

モーニングセミナーから

腫瘍緊急症について

文田 壮一 森永亮太郎 岡本 邦男 竹澤 健 岡本 渉
上田 眞也 宮崎 昌樹 鶴谷 純司 佐藤 太郎 岡本 勇
中川 和彦

近畿大学医学部内科学教室 (腫瘍内科部門)

抄 録

腫瘍緊急症は『腫瘍原発巣や転移巣の進展によって急激な臓器機能障害が起こり、これに伴い全身状態悪化を招く病態』と定義される。また腫瘍緊急症に伴う自覚症状からの悪性腫瘍診断は珍しくない。このため腫瘍緊急症に遭遇した場合、病態に対する早急な対応及び悪性腫瘍の診断は必要不可欠である。今回当院腫瘍内科にて経験した腫瘍緊急症についての症例提示及び対処例について報告する。

緒 言

わが国において死因の第一位は悪性腫瘍である。日常診療における悪性腫瘍の鑑別およびその合併症対策についての知識は必要不可欠である。悪性腫瘍に伴う合併症からの悪性腫瘍診断は珍しいものでなく、急激な全身状態悪化を招く腫瘍緊急症は早急な処置を要する。当院腫瘍内科での経験例での画像を交え、腫瘍緊急症に対する対処を再考したい。

まず腫瘍緊急症は『腫瘍原発巣及び転移巣の進展によって急激な臓器障害が起こり、これに伴い全身状態悪化を招く病態』と定義される。臓器別にみると、循環不全を来す心タンポナーデ、呼吸不全を来す気管狭窄、肝腫瘍における閉塞性黄疸、消化管腫瘍に伴う消化管狭窄/腸閉塞や消化管出血などがある。これら項目別に、実際の経験された症例及び画像を交え検討する。

心タンポナーデ：症例①

患者：64歳 男性 主訴：心窩部痛
現病歴：平成19年9月頃～心窩部痛出現。以降労作時に呼吸困難及び動悸認め。このため同年10月循環器内科受診し、胸部単純X線写真にて心拡大及び心エコーにて echo free space 認め、心嚢液貯留に対し精査加療目的に入院となる。

入院時 CT にて心臓周囲に心嚢液貯留認め、右肺上葉に腫瘤影及び同側胸水貯留あり。

臨床的に肺癌 (M1；心膜転移, stage IV) と考え、心タンポナーデに対し心嚢穿刺術施行。再貯留認めことからプレオマイシンにて心膜癒着術試行。その後心嚢液コントロールついたことから化学療法開

始した。

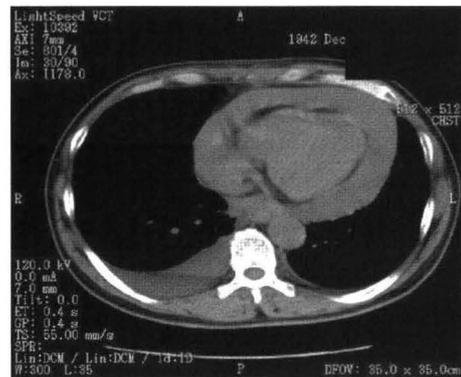


Fig. 1-1 初診時 CT (縦隔条件)
心嚢液貯留及び右胸水認める。
また肺野条件にて右肺上葉に腫瘤影認め
た

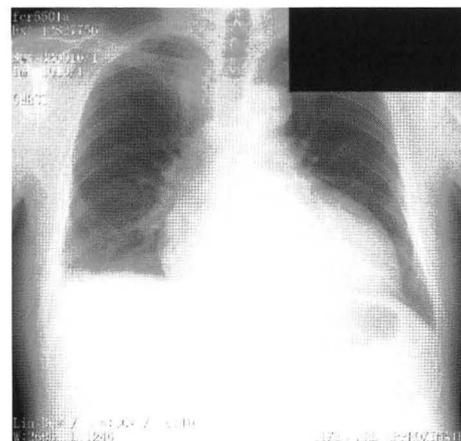


Fig. 1-2 穿刺前 X線写真
右上葉に無気肺を伴う腫瘤影あり

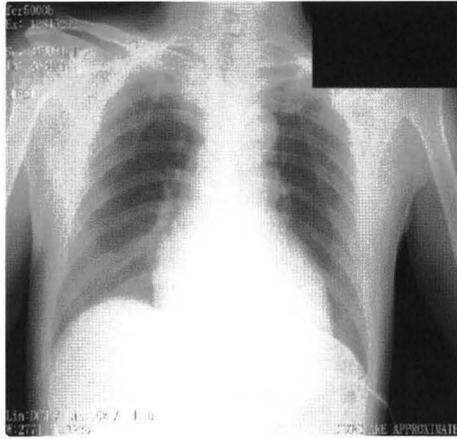


Fig. 1-3 穿刺後胸部X線写真
心尖部付近に pigtail カテあり。
明らかに心胸部比軽減している。

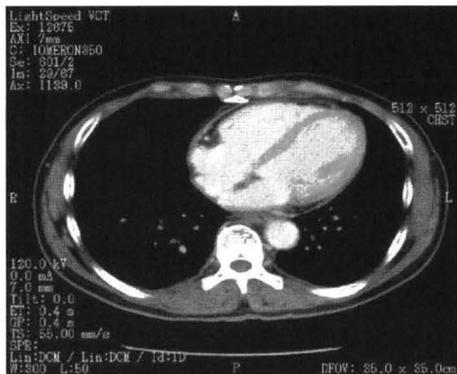


Fig. 1-4 ドレナージ後 CT
癒着術後、心嚢液貯留は認めない

〈考察①〉

心タンポナーデは心室拡張障害により静脈還流量低下から心拍出量低下をきたすものと定義される。原因としては悪性腫瘍の心膜播種が最も多く、外傷のない心タンポナーデ患者診察時には悪性腫瘍鑑別に全身検索が必要である

気道狭窄：症例②

患者：71歳 女性

主訴：呼吸困難，喘鳴

現病歴：平成19年4月頃～喘鳴を主訴に近医受診。喘息の診断にて気管支拡張薬投与されるが症状改善なく精査目的にCT撮影。

他院でCT上、気管狭窄を伴う右肺巨大腫瘍認め腫瘍内科紹介。来院時吸気/呼気共に連続性雑音聴取し、口唇チアノーゼを認めた。このため緊急気管ステント留置術施行。施行後気管の開通し呼吸状態改善認めた。

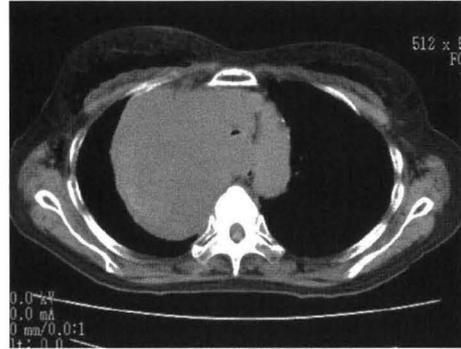


Fig. 2-1 他院での胸部単純 CT
右肺上葉に巨大腫瘍認める
右上肺の巨大腫瘍影に伴い、気管の圧迫あり

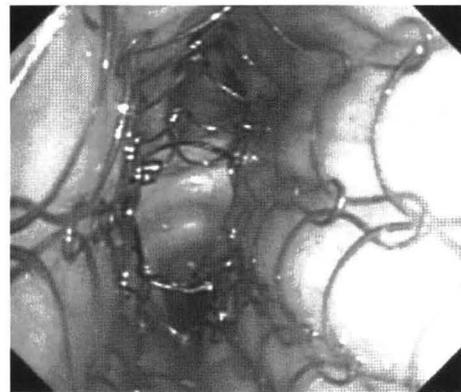


Fig. 2-2 気管支鏡下ステント留置術
気管分岐部まで観察できる。

〈考察②〉

腫瘍性気道狭窄に対して、まず酸素投与を行う。その後、化学療法感受性の高い小細胞肺癌などでは化学療法を優先し、その他の腫瘍では放射線療法による局所療法が考慮される。本症例においては急激な腫瘍進行による高度の気道狭窄であり、気管支鏡下気管ステント留置術を要する症例であった。

消化管閉塞：症例③

患者：64歳 男性

主訴：腹部膨満

現病歴：平成18年6月心窩痛にて近医受診し、上部消化管内視鏡にて幽門部胃癌の診断。CTで多発肝転移認め、化学療法目的に腫瘍内科紹介。化学療法2コース目の評価CTにて肝転移増悪及び幽門狭窄(胃内残渣貯留)認め、加療目的に入院となる。

幽門狭窄に対し、摂食障害改善および内服薬継続目的に幽門ステント留置術施行。

幽門部ステント留置後、全身状態及び摂食状況改善認めたため化学療法継続が可能となり、下記に示すように partial response (PR) と奏功した。



Fig. 3-1 腹部 CT
CT 上多発肝転移及び肝転移増悪あり
また胃内残渣貯留あり

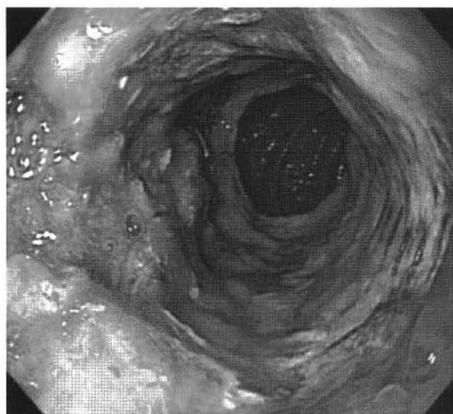


Fig. 3-4 幽門ステント留置後内腔観察
内視鏡的に幽門ステント留置.



Fig. 3-2 上部消化管内視鏡
上部消化管内視鏡にて Borrmann 3 型
腫瘍による幽門狭窄像あり

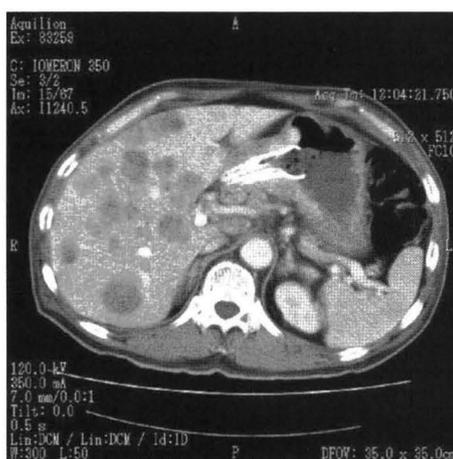


Fig. 3-5 幽門ステント留置直後 CT
ステント留置直後、胃内残渣の減少あり



Fig. 3-3 幽門ステント留置後
内視鏡的に幽門ステント留置.

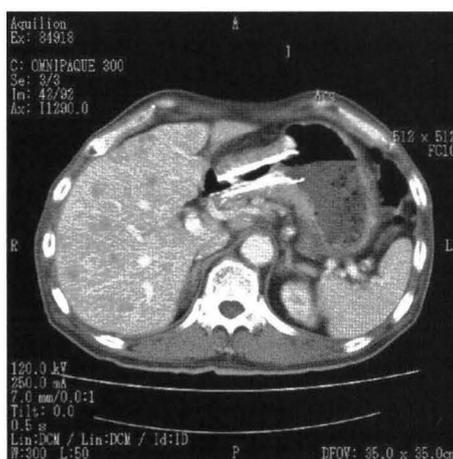


Fig. 3-6 化学療法追加後 CT
化学療法追加後多発肝転移は30%以上の
腫瘍縮小効果認めた

〈考察③〉

消化器癌に対する合併症としては消化管狭窄に伴う摂食障害や腸閉塞があるが、これを改善することで化学療法が可能である症例が数多く存在する。今

回胃癌の幽門部狭窄に伴う消化管狭窄により全身状態悪化認めた症例に対し、内視鏡的ステント留置にて化学療法継続が可能となり腫瘍縮小効果認めた症例を経験した。

閉塞性黄疸：症例④

患者：59歳 男性

主訴：全身倦怠感，黄疸

現病歴：平成18年11月全身倦怠感出現し，翌12月に黄疸指摘され近医受診．CTにて総胆管閉塞及び肝内胆管拡張認め精査加療目的で腫瘍内科紹介．紹介時 T.bil：8.3と黄疸認めため ERCP 施行．

＜考察④＞

肝胆膵腫瘍などでは腫瘍進行に伴う閉塞性黄疸が全身状態悪化の要因として考えられ，放置した場合急激な肝機能低下や感染合併による急性閉塞性化膿



Fig. 4-1 来院時造影 CT
CT上でも明らかな肝内胆管の拡張認めた。



Fig. 4-2 閉塞性黄疸に対し ERCP にて金属ステント留置．
ステント留置後減黄及び肝機能改善認めた．
ERCP時 X線写真及び内視鏡写真

性胆管炎があり，黄疸の管理は腫瘍に対する治療と並行し重要である．本件は ERCP 後肝機能改善認めたことから化学療法施行可能となった症例であった．

総 括

悪性腫瘍自体に対する本来の治療は抗がん治療であり，腫瘍の種類及び病期に応じて手術，化学療法，放射線療法などの治療方針が決定される．

しかし緊急症に対する治療選択は，①局所的な進行もしくは全身への進展に伴うもの，②発症前後の全身状態の変化及び治療歴や予後などの患者背景，③抗がん治療以外の薬剤もしくは IVR (interventional radiology) などの存在，これらの要素について効果と侵襲を考慮し治療方針を決定していく．加えて重要な点は悪性腫瘍に合併した緊急症に対するものだけでなく，抗がん治療によっても変化する点にあり，このため治療の進歩に対する抗がん治療に知識は必要不可欠である．

今回，腫瘍緊急症を経験し考察を交えて経過及び治療を示した．今後抗がん剤及び手技の進歩によって治療は変遷していくと考えられる為，これを行う上での抗がん剤に対する知識と手技獲得についてよりいっそうの努力が必要である．