

7例(HBc/HBs 抗体陽性2例, 陰性5例)で測定したが全例陰性であった。スクリーニングの肝炎ウイルスマーカーが陰性であること, アルコール性肝疾患との先入観, 他疾患フォローなどから肝癌サーベイがなされず, 肝細胞癌の発見遅延例が多かった。

13) 診断20年後に肝細胞癌を合併した Budd-Chiari 症候群の1例

中村 祥子・加藤 俊幸
秋山 修宏・田代 和徳
古谷 正伸・伊東 浩志 (県立がんセンター)
斉藤 征史・小越 和栄 (新潟病院内科)

症例は69歳女性, 主訴は左胸壁腫瘍。1975年腹水, 浮腫, 脾腫, 腹壁静脈怒張, 血小板減少を認め Budd-Chiari 症候群と診断され経静脈的拡張術を施行。20年後の1994年12月圧痛のない左肋骨部の腫脹を自覚し来院。胸部CTで約5cmの左胸壁腫瘍を認め, 経皮生検で肋骨への肝細胞癌転移と診断された。腹部CTでも肝左葉に約4cmのLDAを認め, AFP 141,894 ng/ml, PIVKA-II 13.9 AU/ml と高値を示し, HBs-Ag (-), anti-HCV (-) であった。肝癌に対する肝動脈塞栓術, 化学療法, 転移巣に対する照射療法を行ったが, 全身骨転移と肺内転移により1年後に死亡。発癌の成因や関連については明かではないが, 非B非C型肝炎線維症を認め, Budd-Chiari 症候群との関連性が示唆された。

14) 経皮経肝の静脈瘤塞栓術を契機に急激な門脈血栓症増悪をみせた肝癌合併肝硬変症の1例

福田加奈子・石田 卓士
堀 高史朗・上原 一浩
大坪 隆男・小林 正明 (立川総合病院)
早川 晃史・七條 公利 (消化器内科)

65歳男性。Alcoholic LC, HCC で加療中。H4年より食道静脈瘤(LmF1CbRC (-)), 胃静脈瘤(以下CV)(Lg (-))を指摘。H8年6月に門脈本幹壁在血栓をみ, 同時期CVはF3RC(+)であった。9月CV出血あり。左下横隔膜静脈と心膜静脈がCV流出路であり, EISは他臓器壊死の危険あり施行せず, 経皮経肝の静脈瘤塞栓術(以下PTO)を施行。CV供血路を金属コイルにて塞栓した。2ヶ月後, 腹水増悪。CT上門脈本幹から脾静脈全幹に内腔狭窄, 閉塞があり門脈血栓症と診断, 死亡した。本症例はPTOを契機に凝固亢進状態が高まり, 以前よりある門脈血栓が急速な増悪

を来したと考えられた。

15) 多発性肝細胞癌切除例の検討

高木健太郎・青野 高志
斉藤 有子・本間 英之
武藤 一朗・長谷川正樹 (新潟県立中央病院)
小山 高宣 (外科)
山崎 国男・植木 淳一 (同 内科)
島山 重秋 (島山 医院)

多発性肝細胞癌の手術適応を明確にする目的で, 過去10年間の肝細胞癌146例中多発66例を腫瘍径3cm以下で3個以内群とその他の2群, 門脈腫瘍栓の有無により2群, 腫瘍分化度により3群に分けそれぞれの生存率を比較した。

結果: 5年累積生存率はそれぞれ肝細胞癌多発例全体で21.9%, 多発例中腫瘍径が3cm以下でかつ腫瘍個数が3個以内のもの33.5%, 門脈腫瘍栓無しのもの43.2%, 高分化のもの50.0%であった。

結語: 多発例中最大腫瘍径3cm以下でかつ腫瘍個数3個以内, 門脈腫瘍栓無し, 高分化のものには従来の肝切除で比較的良好な予後が期待できる。しかし, その他の多発例は, 術式の拡大, 術中マイクロ波凝固療法との併用, 術後 adjuvant therapy が予後を改善するために必要である。

16) AFP 高値を示した大腸癌肝転移の1剖検例

石本 結子・石川 達
野本 実・市田 隆文
青柳 豊・朝倉 均 (新潟大学第三内科)

症例は66歳女性, 主訴は食欲不振, 潜血便。1995年12月頃微熱・食欲不振にて近医受診, AFP 25 ng/ml, CEA 14,939 ng/ml と高値にて1996年3月18日入院した。精査にて上行結腸に2型の中分化型腺癌が認められ, 肝両葉に多発性肝転移を認めた。同年6月には右半結腸切除術, 肝転移巣に対しては化学療法を施行したが1997年1月27日死亡した。経過中 CEA は持続高値, AFP は手術後も上昇(最大値 2,969 ng/ml), グルコサミニル化率49%, フコシル化率91%と消化器癌肝転移と考えられた。剖検では肝および肺転移が認められ, 肺転移巣には認められなかったが原発巣および肺転移巣の一部に AFP 陽性細胞が認められた。AFP 産生大腸癌, 特に結腸癌は自験例を含め7例と稀であり報告する。