

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川厚生病院医誌 (2000.12) 10巻2号:124~129.

検診を契機に発見された肝inflammatory pseudotumorの1例

井上充貴, 大田人可, 伊藤貴博, 西川智哉, 菊地陽子, 千葉篤, 太田智之, 藤井常志, 村上雅則, 折居裕, 齋藤博哉, 里 梯子

## 検診を契機に発見された肝 inflammatory pseudotumor の 1 例

井上 充 貴<sup>1)</sup> 大田 人 可<sup>1)</sup> 伊藤 貴 博<sup>1)</sup>  
 西川 智 哉<sup>1)</sup> 菊地 陽 子<sup>1)</sup> 千葉 篤<sup>1)</sup>  
 太田 智 之<sup>1)</sup> 藤井 常 志<sup>1)</sup> 村上 雅 則<sup>1)</sup>  
 折居 裕<sup>1)</sup> 齋藤 博 哉<sup>2)</sup> 里 悌 子<sup>3)</sup>

### 要 旨

症例は 67 歳の男性。検診にて  $\gamma$ -GTP が 233IU/l と上昇していたため前医を受診し、肝内に腫瘤を認めためたため当科を紹介され入院した。それまで発熱や腹痛の既往はない。多量のアルコール摂取歴を有している。入院時に  $\gamma$ -GTP は正常化しており、他の肝機能も正常範囲だった。HBs 抗原、HCV 抗体は陰性。WBC、CRP も正常範囲であった。腹部超音波検査で肝 S7 に直径 50mm の高～低エコーの混在する内部不均一な腫瘤を認めた。腹部 CT 検査では同部は低吸収域を呈し、造影はされなかった。MRI 検査では T1 強調で高信号と低信号が混在し、T2 強調で高信号を示し、dynamic MRI では delayed phase で濃染を認めた。画像診断上は炎症性の腫瘤を考えたが、肝細胞癌などの悪性腫瘍と鑑別するため、超音波ガイド下肝生検を施行した。病理所見では形質細胞主体の炎症細胞浸潤が幅の広い線維化を伴って認められ inflammatory pseudotumor (以下、ITP) と診断した。現在約 2 年たつが腫瘤径は 36mm と縮小している。肝の ITP は肝実質内に線維性結合織の増生と炎症性細胞浸潤を伴う腫瘍で、比較的稀な疾患である。本症の原因は不明であり、発熱、腹痛、全身倦怠感などの自覚症状を伴うことが多いが、本症例は無症状であった。血液検査では  $\gamma$ -GTP の上昇はあったが、他の肝機能検査は正常範囲で、白血球増多、CRP 値の上昇を認めなかった。以上検診を契機に発見された、無症状の肝 ITP の 1 例を報告する。

Key Words : 炎症性偽腫瘍, 肝臓

### はじめに

肝の inflammatory pseudotumor (以下、ITP) は肝実質内に線維性結合織の増生と炎症性細胞浸潤を伴う腫瘍で、比較的稀な疾患である。本症の原因は不明で、発熱、腹痛、全身倦怠感などの自覚症状を伴うことが多い。今回我々は検診を契機に発見された無症状の肝 ITP の 1 例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：67歳，男性

主訴：なし（肝腫瘤精査）

現病歴：1997年11月14日の検診にて $\gamma$ -GTPが233IU/lと上昇していたため近医を受診した。発熱、腹痛等の自覚症状はなかった。また海外旅行歴もない。前医の腹部超音波検査にて肝右葉後上区域(S7)に直径50mmの腫瘤の所見を認めたため当科を紹介され精査目的で入院となった。

既往歴：25年前より高血圧。

アルコール歴：アルコール70g/day, 25年。

入院時現症：胸腹部に異常所見を認めず。

入院時検査成績(表1)：前医で指摘された $\gamma$ -GTPの高値は正常化しており、他の生化学検査所見についても正常範囲であった。HBs抗原、HCV抗体は陰性。WBC、CRPも正常範囲であった。AFPは正常範囲で

<sup>1)</sup>旭川厚生病院 消化器科 〒078-8211 旭川市1条通24丁目

<sup>2)</sup>同 放射線科

<sup>3)</sup>同 病理



表1 入院時検査成績

Complete Blood Count		Blood Chemistry	
WBC	6,000/mm <sup>3</sup>	TP	7.0 g/dl
RBC	471×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	Alb	3.7 g/dl
Hb	15.5 g/dl	ZTT	7.9 U
Ht	45.3 %	TTT	2.7 U
Plt	17.6×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	T-Bil	0.9 mg/dl
		D-Bil	0.2 mg/dl
Serological Exam		Ch-E	203 IU/l
CRP	0.2 mg/dl	ALP	180 IU/l
STS	(-)	GOT	16 IU/l
HBs-Ag	(-)	GPT	16 IU/l
HCV-Ab	(-)	LDH	291 IU/l
抗エキノコックス抗体	(-)	γ-GTP	49 IU/l
		LAP	52 IU/l
Tumor marker		Amy	62 IU/l
AFP	13.5 ng/ml	BUN	15.0 mg/dl
PIVKAI	150 mAU/ml	Cre	1.0 mg/dl
CEA	1.7 ng/ml	FBS	83 mg/dl
CA19-9	2.0 U/ml		
		ICG R <sub>15</sub>	8.4 %

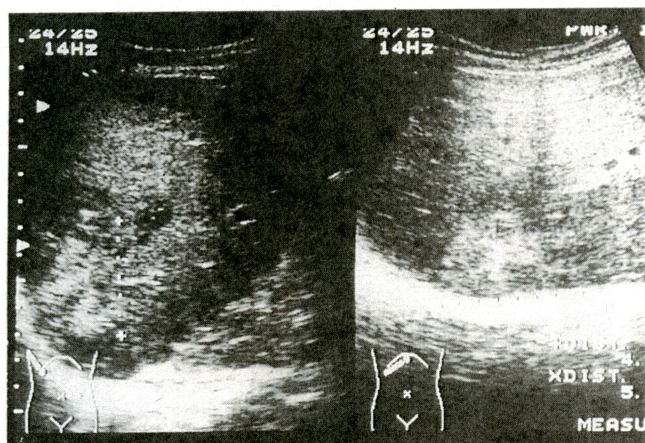


図1：腹部超音波検査所見：肝S7に直径50mmの高～低エコーの混在する内部不均一な腫瘤を認めた。

あったが、PIVKA-IIが150mAU/mlと高値を示した。腹部超音波検査所見（図1）：肝右葉後上区域（S7）に直径50mmの高～低エコーの混在する内部不均一な腫瘤を認めた。

腹部CT検査所見（図2）：肝S7に直径50mmの内部不均一な低吸収域を認めたが、明らかなearly enhanceはなく、delayed phaseでは腫瘍周辺がリング状に造影される所見を認めた。vascularityが乏しい腫瘍と考えられた。

腹部MRI検査所見（図3, 4）：T1強調画像では高信号と低信号が混在し、T2強調画像では高信号像を示し

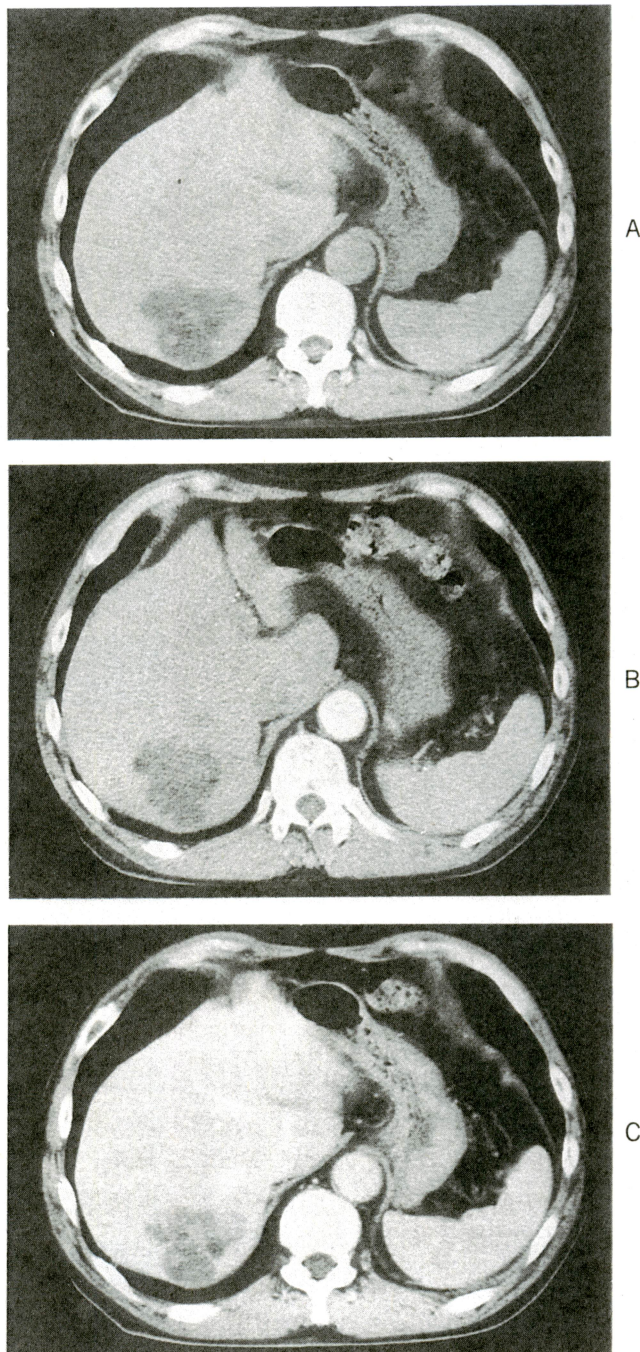


図2：腹部CT検査所見（A：plain, B：early phase, C：delayed phase）：肝S7に直径60mmの内部不均一な低吸収域を認めたが(A), 明らかなearly enhanceはなく(B), delayed phaseでは腫瘍周辺がリング状に造影される所見を認めた(C)。

た。dynamic MRIではearly enhanceを認めなかったが、delayed phaseで一部リング状に濃染を認めた。腹部血管造影検査(DSA)所見およびCT arteriography (CT-A), CT during arterial portography (CT-AP)（図5, 6）：腫瘍血管や腫瘍濃染像は認めなかった。また、肝内に無数の小さな濃染像が認められた。CT-Aで



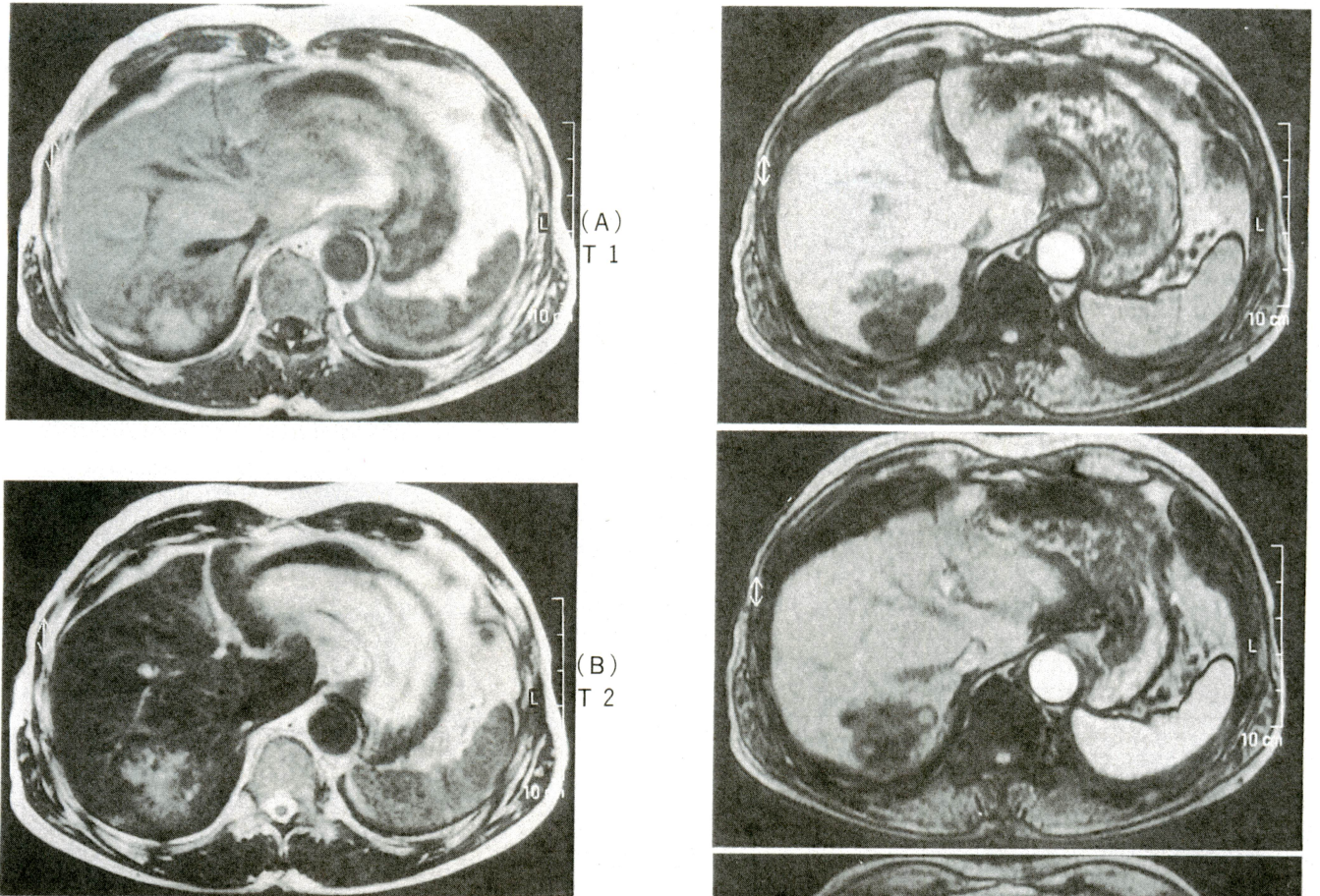


図3：腹部MRI検査所見(A：T1強調画像，B：T2強調画像)：T1強調画像では高信号と低信号が混在し，T2強調画像では高信号像を示した。

は肝S7に直径50mmの辺縁が造影され，内部が不均一に造影される腫瘍を認めた。CT-APでは同部位はperfusion defectとなっていた。

Gaシンチ所見：肝を含め明らかな異常集積を認めなかった。

肝シンチグラフィ所見：肝S7に低摂取領域を認めた。

以上より画像診断上は主病変は炎症性の腫瘍を考えた。DSA, CTAで肝内に見られた濃染は多発したAP shuntと考えた。肝細胞癌などの悪性腫瘍と鑑別するため，確定診断の目的で超音波ガイド下肝腫瘍生検を施行した。

病理組織所見(図7)：生検は18G針(モノプシー®)で施行した。肝細胞は脱落しlooseな結合織で，hemosiderinの沈着を認める。形質細胞主体の炎症細胞浸潤が幅の広い線維化を伴って認められた。abscessを思わせる好中球浸潤は見られなかった。以上よりITPと診断した。

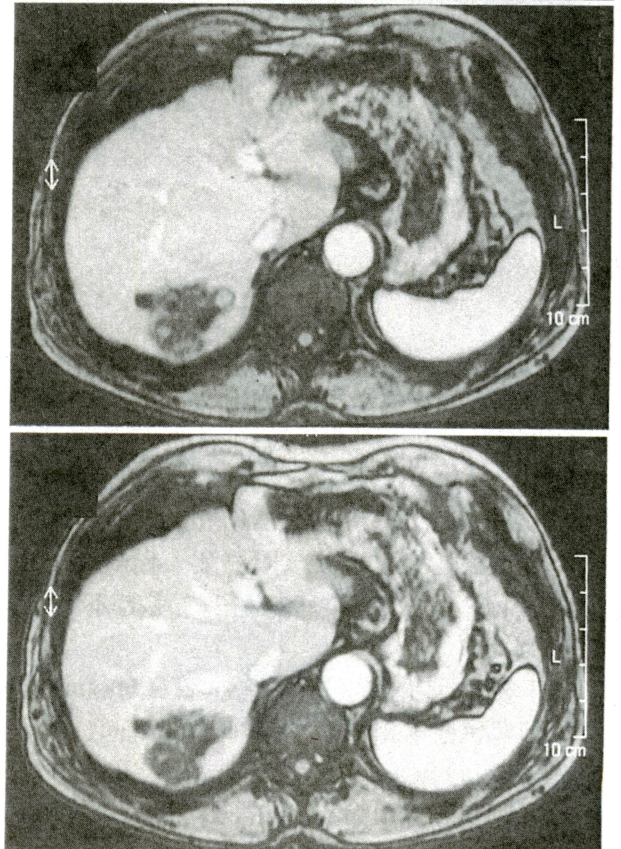


図4：dynamic MRI検査所見：early enhanceを認めなかったが，delayed phaseで一部リング状に濃染を認めた。



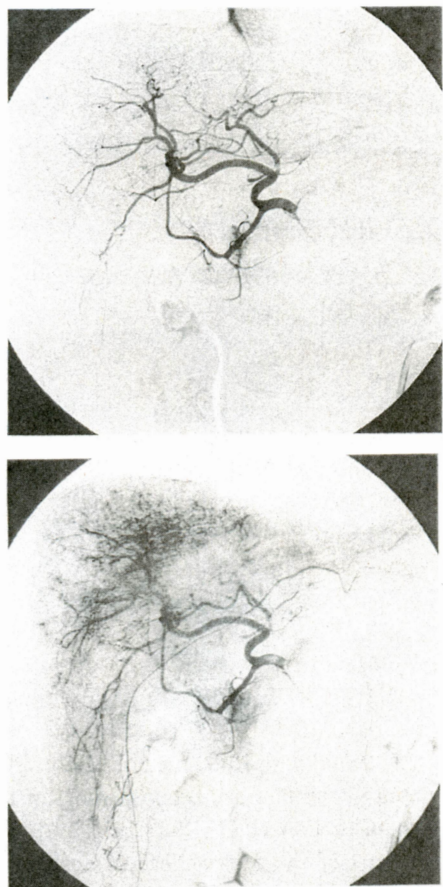
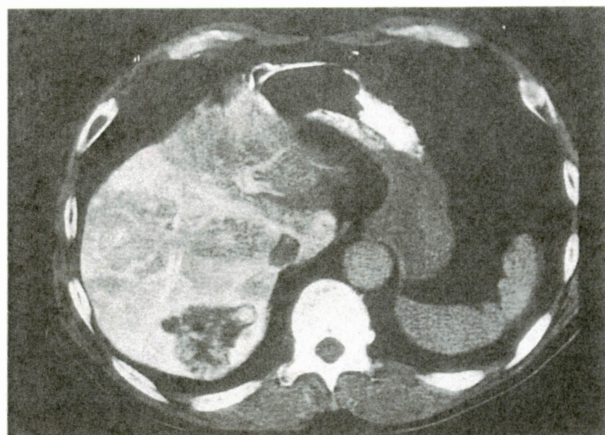


図5：腹部血管造影検査 (DSA) 所見：腫瘍血管や腫瘍濃染像は認めなかった。また、肝内に無数の小さな濃染像が認められた。

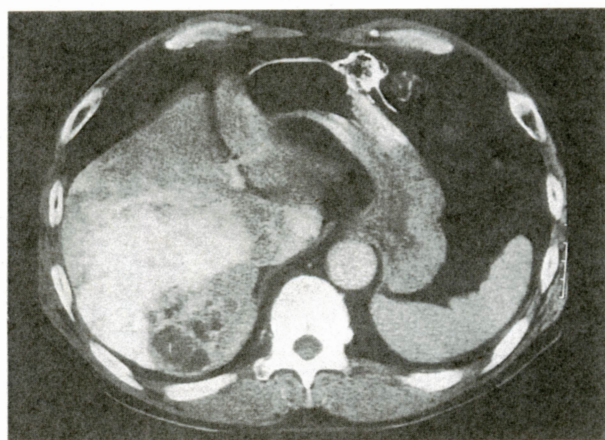
臨床経過：本症例はその後経過観察をしているが、現在約2年たち腫瘤径は36mmと縮小している。

### 考 案

ITP は原因不明の肉芽組織からなる腫瘍性病変で、原発臓器が眼窩、口腔内、耳下腺、胸腺、胸膜、肝臓、胃、卵巣、後腹膜などの多臓器に及ぶ<sup>1-7)</sup>。肝のITP<sup>8)</sup>は、発熱、腹痛、全身倦怠感などの自覚症状を伴うことが多い。画像診断上、肝悪性腫瘍との鑑別が困難であり、病理組織学的診断で初めて確定される。肝ITPの病理組織学的所見をSomeren<sup>9)</sup>は以下のように分類した。(1)組織球の優位な xanthogranuloma type, (2)形質細胞の優位な plasma cell granuloma type, (3)著明な硬化所見のある sclerosing pseudotumors type がある。今回我々の症例では、形質細胞主体の炎症細胞浸潤が幅の広い線維化を伴って認められており、形質細胞の優位な plasma cell granuloma type と考える。病因としては感染が示唆されており、Horiuchi ら<sup>10)</sup>は



(A) CT-A



(B) CT-AP

図6：CT arteriography (CT-A) (A), CT during arterial portography (CT-AP) (B)：CT-A では肝S7に直径60mmの辺縁が造影され、内部が不均一に造影される腫瘤を認めた。CT-APでは同部位は perfusion defect となっていた。

発病数ヶ月前に発展途上国を旅行した患者にITPを認めた症例を報告しており、それらの症例ではしばしば門脈の閉塞性静脈炎を認めることから、飲食物に含まれる病原微生物が胃腸管から門脈を介して肝臓に運ばれ、そこで炎症を引き起こした可能性を示唆している。しかし病巣から細菌が証明された例はなく、また自己免疫の関与<sup>11)</sup>も指摘されているが、現在のところ原因は不明である。本例では海外旅行歴はなく、自己免疫を示唆する所見もみられなかった。

肝IPTのCT所見<sup>12)</sup>は、単純CTで低吸収域であり、造影CTでは不整に造影されるか、または造影されないと報告されている。Fukuya<sup>13)</sup>らは肝IPTのdynamic CT所見で9症例10病変中5病変に腫瘍辺縁に幅広く境界不明瞭な濃染が見られ、腫瘍内部は低吸収域を認



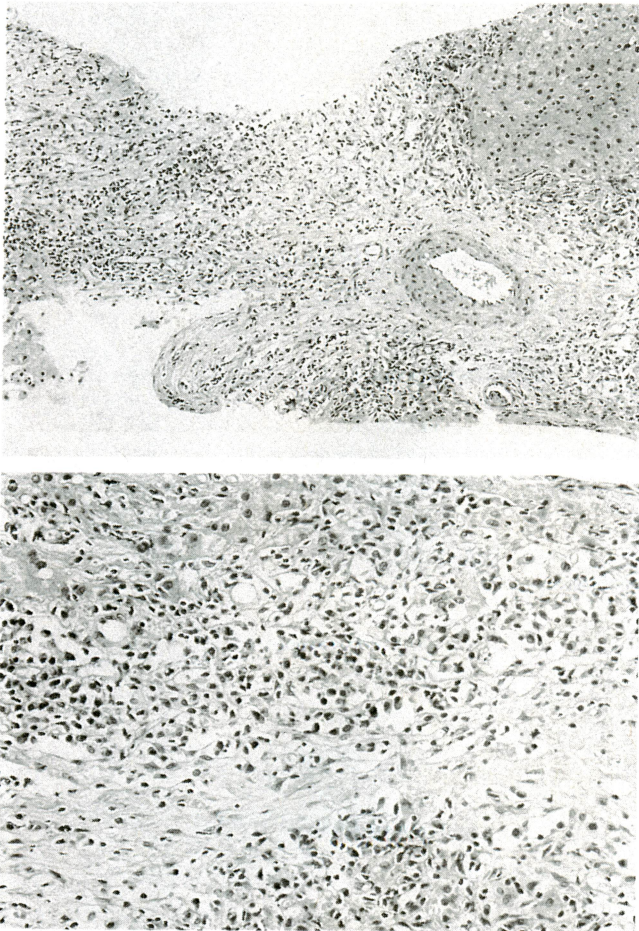


図7：病理組織所見：肝細胞は脱落し loose な結合織で、hemosiderin の沈着を認める。形質細胞主体の炎症細胞浸潤が幅の広い線維化を伴って認められた。

めたと述べており、自験例とも一致する。IPT 周囲組織が炎症により血流が増加しリング状に造影されたためと考える。

近年では本症例と同様に検診や慢性肝疾患の経過観察中に発見された無症状の症例の報告<sup>14)</sup>が散見されているが、それらは比較的腫瘍径の小さいものが多く、本症例のような直径 50mm の無症状例の報告例はなかった。

また、かつては悪性腫瘍の否定ができず手術を行い診断した例も多かったが、最近では針生検で診断した症例<sup>12,14)</sup>の報告が増えてきている。臨床所見、血液所見、画像診断所見などより悪性肝腫瘍が否定的で、本疾患が示唆される場合には経皮的肝生検を行い肝 ITP の病理組織所見を確認した上で、経過観察を行うことが適当と考えられる。我々の症例も針生検で診断し、2年

間の経過観察で縮小を確認している。

本症例では血清 PIVKA-II が高値でありこの点において肝細胞癌との鑑別が問題となった。結局肝細胞癌はなく、この症例の場合はアルコール多飲が PIVKA-II 上昇に影響しているものと考えた<sup>15)</sup>。入院中の禁酒により PIVKA-II は正常化している。

以上、検診を契機に発見された無症状の肝 ITP の 1 例を報告した。

## 参 考 文 献

- 1) Bahadori M, Liebow AA: Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 31: 191-208, 1973
- 2) Garner A: Pathology of "pseudotumors" of the orbit: A review. *J Clin Pathol* 26: 639-648, 1973
- 3) Cotelingam JD, Jaffe ES: Inflammatory pseudotumor of the spleen. *Am J Surg Pathol* 8: 375-380, 1984
- 4) Soga J, Saito K, Suzuki N, et al: Plasma cell granuloma of the stomach. *Cancer* 25: 618-625, 1970
- 5) West SG, Pittman DL, Coggin JT: Intracranial plasma cell granuloma. *Cancer* 46: 330-335, 1980
- 6) Eimoto T, Yanaka M, Kurosawa M, et al: Plasma cell granuloma (Inflammatory pseudotumor) of the spinal cord meninges. *Cancer* 41: 1929-1936, 1978
- 7) Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 13-1984. *N Engl J Med* 310: 839-845, 1984
- 8) 岩本末治, 牟礼 勉, 角田 司: 肝炎症性偽腫瘍, 日本臨床 (別冊領域別症候群 7): 321-322, 1995
- 9) Someren A: Inflammatory pseudotumor of the liver with occlusive phlebitis. *Am J Clin Pathol* 69: 176-181, 1978
- 10) Horiushi R, Uchida T, Kojima T, et al: Inflammatory pseudotumor of the liver. *Cancer* 65: 1583-1590, 1990
- 11) Anthony PP, Telsinghe PU: Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Clin Pathol* 39: 761-768, 1987
- 12) Nakama T, Hayashi K, Komada N, et al: Inflammatory pseudotumor of the liver diagnosed by needle liver biopsy under ultrasonographic tomography guidance. *J Gastroenterol* 35: 641-645, 2000
- 13) Fukuya T, Honda H, Matsumata T, et al: Diagnosis of inflammatory pseudotumor of the liver. *AJR* 163: 1087-1091, 1994
- 14) 太田 貴子, 木曾 真一, 磯崎 耕次, ほか: C型慢性肝炎に合併した無症状の肝 Inflammatory pseudotumor の 1 例. *肝臓* 38: 707-712, 1997
- 15) Ohhira M, Ohtake T, Saito H, et al: Increase of serum des-gamma-carboxy prothrombin in alcoholic liver disease without hepatocellular carcinoma. *Alcohol Clin Exp Res* 23: 67S-70S, 1999



## A Case Report of Inflammatory Pseudotumor of the Liver

Mitsutaka INOUE<sup>1)</sup>, Hitoyoshi OHTA<sup>1)</sup>, Takahiro ITO<sup>1)</sup>,  
Tomoya NISHIKAWA<sup>1)</sup>, Youko KIKUCHI<sup>1)</sup>, Atsushi CHIBA<sup>1)</sup>,  
Tomoyuki OHTA<sup>1)</sup>, Tuneshi FUJII<sup>1)</sup>, Masanori MURAKAMI<sup>1)</sup>,  
Yutaka ORII<sup>1)</sup>, Hiroya SAITO<sup>2)</sup>, Teiko SATO<sup>3)</sup>

Key words : Inflammatory pseudotumor, Liver

---

<sup>1)</sup>Dept. of Gastroenterology, Asahikawa Kosei Hospital, 1-24 Asahikawa 078-8211, Japan

<sup>2)</sup>Dept. of Radiology

<sup>3)</sup>Dept. of Pathology