

良好例に待機的 TAE を施行するのが妥当と考えられた。

9) 動注療法ならびに放射線療法が奏効した胆道内発育型肝細胞癌の1例

尾崎 俊彦・本間 明 (済生会新潟総合病院) 内科  
川口 正樹・相場 哲朗 (同 外科)

症例は67才男性。主訴：腹痛，発熱。既往歴：47才胆石手術（輸血歴あり），64才膀胱腫瘍（stage I）。血液検査では高ビリルビン血症（T. Bil: 6.5mg/dl），肝・胆道・腓酵素の上昇，AFP 6200mg/ml，画像診断（RI, US, CT, 血管造影法, PTC）では肝右葉（S<sub>5</sub>）の肝細胞癌と肝内部から総胆管に連続する鑄型状の腫瘤像を認め，右前下区域の肝細胞癌の胆道内発育による閉塞性黄疸が考えられた。血管造影法による動注療法（MMC: 10mg, ADM: 30mg）を3回と放射線療法（コバルト60, 200rad×24回）を6カ月間に施行し，胆道内の腫瘤の消失と AFP 値の低下（53mg/ml）を認め，黄疸，腹痛等の諸症状も改善した。閉塞性黄疸と急性膵炎にて発症した胆道内発育型肝細胞癌は比較的稀なため，示唆に富む症例と考え報告した。

10) 極細針状温度センサーにより深部加温状況をモニターし得た肝細胞癌の一治療例

鶴谷 孝・豊島 宗厚 (日本歯科大学) 新潟歯学部内科  
相川 啓子・曾我 憲一 (日本歯科大学) 新潟歯学部物理  
柴崎 浩 (東京工業大学) 高分子科  
村田 浩 (東京工業大学) 高分子科  
江原 勝夫 (東京工業大学) 高分子科

（目的）悪性腫瘍に対する温熱療法が注目されているが，腫瘍部の温度測定には外科的処置を要する場合があり，その実施には不自由と制約があった。そこで我々はエコーガイド下に安全確実に挿入可能な極細針状温度センサーを開発し，肝細胞癌患者の温熱療法施行中の温度測定を行い若干の知見を得たので報告する。

（方法・結果）患者は47才の女性で腹腔動脈造影，US等よりS4～S8を中心とする直径10cm前後の肝細胞癌と診断され，TAE 3回，温熱療法23回施行後腫瘍径は6cmと縮小した。温熱効果を検討するためRF加温装置（450W, 40分間）を用い，US誘導下に開発した温度センサーを腫瘍内に挿入留置し測温を行った。穿刺針は外套が23G，内套は27Gで安全確実に挿入でき腫瘍部の温度は36.8℃から40.3℃まで上昇した。

（結語）今回開発した針状温度センサーはUSを用いて確実に目標部位に留置可能で，さらに測温前後における出血等の重篤な合併症もなく，温熱療法における需要が増すものと考えた。

11) 当院で経験した肝腫瘍症例のMRI像の検討

齋藤 徹・太田 玉紀 (水原郷病院) 内科  
宮島 透・島田 克己 (水原郷病院) 内科  
寺田 一郎

当院で経験した肝腫瘍症例17例，48病巣のMRI像を検討した。MRI装置は，横河メディカル RESONA, 超伝導，0.5テスラ。スピエコー法にてT<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, 及びプロトン密度強調画像を撮影した。小病巣では，MRIにより1cm以下の肝血管腫が8病巣描出された。MRI, CT同時期施行例12例，49病巣の比較では，MRIが43病巣，CTが42病巣描出しほぼ等しかった。しかし小病変の検出にて肝血管腫，転移性肝癌ではMRIが，肝細胞癌ではCTが優れていた。各腫瘍病巣のMRI上の特徴は，肝細胞癌ではT<sub>1</sub>強調画像での被膜，T<sub>2</sub>強調画像でのモザイクパターンであり，肝血管腫ではT<sub>1</sub>強調画像での低信号，T<sub>2</sub>強調画像での高信号であり，転移性肝癌ではT<sub>1</sub>強調画像でのLow in low, T<sub>2</sub>強調画像でのHigh in highを示すリング状構造であった。

大腸平滑筋肉腫の肝臓転移例で，MRI上肝血管腫との鑑別の困難な例があり，肝血管腫のMRI診断に於いて注意を要すると思われた。

12) Budd-Chiari 症候群におけるMRI像—各種画像診断と比較して—

原 秀範・五十嵐修一 (新潟大学) 第三内科  
高橋 和義・大野 隆史 (新潟大学) 第三内科  
成澤林太郎・市田 隆文 (新潟大学) 第三内科  
上村 朝輝・朝倉 均

当科で長期経過観察している2例のBudd-Chiari症候群にMRI, US, バルスドプラー法, CT, および大静脈造影法を施行し，各種画像診断の診断能を比較検討した。MRIは下大静脈障害部位を矢状面，冠状面断層で明瞭に描出でき，膜様狭窄ないしは血栓性閉塞を診断しえた。また，下大静脈内の障害部位の末梢側は低流速による高信号を示した。USは障害部位を診断でき，バルスドプラー法の併用で障害部位の末梢側の血流低下を検知できた。一方，CTでは障害部位さえも診断できなかった。大静脈造影法は障害部位，性状とも明瞭に描出しえ，同時にカテーテルを用いて静脈圧較差を測定