

## 32 CAPD 施行中のサルコイドーシス患者に発症した壊死性胆嚢炎の1例

信州大学医学部附属病院 内科(2)<sup>1)</sup>, 血液浄化療法部<sup>2)</sup>

林 布紀子<sup>1)</sup>, 南 聡<sup>1)</sup>, 高橋 京子<sup>1)</sup>, 河野 啓一<sup>1)</sup>, 上條 浩司<sup>1)</sup>, 掛川 哲司<sup>1)</sup>, 金子 洋子<sup>1)</sup>  
市川 透<sup>1)</sup>, 上條 祐司<sup>1)</sup>, 樋口 誠<sup>1)</sup>, 清澤 研道<sup>1)</sup>, 新倉 秀雄<sup>2)</sup>, 白澤 喜久子<sup>2)</sup>, 洞 和彦<sup>2)</sup>

### はじめに

無石性胆嚢炎は、胆石性胆嚢炎に比べ画像診断が困難で、急速に病態が悪化する場合もあり、治療として胆嚢摘出術が推奨されている。今回、CAPD 施行中のサルコイドーシス患者に発症した無石性胆嚢炎が、壊死性胆嚢炎へ進行し、さらに非穿孔性胆汁漏出性腹膜炎を併発した症例を経験したので報告する。

### 1. 症例

症例：46歳，男性

主訴：右季肋部痛

家族歴：父親；脳梗塞，母親；脳出血

既往歴：飲酒歴なし，喫煙歴；20本/日(26年間)

薬剤アレルギー(+)；ペニシリン系抗生剤・造影剤

現病歴：昭和60年頃から胸部レ線の異常陰影，ACE高値を認めていたが，無治療で経過観察されていた。腎機能障害・高Ca血症も出現したため，平成7年11月に当科紹介入院となった。BAL所見・腎生検所見から，サルコイドーシス，それ

に伴う高Ca血症，及びCa沈着に起因する腎障害と診断された。ステロイド治療開始後，高Ca血症と腎機能障害は一時軽快したが，再燃を認め，治療の反応性も低下し，腎機能障害は徐々に進行し，平成14年12月20日にCAPD導入となった。平成15年1月に，サルコイドーシスによる神経障害が出現し，ステロイドの増量が行われた。神経症状は軽快したが，3月28日，右季肋部痛が突然出現し，急性胆嚢炎の疑いで当科入院。入院時にCAPD排液の黄色混濁を認めたが，腹膜刺激症状は明らかではなかった。抗生剤投与にて改善を認め退院となったが，胆石は認めず，胆嚢炎の原因は不明であった。4月16日より再び右季肋部痛・CAPD排液の黄染・炎症反応の上昇を認め，抗生剤内服を開始したが症状の軽快なく，全身状態が悪化したため，4月28日当科緊急入院となった。  
入院時現症：体格中程度，意識清明。体温37.0℃，血圧133/96mmHg，脈拍86/分，整。表在リンパ節は触知せず。眼瞼結膜に貧血あり，眼球

表1 入院時検査所見

【血算】		【生化学】		Cl	106 mEq/l
WBC	21850/μl	TP	6.4 g/dl	補正 Ca	8.0 mg/dl
neu	98%	Alb	3.1 g/dl	P	5.4 mg/dl
mon	0%	AST	17 U/l	T.chol	183 mg/dl
eos	0%	ALT	16 U/l	TG	163 mg/dl
bas	0%	LDH	329 U/l	Glu	195 mg/dl
lym	2%	ALP	159 U/l	【血清】	
RBC	315x10 <sup>4</sup> /μl	γ-GTP	46 U/l	CRP	1.19 mg/dl
Hb	11.2 g/dl	CK	151 U/l	【腫瘍マーカー】	
Hct	33.1%	Amy	191 U/l	CEA	1.1 ng/ml
Plt	26.7x10 <sup>4</sup> /μl	T.Bil	0.61 mg/dl	CA19-9	7.8 U/ml
【CAPD 排液】		BUN	62 mg/dl	【CAPD 排液培養】	
黄色，混濁		Cr	6.92 mg/dl	no growth	
cell	12330/3	UA	8.7 mg/dl	【胆嚢内胆汁培養】	
seg	9839/3	Na	141 mEq/l	no growth	
mon	2491/3	K	4.0 mEq/l		

結膜に黄疸なし。胸部に異常所見なし。腹部全体に著明な圧痛と筋性防御を認め、Blumberg徴候は陽性。下腿浮腫なし。神経学的に異常所見なし。  
**入院時検査所見** (表1): WBC 21850/ $\mu$ l, CRP 1.19mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。生化学では腎機能異常を認めたが、肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。CAPD排液は黄色混濁し、好中球優位の細胞数増加を認めた。CAPD排液と、同日摘出された胆嚢内胆汁の細菌培養は陰性であった。胸部レ線 (図1) では、右肺門部リンパ節腫脹と両側上肺野に網状陰影を認めた。腹部CT (図4) では、胆嚢炎初発時 (図3) と比べ胆嚢は腫大していたが、胆嚢壁の肥厚は認めなかった。胆嚢内に胆石も認めなかった。また、憩室炎の所見や、Free airも認めなかった。



図1 胸部レ線 (2004年4月28日)

**臨床経過** (図2): 術前検査では確定診断にいたらず、急性腹症に対し、入院同日に緊急開腹術を施行した。開腹所見では、消化管穿孔は認めず、胆嚢は腫大し、一部で周囲組織と癒着していた。また、十二指腸背側の後腹膜から肝十二指腸間膜内に胆汁様液体貯留を認めた。この結果、胆嚢に穿孔は認めなかったが、壊死性胆嚢炎が腹膜炎の原因と考え、胆嚢摘出術を施行した。摘出した胆嚢の肉眼所見 (図5) では、中枢側で粘膜は粗造で、壁は浮腫状に肥厚していたが、穿孔は認めなかった。また、胆嚢内に結石は認めず、術中に行った胆管造影でも肝内胆管・総胆管ともに結石は認めなかった。胆嚢組織所見 (図6) では、中枢側を主体に粘膜の脱落と筋層に及ぶ壊死を認め、好中球の浸潤は漿膜面までたっていた。一部で壁全層性の線維増生と血管新生、慢性炎症細胞の浸潤も認めた。また、細動脈の動脈硬化像や閉塞所見、血管炎の所見はなく、サルコイド結節も認めなかった。以上の結果、壊死性胆嚢炎に非穿孔性胆汁漏出性腹膜炎を合併したと診断した。術後の経過は良好で、術後よりCAPDからHDへ移行し、第33病日に退院となった。

## II. 考察

無石性胆嚢炎は急性胆嚢炎の2~12%を占めるとされている。発症機序には、動脈硬化および血管炎に伴う胆嚢壁の虚血性変化や、胆汁の濃縮・うっ滞の助長が関与しており、Risk factorとして手術後・多発外傷・感染症・脱水・糖尿病・長期絶食などがあげられる。また、鎮痛剤の過剰投与も誘因となりうる。診断は、急性胆嚢炎の所見があり、胆石の存在を否定することだが、画像診断が困難で、急性腹症のため開腹手術を行いはじめ

## 腹部CT

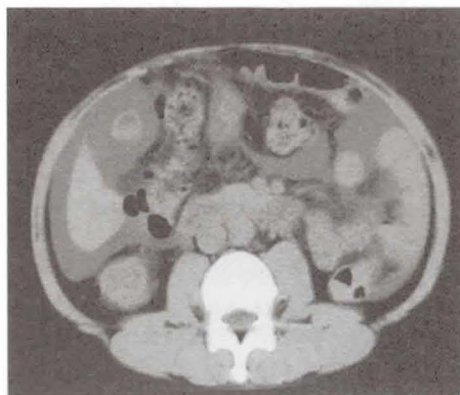


図2 2003年3月31日

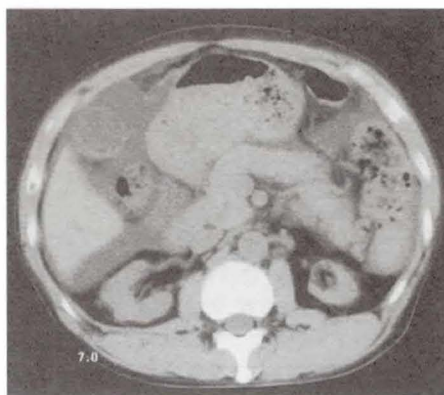


図3 2003年4月28日

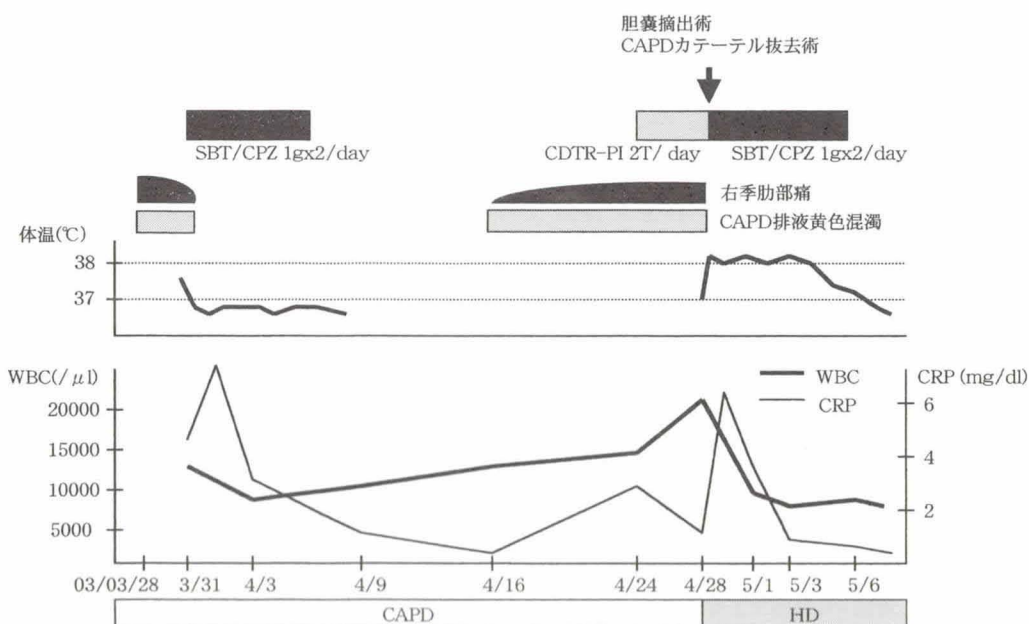


図4 臨床経過

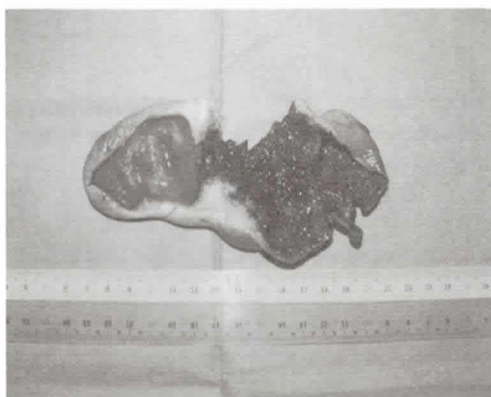


図5 胆嚢肉眼所見



図6 胆嚢組織所見(弱拡大)

て診断のつく場合が少なくない。治療は、急性胆嚢炎に準じるが、無石性胆嚢炎の場合、急速に悪化し、壊死性胆嚢炎へ進行することが多く、死亡率も20~30%と高率であることから、胆嚢摘出術が推奨されている。また、穿孔を合併する頻度は約10%だが、なかにはまれに本症例のように非穿孔性の胆汁漏出性腹膜炎を合併することもあり、検索した範囲では、本邦で2例の症例報告があった。本症例では、病理所見から胆嚢壁の虚血性変化や、サルコイドーシスの関与を示唆する所見を認めず、胆汁濃縮やうっ滞を助長するような病態もなく、壊死性胆嚢炎の原因を特定することが困難な症例であった。また、開腹手術を行うまで確

定診断に至らなかったが、胆嚢炎発症時よりCAPD排液の黄色混濁を認めた。このため、CAPD排液の黄色混濁を認めた場合には、常に胆嚢炎の波及による胆汁漏出の可能性を考慮すべきであると考えられた。

### III. 結語

CAPD施行中のサルコイドーシス患者に発症した壊死性胆嚢炎の1例を経験した。無石性胆嚢炎の原因を特定することが極めて難しく、また、術前検査にて確定診断を行うことも困難であったが、早期の胆嚢摘出術が奏功した症例であった。