

発熱，意識障害を呈した胆嚢癌患者

A Case of Gallbladder Cancer Presented with Fever and Drowsiness

大江 康太郎^{1,*} 荒木 勉¹ 今野 哲雄² 林 研至² 井野 秀一² 山岸 正和²

Kotaro OE, MD^{1,*}, Tsutomu ARAKI, MD, FJCC¹, Tetsuo KONNO, MD²,
Kenshi HAYASHI, MD², Hidekazu INO, MD, FJCC², Masakazu YAMAGISHI, MD, FJCC²

¹ 石川県済生会金沢病院循環器内科, ² 金沢大学大学院医学系研究科循環医学専攻臓器機能制御学

症例 91歳，女性。

主訴：発熱，意識障害。

現病歴：数か月前から胆嚢炎を繰り返し，腹部CTで胆嚢癌が疑われたが，高齢のため精査を希望しなかった。発熱（38.2℃），意識障害（JCS 10）にて救急入院となった。心雑音は聴取せず，心電図は洞調律であった。血液検査では，白血球11,900/mm³，CRP 12.98 mg/dlと上昇し，血小板8.6万/mm³，FDP 18 μg/ml，D-dimer 12.3 μg/mlとDICが疑われた。腫瘍マーカーはCEA 285.6 ng/ml，CA19-9 470,000 U/mlと著明高値であったが，肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。入院時の頭部MRIで多発性の脳梗塞を認め（**図1a**），1週間後のMRI（**図1b**）では梗塞巣の著明な拡大を認めた。

J Cardiol Jpn Ed 2011; 6: 187–189

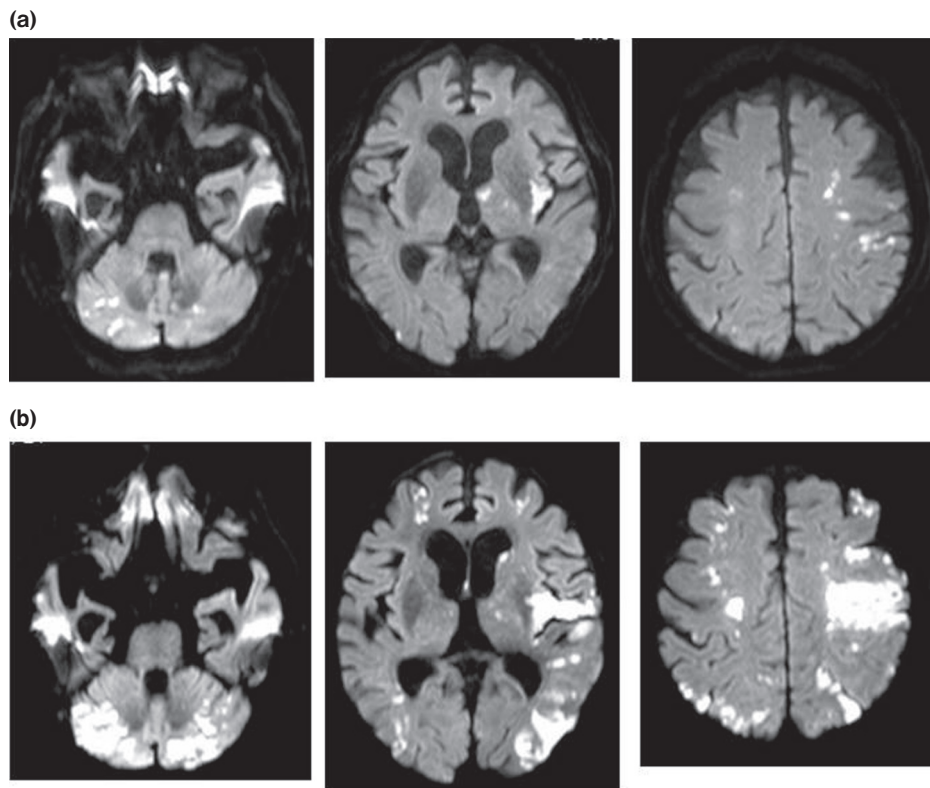


図 1

* 石川県済生会金沢病院循環器内科

920-0353 金沢市赤土町二 13-6

E-mail: kotarooe316@yahoo.co.jp

2010年12月8日受付，2010年12月27日改訂，2011年1月5日受理

診断のポイント

腹部CT (図2) では胆嚢壁の肥厚と胆嚢内結石, 肝に多発性の腫瘍を認め, 腫瘍マーカーの著明高値と合わせて胆嚢癌, 肝転移と診断した. 発熱と多発性の脳梗塞から, 感染性心内膜炎 (Infective endocarditis: IE) による脳塞栓症を疑い, 経胸壁心エコー (図3) を施行した. 僧帽弁前尖, 後尖の肥厚を認めたが, 明らかなvegetationは認めず, 血液培養もすべて陰性で, 胆嚢癌に合併したTrousseau症候群と診断した. ヘパリン, 抗生剤にて加療したが, 発熱は持続し, 白血球数, CRPも高値のままであった. 意識状態は次第に悪化し第40病日に死亡した.

Trousseau症候群は, 悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により全身性に血栓症をきたす病態であり^{1,2)}, 非細菌性血栓性心内膜炎 (Nonbacterial thrombotic endocarditis: NBTE) から脳塞栓症を引き起こすことがある. NBTEによる脳塞栓症はヘパリン等の抗凝固療法の適応であるが, IEによる脳塞栓症では抗凝固療法は禁忌とされており, IEとの鑑別は治療上非常に重要である.

NBTEの特徴はIEと対比して, (1) 悪性腫瘍の存在, (2) 血液培養陰性, (3) DICマーカーの上昇, (4) 塞栓症が多い, (5) 弁機能不全, 心雑音は少ない, (6) vegetationは3 mm

以下の小さな血栓が多い, などが挙げられる. その理由として, NBTEのvegetationは血小板, フィブリンから成り, 炎症性細胞成分が少ないために fragmentationやdislodgeを起しやすいためとされている. しかし臨床で, 両疾患を鑑別することは非常に困難とされている^{2,3)}.

NBTEによる脳塞栓の特徴について, Singhalらは, 9例のNBTEと27例のIEのMRI所見 (Diffusion weighted image) を比較検討している⁴⁾. 急性期のMRI所見を4つのパターン, (1) 単一の病変 (single lesion), (2) 単一の血管支配領域に多発するパターン (territorial infarction), (3) 皮質枝梗塞が播種性に生じるパターン (disseminated punctuate lesions), (4) 大中小さまざまな病変が播種性に生じるパターン (numerous small and medium or large lesions in multiple territories) に分類し, その頻度を比較した結果, 興味深いことに, NBTEでは9例全例がパターン(4)であったのに対しIEではあらゆるパターンを呈した. この結果から著者らは, パターン(4)ではNBTEの可能性をまず考慮し, 悪性腫瘍等の基礎疾患を検索すべきであると結論している. 今回の症例においても, 1週間後のMRI所見は典型的なパターン(4)であり, この報告に一致していた.

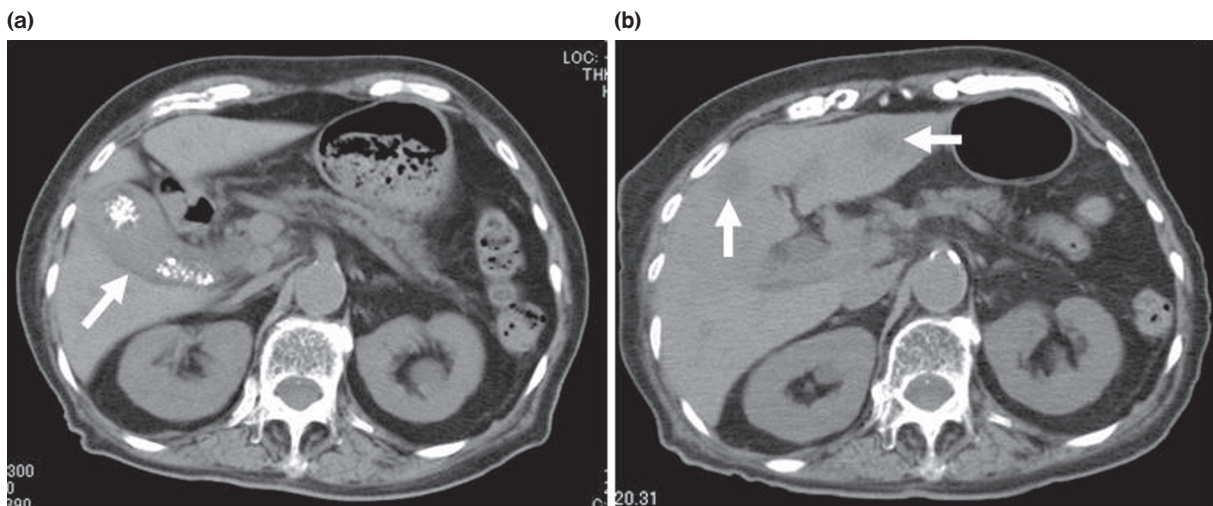


図 2

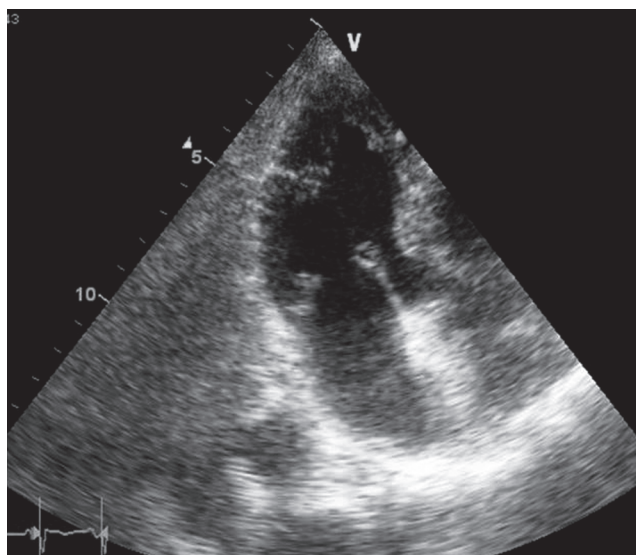


図 3

Trousseau 症候群では、早期からヘパリンによる治療が必要とされているが、本症例のように発熱を認める患者では IE との厳密な鑑別は困難であり、さらなる症例の蓄積が必要と考えられた。

Diagnosis: Trousseau 症候群.

Keywords: 心内膜炎, 悪性腫瘍, 脳塞栓症.

文 献

- 1) Varki A. Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms. *Blood* 2007; 110: 1723-1729.
- 2) 内山真一郎. トルーソー症候群. *日内会誌* 2008; 97: 1805-1808.
- 3) el-Shami K, Griffiths E, Streiff M. Nonbacterial thrombotic endocarditis in cancer patients: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Oncologist* 2007; 12: 518-523.
- 4) Singhal AB, Topcuoglu MA, Buonanno FS. Acute ischemic stroke patterns in infective and nonbacterial thrombotic endocarditis: a diffusion-weighted magnetic resonance imaging study. *Stroke* 2002; 33: 1267-1273.

図 1 頭部 MRI (Diffusion-weighted image).

- (a) : 入院時. 大脳, 小脳に多発性の新鮮梗塞を認める.
 (b) : 入院1週間後. 梗塞巣の著明な拡大を認める.

図 2 腹部 CT.

- (a) : 胆嚢壁の肥厚, 胆嚢内結石を認める.
 (b) : 多発性の肝転移を認める.
-

図 3 経胸壁心エコー図.

僧帽弁前尖, 後尖の肥厚を認める.