

## 二次性ヘモクロマトーシスの1例

前田 正幸 中島 鉄夫 小島 輝男  
松下 照雄 杉原 洋一\*

### 要 旨

卵巣癌末期の経過観察中、急激に黄疸の増強（直接ビリルビン優位）を呈した1例について各種画像診断を行ったが外科的黄疸との鑑別が困難であった。剖検にて二次性ヘモクロマトーシスと診断された。

### はじめに

内科的あるいは外科的黄疸の非侵襲的鑑別手段として、 $^{99m}\text{Tc}$ -PMTによる肝・胆道シンチグラフィが有用である。しかし、高度の黄疸ではその鑑別が困難となる。われわれは、急激に増強する黄疸を発症し、剖検にてヘモクロマトーシスの病理診断が得られた1症例を経験した。本症例においては、肝・胆道シンチグラフィでは有力な情報は得られなかつ

たが、肝実質への鉄沈着を示唆するCT値の上昇がCT画像上認められた。

### 症 例

現病歴：34歳，女性。昭和58年10月卵巣癌Ia期にて手術が他院にて行なわれた。組織診断は粘液性腺癌であった。昭和59年12月再発。再手術，化学療法が施行されるも無反応。昭和61年9月福井医科大学放射線科へ転院した。転院時，黄疸，腹部の自発痛，圧痛を認めた。検査成績は GOT 187, GPT 152, ALP 1403/U/l と肝・胆道系酵素の上昇を認め，T-bil 2.69 mg/dl, D-bil 2.39 mg/dl と直接ビリルビン優位の所見を呈し，また，その他の異常検査値として Fe 453  $\mu\text{g}/\text{dl}$ ，フェリチン 1,000 < ng/ml と血清鉄の異常高値を示した。腫瘍マーカーは CEA 92.8 ng/ml, CA125 114 U/ml と高値を

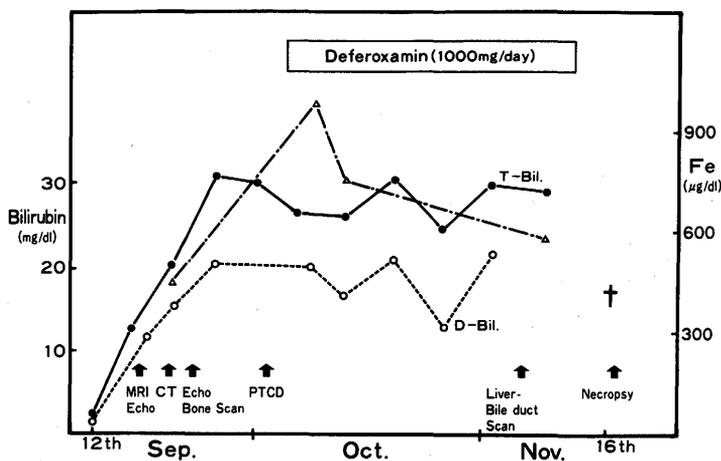


Fig. 1 Total bilirubin increased immediately after admission until it reached 30mg/dl. Direct bilirubin was predominant.

A case of secondary hemochromatosis

Masayuki Maeda, Tetsuo Nakashima, Teruo Odori, Teruo Matsushita and Youichi Sugihara\*

Department of Radiology and 1st department of Pathology\*, Fukui Medical School

福井医科大学放射線科，\*同 第一病理 〒910-11 福井県吉田郡松岡町下合月 23-1

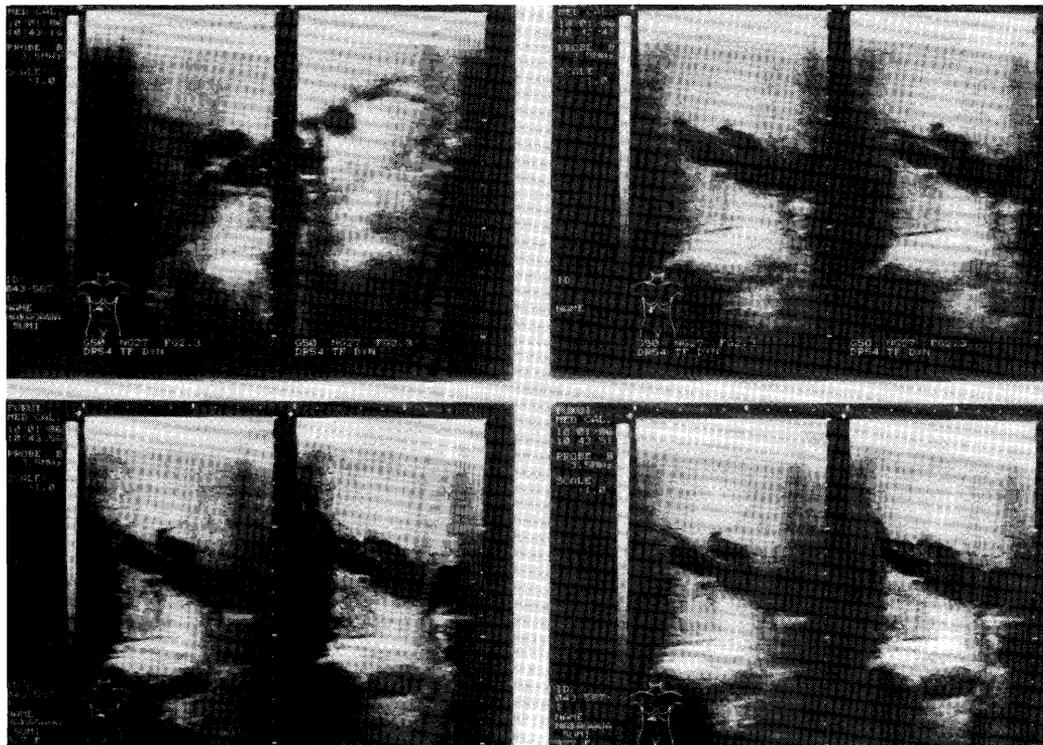


Fig. 2 The dilatation of the intrahepatic bile duct is suspected by echogram.

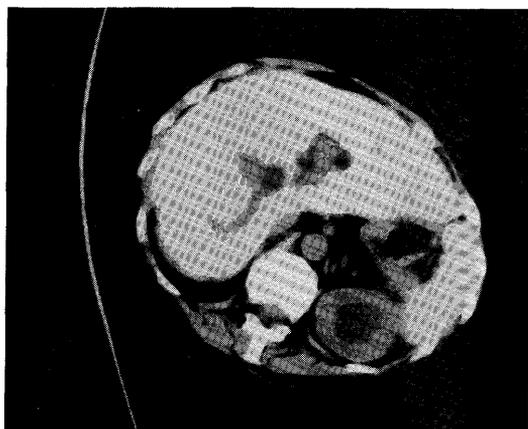


Fig. 3 Portal vein dilatation with intrahepatic bile duct dilatation. The liver is hyperdense, measuring 69H. Tumor near the porta hepatis is not found.

示した。入院後2週間で、Fig.1の如く急激に黄疸が増強し、total bil 約 30mg/dl (D-bil 20mg/dl) に達した。エコー (Fig.2) では胆管拡張と思われる所見を呈した。PTC 施行時に血液の逆流を認め、門脈優位の拡張と門脈圧亢進症の存在が示唆され

た。CT (Fig.3) でも肝門部に門脈拡張の所見及び一部胆管拡張を認めたが、肝門部への転移や侵襲の所見は認めず、肝実質にも転移を思わせる所見はなかった。また肝の CT 値は 69 とやや高めの数値を呈した。 $^{99m}\text{Tc}$ -PMT による肝・胆道シンチ (Fig.4) では 24 時間後でも心プールが残存し、肝への RI 摂取低下、およびわずかの腸管への排泄像が見られた。われわれはこの黄疸の原因として、前医での鉄剤静注が総量で 10 g にも達するという病歴、および、血清鉄値、フェリチン値の異常高値から二次性のヘモクロマトーシスを疑ったが確定診断には至らなかった<sup>1)</sup>。患者は入院 2 カ月後に肝不全により死亡した。剖検の結果、肝細胞へのヘモジデリン沈着を認め (Fig.5)、二次性ヘモクロマトーシスの病理診断が得られた。

### 考 察

肝・胆道シンチは非侵襲的で内科的黄疸か外科的黄疸かの鑑別に有用な検査である。 $^{99m}\text{Tc}$ -PMT は胆汁排泄に関するビリルビンとの拮抗度が最も低く、現在使用されている医薬品の中では最も理想的

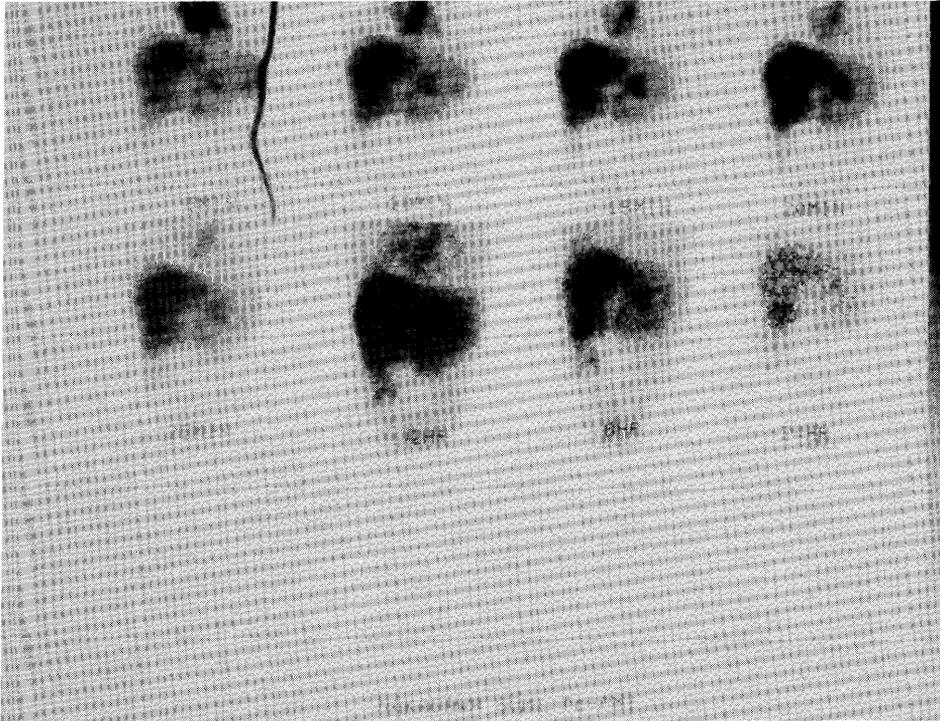


Fig. 4 Hepatobiliary scintigraphy 24 hours after injection of Tc-99m-PMT shows remaining blood pool. Excretion into duodenum is minimal.

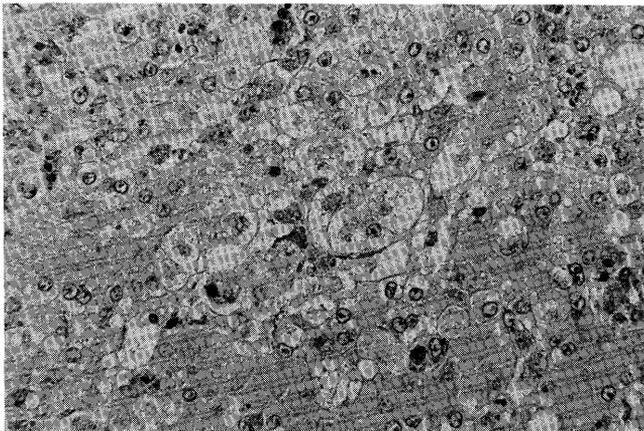


Fig. 5 Excessive deposits of hemosiderin is found not only in Kupffer cells but also in hepatocytes.

な肝・胆道系放射性医薬品に近い<sup>2)</sup>。しかしながら、総ビリルビンが 30mg/dl 以上を示す黄疸では内科的黄疸でも<sup>99m</sup>Tc-PMT の腸管への排泄がみられないと言われている<sup>3)</sup>。われわれが経験した症例は総ビリルビンはほぼ 30mg/dl であり、また、患者の全身状態が悪く他の侵襲的な検査は不可能であったため、生前には黄疸の原因について確定診断を下せなかったが、入院直後の黄疸がさほど強くない時期に肝・胆道シンチを行っておれば、より確かな診断

的情報が得られたであろうと考えられた。

#### 文 献

- 1) 瀧野辰郎ほか：特集“肝と金属代謝”肝・胆・脾10：901-907, 1985.
- 2) 油野民雄ほか：<sup>99m</sup>Tc-N-pyridoxyl-5-methyltryptophan (PMT) 肝・胆道シンチグラフィの臨床的有用性, 核医学 20: 353, 1983.
- 3) 油野民雄：核医学診断学。一肝・胆道一, 日本メジフィジックス出版, 宝塚, 1984, pp107.