Q&A 発熱を主訴に来院した肝腫瘤の1例

解答：

Hepatocellular carcinoma

解説：

本症例は熱源の精査目的で偶発的に発見された肝腫瘤である．入院時のソナゾイド造影エコー（Figure 1）ならびに造影CT（Figure 2）では動脈早期相から辺縁の濃染を認めており，肝膿瘍としても矛盾しない画像所見であった．抗菌薬投与と穿刺吸引ドレナージで炎症反応は速やかに改善し，血液と穿刺液の培養から起因菌は同定されなかったものの，臨床経過から肝膿瘍と診断されて第10病日に退院となった．退院後の外来でも約1カ月ごとに計3回の造影CTが施行されていたが，肝膿瘍のフォローアップとして撮影された画像検査であったためか，この時点ではhepatocellular carcinoma（HCC）の診断には至らなかった．本症例は肝膿瘍としての経過観察は約半年で終了となったが，2年後に膵管内乳頭腫瘍（IPMN）の経過観察目的で撮影されたMRCPで偶然肝腫瘤を指摘され，造影CT（Figure 3）と腫瘍生検からHCCと診断された．この時点ですでにリンパ節と骨に遠隔転移を認める進行HCCであり，改めて肝膿瘍の鑑別疾患としてHCCを含む悪性腫瘍を念頭に置く必要性を再認識させられた1例であった．

肝膿瘍の典型的な画像所見としては，膿瘍腔は低吸収域として認められ周囲は炎症を反映して造影効果を認めることが多いが，中心壊死をともなう悪性腫瘍との鑑別が問題となる．発熱や炎症反応などの検査所見が鑑別の一助になるが，胆道癌や膵癌で比較的高頻度に認めるとされるG-CSF産生腫瘍や炎症性サイトカイン産生腫瘍は，HCCにおいてもその存在が知られており，またHCCの約1〜2%に膿瘍を合併するとの報告もあることから，日常診療では両者の鑑別に苦慮することをしばしば経験する．本症例では肝炎ウイルスマーカーが陰性であったこと，AFP・PIVKA-IIなどの腫瘍マーカーがいずれも陰性であったこと，穿刺吸引した際の細胞診でも悪性所見が得られなかったことなども，鑑別を困難にした一因と考えられた．しかしながら経時的な画像変化をレトロスペクティブに評価すると，当初は膿瘍内腔の隔壁と思われた腫瘤内部の充実性部分が徐々に増大しており，4カ月後の造影CT（Figure 4）では造影早期で濃染，平衡相でwash outされる比較的典型的なHCCパターンを呈していた．すなわち定期的な画像診断により悪性腫瘍との鑑別が可能になる症例が存在するため，肝膿瘍の診療におい

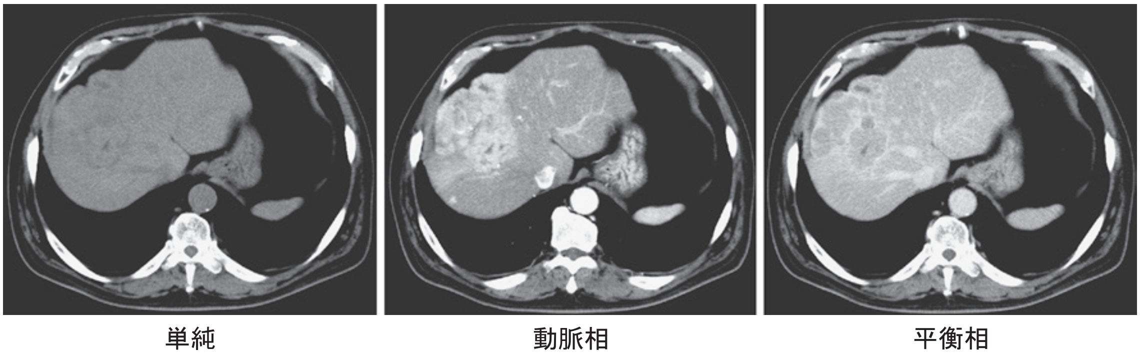

Figure 3. 腹部造影CT.

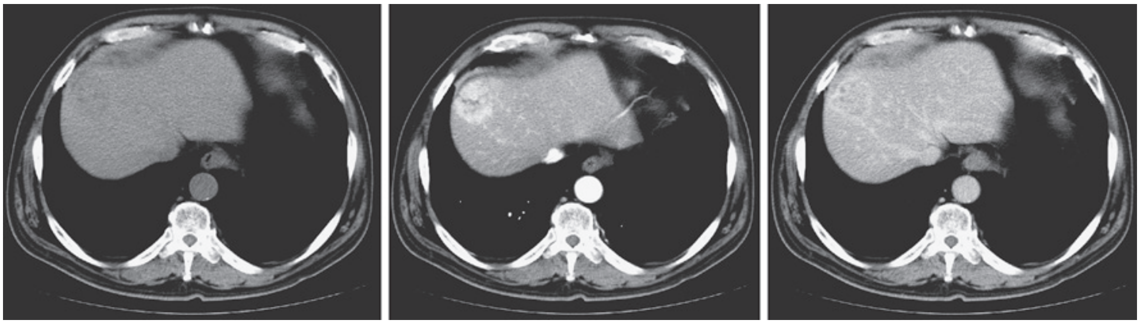

Figure 4.　腹部造影CT.

ては腫瘤が器質化して消失するまでの長期間にわたる経過観察を行うことが重要と考えられた.

本論文内容に関連する著者の利益相反
：なし

出題：富山　恭行（川崎医科大学肝胆膵内科学）
日野　啓輔（　〃　）