

肝癌組織は非癌肝組織と比して vit. K 濃度に有意差はなかった。正常 prothrombin の産生の key enzyme である  $\gamma$ -carboxylase 活性も基質当量では有意差はなかった。これに対して prothrombin 前駆体の含有量は肝癌組織では非癌肝組織と比して有意に増加していた。また高い PIVKA-II 産生能を有する肝癌培養細胞の hu-H1 と hu-H2 では、その培養上清中の prothrombin 前駆体の濃度は他の肝癌培養細胞の上清と比して有意に上昇していた。

以上より肝癌細胞では prothrombin 前駆体の過剰産生が起こっており、これが PIVKA-II 産生の主たる原因になっている可能性が高いと考えられる。

**18. Anti-proliferating cell nuclear antigen antibody を用いた肝細胞癌の増殖活性の研究—組織学的異型度との関連を中心に—**

(消化器内科)

谷合麻紀子

〔目的〕肝細胞癌 (HCC) の増殖活性を知る目的で、増殖期細胞のマーカーである proliferating cell nuclear antigen (PCNA) を用いた免疫組織学的検討を行った。〔対象と方法〕外科的に切除された HCC 20 例の 10%ホルマリン固定パラフィン包埋切片に、抗 PCNA マウスモノクローナル抗体 (DAKO) を 50 倍希釈して一次抗体とし酵素抗体 ABC 法にて免疫染色を行った。PCNA 陽性率は任意の 500 個以上の細胞中の陽性細胞数を数えて算出した。各標本の連続切片を H & E 染色し、画像解析機 (KONTRON) にて nucleocytoplasmic ratio (N/C 比) を計測した。〔結果〕平均 PCNA 陽性率は Edmondson I (EdI) で 10.3, EdII 25.5%, EdIII 28.4%, EdIV 41.5% と細胞異型の進行に伴い有意に増大していた。N/C 比の増大と PCNA 陽性率は正の相関を示した。

**19. 小肝細胞癌における生検診断の有用性と限界に関する研究**

(消化器内科)

岡田 祐子

細小肝癌症例における画像診断困難例について、腫瘍生検の診断能を検討した。

〔方法〕1987年1月～1990年12月に各種画像診断にて確診が得られずエコー下腫瘍生検を施行した 2cm 以下の 69 例 72 結節を対象とし、各画像診断法の描出能、生検の診断率および偽陰性、偽陽性例についての検討を行った。

〔結果〕①生検対象となった結節は超音波検査のみで描出され CT、血管造影では検出されなかった結節が最も多く 50 結節 (69.4%) を占めた。②生検の診断

率は sensitivity 65.9%, specificity 95.2%, accuracy 75.8% であった。③偽陰性例は腫瘍径の小さい結節や肝辺縁部に存在する結節に多くみられた。

〔結論〕肝の腫瘍生検は肝細胞癌の診断に有用であるが偽陰性例も認められ、生検診断が陰性でも注意深い経過観察が必要と考えられた。

**20. 食道癌拡大郭清術後再発の検討**

(都立駒込病院外科)

室井 正彦・吉田 操・窪田 徳幸

〔目的〕リンパ節拡大郭清術後の再発の特徴を明らかにし、術後の治療に際して考慮すべき点について検討した。

〔対象〕拡大郭清を施行した 69 例 (39%) で、再発群 (n=22) と健在群 (n=36)。術死 2.9%, 入院死亡 5.6% であった。

〔結果〕〈深達度〉再発群: sm 1, mp 2, a<sub>1</sub> 1, a<sub>2</sub> 13, a<sub>3</sub> 1, 健在群: sm 13, mp 4, a<sub>1</sub> 4, a<sub>2</sub> 9, a<sub>3</sub> 3。〈転移リンパ節の平均個数〉再発群: 7.9 ± 11.1, 健在群: 1.1 ± 1.9, 〈再発確認までの期間〉局所再発平均 6 カ月, 遠隔転移型平均 8 カ月, 頸部上縦隔リンパ節再発 18 カ月。

〔まとめ〕拡大郭清術後の再発例は、深達度では mp 以深の進行癌、転移リンパ節個数は平均 7.9 個、転移領域でも平均 1.7 領域、脈管侵襲も高度のもの。拡大郭清術後には以上の特色を考慮した術後治療計画が必要である。

**21. 特異性食道破裂に対し非開胸食道抜去術を施行した 1 治験例**

(谷津保健病院)

小澤 文明・

御子柴幸男・糟谷 忍・平山 芳文・

藤田 徹・宮崎正二郎・永田 仁

67 歳, 男性。発症後一昼夜で、心停止、呼吸停止に陥った特異性食道破裂の症例に対し、保存的治療にて小康を得、発症 7 日目に非開胸食道抜去法で一期的に食道再建を行い治癒せしめた。

本症の死亡率は近年約 20% 以下と低下しているが、いまだに長期の入院を余儀なくされる難治例も少なくない。特に発症 24 時間以降のいわゆる晩期症例の治療法が課題である。ドレナージのみを行う方法、破裂部被覆法等を含めた縫合閉鎖術、二期的食道再建術、一期的食道再建術等が選択枝として挙げられるが、その中で非開胸食道抜去術が治療期間の短縮ならびに安全性の面から第一選択となる治療法であると考えるので報告する。