

CTにて肝右葉の萎縮と肝内結石、左葉のSOL、胆嚢位置異常を指摘されたが肝機能は正常であった。1991年より肝機能障害が出現し、1994年4月より下腿浮腫、6月上旬より腹水による腹部膨満感が出現したため6月25日当科入院となる。主要なウイルスマーカー、自己抗体、腫瘍マーカーはすべて陰性であった。腹部CTにて肝病変の増大が認められ、腹部血管造影にて肝臓は全体的に柵状形を呈したことより肝病変の主体は肝の線維化によるものと判断、腹腔鏡下肝生検にて肝細胞の広範な壊死および線維組織による大幅な置換が確認された。肝機能障害は進行性で治療に抵抗性である。原因不明の広範な肝細胞壊死を病態とする症例を経験したのでここに報告する。

23. 食道静脈瘤破裂で発症し、16年間経過観察できた原発性胆汁性肝硬変の1例

(国立横浜病院消化器科)

内山めぐみ・清水 健・
赤津晋太郎・矢島佐江子・谷合麻紀子・

中村真一・磯野悦子・小林潔正
(同臨床研究部)

松島昭三・小松達司、高橋 陽
(東京女子医大消化器内科) 林 直諒

症例は52歳女性、主訴は腹部膨満感、現病歴は1975年肝障害を指摘され近医でCAHと診断された。1977年吐下血を認め食道静脈瘤破裂と診断され東京女子医大病院に精査加療入院。汎血球減少、胆道系酵素優位の肝障害、AMA陽性でありPBC(組織stage II~III)と診断、食道離断術、脾摘術を施行された。その後約13年間経過良好であったが1991年より腹水や肝性脳症にて当院に入院退を繰り返していた。1994年9月腹部エコーにてHCCを認めた。10月腹部膨満感が増強し第6回入院。入院後食道下部びらん性病変よりの出血を契機に肝不全となり診断後約16年後死亡した。

24. 健診にて発見されたFNHの1症例

(社会保険山梨病院内科) 上野秀樹・
徐 健泰・遠山敬司・飯田龍一

限局性結節性過形成(以下FNH)は、良性的非腫瘍性過形成病変で、切除対象とならないため画像および病理診断が極めて重要な意義をもつ疾患である。今回我々は健診で発見され、画像および病理所見にてFNHと診断した症例を経験したので報告する。

症例は27歳女性で、1994年8月健診の腹部エコーにて肝左葉外側に直径36mmの高エコー腫瘤を指摘され当科受診した。既往症、血液生化学所見に特に異常は

認めなかった。画像診断では、造影CTおよびMRIにて腫瘤の内部に中心性癍痕の存在を示唆するcentral scar signを認め、カラードプラーおよび血管造影にて、腫瘤の中心から車軸状に広がる血管構築(spoke-wheel-sign)を認めた。エコー下生検組織の病理所見とあわせてFNHと診断し、現在外来で経過観察中である。

25. MRIで診断された*de novo*の肝細胞癌の1例 (都立大久保病院) 石川賀代・ 土合克己・松浦直孝・広岡 昇

肝癌の発生は前癌病変を経るものと、経ないで癌化する*de novo*癌とが推測されている。今回我々は、MRIとUSで微小腫瘤を検出し、発育経過からの*de novo*癌と考えられた1例を報告する。

[症例]71歳、男性。1985年肝硬変と診断。1993年9月のUSでS₅に5mmの高エコー腫瘤を検出、MRIはT1で高、T2で低信号だった。10カ月後のUSで腫瘤が増大し入院。入院後の検査でS₅の腫瘤はUSで15mmの低エコー、MRIでT1、T2とも高信号、enhanced CTで低濃度域を呈した。angioで濃染像を認めHCCと診断しTAE、PEITを施行した。エコー下生検の病理は中分化肝癌だった。

[結語]肝のSOLは小病変であっても、経過の速い*de novo*癌を念頭においた厳重な管理が必要と考えられた。

26. 若年者の正常肝に発生した肝細胞癌の1例

(東京女子医大附属青山病院消化器内科・同成人医学センター・*同消化器病センター)

大淵美帆子・栗原 毅・北村容子・
安達由美子・安部康二・秋本真寿美・
石黒久貴・橋本 洋・山田隆之・
新見晶子・前田 淳・重本六男・
山下克子・横山 泉・山本雅一・*
斉藤明子*・高崎 健*

症例は26歳男性。検診の腹部エコーで肝S2/3にSOLを指摘され入院した。HB、HCV、抗核抗体、腫瘍マーカーは全て陰性で血液生化学検査でも肝機能は正常であった。しかし画像診断上HCCの疑いが強いので、肝外側区域切除を施行した。腫瘍の大きさは8×4.5cmで組織学的に高~中分化のHCCと診断された。術後半年目の肝生検で残存肝は正常であった。本例はHCCが若年者の正常肝に発生した極めてまれな症例と考えられた。

27. 腫瘍生検にてepitheloid hemangioendoth-