

26 悪性リンパ腫に脾破裂を合併するも救命が出来た透析患者の一例

信州大学腎臓内科 仁科さやか、橋本幸始、高橋京子、山田重徳、塚田渉、南聡、
上条祐司、樋口誠

同血液内科 中澤英之、牧島秀樹、伊藤俊朗、石田文宏

I. はじめに

非外傷性脾破裂は手術以外に根治的な治療方法がなく、手術施行例も生存率が低く予後不良である。さらに透析患者は、その特性から術後合併症の危険性が高いと考えられ、生存率はさらに低下すると推測される。悪性リンパ腫による非外傷性脾破裂を合併するも救命し得た透析患者の一症例を経験したので報告する。

II. 症例

患者：55歳、男性。

主訴：右鼠径部リンパ節腫脹。

既往歴：2001年 左網膜症に対し手術
小脳梗塞（保存的治療）

2003年 出血性胃潰瘍に対し内視鏡的止血術
胃癌に対し幽門側胃切除術+B-I
再建術

生活歴：喫煙 40本/日、約35年間

飲酒 ビール大瓶2~3本/日、1995年頃
まで

現病歴：2001年12月より糖尿病性腎症のため透析導入されていた。2006年6月両側頸部腫脹を自覚し、前院でびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

（以下DLBCL）と診断された。放射線治療が行われ一旦CRとなったが、同年10月に右頰部・腋窩に径3cmほどのリンパ節腫脹が出現し、再び放射線治療が行われた。11月に右鼠径部にもリンパ節腫脹が出現し、当院血液内科を紹介受診、DLBCLに対する化学療法目的に12月5日に入院となった。

現症：胸部では心尖部にLevine III/VIの収縮期雑音を聴取、腹部では正中に手術痕あり、肝・脾、その他腫瘍は触知しなかった。表在リンパ節は両側腋窩に数mm大、右鼠径部に2cm大、左鼠径部に1.5cm大の弾性軟、可動性良好で圧痛を欠くリンパ節を触知した。

入院時検査所見：BUN 31 mg/dl、Cre 7.32 mg/dl、Hb 8.3 g/dl、MCV 91.2 fl、Fe 26 μ g/dl、TIBC 221 μ g/dl、フェリチン 165 ng/ml、LDH 846 IU/l、可溶性IL-2レセプター-6731 mg/dl、CRP 10.09 mg/dlなどの異常値を認めた。胸腹部CTでは、右肺門、左内腸骨、左鼠径部のリンパ節腫大と、軽度の脾腫を認めた。鉄欠乏性貧血精査のため上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体下部前壁・十二指腸球部に出血性潰瘍を認めた。

入院後経過：出血性潰瘍に対しPPI投与にて治療を開始した。第6病日より腹部膨満と心窩部圧痛が出現、発熱を認め、第7病日透析中に左側腹部痛が出現した。腹部CTで脾臓腫大を認め、脾臓内への出血や、血性腹水を認め、脾破裂と診断した。バイタルに大きな変動は認めなかったが、1時間半後のCTで出血の増悪を認め、腹腔内への造影剤の漏出もみられた。全身状態を考慮し、緊急の外科的処置は

※投稿者：仁科さやか 〒390-8621

松本市旭3-1-1 信州大学医学部内科学第二教室

困難と判断し、脾動脈塞栓術を施行した。脾動脈造影にて分枝から脾周囲への造影剤漏出や、脾臓内出血による造影剤の貯留を複数認めた。スポンゼルやマイクロコイルにて塞栓し止血した。

翌日再度上部消化管内視鏡を行ったところ、胃大彎の広範な潰瘍形成を認め、脾動脈塞栓後の血流障害に伴うものと考えた。予定していた脾摘出術は中止し、脾臓から再出血を起こす可能性を考慮し化学療法を先行することとした。

右大腿静脈より中心静脈カテーテルを留置し、脾動脈塞栓に伴う発熱など、全身状態が不良であったため、第10病日にリツキシマブ 600 mgのみ投与した。第16病日の腹部CTでは、新たな脾出血はなく、この時点で右岸径リンパ節腫脹はほぼ消失していた。第17病日にリツキシマブを投与、第22病日にはCHOP療法のうちアドリアマイシン 80 mg、シクロフォスファミド 600 mgを投与した。

脾破裂の経過観察と悪性リンパ腫の治療効果判定のため第44病日に胸腹部CTを施行したところ腎静脈分岐部から右外腸骨静脈に血栓形成によると思われる造影欠損を認め、右大腿静脈に留置していた中心静脈カテーテルに伴うものと考えた。急速同日下大静脈フィルターを挿入した。

第49病日ごろより38℃台の発熱を認め、抗生剤、抗真菌剤など使用しましたが解熱せず、53病日ごろより39℃を超える発熱と左上腹部の疼痛を訴え次第に増強した。56病日に腹部CTを施行したところ、脾腫瘤内側縁に接する胃体下部大彎側に造影不良域がみられ、粘膜の菲薄化、脾腫瘤との境界が不明瞭化し、脾腫瘤内ガスの増加が認められ、脾腫瘤と胃壁との間の穿通が疑われた。発熱は脾臓内感染が原因と判断し、絶飲食、抗生剤継続にて解熱傾向となり、腹痛も軽減した。穿通に対しては外科的治療が必要と考えたが、侵襲の大きさを考慮し保存的に治療し、第72病日に当院消化器外科にて脾臓摘出術及び残胃部分切除術が行われた。摘出標本

では脾臓は壊死が著明で、大部分が嚢胞上となり、胃の一部が癒着、瘻孔により胃の内腔と脾の壊死性嚢胞が交通していた。

第80病日、胃縫合部に置いた腹腔内のドレーンより大量の腸液流出があり、縫合不全と考えられた。抗生剤の使用やドレナージにて保存的に治療を行い、第124病日には最後のドレーンを抜去した。第128病日より3回目の化学療法を施行、約3週ごとに計6回の化学療法を行った。

6クール終了後第155病日の上部消化管内視鏡検査では残胃に異常を認めず、第204病日に行ったCTでは肺門、骨盤、岸径ほかりンパ節腫脹は認めず、DLBCLはCRと判断した。第221病日に退院とし、以後は前医にて透析とDLBCLの経過観察を行うこととした。

III. 考 察

非外傷性脾破裂は非常に稀な疾患であり、これまでの報告はその低い発生頻度からほとんどが症例報告にとどまっている。原因は感染症、変性疾患、代謝性疾患、悪性疾患など多岐にわたるが、感染症が多くを占めている。Giagounidisらは1861年から1996年までに報告された血液の悪性疾患における脾破裂136例をまとめ、最も多い疾患が急性白血病の34%で、非ホジキンリンパ腫の21%がそれに続くと報告している。また136例中88例が外科的治療を受け、うち55例(63%)が生存、33例(37%)が死亡し、保存的に治療された43例中40例が死亡したと報告している。脾破裂は手術以外に根治的な治療方法がなく、手術施行例も生存率が低く予後不良であることが示唆される。一方GÖrgらは41例の非外傷性脾破裂をまとめ、発症後30日での死亡率が悪性疾患では38.1%と、良性疾患の5%と比較し有意に高かったと報告しており、いずれの報告も悪性疾患における脾破裂治療の難しさを示している。

透析患者の場合は、出血傾向、創傷治癒の遅延、易感染性、組織の脆弱性などから術後合併症の危険性が高いと考えられる。本症例でも、下大静脈血栓症や胃潰瘍、胃脾穿通、脾臓内感染、脾臓摘出術後の縫合不全など様々な合併症を合併したが、脾破裂後救命が可能であり、またリンパ腫を CR まで治療することが出来た。

IV. 結 語

悪性リンパ腫による脾破裂と種々の合併症を併発するも集学的治療により救命し得た、貴重な透析患者の一例を経験したので報告した。

参考文献

- #1. Giagounidis AA, et al : Pathologic rupture of the spleen in hematologic malignancies: two additional cases. *Ann Hematol* 1996, 73: 297- 302
- #2. Saptarshi B. et al : Large B-cell lymphoma presenting as abdominal pain and spontaneous splenic rupture; A case report and review of relevant literature. *World Journal of Emergency Surgery* 2006, 35: 1-5
- #3. Bauer TW. et al : Splenic rupture in patients with hematologic malignancies. *Cancer* 1981, 48: 2729-2733
- Uma H. Athale. et al : Splenic Rupture in Childhood Leukemia. *Cancer* 2000, 88: 480-490
- #4. GÖrg C. et al : Spontaneous rupture of the spleen: ultrasound patterns, diagnosis and follow-up. *The Brit J Radiol* 2003, 76: 704-711