

肝多包虫症の一例

辻 志郎, 渡辺直人, 亀井哲也
二谷立介, 瀬戸 光, 柿下正雄

要 旨

胃潰瘍を契機に発見された肝多包虫症の1例を報告する。腹部超音波検査では周囲低エコーを伴う高エコー腫瘍として描出。腹部CTでは不均一な低吸収域で、造影による変化は認められず、MRIの所見より、低エコー帯は正常肝組織の浮腫性変化と考えられた。本症は原発性肝癌と鑑別が困難な場合があり、確定診断は生検によってなされるが、播種を起こすので通常は行うべきではない。また胆管への浸潤が起こり易く、手術前後の評価に肝胆道シンチが有用である。

はじめに

肝多包虫症は北海道に多発する地方病的な疾患である。その経過は悪性病変と考えた方が良く、早期発見、早期治療が叫ばれている。今回、胃潰瘍を契機に発見された肝多包虫症の1例を経験したので報告する。

症例提示

症 例：71歳男性，職業：会社員（漁業関係）。

主 訴：上腹部痛。

既往歴：20歳後半にマラリア，輸血歴無し。

現病歴：平成2年3月11日，上腹部痛にて北海道大成町国保病院受診。胃透視にて胃癌が疑われ，同病院に入院，胃内視鏡にて胃潰瘍と診断されたが，入院時の腹部超音波検査にて肝内にSOLを指摘され，3月28日精査のため，当科に入院。

入院時検査所見：赤沈，CRP，血算は正常，生

化学では軽度の低蛋白症のみ。HBsAg 陰性。CEA, AFP, CA 19-9, TPA, SCC などの腫瘍マーカーはすべて陰性。

画像所見

腹部超音波検査 (Fig. 1) では、肝右葉 (S₇) に径約 3 cm の辺縁不整、内部エコー不均一な高エコー腫瘍像あり。右側のイメージにて周囲に厚さの不均等な低エコー帯あり。右肝静脈の圧排所見あり、石灰化なし。腹部 CT (Fig. 2) では、S₇ に辺縁不

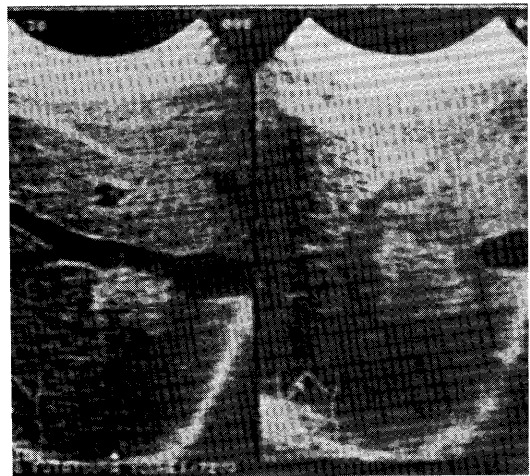


Fig. 1 Abdominal sonogram demonstrates echogenic mass lesion in segment 7 of the liver, which is 3cm in diameter, and has irregular surface, heterogeneous internal echo, and hypoechoic halo. The mass lesion displaces the right hepatic vein. No calcification is observed.

A case of hydatid disease

Shiro Tsuji, Naoto Watanabe, Tetsuya Kamei, Ryusuke Futatsuya, Hikaru Seto, Masao Kakishita

Department of Radiology, School of medicine, Toyama Med and Pharmacol University

富山医科薬科大学放射線科 〒930-01 富山市杉谷 2630

整、内部不均一な低吸収域あり。ダイナミック CT では動脈相での内部の濃染はみられず。造影 CT では腫瘍周囲の染まりや経時的な低吸収域の面積縮小はみられず。MRI (Fig. 3) では、腫瘍は T1 強調画像にて周囲肝実質よりもやや低信号、T2 強調画像にて中等度の高信号領域としてみられる。腫瘍周囲に T1 強調画像にて低信号、T2 強調画像にて高信号の帯状の領域あり。血管造影では明らかな異常なし。肝シンチグラム (Fig. 4) では腫瘍部に RI の取り込みみられず。肝胆道シンチグラム (Fig. 5) では SOL, RI のうっ滞像ははっきりしない。

臨床経過

悪性腫瘍を除外できなかつたため、肝生検が施行された。病理組織上 PAS 好染の虫体と壁を有する

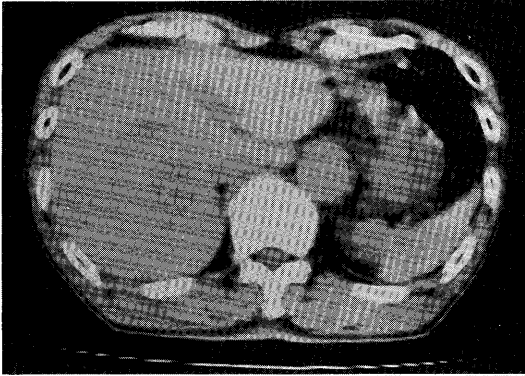


Fig. 2 Abdominal plain X-ray CT demonstrates low density mass lesion in segment 7, which has irregular surface, and heterogeneous density.

嚢胞が確認され、肝多包虫症と診断された。肝切除術が施行され、経過は良好である。

考 察

肝エキノコックス症には単包虫症と多包虫症があり、単包虫症は世界に広く分布するが、多包虫症は分布が狭く、日本では北海道が中心である。終宿主としては、イヌ、キタキツネなどがあげられる。その臨床経過は比較的緩慢であるが、多包虫症は周囲組織の圧迫や二次包虫による転移の頻度も高く、単包虫に比べ悪性度が高い。多包虫症は、第1期（潜伏期）、第2期（不定症状期）、第3期（進行期）、第4期（末期）の4期に臨床経過を分けることができる¹⁾。潜伏期は一般に10~15年と言われているが、若年者では短い傾向にある。以後、末期にいたるまでには10年近くかかる場合が多いが、腫瘍が肝門部付近に見られた場合は比較的早い経過をとる。症状としては、肝腫大、腹痛、黄疸、腹水、発熱などがある。診断としては、末梢血検査における好酸球増多、RAST や皮内反応などの免疫学的検査が行われる。病理としては、多包虫嚢胞は外層の薄い無細胞の角皮層と、内層の厚い増殖部分である胚層からなる。角皮層はエオジン好性でPAS染色陽性である。虫体部分である原頭節は肝では希である。肉眼所見では、小嚢胞の集塊としての充実性病変と、中心液化壊死部分としての嚢胞性病変に分けられる。胆管への浸潤は他の脈管より著明であり胆道系に沿った包虫巢の進展は特徴的である²⁾。本症は超音波ガイド下の生検にて診断が確定するが、播種を起こすので通常は行うべきでない。

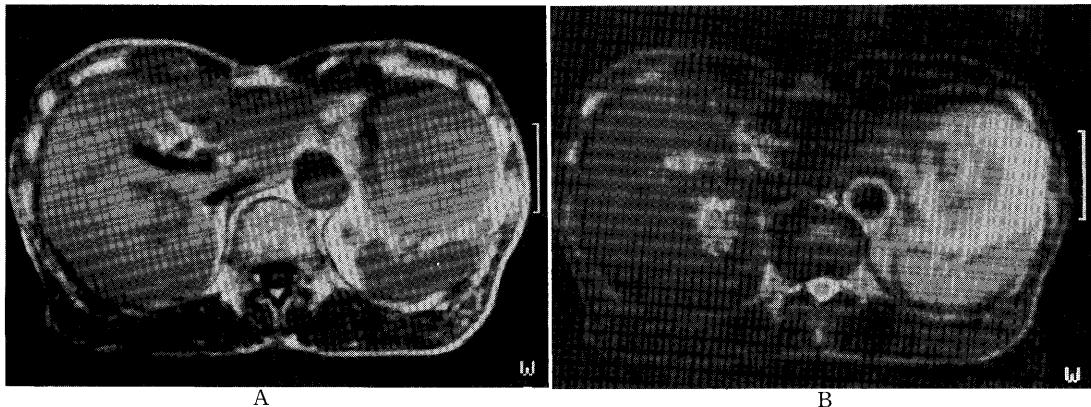


Fig. 3 The mass lesion is relatively hypointense on T1-weighted image (A), and moderately hyperintense on T2-weighted image (B). Around the mass, banded area, hypointense on T1-weighted image and hyperintense on T2-weighted image, is observed.

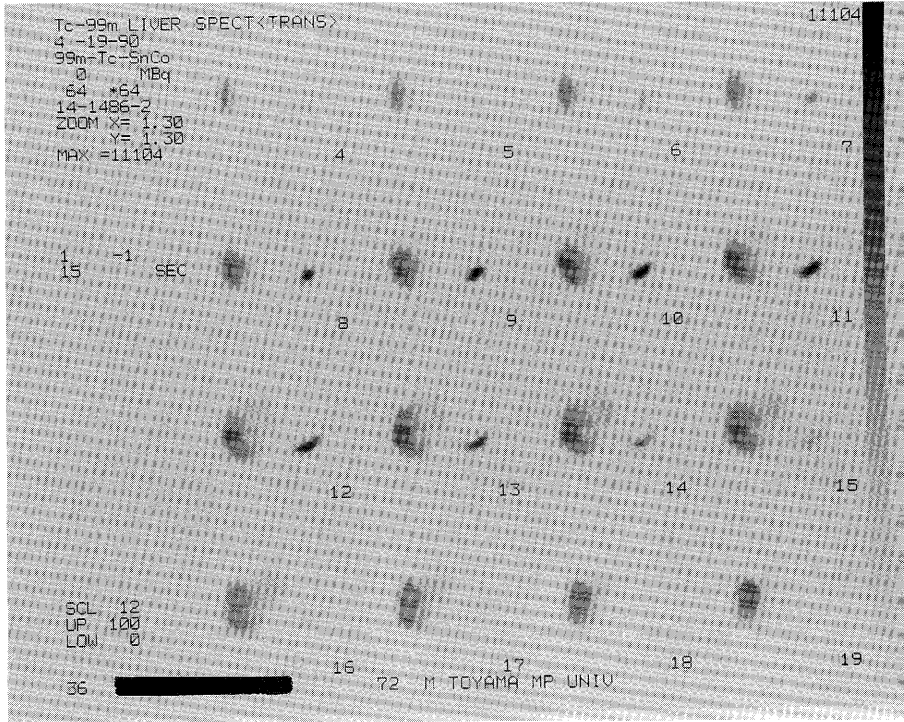


Fig. 4 Liver scintigram demonstrates low activity of the mass.

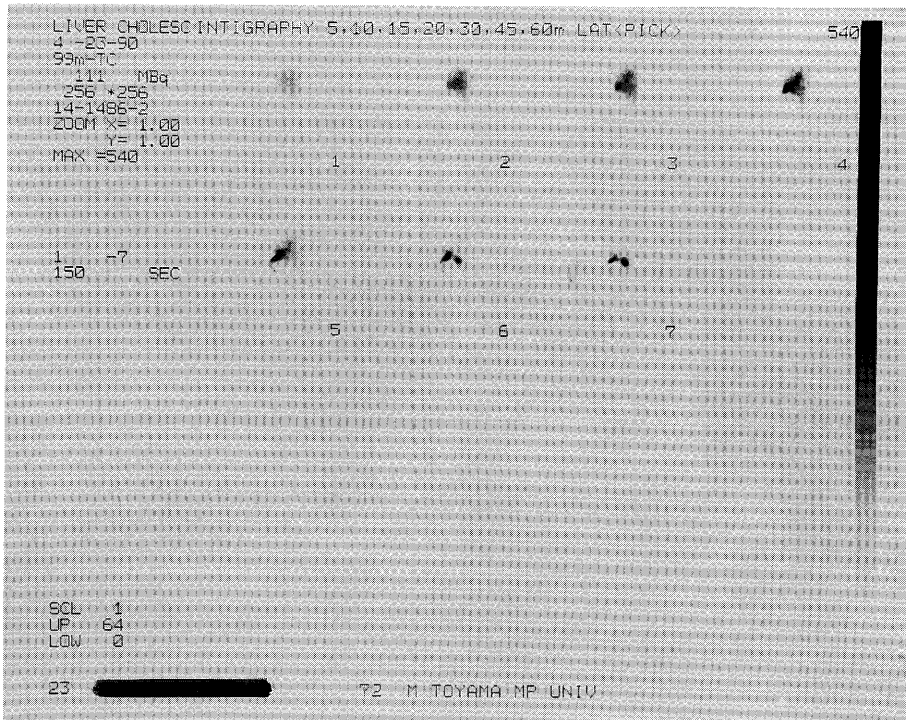


Fig. 5 Hepatobiliary scintigram demonstrates no significant SOL, or RN retention.

画像診断の要点としては、1) 石灰化、2) 病巣の充実性および嚢胞性変化、3) 脈管浸潤、4) 隣接臓器浸潤（腎、副腎、肺）、5) 他臓器転移である³⁾。腹部単純X-Pにて嚢胞壁の石灰化が認められるが、小病変ではその検出率は低い。腹部超音波では、腫瘍部は不均一で、微細な石灰化や小嚢胞、および種々の程度の壊死と線維化を含む炎症性部分は辺縁不整、内部エコー不均一な高エコーを示し、小嚢胞や中心液化壊死層は低エコーを示す。腹部CTでは、第2期に相当する早期の病変では腫瘍全体がほぼ均一な低吸収域として認められるが、進行すると中心部に壊死を起こす。血管造影では、第1、2期では細動脈の増生像が主で、原発性肝癌の造影所見と類似するが、炎症性の血管増生であり、肝内動脈の偏位、圧排がなく、毛細管相で蜂窩状陰影を呈する⁴⁾。進行すると主要血管の圧排、偏位、閉塞、断裂像が特徴的所見となる。また動脈の閉塞により動脈系の側副血行路の形成も見られるようになる。肝シンチグラフィではSOLを示す。肝胆道シンチグラフィでは胆管への浸潤がある場合、胆汁のうっ滞がみられ、また胆道再建術後の評価にも有用である。本例のような小病巣では超音波上、腫瘍は孤立性の高エコーを示すが、周辺に低エコー領域を伴うとされ⁵⁾、MRIのT2強調像で同部は高信号を示し、病理にてジヌソイドの拡張を認めることから、同部は正常肝組織の浮腫性変化を示すものと考えら

れた。

治療としては、外科的療法として病巣を含めた肝切除術が行われるが、本症の経過が緩慢なことから、病状がかなり進行した状態ではじめて自覚症状が出現するため、来院時すでに病巣が3区域以上、さらに胆管、脈管病変などがみられ、肝切除術が施行し得ない症例も少なくない。また腫瘤が肝門部やCantlie線を中心に存在する場合も切除不能で、姑息的に開窓術が行われる⁴⁾。下大静脈への浸潤の有無、程度は切除適応診断として重要である⁵⁾。薬物療法としてメベンダゾール⁶⁾などが使用されている。

文 献

- 1) 山下次郎：エキノコックス—その正体と対策。北海道大学図書刊行会、1978
- 2) 内藤純一、佐藤直樹、宇根良衛ほか：エキノコックス肝嚢胞の診断と治療。外科 49：356-361、1987
- 3) 森田 稔：多包性肝包虫症の画像診断。臨放 30：243-255、1985
- 4) 水戸勉郎、草野満夫、加藤一哉：肝エキノコックス。外科診療 27：482-489、1985
- 5) 広村忠雄、篠原正裕、藤田信行ほか：多包性肝包虫症の下大静脈浸潤診断—CTと血管造影像の対比—。日本消化器病学会雑誌 84：S134、1987
- 6) Wilson JF, et al: Alveolar hydatid disease, a review of clinical features of 33 indigenous cases of echinococcus multilocularis infection in Alaskan eskimos, Am J Trop Med Hyg 29：1340、1980