症 例

肝穿刺吸引細胞診で診断が確定した
アメーバ症の1例琉球大学医学部病理学第1講座¹⁾, 県立那覇病院病理検査室²⁾仲間 健¹⁾ 松井 克明¹⁾ 伊藤 悦男¹⁾崎原 永敬²⁾ 平良 浩章²⁾

直腸生検でアメーバ性大腸炎の疑診を受け, 超音波映像下肝穿刺吸引細胞診で赤痢アメーバを証明し, アメーバ(アメーバ性肝膿瘍)と確診された1症例を報告した。

肝穿刺吸引物の塗抹標本では赤痢アメーバの数が少なく, また, パパニコロー染色ではその検出は容易ではない。他方, PAS 染色では赤痢アメーバは強陽性に染まり, 40 倍の低倍率で鏡検しても検出することが可能であった。

肝の穿刺吸引物が茶褐色ないし赤褐色の粘稠で濃厚な液体であればアメーバ性肝膿瘍を疑い, 必ず PAS 染色を施し鏡検することが肝要である。

超音波映像下穿刺吸引細胞診の腫瘍診断における有効性についての報告は散見されるが, 非腫瘍性疾患であるアメーバ性肝膿瘍でもその有効性が確認できた。

Key words : Liver—Aspiration—Cytology—Amoeba

はじめに

戦後の一時期, 重要な腸管感染症の1つであったアメーバ症は, 衛生環境の改善により, その後急速に減少し, 最近是比较的まれな疾患の1つとして考えられている¹⁾。しかし, 数年来, 少数であるが増加傾向が認められ²⁾, また, 輸入感染症としての一面も強調されている³⁾。

今回, われわれは直腸生検でアメーバ症の疑診を受

け, 肝穿刺吸引細胞診で赤痢アメーバ(*Entamoeba histolytica*)を証明し, 診断を確定した症例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患 者 : 42 歳, 男。

主 訴 : 腹痛。

家族歴 : 特記すべきことなし。

既往歴 : 肺結核。

生活歴 : 海外渡航歴はない。

現病歴 : 患者はこれまで10年間精神分裂病で入院治療中であつたが, 昭和59年2月初旬頃より腹痛を訴えるようになり, 同年2月25日脾炎の疑いで県立那覇病院外科に入院した。

入院時現症 : 体格中, 腹部膨満があり, 右季肋部に圧痛を認めた。

入院時検査成績 : RBC 349×10^4 , WBC 7,300, 肝機能検査では GOT 84 u, GPT 50 u, LDH 305 u, 総ビリルビン 1.4 mg/dl であつた。

A case of amoebic liver abscess finally diagnosed by cytological examination

Takeshi NAKAMA, M.D., Katsuaki MATSUI, M.D. and Etsuo ITO, M.D.

First Department of Pathology School of Medicine, University of the Ryukyus

Eikei SAKIHARA, M.T. and Kosho TAIRA, M.T.

Naha Prefectural Hospital (Section of pathology)

論文別刷請求先 ☎903-01 沖縄県中頭郡 西原町 字上原宮里
207 琉球大学医学部病理学第1講座 仲間 健

昭和59年6月16日受付

昭和60年2月1日受理

Fig. 1 Biopsy specimen of rectal mucosa. Cells with foamy cytoplasm resembling histiocyte are present in the fibrinous exudate. (H-E, $\times 100$)

Fig. 2 The cytoplasm is faintly stained with light green. Phagocytized red cells can not be identified in the cytoplasm. (Pap. stain, $\times 1,000$)

超音波検査所見: 肝右葉に局限する hypoechoic な類円形の腫瘍を認め、肝膿瘍が疑われた。

大腸内視鏡検査所見: 肛門輪の上方 1~4 cm に Borrmann II 様の潰瘍性病変を認めた。中心の陥凹部には凝血や痰様白苔が付着し、周囲粘膜は全周性に浮腫状で、易出血性であった。

直腸粘膜生検材料の病理組織所見: 潰瘍底から得られた肉芽組織の表面を覆う壊死組織のなかに、やや大型の組織球様細胞を数個認めた。これらの細胞の胞体は泡沫状で、エオジンに淡染し、赤紫色の比較的小さな円形ないし類円形の核を持っていた (Fig. 1)。H-E 染色では核小体は不明瞭であった。アメーバ性大腸炎が強く疑われたが、数が少ないこと、赤血球の貪食像がみられないこと、また、やや変性気味であることなどから確診には至らなかった。

細胞所見: 超音波映像下で肝の穿刺吸引を行い、茶褐色不透明の粘稠な液体を得た。塗抹後、パパニコロー染

Fig. 3 A clear zone is formed at the periphery of the cytoplasm. The inner part of the cytoplasm shows coarse vacuolation. (PAS stain, $\times 1,000$)

Fig. 4 Two zones become more clear by dark field examination. ($\times 1,000$)

色と PAS 染色を施した。

パパニコロー染色では変性、壊死の加わった多数の炎症性細胞および赤血球影を背景に、ごく少数の組織球様細胞が認められた。これらの細胞は円形ないし類円形で、大きさは $15\sim 30\mu$ 、ライトグリーンに淡染する泡沫状の胞体を有し、数 μ の小さな円形を持つ。これらの細胞は数が少ないことや明瞭な赤血球の貪食像が認められないこともあって、組織球や剥脱変性肝細胞との鑑別が極めて困難であった (Fig. 2)。

PAS 染色ではこれらの細胞は赤色に強染し、40 倍の低倍率でも比較的容易にみつけどすことができた。強拡大では、強染部は細顆粒状に染まり、そのなかに小空胞状または粗顆粒状の不染色部分が混在していた。細胞周縁部は中心部に比し、染まりが弱く、細胞によってはほとんど染まらず、環状の透明帯を形成していた (Fig. 3, 4)。

この PAS 染色によりアメーバ症の診断が確定した。続いて行われた直腸粘膜生検材料の PAS 染色でも、壊

死組織内の組織球様細胞は強陽性に染色され、上記診断が追認された。

臨床経過：下血が持続し、加えて肺炎の増悪、腹膜炎併発、後腹膜膿瘍形成などがあり、フラジールの投与にもかかわらず全身状態が悪化し、診断確定後 27 日目に死亡した。剖検の許可は得られなかった。

考 察

アメーバ症は赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) を病原体とする腸管寄生原虫感染症の 1 つで、その分布は広いが、特に熱帯や亜熱帯および温帯の非衛生的な地域に多いとされている¹⁾。

本邦でも昭和 25 年頃までは罹患者が多かったが、その後、環境衛生面の改善もあり、その数は激減した。しかし、数年来、わずかではあるが増加傾向にある²⁾。竹内の集計によると、アメーバ症 27 例中男性が 26 例、女性は 1 例で、また 30 歳以上の者が 27 例中 26 例を占めている。海外渡航歴があるのは 13 例で、そのうち、海外感染が明らかな者は 1 例であった。

赤痢アメーバはその形態から栄養型と嚢子とに分けられるが、粘血便、大腸粘膜生検材料あるいは肝膿瘍中に認められるものは通常栄養型である。したがって、アメーバ症の診断はこの栄養型の検出をもって確定されることが多い^{1), 2)}。

栄養型は直径が 10~60 μ の円形ないし類円形の細胞で、周縁部の外肉と内部の内肉とに分けられる。内肉中には、通常、捕食した赤血球を入れている。核は直径数 μ の円形ないし類円形で、1 個の小さな核小体がある¹⁾。

アメーバ症は便宜上腸アメーバ症 (アメーバ赤痢) と腸管外アメーバ症に分けられるが、腸アメーバ症の場合、cyst carrier (嚢子保有者) を除き、その診断は、臨床症状、便の性状、大腸内視鏡所見などからそれほど困難ではなく、また生検材料からの組織診断率も高い。むしろ臨床症状などから腸アメーバ症を疑い、頻回の検査を行うことが重要とされている^{1~3)}。他方、腸管外アメーバ症、とりわけアメーバ性肝膿瘍は突然に発症し、発見される例が多く、Adams ら¹⁾ の報告によれば、2,075 例のアメーバ性肝膿瘍のうち、腸アメーバ症の既往例は全体の 33% にすぎなかったとしている。したがってアメーバ性肝膿瘍の診断は、腸アメーバ症が併存している場合は別として、それほど容易ではないといえる。

最近、超音波映像下での穿刺吸引細胞診が有用であるとの報告が散見されるが^{7, 8)}、これらのほとんどは腫瘍性病変について言及したもので、非腫瘍性病変について述

べた例は少ない。しかし、われわれの症例でも明らかなようにアメーバ性肝膿瘍の診断には有用であり、特に、腸アメーバ症を併存しない例では有効であると考えられる。

アメーバ性肝膿瘍の穿刺吸引物中の赤痢アメーバをパニコロー染色標本のみからみつけたことは非常に困難である。その理由として、穿刺吸引物中の赤痢アメーバの絶対数が少ないこと (赤痢アメーバは膿瘍周囲の壁内には割に多いが、膿中には少ない²⁾。穿刺吸引で得られるものはこの膿である)、また、パニコロー染色では捕食された赤血球の染色性が悪く、そのため組織球や場合によっては剥脱変性肝細胞との鑑別が難しいことなどが考えられる。したがって、赤痢アメーバを証明するためには特殊染色が必要で、従来より赤痢アメーバのグリコーゲン含有量が多いことを利用し、PAS 染色が用いられている。PAS 染色では赤痢アメーバは強陽性に染色され、容易に組織球や肝細胞と鑑別することができる。しかも、40 倍の低倍率でもみつけたことが可能である。この際、胆管由来の粘液産生上皮細胞を鑑別することが必要であるが、PAS の染色態度や細胞周縁の不染色部 (透明帯) の有無に気をつければ、鑑別はそれほど難しいことではない。diastase 消化 PAS 染色を行えば赤痢アメーバのグリコーゲンは消化されて消失し、また、上皮性粘液であれば Alcian blue 染色で染まる²⁾。しかし、これらの染色は赤痢アメーバの少ない塗抹標本では実際的ではない。

肝の穿刺吸引物で最も重要なことは、その性状である。アメーバ性肝膿瘍のそれは茶褐色ないし赤褐色の粘稠で濃厚な液体であり^{2, 3)}、このような検体であれば必ず PAS 染色を施すことが肝要である。

Summary

In Japan, amoebiasis has been considered rare, but recently, cases of this disease slightly increased.

Our patient, a 42-year-old-male, was suspected of amoebic colitis at a histological examination of rectal biopsy specimen. The final diagnosis of amoebiasis was made by cytological examination with needle aspirates obtained using ultrasonography from a liver lesion.

There are some previous reports that described the usefulness of cytological examination of needle aspirates obtained under ultrasonography for tumor diagnosis. We confirmed the usefulness of this technique in the diagnosis of amoebiasis.

In the aspirates from the liver amoeba were few and hard to find with Papanicolaou staining. However with

PAS staining, amoebae were strongly positive and easily detected at low-power magnification ($\times 40$).

In any case, the characteristics of the aspirates from the liver lesion are very important if amoebiasis is suspected. When the color of mucinous aspirates from the liver was brown to red brown, PAS staining was helpful in making a diagnosis of amoebiasis.

文 献

- 1) Adams, E.B. and MacLeod, I.N. : Invasive amebiasis
II. Amebic liver abscess and its complication, *Medicine*, 56 : 32~334, 1977.
- 2) 浅見啓三, 竹内 勤 : アメーバ赤痢の現状, *感染症*, 6 : 1~8, 1976.
- 3) 岩崎 勇・他 : 穿刺細胞診により診断できた肝囊胞腺癌の1例, *日臨細胞誌*, 23 : 40~44, 1984.
- 4) 川口研二, 小池盛雄 : アメーバ赤痢, *病理と臨床*, 2 : 251~255, 1984.
- 5) 武藤邦彦・他 : 腹部腫瘍 (主として肝胆, 脾) の超音波誘導下穿刺吸引細胞診, *日臨細胞誌*, 20 : 657~669, 1981.
- 6) 大鶴正満・他 : *臨床寄生虫学*, 23~37, 南江堂, 東京, 1982.
- 7) 竹内 勤 : アメーバ症, *病理と臨床*, 1 : 1421~1426, 1993.
- 8) 渡辺迪男, 海老沢功 : アメーバ赤痢, *日本医事新報*, No. 2853 : 14~19, 1978.