

少ない。今回我々は結腸、脾に直接浸潤し、イレウス症状を呈した膵癌の1切除例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は46歳男性で、1996年5月5日腹痛、嘔吐が出現し当院を受診した。腹部単純X線像にてニボーを伴った腸管ガス像を認めイレウスと診断し入院となった。注腸造影を施行したところ結腸脾彎曲部に狭窄を認めたが大腸内視鏡検査において同部位の粘膜面に腫瘍は認めなかった。CT検査では膵尾部を中心とし、結腸、脾門部に及ぶ辺縁不整な7×3cmの低吸収域を認めた。腹部血管造影にて脾動脈のほぼ全長にわたり encasement を認め、脾静脈は造影されなかった。また血液検査においてCA19-9は19,000U/mlと上昇していた。以上より膵癌の結腸および脾浸潤と診断し、5月22日手術を施行した。膵尾部に鶏卵大の腫瘍を認め脾門部および脾彎曲部に浸潤しており、膵体尾部切除および左半結腸切除、脾摘出術を施行した。組織学的には粘液産生中分化型管状腺癌で、脾実質および結腸粘膜に浸潤が認められた。術後経過は良好で56病日目に退院となった。

#### 当院における DpPHR 4 例の経験

(八王子消化器病院) 古賀友之・  
林 恒男・田中精一・今里雅之・  
武雄康悦・鈴木修司・田中元文・  
加藤 明・篠崎幸子・羽生富士夫

1980年 Beger らによって、十二指腸温存膵頭切除術が報告されて以来、本邦でも梁、今泉に始まり、十二指腸を温存しつつ膵頭部を全切除しようとする様々な術式が工夫されている。当院でも1991年より慢性膵炎3例、粘液産生性膵腫瘍1例を経験し、最長7年の術後経過より、術後経過、術後合併症などについて検討した。3例に胃内容うっ滞を認め、平均で流動食開始が術後25日、固形食開始が術後37日と遅延した。術後体重減少は術後12カ月で術前体重まで回復した。全例で術前の症状の消失が得られたが、2例に関しては断酒できず、残存膵の膵炎再発をみた。以上より DpPHR は、縮小手術としてほぼ満足のいく結果が得られたが、生活指導の必要性和患者本人の自覚が必要であると考えられた。

#### C 型慢性肝炎のインターフェロン治療後の線維化の動向に関する検討

(東京女子医大第二病院 内科II)

高橋春樹・富松昌彦・森 治樹

〔目的〕インターフェロン (IFN) 治療前後に肝生検

を施行した慢性 C 型肝炎 (CH) 46 例について、線維化の動向を検討した。

〔対象と方法〕対象は C 型 CH 46 例 (有効22例、無効24例) である。線維化は Masson 染色で分類し、I・III・IV型コラーゲンは、抗ヒトコラーゲンマウスモノクローナル抗体を用いた labelled Strepto-avidin Biotin 法にて染色した。

〔成績〕有効群では線維化の改善は12例 (55%) で、無効群では改善3例 (12%) である。改群例では、実質内に伸びた星芒状線維化や bridging fibrosis が周囲の肝細胞に圧排され残存している所見が観察された。

〔結論〕線維化改善例では、実質内に伸びた線維が分解吸収された後に、拡大した門脈域が圧縮される過程が観察された。

#### AFP 持続高値の B 型慢性肝炎より 3 年後に肝細胞癌が発生した 1 例

(国立療養所東京病院 消化器科)

加藤義和・矢倉道泰、柏木元実・  
三橋容子・上司裕史・原田英治

症例は57歳男性で、飲酒歴2合/日30年間であり、他院にて HBs 抗原陽性、肝機能異常、AFP 高値のため当科を紹介され精査入院となる。入院時 GOT 51, GPT 32, DNAp 174cpm, 肝生検にて CAH2B であった。

AFP 2,215ng/ml (L<sub>3</sub> 3%) であったが血管造影を含む画像診断上腫瘍性病変は認めなかった。その後 AFP は2,000前後を推移していたが、3年後に上昇傾向を認め分画 L<sub>3</sub> 52% であった。血管造影で腫瘍濃染像を認め HCC と診断した。TAE・PEIT により AFP は14,823ng/ml から2,540ng/ml と下降した。全経過を通じて PIVKA II は正常範囲内であった。

#### 高齢で発見された肝細胞癌合併原発性胆汁性肝硬変 (PBC) の 1 例

(国立横浜病院 臨床研究部, \*病理)

鶴見直子・関谷仁美・中村真一・  
磯野悦子・古川みどり・松島昭三・  
小松達司・田口智也\*

症例: 82歳, 女性。既往歴・輸血歴・飲酒歴: 特記事項はない。家族歴: 姉 肝癌 (詳細不明)。現病歴: 1986年頃より軽度の肝障害を指摘されていたが、皮膚搔痒感等の自覚症状はなかった。1995年9月頃より腹部膨満感が出現し近医を受診し、11月当科に紹介され入院した。胆道系酵素の軽度上昇、血沈亢進、IgM 上昇、HBV (-), HCV (-), AMA 320倍, AMA-M2

1,106U/mlであり、PBCと診断した。US・CTでS4に4cmのHCCと左副腎転移が疑われた。高齢のためHCCの治療は施行せず腹水コントロールのみ行い退院した。1996年5月再度腹水が貯留し入院した。肝不全が進行し7月死亡した。剖検所見は、肝非癌部はPBC(Stage IV)、癌部は低分化型HCCで、左副腎転移を認めた。

ブタ肝臓におけるグリソン鞘の分岐状態に関する検討—ヒト肝臓との比較解剖学的所見および肝区域の定義について—

(北本共済病院 外科, 1甲府宮川病院,  
2日本大学 放射線科) 浦橋泰然  
吉井克己・宮川晋爾<sup>1</sup>・武藤晴臣<sup>2</sup>

分葉肝を呈しているブタを用いて、グリソン鞘の分岐形態を検討し、ヒト肝臓との比較解剖学的所見および肝区域設定のための考察を行った。ブタ肝臓14体を用いてdissection法によりその分岐形態と灌流支配領域との関係について検討した。ブタ肝臓は肉眼解剖学的には6葉に分類されるが、グリソン鞘の分岐形態から二次分枝を各区域に灌流する主要分枝と考えると、大きく4区域(尾状葉を除く)に分けられた。これらをヒト肝臓と比較すると、S<sub>2</sub>領域、S<sub>3</sub>とS<sub>4</sub>を合わせた領域、前区域、後区域の4つに相当する。この区域分割は、グリソン鞘の分岐形態から肝区域を考える上で興味深いものと思われた。

ステロイド療法が有効であった続発性消化管アミロイドーシスの1例

(都立大久保病院 消化器内科)

佐々木美奈・望月剛実・松浦直孝・  
広岡昇・田島強

今回我々は慢性関節リウマチに続発した消化管アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。症例は54歳女性で治療抵抗性のRAがあり腹痛、水様性下痢、発熱を主訴として入院し直腸生検によりアミロイドーシスと診断された。難治性の麻痺性イレウスを繰り返したが中心静脈栄養、ステロイドパルス療法、持続腸液吸引を行い各症状が改善し経口摂取が可能となった。それに伴いCRP、SAA(AA蛋白の前駆物質)は急激に低下し持続して低値を示した。治療前の小腸造影では腸管の浮腫、狭小、硬化像が前景に立ち治療後は腸管の進展性が改善した。アミロイドーシスの治療は未だ確立されていないが上記治療法により著明な症状、画像の改善を認めたので報告した。

消化器癌に対する化学療法を併用した放射線治療の

試み

(東京慈恵会医科大学 放射線部)

中川昌之・阿部達之・兼平千裕

近年、種々の診断法が発達したものの未だ進行した状態でみつかる消化器癌も少なくなく、切除不能の状態では放射線科を訪れるcaseもみられる。そこで最近では更なる治療効果の向上を意図して化学療法、BRM、温熱療法、IVRなどの併用療法を取り入れている。

①食道：照射に合わせ5FU、CDDPを同時併用してゆき、内視鏡下にBRM(OK-432)を局注した。進行度A<sub>2</sub>以上の症例における成績は2年生存率で、照射単独(n=49)12%、集学的治療(n=11)32%であった。

②胆管癌：食道と同様に5FU、CDDPの同時併用であるが、CDDPは、リザーバーから動注している。小線源(<sup>192</sup>Ir)腔内照射の施行した症例は6例あった。成績は2年生存率で照射単独(n=9)22%、集学的治療(n=10)50%であった。

両側腸腰筋膿瘍の1例

(赤羽中央病院 外科)

高柳泰宏・佐藤浩之

症例は63歳、男性。既往歴および家族歴に特記すべきことはない。1996年10月28日、腰痛が出現し、10月31日、両下肢痛にて歩行困難となり精査加療のため入院となったが、夜間になり39°C台の発熱、翌朝には両側に腸腰筋肢位が認められた。知覚運動障害等、神経学的異常所見は認められなかった。血液生化学所見では、末梢血白血球13,500、CRP 15.7と炎症所見の他、飲酒によると思われる軽度の低栄養状態と肝障害が認められた。ツ反、RA、および血液培養は陰性であった。腹部単純レントゲンでは明らかな異常を認めなかったが、腹部造影CTにてL4L5椎体レベルを中心としたlow density areaが両側の腸腰筋内に認められ腸腰筋膿瘍と診断した。投生物質投与により発熱、炎症所見の改善を認めたが、腹部CT上、膿瘍の縮小はみられず、疼痛および歩行困難は消失しなかったため、腹膜外経路による排膿ドレナージを施行し、膿瘍はほぼ消失、疼痛も徐々に軽減し自立歩行可能となった。

経左上腕動脈的腹部血管造影法について

(駿河台日大病院 放射線科, \*内科)

武藤晴臣・小川真広\*・松岡俊一・  
吉信尚・佐藤貴子・斉藤勉

血管造影施行後の被検者をベッド上の安静から解放することを目的として、左上腕動脈経路で血管造影を施行した。現在までの施行症例は790例である。合併症