

を指摘されたが未治療であった。平成 17 年 7 月 21 日より 40°C の発熱を認め、同 24 日に当院救急外来を受診した。血液検査にて WBC 15700/ $\mu$ l, CRP 30.15 mg/dl であり、DIC を合併していたため入院となった。入院後より抗生剤投与と DIC に対する治療を開始した。第 2 病日から呼吸状態が悪化し、胸部 XP, CT にて両側にびまん性のスリガラス影を認め ARDS と診断。人工呼吸器管理とシベレスタットナトリウムの投与を開始した。腹部 CT では肝右葉に径約 8cm のガスを伴う膿瘍を認め、血液培養で *Klebsiella pneumoniae* が検出されたため、*Klebsiella* 肝膿瘍による敗血症と診断した。第 10 病日には呼吸状態が改善したため抜管したが、同日の胸部 CT では肺野に多発性結節影を認め、敗血症性肺塞栓症と考えられた。さらに、右片麻痺を認めたため頭部 MRI を施行したところ、菌塊の血行性散布と考えられる多発性の梗塞巣を認め、また、右眼に転移性眼内炎を認めた。第 11 病日には肝臓の膿瘍ドレナージを施行し、抗生剤投与を継続したところ入院約 3ヶ月後に膿瘍の改善をみた。【結語】本症例は *Klebsiella* 肝膿瘍を初感染巣とした敗血症により多彩な症状を呈した重症感染例である。右眼は失明に至ったが、積極的治療により救命することができた貴重な症例であると思われ報告する。

#### 16. Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) に合併した 原発性肝癌 9 症例の臨床病理学的検討

橋爪 洋明, 豊田 満夫, 片貝 堅志  
荒井 泰道 (伊勢崎市民病院 内科)  
佐藤 賢, 小島 明, 廣川 朋之  
蘇原 直人, 柿崎 暁, 高木 均  
森 昌朋 (群馬大院・医・病態制御内科)  
持田 泰, 志村 龍男  
(同 病態総合外科学)  
須納瀬 豊, 大和田 進  
(同 臓器病態外科学)

【目的】NASH の病態解明と疾患に対する認知度の向上と共に肝癌合併 NASH の報告例は増えてきた。今回我々は NASH に合併した原発性肝癌症例の臨床病理像について検討した。【対象】2000 年 1 月から 2005 年 7 月の間に当科および当科関連施設にて経験した原発性肝癌 671 症例中、非 B 非 C 非 AIH 非 PBC 非アルコール性肝癌は 34 症例であった。このうち病理組織が得られ、背景肝が NASH に合致する 9 例を対象とした。【結果】男性 6 例女性 3 例。平均年齢 65 歳 (45~82 歳)。BMI 平均は 28.3 (24.3~32.2)。糖尿病合併症例は 7 例、高脂血症合併症例は 5 例、高血圧合併症例は 4 例であった。HOMA-IR は平均 11.2, 中央値 4.47 と胆管細胞癌合併症例 1 例 (1.76) とを除いては全例で高値 (3.5~36.2) を示

した。生化学的所見 (全て中央値 (範囲) で示す) は GOT 66.5IU/l (18~87), GPT 40IU/l (22~88),  $\gamma$ -GTP 243IU/l (29~445), Ferritin 42.8ng/ml (35.5~217), 腫瘍マーカーは AFP 193ng/ml (3~1195), PIVKA-II 50AU/ml (16~720)。背景肝は慢性肝炎 4 例、肝硬変 5 例 (Child-Pugh 分類 grade A 4 例, grade B 1 例) であった。原発性肝癌の組織型は肝細胞癌 8 例 (うち高分化癌 2 例, 中分化癌 4 例, 低分化癌 1 例, 組織型不明 1 例), 胆管細胞癌 1 例であった。単発性が 6 例, 多発性が 3 例であり、最大腫瘍径の中央値 17mm (15~70) であった。肉眼的進行程度 Stage I 2 例, Stage II 4 例, Stage III 1 例, Stage IV 1 例であった。治療法としてはラジオ波 1 例, TAE 1 例, 外科的切除 5 例, TAI 1 例 (胆管細胞癌症例), 未治療 1 例であった。外科的切除症例の術後観察期間の中央値は 21ヶ月 (11ヶ月~24ヶ月) であり、これまでのところ再発を認めていない。【考察】今回我々は病理組織像が得られ、背景肝が NASH と診断された原発性肝癌症例について検討した。肝癌診断時において大部分の症例でインスリン抵抗性と良好な肝予備能を示した。9 例中 5 例で外科的切除が施行されており、まだ観察期間は短い、何れもこれまでのところ再発を認めていない。またラジオ波が施行された 1 症例においてもこれまでのところ再発を認めていない。NASH に合併した肝癌と診断された外科的切除症例、ラジオ波症例の予後は比較的良好と考えられた。しかし、これらは Stage I, II と比較的に早期の症例が多く、進行した非 B 非 C 肝癌の多くの症例では背景肝の病理組織が得られていないため、NASH の進行肝癌症例を診断できていない可能性が示唆された。今後、NASH 症例の追跡調査とともに、非 B 非 C 進行肝癌の背景肝の積極的な病理組織学的診断が必要と考えられた。

#### 17. 肝臓原発癌肉腫の一例

畑中 健, 佐藤 賢, 蘇原 直人  
柿崎 暁, 高木 均, 森 昌朋  
(群馬大院・医・病態制御内科)  
荒川 和久, 須納瀬 豊, 大和田 進  
(同・臓器病態外科)  
柏原 賢治  
(群馬大・医・附属病院・中央検査部)  
草野 元康 (同・光学診療部)

【症例】80 歳, 男性 【主訴】肝腫瘍の精査目的  
【現病歴】逆流性食道炎で当院消化器内科通院中であつた。平成 17 年 9 月 21 日に肝機能異常を指摘され、10 月 4 日に腹部超音波検査を施行したところ、肝外側区に直径約 12cm $\times$ 8.5cm の内部エコー不均一な肝腫瘍を指摘され、精査加療目的で 10 月 24 日に入院となった。【臨床経過】自覚症状は特になく、右肋骨弓下に肝を二横

指触れる以外とくに所見を認めない。検査所見は、ASTは軽度上昇しており、ALTは正常であった。ALPと $\gamma$ -GTPは軽度上昇していた。肝機能はChild-Pughで5点のスコアAと良好であった。HBs抗原、抗HCV抗体、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体はすべて陰性であり、自己免疫性肝炎は否定的であった。腫瘍マーカーは、PIVKA-IIは1600mAUと高値であり、AFP、CEAは正常値であった。上腹部CTで肝S2/S3に直径約12cmの内部不均一な腫瘍を認め、CTHAではA-P shuntを認め、腫瘍の一部にpoolingを認めた。血管造影では微小なpoolingを多数認め、腫瘍部位に一致してavascular areaを認めた。HCCの診断で平成17年11月2日に肝外側区域切除術を施行し、術後経過良好で11月14日に退院した。病理学的検索で腫瘍は癌と肉腫の両方の成分が混在していた。一部の腫瘍細胞はマロリー小体を持っていた。肉腫の成分はびまん性に増殖した未分化な腫瘍細胞や、好酸性の細胞質をもち平滑筋または横紋筋への分化を示す細胞から成り、多様性がみられた。背景肝は正常肝であり肝硬変や慢性肝炎は認めなかった。以上より肝臓原発の癌肉腫と診断した。【結 語】肝臓原発の癌肉腫はまれであり若干の文献的考察を加え報告する。

#### 18. C型肝炎CR 3年後の肝細胞癌根治術後、6年の経過で再度肝細胞癌を発症した1例

斎藤 秀一、鈴木 邦明、橋爪 洋明  
奈良 真美、豊田 満夫、押本 浩一  
片貝 堅志、増田 淳、松本 純一  
荒井 泰道 (伊勢崎市民病院内科)  
森永 陽浩、鈴木 一也 (同外科)  
鈴木 豊 (同病理部)

【はじめに】C型肝炎に対してインターフェロン治療が行われCRとなった後の、肝細胞癌の発症は低頻度ではあるが報告されてきた。今回われわれはC型肝炎CR3年後の肝細胞癌根治術後、6年の経過で再度肝細胞癌を発症した1例を経験したので報告する。【症 例】60歳の男性。平成2年健康診断にて肝機能障害指摘され、精査目的にて当院初診。肝生検の病理所見としては、慢性活動性の肝炎(A2, F3)の所見であった。平成8年IFN治療を行った結果、HCV-RNA陰性となった。その後当院外来へ通院していたが、平成11年AFP86ng/ml、PIVKA-II 97mAU/mlと上昇が認められ、CT上S8に腫瘍性病変が確認され肝細胞癌の診断にてS8の肝部分切除術並びにその周辺にマイクロ波焼却術が施行された。手術標本では、肝炎の所見は改善傾向が認められていたが、線維化は残存していた。(A1, F3)その後当院外来にて引き続き経過観察していたところ、平成17年2月AFP121ng/ml、PIVKA-II 24mAU/mlの再度上昇が認

められた。精査の結果、肝S6に肝細胞癌を認め、同年4月にS5-6の肝部分切除が施行。手術標本では細胞異型強く、巨核・多核や核分裂像が散見され、腫瘍集塊の多くは門脈枝の腫瘍塞栓を伴い周囲への浸潤傾向が認められ、低分化型の肝細胞癌の所見が認められた。また背景肝はA1, F3であった。【考 察】C型慢性肝炎に対するIFN治療後の著効例では発癌を著明に減少させることが知られている。本症例ではC型肝炎を指摘されてから9年後、ウイルス陰性化してから3年後に肝細胞癌を発症し、根治術後6年の経過で再度肝細胞癌を発症した。背景肝に関してはA2, F3からA1, F3と線維化が残存しており、2度も分化度の異なる肝癌を発症している。他に肝癌を発症する要因は背景肝にはなかった。IFN治療が著効後も、肝癌発症の危険があり長期的に経過観察を行う必要性が考えられた。

#### 19. 原発巣および転移巣で異時性に破裂した肝癌脾転移の一例

住谷 大恵、高山 尚、新井 弘隆  
森 一世、飯塚 春尚、佐川 俊彦  
小野里康博、茂木 陽子、坂元 一郎  
吉村 純彦、吉成 大介、田中 俊行  
富澤 直樹、安東 立正、池谷 俊郎  
小川 哲史、石原 弘、阿部 毅彦  
(前橋赤十字病院 消化器病センター)  
懸川 誠一、上吉原光宏 (同 呼吸器外科)  
茂木 厚、伊藤 秀明 (同 病理部)

【症 例】78歳、男性。肝硬変(HBs抗原+, HCV抗体+), 前立腺癌にて近医通院中。平成15年3月29日深夜突然右季肋部痛をきたしショック状態となる。CT上肝癌破裂を疑われ当院救急搬送。血性腹水を認めたため緊急血管造影施行。S8のHCCに対しエタノール/リピオドール懸濁液を動注し止血した。その後残存HCCに対しTAIを2回追加施行。術前高値だったPIVKA-IIも正常化し肝癌再発はみられず近医通院となった。平成16年7月、近医にて胸部異常影を指摘され当院紹介。精査の上確定診断は得られなかったがCT上腫瘍径の増大を認めたため12/16右下葉部分切除施行。術中迅速組織診にて肝細胞癌肺転移と判明した。その後、肝・肺とも再発を認めず外来通院していたが平成17年7月よりPIVKA-IIの再上昇あり。CT上脾転移を疑われ10月3日入院予約した。同日帰宅後夜間に突然左季肋部痛出現、持続するため翌朝当院救急搬送。CT上腹腔内に液体貯留が出現しており血性腹水であった。脾転移破裂を疑い緊急血管造影施行。肝内には明らかな再発を認めず、部分的脾動脈塞栓術(PSE)にて止血。10日後のCTにてPSE後の梗塞脾内部に腫瘍の残存が疑われたため10月