

療選択の拡大につながったと考えられた。また CR 症例にも肝細胞癌の発生を経験しており、慢性肝炎の活動性の改善が不十分な CR 症例に対しては嚴重な経過観察が必要であると考えられた。

## 19 PIVKA-II 高値を呈した肝限局性結節性過形成の一例

東海林俊之・丸山 弦・松田 康伸  
市田 隆文・野本 実・青柳 豊  
畑 耕治郎\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
新潟市民病院消化器科\*

今回、我々は PIVKA II 高値を伴う肝限局性結節性過形成 (以下 FNH) の一例を経験した。

CT, MRI では、異なった画像を呈す腫瘍の多発を認め、造影における血流動態も異なっていた。造影 CT にて早期濃染を認めた腫瘍については、レボピスト投与後のドプラエコーで車軸状血管と思われる血流の流出入を認め、FNH が疑われたが、フェリデックス造影 MRI では、フェリデックスを取り込む腫瘍と取り込まなかった腫瘍に 2 分されたため、画像的検索では確定診断がつかなかった。そのため、フェリデックスを取り込んだ腫瘍と取り込まなかった腫瘍の代表的な病変から各々生検を行い、組織所見から共に FNH と診断した。PIVKA II 高値については、MU-3 抗体と 19B7 抗体の比から悪性腫瘍によるものではないと判断された。実際に PIVKA II の上昇は認めていない。

諸報告によると FNH に腫瘍関連マーカーの上昇を認めた症例は大変まれである。また、PIVKA II は FNH により産生されている可能性が高いことが推測された。

PIVKA II における MU-3/19B7 比の測定は腫瘍鑑別の補助診断に有用であると考えられた。

## 20 収縮性心外膜炎の経過中に発見された巨大肝細胞癌の一切除例

加藤 卓・橋本 哲・野本 実  
青柳 豊・黒崎 功\*・畠山 勝義\*  
新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
同 外科学分野\*

症例は 53 歳男性。43 歳時、収縮性心外膜炎と診断。飲酒歴は機会飲酒程度で、輸血の既往はなかった。53 歳時に職場の検診時に腹部エコーにて肝腫瘍を指摘。その後腹部 CT にて S5 に径約 10cm の巨大肝腫瘍及び AFP 高値が認められ、肝細胞癌疑いで当科入院。血液検査所見では、AFP: 20995ng/ml, PIVKA II: 492mAU/ml と著明な高値を認めた。B 型、C 型肝炎ウイルスの感染は否定的であった。腹部血管造影及び CT 検査にて単発の巨大肝細胞癌と診断し、肝予備能も保たれており手術を施行。切除標本で、腫瘍は大きさ 11 × 8 × 7cm で境界明瞭な黄白色調結節で、八つ頭状の肝外発育を示し、単結節周囲増殖型と診断。病理組織標本で、非癌部の線維化は極軽度で門脈域の炎症細胞浸潤、中心静脈周囲のうっ血所見を認めなかった。腫瘍部は小型、淡明、中分化型の肝細胞癌で、全体的に均一であった。門脈域を中心に鉄沈着を認め、鉄の代謝異常と肝細胞癌との関連について今後検討する予定である。

## 21 局所制御が比較的良好であったにも関わらず、急激に増大する頸部リンパ節転移を来した肝細胞癌の一例

館道 芳徳・橋本 哲・野本 実  
青柳 豊  
新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野

症例は 74 歳、男性。1979 年：肝硬変と診断。1991 年 HCV 抗体陽性。1999 年：多発性肝細胞癌を認め、経カテーテル的抗癌剤動注、経皮的ラジオ波焼灼術等を施行。以後 2001 年、2002 年に 2 度再発を認め、同様の治療を行ったが、治療後は局所制御は比較的良好であった。2002 年 11 月：

右上肢痛と右頸部に小豆大の腫瘍が出現。その後腫瘍の急速な増大を認めため、12月9日当科入院。腹部MRIで、局所再発を認めず、数mmの肝内転移を2箇所認めるのみであった。頸部MRIで、右頸部に径5.5cmのリンパ節腫大を認めた。入院後急速に腫瘍の増大を認め、左頸部リンパ節の増大も出現した。2003年1月21日肺炎にて死亡され、家族の同意のもとで頸部リンパ節生検を施行。病理組織標本にて、肝細胞癌の転移と診断。肝細胞癌の頸部リンパ節への転移は剖検症例中1～3%と稀である。本症例は局所制御が比較的良好であったにも関わらず、急速に頸部リンパ節の腫大を来たした貴重な症例と考えた。

## 22 初発時、最大径6cmの巨大病巣の局所制御を施行、異時多発性(IM)病変にたいしても、入院治療を計7回反復後、5年生存を維持し、社会復帰を継続している多発性肝細胞癌の一例

鈴木 康史・兼藤 努・青柳 豊\*

新潟医療生協木戸病院消化器内科

新潟大学大学院医歯学総合研究科

消化器内科学分野\*

症例は、73歳、男性。H10年2月、S1-4-7部位に4cm大のHCC p/oされ入院。初期治療後6cmと増大し再入院。治療三年後、四年後に異時多発性IM病変を確認。H14年12月まで、計7回の入院にて、物理的局所制御の反復治療を施行、5年生存を維持した。巨大HCCの内科的局所制御が、可能である症例が存在した。AFP、PIVKA-IIなどの腫瘍マーカーは、肝内多発病変の出現と呼応して上昇した。

## 23 アルコール性肝硬変合併、かつ、HBc抗体原倍陽性、多発性肝細胞癌に対し、頻回のTAE-PEIT治療ならびにHV、IVC、RA浸潤病変への3回の動注療法が著効した、2年9ヶ月生存、外来通院中の58歳、男性の一例

鈴木 康史・兼藤 努・青柳 豊\*

佐藤 秀一

木戸病院消化器内科

新潟大学医歯学総合研究科

消化器内科学分野\*

症例は、58歳、男性。H12年5月、腹部画像診断にて、multiple HCCs (S3, S8, S5) 確認後、6月入院。以後H14年9月まで、入院期間制限、早期退院の強い希望にて、計5回の入院治療歴あり。入院時著明な血小板減少を認めたが、禁酒にて、正常値にまで回復した。AFP、PIVKA-IIは、入院当初より著明に上昇していた。小再発を克服後2年1ヶ月後、HV、IVC、RAへの広範な浸潤を確認、大量CDDP+5-FUによるtandem slow infusion Txを計3回施行、CRを得た。2年9ヶ月以降も無再発を維持している。外来にて、low dose CDDP+経口5-FU治療にて、記名力障害、失見当識の一過性反復性出現を見ているが経過良好である。

## 24 CTAが破裂部位の同定に有用であった多結節型肝癌の一例

太田 宏信・馬場 靖幸・石川 達

林 俊彦・吉田 俊明・上村 朝輝

済生会新潟第二病院消化器科

症例は64歳、男性。平成12年11月腹部膨満感出現し当科受診。非代償性B型肝硬変と診断。腹水および食道静脈瘤破裂に対して治療を行った。平成14年8月肝S5-8に30mm、S2に20mmの肝細胞癌が出現。SMANCSおよびELを動注した。同年11月肝細胞癌の増大、および黄疸の増強(T.Bil3-5)があり入院。12月15日肝細胞癌破裂をきたした。血管造影で肝内に多結節を認めたが血管外漏出像は認めず、CTAで肝左葉からの血管外漏出像を認めTAEを施行し止血した。その後