

第9回群馬小児がん研究会抄録

日 時：平成 16 年 8 月 27 日 (金)
会 場：前橋商工会議所会館 Lily
当番幹事：森川 昭廣 (群馬大学院・医・小児生体防御学)

〔特別講演〕 座長 森川 昭廣 (群馬大院・医・小児生体防御学)

〔小児がんの画像診断〕

藤岡 睦久 先生 (獨協医科大学放射線科教授)

〔一般演題〕

座長 嶋田 明

(群馬県立小児医療センター血液腫瘍科)

1. 3ヶ月で発見された右副腎原発 IVB 神経芽腫症例の 治療経験

土岐 文彰, 高橋 篤, 志村 龍男
桑野 博行 (群馬大院・医・病態総合外科)
金澤 崇, 小川千登世, 森川 昭廣

(同 小児生体防御学)

症例は3ヵ月の女児。39週6日、2944gで正常分娩。3ヵ月検診にて、右上腹部に腫瘤を触知、当院小児科受診となる。腹部レントゲン右上腹部に gasless 像があり、腹部エコーで右腹部から骨盤内にいたる 80×40mm の巨大腫瘤を確認、神経芽腫が疑われた。精査加療目的に当科入院となる。検査データは尿中 VMA, HVA が著明に上昇していた。CT では、肝右葉の内側前方に 7.5×7×11cm の表面平滑な腫瘤を認め、右副腎では同定できず、右副腎原発の神経芽腫が考えられた。MRI では腫瘍が正中線を越えて存在しているのが確認でき、大血管、腎動静脈への浸潤は画像上認めなかった。一次的摘出は困難と考え、組織診断目的に開腹生検を施行した。表面平滑な被膜に覆われており、肝臓への浸潤はなかった。同時に骨髄生検を施行、骨髄から腫瘍細胞が確認された。組織診断で神経芽腫と確定、腫瘍細胞の MYCN 増幅はなかった。腫瘍が正中線を越えており、遠隔転移が骨髄のみであるため、臨床病期は stage IVB と診断、乳児神経芽腫統一プロトコルに従い、化学療法を施行してから、待機

的一期手術を施行することとした。3クール施行後の CT では腫瘍の縮小率は 76.7%であった。その後待機的一期手術を施行した。腫瘍は IVC, 右腎静脈に高度に癒着していたが、肉眼的には腫瘍の残存なく摘出できた。腹腔内のリンパ節の腫大はなかった。プロトコルに従い、術後も regimen C2 の化学療法を 6 クール施行した。画像上も腫瘍再発もなく、入院から 8ヵ月で退院、現在外来で follow 中であるが画像上、血液上も再発なく経過良好である。

2. 腫瘍破裂による腹痛で発症した卵巣原発卵黄嚢腫瘍の1例

山岸 純子, 石丸 由紀, 高安 肇

大谷 祐之, 池田 均

(獨協医大越谷病院小児外科)

症例は 13 歳女児。主訴は腹痛。エコー・CT で腹部腫瘤を認め当科に紹介、入院となった。臍上から下腹部に至る長径 15cm の圧痛を伴う硬い腫瘤を触知し、血液検査では Hb 9.4g/dl, AFP 89640ng/ml であった。画像検査では腹腔内に液体貯留を認め、腫瘤は内部に大小の嚢胞を有する充実性腫瘤であった。卵巣原発卵黄嚢腫瘍の術前診断にて開腹術を施行。腹腔内には血性腹水が多量に認められ、腫瘍は左卵巣原発、被膜の一部が破れ静脈性の出血と嚢胞内容の流出を認めた。左卵巣卵管切除術により腫瘍摘出術を施行した。FIGO 分類 stage IIc, 日本小児外科学会分類 stage I の診断にて、術後 13 日目より、JEB 療法を 4 クール施行。AFP の順調な低下 (半減期は約 5 日) が見られ、現在は外来観察中であるが、AFP の再上昇や腫瘍の再発の兆候は見られていない。