

Title	熱障害赤血球シンチグラフィにより確定診断が得られた後腹膜脾症の1例
Author(s)	河野, 直明; 大田, 豊承; 三品, 淳資 他
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 2001, 61(8), p. 438-439
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/16574
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

熱障害赤血球シンチグラフィにより 確定診断が得られた後腹膜脾症の1例

河野 直明¹⁾ 大田 豊承¹⁾ 三品 淳資²⁾ 津川 拓也³⁾ 坂本 力⁴⁾

1) 三菱京都病院放射線科 2) 宇治徳洲会病院放射線科
3) 近江八幡市民病院放射線科 4) 公立甲賀病院放射線科

A case of Retroperitoneal Splenosis Diagnosed by Tc-99m Heat-damaged Red Blood Cell Scintigraphy.

Naoaki Kohno¹⁾, Toyotsugu Ota¹⁾,
Atsushi Mishina²⁾, Takuya Tsugawa³⁾,
and Tsutomu Sakamoto⁴⁾

Splenosis is autotransplantation of splenic tissue that usually follows traumatic rupture of the spleen and/or splenectomy. We report a case of retroperitoneal splenosis. The correct diagnosis was made noninvasively with Tc-99m heat-damaged red blood cell scintigraphy. Surgical treatment, which was not necessary in this patient, could be avoided by splenic scintigraphy.

Research Code No.: 705.2

Key words: Tc-99m heat-damaged red blood cell
scintigraphy, Splenosis, Splenectomy

Received May 1, 2001; revision accepted June 13, 2001

- 1) Department of Radiology, Mitsubishi Kyoto Hospital
- 2) Department of Radiology, Uji Tokushukai Hospital
- 3) Department of Radiology, Ohmihachiman City Hospital
- 4) Department of Radiology, Kohga Public Hospital

別刷請求先
〒615-8087 京都府京都市西京区桂御所町一番地
三菱京都病院 放射線科
河野 直明

はじめに

脾症はほとんどの場合は放置可能な状態である。しかしながら、腫瘍と誤診され摘出術を施行されてしまう症例が報告されている。筆者らは、腫瘍を疑われながらも熱障害赤血球シンチグラフィにより脾症と確定し、手術などの不必要な処置を回避しえた1例を経験したので報告する。

症 例

症例は26歳、男性。

主 訴 発熱。

既往歴 6歳時に交通外傷にて脾摘。

現病歴 右足関節靭帯損傷および敗血症にて入院。抗生剤にて軽快したが、入院中のルーチンの腹部超音波検査にて上行結腸背側に接する直径約20mmの肝実質とほぼ等エコーの腫瘤が指摘された。同腫瘤は造影CTでは肝よりやや低濃度を呈し(Fig. 1), MRIでは単純、造影ともに肝実質とほぼ等信号を呈した。いずれの画像検査においても辺縁は明瞭で内部構造は均一であった。以上より、大腸もしくは後腹膜の腫瘍性病変も鑑別診断に挙げたが、脾摘の既往があることから異所性脾組織の可能性が高いと考え、熱障害赤血球シンチグラフィ(Tc-99m heat-damaged red blood cell scintigraphy)を施行した。方法は中嶋らの報告に従った¹⁾。すなわち、ピロリン酸キット 1vialを生理食塩水 2mlに溶解し静脈注射する。30分後 6mlを採血し(ヘパリン加), Tc-99mパーテクネート 4mCi(148MBq), 2mlを混じて49.5°Cの湯浴中で静かに振盪しながら35分間インキュベートする。そして標識された熱障害赤血球を静脈注射し、1時間後に撮像を行った。同シンチにて問題の部位にhot spotを認め(Fig. 2), splenosisと診断した。

考 察

脾症は、外傷、脾摘後に最短で5カ月、長期では30年以上を経て発見される脾組織であり、腹腔内に散布された脾組織の自家移植によって起こるとされている。好発部位は

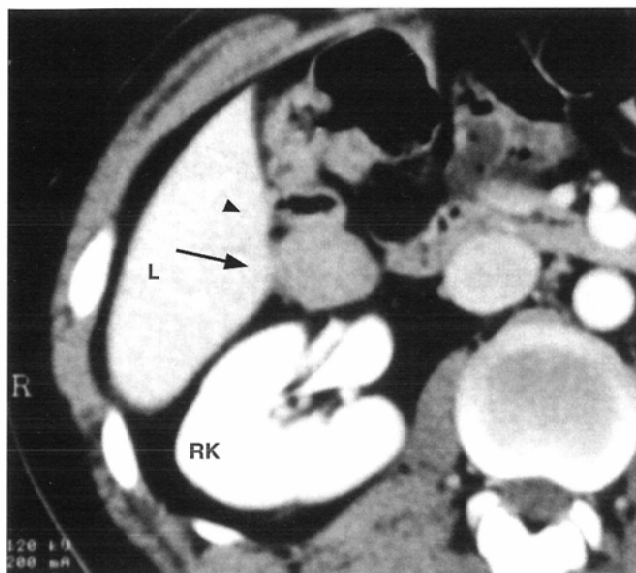


Fig. 1 A 26-year-old man. Abdominal CT scan reveals a well-defined homogenous mass (arrow) behind the ascending colon (arrowhead).
RK: right kidney. L: liver.

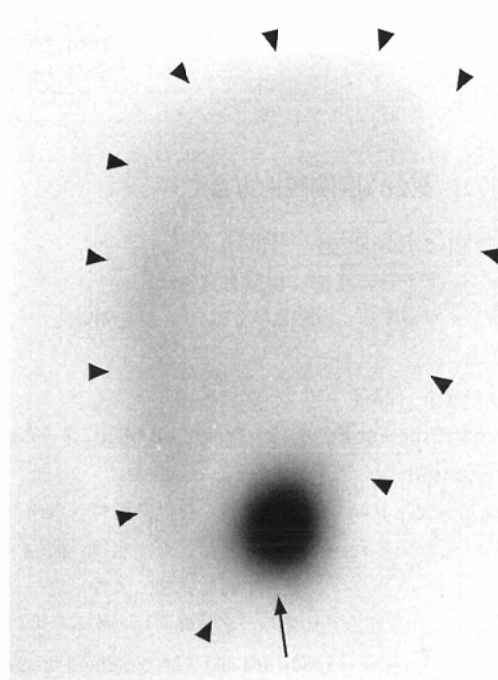


Fig. 2 Tc-99m heat-damaged red blood cell scintigraphy. Planar anterior image shows localized uptake, corresponding to the mass detected by X-ray CT (arrow). Slight uptake to the liver is also depicted (arrowhead).

横隔膜、大網、腸間膜、腹膜であるが、外傷時に横隔膜を同時損傷した場合には、胸腔内に生じることもある²⁾。脾尾部周囲以外の後腹膜脾症は、筆者らが検索しえた範囲では Valliらの報告³⁾のみであり、自験例は稀な部位と考えられた。脾症の多くは無症状であり、incidentalomaとして発見されることが多い。腸閉塞、腹腔内出血、消化管出血、尿管圧迫による水腎症、腹痛などの臨床症状を呈することも報告されているが、これらは非常に稀である。超音波検査やCTでは腎癌などの悪性腫瘍と鑑別困難な場合があり、ほとんどの症例は腫瘍と診断され、手術が行われてきた。そして術後の病理組織診断の結果、脾症と診断された症例が多かった⁴⁾。脾摘後の32%、脾外傷の50%に脾症を認めるとする報告もあり⁵⁾、その頻度は決して低くない。今後CT、USの検査件数の増加とともに発見される頻度も増加するものと考えられる。本症は症状を呈さない限り手術の必要はなく経過観察のみでよい。よって本症をできる限り非侵襲的に診断することが重要である。異所性脾組織の確認にはおもにスズコロイドを用いた肝脾シンチが用いられてい

る。しかしながら、小さい脾臓組織が肝に近接する場合、部分容積効果に加えて、Tc-99mが強く集積する肝からの散乱線により、脾臓組織の分離同定が困難になることが予想される。そこで今回筆者らは脾臓組織に特異的に集積を示す熱障害赤血球シンチグラフィが確定診断に有用と考えて施行し、良好な結果を得た。肝脾シンチにおいても診断できた可能性もあるが、肝と分離同定不可能であった場合に再検査となると、二重手間でもあり被曝線量も増加すると考え、患者に説明のうえ、同意を得て本検査を行ったものである。ただしSPECTを追加することによりCTとの対比がより容易になり、あるいはスズコロイドを用いても肝と脾臓組織を分離同定しうる可能性もあるものと考えられた。

結 語

後腹膜腫瘍性病変を疑われ、熱障害赤血球シンチグラフィにて手術などの侵襲的処置を避けえた後腹膜脾症を経験したので報告した。

文 献

- 1) 中嶋憲一, 油野民雄, 利波紀久, 他: Tc-99m標識熱障害赤血球による脾補足シンチグラフィの適応: 肝脾コロイドシンチグラフィとの比較. 核医学 22: 1, 1985
- 2) Dalton Jr ML, Strange WH, Downs EA: Intrathoracic splenosis: case report and review of literature. Am Rev Respir Dis 103: 827-830, 1971

- 3) Valli M, Arese P, Gallo G, et al: Right retroperitoneal splenosis presenting as an adrenal mass. Eur J Surg 165: 1197-1198, 1999
- 4) Jacobson SJ, De Nardo GL: Splenosis demonstrated by splenic scan. Journal of Nucl Med 12: 570-572, 1971
- 5) Stewart CA, Sakimura IT, Siegel ME: Scintigraphic demonstration of splenosis. Clin Nucl Med 11: 161-164, 1986