

当院で経験したアメーバ性肝膿瘍の2症例

◎田中 美月¹⁾、日高 雅也¹⁾、中迫 祐平¹⁾、原本 圭子¹⁾、中司 恵¹⁾、米田 登志男¹⁾
広島赤十字・原爆病院¹⁾

【はじめに】肝膿瘍のうち70-90%は細菌性肝膿瘍であり、アメーバ性肝膿瘍は比較的稀な疾患であるため、初期診療時の鑑別に挙げにくい。また、細菌性肝膿瘍とは治療法が異なるため迅速な診断が必要である。今回我々は、腹部超音波検査(US)および造影超音波検査(CEUS)でアメーバ性肝膿瘍を疑い、さらに鏡検にてアメーバを検出できた2症例を経験したため報告する。

【症例1】30歳代男性。3ヶ月にわたり発熱を繰り返しており、前医の血液検査にて肝胆道系酵素上昇とUSで肝右葉に単発する6cm大の腫瘤を指摘され紹介となった。当院USでは、肝右葉に被膜様構造を持つ内部不均一な低エコー腫瘤を認めた。腫瘤内部に明らかな血流は認められなかった。CEUSでは腫瘤内部は乏血性であったが、腫瘤周囲の肝実質に濃染像を認めた。肝右葉に単発の乏血性腫瘤としてアメーバ性肝膿瘍が鑑別に挙げられた。CTでも同様に肝膿瘍が疑われたため、エコーガイド下膿瘍ドレナージが施行され、鏡検にて赤痢アメーバの栄養体が観察された。

【症例2】30歳代男性。半年前から徐々に体重減少があり、

発熱、咳の持続のため前医を受診し、USで肝右葉に腫瘤を指摘され紹介となった。当院USでは肝右葉に単発する13cm大の境界明瞭な低エコー腫瘤を認めた。腫瘤内部は流動性があり液体様の部分も認められた。CEUSでは腫瘤内部は乏血性であったが、腫瘤周囲の肝実質に濃染像を認めた。CTにて肝血管肉腫が鑑別に挙げられたためPET-CTが追加で施行された。PET-CTでは腫瘤内部に集積はないものの、腫瘤周囲および盲腸部に集積が認められた。大腸内視鏡検査にてアメーバ性大腸炎を示唆する所見が認められたため、アメーバ性肝膿瘍が疑われ、エコーガイド下膿瘍ドレナージが施行された。ドレナージ検体はアンチョビペースト状で、鏡検にて赤痢アメーバの栄養体が観察された。

【まとめ】アメーバ性肝膿瘍は約80%が右葉に発生し、細菌性肝膿瘍と異なり単発であることが多い。肝右葉に単発する腫瘤性病変において、CEUSで腫瘤に濃染なく周囲肝実質に濃染を認める場合は、アメーバ性肝膿瘍を鑑別に挙げることで迅速な鏡検へと繋がり、診断に貢献できる可能性がある。 連絡先 082-241-3111(内線 2525)

腹部超音波検査で鑑別に苦慮した肝原発性悪性リンパ腫の一症例

◎佐野 好実¹⁾、吉本 幸¹⁾、河井 里友¹⁾、藤中 晴香¹⁾、江口 美希¹⁾、岡崎 麻利¹⁾、小島 利香¹⁾、久本 輝美¹⁾
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター¹⁾

【はじめに】肝原発悪性リンパ腫は、肝原発悪性腫瘍のうち0.07%と非常に稀な疾患であり、肝原発悪性リンパ腫の65%がびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(以下DLBCL: diffuse large B-cell lymphoma)と報告されている。DLBCLは主にリンパ節で発症することが多いが、約4割はリンパ節以外から発症する。今回、我々は腹部超音波検査で鑑別に苦慮した肝原発DLBCLの一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性

【既往歴】B型肝炎、糖尿病

【現病歴】血糖コントロール不良のため教育入院となり、膵臓スクリーニング目的で腹部超音波検査が施行された。

【超音波検査所見】肝臓S7領域に45×21mm大と23×16mm大の境界明瞭な低エコー腫瘤を隣接して認めた。辺縁は不整形で内部エコーは均一、後方エコー増強を伴っており、カラードプラでは腫瘤内部を走行する血流シグナルを認めた。腹部超音波検査では明らかな肝内胆管の拡張は認めなかった。

【経過】血液検査ではCA-19-9が47.5 U/mLと軽度上昇を

認め、精査目的にCT・MRI検査を施行、第一に肝内胆管癌が疑われた。その後、肝生検が施行され、病理組織検査の結果はDLBCLであった。

【考察】肝原発DLBCLは極めて稀な疾患であり、臨床症状は右上腹部痛や季肋部痛、体重減少、発熱などが挙げられるが特異的なものはないとされている。腹部超音波検査所見においては内部均一な低エコー域や既存の脈管が腫瘍内部を偏移なく貫通する所見を認めることが多いと報告されているが、多様な超音波所見から肝内胆管癌や肝細胞癌との鑑別に苦慮することも多い。今回の症例では画像診断で正確な鑑別に至らず、肝内胆管癌が第一に疑われた。多様な画像所見を呈する肝腫瘤においては、悪性リンパ腫も鑑別に考慮し、検査を進めていく必要があると再認識した症例であった。

連絡先：086-294-9911

胆嚢に腫瘍を形成した悪性リンパ腫の1例

◎廣井 綾子¹⁾、松田 浩明¹⁾、山本 愛良¹⁾、村上 麻衣¹⁾、田中 浩美¹⁾、山田 貴之¹⁾、羽原 利幸²⁾
公立学校共済組合 中国中央病院 臨床検査科¹⁾、広島国際大学 保健医療学部 医療技術学科²⁾

【はじめに】胆嚢の悪性腫瘍は、約98%が腺癌をはじめとする上皮性腫瘍であり、悪性リンパ腫を含む非上皮性腫瘍は2%にとどまる。胆嚢にはリンパ組織がなく、悪性リンパ腫が発生する頻度は胆嚢悪性腫瘍全体の0.1~0.2%と極めて稀である。今回、われわれは胆嚢に腫瘍を形成した悪性リンパ腫の1例を経験したため報告する。【症例】70代、男性。1ヶ月前より左頸部腫瘍を自覚した。その後腫瘍は急速に増大し、同部位の疼痛も出現したため前医を受診した。CT検査にて舌根部、左梨状陥凹部、胆嚢に腫瘍を、さらに両側頸部リンパ節と多発する腹腔内リンパ節の腫脹を認めた。PET-CT検査では、CT検査で指摘された病変に一致してFDGの集積亢進を認め、悪性リンパ腫が疑われた。胆嚢腫瘍は、胆嚢底部にもFDGの集積亢進を認めたため一連の悪性リンパ腫病変が疑われたが、胆嚢癌の可能性を否定できなかった。前医にて舌根部腫瘍から生検が行われ、病理組織診断が進められていたが、頸部リンパ節の急速な増大を認め、早急な治療目的で当院に紹介となった。【画像検査所見と臨床経過】当院で施行した腹部超音波検査（以

下US）では胆嚢底部に29mm大、頸部に17mm大の広基性の隆起性病変を認めた、病変内部は極めて低輝度で均質、拍動性の線状血流シグナルを認めた。病変の内腔側表面は平滑で最内層の高エコーは保たれており、外側高エコー層の不整や断裂は認められなかった。以上の所見より、USにおいても胆嚢腫瘍は悪性リンパ腫が疑われ、臨床的にも矛盾しないことからCHOP療法が開始された。その後、病理組織学的に未分化大細胞リンパ腫の診断結果が得られたため、2コース目からはA-CHP療法に変更された。治療開始後1ヶ月のUSでは、胆嚢腫瘍はいずれも消失していた。治療開始後5ヶ月のPET-CT検査では、舌根部腫瘍、リンパ節、胆嚢底部へのFDGの集積はいずれも消失していたことから、胆嚢腫瘍も悪性リンパ腫と考えられた。【考察・まとめ】胆嚢内に極めて低輝度の隆起性病変を認めた際は、悪性リンパ腫を念頭に置き、血流シグナルや最内層の高エコーの連続性に着目して胆嚢癌との鑑別を行うことが重要である。

連絡先：084-970-2121（内線1219）

術前診断に難渋した孤立性 IgG4 関連胆嚢炎の 1 例

◎國松 明日子¹⁾、西尾 進¹⁾、松本 力三¹⁾、野中 蓮¹⁾、平田 麻美¹⁾、平田 有紀奈¹⁾、中尾 隆之²⁾
徳島大学病院 超音波センター¹⁾、徳島大学病院 検査部²⁾

【はじめに】IgG4 関連疾患は Mikulicz 病、自己免疫性膵炎、間質性腎炎など多彩な疾患を含む病態であり、血清 IgG4 値高値および病理組織学的に著明な IgG4 陽性リンパ球浸潤を特徴とする。同時性、異時性に多臓器に生じることが多く、孤立性の IgG4 関連疾患は比較的稀である。なかでも、孤立性 IgG4 関連胆嚢炎の報告は少ない。今回我々は、術前診断に難渋した孤立性 IgG4 関連胆嚢炎の 1 例を経験したため、報告する。

【症例】症例は 50 代男性。人間ドックの腹部超音波検査で膵嚢胞、胆嚢腺筋腫症および脂肪肝が指摘され、前医を受診した。腹部 CT 検査で著明な胆嚢壁肥厚を認め、黄色肉芽腫性胆嚢炎が疑われた。胆嚢癌の可能性も否定できず、精査加療目的に当院消化器外科に紹介受診となった。血液生化学検査では肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。腹部超音波検査では、胆嚢壁はびまん性に著明に肥厚しており、低エコーと高エコーの 2 層性を呈した。また、RAS を伴っており、胆嚢腺筋腫症を認めた。粘膜面は保たれていた。Dynamic CT 検査では、胆嚢壁の著明な肥厚を認めたが、造

影効果は乏しく、積極的に悪性を示唆する所見は指摘できなかった。以上画像検査から、黄色肉芽腫性胆嚢炎を疑い、腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。病理組織学的検査では、漿膜下層を首座として、浮腫・線維化、リンパ濾胞を伴う巣状のリンパ球・形質細胞浸潤を認め、一部では硝子様～花筵状の線維化もみられた。黄色肉芽腫性胆嚢炎を示唆する所見は認めなかった。免疫染色では IgG4/IgG 比率>50%、IgG4 陽性形質細胞は 150 個/HPF 程度であった。術前に血清 IgG4 値は測定されておらず、術後に高値は認めなかったが、正確診で IgG4 関連胆嚢炎と診断された。他臓器に IgG4 関連疾患を示唆する所見は認めず、孤立性 IgG4 関連胆嚢炎と考えられた。

【まとめ】孤立性 IgG4 関連胆嚢炎は非常に稀であり、胆嚢癌や黄色肉芽腫性胆嚢炎と鑑別が困難である。粘膜面の連続性が保たれた胆嚢壁肥厚症例においては、IgG4 関連胆嚢炎を鑑別診断の一つとして考慮する必要がある。
(連絡先：088-633-9311)