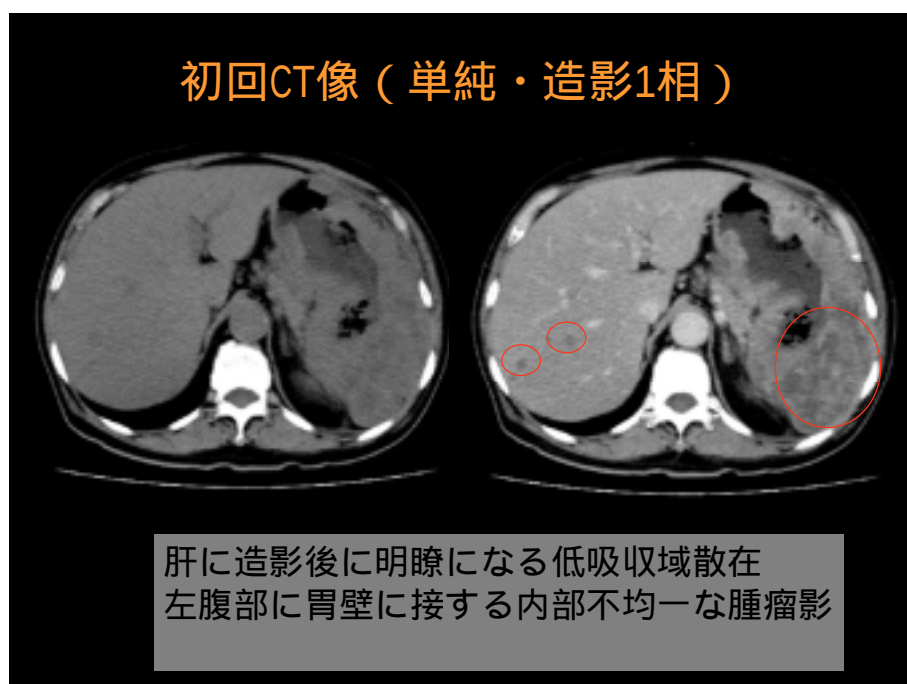
側面像では、特にこれという所見はありません。



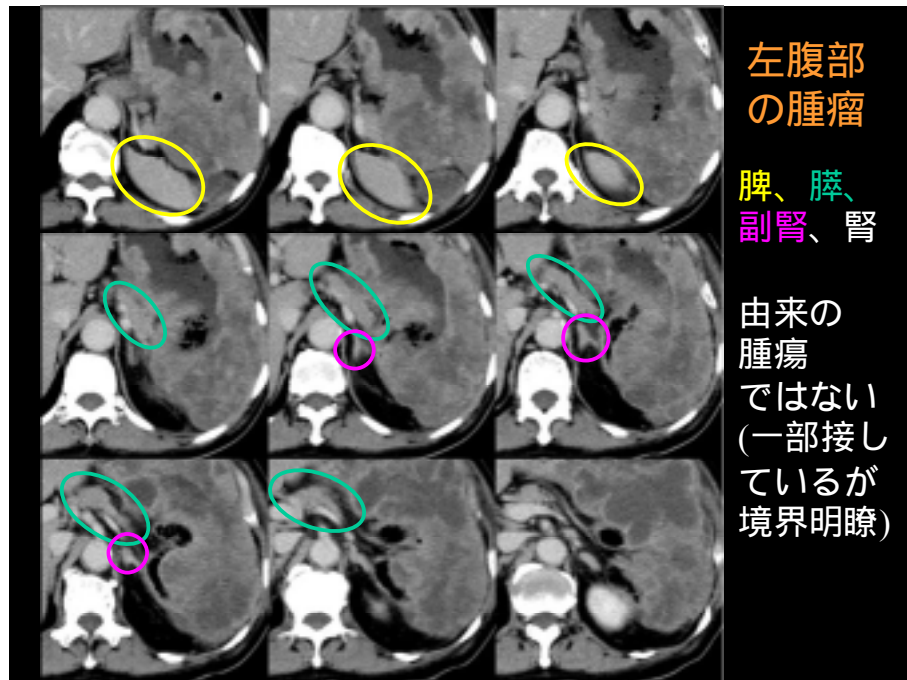
腹部のほうは、一見して左側にガス像が少ないのがちょっと目立ちます。また、胃泡とか胃の空気が入っていますが、やや正中側にシフトしています。また、臥位でも左側の psoas shadow が不明瞭なのが目立ちます。



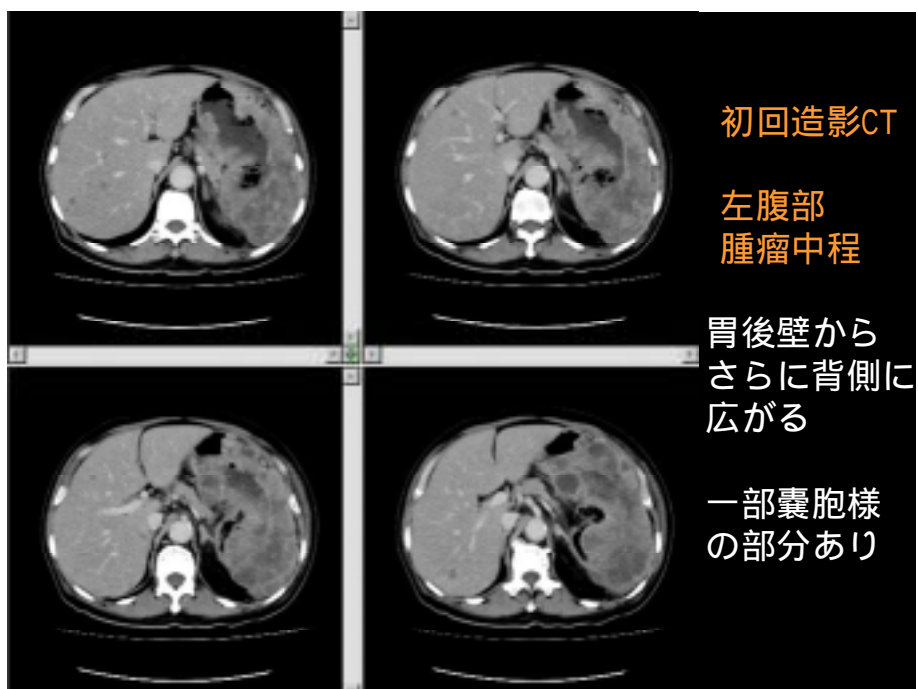
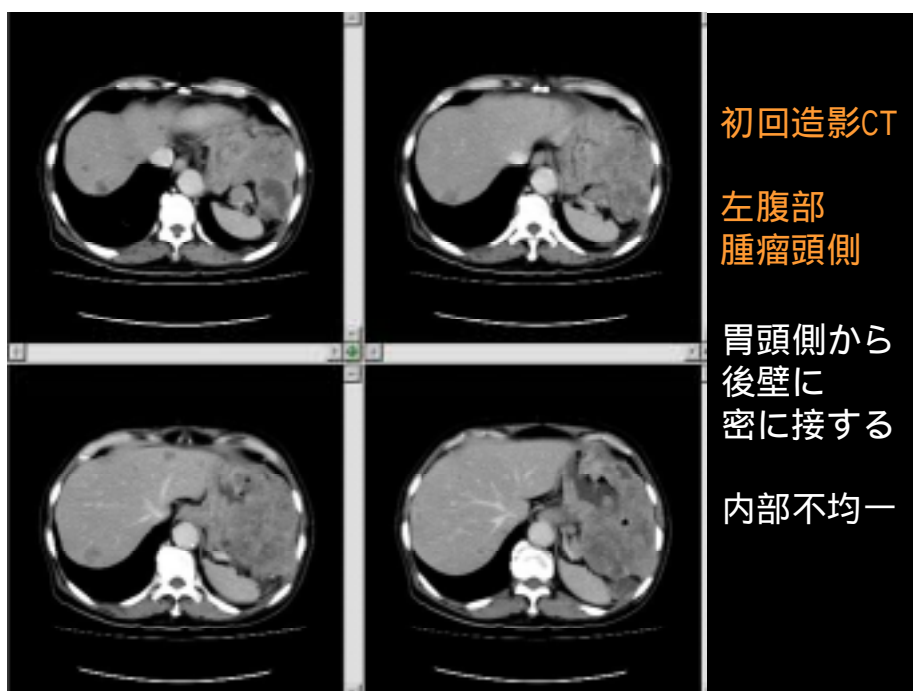
CT は、単純と造影、初めの CT では造影 1 相ですが、肝臓の中に小さなロー・デンシティのところと、上腹部に胃に接して不明瞭な不均一なマスが認められます。



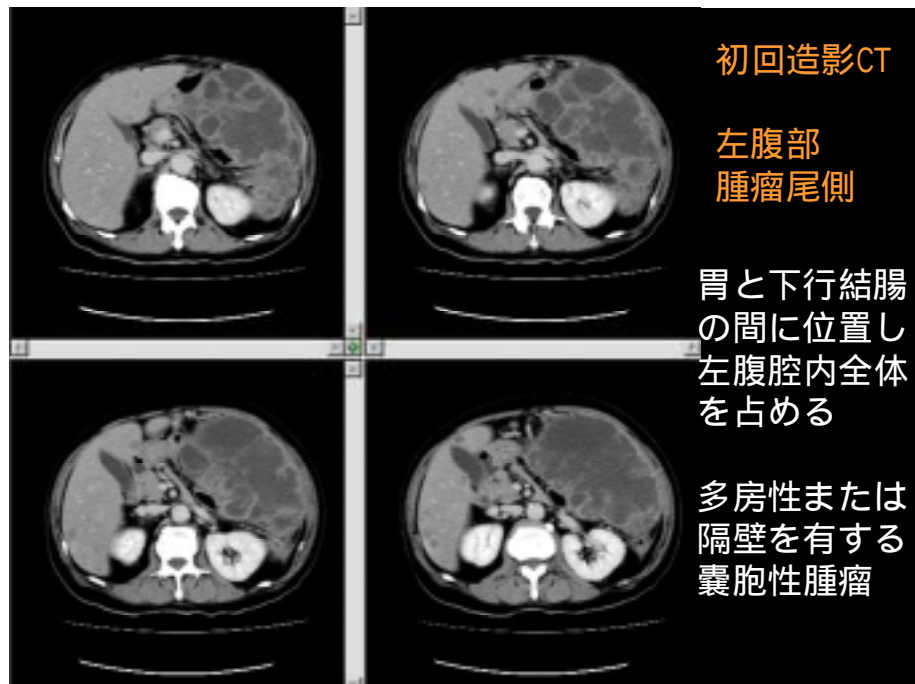
マスの腫瘤の大きさとの関係ですが、脾腫はCT像ではなく、黄色いところが脾臓です。緑色が膵臓です。あとは副腎です。あとは腎臓が下のほうに写っていて、腫瘤と一部接してはいますが、関与が少ないので、こういうところ由来の腫瘤ではないのではないのでしょうか。



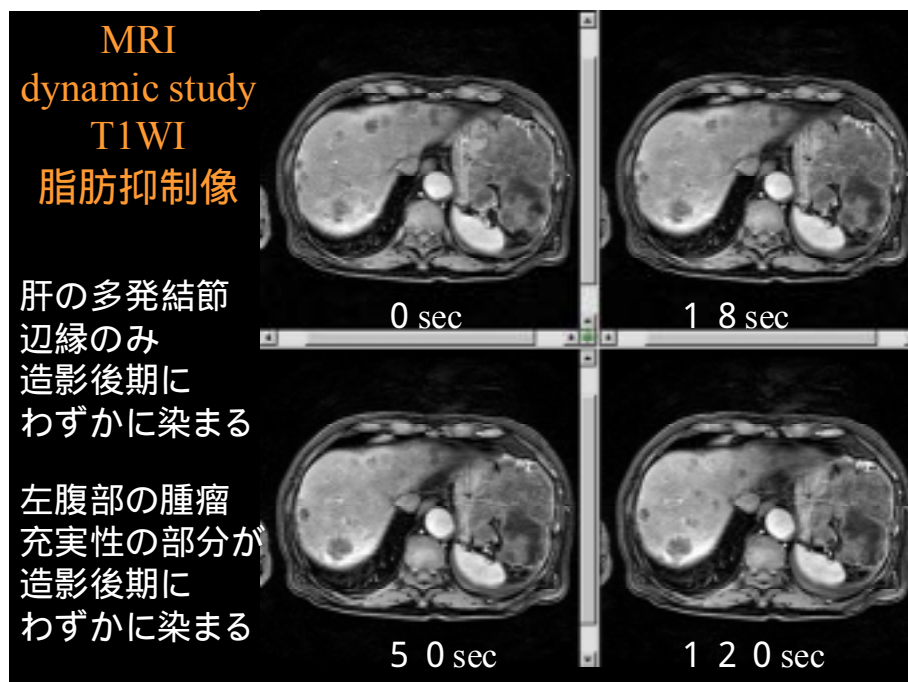
腫瘤の上方ですが、不均一な腫瘤影で、胃にはかなり密に接しています。腫瘤の中ほどに行くと、一部嚢胞様の変化も出てきます。



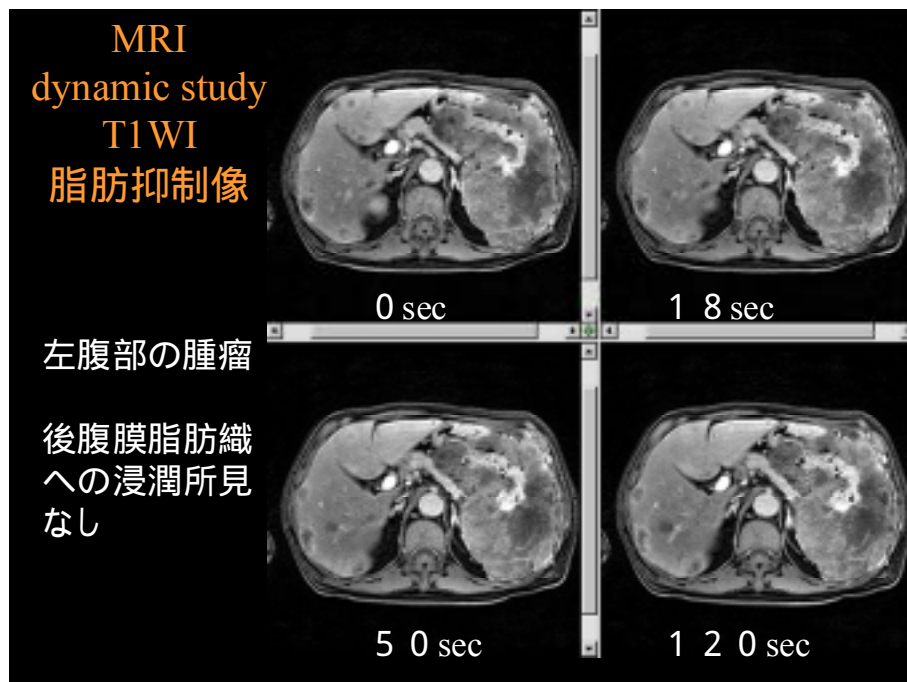
さらに下のほうに行くと、多房性の嚢胞とか、隔壁を有した嚢胞のような腫瘤影が大きくなります。



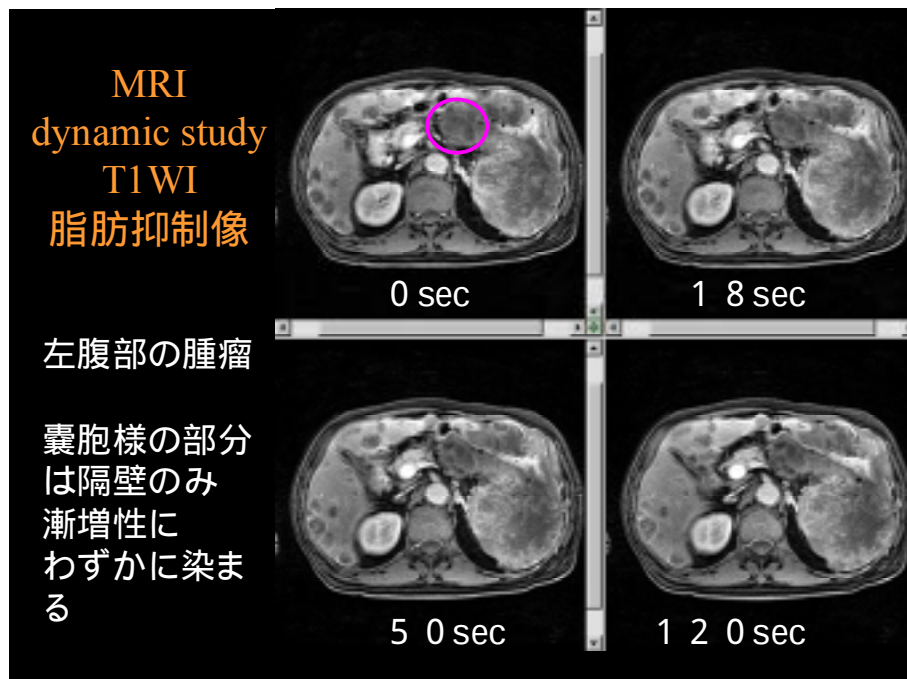
MRI の dynamic で 0 秒、18 秒、50 秒、120 秒と造影剤を入れて撮っていますが、肝臓のほうの腫瘤は一部、嚢のところの周囲がわずかずつは染まってきています。この腫瘤も、0 秒に比べると幾らか染まってきているが、そんなに強い染まりはどこにもありません。



これも同じようなことですが、これで分かるのは、後腹膜の臓器、脂肪のほうには浸潤の所見はないようです。

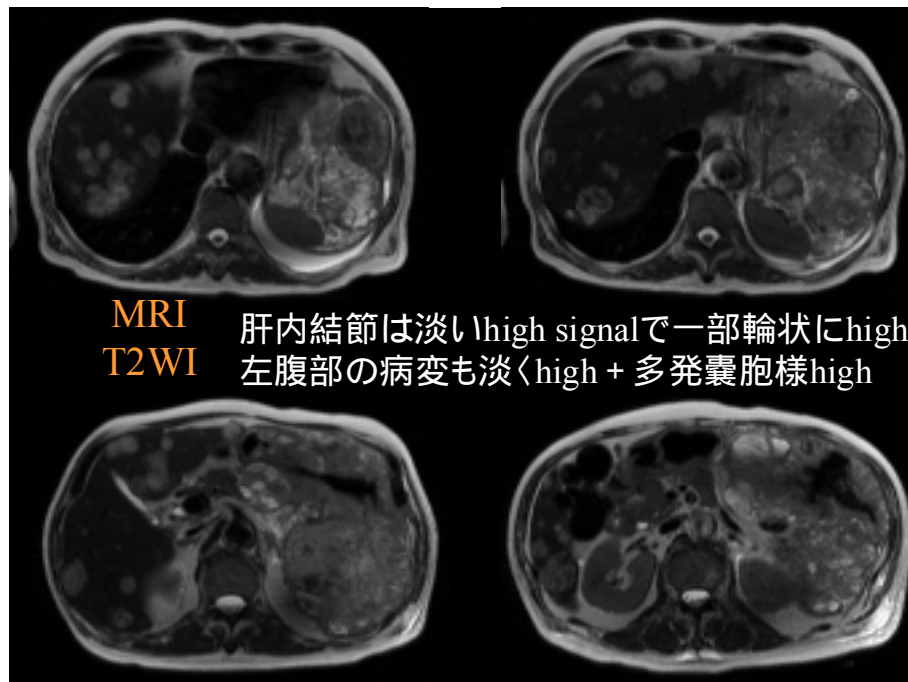


嚢胞様のところも、隔壁がだんだん染まっていく感じで、がんによく見られるような急に染まって抜けていくという感じではないです。

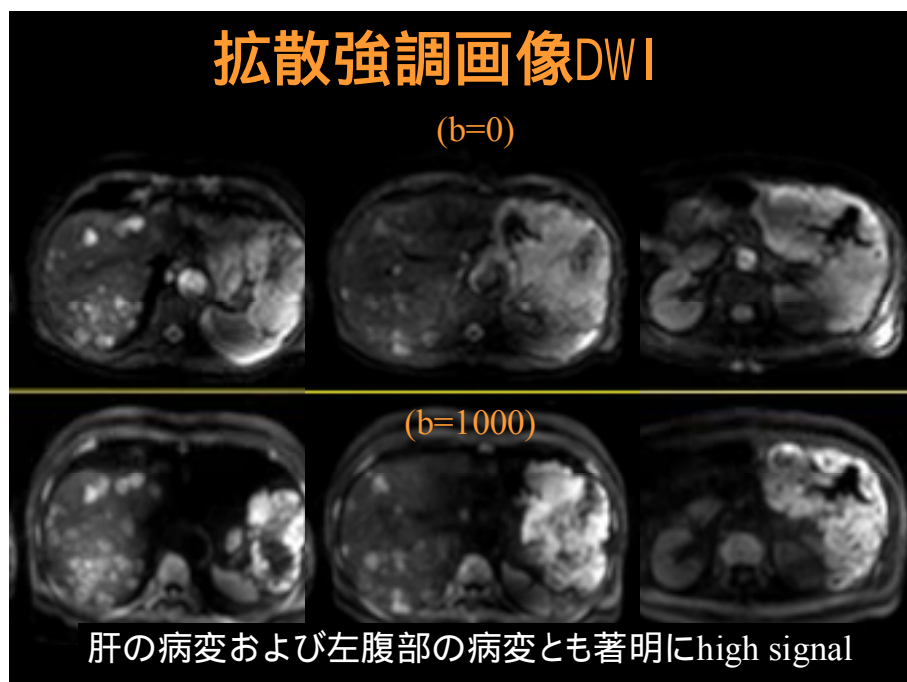


これは MRI の T2 像ですが、肝臓の中に high signal な結節影が多発していて、一部隔壁

下の嚢胞様にリング状に見えます。左側の腫瘤影も、全体として淡い high signal で一部システミックな変化が認められます。

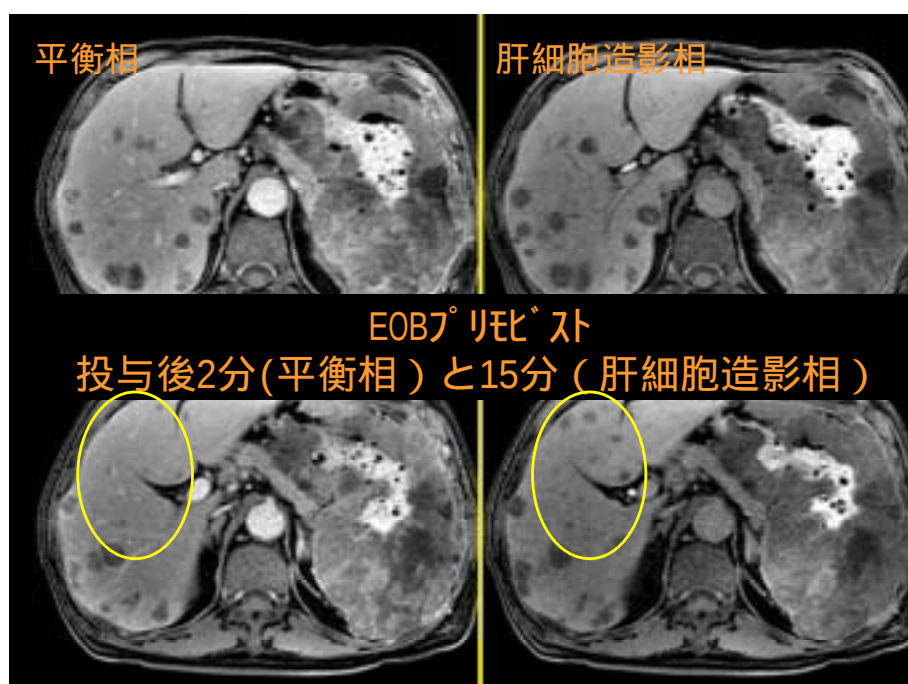


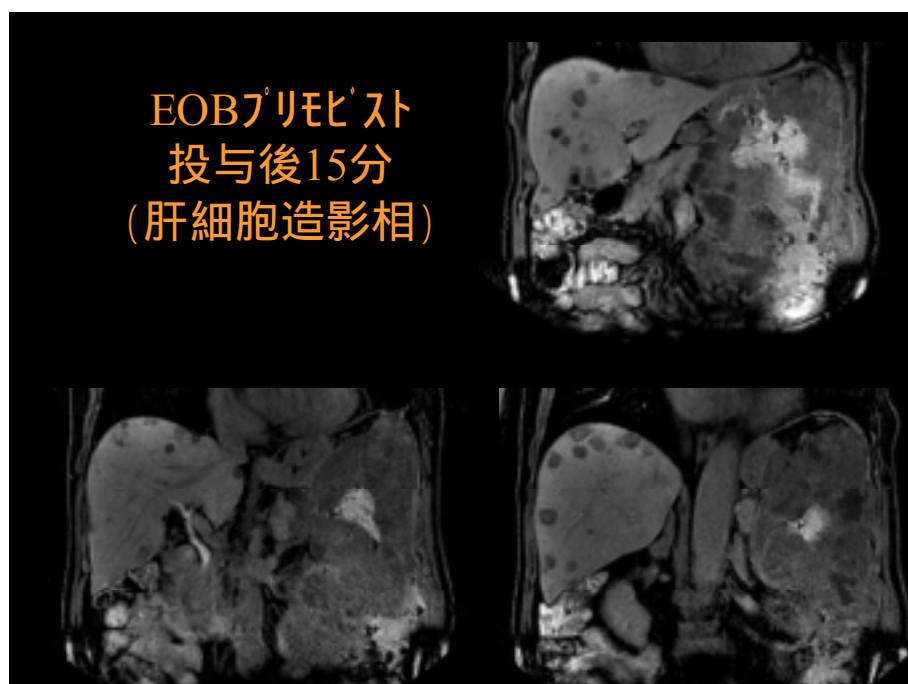
拡散強調像で、上が $b = 0$ 、T2 と同じです。下が $b = 1000$ 。こちらのほうで high signal なところが異常ですが、肝臓の中に多発のケースです。左側の腹部に腫瘤影がかなり high signal に認められます。



今回の MRI の造影剤は EOB プリモビストといって、後期には肝細胞に取り込まれる造影剤で、普通は 2 分ぐらいで造影は終わるが、さらに 15 分後ぐらいまで見ていくと、造影剤が肝臓の中に取り込まれます。

こちらが普通の造影で、こちら側はさらに後に撮った造影で、余り差はないと言われてしまうとそれまでですが、よく見ると、後で撮ったほうが、転移といってしまってもいいかどうかは分かりませんが、こういうローなところがさらに目立ってきます。これがコーナール像です。





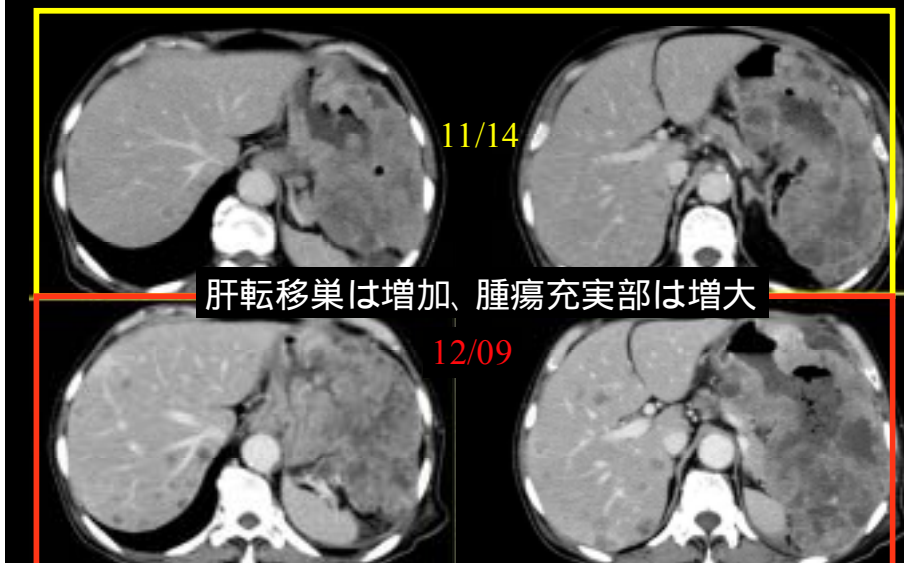
ここまで初回の検査から、胃または胃の周囲への腸間膜由来の腫瘍の肝転移が類推されました。

初回CTとMRI検査から

- 胃または腸間膜由来の腫瘍
- +
- 多発肝転移

さらに CT は3週間ぐらいたってからもう一度撮っているので、それと比べてみると、左の上腹部、胃の周囲の腫瘍は、さらに充実像が増えています。肝転移も増えています。

CT像の経時的変化 11/14vs12/09



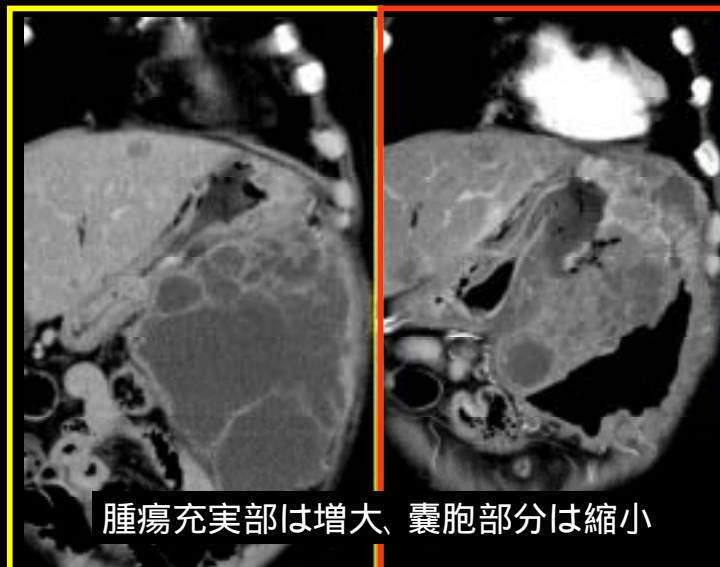
嚢胞様のところは、逆に減ってきています。

CT像の経時的変化 11/14vs12/09



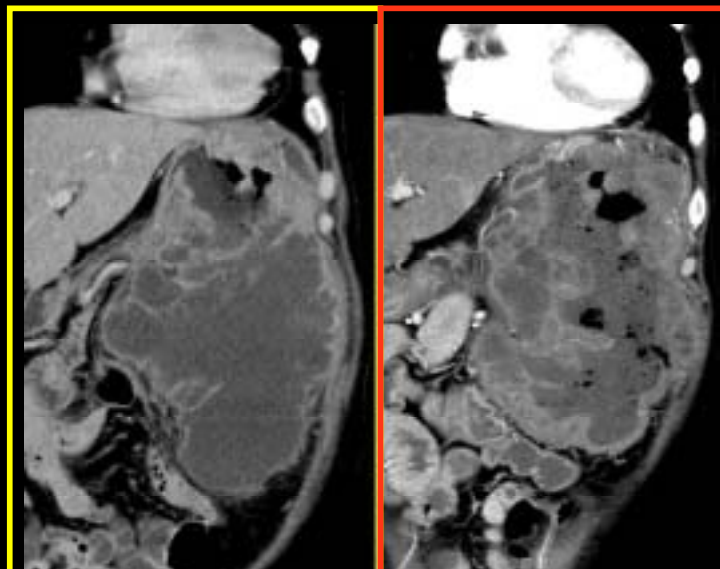
これが初めの像で、これが3週間後の像だが、このシスティックな変化はかなり減ってきています。

CT像の経時的変化 11/14vs12/09



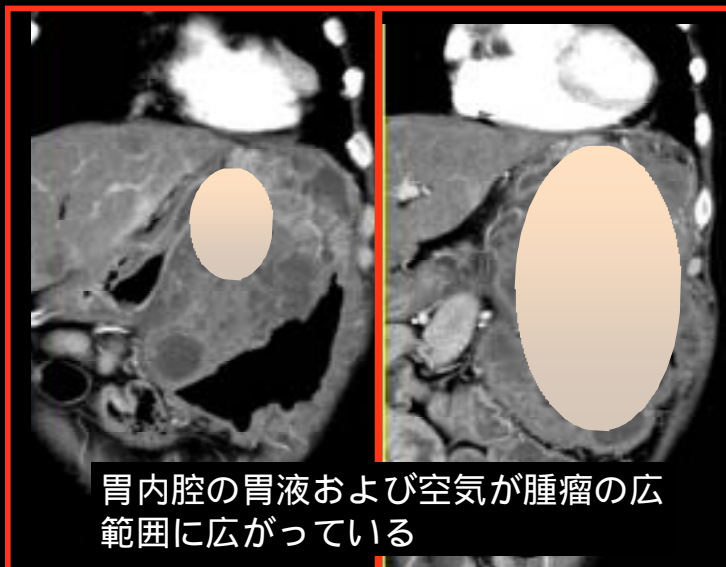
これも同じです。こういうシスティックな変化は減ってきています。

CT像の経時的変化 11/14vs12/09



これは2回目の写真で、胃の内腔の胃液とか空気がこの腫瘍の中にずっと広がっているようなイメージです。

CT像の経時的変化



CT アンギオ像も添付されていて、左胃動脈とか、胃大網動脈とか、脾動脈の枝とか、左結腸動脈とかがこの腫瘍の周りに回っている像は分かりますが、この腫瘍の中に細かい新生血管があるとかいう像までは分からず、どれがフィーダーかはこの症例では分かりませんでした。

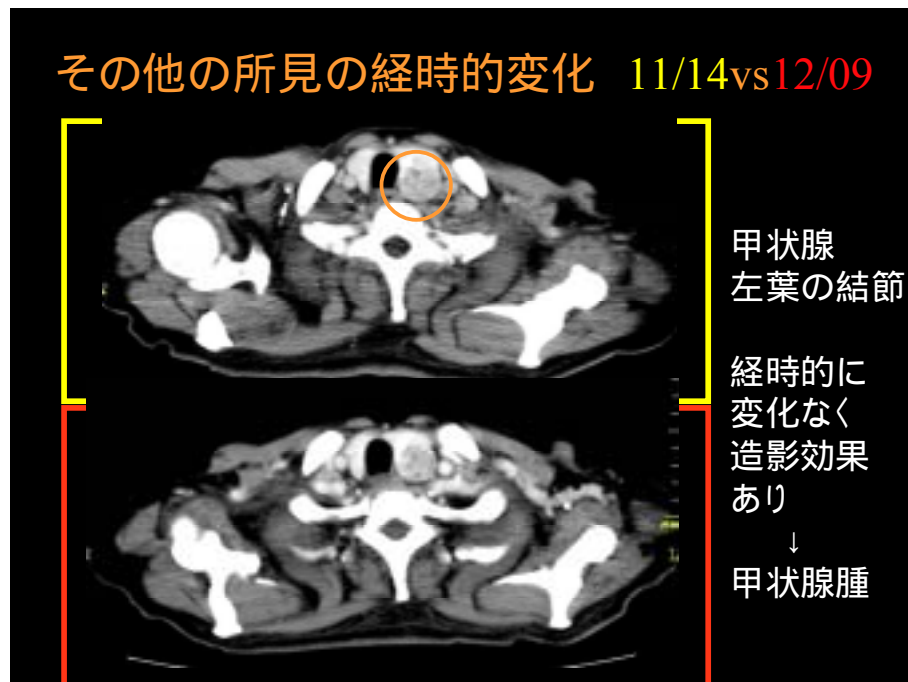
腫瘍周囲の動脈(CTAngioの像)



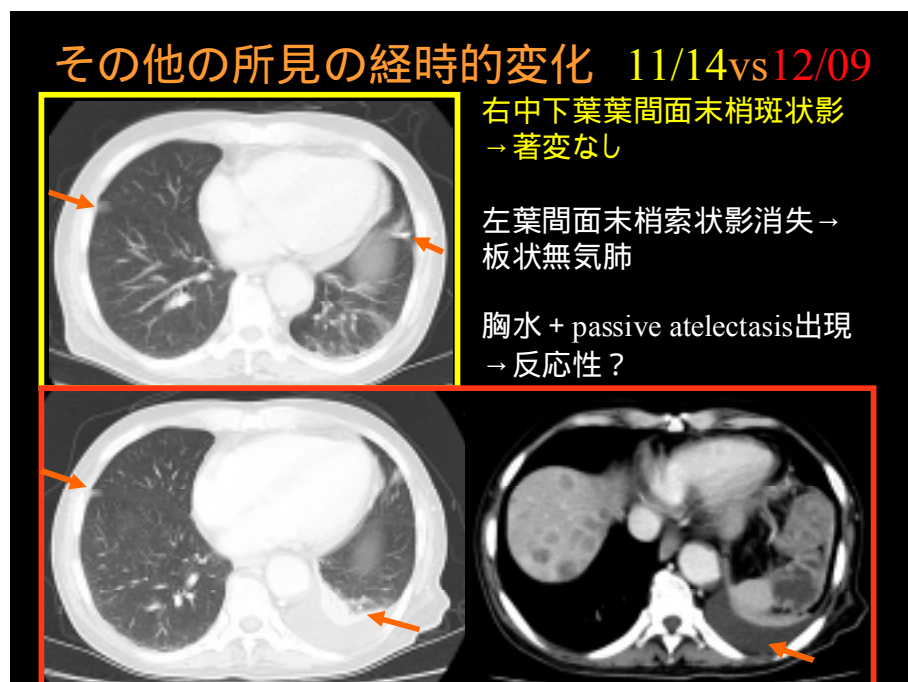
左胃動脈、胃大網動脈、脾動脈、左結腸動脈が腫瘍周囲を囲むが、新生血管に乏しく腫瘍との関連不明瞭。

ほかの所見としては、甲状腺の中にローガン結節影がありますが、これは経時的に差がな

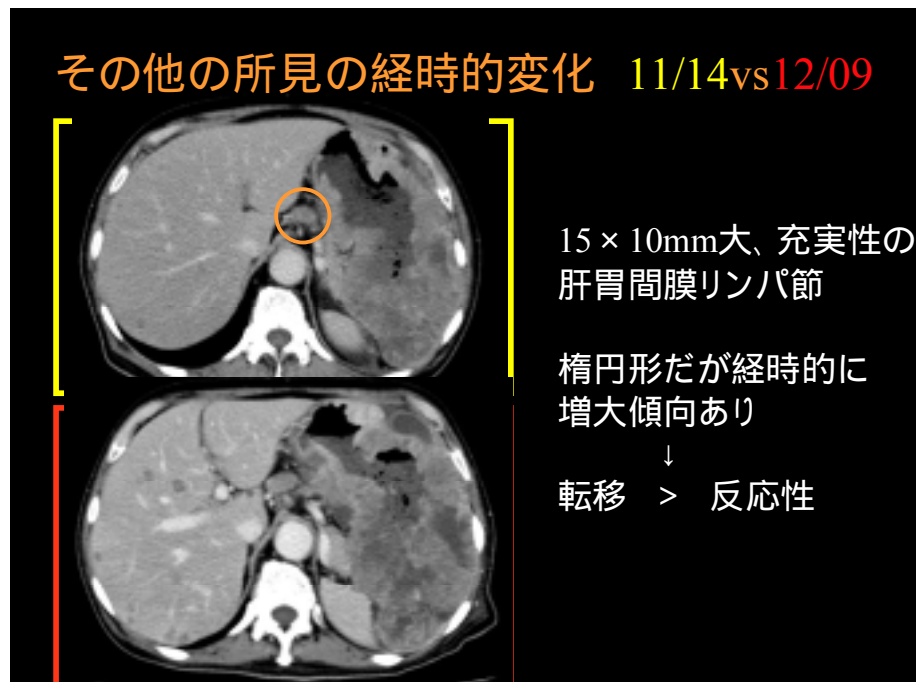
いし、大きさも差がないので、腫瘍からというよりは甲状腺腫がここにあるためだと。初めの胸部単純でやや右にシフトしていたのも、このせいかもしれません。



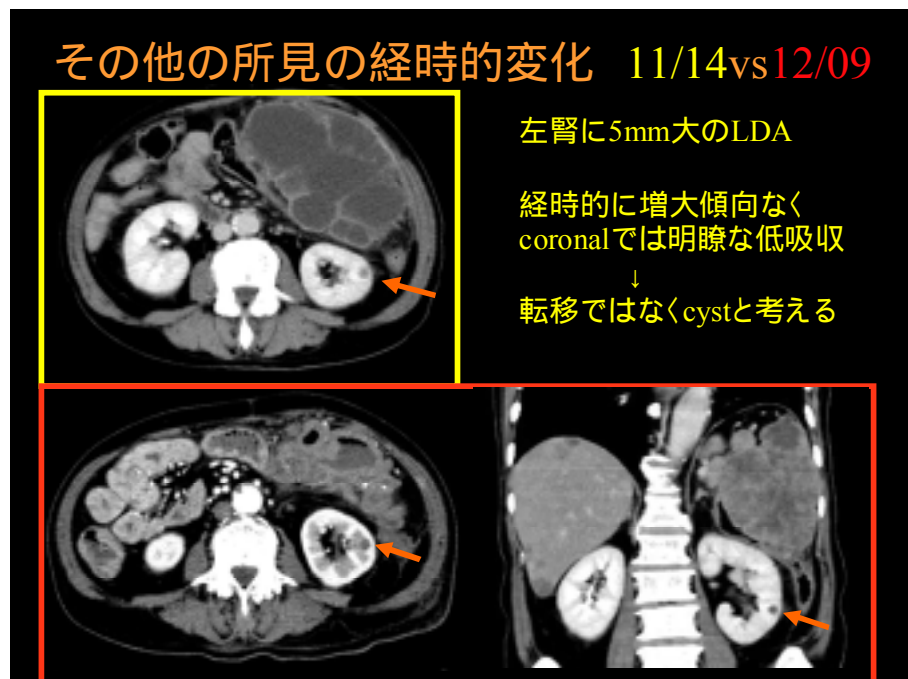
あとは胸部との肺野条件で胸膜に幾らか肥厚像が左にあり、右のほうに線状影に見えたのは、板状無気肺(discoid atelectasis)です。後期に撮ったときには消えてしまっています。後期になると、胸水も出てきて、passive な atelectasis も出てきています。



ほかの所見としては、リンパ節が肝胃間膜にあり、これが経時的に大きくなってきています。楕円形ですが、形態的に大きくなってきたので、転移の可能性があると思います。



腎臓の中にも小さなロー・デンシティがありますが、これは経時的に変わらず、かなりローなので、これはメタではなくてシストと考えました。



以上、画像のまとめで、胃壁を中心とした cystic change を起こした腫瘍で、ほかの臓器由来はちょっと考えづらく、肝転移やリンパ節転移があります。経時的に肝転移も増大していますが、胃壁の嚢胞的な変化は縮小して、充実成分が増加しています。vascularity が低く、feeding artery ははっきり分らないですが、腫瘍の内部と胃の内腔がつながっている、やはり胃由来の腫瘍で、間葉系の GIST（消化管間質腫瘍）とか lymphoma、または、がんだとするとバスキュラリティーの低い低分化の胃がんを考えました。

画像所見のまとめ

- 胃壁を中心としたcystic changeを示す腫瘍
- 脾、膵、副腎および腎由来の腫瘍は考えにくい
- 肝転移、リンパ節転移あり
- 経時的に肝転移は増加、増大。胃壁の嚢胞性変化は縮小したが充実成分は増加
- vascularityは乏しくfeeding arteryの同定は困難
- 経時的に腫瘍内部と胃内腔との交通が顕著になる



- 胃壁由来の間葉系腫瘍 : GIST、m.lymphoma 等
- 低分化型胃癌

以上です。

○木村 ありがとうございました。

それでは、おおむね診断が決まってきたところだと思いますが、その後の経過について、また佐藤先生、お願いします。

○佐藤

緊急入院されたときは脾臓の腫大に伴って末期梗塞でも起こされたのかと思っていました。消化管については別途検索しようと思っていましたが、一応診断をするために入院時に CT を撮ったところ、先ほど提示されましたが、腹部腫瘍は脾腫ではなくて胃や後腹膜腫瘍などが考えられる所見であったということになりました。肝内には SOL があって、転移性の病変と考えられました。

病変の主座である胃については消化器内科に内視鏡をやっていただいて、生検で poorly differentiated adenocarcinoma と診断がついています。骨髓過形成は何らかの反応性のものを考えています。

【入院後経過】

入院時のCTにて腹部腫瘍は脾腫ではなく、胃や後腹膜腫瘍が考えられる所見であった。肝にはSOLがあり、転移と考えられた。

胃の生検にてpoorly differentiated adenocarcinomaと診断された。

骨髓過形成は、反応性の増殖の可能性も考えられた。

また、消化器内科に腹部超音波検査も依頼していますが、今回は画像はありませんが、腫瘍内に嚢瘍を形成していると考えられています。11月14日血液培養を行ったところ、Bacteroides fragilis が陽性でした。壊死組織からの敗血症を来したための発熱と診断しています。SBT/CPZ、ダラシンS（クリンダマイシン）の投与で解熱しています。CRPも10.5まで低下して、それに伴って白血球数は1万5000まで減少しました。ただ、血小板数については、やはり100万前後で推移して、これは低下傾向はありませんでした。

【入院後経過】

腹部超音波検査にて腫瘤内に膿瘍を形成していると考えられた。11/14の血液培養でBacteroides fragilisが陽性であった。壊死組織からの敗血症をきたしたための発熱と診断した。

SBT/CPZ 2g/日、CLDM1200mg/日の投与で解熱した。

CRPは10.5まで低下し、それに伴いWBCは1.5万/ μ lまで減少したが、血小板は100万/ μ l前後で推移した。

言い忘れましたが、内視鏡所見については、後で川口先生のほうから提示があります。

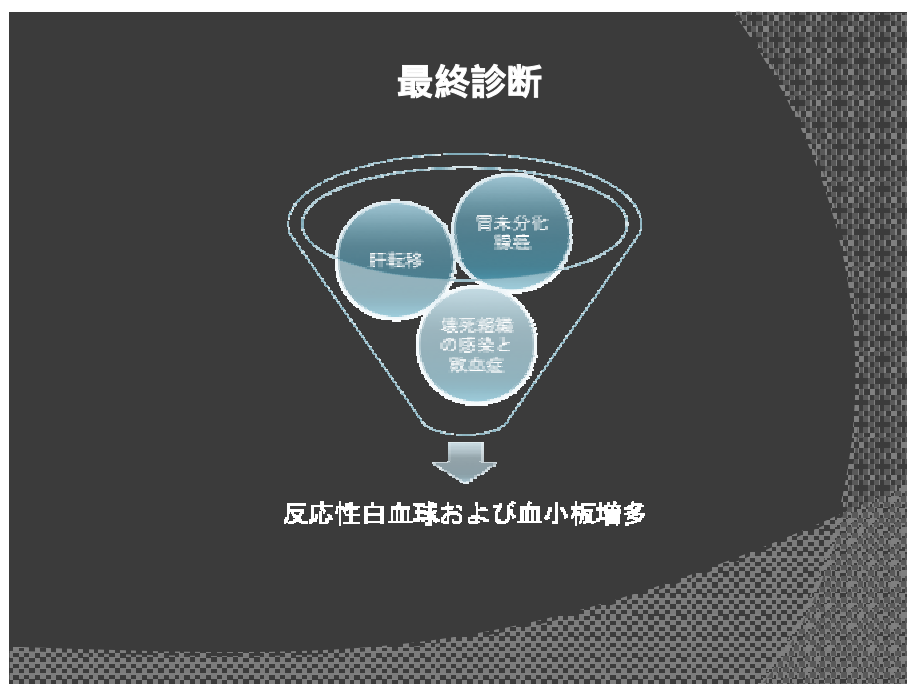
原疾患の治療のために外科に転科になりましたが、外科では手術適応はなく、PSの低下のため化学療法の適応もないという診断になりました。緩和治療目的で12月26日に他院に転院となっています。

【入院後経過】

原疾患の治療のため、外科に転科したが、手術適応はなく、PS低下のため化学療法の適応もないと判断された。

緩和治療目的で、12月26日に他院へ転院となった。

最終診断としては、胃の未分化腺がんと肝転移があり、壊死組織の感染と、それに伴う敗血症、敗血症による反応性の白血球及び血小板増多があったのではないかと考えています。



以上です。

○木村 ありがとうございます。

では、症例について質問をお受けしたいと思いますが、何か特に聞いておきたいこと、ございますか。

○周東 埼玉県内科医会の周東と申します。

今の画像を見るといろんなことが考えられて、胃由来の平滑筋肉腫なども考えてみましたが、肝転移は余りしてないので、今の先生の診断でいいかと思いますが、私、ほかのカンファレンスに出ていたのでおくれて来ましたが、もし腫瘍マーカーのことが出ていたら、もう一度お教えいただきたい。

○佐藤 腫瘍マーカーについては、CA125 が 90 ぐらいの高値で、CEA は正常範囲でした。

○周東 先ほど画像で左甲状腺の結節ですが、私もたくさん見ていて、フォローアップしていくとカルチに変わっていった、甲状腺の膜からエコーでも出ていくので、これからも要フォローアップかと思いますが、場合によっては細胞診を 1 回やっておいたほうがいいと思います。

○佐藤 ありがとうございます。

○質問 先ほど質問した件の続きになりますが、この患者さんのハウプトは白血球の問題と腹部症状なので、お話を聞いていても、この症例の場合、白血球のほうがあくまでも先行して、おなかの症状はちょっとプットオフした感じになっていると思います。なぜ最初の時点で腹部のほうの所見と血液のほうを並行してやらなかったのでしょうか。術前、検査前確率からすれば、日本人ですから、当然のことながら腹部症状の疾患が圧倒的に多いわけで、なぜそれが遅れたのかがちょっと分かりません。別に CT とは言わないまでも、例えば肝エコーでもいいと思いますが。

○佐藤 血液内科から紹介されて来たということで、血液疾患をまず調べることになりましたが、それ以外の部分については紹介された先生にお任せしているのが、実際に外来でできる現状です。血液疾患の患者さんの診療だけで時間がない状態なので、なかなか細かいところまで手が届かないのが現状です。

○川上 東埼玉総合病院の内科の川上と申します。聞き漏らしたかもしれませんが、今回、胃がんのプアリ・アデノで多発転移があって敗血症ということですが、この胃がん細胞は骨髓に行っていたのか。というのは、胃がんは結構骨髓に行くことも多いと思いますし、このような状況だと、どうしても類白血病反応を考えてしまうので、そういうことも考えておいたほうがよかったかとちょっと思ったものですから、お願いします。

○佐藤 骨髓の検査は2回やっていますが、生検はしていません。骨髓穿刺では、胃がんの細胞は見つかっていません。

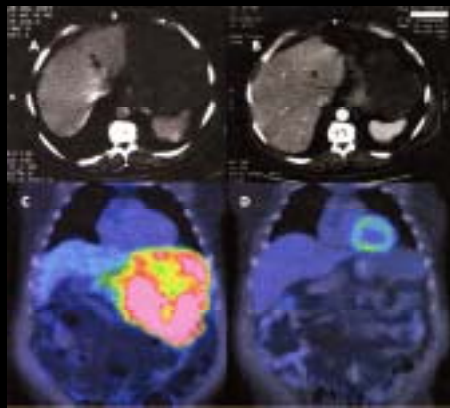
○木村 佐藤先生、どうもありがとうございました。

県立がんセンターの放射線科の野津先生から、ほかの類似の症例の提示を少ししていただきます。

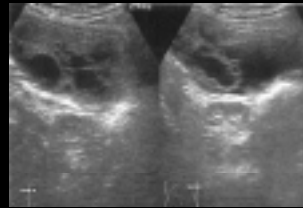
○野津 画像だけですが、似たような症例を経験したので、ちょっと見ていただきたいと思います。

まず、gastric tumor と cystic change というので最近の文献を調べても、胃がんは出てなくて、こういう GIST の症例が2症例出ていました。かなりシスティックな変化を起こした腫瘍で PET が強陽性だった症例と、エコーで cystic change が見られた、いずれも GIST の症例でした。

文献から: gastric tumor cystic change



J Clin Pathol. 2005
Jul;58(7):779-81.



J Gastroenterol.
2003;38(12):1181-4.

うちの消化器外科で胃がんを担当している先生に、嚢胞変性を来したような胃がんとか胃腫瘍の経験はあったか聞いてみましたが、残念ながら記憶にないと言われてしまい、次に、うちのCTとか超音波のレポートで、タグとして胃がんとか嚢胞変性、壁外腫瘍、gastric cystic lesion等で検索したら、1例のみ同じような症例経験がありました。

67歳の男性で、この方は特に自覚症状がなく、後で聞くと、体重が2~3キロ減ったということですが、検診で発見、白血球がやはり増えていて、CRPも、30ほどではないが若干増えていて、CTで撮ったところ、腫瘍があるということで当院に紹介となりました。

当院で経験した類似症例

検索方法:

主に胃癌を担当している消化器外科医に嚢胞変性を来した胃癌・胃腫瘍の経験を尋ねる→該当症例なし
過去のCT、超音波検査のレポートから胃癌・嚢胞変性・壁外発育・gastric cystic lesionで検索→1例のみ該当

67歳男性

特に自覚症状なし(体重減少2-3kg)。

検診にて血液データの異常(白血球23100/ml、CRP3.77mg/dl)を指摘。近医単純CTにて左腹部に腫瘤影を指摘され当院紹介となる。

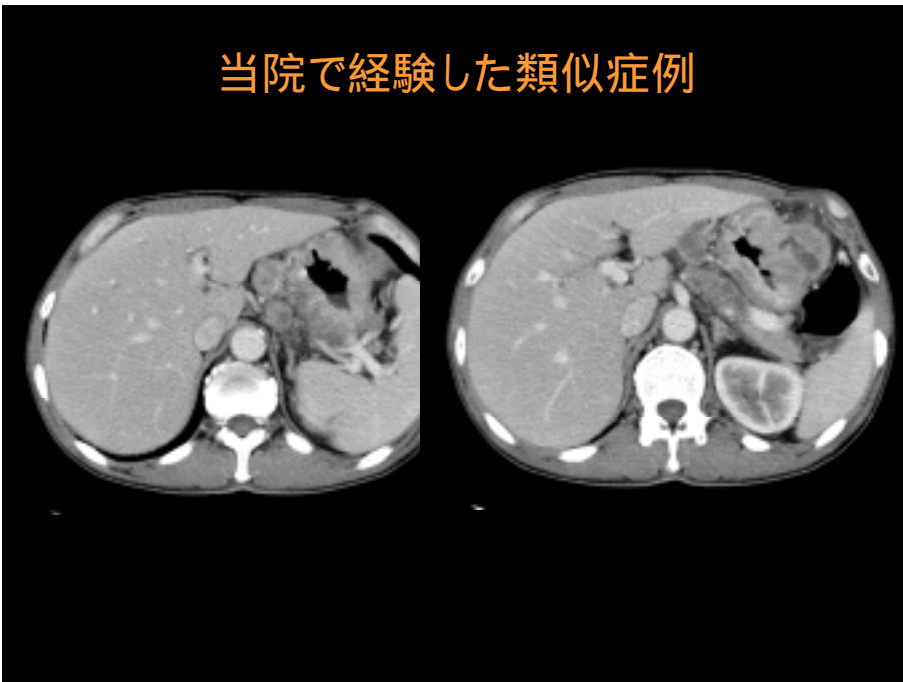
胃壁が肥厚していて、リンパ節があり、この方は脾腫もありますが、胃の外側に、このような腫瘤影があります。中も不均一で、かなりローな部分もあり、シストとは言えませんが、かなりローな場所が目立つ腫瘤影です。

コロナールを撮ると、今回の症例にも似ていますが、胃の変化よりも、このように、その外側、下のほうに広がる変化が目立つ腫瘍です。

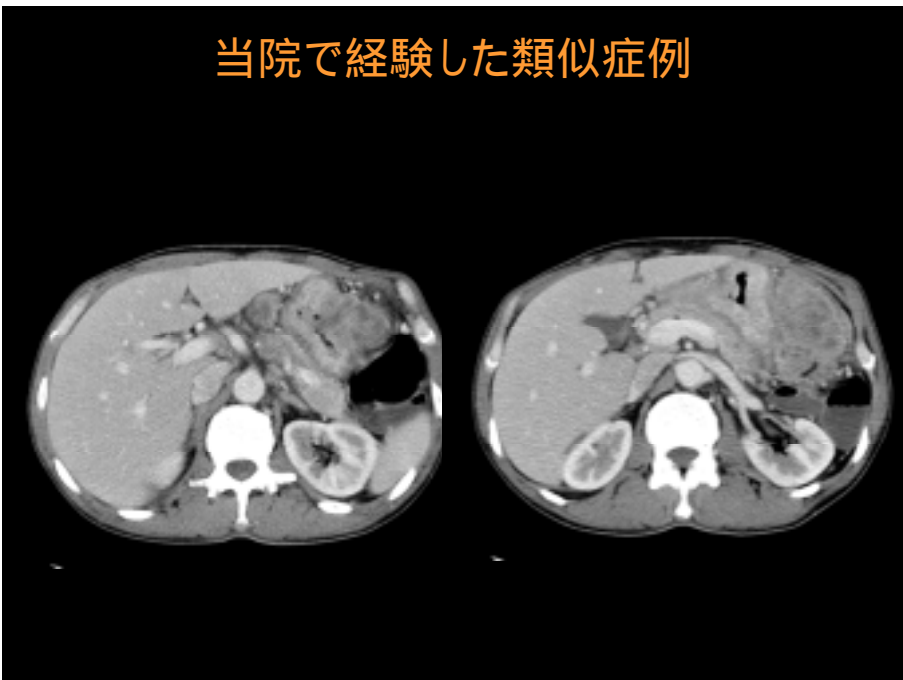
画像的には初めはこれは胃がんとは考えなくて、胃がんも否定はできませんが、GISTのようなものを考えるべきではないかというレポートを出しました。

先ほど言い忘れましたが、今回の症例も、左下腹部痛というのは、やはりこの腫瘍が下のほうに急に発育してきたのも一因だと思いました。

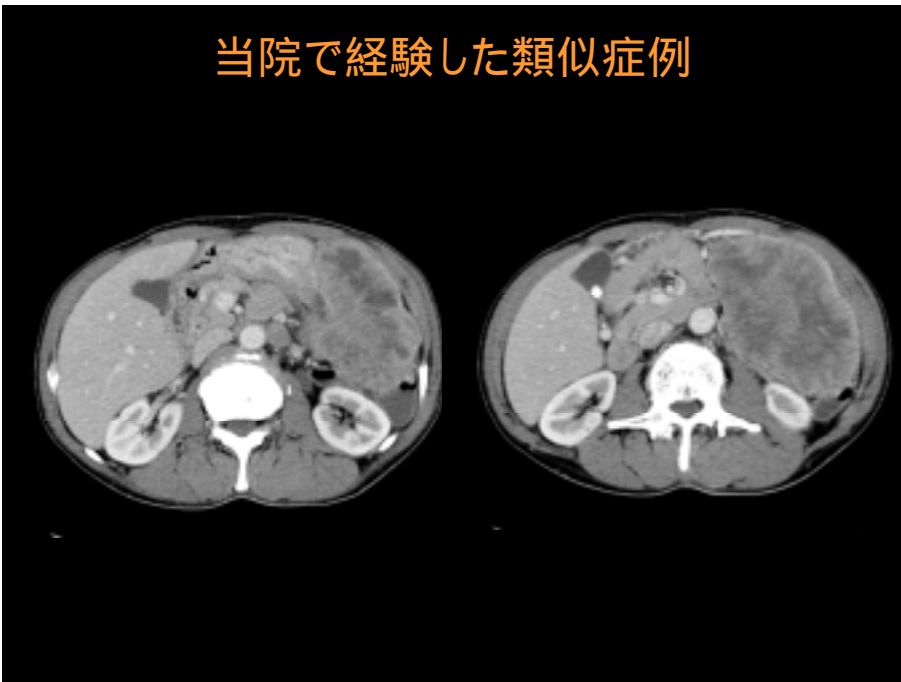
当院で経験した類似症例



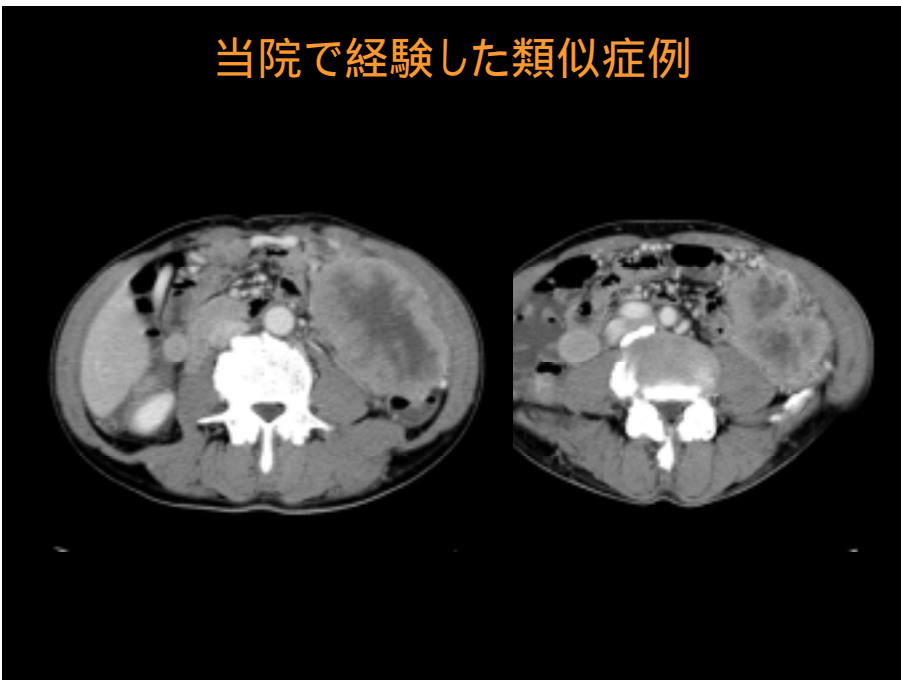
当院で経験した類似症例



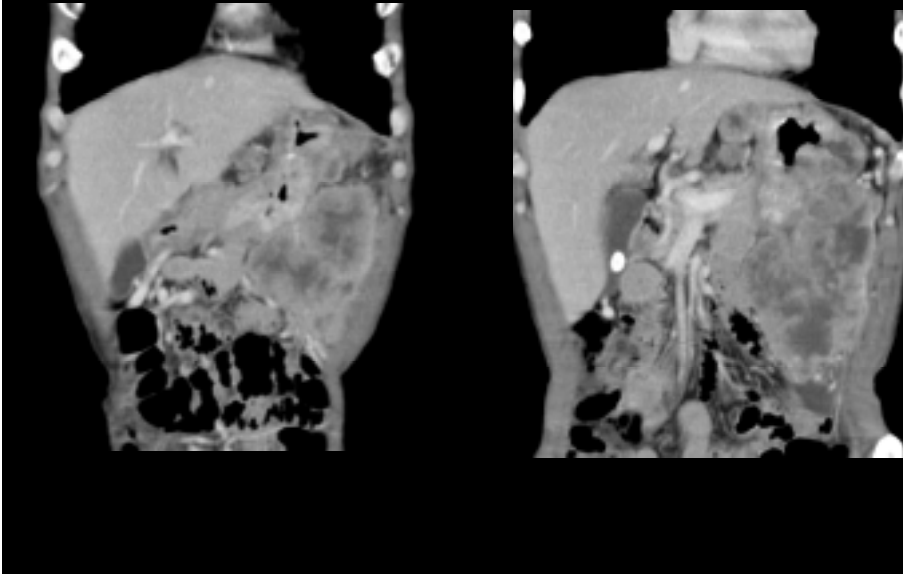
当院で経験した類似症例



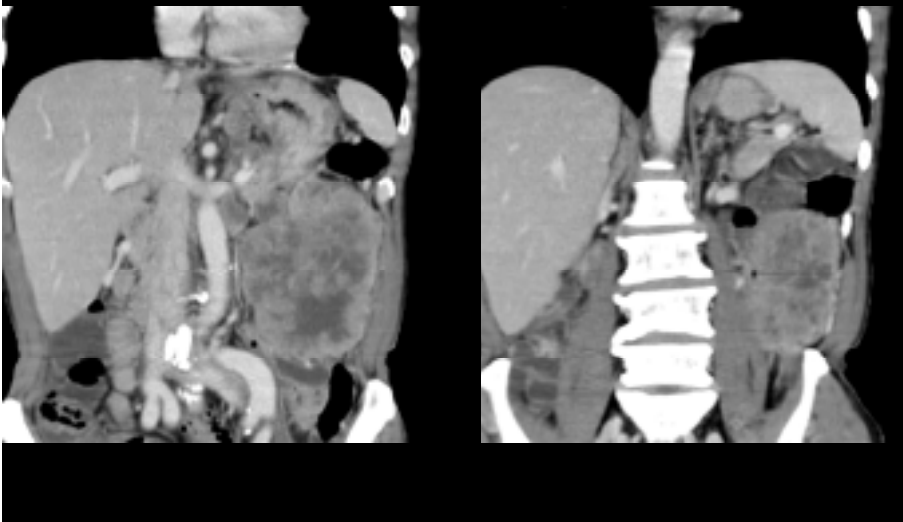
当院で経験した類似症例



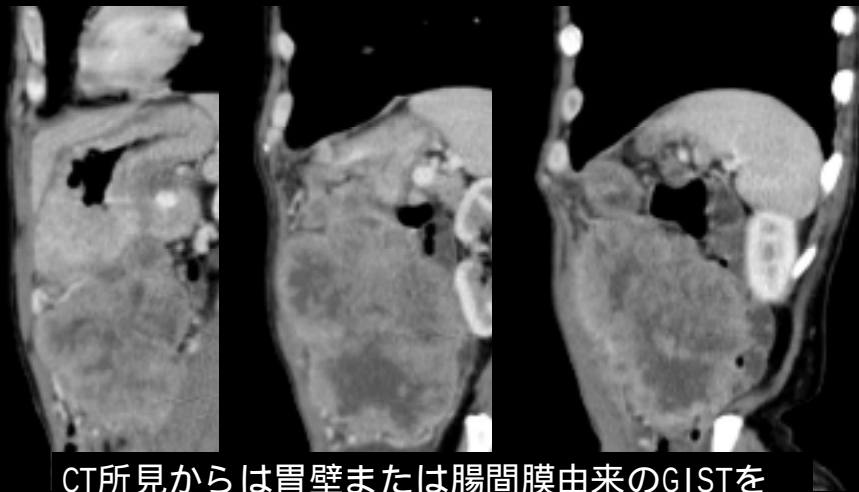
当院で経験した類似症例



当院で経験した類似症例



当院で経験した類似症例

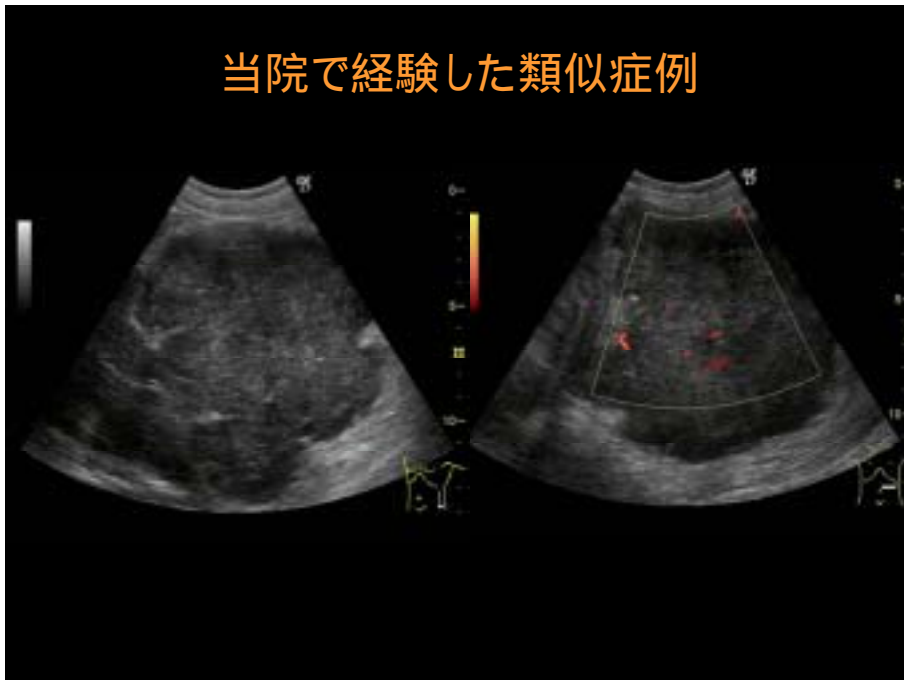


CT所見からは胃壁または腸間膜由来のGISTを第一に考え、胃がんを鑑別診断にあげました。

当院で経験した類似症例

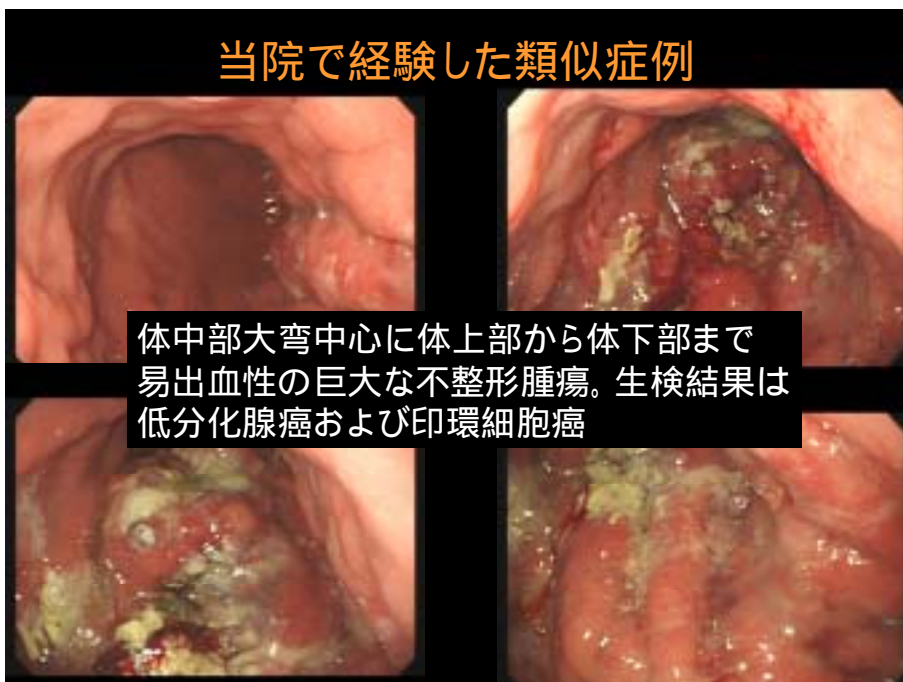


当院で経験した類似症例



またうちの症例ですが、エコーではこのように不均一なローの中に間腔構造も見られます。血流は余りない症例でした。内視上は GIST のほうをむしろ疑いましたが、胃の内視鏡ではかなり腫瘍体湾側に体上部から胃下部まで易出血性の巨大な不整形の腫瘍があり、生検結果は低分化腺癌が出ていました。

当院で経験した類似症例



血液データは、低栄養な状態で、炎症の反応が上がっていきまして、 α -feto protein は若干高いですが、余り意味はないと思います。CA19-9 がかなり上がっていきまして、白血球も、紹介のときは2万幾つだったが、入院のときは9700 で下がっていました。あとは貧血がありました。今回と違うのは、血小板は上がっていませんでした。あと、血糖値がちょっと高いということです。血糖値が高くて、炎症反応があつて、白血球が上がっているのが、今回の症例と似通ったデータだと思いました。

主な血液検査値		Na	133 mEq/l	L
TP	7.3 g/dl	K	5.2 mEq/l	H
ALB	2.6 g/dl	Glu	203 mg/dl	H
T-B	0.8 mg/dl	CRP	3.5 mg/dl	H
ALP	272 IU/l	AFP	33.0 ng/ml	H
LDH	167 IU/l	CEA	2.1 ng/ml	
GOT	11 IU/l	CA19-9	234 U/ml	H
GPT	10 IU/l	白血球数	9700	H
CHE	174 IU/l	赤血球数	400	L
AMY	45 IU/l	ヘモグロビン	11.8 g/dl	L
UN	19 mg/dl	ヘマトクリット	35.5 %	L
CRE	0.88 mg/dl	血小板数	22.9	

これは私個人の類推ですが、耐糖能異常とか免疫障害がある症例に低分化型の胃がんができた場合は、もしかすると一部に嚢変性を起こすことがあるのではないかと。その嚢変性は腫瘍そのものではなくて、腫瘍の中に炎症とか嚢瘍が起きたために、そのような変化が起きるのではないかとちょっと考えましたが、症例も少なく、類推の域を出ません。

今回の症例および自験例からの考察

耐糖能異常を伴う低分化型胃癌では腫瘍の一部に嚢胞変性を伴うことがある??

嚢胞部分は本来の腫瘍による変化ではなく、腫瘍に併発した一過性の炎症(膿瘍)による変化??

以上です。

○木村 ありがとうございました。

次に、感染症内科の立場から、この症例をどう考えるかということで、埼玉医科大国際医療センター感染症科の光武耕太郎先生、お願いいたします。

○光武 よろしく申し上げます。

本症例において感染症の側面から気になる点はということで、1、感染症に伴う血球増多症では、どの程度まで白血球や血小板が増加し得るのかということと、2、画像上は、この腫瘍組織内に膿瘍を疑わせるものがあった。区別はできないかもしれないが。血液培養で *Bacteroides fragilis* が検出されているが、この菌ではそういう経過をとることは一般的なのかということです。

本症例において感染症の側面から気になる点

- 1) 感染症に伴う血球増多症では、どの程度まで白血球や血小板が増加するか
- 2) 画像上、胃がんの腫瘍組織内に膿瘍を呈したが、*B. fragilis*ではそのような経過は一般的か

1 ですが、先ほどご質問が出ましたが、感染症でどれくらいまで白血球が増えるかということで、類白血病反応です。これは白血病以外の原因で末梢血の白血球が3万とか5万以上増加をしたり幼若白血球が出たりして、白血病と類似の所見を示すということですが、一番原因として多いのは、やはり感染症だと言われています。ほかは、代謝性や毒物等による中毒性疾患。組織壊死を伴う疾患としては、広範なやけどとか、腫瘍、壊疽などがありますし、急性の出血や溶血性貧血でもリューケモイド・リアクションをとることが知られています。

感染症の次には、やはり悪性腫瘍が頻度は高い。中でも、胃がんや乳がんや肺がん、前立腺等々で、こういう類白血病反応をとることが知られています。

ですから、この症例の場合には、やはりベースにがんがあって、それに感染症が加わっていったらということ、類白血病反応を見たときには、両方がぶっていないかは考える必要はあるかもしれません。特に、もともと基礎疾患をお持ちの中でこういう白血球や血小板が増えてきたときには、原疾患もそうですが、それ以外にプラスで出てきているという2つ以上の要因も考えることが必要ではないかと思われました。

1) 感染症に伴う血球増多症では、どの程度まで
白血球や血小板が増加しうるか

[類白血病反応]

白血病以外の原因で、末梢血中の白血球($3 \sim 5$ 万/ μl ~)の増加や
幼若白血球の出現があり、白血病と類似の所見を示す病態。

1. 感染症
2. 中毒性疾患(代謝性、化学物質など)
3. 組織壊死を伴う疾患 - 広範熱傷、良性・**悪性腫瘍**、壊疽など
4. 急性出血
5. 急性溶血性疾患



胃がん、乳がん、肺がん、前立腺

これは、我々の病院のもので、最近1年間の約500症例ぐらいのまとめです。我々の病院は総合病院ではないので、血液を含むがんと心臓内科・外科、それに救命・救急、救急車が来るような病院です。末梢血の白血球が2万以上の方がどれくらいいたか調べてみると、月に1000件ぐらい出て、1%ぐらいが2万以上です。これは血液内科等の一部の科は除いていますが、4万以上という方も30例ちょっとあります。うちは半分ぐらいが固形がんの患者さんなので、がんがあるかないか、感染症があるかないか、30例ぐらいカルテを見てみましたが、感染症はなくてもがんあるという方がこれくらいで、両方の方もおられます。基礎疾患に固形がんがなくて、感染症だけで4万以上という方が8例おられました。感染症もがんも関係ないという方では4名おられましたが、体外循環を必要とする心不全とか出血等がありました。

末梢血白血球数2万以上の患者

(埼玉医大国際医療センターにおける最近1年間)

末梢血WBC数 2万以上は提出検体の約1%

WBC x1000	20 ~	30 ~	40 ~	50 ~	60 ~	70 ~	80 ~	90 ~	10 ~ 12
患者数(人)	642	95	22	7	1	0	0	1	2



(ただし、血液内科を除く)

	がん あり	がん なし
感染症 あり	5	8
感染症 なし	13	4

急性心不全
出血
G-CSF

では、この8例について少し見てみます。ここに診断名がありますが、いわゆる尿路系から敗血症を起こしたと思われる Urosepsis が2例で、白血球数は6万3000と4万3000ありました。感染症心内膜炎で5万ぐらいでした。肺炎と胆管炎、おなかの感染症と、心臓とかの術後の縦隔炎でひどい症例が4万というのがありました。

分離菌として分かっている中では、特に血液培養で出ているのは大腸菌とかシネトバクターです。グラム陰性桿菌のLPSで白血球増多が起こると言われているので、これは1つ特徴かもしれませんが、感染症だけでも4万から6万ぐらいまでは起こすことがあることが分かりました。

言い忘れましたが、血小板については詳しく調べることができませんでした。というのは、血小板50万以上の人は、年間2000名以上出ます。例えば本態性の血小板増多で特に何か治療を必要とするということではなければ、そのまま経過観察されるので、感染症を合併しているかどうかを詳しく見るのが非常に難しいということで、血小板についてははっきり分かりませんでした。

ただ、私の感染症科としての経験でいくと、術後のひどい感染症では、普通は20万から30万ぐらいの人が60万、70万ぐらいに一過性に上がることはありますし、脳出血の患者さんで一過性に90万ぐらいまで行って戻っていった症例もありました。

がんの合併がなく感染症が原因でWBC増多をきたしたと思われる8例

診断名	WBC数	分離菌
Urosepsis(2例)	6.3, 4.3万	大腸菌、アシネトバクター
感染性心内膜炎	5.1万	腸球菌
肺炎(2例)	4.0, 4.8万	不明
胆管炎	4.4万	不明
イレウス	4.2万	大腸菌
縦隔炎	4.0万	黄色ブドウ球菌、緑膿菌

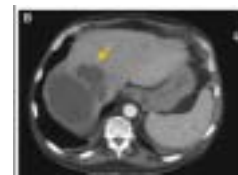
2 番目、*Bacteroides fragilis* で胃がんの腫瘍内に嚢瘍を形成するのはあるのかということです。*Bacteroides fragilis* は、ご存じのように嫌気性のグラム陰性桿菌で、ヒトの常在菌で、腸管内、特に下部の消化管にはいっぱいいて、病原性が強いと言われています。続発性の腹膜炎や肝・胆道系感染症の代表的な原因で、この感染を起こすときには、化膿性、壊死性の感染症で、感染巣に白血球が多数存在することが特徴で、厚い膜のある嚢瘍形成傾向が強い。ですから、腹腔内や骨盤内の嚢瘍、肝嚢瘍、皮下嚢瘍などをよく起こすことが、この菌の特徴です。ホールの細胞がなくても、capsular polysaccharide のみで実験的には嚢瘍を形成させる能力を持っていると言われていますので、この菌による腹腔内の嚢瘍形成としては妥当なところだと思います。ただ、このようにかなり大きいツモールで中にアブセスをつくるのは、事例としてはそう多くないのではないかと思います。

2) 画像上、胃がんの腫瘍組織内に膿瘍を呈したが
、 *B. fragilis* ではそのような経過は一般的か

Bacteroides fragilis

- 嫌気性グラム陰性桿菌
- ヒトの腸管粘膜や陰部に存在する。
- 続発性の腹膜炎や肝・胆道系感染症の代表的な原因菌である
- 感染プロセスは **化膿性・壊死性感染症** であり、感染巣に白血球が多数存在することが特徴。厚い膜のある **膿瘍形成傾向が強い**。
(腹腔内・骨盤内膿瘍、肝膿瘍、皮下膿瘍など)

↓
B. fragilis の capsular polysaccharide のみで
膿瘍形成が可能



Lieuw-a-Fa, M. J Clin Oncol; 26:1381, 2008

以上です。

○ 木村 光武先生、どうもありがとうございました。

次に、防衛医大の消化器の川口淳先生に、胃がんとしての総括をしていただきます。

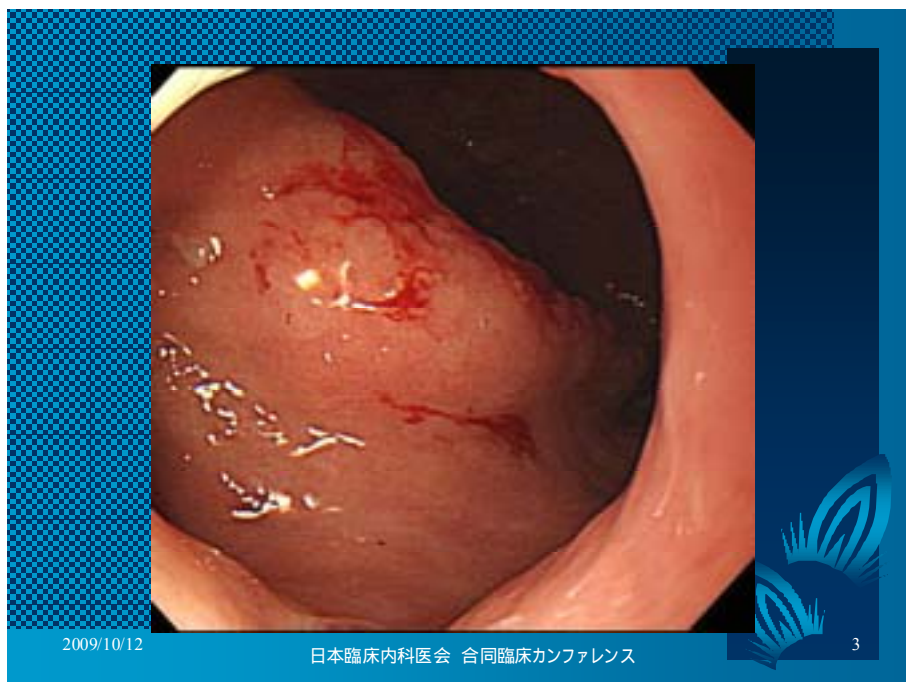
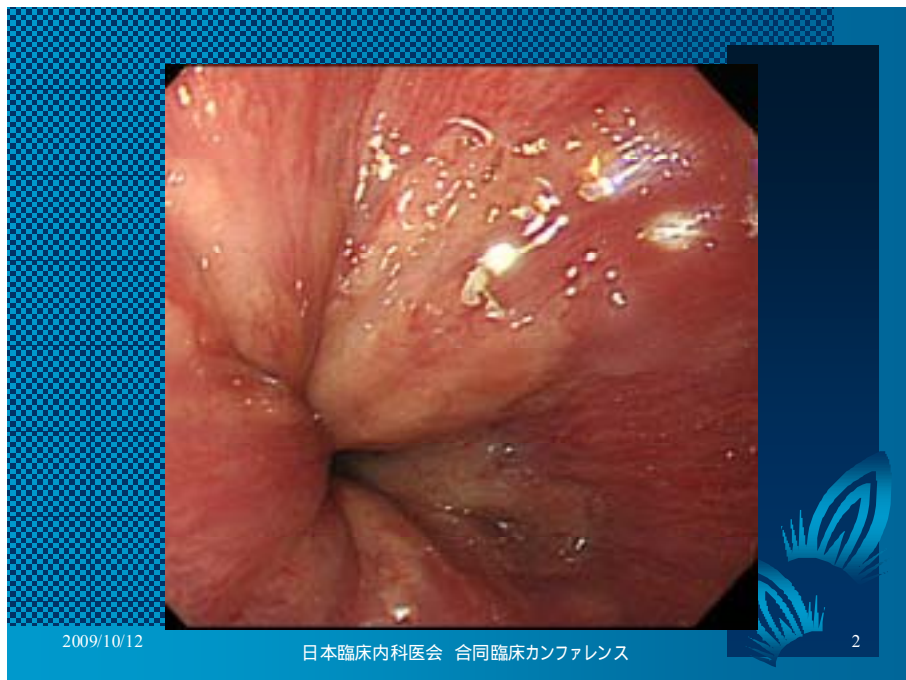
○ 川口 お待たせしました。では、胃がんのほうに行きたいと思います。

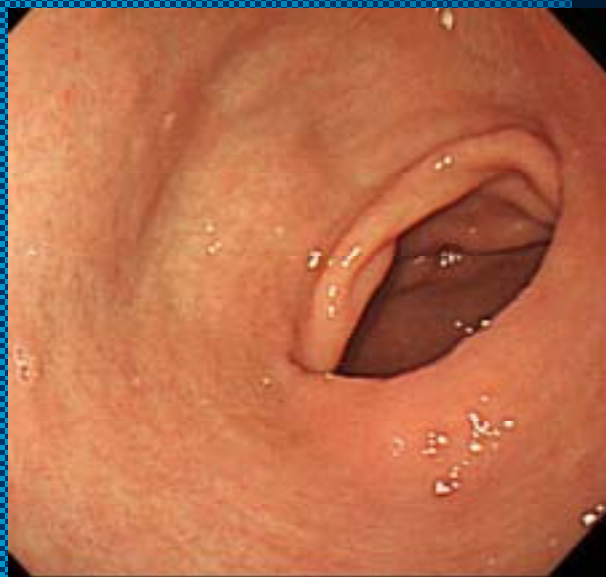
これは内視鏡画像ですが、食道下端です。

入ったところからもう出血しているように見えていますが、幽門前庭部のほうに行くと、きれいで、ずっと型どおり撮っている写真ですが、ご覧のようにランドホールがあって、かなり深い潰瘍層があって、不整形の潰瘍なので、一見して悪性腫瘍であることは間違いないでしょう。易出血性で、ずっとランドホールを追って写真を撮っています。胃体下部から胃体上部ぐらいの大湾を中心とした病変で、ほかにもこういう小さな潰瘍層もあります。これが多分一番深いところではないかと思うのですが。

これがこの方の内視鏡画像で、辺縁からバイオプシーされていて、辺縁から低分化腺がんが出ています。ただ、余りに大きいので、本当にこれで胃がんかという疑念はあったものですから見ていますが、最終的には、こうやって見ますと、この黄色でマッピングしてあるところを低分化腺がんとしてよいのではないかと思います。c-kit も陰性だし、CEA がちょっと染まっているので、一応それで低分化腺がんではないかというこ

となりました。





2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

4



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

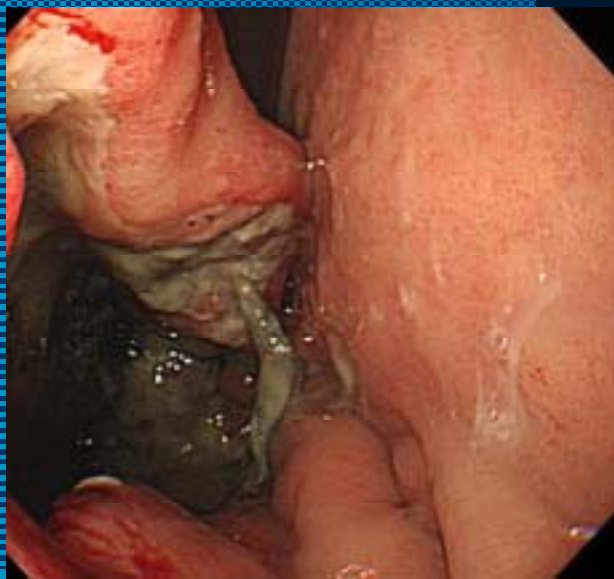
5



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

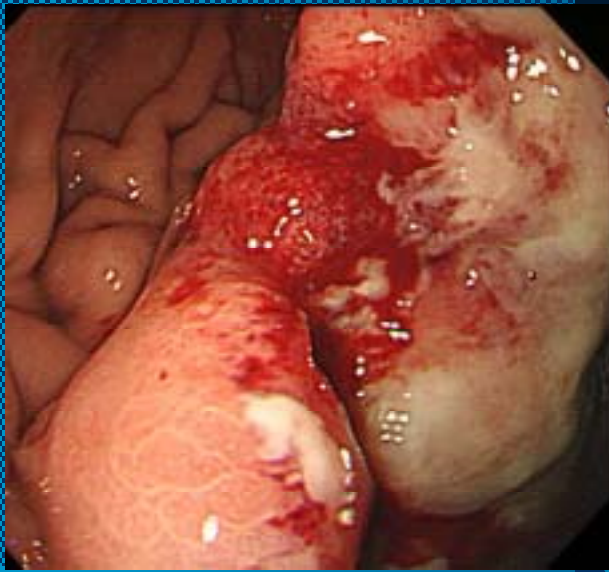
6



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

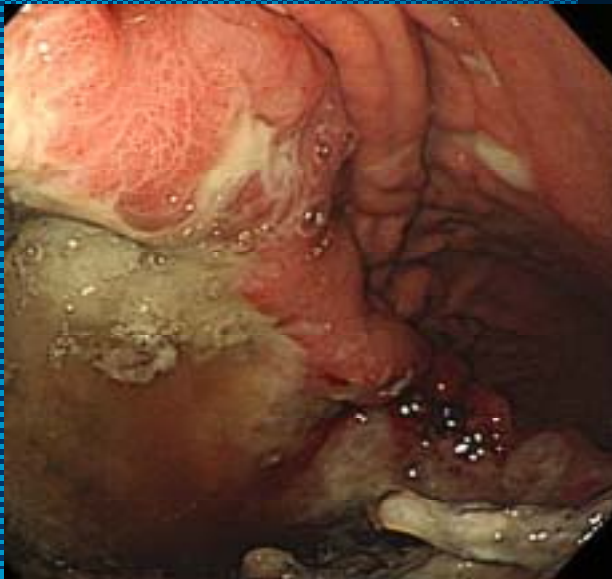
7



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

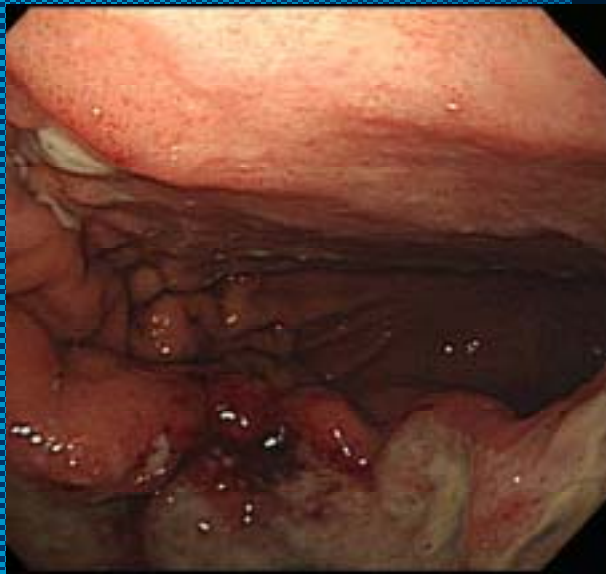
8



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

9



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

10



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

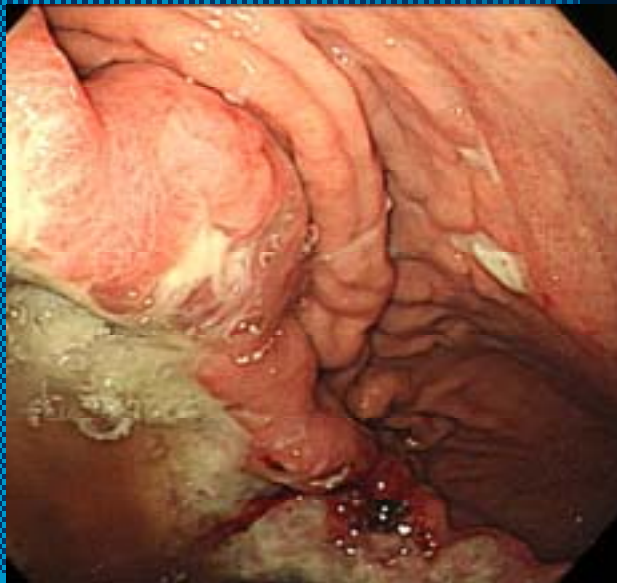
11



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

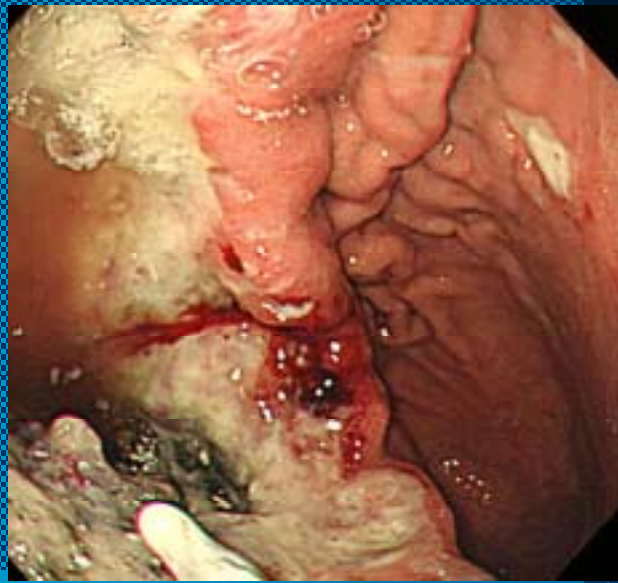
12



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

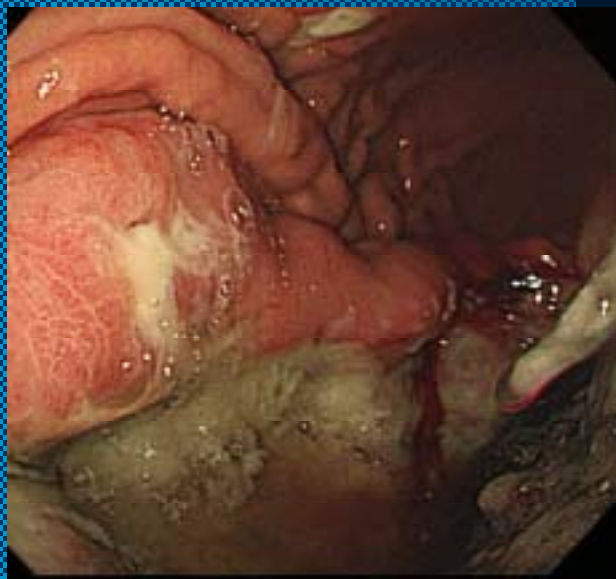
13



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

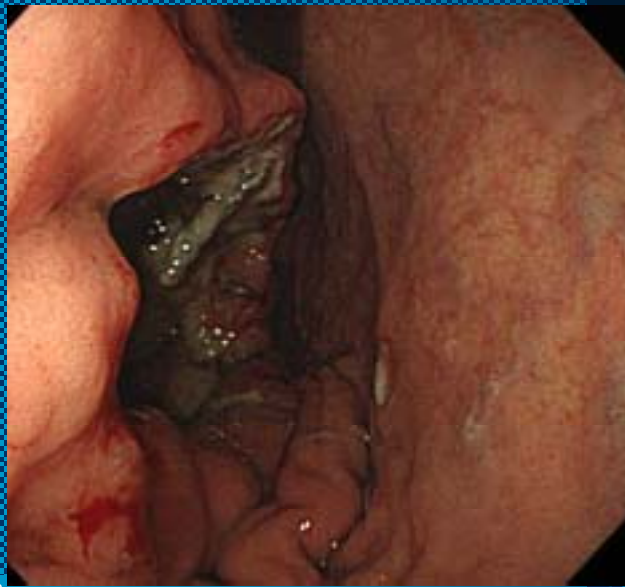
14



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

15



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

16



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

17



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

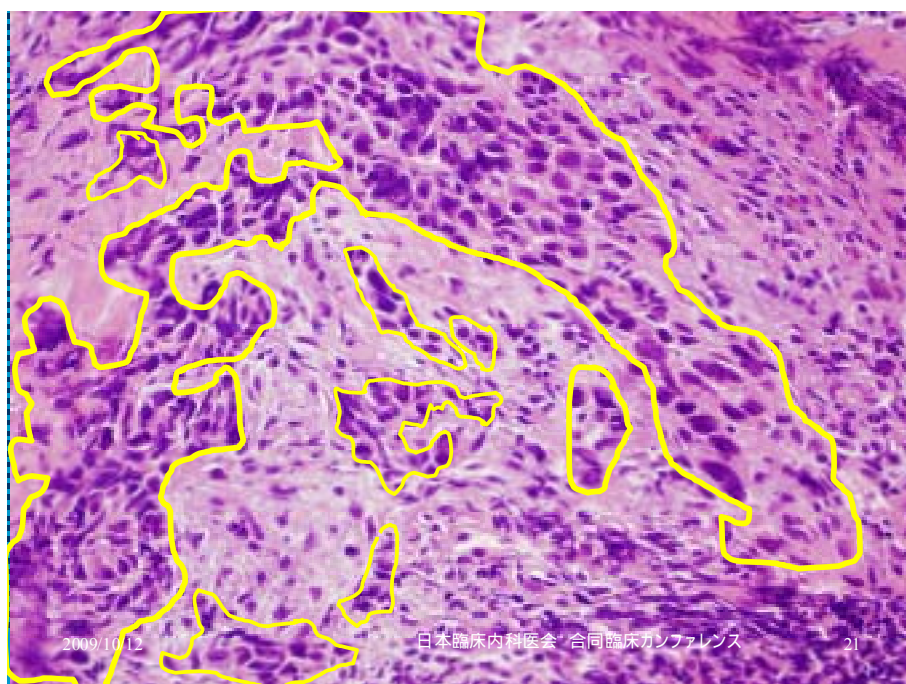
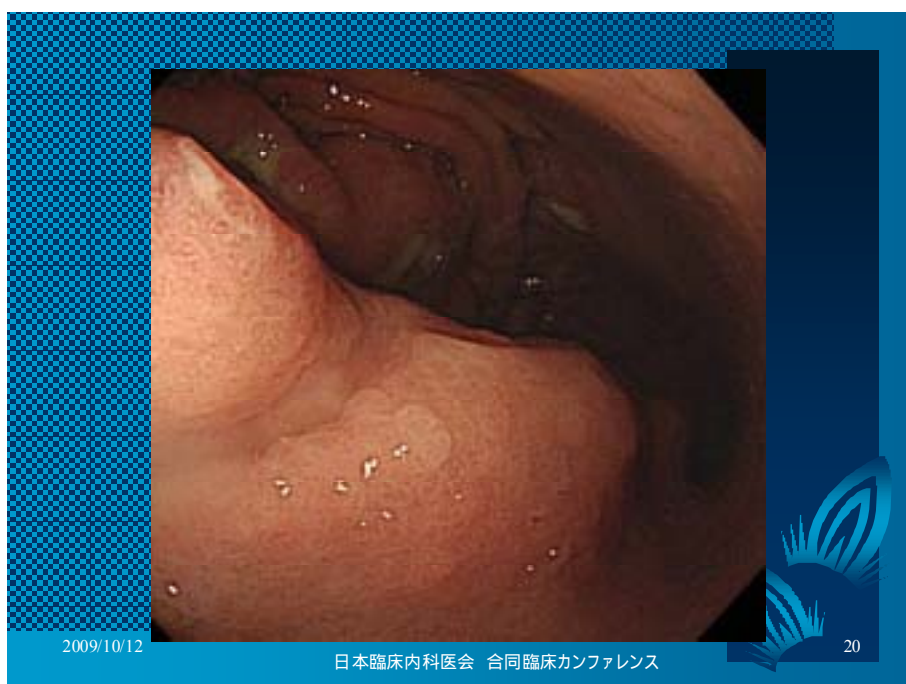
18

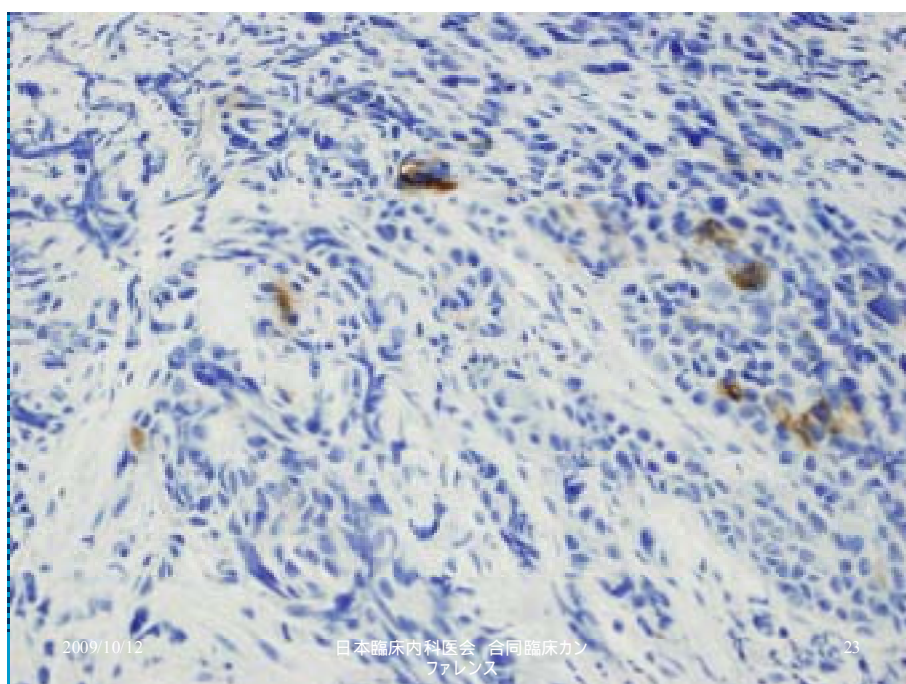
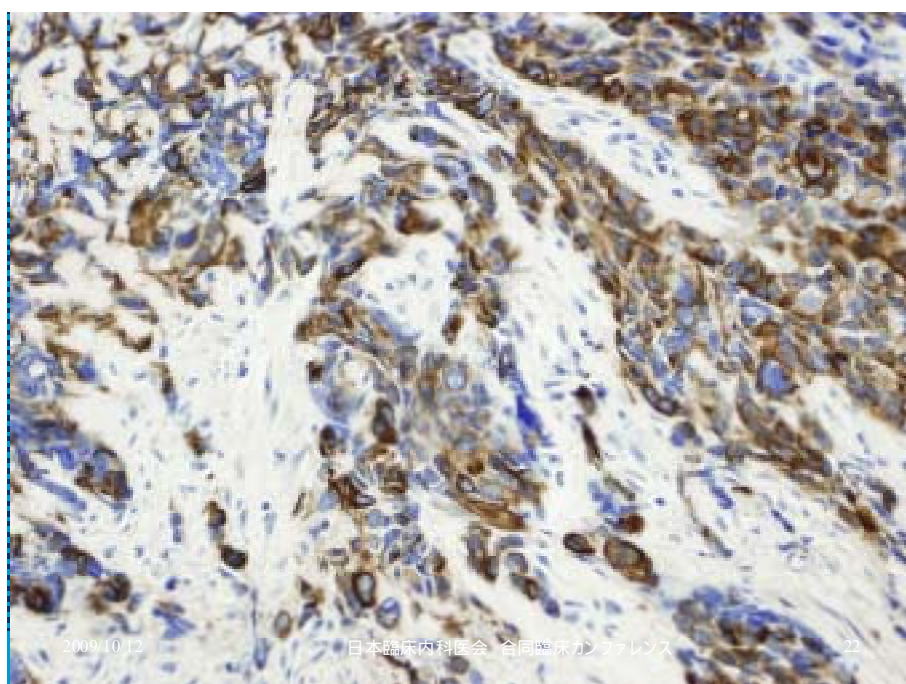


2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

19





一般的な話ですが、やはり胃がんはコモンドーズの範疇を出ないかと思います。ただ、今回はちょっと非典型的な経過を見ているので、その辺が難しい問題かなと。ご存じのとおり、胃がんの死亡数は2007年の段階で男性で2位、女性で3位で、これだけの方が亡くなっています。2001年の古い集計では、男女計で10万人ぐらい罹患しています。

胃癌

胃癌死亡数(2007年)

男性	2位	33,131人
女性	3位	17,446人
男女計	2位	50,577人

胃癌患者罹患数(2001年) 男女計107,726人

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

24

リスクファクターは一般的に食塩の過剰摂取ということは、大体皆さん納得されているのではないかと思います。地域的には東北などで、やはり食生活で塩分の摂取が多いところに多いのではないかと考えられているそうです。

胃癌のリスク要因のうちの代表格は 食塩の過剰摂取

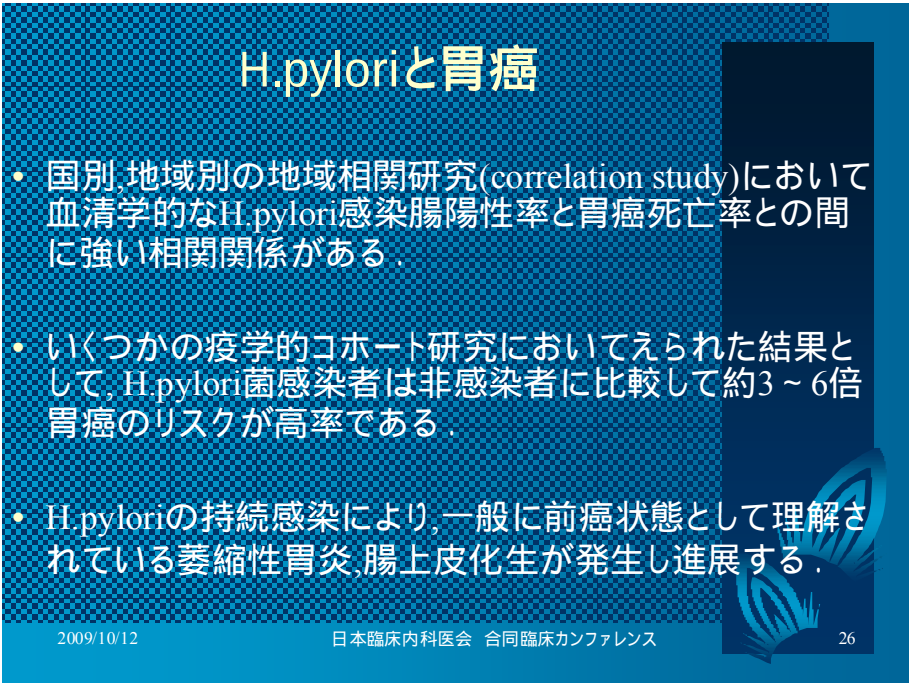
- ハム、ソーセージなどの塩蔵品、食塩
- 日本の都道府県別の胃癌死亡率を比較すると秋田県が人口10万対63.2で最も多く、ついで山形県、島根県が続き、新潟県は52.7で第5位、東北地方に胃癌が多い。
- 塩分や漬物摂取が胃癌の発生に関係しているのではないかと考えられている。

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

25

最近 H.pylori と胃癌ということで、いろいろ言われています。ピロリ菌があるから持続感染によって前がん状態になり、萎縮性の胃炎とか腸上皮化生が問題になるということが言われておるようです。



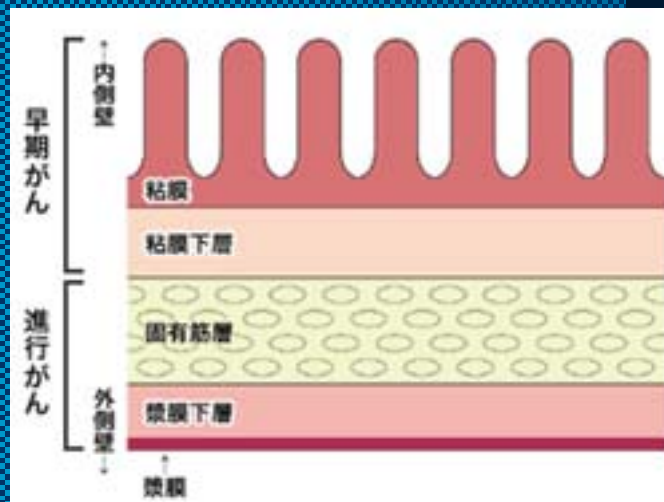
H.pyloriと胃癌

- 国別、地域別の地域相関研究(correlation study)において血清学的なH.pylori感染腸陽性率と胃癌死亡率との間に強い相関関係がある。
- いくつかの疫学的コホート研究においてえられた結果として、H.pylori菌感染者は非感染者に比較して約3～6倍胃癌のリスクが高率である。
- H.pyloriの持続感染により、一般に前癌状態として理解されている萎縮性胃炎、腸上皮化生が発生し進展する。

2009/10/12 日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス 26

消化器内科ではない方も多分多々いらっしゃると思うので、漫画みたいな絵ですが、胃壁の構造はこうなっています。今、消化器内科で診ているのは、早期がんがほとんどです。特に私たちのようなところは進行がんとかは普通の開業医の先生方が内視鏡で診断をきっちりされて外科のほうに送られているので、実は余り目にすることがないことが多いです。

胃壁の構造



2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

27

肉眼分類も0型から5型までとかいろいろ書いてありますが、我々の診療科の中で進行がんを診ることは年間でも10の単位だと思います。

肉眼型分類

- 胃癌を粘膜面からみて、その形態を0型から5型に分類する。0型については、早期胃癌の肉眼型分類を順用して亜分類する。
- c型は早期胃癌全体の60～70%を占める最も頻度の高い肉眼型である。
- 一般的に1型から4型の順に悪性度が高い。わが国では3型が最も多く、次いで2型、4型、1型の順である。

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

28

胃がんの転移形式は、リンパ節転移、血行性転移、播種性転移の3つが挙げられていますが、この中で壁外に進展するというのは余り書かれてないと思います。

胃がんの転移形式

- リンパ行性転移
- 血行性転移
- 播種性転移 の3つが挙げられる。

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

29

胃がんの進行度は、1型、2型、3型となっていて、今回の症例は一応2型と私は考えています。

胃癌の進行度

日本胃癌学会編「胃がん治療ガイドラインの解説より

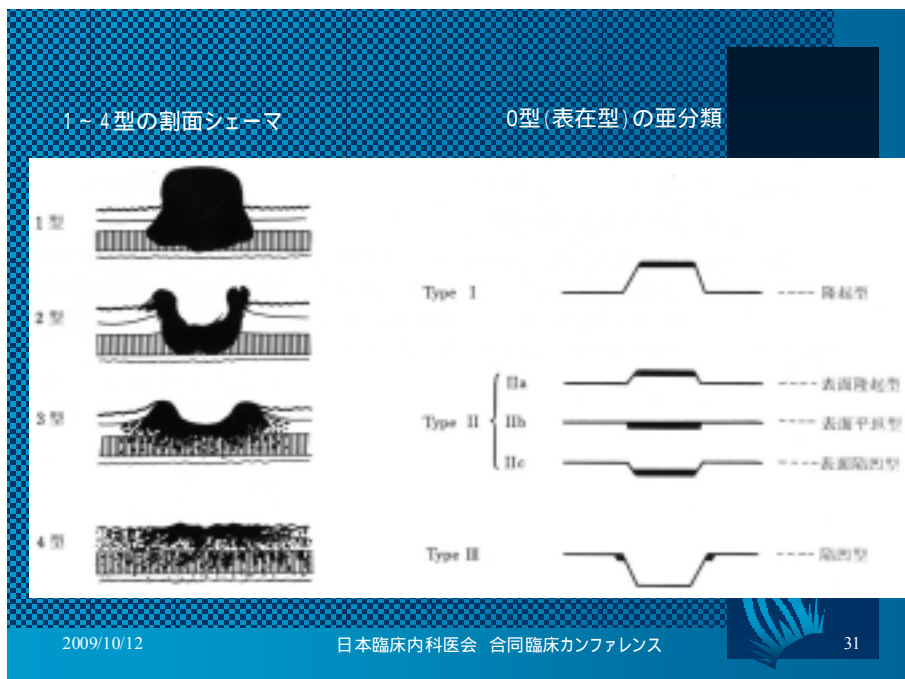
	N0 リンパ節転 移 (-)	N1 胃に接したリン パ節に転移 (+)	N2 胃を養う血管に 沿ったリンパ節 に転移 (+)	N3 さらに遠くのリン パ節転移 (+)
T1M 粘膜内に限局	1A	1B	2	
T1,SM 粘膜下層に達する				
T2 筋層にとどまる	1B	2	3A	
T3 筋層を超えて漿膜面 に出ている	2	3A	3B	
T4 表面に出た上に他の 臓器に癌が及ぶ	3A	3B		
肝肺腹膜などに転移				4

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

30

これは表在型のがんです。



(1) 基本分類

0型 表在型：病変の肉眼形態が、軽度な隆起や陥凹を示すにすぎないもの

1型 腫瘍型：明らかに隆起した形態を示し、周囲粘膜との境界が明瞭なもの

2型 潰瘍脱臼型：潰瘍を形成し、潰瘍をとりまく胃壁が肥厚し周堤を形成する。周堤と周囲粘膜との境界が比較的明瞭なもの

3型 潰瘍浸潤型：潰瘍を形成し、潰瘍をとりまく胃壁が肥厚し周堤を形成するが、周堤と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの

4型 びまん浸潤型：著明な潰瘍形成も周堤もなく、胃壁の肥厚・硬化を特徴とし、病巣と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの

5型 分類不能：上記0～4型のいずれにも分類し難いもの

(2) 0型(表在型)の亜分類

I型 隆起型：明らかな腫瘤状の隆起が認められるもの

II型 表面型：明らかな隆起も陥凹も認められないもの

IIa 表面隆起型：表面型であるが、低い隆起が認められるもの

IIb 表面平坦型：正常粘膜にみられる凹凸を超えるほどの隆起・陥凹が認められないもの

IIc 表面陥凹型：わずかなげら、または粘膜の浅い陥凹が認められるもの

III型 陥凹型：明らかに深い陥凹が認められるもの

注1) I型とIIa型の区別は、隆起の高さが正常粘膜の2倍以内のものをIIa型とし、それを超えるものをI型とする。

2009/注2) 複合型の表在型は、より広い病変から順に「+」記号でつないで記載する(例：IIc+III)。

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

32

組織型では分化型と未分化型に分類されるし、この症例は低分化腺がんで、低分化から未分化ということだったので、境界不明瞭な浸潤型が多く、播種の割合も多い。未分化型は若年者の割合が高いが、この方の場合には比較的高齢に当たるから、ちょっと合わないかもしれません。

組織型分類

- 分化型癌と未分化型癌に大別される。
- 前者は乳頭腺癌, 高～中分化型管状腺癌が相当
- 後者は腺管形成に乏しくびまん性に浸潤すると癌とされ, 低分化腺癌非充実型, 印環細胞癌が相当する。
- 分化型癌は膨張性の発育を示し, 肉眼形態は境界明瞭な限局型が多い。進行すると血行性の肝転移が多く, また比較的高齢者に多い。
- 未分化型癌は肉眼的に境界不明瞭な浸潤型が多く, リンパ行性転移や腹膜播種が多くみられる。分化型癌に比し若年者の割合が高い。

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

33

胃がんの治療は一般的には内視鏡治療、外科手術、化学療法、それが適応にならないのは緩和ということになるかと思います。内視鏡治療は最近はやりで、いろんなやり方がありますが、切除が基本原則で、どうしてもないものだけは半導体レーザーとかアルゴンプラズマで焼いてしまうというのも手ではあります。

胃癌の治療

内視鏡治療；

EMR, ESD, Laser, APCなど

外科手術

化学療法

緩和

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

34

私たちの内科としては、このような形で早期がんの内視鏡治療の適応基準にしています。大体2センチを基準にしていますが、最近は2センチでも3センチでも4センチでも、即応に取れるなら取ってしまおうという形になっていて、適応基準はどうなっているのか、ちょっとあやふやなところが出てきました。

胃癌の内視鏡治療

EMR (EMR-C、2 Channel、EAMなど)
ESD (IT-2 Knife, Flex Knife, Dual Knife
Flash Knife, Needle Knife, Hook Knife)
Laser (PDT)
APC など

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

35

当科における早期胃癌の治療適応基準

分化型腺癌：胃癌取扱い規約に基づき、2cm以下を絶対的適応としているが、2cm以上は後藤田論文により相対的適応としている。

・手術適応外・EMR・ESD適応外病変に対して、特に心血管・呼吸器系などの合併症を持つ症例に対しては、十分なインフォームドコンセントのもとに、組織型に関係なく光線力学的療法・APC2・レーザー(半導体レーザー)の内視鏡治療の適応としている。

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

36

一応これが一番オーソドックスかと思っています。手技も、キャップでとる方法と、今のESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）という形と2種類に分けています。

現在の当院における早期胃癌に対する
内視鏡治療適応基準(大きさ)

10mm以下 EMR-C

11～20mm ESD相対適応

21mm以上 ESD(適応拡大病変として)

2009/10/12 日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス 37

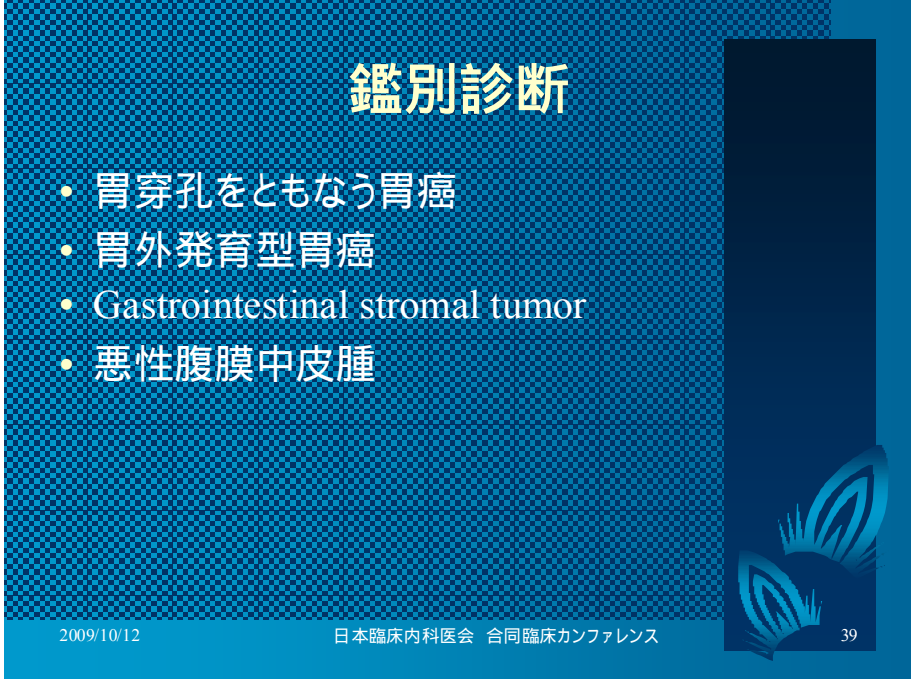
「癌性腹膜炎の治療」と書いてしまいましたが、化学療法はこんなものもありますが、PSが悪かったりすると、なかなかそこまで行けないことになろうかと思います。

癌性腹膜炎の治療

- 化学療法
 - 全身化学療法
メソトレキセート/5-FU時間差療法など
新規抗がん剤(TS-1、タキソール、タキソテール、イリノテカン)
 - 腹腔内化学療法
マイトマイシン、シスプラチン、アドリアマイシンなどの腹腔内投与
新規抗がん剤(タキソール、タキソテール)の腹腔内投与
- 温熱療法
 - マイトマイシン、シスプラチン、エトポシドなどを併用した腹腔内温熱化学療法
- 免疫療法
 - ビシバニール、レンチナンの腹腔内投与 CTL、TILというリンパ球の腹腔内投与
- 外科療法
 - 腹膜切除術

2009/10/12 日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス 38

今回の症例は、胃穿孔を伴った胃がんなのか、あるいは胃外発育型の胃がんなのか、あるいは GIST なのか、はたまた悪性腹膜中皮腫なんという珍しい病気もありますが、胃に病変があって、それに連続する胃の外側に向かって大きくなっていく腫瘍ということで、この辺が鑑別診断なのかと思います。



鑑別診断

- 胃穿孔をともなう胃癌
- 胃外発育型胃癌
- Gastrointestinal stromal tumor
- 悪性腹膜中皮腫

2009/10/12 日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス 39

胃がんと胃穿孔ということでは、内科の立場でいくと、余り見ることはないかと思いますが。ただ、ちょっと調べてみますと、胃がんの手術をされる外科の先生の立場から見ると、胃がんの手術をした症例の中でも、やはり 1%前後はあるそうです。胃穿孔という病態から見ると、実はもっと多くて、15%とか 40%といった数字が出ているので、胃がんを見たときには胃穿孔というのではないわけではない。あるいは、胃穿孔という患者さんが来たときには、これは胃がんという可能性もあるということは内科医としても知っておかなければならないかと思っています。

ちなみに、木戸川先生という方が 2007 年にペーパーを出されていますが、その先生の集計では、ペーパーになった胃穿孔の胃がんは日本では 380 例ぐらいあるということだったので、やはり絶対数は少ないのではないかと私は思います。

胃癌と胃穿孔

木戸川：381症例の報告

	胃癌手術数からみた割合	胃穿孔からみた割合
木戸川 1)	/	13.2% (91例中12例)
渡邊 2)	20例 (0.94%)	40%
柳澤 3)	24例 (1.5%)	24%

1) 木戸川秀生 (北九州市立病院八幡病院外科), 伊藤重彦, 山吉隆友, 井上征雄
日本臨床外科学会雑誌68(5):1057-63(2007.03)

2) 渡邊健次 (豊橋市民病院 一般外科), 加藤岳人, 鈴木正臣, 柴田佳久, 吉原基, 長澤圭一, 小西由樹子, 久野博文, 田口泰郎, 尾上俊介, 安藤晴光
日本臨床外科学会雑誌70(1):6-11(2009.01)

3) 柳澤真司 (君津中央病院 外科), 土屋俊一, 海保隆, 外川明, 新村兼康, 岡本亮
日本臨床外科学会雑誌70巻(5):1271-1275(2009.05)

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

40

一方、胃壁外に発育する胃がんはあるのかということですが、やはりあるそうです。ここに3本ほど文献を引っ張ってきましたが、1990年に、嚢胞形成をした胃がんの1例が出ています。ですから、ないわけではないようです。1993年が65症例のまとめで、1980年の文献が33症例のまとめということですから、10年間で10例ぐらいずつ増えている。先ほど述べましたが、胃がんの胃穿孔が380とかいう数字が出ていますから、恐らくその3分の1程度しかないのだろうということで、胃がんの胃穿孔あるいは胃壁外に発育する胃がんは、やはりどちらも非常に少ない病態ではないかと考えます。

胃壁外発育型癌

胃粘膜下層に発育した巨大な癌腫の1例
—および胃外発育性胃癌本邦報告33例の検討—
小沢正則,他:日消外会誌 17:95 ~ 98, 1984

胃外性発育を示した嚢胞形成性胃癌の1例
山本裕司:日消外会誌 23(7):1877 ~ 1881,1990

胃外発育型胃癌の1例 65 症例のまとめ
小坂篤他:日消外会誌 26(7):2045 ~ 2049,1993

2009/10/12

日本臨床内科医会 合同臨床カンファレンス

41

以上です。

○木村 川口先生、ありがとうございました。

では、診療所の医師の立場からということで、斎藤久雄先生にお話をいただきます。

○斎藤

皆さん、この会は、各専門の先生方の切り口でどう切り込んでいけるか、切り口がどうかということで、新しい考え方や、切り口がこんなものもあったんだということを勉強することを目的としています。今回の症例も、内視鏡をパンとやっしまえば一発で分かってしまう症例ではありますが、内容的に1つ1つ専門医別に検討していただくと、こういう面白いことが分かるだろう、そういうことがあるかと思います。今回、皆さんまたいろいろ感じていただいたことがあったかと思います。

ただ、せっかくの症例検討会、いつもやっていますが、我々診療所でのデータが議論されることがほとんどなくて、今回もない。これはちょっと困ることで、診療データが病院との間で共有されてないのではないのでしょうか。

紹介先を意識して、どういうふうに情報提供して、一緒にやっていけるかどうか。そういう意味で、例えばPOSのシステムを使ったような問題点別の紹介状にさせていただいて、退院して帰ってきたときに、問題点別にどういうふうに解決できたということが分かると、

僕らの勉強にもなるかと思います。

例えば、こういう形で1つ1つ問題点別に、解決できてないものについては、何の疑いではなくて、必ずできたところのデータ、それから、どうだったということをこれに記して送っていただく。

シームレスな病診連携

- 紹介先を 意識した すぐに使える診療情報の提供
 - ・ 明確な問題点 病歴
 - ・ 所見 : 身体所見 検査所見
 - ・ 結論を 伝える
- POS system を使った協働作業 診療 治療 共通の問題点番号
疑い病名は決して使わない
誤った認識をつくる 診断の遅れを作る
診断できない問題点をそのまま伝える ことが大切。
- ドクターズ デイレイ の無い 連携
- 診療所は 紹介病院の 外来である

今回の症例は、30代から白血球が増多しています。この辺で所見がどうだったか、血液内科、それから2カ月前の食欲低下、そこでの診断がどうか、いろいろ問題点があるかと思っています。

今回の症例

現病歴: 2ヶ月前から食欲低下、左下腹部痛、腹部膨満、
便通異常があった。1ヶ月前から発熱と急激な体重減少
(8kg/1ヶ月)が出現した。発熱はフロモックスを内服したが、
効果はなかった。

既往歴: 30歳代より 白血球増多(12000程度)
53歳 高血圧; アムロジピン、バルサルタン内服、

身体所見: 著明な 腹部腫瘍

血液検査: 白血球24100/ml 血小板85.7万/ml

某病院へ紹介となった

発症3ヵ月後の紹介状

- #1 繰り返す発熱
- #2 急な体重減少
- #3 30歳代より続く 白血球増加
(12000/mlから24100/mlに)
- #4 著明な腹部腫瘍
- #5 便通障害
- #6 血小板増加(85.7万)
の66歳男性 精査加療お願い申し上げます。

問題点が 診療所(外来)から病院に続いている
退院時報告書も おなじ問題点別をお願いします

今回の紹介で 考えるべき問題点は？

- 何時 専門医に 紹介すべきか
- (どこまで診療所で 検査・治療するか?)

ドクターズ ディレイはないか？例えば

- # 3 30歳代より続く白血球増多
- # 2ヶ月前の食欲低下 腹部症状 便秘障害
- # 2 1ヶ月での 発熱 急な体重減少
- # 4 著明な 腹部腫瘍

- スピーディな連携

いずれにしても、生きたデータをどこに送れるかどうか。専門ではその専門のところを診ますので、問題点別にしっかり出しておかないと、僕らの意思が伝わらない可能性があります。例えば白血病の疑いだけということになると、ほかのデータがどうだったかが全部死んでしまいます。ですから、基本的には我々は地域支援病院の外来の1つだと思うので、こここのところでどういうふうに出せるか。そして、我々は専門分野についてはそのまま引き続きできると思いますが、そうでない分野については、やはり問題点別に病院に対してリファーをして、どういうふうに問題が解けたか、そういうことについての話からいくと、先ほど血液内科のほかのはどうだというお話がありましたが、これはシステムの問題で、どことどこをある程度、診療所の先生はオーケストラの指揮者だから、そこでリファーをするときにどういうふうにするかということやらなければ、やはり問題点は解決ができない。

ですから、そういう意味で、これからこういう会も利用していただいて、いろんな意味の意思疎通がスムーズにできるようなことができればと思い、きょうの場を提供していただきました。問題別のリストというのも1つの手かなと思うので、よろしくお願いします。

診療所から 生きたデータを

- 白血球増加 血液内科
- 消化器症状 便通 左下腹部痛 消化器内科
便潜血 大腸検査は
- 発熱での検査 血球 CRP 血沈など 感染症科
なぜ フロモックスを投与したのか
(原因不明で抗菌剤は投与しない)
- 急な体重減少 消耗性疾患;炎症 悪性腫瘍 内分泌
- 腹部腫瘍 画像診断;超音波検査、X線検査、CT、
内視鏡検査 他

不的確な診療情報では**せっきくの診療所データ**が
埋もれてしまうことが多い
問題点ごとの 結論 検査依頼を提示し、共に診療

不的確な紹介状

- # 1
白血病 疑いの症例 精査加療お願いします。
- # 2
発熱、腹部腫瘍、フロモックスで効果なく
精査お願いします。

このような紹介状では 問題点がぼけてしまい、
照会先で すべて1からやり直しになる

診療所は 地域支援(連携)病院の 外来診療施設

- 病歴 家族歴 家族環境
- 問題点別 LIST Problem List の活用 理解
- 外来での検査: スクリーニングを診療所の外来で済ませる
紹介病院での検査の先取り
- 退院後 紹介時の問題点別 の 整理
- 定期検査 を 専門医と ともに
役割分担 引き続き問題点の経過観察
- 専門医の 守備範囲外の診療を 総合的に診療
オーケストラのコンダクターとしての医療
- 連携した在宅診療

以上です。

○木村 斎藤先生、どうもありがとうございました。

この後、緩和ケアの話を藤本先生にさせていただきますが、その前に、ここまでの時点でご質問、あるいは追加して発言しておきたいことがありましたらお願いします。

よろしゅうございますか。

私どもの症例ですが、埼玉県医療状況は非常に悪くなっています。特に各専門診療科は、もうかなりアップアップの状態なので、自分のところの本来の専門以外の疾患の精査が簡単にできるかという、これが非常に難しい。自分のところの正面をこなすので精いっぱいな状況にあるので、ぜひそういう点をお考えいただいて、いい入り口をご選択いただきたいとお願いします。

最終的にこの患者さんは緩和ケアになってしまいましたが、最近、在宅の緩和ケアというのも注目されていますので、その辺について、ふじもと在宅緩和ケアクリニックの藤本肇先生にお願いいたします。

○藤本 よろしくお願ひいたします。きょうは在宅緩和ケアについてということで、知っていただければいろんな選択肢が広がると思うので、そういうお話をさせていただければと思います。こういう時間をいただきまして、まことにありがとうございます。

きょうは症例検討という場ですが、私は残念ながらこの患者さんには直接的にかかわっておらず、今後皆様が治癒困難な患者さんに直面した場合に、私たち医療者として、これでおしまいではなくて何ができるのかをご提供いただくことの参考にさせていただければという立場でお話をさせていただきます。

ついつい末期医療という言葉をよく使いますが、患者さんに対して話すときに末期医療という言葉は結構グサッと刺さるので、緩和ケアとか緩和医療、そういうイメージを、具体的につくり上げた上で、患者さんにお話しいただければと存じます。

きょうは最初に、お越しいただいている先生方のご所属、どちらになっいらっしゃるか、教えていただきたいと存じます。病院勤務の先生、手を挙げていただいてよろしいでしょうか。ありがとうございます。診療所の先生、手を挙げていただいてよろしいでしょうか。ありがとうございます。大体半々で、結構バランスがとれていると思います。私ももともと大学の医師だったので、出す側と受ける側、両方の観点で少しお話をさせていただきます。

私の自己紹介ですが、きょう症例があった防衛医大の消化器外科をやっていたので、まさにこういう患者さんと日々接してきたが、そこからいろんな理由があり、緩和ケアの道へ進みました。平成 17 年に診療所を立ち上げて、無床診療所です。医師 1 名と看護師 2 名の体制で診療を行っていて、がんの在宅緩和ケアに特化して診療をしています。

きょうは大宮でお話をさせていただいていますが、場所は所沢です。診療範囲が、この青い字が高速道路ですが、圏央道と関越道を挟んで、大体こういう三角形の中を往診エリアとして活動しています。

最近、がん難民という言葉がよく使われます。がん難民というと、標準的な治療を受けない患者さんというイメージが先行しているかとは思いますが、一方で、緩和ケアを必要としている患者さんに十分な緩和医療が提供されていないというのも、これまたがん難民であるということです。言葉の定義としては、医師の説明に不満足または納得できる治療方針を選択できなかったがん患者さんと言われていると思いますが、いずれにおいても、やはり患者さんと我々の中で意思疎通が十分にできて、どんな病態であれ、満足していただける医療が提供できることが必要だと思います。

今、国民の 3 人に 1 人ががんで亡くなるという現実があり、我々医師は病気を治すとい

う使命を負っている一方で、命あるものはいずれ死を迎える、そういう現実のもとで医療者が、医者であると同時に、人間として自分がしっかりと死生観を持って患者さんと接していかなば、死を迎えようとしている患者さんと向き合うことが難しいという状況です。

ぜひ皆さんの中に言葉として少し残しておいていただきたいフレーズですが、抗がん剤治療が困難になったときによく患者さんにぶつけてしまう言葉、「治療法がなくなりました」、これをかなり患者さんに言ってしまっています。患者さんのイメージとしても、あと何も残されていないというふうにとらえられて私たちのところに来られる患者さんが多い。しかし、本当はそうではなくて、これからどう生きるかということなんです。その実現に私たち医療者ができることが何かということを考えるきっかけを提供できればと思います。

緩和ケアの定義が WHO から出ていますが、これは全部読むと長いので、2002 年に改定された定義の要点を申しますと、緩和ケアというのは、治癒困難な病気に直面したときに、疾患の早期からかかわる。「疾患の早期」という言葉が、この改定から入りました。これまでのお話の中でも緩和ケアという言葉が出ましたが、全部が終わってから、あるいは、ほかのものが難しくなったから緩和ケアというイメージがどうしてもあります。しかし、そうではないということです。

この下の絵は、よくごらんになるかもしれませんが、疾患の経過の中で左から右へ動くにつれて、がんを縮小させようという治療と緩和ケア、これが共存する時期があります。その比重が徐々に変わっていく、こういうイメージでとらえていただければと思います。従来の日本型の緩和ケアは、ここまで抗がん治療を頑張って、はい、おしまいですと言われてプツツと途切れていたというのが現実です。

これは患者さん向けの絵ですが、私たちの緩和ケアの治療の対象は、がんを抱える患者さん、そして、その患者さんを支えるご家族、みんなの生活が安定することを究極の目標にします。そういう場として考えるならば、在宅というのはなかなかいい場所じゃないかというのが、きょうのお話です。

これは一般国民の方を対象にした平成 20 年の調査ですが、がん末期状態に自分になって余命半年と言われたときに、どこで療養を希望しますかという質問です。あくまで想定の問題ですが、日本で今、家で最期まで過ごしたいと答える方、17%ぐらいになりました。5 年前の調査では 10%ぐらいだったので、かなり上がってきています。それから、一時期、

可能なところまで在宅、その後、緩和ケアの専門病棟に入りたいという方が4割、在宅で過ごして、それまで治療を受けた病院へ入りたいという方が2割、足すと、全体で8割近い方が、一時的にでも在宅でがんの療養を受けたいと話されるわけです。この数字が現実です。

ただ、こうやって多くなっていますが、我々の供給がまだまだ追いついていない。患者さんも、実際、自分が選択するとなると、具体的なイメージが不足しているので、なかなか使えないというのが今の状態です。ですので、知っていただいて、上手に使っていただくことが必要になります。

簡単にまとめると、在宅へ移るのに何が障害となっているか。これはまず、病院の先生方が、家ではこれは管理できないだろうと思っている、この現実があります。私自身も、病院の医師のときはそうでした。それから、患者さん本人が一体どこで過ごしたいか、どういうふうに療養したいかという意向を聞けていない、確認できていないということ。それから、地域連携や退院時連携の機能がまだまだ不十分であるということ。在宅への引き継ぎが遅過ぎる、おくらしているということ。それと、在宅医が現実には少ないということ。もっと大事なのが、地域ごとの情報がまだまだ整理されていません。せっかく在宅に取り組む先生方が少しずつ増えていても、まだ知られていないことが多いです。

それでは、在宅緩和ケアというものを少し具体的にお示ししていきたいと思います。今、在宅医療という大きな社会の流れが進んでいます。この在宅医療という枠組みの中で、在宅緩和ケアあるいは在宅ホスピスというのは一種の専門領域です。一般の病院に置きかえるならば、在宅医療全体が一般の病院で提供される医療を受け皿とするもので、在宅緩和ケアという分野は、特に緩和ケア病棟、あるいはホスピスに置きかわるものという位置づけでお話させていただきます。

緩和ケアはどこで提供されるのか。今、緩和ケアは、基本的にすべての医師が基本的なところをマスターしなければいけないということで、がん診療拠点病院の講習等が始まっています。そういう意味で言うならば、基本的な緩和ケアはすべての病院で提供されなければいけない。では、在宅でそれを担えるのはどこかということ、今、24時間患者さんの求めに応じて動ける機能を持つ在宅療養支援診療所というものがあります。最小限この機能は持っていただくことが在宅の受け皿として必須ではないかと思います。

より高度になってきて、全人的に対処できて、看取りまで対応できるとなると、病院ではやはり緩和ケアの病棟が主体となるし、あるいは在宅では訪問を専門にしているような診療所です。外来診療も行って訪問もやるとなると、患者さんの求めに応じて臨機応変に動くことがなかなか難しいという現状を考えると、こういう枠組みになるのかと思います。

私の診療所の理念です。在宅緩和ケアクリニックに求められているものと考えていただいてよろしいかと思いますが、患者さんが今生きて過ごしている、その時間を支えるということ。看取りをよい形で迎えていただくということ。その後、ご家族を含めて支えていくということ。この3つの機能が求められます。

在宅緩和ケアを受けるための診療の流れを大きくお示しすると、まず施設を探さなければいけません。受け皿の施設を見つけたら、その診療所のスタッフと方針を相談していただく。その方針が成立した後に、訪問診療を行う。訪問診療の先として、在宅で看取りを迎えられてもよろしいですし、病院に入ってという事情もあります。

この方針の相談というところが重要で、急に家に帰りたいからお願いしますという依頼がかなり多いですが、そこで慌ただしく引き受けてしまうと、後々患者さんの満足につながらない場面も見られることがあります。ですので、我々の診療所では、診療を始める前に、まずは緩和ケアの相談を行います。実際、今のところ私が90分ぐらい時間をかけて患者さんと面談をします。なかなか話が多岐に及ぶので、20ページぐらいの冊子を用意しています。診察室兼相談室というのがあって、できるだけ多くの家族の方に同席いただいて、その場で、だれが一体どうしたいのかということをお患者さんを中心にまとめていくという作業になります。

そのとき話し合われる内容は、どこで過ごされたいかということ。病状はどのように認識されているのか。病名や、治癒困難という現実をご存じかどうか。あるいは、予後を説明されているかどうか。それから、家族構成と支援の体制がどうであるかについての確認です。実は医療者の面談というよりは、家族同士の話し合いになることが非常に多いのがこの時間です。

まず、予後認識の問題です。前の先生からの手紙には「余命は3カ月ぐらいと説明しました」と記載されている場合でも、ご本人は「がんとまでは聞いているが、あとは聞いていない」という答えが返ってくることがあります。配偶者は「抗がん剤はこれ以上は無理

だということまでは聞いて、予後についてはたしか半年と言われたような気がします。お子さんが2人いらっしゃる、1人は「説明をずっと一緒に聞いていました」と言われ、1人は「初めてその場で聞いた」という反応を示される場合もあります。

今は、がんの告知が進み出して、ご本人に優先に告知されるが、一方で、家族に心配をかけたくないという心理で、なかなか家族内に予後の説明が伝わっていないこともあります。ご本人は聞いているはずだが、否認反応で、自分にマイナスな情報を少しシャットアウトしてしまった記憶が残っていることが多いです。

しかし、決してそれは否定されるものではなく、この場で確認をしていくということです。「どこで過ごしたいですか」という質問に対しては、ご本人はできるだけ家にいたいのが本音だが、家族に迷惑がかかるので、ちょっとどうしようかなと迷いが出てきます。配偶者は、本人の希望に沿いたいのは山々だが、きっと入院したほうが、本人が痛みが和らいだり、楽だろうという認識を持っておられます。お子さんに聞くと、「仕事があるから自分は手伝えないしなあ」とか、介護する配偶者に対する心配を言われる方が非常に多いです。

そういう現実をどう整理していくかということ、「介護休暇の制度は実際に会社で可能でしょうか」という質問をすると、「長くは無理だが、どうしようかな」という答えが返ってきます。そこに予後情報が生きてきます。実際に1カ月、1カ月をどうやって過ごすかというレベルで考えるとどうでしょうと言うと、「じゃ、とってみたい」と言われる。このように家族の要望をまとめていきます。

ご本人が療養方針を決めるために欠かせない3つの要件があります。

1つは、正しく病状を理解されていること。どれぐらいの時間だったらこうしたいということまで含めて、そこは確認の必要があります。

2つ目が、家族間で本音の話し合いができている。遠慮しているのか本音なのかまで含めて、相談をする。

3つ目が、入院、在宅で我々がどういうふうに支援していけるのか。その形が具体的に説明されて、患者さんがイメージできるかどうかです。安心感のあるほうを選びたいのは当然だし、だから病院のほうが安心と思われている方が多い。それに具体的に答えを提供していきます。

在宅医療を支える上ではご本人と家族が主な役割ですが、下から支えるものとして医療保険制度と介護保険制度という2つの制度があります。主に医療からは医師、看護師の訪問、あるいは薬剤師の協力を得ることもできます。介護方面からは、ケアマネジャーという職種を中心に物や人をそろえていく。この2つが病院でいうところの機能に相当します。

実際に職種の連携のイメージとしては、私の診療所で持っているのは医師と看護師の2職種だけです。ほかに患者さんを支える上で助けられるのがケアマネジャーさんを中心にしたヘルパーさんや、ベッド等の福祉用具を貸してくれる介護分野の方々です。それから、薬剤師の訪問、訪問歯科、医療機器の業者、こういうものを助けとして患者さんを支えていきます。これでも在宅が困難になる場合には、緩和ケア病棟、あるいは紹介元の病院の力をかりて後方ベッドを確保しておくことになります。

私どもは、1週間に医師が2回、看護師が2回、合計4回、職種が交代しながら定期的に訪問します。その上で、24時間の対応を行います。訪問診療と往診という言葉がありますが、スケジュールを決めて伺うのが訪問診療で、患者さんの求めに応じて急遽伺うのが往診という定義になります。

安定的に家で過ごしていただくには、訪問診療が基本です。困ったときだけの対応では緩和ケアは実現不可能です。どうしても患者さんは、費用的なことや、保険制度をよく理解されていないときは、困ったときだけ来てもらえませんかというリクエストがありますが、それだけでは支えられないということもちゃんと丁寧に説明していきます。

そして、よく言われる「急変が心配」という言葉に対しては、私たち、定期訪問をしていると、緊急の往診の追加は、実際にはほとんどありません。定期の訪問と電話の対応でほとんどが解決できているのが現実です。そのかわり、定期の訪問は非常に丁寧にを行います。病状の自然な流れの中で、前もって対応を話し合った上で、電話で24時間対応するし、必要なときに訪問するので、救急車を呼ぶより対処が早いのが現実です。なので、患者さん、ご家族にたとえそれが最期の時になっても慌てないということを、事前にしっかりお話ししておくことが大切になります。

実際、私は2005年10月から2009年9月までで満4年の診療を行いました。この間に訪問診療でかかわった患者さんは370例、そのうち、最期をお家で看取った方が309例、84%、緩和ケア病棟にお願いしてから亡くなられた患者さんが49例、13%で、一般の病棟に入ら

れた方が 12 例、3%です。これを見ていただくと、一度お引き受けした患者さんは、緩和ケアという専門的な枠組みの中で 97%が最期を迎えられていることになります。

地域分布では、やはり地元所沢が最も多いですが、所沢で悪性新生物で亡くなる患者さんの約 1 割を、私が訪問でかかわっていることになります。医師 1 人、看護師 2 人のコンパクトな集団ですが、これだけのことができるということです。平均訪問日数は約 50 日間になります。

家で過ごすメリット。これは患者さんによくお話しします。まず、食の楽しみを保つことができる。家のいいところは、好きなときに、好きなものを、好きなだけ食べていただける。それをするだけで経口摂取を保つことは、患者さんがおいしいという実感を維持できることになります。実は病院では、医療職はなかなかこまめに水や食べ物を差し上げることができないので、家のほうが本当に補液が要らないという現実があります。

それから、家族の一員としての役割。これは病院ではなかなか果たせない部分で、単に患者さんという立場ではなくて、家族内ではおじいちゃんだったり、おばあちゃんだったり、親だったり、ご自身が生きる目標を直接的に持てるような場面が非常にたくさんあります。

もう 1 つは、家族が介護されるという場面は、大変なことばかりではなくて、やりがい非常に非常につながります。入浴や排泄など、特に人に気を使う部分は、家族にやっていただくほうが楽だという方もたくさんおられる。こういうメリットが具体的に挙げられます。

きょうはお薬の具体的な使い方まで及ぶ時間ありませんが、鎮痛のための麻薬類も非常に簡単に使える時代になっています。ここに挙げたのは、まず飲み薬です。これは頓服でよく使うモルヒネの水溶液です。これはオキシコンチンという徐放剤の即効成分で、オキノームという散剤です。これにもう 1 つ規格が、先月ぐらいから増えています。あと、12 時間や 24 時間もつ鎮痛薬。こういう経口薬を主体に対処していきながら、あるいは貼付剤、これは大きさも非常に小さいのがお分かりいただけたと思いますが、これ 1 枚でこの経口剤の何錠分もの力があるパッチ製剤があって、3 日に 1 回張りかえるだけで維持できていく、こういう便利な時代になっています。

実は、痛いときに飲む麻薬も、病院では金庫に管理されていて、なかなか患者さんの手元に渡らないことがあります。家では本当に枕元に置いておけるので、そういう意味で

も在宅の患者さんのほうが痛み止めが自由に使えている場面も多いです。

ほかの方法もいろいろと駆使しますが、座薬もいろいろと有効なものがあるし、注射剤を使うときも、病院のように電動のポンプではトイレへの移動を妨げるので、こういうディスプレイな機械を使って、持続皮下注射で用いることが多いです。

ほかに使われるものとしては、高カロリー輸液を家に持ち帰られたとき、ペン1本分ぐらいの大きさで、単3乾電池2本で24時間充電しながら持続で回せるポンプがあったり、酸素濃縮機も5リットルや7リットルまでの流量を、これぐらいの機械で出せる時代になっています。すべて会社側も24時間の対応をとってくれます。

補液に関しても、私のところは実はほとんどやりませんが、どうしてもあったほうがいいケースでは、持続皮下補液という方法があります。静脈に入れると、抜針にいつ行こうか、だれが行こうかという話になるが、皮下脂肪の中にサフローの一番細い留置針で留置して、小児用点滴キットで、目分量でも大丈夫です。1日で500ccあるいはもう少しぐらいは皮下で補液が可能です。こういう方法も使えます。

やはり薬を定期的に飲むことは非常に重要で、ご高齢であったりする場合、こういう薬のポケットを活用して、できるだけ正確に飲めるように管理いただけますし、あるいは訪問薬剤指導制度があって、調剤薬局の薬剤師さんに処方箋の指示をすると、患者さんの家に届けて、その結果、いろんなやりとりを我々のほうに報告してくださる制度があります。これも非常に有効な手段です。

では、家に帰るために、どういうふうにしていくかです。

まず、よく病院の連携窓口やご家族からの問い合わせで、開口一番言われる言葉として、「病院で今これをやっているのですが、家でもできますか」という質問が多いです。病院で行ってきたことを家でも同じように行わなければ帰れないという観点を少し変えていかないと、家の選択肢が非常に狭くなっているのが現実です。家では、同じ効果で別の方法があるならば、できるだけ本人や家族が管理しやすい方法を工夫することが重要で、それが決して病院より劣るものではないとしっかりと伝えてあげる必要があります。

在宅医といっても、在宅医の役割や能力によって2つの形態があります。1つは、病院が主導型の場合は、病院が症状のコントロールを行って、在宅医にそれを引き継いでいくという形です。その場合、かかりつけの先生でも引き受けていただけることが多いのです。

が、そういう場合のいろんな調整や家族に対する方法の教育などは、入院中にある程度完結しておくことが求められるので、退院までにやや時間がかかることが多いのと、あらかじめ想定したコントロールの方法を逸脱したときには、再入院が求められてしまう場合があります。

一方で、在宅医主導型の退院の場合は、とりあえず家に帰っていただいて、そこから調整をしていきましょうというスタンスなので、介護や訪問看護の手配、あるいはいろんな患者さんの家族に対する教育についても、全部家で引き受けることが可能です。ですから、在宅医と共同で担任準備をしていただければ、在宅で最期まで過ごせて、比較的早く帰れるというメリットがあります。

退院という言葉は、医療職にとっては、では来週のカンファレンスで決めようかとなっていてしまっていることが多いが、チャンスを逃してしまっていることが実は多いです。その理由として多いのが、薬の調整をもう少しつけてから、あるいはこの処置を行って、家族が管理をマスターしてから、あるいは予後がちゃんと認識されていないので、ご家族、ご本人からは、もう少し元気になってから家に帰りたいというリクエストがあることが多いです。しかし、実際我々の在宅平均療養期間が6~7週間という現実の中で、例えばこういう調整に2週間を費やしてしまったら、その方の残りの人生の3分の1をその調整に費やしてしまったという大きさにつながるわけです。ですから、退院を早く実現するためには、病院と在宅スタッフの方針の調整と役割分担を速やかに進めていく必要があります。

この状態では帰れないということは、実はそんなにないことをご紹介させていただきます。

これは大腸がんです。横行結腸がんで、胃に横行結腸瘻を形成してしまっている患者さんです。病院では経鼻胃管を入れて胃液の吸引を行い、小腸瘻をつくって経腸栄養をしていました。当然その状態なので、禁食のままで様子を見ていたが、食欲はないし、吐き気がずっと続いていた患者さんです。帰そうというときに、瘻孔がそんなに悪さをしていないようなら思い切って抜いてみようということで、胃管を抜去して補液をとめてみました。経腸栄養は残しました。そうすると、経腸栄養を絞ってカロリーをダウンしたことによって吐き気もおさまった結果、「おなかがすいた」という表現が出てきました。この方は、飲むともしかしたら瘻孔を悪さする、腹膜炎を起こしてはまずいということで、口で味わって吐き出してみることを提案したのです。そうすると、非常に喜ばれて、この方は自分で

は「食べた」と言われて、「こんなにいろんな味を食べました」と手帳に書いて私に見せてくれる毎日が続きました。そういう状態で3カ月以上、家で楽しく過ごされました。

これは80代の女性、直腸がんで、尿管浸潤があり、片側水腎があったが、片側水腎の段階で病院側は腎瘻の造設を提案されていました。でも、ご本人がとにかく早く帰りたいということで拒否をされました。この方はご主人が糖尿病で視力障害と難聴があり、結果的に奥さんを40日間、家で見て、看取ったが、腫瘍そのものが無尿を起こすことはありませんでした。振り返っての話だが、あそこで腎瘻を造設していたら、きっとご主人だけでは管理できなかった。なので、この40日を生み出した価値は非常に大きかったのではないかと。手技をやるときに、その方にとって本当にどちらがいいのかを踏まえてやらねばいけないという症例です。

もう1つ、がんの末期はどうしても食欲が減ります。嚥下力も落ちていくということで、病院では肺がんの患者さんに対して、衰弱で食事が減っていたので高カロリー輸液をしていました。誤嚥を避ける目的で禁食です。当然食欲はありませんし、補液がちょっと過剰で、浮腫、呼吸状態も悪かった。酸素を吸入していました。

家に帰るに当たって、病棟医の先生と私で直接相談して、高カロリー輸液を一回とめてみましょうということで、完全にとめました。そうすると、やはり空腹感が出てきます。家族の料理を食べられるようになり、同時に呼吸が改善して、3リットルぐらい酸素を吸っていたのが、ルームでよくなったのです。こういう現実があるので、我々がよかれと思っていることが、逆に症状的にも負荷を生んでいないかということを常に考えながら、対処は必要かと思われまふ。

家のいいところは、とにかく本人重視ということで、何でもやりたいことがあったらやっていただくことにしています。特に内科の先生で厳格に糖尿病や高脂血症について管理されている患者さんも、食生活が変わってくるので、そのままの薬をずっと飲まれている方が結構多いですが、薬も調整しながら、逆に制限もとることが大事かと思ひます。DMの患者さんでも、私は血糖コントロールをかなり緩めに持っていて、逆に低血糖で危険なことを起こさないという観点で対処しています。

そういう意味では、看取りが上手な着陸であるというイメージを、我々も持っていなければいけません。時間が経過するとやはり体の活動自体が低下していつて、食事が減り、

睡眠時間が延び、行動範囲が狭まっていく。この変化は患者さんも不安だし、家族も不安です。でも、医者がその不安に対して、ただ何かをやれば改善できるというのではなくて、必然的に経過している時期であることを、不安をとりながらしっかり説明をして、過剰なものを減らすことで、逆に負担を減らせられる部分があるという発想も必要かと思います。

患者さんの気持ちはいろいろで、我々に不安をぶつけられる方もいます。もう余り長くないような気がするとか、子どもたちに伝えておきたいことがある、葬儀はこうやってほしいと思っている、こんなことを我々にも言葉として向けられる方がいます。そういうときに、「そんなこと心配しなくていいよ」と言ってあげるのが優しさと思われるかもしれませんが、本当はそうではなくて、きちんと向き合って、その場の重苦しさから我々が逃げないことが非常に重要です。そういうことで、投げかけられた言葉をどうやったら実現していけるかをかなえていけるきっかけができることになります。

これはおつき合いした患者さんで、80代、食道がんの女性です。3カ月半、家で過ごされたが、私が行くたびに、自分のこれからについて、ちょこちょこっとメモを私にまず見せてくださった。家族には見せてなかったのです。

これは、亡くなった日に家族が見つけられたメモです。1枚が1行ずつのメモで、訪問のたびに私に見せていただいていたものだが、最後は1枚の完成品でした。書いてあることは、延命治療をせず、自宅で最期を迎える、死に化粧は孫の手でうっすらと注釈までついていまして、着物もちゃんと色まで指定してありました。またみんなで見て、実際お孫さんと化粧をしたが、こういうことがかなえられる。こういう話し合う時間は一般の医療の場面ではなかなかありませんが、緩和ケアに行って、このように患者さんが最期まで過ごされているということをご紹介できればという一文です。

家に帰ろうというときには、いろんな方が動きます。退院後にかかわるのは本当に多職種ですが、それぞれの調整をしていたら、なかなか効率が悪い。退院カンファレンスという制度をぜひやっていただきたい。医師は医師、看護師は看護師、病院の連携窓口はまた看護師とかケアマネジャーさんとやりとりしたり、矢印がいろいろぐちゃぐちゃしていると、パッとまとまりません。これを退院の前に時間をやりくりして一回集まれば、一遍に情報が整理されるのです。実際、診療制度上も、退院時共同指導という形でコストも認められるようになっていきます。病院は3職種以上集まれば、この指導を行ったとき、2300点の報酬を得ることができます。在宅療養支援診療所は1000点。こういう制度の後づけも

あるので、しっかりとこういう制度を使っていただければいいと思います。

あとは、再入院の想定です。緩和ケアの目的で、実際帰るときに、入院がもう一回できるのかどうか的大事です。また、一回、家に帰られた患者さんがもとの病院に緊急入院したいと言ったとき、対応できるか。あるいは、それが時間外の時、だれが窓口となってくれるのか。実はこの辺がグレーのまま退院されることが多いです。事前に在宅医と調整して、患者、家族に説明をしていただきたいと思います。

優しさのような言葉として、「困ったらいつでも連絡していいですよ」とか、「念のために何日に予約を入れておきましょう」という言葉を患者さんにかけてくださる方、あるいは、私も外科医のときにこういう現場にいましたが、実際に本当に来てもらっていいと思っている病院の先生は少ないと思うのです。この一言に、患者さんは非常にすがっています。そのすがりが、逆に在宅医のやり方を難しくするときもあるので、本当にどうなのかというところを含めて、在宅医と調整していただくといいのではないかと思います。

あとは、予後をしっかり告知しましょう。ご家族間の認識の統一をしっかり図っていただきたい。特に、同居しているご家族は病状のことを非常に理解されているが、独立した家族は、もっと早く教えてもらっていたら手伝えたのにという不全感を残される方が多いし、親族に関しては、何でこんな状態で入院させていないのだとかいう方が病院でも多いです。時たま来られたご親族が、何でこんな医療をやっているんだと言う。そういうコミュニケーションのトラブルに巻き込まれる。それが納得できないことにつながって後悔を残すので、こういうところまで含めて、やはりみんなに日々の状態をよく知っていただく努力が必要です。

あと、知られていないこととして、介護保険はお年寄りの介護のための制度ですが、難病や末期がんの患者さんについては、40歳以上の皆さんで使う資格を持っていられるので、病院を出られるときに実際に使えることを知っていると、調整が付きやすくなります。病院のベッドをもっともっと立派にして、モーターがついて、褥瘡対策のマットもつけたようなものをレンタルしても、介護保険が使えるれば、家では月に2000円いきません。1500~1600円ぐらいで借りられる。そういう制度です。

では、地域ごとにどういう情報があるのかを整理していく必要があります。これから、病院の診療連携の窓口とか地域のいろんなセンターの整備が必要だし、情報の蓄積が何よ

りが必要です。今までドクター・トゥー・ドクターで何となく力づくでやっていたものを、やはりみんなの共有財産にしていかなければいけないので、これからこういうものの整備が必要です。

きょう、私は、専門的な緩和ケアの診療所としてのお話をしました。でも、これだけではまだ足りないのです。やはり一般病院と緩和ケア病棟がそれぞれ患者さんを看取っているように、これから在宅は2つの枠組みがあって、従来、外来もされているような地域の先生方が数軒で力を合わせて、夜も何とかバックアップしていこうという形と、私のように、訪問専門の診療所が1軒でもそれを支える。この2つ、いずれも必要な役割です。きょうお越しいただいている先生方の中で、ぜひこういうのをやってみようという先生がおられたら、これからどんどん広めていただければと思います。

これはさっき出したものの再提示です。

結局、人生観、価値観を大事にしていかなければ、ただ、この時期にこの病気だからこれをやるということではなくて、やれるだけのことはやったと言いたいの、我々だけでもいけないし、ご家族だけでもいけないし、ご本人だけでもみんなが満足しない。ご本人の意向が最優先である中で、みんながそう思えるように話を合わせていくことが必要です。

緩和ケアや在宅療養を始めるときに、動機づけだけはしっかりしていただきたいと思います。私のところに来た患者さんが、見放されましたとか、退院日をいつと決められてしまいましたという話をよくされますが、そういうネガティブな発想で家に帰っていただくのではなくて、やはり家に帰りたいから帰る。同じ結論でも本当に発想一つで満足感が違ってきます。それをうまくまとめ上げることができれば、終わりよければすべてよしで、外科やそれまでにかかわっていただいた内科の先生方みんなへの感謝につながっていくというのが、現場の願いです。

きょう、在宅の話をしましたが、人それぞれなので、その患者さんにとって何が一番いいのかという選択肢の1つとしてきょうの知識を持っていただいて、在宅だけがすべてではないし、緩和ケアの専門施設だけがすべてではないということです。

以上ですが、私個人の診療所だけにかかわらず、緩和ケアの在宅にぜひ内科や外科の先生がこれから取り組んでいただくチャンスをふやしていただければというのが、最後のお願いです。

ご清聴どうもありがとうございました。（拍手）

○木村 藤本先生、どうもありがとうございました。

改めて在宅緩和ケアの深さを再認識させていただきました。司会の不手際で、質問をいただく時間がなくなってしまいました。ご容赦ください。

○畑 症例提示とコメンテーターをお務めいただいた専門医部会の先生方、木村先生、在宅医療に関してお話しいただいた藤本先生、大変ありがとうございました。

日臨内の大半の先生方は、CPC などは古い勤務医時代の経験であろうかと思います。現在の医療は、医学が分画していく中で、新たな知識を得ていきながら日常臨床に当たらなければならないわけです。まさに分化と統合の時代と言えらると思います。先ほど斎藤先生も触れられましたが、病診連携で大事なことは、我々診療所の先生が病院に患者さんを送る場合に、いかにタイミングよく、的確な送り方をすることが大事か。その技量が問われていると思われまふ。

本日、この CPC にご参加いただきまして大変ありがとうございました。専門医部会の先生方、大変お世話になりました。ありがとうございます。（拍手）

（了）