

(慶應義塾大学医学部 外科)

嶋 晴子, 嶋田 博之, 森 鉄也  
高橋 孝雄  
(同 小児科)

症例は5歳男児。平成14年10月(2歳時), 腹部腫瘍精査にて発見された肝芽腫 PRETEXT III (診断時 AFP 1,203,000 ng/ml) に対し, CITA 2 コース後, 肝右葉切除術 (Complete resection) を施行。術後 CITA の反応に乏しく, ITEC, さらに Hi-MEC を前処置とする PBSCT を施行したが, 再度 AFP の上昇を認めた。SCT 終了後 6 ヶ月目に画像上再発が確認され平成15年11月再手術を施行。断端近傍の再発性腫瘍に対し残肝部分切除を施行。術中超音波検査にて detect された S3 の 4 mm 大の病変に対してはマイクロ波凝固 (MCT) を施行した。術後 1 ヶ月で AFP 値は正常範囲となり, 画像的にも再発性病変は認めず 2nd CR と判断したが, 再手術から 2 年後の平成17年8月に AFP 再上昇精査の MRI にて S2 に再発を確認。10月に MCT を試みるも AFP は正常化せず。MRI 上も MCT 後断端近傍に局所再発が疑われたため, 同年12月14日再発腫瘍切除術を施行した。術後病理にて断端は陰性。術後 2 ヶ月現在 CR を維持している。熱凝固療法は成人に対する使用経験から鑑み, その安全性, 確実性という観点から, 再発または治療抵抗性肝芽腫に対する外科治療のひとつの modality となりうる, と考えられた。

#### 10. 初回 CITA 施行時腸炎から敗血症に至り救命しえなかった巨大肝芽腫 stage IV の 1 例

渡邊 美穂, 瓜田 泰久, 金子 道夫  
堀 哲夫, 小室 広昭, 平井みさ子  
星野 論子, 平井 浩気  
(筑波大学 小児外科)

2歳11ヶ月男児。肝芽腫, 多発肺転移と診断され, JPLT-2 プロトコール course4 に従い CITA 施行した。day 9 から低 Na 血症を伴う下痢が出現, 補液, 抗生剤, GCSF 製剤による治療に反応せず, day14 には腎不全, DIC, 呼吸不全へと進行し day15 死亡に至った。初回 CITA で腸炎から急激かつ激的に多臓器不全に進展した原因とし

て門脈閉塞に伴う腸管血流の低下が関与していると考えられた。副作用の少ないと考えられる CITA であっても門脈腫瘍塞栓を合併している症例では投与量の減量等の配慮が必要と考えられた。

#### 11. CATA-L・腫瘍摘出・ITEC の治療経過中に肝硬変をきたした巨大肝芽腫の 1 例

矢野 潤, 浅井 康一, 井澤 和司  
横山 淳史, 鶴見 文俊, 津村 久美  
菊池 清

(島根県立中央病院 小児科)

加藤 文英

(同 新生児科)

城原 幹太, 倉科 彰夫

(同 小児外科)

渡邊健一郎, 足立 壮一, 中畑 龍俊

(京都大学医学部小児科)

阪本 靖介, 重田 孝信, 高田 泰次

江川 裕人

(同 移植外科)

【症例】1歳0ヶ月女児。特記すべき既往なし。

【経過】平成17年3月に画像検査にて 87 × 72mm の肝腫瘍を認め, 血清 AFP 値 >1710000ng/ml, 肝外進展・遠隔転移なく肝芽腫 PRETEXT III と診断。JPLT-2 のプロトコールに従い, CATA-L を施行。左右肝動脈から半量ずつ動注。4週間後の効果判定では腫瘍縮小率 103% の NC であったが, 摘出可能と判断し拡大肝切除術を行った。非腫瘍部病理検査では線維化進行, Liver fibrosis, F3 であった。術後1ヶ月より術後化学療法 ITEC を施行。開始後1週間より肝機能障害と黄疸の遷延を認め, 2回目の化学療法を断念。AFP は正常化, 肝芽腫再発所見なし。黄疸の増悪に対し平成17年11月に PTCD を施行, 肝生検で Liver cirrhosis, F4 で生体肝移植待機となった。

【考察】肝硬変に至った原因として先天性肝疾患は否定的であり, 腫瘍による二次的变化以外に, CATA-L の影響なども考えられる。

#### 12. JPLT-2 最終報告—治療成績と副作用—

松永 正訓, 佐々木文章, 橋都 浩平