

用が懸念される症例に対して、試みるべき治療法の1つと考えられた。

## 26 大腸癌を合併した Gilbert 病の1例

加藤 俊幸・孫 暁梅・稲吉 潤  
秋山 修宏・本山 展隆・船越 和博  
井上 聡

県立がんセンター新潟病院内科

症例は66歳、女性。17歳時に体質性黄疸と診断されていた。2005年6月の検診で胸部レ線に異常があり、CTで両肺転移と診断された。CEA 14.5ng/mlと高く、大腸鏡でS状結腸癌が原発と診断された。肝転移や肝障害はなかったが、総ビリルビン 8.0mg/dl、DB 0mg/dlの黄疸を認め、低カロリー食試験で陽性を示したことから Gilbert 病と診断した。大腸癌はss、Stage IVであったため、結腸切除後にS-1化学療法を開始した。CEA 2.4ng/mlまで下降し肺転移は縮小したが、総ビリルビンは23.7mg/dlまで上昇し、とくにS-1の4週間内服中に上昇し2週間休薬で減少した。Gilbert 病で欠乏している酵素UGTsに依存する抗癌剤による作用であったが、1日500calの経口栄養補給を併用することにより上昇を防ぐことができた。癌を合併した Gilbert 病患者では抗癌剤による著明な黄疸の報告があり、注意を要する。

## 27 興味深い組織像の変化を観察し得た自己免疫性肝炎の1例

有賀 諭生・吉川 成一・合志 聡  
五十嵐正人・小林 正明・野本 実  
青柳 豊・見田 有作\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
新潟南病因消化器科\*

## 28 当院において最近経験した破裂胃静脈瘤4症例の検討

岩永 明人・阿部 聡司・玄田 拓哉  
夏井 正明・姉崎 一弥・本間 照  
関根 輝夫

県立新発田病院内科

破裂出血をきたした胃静脈瘤4症例に対しBRTOを施行し良好な結果を得たので、その治療経過を検討した。

4例中2例にて破裂前、胃静脈瘤の増大傾向を認めていた。全例、排血路は胃腎シャントであり、BRTOにてシャント血流の消失を得た。

4例中3例で初回BRTO後24時間でシャント血流の消失を確認し得た。ほとんどの症例で、0.4ml/kgを上限とした5%EO1回の注入で早期(24時間以内)にシャント血流の消失を得ることが可能であった。

破裂後の胃静脈瘤では、再出血の危険性が高いこと、及び多くの症例でBRTOにより早期に血流の消失を得られることから、静脈瘤の血流消失を、BRTOのend pointにすることが妥当ではないかと思われた。

また、破裂のリスクとして、静脈瘤の増大傾向が疑われた。

## 29 肝性脳症に対しB-RTOが奏効した1例

上村 博輝・牛木 隆志・富樫 忠之  
渡辺 孝治・関 慶一・石川 達  
太田 宏信・吉田 俊明・上村 朝輝  
武田 敬子\*

済生会新潟第二病院消化器科  
同 放射線科\*

症例は73歳、男性。アルコール性の非代償性肝硬変に伴う肝性脳症のためアミノレバンの点滴を繰り返していたが改善乏しく、2006年10月31日入院。

腹部CT、CT-MIP画像にて左胃静脈、脾静脈より短絡路を介して左腎静脈へ流入する門脈一循環短絡路の存在を確認した。肝性脳症の主たる原因は短絡路と考え、頸静脈より経左腎静脈的

にバルーンカテーテルを挿入，排血路にカテーテル留置し，硬化剤を注入した。CT-MIP像にて短絡路の閉塞を確認後，アンモニア値は $45\mu\text{g}/\text{dl}$ まで漸減し，肝性脳症のコントロールは可能となった。

B-RTOは主として胃静脈瘤の治療目的に行われるが，門脈-大循環短絡路を介した肝性脳症にも応用できる。

また，術前評価としてのCT-MIPは門脈-大循環短絡路の存在の確認に有用と考えられた。

術後評価としてもCT-MIPを用いることによって完遂度の確認ができることが示された。

### 30 胃弧発性静脈瘤に対してBRTO-PSE併用療法を施行後，肝癌治療を行ったC型肝硬変の1例

和栗 暢生・池田 晴夫・米山 靖  
滝沢 一休・岩本 靖彦・相場 恒男  
古川 浩一・五十嵐健太郎・月岡 恵  
新潟市民病院消化器科

症例は55歳，男性。C型肝硬変を背景とする肝細胞癌（HCC）でこれまで4度の局所治療を行っていた。S7に出現した新規HCCと，増大傾向にある胃静脈瘤と合わせて治療目的に当科入院した。まず胃静脈瘤の治療としてバルーン逆行性経静脈的塞栓術（BRTO）の方針としたが，治療後の門脈圧上昇を軽減することと，HCC治療後にIFN治療につなげるための血小板増加作用を期待して，部分脾動脈塞栓術（PSE）を同時併用することとした。梗塞率78.7%でPSEを行い，BRTOは硬化剤停滞時間を24時間として施行したところ，胃静脈瘤および胃腎シャントの消失をみた。翌日の確認造影につづいてHCCに対して肝動脈化学塞栓術を行い，後日エタノール局注による追加治療を行った。重篤な合併症なく，1ヶ月弱の入院期間で退院され，血小板数は10万強を維持し，胃静脈瘤の消失も確認された。IVRは単なる門亢症の治療に留まらず，背景肝の治療につながるアイテムとなりうるが，症例ごとにその意義や方法を十分検討することが重要と考えられた。

### 31 Budd-Chiari 症候群を呈した興味ある1例

孫 暁梅・加藤 俊幸・稲吉 潤  
秋山 修宏・本山 展隆・船越 和博  
井上 聡・若井俊文\*・白井 良夫\*  
宗岡 克樹\*\*  
県立がんセンター内科  
新潟大学大学院消化器・一般外科学  
分野\*  
新潟医療センター病院外科\*\*

症例は63歳，男性。2004年11月下旬から腹部膨満感と胃のモタレが出現。5日後には浮腫が出現し，血小板の減少と肝障害，蛋白尿が認められた。現症として右胸水と腹水，下肢の浮腫を認めた。腹部エコーとCTでは肝内に腫瘍性病変は指摘できず，利尿剤によって症状は軽減した。しかし，1ヶ月後のCTでは右胸水，腹水とともに横隔膜レベルで下大静脈に狭小化があり，軟部影が疑われた。心エコーでは肝後方と心臓の間に腫瘤を認め，下大静脈の狭小化と右心房の圧迫像が見られた。MRIでは，横隔膜のレベルで下大静脈を取り囲むような $4\times 3$ センチ大の軟部腫瘤が認められた。下大静脈造影では肝静脈合流部前後から肝上部の下大静脈に高度の狭窄が認められ，肝静脈造影では下大静脈合流部近くの右肝静脈本幹にも狭窄が指摘された。以上から血管造影からBudd-Chiari症候群と診断された。症状とうっ血肝による肝機能障害の悪化は見られず，治療を目的に新潟大学へ転院した。2005年8月に開腹し，肝静脈根部で肝S8に硬い腫瘤が触知され，迅速病理診断は中分化腺癌であった。以上から肝内胆管癌，腫瘤肝外発育型と診断された。

## II. 特別講演

### 硬化性胆管炎の病理

金沢大学  
医学系研究科形態機能病理学 教授

中 沼 安 二