

胃穿孔の診断に苦慮した非定型アジソン病の犬の1例

○二村美沙紀, 小出和欣, 小出由紀子, 二村侑希(倉敷マスカット通り動物病院/小出動物病院・岡山県)

胃潰瘍とは胃の粘膜欠損が粘膜筋板まで達した状態のことで、びらんとは欠損が粘膜に限局しており筋板までは達していない状態のことである。消化管における潰瘍は時に穿孔し、化膿性腹膜炎による重篤な症状を発現することがある。一方、穿孔部が大網や周囲組織で塞がれるとその部位に小さな膿瘍が形成され、腹部疼痛や食欲不振、嘔吐など軽度の症状を繰り返す場合もある。

今回、非定型アジソン病による消化器症状や慢性膵炎による腹膜炎を疑った犬において、内科的治療で一時的に改善するものの、元気食欲低下を繰り返し、初診から2週間後に試験開腹を行い、幽門洞の穿孔を認めた症例を外科的に治療したのでその概要を報告する。

【症例】

柴犬、オス、13歳7ヵ月齢。約半年前から下痢・食欲低下を認め、他院にて対症療法を実施していた。その再診時に肝臓右葉と左葉に腫瘤を認めたとのことで当院を紹介来院。もともと食欲にムラがあるとのことであった。

◎検査所見

体重6.86kg(BCS2-2.5/5)、体温38℃、心拍数114回/min。聴診にてLevineⅢ/Ⅵの左側収縮期心雑音、身体検査で可視粘膜やや蒼白、軽度歯石付着を認めた。院内で採取した便はやや黒色を呈していた。血液検査では再生性貧血、好中球、単球、好酸球増加を伴うWBCの上昇、軽度低蛋白血症、鉄欠乏、CRPの上昇を認めた。内分泌検査ではT4、FT4の低値と血中コルチゾールの低値を認め、ACTH負荷試験で負荷後も血中コルチゾールの低値を認めた(表1~3)。X線検査では、胃・消化管内のガス貯留を認めた。超音波検査では心臓は僧帽弁逆流がみられ、腹部では胆泥貯留、胃拡張、十二指腸付近の脂肪高エコー化(腹膜炎所見)(図1)、前立腺肥大を認めた。なお、紹介理由であった肝臓腫瘤は確認できなかった。

◎診断および治療

再生性貧血、WBC、CRP上昇、僧帽弁閉鎖不全症、甲状腺機能低下症、非定型アジソン病、腹膜炎と診断。同日入院とし、脱水補正後に全身麻酔下にてCT検査と内視鏡検査を実施した。CT検査では幽門洞付近の十二指腸周囲に腹膜炎所見と膵臓腫大を認めた(図2)。内視鏡検査では胃内に未消化物が停滞しており、十二指腸は軽度の絨毛萎縮を認めた。病理組織学的検査では十二指腸で軽度の好酸球と形質細胞の浸潤が認められたのみであった。非定型アジソン病による消化器症状や慢性膵炎による腹膜炎を疑い、抗生剤、プレドニゾロンを投与したところ食欲は改善し、第3病日に退院した。しかし、退院翌日(第4病日)に再度食欲廃絶となり、超音波検査にて腹水貯留を伴う腹膜炎がみられ、9日間の入院治療後に退院した。その2日後に前日の夜から急に元気消失とのことで再来院した。腹水は消失しているものの腹膜炎所見は依然としてみられ、さらには肝臓領域に多重エコーとアコースティックシャドウを伴う異常陰影を認めた。翌日(第15病日)に術前CT検査と試験開腹を実施した。術前CT検査では初診時に認められていた幽門洞付近の十二指腸周囲の腹膜炎所見は依然として認められ、また肝葉間にガス像を認めた(図3)。引き続いて試験開腹をしたところ、幽門洞の十二指腸起始部に5mm程度の穿孔を認め(図4)、その部位をシールしていた肝葉の肝葉間に消化管内容物の脱出がみられた(図5)。穿孔部を切除後縫合し、肝葉間を十分に洗浄して、肝臓・膵臓生検を实

施し閉腹した。同時に去勢手術を実施した。消化管内容物の細菌培養検査で多剤耐性菌 (*Enterococcus faecium*), 真菌 (*Aureobasidium*)が検出された。また病理学的検査では穿孔部の胃潰瘍とアメーバ感染, 化膿性肉芽腫性腹膜炎, 脂肪肝と診断された。なお, アメーバ感染は胃潰瘍の原因となっている可能性は低いと思われるとのことであった。

◎術後経過

手術直後は慢性膵炎の影響もあり食欲は不安定で下痢や軟便も認められたが, 漸次改善し術後17日に退院した。最終来院時の術後169病日には退院時に4.99kgまで減少していた体重は8.46kgまで増加し, 現在まで経過良好である。

【考察】

本症例は当初, 非定型アジソン病と診断し治療を行ったものの, 間欠的に腹膜炎所見が悪化し, 最終的に試験開腹で幽門洞の潰瘍による穿孔を確認した。初診時の段階ですでに胃穿孔を起こしていたと思われるが, CT検査や内視鏡検査では胃穿孔の診断が困難であった。病変部が小さく, また腹膜炎により周囲組織と癒着していたため, CT検査では穿孔部を特定できなかったと思われる。内視鏡検査では食塊が胃内に残留しており, 胃洗浄を実施してから検査をすることで, 診断が可能であったと思われ, 反省すべき点であった。本症例は, 非定型アジソン病による消化器症状や膵炎などを繰り返すことで胃潰瘍・胃穿孔を起こしたのではないかと思われた。初診時よりステロイド治療を実施したことで一時的な症状の改善を認めたため, 診断を遅らせた可能性や, さらなる胃潰瘍の悪化や細菌・真菌感染を助長した可能性があった。胃潰瘍・胃穿孔は凝固異常のない動物において消化管からの出血を示唆する所見(吐血, メレナ, 鉄欠乏性貧血など)が見られる場合には暫定的に診断することができる。本症例も初診時より黒色便, 鉄欠乏性貧血を呈していたことから, これらの症状は胃潰瘍・胃穿孔を疑う重要な所見になり得ると考えられた。

表1 初診時の血液学的検査

	Normal		Normal
•RBC($\times 10^6/\mu\text{L}$)	3.57 (5.50-8.50)	•WBC($/\mu\text{L}$)	28470 (6000-17000)
•Hb(g/dL)	7.1 (12-18)	•Seg-N	20940 (3000-11500)
•PCV(%)	21.0 (37-55)	•Lym	3070 (1000-4800)
•MCV(fL)	58.8 (60-77)	•Mon	1820 (150-1350)
•MCH(pg)	19.9 (19.5-24.5)	•Eos	2630 (100-750)
•MCHC(g/dL)	33.8 (32-36)	•Baso	10 (0 - 50)
•RDW-CV(%)	20.3 (12-16)	•Plat($\times 10^3/\mu\text{L}$)	300 (200-500)
•Reti($\times 10^3/\mu\text{L}$)	111 (0-80)	•PT(sec)	7.9 (8-12)
•Icterus Index	2 (< 6)	•APTT(sec)	18.4 (14-19)

表2 初診時の血液化学検査

	Normal		Normal
•TP (g/dL)	4.8 (5.4-7.1)	•Cre (mg/dL)	0.82 (0.5-1.4)
•Alb (g/dL)	2.5 (2.8-4.0)	•Ca (mg/dL)	9.8 (8.8-11.2)
•AST (U/L)	30 (10-50)	•Mg (mg/dL)	1.3 (1.6-2.4)
•ALT (U/L)	129 (17-78)	•Fe (ug/dL)	27 (102-304)
•ALP (U/L)	56 (0-89)	•UIBC (ug/dL)	234 (46-352)
•Amylase(U/L)	1204 (200-1400)	•TBA (umol/L)	0.0 (0.0-5.5)
•Lipase(U/L)	76 (10-160)	•Na (mmol/L)	144.3 (135-152)
•NH ₃ (ug/mL)	13 (0-50)	•K (mmol/L)	4.24 (3.5-5.0)
•TCho (mg/dL)	187 (100-265)	•Cl (mmol/L)	113.87 (95-115)
•TG (mg/dL)	49 (10-150)	•CRP (mg/dL)	1.81 (0.0-0.7)
•Glu (mg/dL)	107 (70-120)	•AFP (ng/mL)	103 (0-60)
•BUN (mg/dL)	8.8 (10-20)		

表3 初診時の内分泌検査

	Normal
•T4 (μg/dL)	<0.47 (0.6-2.9)
•FT4 (pmol/L)	4.85 (7.85-23.78)
•Cortisol pre (μg/dL)	0.81 (1.7-6.5)
•Cortisol post (μg/dL)	3.13 (5.2-15.6)
•内因性ACTH (pg/mL)	56 (6-58)



図1 初診時超音波検査所見（腹膜炎像）

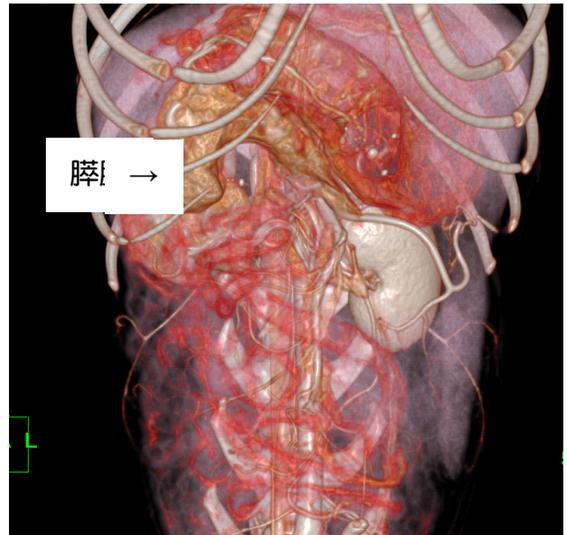
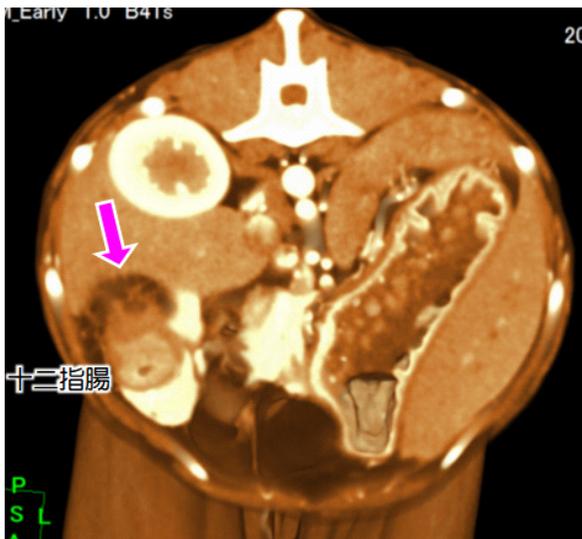


図2 初診時CT検査所見（左：腹膜炎所見，右：脾臓腫大）

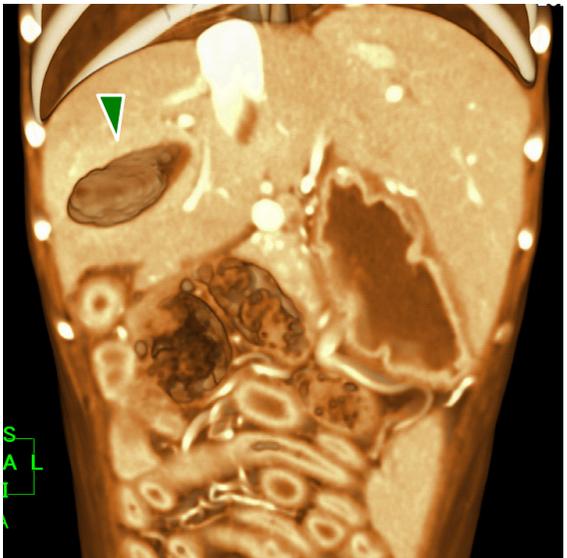
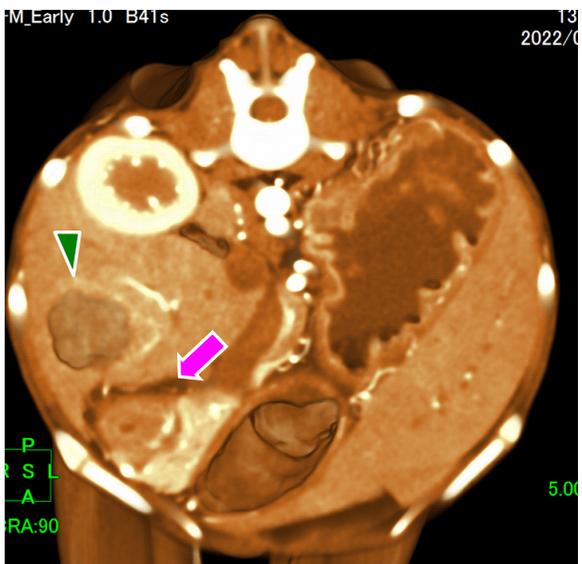


図3 第15病日の術前CT検査所見（矢印：腹膜炎，矢頭：ガス像）

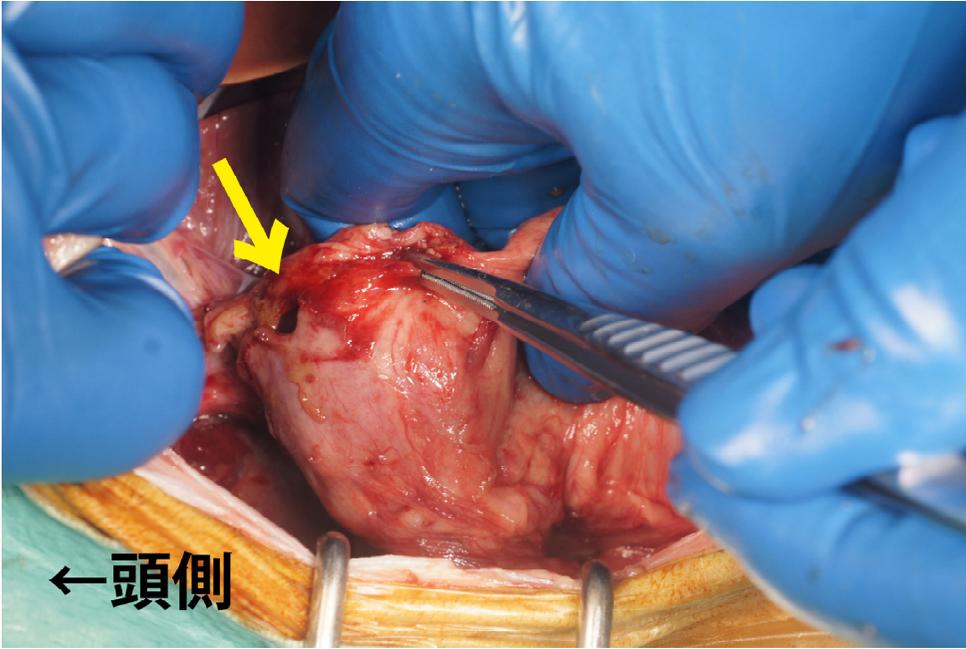


圖4 手術時所見（矢印：幽門洞穿孔部）

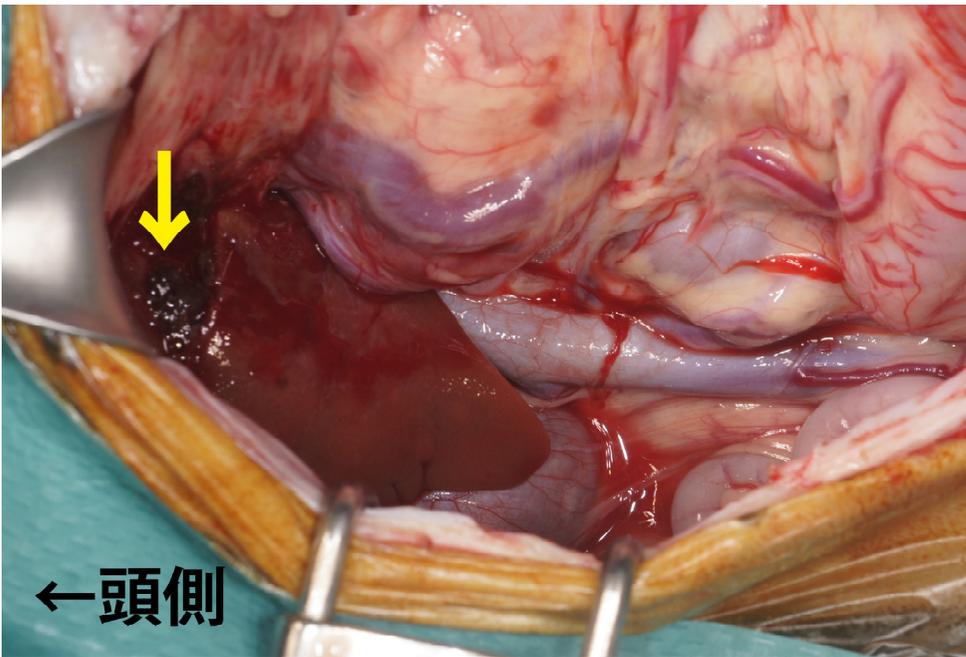


圖5 手術時所見（矢印：消化管内容物）