

小腸穿孔を合併した非ホジキンリンパ腫の1症例

大 口 学 東 光太郎 小林 真
安田紀久雄* 泊 康男*

要 旨

非ホジキンリンパ腫の1症例の病期決定のため、各種画像診断法を施行した。その結果、 ^{67}Ga および肝スキャン、腹部 X 線 CT および超音波にて Stage IV であることが判明した。しかし、経過中に左側腹部痛が出現し単純 X 線写真にて消化管穿孔が確認された。緊急手術にて、腫瘍浸潤した空腸の潰瘍性穿孔が認められ、切除吻合術が施行された。術前まで小腸壁浸潤は、画像診断上検出が困難であった。

はじめに

非ホジキンリンパ腫（以下 NHL と略す）で空腸穿孔を合併した1症例を経験したので、病期決定における各種画像診断の有用性およびその限界について報告する。

症 例

73歳の男性。北陸中央病院にて右頸部腫瘍を指摘され、生検の結果 NHL, B cell diffuse large cell type と診断された。放射線治療を目的に金沢医科大学病院放射線科へ入院となる。

入院時現症：右頸部に手拳大の固い腫瘍を触知する他、特記すべきことなし。また特に愁訴もなし。

血液生化学検査：赤沈 31/63, RBC $484 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 14.4 g/dl, Plts $31.8 \times 10^4/\text{mm}^3$, T.P. 6.2 (Alb.3.2) GOT 21, GPT 23, LDH 635 (120~204), Na 142, K 4.5 Cl 102, BUN 23, Cr.1.1, 尿所見：蛋白(±), 糖(-), 潜血(+), RBC 1/1.v.f. WBC 2/10 v.f.

画像診断

① ^{67}Ga スキャン (Fig. 1)：右側頸部から右鎖骨上窩に著明な異常集積を認め、また肝に数カ所多発性のほぼ円形の集積も認める。 ^{67}Ga スキャン撮像3日前に $^{99\text{m}}\text{Tc}$ フチン酸による肝スキャンが施行され、肝スキャンの欠損と肝への ^{67}Ga の集積が部位的に一致することが確認された。

②腹部超音波 (Fig. 2)：肝の両葉に径2~4 cm

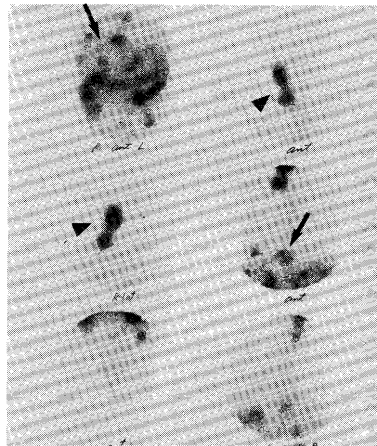


Fig. 1 Spot images obtained 48hours after intravenous injection of ^{67}Ga -citrate. The right neck mass shows intense concentration of gallium due to involvement of lymphoma (arrow heads). Also, multiple focal accumulations of gallium in the liver are seen (arrow). These were nodular involvements of the liver confirmed by X-ray CT study, ultrasonography and liver scintigraphy.

A case of non Hodgkin lymphoma complicated with the perforation of the small intestine
Manabu Ohguchi, Kohtarou Higashi, Shin Kobayashi, Kikuo Yasuda*, Yasuo Tomari*.

Department of Radiology, Kanazawa Medical University, Uchinada, Ishikawa.

金沢医科大学放射線科 石川県河北郡内灘町大学1-1

*Department of Internal Medicine, Hokuriku Chyuo Hospital,

*北陸中央病院内科 富山県小矢部市植生 2124-1

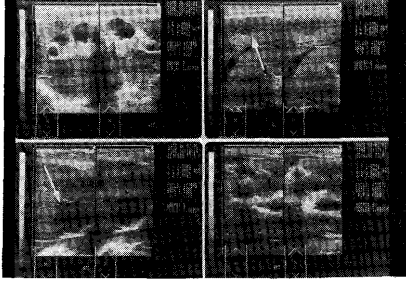


Fig. 2 US study of the abdomen. Multiple low echoic areas within the liver are well demonstrated (white arrows). These areas corresponded with focal accumulations of gallium in the liver.

の低エコー領域が数カ所認められた。その他肝外にも、リンパ節腫大と思われる低エコーを呈するmassが肝門部、傍上大静脈域などに認められた。

③X線CT (Fig. 3) : 造影CTにて肝左葉外側区、肝門部および下大静脈右後方に低吸収域を認む。他のスライスで肝全体に径2~4cmの結節性低吸収域が数カ所、さらに左腎にも同様な低吸収域が認められた。

肝スキャンおよびCT、超音波の比較検討により肝の ^{67}Ga の多発性集積はNHLの転移によるものと判断した。

経過

各種画像診断によりNHL, Stage IVと判断し放射線治療は頸部腫瘍の縮小を目的とした姑息的な方法にとどめた。その後発熱(39~40℃)、左側腹部痛を訴え、症状出現3日後の単純X線写真にて腹腔内free airが認められた。緊急手術が施行され、空腸に約1cmほどの穿孔が認められた。その他多数の腸間膜リンパ節腫大がSMA根部まで連続して認められ、左横隔膜下膿瘍も認められた。穿孔部位の切除吻合、腹腔内ドレナージが施行された。

考察

ホジキン病を含め悪性リンパ腫の診断上、最も重要なのは病理組織学的分類と病期決定の2点であり共に治療方針の決定、予後の推定に極めて重要な意義を持つ。前者においては最近単クローン抗体がマーカーとして導入され¹⁾、より詳細な解析が可能となっている。一方、病期決定における画像診断の役割は大きい²⁾が、この分野でも最近急速な進歩がみら

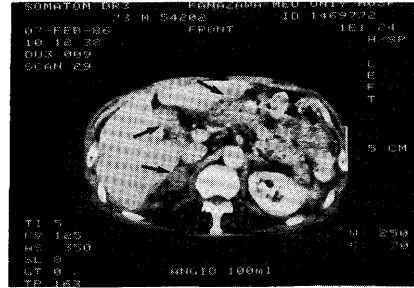


Fig. 3 Contrast enhancement CT study of the abdomen. There are low density areas in the lateral segment of the liver, porta hepatis and pericaval lymph node or right adrenal gland (arrows). These were nodular involvement of lymphoma confirmed by the operation.

れ、より精度の高い診断が要求されている。

悪性リンパ腫は ^{67}Ga スキャンによる陽性率の高い腫瘍の一つであり、病期決定のみならず生検部位の決定、経過観察にも極めて有用である³⁾。本症例でも、その有用性が如実に示され現在でも ^{67}Ga スキャンは必須の検査法と言えよう。一方CT、超音波は空間分解能に優れ、すでにその有用性は確立され必須検査法となっている。腹腔内とくに臓側リンパ節群の検索には超音波が特に有用といわれ⁴⁾、また後腹膜とくにretro crual spaceのリンパ節腫大は現在のところCTでなければ診断が困難といわれている⁵⁾。

しかし、本症例ではこれらの優れた画像診断法を駆使しながらも、合併症である消化管穿孔を予測しえず、いわば盲点をつかれた形となった。NHLの場合、発症が多中心性のことが多く小腸に浸潤した場合、重積、穿孔などをおこす可能性が十分あることを考えると⁶⁾、本症例では消化管造影、超音波による頻回の検索が必要であったように思われる。また本症例のような悪性リンパ腫に遭遇した場合、常に小腸浸潤の可能性を念頭において諸検査を施行していくべきと考えられる。

文献

- 1) 下山正徳ほか：非ホジキンリンパ腫の表面マーカー、T-, B-リンパ腫分類および予後因子。臨床放射線 30 : 1177-1200, 1985.
- 2) 久保敦司ほか：核医学診断, ^{67}Ga シンチグラフィ。臨放 30 : 1301-1309, 1985
- 3) 吉松俊治ほか：腹部の診断-リンパ節。臨床放射線 30 : 1259-1268, 1985.
- 4) 倉石安庸ほか：病期診断の実際。臨床放射線 30 : 1213-1225, 1985.