fibropolycystic disease の1例

（長汐病院　内科）谷合麻紀子・石井　史・
小島原典子・加藤　明・小幡　裕

症例は74歳男性で，1997年4月上旬，発熱，全身倦怠感，食欲不振，黄疸を主訴に入院した．血液検査でWBC 11,200/μl，T-bil 12.3mg/dl (D-bil 8.8)，GOT 318U/l，GPT 281U/l，LDH 738IU/l，ALP 1,286 IU，LAP 244IU/l，γ-GTP 936mU/ml，CRP 15.0，肝炎ウイルスマーカーは全て陰性であった．画像上，胆石，胆嚢腫大，胆管拡張は認めなかった．計3回の肝生検で，門脈域の中等度線維化，門脈域胆管の著しい増生・進展と胆管内胆汁栓，門脈近傍の細胆管増生を認め，組織学的に hepatic fibropolycystic disease (HFPD) と診断された．経過は抗生剤投与で炎症反応改善と共に肝胆道系酵素値も正常化した．本例はHFPD一連の類縁疾患群中，von-Meyenberg complexes が基盤にあり感染症を契機に急性増悪を呈したものと考える．

アルコール性肝障害合併した肝細胞癌の1例

（府中医王病院　消化器外科）谷口　清章・
島田　幸男・新井俊男・都筑康夫

今回，我々は，アルコール性肝障害に合併したと思われる肝細胞癌の1例を経験したので報告する．

症例は53歳，男性で平成9（1997）年11月7日，右季肋部鈍痛と食欲不振を主訴に当院を受診した．既往症に輸血，肝炎歴がなく，日本酒を4合/日×30年の常習飲酒歴があった．現症では，右季肋部に弾性硬，表面平滑な手拳大の腫瘤を触知した．血液生化学検査では軽度の肝機能障害を認め，肝炎ウイルスマーカーはすべて陰性で，腫瘍マーカーでは PIVKA-2のみ著明に高値を示した．画像診断より，約10cm大の肝後下区域を中心とした HCC と診断し，後区域切除術を施行した．病理組織学的検索では，腫瘍は被膜を有した中分化型の肝細胞癌で，非腫瘍部には肝硬変は認めず，軽度の線維化を伴った慢性活動性肝炎の像を呈していた．大酒家肝硬変患者でない常習飲酒家においても，発生頻度の低い肝細胞癌発見のために，ウイルス性肝疾患に準じた経過観察を行うことは重要であると思われた．

PEIT 後急速に増大した肝細胞癌の1切除例

（社会保険山梨病院　外科，*病理）
矢川彰治・清水　香・高沢　努・
野方　尚・植竹正紀・小沢俊総・
草野　佐・小俣好作*

肝細胞癌（HCC）は近年C型肝硬変に伴う多中心発生が多い理由で PEIT による治療頻度が高いが，有効性の反面，治療効果の限界，合併症が問題となる症例も少なくない．今回 PEIT 後急速に増大し切除を行った症例を経験した．

症例は70歳男性．C型慢性肝炎に合併した S8の22 mm 中分化型と S6の5mm 高分化型の多中心性 HCC に対し PEIT が行われた．いずれも1カ月後に壊死となったが，その1カ月後 S8病変は40mm と急速に増大し右葉切除を行った．画像の変化から被膜外浸潤の遺残が再発の原因と考えられ，中低分化型の PEIT 症例に局所再発が多い原因の一つではないかと推測された．また低分化型の成分があり脱分化が急速な増大の原因と思われ，PEIT の評価は細かに行い適切な治療法を併施する必要があると思われた．

CT 上単純性肝嚢胞と鑑別困難であった肝嚢胞腺癌の1例

（埼玉県済生会栗橋病院　内科，[1]外科，[2]臨床検査科）　神津知永・
清水　健・梁　京賢・小池太郎[1]・
赤松　眞[1]・本田　宏[1]・片山　修[2]

症例は，66歳女性．右季肋部痛・下腿浮腫を主訴に近医を受診し，腹部 CT で巨大な肝嚢胞を指摘され当科に紹介入院となった．腹部 CT および超音波検査で肝右葉に直径16×8cm の内部均一な嚢胞性腫瘍を認め，下大静脈を圧排していた．腫瘍に充実性の成分や隔壁を認めなかった．腹部 MRI では T1・T2強調ともに高信号を示し，腹部血管造影では右葉に広範な無血管野を認め，明らかな腫瘍濃染を示さなかった．その後，腫瘍に経皮経肝ドレナージを施行したところ，嚢胞液細胞診でクラスVと診断され，原発性肝嚢胞腺癌と診断した．今回，CT 上嚢胞内に充実性の成分や隔壁を伴わない肝嚢胞腺癌を経験したので報告した．

経動脈的塞栓術によって止血しえた胆道出血の1例

（上福岡総合病院）
井上達夫・大塚良行・井上寿一

〔症例〕56歳，男性で他院において黄疸，発熱，右季肋部痛で入院し，保存的治療を施行された．当院初診時，同様の症状を認めた．術前 MRCP 像で胆管内に透亮像を認め，胆管結石の診断とした．開腹手術においては，胆管より小血栓を数個認めるのみで T チューブを留置し手術を終了した．第8病日，T チューブより突然の出血がみられ，CT において S4領域に low density area を認めた．胆道鏡により S4区域の胆管内に