

2剤の DAAs 併用による治療が承認された。国内第三相臨床試験では治療開始後の血中 HCV RNA 消失時期にかかわらず良好な治療効果を得られたとされている。しかし、2週目までに消失した例は100%のSVR達成率であるのに対し、4週目に消失した例は約85%のSVR達成率であり、実数で24例がSVR非達成である。その要因が薬剤耐性HCVの出現のみであるか否かは明らかでない。仮説として、DCV/ASV治療開始2週目までにHCV RNAが検出感度未満とならなかった症例をHCV量減少遅延例とし、治療経過を観察した。HCV量減少遅延例：

〔症例1〕1940年生まれ、女性。治療歴はペグ・インターフェロン(Peg-IFN)・リバビリン(RBV)72週間治療もSVRに至らなかった。DCV/ASV治療開始6週目にHCV RNAは検出感度未満となった。ALTは8週目までは20 IU/L未満となったが、10週目からは漸増している。

〔症例2〕1938年生まれ、女性。治療歴はなし。DCV/ASV治療開始3週目にHCV RNAは検出感度未満となった。ALTは3週目より10~11 IU/Lを持続している。

両症例とも、治療前にHCV NS3領域・NS5領域の各耐性アミノ酸変異は検出されていない。今後、治療経過を注意深く解析していく予定である。

12 特異な経過をたどった肝細胞癌の1例

川田 雄三・高村 昌昭・井上 良介
 荒生 祥尚・高橋 一也・本田 博樹
 影向 一美・橋本 哲・佐藤 祐一
 野本 実・坂田 純*・若井 俊文*
 青柳 豊・寺井 崇二

新潟大学医歯学総合病院消化器内科
 同 消化器・一般外科学分野*

症例は60歳、男性。2000年よりB型慢性肝炎で近医通院中であった。2011年9月の検査でAFP 3,270ng/mlと著増し、11月のCTでは多発肝腫瘍(S2/S6/S8)を認めた。その後AFPは5.9ng/mlと著減、2012年2月のアンギオCTでは肝細胞癌に

特徴的な所見は認めなかった。4月のCTでリンパ節腫大を認め、徐々に増大してきたため、EUS-FNAを施行。肝細胞癌リンパ節転移の診断であった。また同時期にS2に新規の肝細胞癌が出現。2013年10月のMRIでS2病変の早期濃染を認めたため、自然退縮部の評価も兼ねてS2肝部分切除+13aリンパ節摘出術を施行。病理組織所見は、自然退縮部は硝子化物からなる結節を多数認め、腫瘍細胞は認めなかった。S2の新規病変、リンパ節はHepatocellular carcinomaであった。その後経過観察していたが、リンパ節に再発を認めた。原発巣の自然退縮後にリンパ節転移、再発を来とし、特異な経過をたどった肝細胞癌の1例と考えられた。

13 肝細胞癌の多発肺転移に対しTS-1+CDDP併用療法が有効であった1例

坂牧 僚・熊木 大輔・有賀 諭生
 山川 雅史・平野 正明

県立中央病院消化器内科

症例はアルコール依存症の62歳男性。2013年2月10日腹痛が出現し、救急外来を受診したところ、肝細胞癌破裂と診断され、緊急で肝動脈塞栓術を施行した。2月14日CTにて肝細胞癌の多発肺転移と診断した。まず原発巣を切除する方針とし、3月1日、肝外側区切除術を施行した。肺転移に対し4月2日よりソラフェニブの内服を開始したが7月9日薬疹のため中止した。9月3日TS-1+CDDP併用療法を開始、2014年12月までに計12コース施行することが可能であった。

肝外転移を伴うStageIVb進行肝細胞癌の平均生存期間は4.6か月、1年生存率は20%と予後は極めて不良であると報告されている。進行肝細胞癌に対する治療としてはソラフェニブ単剤投与で全生存期間、無増悪生存期間を有意に延長することが示されているが、ソラフェニブで投与中止あるいは無効となった場合の治療選択は示されていない。一方で、TS-1+CDDPなどの全身化学療法が奏効したという症例がいくつか報告さ

れている。

本症例は多発肝転移を伴う進行肝細胞癌に対し、TS-1 + CDDP 併用療法で長期に SD が維持できた1例であり、ソラフェニブで投与中止あるいは無効となった症例の選択肢の一つとして、TS-1 + CDDP 併用療法が有用である可能性が示唆された。

14 小型肺癌から多発肝転移をきたした2例

倉岡 直亮・小林 隆昌・山本 幹
土屋 淳紀・須田 剛士・寺井 崇二
長谷川 剛*・梅津 哉**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器内科
同 分子細胞病理学分野*
新潟大学医歯学総合病院病理部**

〔症例1〕70歳代、男性。

【主訴1】全身倦怠感。

【現病歴、経過1】X年8月右季肋部痛あり、近医CTにて胆嚢炎と診断され SBT/CPZ の投与を受けたが効果乏しく、DICの状態になり当院ICUへ入院した。CTにて肝実質に地図状の造影不良域を、胆嚢壁に浮腫性変化を認めた。また右肺野に21mm大の肺癌を疑う結節影を認めた。肝胆道病変の診断がつかず対症的にDIC治療、抗菌薬治療を行ったが、第2病日に呼吸不全、第5病日に腎不全と悪化の一途をたどり第9病日に永眠された。病理解剖を施行し、肝実質の地図状陰影は肺癌肝転移（腺癌；TTF-1陽性）、DICは腫瘍の進展に伴うものと診断した。

〔症例2〕70歳代、男性。

【主訴2】なし。

【現病歴、経過2】間質性肺炎、C型慢性肝炎のため当院通院中であった。X年9月左肺に15mm大の結節影あり、肺癌の診断で放射線治療が行われた。治療後のCTにて3か月前には確認されていなかった小型多発結節が肝臓に出現、経皮的エコー下肝生検にて肺癌の多発肝転移（小細胞癌；TTF-1陽性）と診断した。現在当院呼吸器内科にて化学療法試行中である。

【考察】小型肺癌から多発肝転移に至った2例を経験した。小型肺癌であっても症例1のように瀰漫浸潤性にそして症例2のように急速に小結節状に転移することを念頭に入れ診療を行うことが重要であることを示す2例と考え報告する。

15 NET 肝転移症例に対する治療

小林 由夏・杉谷 想一・高橋 俊作
大関 康志・飯利 孝雄

立川総合病院消化器内科

【はじめに】神経内分泌腫瘍は画像診断の進歩に伴い、急速に、罹患数が増加している。肝転移を伴った症例では診断時8-9割が治癒切除困難であり、QOLや生存率向上のために、肝転移巣の制御が重要となる。

【方法】当院で経験した3例のNET症例について、診断および治療内容を検討する。

〔症例1〕71歳、女性。平成24年、肝部分切除にてNETと診断され、原発巣は不明である。残存する肝転移に対してTACE、Beads-TACEを繰り返したが、制御不能となりエベロリムスを導入した。

〔症例3〕52歳、女性。平成24年腹部CTおよび肝生検組織診断より膵内分泌腫瘍（G2）の脾静脈浸潤、胃静脈瘤、多発肝転移と診断され、7月、肝外側切除、膵尾部切除、脾切除、胃部分切除を行った。残存する肝転移に対してエベロリムスを開始、平成25年2月よりサンドスタチンを併用し腫瘍の増大は認めなかったが、腹腔内膿瘍の再燃を繰り返した。7月よりスニチニブに治療変更したところ、治療開始2週間目の腹部CTで多血性充実性であった腫瘍は虚血状態となり、その後徐々に縮小、1年9か月後の現在もPR継続中である。

【考察】初診時NET肝転移症例の診断には苦慮する 경우가多く、ホルモン症状や画像所見が非典型的な場合には積極的に疑って組織検査を含めた精査を行うことが必要である。エベロリムス、スニチニブの経口分子標的治療薬に関しては、各