

## H) 黄疸の原因として複雑な病態の関与が推察された症例

40 歳代男性。他科からビリルビン値の上昇についてコンサルトを受けた。

慢性腎不全で週 3 回の血液透析を受けている。糖尿病によると思われる末梢動脈疾患 (PAD) で片足切断の既往がある。現在糖尿病は服薬のみでコントロールされている。血液透析導入から 3 年ほど経ち、糖尿病による腎症が原因と考えられる。過去に頻回の輸血歴 (40 単位以上) があり、腎性貧血によるものと考えられる。ビリルビン値はここ 3 か月ほど前から徐々に上昇し、現在 5.0 mg/dL ほどであるが、直接ビリルビンが優位の上昇である。肝細胞障害によるものと考えたが、ALT、 $\gamma$  GTP、ALP はほぼ正常値で、ヒアルロン酸や Fib 4 index などの線維化マーカーの上昇もなく、体質性黄疸も考慮すべきと考えられた。肝障害のマーカーはすべて陰性である。ここで血清フェリチン値の高度上昇 (2,300 ng/mL) がみられ、茶褐色の顔貌、頻回の輸血歴があることから、ヘモクロマトーシスあるいはヘモジデローシスによる肝病変が顕性化して黄疸を呈してきた可能性を考えた。しかし、CT では肝および脾の腫大、胸水・腹水の貯留と胆石がみとめられたが、CT 値は典型的ヘモクロマトーシスの所見ではなかった。また同時に直接クームス試験も陽性で、自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の併存も示唆された。しかし間接ビリルビン優位の上昇ではなく、この病態とは分離した所見であった。肝循環障害によるうっ血肝なども含め、種々の病態が複雑に関与しビリルビン値の上昇を呈したと推察される。しかしステロイド薬や鉄キレート薬の投与、瀉血などは、血液透析施行中の現在の状態から積極的な治療適応とは考えられず、取り敢えず経過観察とした。貧血に関しては、HIF-PH 薬 (ダブブロック) が奏功し、進行はみられていない。