

CPC(臨床病理検討会)レポート

提出年月日

研修医氏名 印

研修施設名: 大阪大学医学部附属病院

病理解剖施行日

病理解剖番号

出所

臨床指導医 印

病理指導医 印

研修責任者 印

CPCレポート(例)

I.臨床経過および検査所見

[症例] 42才、女性、自営業(家事)

[主訴] 左胸部痛、呼吸困難

[家族歴] 妹:気管支喘息

[既往歴] 1999年、子宮内膜症にて左卵巣摘除

1999年、糖尿病(食事、運動量法にて治療)

[現病歴] 2001年5月頃、左胸部痛、呼吸困難出現。近医受診し肋膜炎と診断され内服治療を受けた。2002年5月同様の症状出現。8月頃より咳嗽、喘鳴、微熱も出現。徐々に症状が増悪し、血痰も出現したため、10月近医にて肺炎と診断され、12月に入り嘔吐も出現した。その時点で肺癌を疑われ生検にて肺腺癌と診断。また、肺、脳に多発性転移を認めた。2003年1月28日 2月3日全脳照射30Gy、2月4日、3月3日よりCBCDA(6AUC)+Paclitaxel(200mg/m²)2コース施行。2月24日胸部CTにて病巣の縮小傾向を認めた。その後、本人の希望により当院へ3月11日に転院となった。

[入院時検査所見]

[胸部CT(3月25日)] 左S5、S1+2、右S2、S3、S6に結節影、縦隔、肺門リンパ節腫脹、左胸水貯留、胸膜播腫、心膜への浸潤を認めた。

[頭部MRI] 大脳半球に5個以上のmass lesionを認めた。

[入院後経過] 3月31日よりchemo3クール:day1+ベルビン25mg/m²+アンプラ80mg/m²、day8+ベルビン25mg/m²施行。Chemo後、嘔気、嘔吐、咳嗽持続。4月24日の骨シンチでは骨転移認めず。4月30日胸部CTにて評価するもNo changeであった。

5月2日より呼吸困難感出現。対症的にO₂、アロテック吸入にて経過観察。5月9日食道造影施行し、carinaレベル前後に3cm強の狭窄認めたが、通過性はやや残っており、姑息的食道ステント留置検討中であったが、5月10日に呼吸困難増悪し、マスク10l下でもSpO₂87%と酸素化不良となり中枢気管支閉塞疑われBF施行し右主気管支の完全閉塞認め、chest Xpにて右全肺無気肺(+)であり、挿管し人工呼吸管理開始。5月12日BF下右主気管支腫瘍に対してエタノール注入にて腫瘍を除去し右肺の含気回復したため抜管するも、2時間半後に両側SVCの著明な拡張を認め不穏状態となったため、再挿管。心エコーにてSVC腫瘍塞栓疑い、心嚢液貯留up認めた。以後sedationかけた状態でC-PADにて呼吸管理していたが、循環/呼吸状態安定していたため、抜管。5月19日マスクにてFiO₂98%、O₂10 15l吸入し、SpO₂90代キープしていたが、5月26日より

SpO₂ 70 80 代、一時 50 代認めるようになり呼吸状態不安定化。

5 月 28 日より末梢チアノーゼ(+)、5 月 30 日より末梢動脈触知不良となり BP(収縮期)80 以下に低下。

6 月 2 日午前 0 時 40 分頃より無呼吸発作が出現し、R3 回/min 以下となり、午前 1 時 35 分循環停止し、永眠される。

II. 病理解剖所見

肉眼的所要所見

身長:154cm、体重:47.5Kg

胸部:左胸腔に黄褐色淡明 700cc、胸膜にフィブリン性の癒着と乳白色結節を数カ所認める。左横隔膜にも同様の結節がみられた。右の胸腔には特に異常を認めず。左肺上葉の胸膜面に5mm大の灰白色の結節がみられ、舌区に3x1.5cm大の乳白色腫瘤を認め、葉間胸膜の癒着も一部に認める。右肺下葉は鬱血様。左肺断面では米粒大の癌転移を上葉・下葉それぞれに複数認める。右肺表面は全体的に乳白色から赤褐色を呈し、上葉・下葉に乳白色の硬結を認め、肺内部リンパ節に硬結もみられる。右肺断面では、全体的に水腫様で、瀰漫性に肺白色、肺炎像を認めた。右肺上葉には2x1cm大の腫瘍、空洞形成を伴う病変も認められた。心嚢液は黄褐色淡明180ccと貯留していた。上大静脈、大動脈弓、大動脈起始部、気管に囲まれる部位に癌の浸潤と思われる乳白色の病変がみられ、上大静脈は癌組織により圧排され内腔に血栓を伴っていた。また、声帯から15cmの食道部位では癌が全周性に取り囲み、一部癌が表面に露出していた。

腹部:肝臓のS5領域に直径1.3cm大の中心壊死を伴う腫瘤を認めた。胃に粘膜点状出血を認める以外には、胃・十二指腸・小腸・大腸・直腸に異常は認められなかった。膵臓、副腎、脾臓においても、特に異常は認められない。腎では、左右ともに表面に米粒大の乳白色結節を複数個認めた。腹膜・大網にも異常はなく、腹水も認められない。尿管には異常を認めなかったが、膀胱三角部に憩室炎がみられた。左卵巣は摘出後状態であった。

脳:重量;1370g。外見上、明らかな脳浮腫や脳ヘルニア像はみられないが、くも膜の白濁肥厚を認めた。Willis動脈輪には動脈瘤や血栓、奇形は認めなかった。脳の断面では、左頭頂葉に1x2cm大の融解性黄白色病変を認め、周辺組織への圧排像はみられないが、周囲には黄白色を呈する病変がみられた。他の融解性病変は、右側頭葉の島の入口付近(3x3mm大)、左小脳半球(融解性2x2mm)に認められた。他の黄白色病変は、少なくとも、左頭頂葉(1x2cm大融解性)、右側頭葉下部、右側頭葉(融解性病変を伴う)、左後角付近、左側頭葉、左下角付近、左小脳半球(融解性病変を伴う)にみられる。

顕微鏡的所要所見

胸部:左肺舌区を最大とする肺の癌組織は、不完全な腺管構造を伴う中分化型腺癌であった。左肺

下葉の米粒大結節も同様な中分化型腺癌であった。肺野には肺水腫、鬱血、浮腫が認められた。右肺上葉の空洞形成を伴う病変部位には細菌塊を認めた。PAS反応、グロコッパ染色にて真菌は認めなかった。右肺上葉 2x1cm 大の腫瘍は肺炎像であり、結節は癌ではなかった。右肺中葉には肺水腫、肺炎を背景として、エタノール注入の後と思われる限局した線維増生巣を認めた。また、右肺胸膜に軽度炎症細胞浸潤を認める。心外膜では軽度の肥厚とリンパ球浸潤を認める。上大静脈と大動脈の間には、著明な線維増生を伴って癌が増殖浸潤している像を認め、腫瘍細胞は上大静脈壁内にまで達していた。上大静脈内血栓は一部器質化した混合血栓であった。

腹部:肝臓では、小葉中心に赤血球が集簇している鬱血像を認めた。S5 領域の腫瘤は顕微鏡的に肺癌の転移巣であることを確認した。左腎の米粒大結節は肺癌の転移であることを認め、うっ血調で急性尿細管壊死はみられないが、一部で尿細管の再生性変化を認めた。右腎の米粒大結節でも肺癌の転移であることを確認し、うっ血調で急性尿細管壊死はみられなかった。脾臓、膵臓、副腎に特に異常は認められない。膀胱三角部の粘膜下組織は浮腫様で血管増生と穿孔がみられる。膀胱憩室の像と考えられる。骨髄は造血髄が 45%程度みられる normocellular marrow で、3 系統の増殖がみられ、E/M 比も正常範囲内であった。

脳:左頭頂葉の融解性病変では、組織は融解し、foamy cell が出現し、gliosis の像がみられた。また、microglia, histiocyte の集簇した像も認めた。血管周囲には炎症細胞浸潤がみられ、クモ膜下腔に線維化を認めることから、放射線治療後状態と考えた。右側頭葉の融解性病変では、腺管構造を伴う癌の転移を認め、gliosis、組織球の集塊を認めた。左小脳半球の黄白色融解性病変では、一部に壊死性病変を認め、周囲に gliosis の像を認める。foamy cell や epitheloid cell もみられ、一部に微細な石灰化と思われる像も認める。

III. 病理解剖診断

主診断

原発性肺癌（左舌区原発、中分化型腺癌）

転移・浸潤：右肺・横隔膜・下大静脈、気管、大動脈、食道、心嚢にいたる縦隔・肝臓・両腎・
脳・リンパ節；両側肺門部

[上大静脈症候群]

副診断

1. 右気管支肺炎・両側肺水腫(左 445g、右 730g)
2. 腔水症 心嚢液貯留 (黄褐色淡明 180cc)
左胸水貯留 (黄褐色淡明 700cc)
3. 膀胱憩室炎
4. 食道潰瘍
5. 胃粘膜点状出血
6. 左卵巣摘出後状態(子宮内膜嚢胞による)
7. 大動脈粥状硬化(軽度)

IV. 臨床上的の問題点及びそれに対する考察(病理解剖により明らかにしたい点)

1. 上大静脈症候群を生じた原因

上大動脈、大動脈弓、大動脈起始部、気管に囲まれる部位に癌浸潤と思われる乳白色の病変が見られ、上大静脈は癌組織により圧排され内腔に血栓を伴っていた。以上が上大静脈症候群の原因と考える。

2. 肺癌の進展、転移の状態

- 1) 左肺上葉の胸膜面に 5mm 大の灰白色の結節がみられ、舌区に 3x1.5cm 大の乳白色腫瘍を認める。左肺断面では米粒大の癌転移を上葉・下葉それぞれに複数認める。また、右肺上葉・下葉に乳白色の硬結を認め、肺内部リンパ節に硬結もみられる。右肺上葉には 2x1cm 大の腫瘍、空洞形成を伴う病変も認められた。
- 2) 上大静脈、大動脈弓、大動脈起始部、気管に囲まれる部位に癌の浸潤と思われる乳白色の病変がみられ、上大静脈は癌組織により圧排され内腔に血栓を伴っていた。
- 3) 声帯から 15cm の食道部位では癌が全周性に取り囲み、一部癌が表面に露出していた。
- 4) 肝臓の S5 領域に 1.3cm 大の中心壊死を伴う腫瘍を認めた。また、腎では、左右ともに表面に米粒大の乳白色結節を複数個認めた。
- 5) 脳では、左頭頂葉に 1x2cm 大の融解性黄白色病変を認め、周辺組織への圧排像はみられないが、周囲には黄白色を呈する病変がみられた。他の融解性病変は、右側頭葉の島の入口付近(3x3mm 大)、左小脳半球(融解性 2x2 mm)に認められた。他の黄白色病変は、少なくとも、左頭頂葉 (1x2 cm 大融解性)、右側頭葉下部、右側頭葉(融解性病変を伴う)、左後角付近、左側頭葉、左下角付近、左小脳半球(融解性病変を伴う)にみられた。

V. 総括

2002年12月脳を含む多発性転移を伴う肺腺癌と診断され、翌1月より放射線療法(全脳照射30Gy)、化学療法施行。同年5月に呼吸困難増悪し、右主気管支の完全閉塞、無気肺を認める。これに対して気管支鏡下にEthanol注入を行い、その2時間半後に不隠状態となり、心エコーにて上大静脈腫瘍塞栓を疑った。5/26さらに呼吸状態悪化し6/2永眠される。

剖検では原発巣と考えられた左肺舌区に3x1.5cm大の乳白色腫瘍を認め、その部は組織学的に中分化腺癌がみられた。また、両側肺門部から上大静脈、大動脈起始部、食道にいたる領域では癌浸潤を伴う著明な線維増生にて一塊となっていた。上大静脈では一部器質化した血栓を認め、壁内に癌細胞の浸潤を認めた。食道では声門下15cmの部で全周性に食道狭窄を起こし、一部癌が粘膜面に露出していた。脳では腫瘍の放射線治療後状態である左頭頂葉に1x2cmを最大とする融解を伴った黄白色領域を大小多数みとめた。腫瘍細胞の残存は右側頭葉でみられた。その他右肺、横隔膜、肝臓、両腎、両側肺門部リンパ節に転移巣を認めた。直接死因は呼吸不全。

VI. 評価表

自己評価 指導医評価

(1) 臨床指導医により評価項目

1. 病理解剖の手続き、法的問題を説明できたか
2. 遺族から病理解剖承認を得る態度は適切であったか

(2) 病理指導医による評価項目

1. 剖検前に臨床経過と臨床的問題点を病理医に適切に説明できたか
2. 病理解剖室での態度は適切であったか
3. 病理医の述べる肉眼所見を適切に用紙に記入できたか
4. CPC の資料は適切なものを用意できたか
5. CPC レポートの内容は適切であったか
- 1) 臨床経過のまとめ
 - 2) 病理所見のまとめ
 - 3) 病理診断
 - 4) 臨床上の問題点とそれに対する考察
 - 5) 総括

6. その他の特記すべき事項

評価責任者