

肝細胞癌合併非代償期肝硬変で感染症を契機に肝不全が進行し死亡した事例

キーワード：肝硬変、肝細胞癌、感染症、肝不全、C型肝炎

1. 事例の概要

80 歳代 女性

インターフェロン、肝動脈化学塞栓術、経皮的ラジオ波焼灼療法、胆管ステント留置、陽子線治療等を施行した長期加療の患者。入院後肝性脳症、特発性細菌性腹膜炎を発症、ステント閉塞による閉塞性黄疸、胆管炎が再燃、播種性血管内凝固症候群（以下、DIC という）を併発した。内視鏡的逆行性胆管ドレナージ施行および抗菌薬投与により、胆管炎と DIC は一時的にコントロールされたが、感染症を契機に肝不全が進行し死亡した。

2. 結論

1) 経過

（1）ステント交換前

車椅子で入院。当初、他院での免疫療法を希望していたが、腹水コントロールが優先との判断を受け延期され、在宅での受け入れが整うまでの入院依頼を受け、転院。しかし、家族は腹水治療を行いながら免疫療法を受けるつもりで入院され、認識のずれが生じていた。入院後、面談を行い、肝性脳症予防を行っていくことを確認した。第 3 病日、傾眠傾向、羽ばたき振戦あり、意識レベル JCS II-30。アミノレバーン 500 mL/日の連日投与を開始。頭部 MRI にて、両側側頭葉の有意萎縮を認め、見当識障害は認知症によるものと判断された。上部消化管内視鏡検査にて、胃前庭部毛細血管拡張症あり貧血の原因と考えられ、中心静脈カテーテルを留置、2 日間にわたり赤血球濃厚液を計 4 単位投与した。意識レベルは改善傾向にあった。アミノレバーンは第 10 病日を最後に投与中止としたが、第 13 病日頃より体温が 37~38°C 台と上昇、肝性脳症を発症した。特発性細菌性腹膜炎の可能性があり、セフィロームおよびアミノレバーンを投与開始されたが、CRP の低下は認められなかった。第 18 病日頃より、トランスマミナーゼ (AST, ALT)、総ビリルビン、ALP 上昇あり、閉塞性黄疸および胆管炎が疑われた。提携先病院（消化器内科）に相談、状態から ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）を行う事は危険であり、抗菌薬でコントロールできなければそれ以上の治療は困難ではないかと助言を得て、抗菌薬でのコントロールを試みた。セフメタゾン 2 g へ変更、バクタ配合錠開始。さらに第 22 病日よりメロペン 2 g/日に変更したが、第 24 病日には、敗血症と DIC が疑われた。家族は入院時の認識のずれもあり当初から転院を希望、ステント交換の希望もあったが、当該医療機関ではステント交換はできないため、第 25 病日、ステント交換目的に 1 泊 2 日予定で転院した。

（2）ステント交換後

転院先病院にて ERCP 下によるステント交換 {7 Fr、10 cm ERBD（内視鏡的逆行性胆管ドレナージ）留置} を行い、ストレッチャーで当該医療機関へ再入院。意識レベル JCS II-10 であったが、徐々に肝性脳症が悪化し、意識レベル JCS II-30~III-200 となった。呼吸不全も顕著で酸素投与 (2~4 L/分) を開始するが、下顎呼吸あり。第 5 病日には、気管挿管施行し、人工呼吸器を装着した。第 8 病日、胸部レントゲン撮影施行し、皮下気腫、縦隔気腫認め、急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) を発症。第 9 病日に、皮下気腫、縦隔気腫の憎悪と左気胸を認めた。血圧も徐々に低下、測定不能となり、塩酸ドパミンの投与を開始、蘇生術も行うが、永眠された。

2) 解剖結果

（1）病理学的診断

【主病診断名】肝不全

【副病変】肝硬変+肝細胞癌

（2）主要解剖所見

1. 肝硬変+肝細胞癌（左葉、著明な壊死を伴う）+全身黄疸・浮腫→肝不全・低栄養状態（低タンパク血症）による。
2. 食道静脈瘤、脾腫 (300 g) →肝硬変による門脈圧亢進による。
3. 総胆管拡張（ドレーン留置）、胆のう結石（ビリルビン系胆石 1 個）
4. 両肺のうつ血・水腫（左 675 g；右 710 g）
5. 左心室求心性肥大 (340 g) : 虚血性変化なし。
6. [出血傾向] : 十二指腸粘膜、膀胱粘膜

3) 死因

非代償期の C 型肝硬変であり、胆管炎などの感染症を契機に肝不全が進行したことが、死に至る最大の要因と考えられる。その後、肝不全のみならず、DIC、呼吸不全など多臓器不全を併発し、DIC と感染症は一時的にはコントロールできたものの、肝不全と呼吸不全は増悪して死亡した。従って、本症例の死因は「肝不全」と見なされる。

4) 医学的評価

患者は入院時、Child-Pugh 10 点、grade C の非代償性肝硬変であり、C 型肝炎治療ガイドライン（第 1 版）上、緩和治療が主体となる。腹水、肝性脳症などの症候に対する治療は適切に行われた。特発性細菌性腹膜炎疑いへの検査対応の遅れ、肝性脳症時の誤嚥への対応が問題となるが、患者予後には直接影響していない。また、ステント不良に伴う、胆管炎、敗血症にも、他院との連携でステント交換を実施されている。DIC、門脈血栓への対応が十分でないが、これも患者の救命可能性や予後には直接影響していない。呼吸不全に対する対処も適切である。以上、本事例に関する死亡原因となる、あるいは患者の予後に影響を与える範囲内の医療行為は適切に行われており、不幸な転機をとったことはやむを得ないと考えられる。

3. 再発防止への提言

本症例の経過は、わが国では国民病と見なされる C 型慢性肝疾患の終末期に頻繁に見られるものであり、現状の最先端の医療をもってしても、死に至る転帰は避けられなかつたと考えられる。当該医療機関には肝臓病の専門医が在籍していないにも拘らず、多少の不備はあるものの、患者の予後に影響は与えない範囲で対応し、緩和医療によって最大限の延命をもたらしたと考えられる。医療従事者と患者との間での、疾病に対する認識の差異が今回のようなトラブルを招いたと推定される。特に、家族が、患者の病状を十分に理解できない状態の多数の医師に助言を求め、過大な希望を持つに至った可能性が高い。セカンドオピニオンを提供する医師が、一般論と個々の患者の具体例を区分して対応し、患者の側もその区分を理解して受け止めることも求められると考える。

(参考)

○地域評価委員会委員（13名）

評価委員長	日本内科学会
臨床評価医（主）	日本消化器病学会
臨床評価医（副）	日本呼吸器学会
臨床評価医	日本外科学会
臨床評価医	日本神経学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖担当医	日本法医学会
臨床立会医	日本消化器病学会
有識者	弁護士
有識者	弁護士
地域代表	日本外科学会
総合調整医	日本内科学会
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 1 回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。