

膀胱結腸瘻の手術後に腸管穿孔、腹膜炎を来し、手術組織の病理および剖検所見からアメーバ赤痢と診断された症例

キーワード：アメーバ赤痢、腸管穿孔、腸管膀胱瘻

1. 事例の概要

60歳代 男性

患者 A さんは、既往として慢性関節リウマチおよび間質性肺炎の診断で他院にてステロイドの内服を数年にわたって受けられていた。気尿、膿尿を主訴に B 病院泌尿器科受診。膀胱-結腸瘻の診断が得られ、結腸、膀胱剥離および瘻孔閉鎖手術を受けられた。術後の経過で、腸管穿孔、腹膜炎を起こされ 2 回の手術を追加された。しかし、第 1 回目の手術後 18 日目、第 2 回目の手術中に状態悪化し、ICU 帰室後に敗血症性ショックによって死亡された。その後、手術組織の病理および剖検所見より、アメーバ赤痢が腸管穿孔の原因であったことが判明した。後に確認した結果では、アジアへの複数回の旅行歴と血便の持続が聴取された。尚、剖検にて間質性肺炎は確認されず、珪肺症と診断された。

2. 結論

1) 経過

排尿時痛・膿尿が出現し、気尿を主訴として B 病院泌尿器科受診。膀胱鏡検査にて膀胱に瘻孔を認め、S 状結腸膀胱瘻を疑われた。大腸内視鏡検査にて S 状結腸憩室の多発とポリープを認めた。膀胱内視鏡検査再施行し、膀胱後壁左側に明らかな瘻孔を認めた。A さんの希望も強く、手術による治療を決定。膀胱と S 状結腸の瘻孔部を剥離し切除。膀胱は部分切除、S 状結腸は切瘻孔除部の縫合手術が行われた。

術後腹膜炎症状出現するも、S 状結腸縫合部と液貯留部は離れていて術創の穿孔ではないと判断され、抗生剤変更にて保存的に対応された。内科的に対応するも症状、炎症反応増強し、呼吸困難も出現、尿量低下、全身状態および血液検査データの悪化より緊急開腹手術施行された。手術所見は、腹腔内に多量の腹水を認めたが、便臭はなかった。腹腔内は大網が炎症性に肥厚、小腸は一塊に癒着し、右横隔膜下肝周囲まで感染を認めた。しかし、瘻孔切除部位の穿孔は確認されなかった。術後は ICU にて管理されることになった。その後も、全身状態改善せず。創部、尿道カテーテル、グラス窩ドレーンより便汁排出みられ、感染により瘻孔修復部位が破れた可能性が高いと判断し、家族に術中および周術期死亡の可能性があるが人工肛門造設のための緊急手術が必要であると説明し 3 回目の手術を実施した。術中全身状態が悪化、凝固能の低下による止血困難になり、当初の目的であった人工肛門造設まで手術を続けるのは困難と判断し、各々盲端として残し、閉創もせず、手術を終了し、ICU へそのまま帰室した。ICU 帰室後呼吸停止、CPR 施行するも反応せず、死亡を確認された。

2) 解剖結果 死因

解剖結果および臨床経過から、腸管穿孔による腹膜炎からの敗血症性ショックにより死亡されたと考えられる。

3 度目の手術により摘出された上行結腸、解剖により検索された直腸および S 状結腸にはともにアメーバ赤痢の栄養体を認め、それによると考えられる結腸全域に及ぶ下堀れ貫壁性から穿孔性の潰瘍形成を認めた。従って、腸管穿孔の原因としてアメーバ赤痢感染が強く疑われる。

2 度目の手術の際、明らかな穿孔はなかったが、既に腹膜炎症状を呈していたことからすると、アメーバによる微小な潰瘍穿孔がおこっていたものと考えられる。

これらの穿孔はいずれもアメーバによる病的なものであり、手術の不備などといった医原性のものではないと考えられる。

以上より、
直接死因：敗血症性ショック
原死因：アメーバ赤痢感染症
と結論する。

3) 医学的評価

A さんは、血便が持続していたが、主治医は膀胱結腸瘻からの血液が便に混入したものと判断し、手術が治療的な役割を果たすと患者にも説明し、1 回目の手術として膀胱結腸瘻閉鎖手術を行った。一方、A さんは腸アメーバ症を発症しており、血便はそのためであった可能性が高い。手術を契機として侵襲性のアメーバ症に進展し、潰瘍形成、多発腸管穿孔が起こり、腹膜炎から敗血症に至り、追加で行われた 2 回の手術にもかかわらず、死亡された。

Aさんの赤痢アメーバの感染は頻回のアジアの国々への旅行時に感染した疑いが強く、慢性関節リウマチおよび間質性肺炎に対して年余にわたって投与されていたステロイドが、慢性的持続感染を誘導した可能性も指摘される。しかし、ステロイドが投与されていた目的の疾患である間質性肺炎については病理学的に珪肺症による線維化と診断されている。

3. 再発防止への提言

Aさんの事例において、結果的にみると、最も重大な事項は、非流行地域の日本において、赤痢アメーバの感染に思い至らなかった点である。赤痢アメーバ感染症は、医師として一生に一回出会うかどうかという頻度に過ぎないため、ある程度やむを得ない事情はあったものの、「血便」を安易に腸管膀胱瘻に起因すると判断するのではなく、海外渡航歴や性的嗜好など、もう一步踏み込んだ問診を行っておれば、致命的な結果を回避できた可能性は存在する。

しかし、多忙な業務のなかで小さなヒントから正確な診断にたどり着くのはなかなか困難であるという医療現場の実情も是認せざるを得ない。それ故に、ひとり医師のみがすべての診断、治療に責任を負って診療を行うのではなく、他の医療職スタッフが患者の訴えに耳を傾け、小さな訴えでも、チームで共有し、医師に伝え、疑問点、問題点をチームとして解決する姿勢が重要であると考えられる。

このような事例では医師のみが責任を追及されることが多いが、チーム医療の在り方がむしろ問われていると考えられる。患者およびその家族は医師に言いづらいことでも看護師には訴えることが一般的である。患者および家族が、不安に思うこと、疑問に思うことを医療職スタッフに話しやすい医療環境を作ることが大切である。そのうえで、医療スタッフ同士が職種を越えて常に情報を共有し合い、小さなヒントから正確な病状の把握を行うように努めるべきである。そのためには、ひとり医師のみではなく、スタッフ全員が平等に責任を負っているという自覚を持つべきである。このようなことが、今回のAさんの事例から学ぶ重要な教訓となったと考えられる。

(参 考)

○地域評価委員会委員（17名）

臨床評価医 / 評価委員長	日本内科学会
総合調整医 / 常任評価医	日本呼吸器外科学会
常任評価医	日本内科学会
常任評価医	日本内科学会
解剖執刀医	日本法医学会
解剖執刀医	日本病理学会
臨床立会医	日本泌尿器科学会
法律関係者	法律家
法律関係者	弁護士
法律関係者	弁護士
その他	NPO 法人市民団体
地域代表	日本法医学会
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本泌尿器科学会
調整看護師	モデル事業地域事務局
調整看護師	モデル事業地域事務局

○評価の経緯

地域評価委員会を開催し、その後において、適宜意見交換を行った。