

【結果】2006年3月～2011年9月まで、OHPを340mg/m<sup>2</sup>以上投与し、治療前後で腹部CTの評価が行われていた症例は58例であった。splenic index (以下SI) 0.9未満1例, 0.9－1.1未満13例, 1.1－1.2未満11例, 1.2以上33例, 56.9%, とくにSI 1.5以上13例, 22.4%であった。治療前脾臓体積の平均値は180.67 ± 9.55cm<sup>3</sup>, 治療後脾臓体積の平均値は224.96 ± 12.68cm<sup>3</sup>でP値は0.0001以下であった。治療前血小板の平均値は25.7 ± 1.1万で、治療中血小板の最小値は12.9 ± 0.7万でP値は0.0001以下であった。SI 1.2以上の群の年齢の中央値は68.8 ± 1.7才で、より高齢であり、治療前脾臓体積はより小さかった。SI 1.5以上となった著明な脾腫大症例では、Bevacizumab併用していた症例はなかった。切除標本の病理では、門脈－中心静脈間およびZone 3に帯状の肝細胞の萎縮、脱落を認め、Zone 1には軽度の再生性変化を認めた。また、門脈域の線維化、門脈の狭小化が見られた。肝細胞萎縮、脱落のめだつ領域では、肝細胞索萎縮部に一致して星細胞にα-SMAを強陽性に認めた。

【考察】化学療法を施行した症例に肝切除を行う場合、薬剤性肝障害の程度を評価することは重要である。切除標本の病理では肝細胞索萎縮、脱落部にα-SMAによる免疫染色で陽性となる部分がめだつことから、α-SMAによる免疫染色で類洞障害を推察することができる可能性があると考えられた。

【結語】OHPは脾腫の誘因となる。とくに65歳以上の高齢者、治療前脾腫大のない症例、Bevacizumab非使用例で脾腫が著明となる傾向がある。OHPによる類洞障害などの肝障害が門脈圧亢進をきたし、このために脾腫がおこると考えられ、切除された背景肝を免疫組織学的に検討することにより、OHPによる肝障害の重症度を診断できる可能性がある。

## 6 肝動脈瘤切迫破裂を契機に発見された結節性多発動脈炎の1例

高橋 一也・佐藤 知巳・佐藤 明人  
 福原 康夫・渡辺 庄治・富所 隆  
 吉川 明・高田 琢磨\*・田川 実\*\*  
 木口 貴雄\*\*\*

厚生連長岡中央総合病院  
 消化器内科  
 同 腎臓内科\*  
 同 循環器内科\*\*  
 同 放射線科\*\*\*

症例は44歳男性、右季肋部痛を主訴に当院外来を受診。理学所見では38度台の発熱と右季肋部から上腹部にかけての圧痛を、血液検査では炎症反応上昇と貧血を認めた。造影CTで多発両腎梗塞・脾梗塞と右肝内門脈前区域枝の頭側に接する8mmの血管と等濃度の構造を認め、単純CTではその近傍に限局性の高吸収域があり、血腫が疑われた。同日入院とし、安静の上、厳重な血圧管理を行った。入院翌日のDynamic CTでは右肝動脈前区域枝と右腎動脈に動脈瘤が認められ、また追加の血液検査でPR3-ANCA陽性であり、精査の結果、結節性多発動脈炎(PAN)と診断した。全身状態が安定しておりPANの治療を優先して行うこととステロイドパルス療法を2コース行い経過中に肝動脈瘤は血栓化した。PANは稀な疾患であるが消化器病変をきたす頻度が高く急性腹症の鑑別疾患として挙げるべきと考えられた。