

胃内異物により長期間嘔吐を繰り返していた 副腎皮質機能亢進症の犬の1例 矢部摩耶，小出和欣，小出由紀子(小出動物病院・岡山県)

副腎皮質機能亢進症(HAC)はコルチゾール過剰が持続した結果、代謝異常、異化亢進、易感染性などのさまざまな病態を引き起こし、臨床症状として多飲多尿、多食、腹部膨満、内分泌性脱毛などを呈する。

また、胃内異物の犬では十二指腸や幽門洞の有害刺激および拡張によって間欠的な嘔吐などの症状を引き起こす。今回、HACに起因した顕著な食欲増進により、胃内異物を呈し、長期間嘔吐を繰り返していた症例に遭遇したのでその概要を報告する。

【症例】

ミニチュア・ダックスフンド，去勢雄，12歳齢。3週間前より毎食後未消化フードを嘔吐し、嘔吐の頻度が増加している、との主訴で他院を受診。他院での問診より、過去にティッシュや綿棒等を誤食したことがあるとのことだった。内視鏡検査を含め、胃内異物および嘔吐の精査および治療を目的に当院へ紹介来院。

初診時の問診にて、半年以上前より多飲多尿、4カ月前より異常な食欲増進、1カ月前より皮膚炎および脱毛を認めたとのこと。

◎初診時臨床検査所見

体重5.35kg(BCS:2/5)、体温38.5℃。皮膚菲薄化、脱毛および被毛粗剛(図1)であり、努力性呼吸および肺音増強を認めた。また膿性鼻汁を排出しており、右眼のチェリーアイを認めた。

血液学的検査では貧血、左方移動を伴う好中球の増加と総白血球数の増加、そして好酸球の減少を認めた(表1)。血小板数の顕著な増加を認め、血液凝固時間に異常はなかった(表1)。

血液化学検査では肝酵素およびリパーゼの中等度から顕著な上昇、CRPおよび血液pHの軽度の上昇、そしてTP、BUN、Cre、Ca、Kの減少を認めた。(表2)。ACTH刺激試験では投与前後ともにコルチゾール値が顕著に上昇、そして甲状腺ホルモンは低下していた。

胸部単純X線検査では左側肺野の透過性低下を認め(図2)、腹部単純X線検査では肝腫大、胃の内容物貯留と尾側変位、腸管内ガス貯留を認めた(図3)。

腹部超音波検査では胃内に音響陰影を伴う超音波不透過性の構造物と高エコーの構造物を確認した。そして左右の副腎の顕著な腫大を認めた(図4)。

◎治療および経過

以上より誤嚥性肺炎、胃内異物もしくは腫瘍、HACおよび膵炎と診断し、まず呼吸状態改善を目的として入院とした。抗生物質、H₂ブロッカー、気管支拡張薬および水溶性ビタミン剤等の静脈内投与、メシル酸ナファモスタットおよびダルテパリンナトリウムのCRI、そして静脈内持続点滴を開始し、さらにマロピタントの皮下投与とトリロスタンおよびレボチロキシンナトリウムの経口投与も開始した。入院後に食道のヨード造影検査を実施したところ、胸腔内食道全域の拡張が認められた(図5)。

3日間の入院治療で改善傾向はなく、オーナーと相談後、安楽死が選択された。なお、オーナーの同意を得て、安楽死前のCT検査および死後剖検を行った。単純CTでは肺の右中葉および左側の大部分で高吸収域が描写され、胃内には高吸収の多数の線状影が描出された(図6、7)。造影3D-CTでは両副腎腫大および下垂体腫大(図8)を認めた。

死後剖検所見では肝腫大、胃拡張および胃壁の肥厚を認め、胃切開後は大きな黒色の構造物を認めた(図8)。大きな構造物は綿棒の塊で合計35本確認し、その他に胃内には数枚のビニール片を認めた(図9)。また膵臓の発赤、浮腫、そして散在性に白斑が認められた。病理組織学的検査では肝臓は肝細胞の水腫状変性、小腸は腸炎、そして膵臓は膵壊死と脂肪壊死を伴う多巣状の膵炎と診断された。

【考察】

本症例は下垂体性副腎皮質機能亢進症に罹患した結果、多飲多尿、多食および脱毛などのさまざまな症状を発現した。食欲亢進により誤食を繰り返して多量の胃内異物となり、さらに重度の膵炎を合併したことにより頻回の嘔吐と、それに引き続いて食道拡張および誤嚥性肺炎を引き起こしたと考えられた。初診時の呼吸状態は非常に悪く、麻酔リスクを考慮してまずは内科的治療を選択したが、短期間では症状の改善は望めなかった。またハイリスクな状態で手術が成功したとしても、基礎疾患であるHACの治療が生涯必要である点、食道拡張のコントロールが予測できない点、そして治療に高額のコストが必要になる点などをインフォームドしたところ、安楽死が選択された。HACの早期診断や異物摂取の予防等ができていれば、異なる経過となったかもしれない。

表1 初診時血液学検査所見

	Normal		Normal
RBC($\times 10^6/\mu l$)	3.82(5.50-8.50)	WBC($/\mu l$)	34600(6000-17000)
Hb(g/dl)	9.1(12-18)	Band-N	692(0-300)
PCV(%)	30(37-55)	Seg-N	31140(3000-11500)
MCV(fl)	70.9(60-77)	Lym	2076(1000-4800)
MCH(pg)	23.8(19.5-24.5)	Mon	692(150-1350)
MCHC(g/dl)	33.6(32-36)	Eos	0(100-750)
Aniso, Poly	+(±)	Plat($\times 10^3/\mu l$)	1340(200-500)
Hemolysis	-(-)	HPT(sec)	15.7(13-18)
IcterusIndex	≤ 2 (< 6)	APTT(sec)	14.6(14-19)

表2 初診時血液化学検査所見

	Normal		Normal
TP(g/dl)	5.0(5.4-7.1)	Lipase(U/l)	1837(13-200)
Alb(g/dl)	3.2(2.8-4.0)	Amylase(U/l)	798(400-1500)
TBil(mg/dl)	0.4(0.1-0.6)	BUN(mg/dl)	6.4(10-20)
DBil(mg/dl)	0.1(0.1-0.14)	Cre(mg/dl)	0.1(0.5-1.5)
AST(U/l)	25(10-50)	Ca(mg/dl)	7.3(8.8-11.2)
ALT(U/l)	124(15-70)	Na(mmol/l)	144.2(135-152)
ALP(U/l)	8086(20-150)	K(mmol/l)	3.06(3.5-5.0)
GGT(U/l)	98(0-14)	Cl(mmol/l)	100.4(95-115)
NH ₃ ($\mu g/dl$)	24(≤ 50)	pH	7.456(7.34-7.46)
Glu(mg/dl)	107(70-110)	HCO ₃ (mmol/l)	29.1(20-29)
TChol(mg/dl)	223(100-265)	Cortisol($\mu g/dl$)	13.28(1.7-6.5)
TG(mg/dl)	95(10-150)	ACTH負荷後	>65.0(5.2-15.6)
CK(U/l)	96(30-140)	T ₄ ($\mu g/dl$)	<0.47(0.6-2.9)
CRP(mg/dl)	1.25(<1.0)	fT ₄ (pmol/l)	<1.00(1.87-8.40)



図1 初診時症例

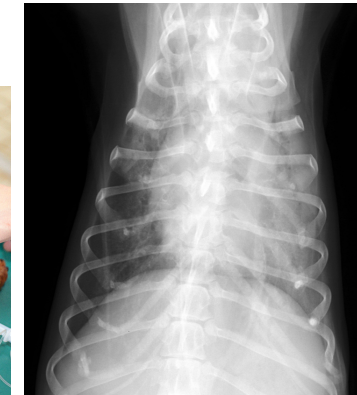


図2 初診時胸部X線検査所見 DV像



図3 初診時腹部X線検査所見 RL像

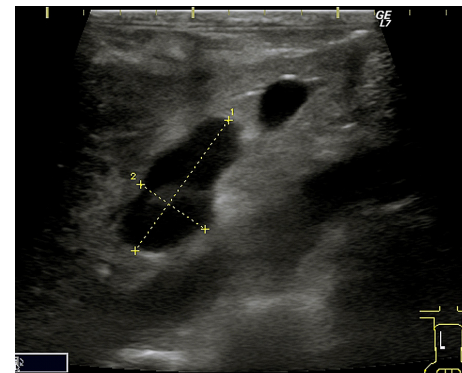


図4 初診時超音波検査所見(右側副腎)

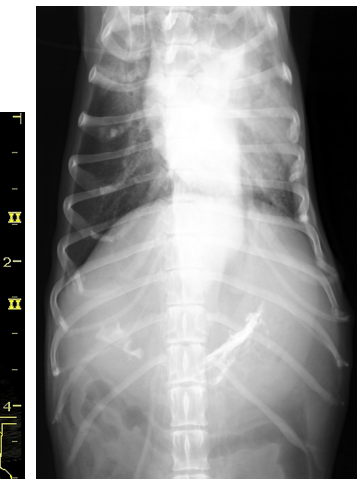


図5 食道ヨード造影検査(直後)

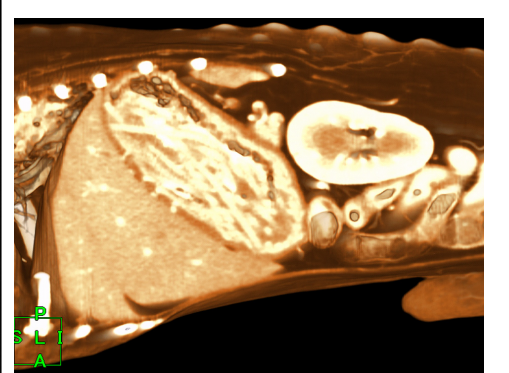


図6 造影3D-CT所見(胃内の線状影)

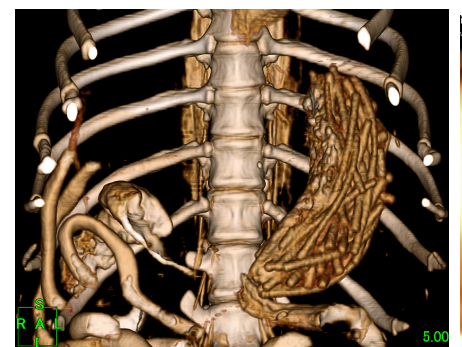


図7 造影3D-CT所見(胃内の線状影)

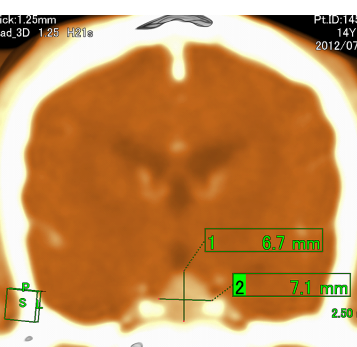


図8 造影3D-CT所見(下垂体腫大)



図9 胃内異物(綿棒、ビニール片)