

腫瘍マーカー (NSE 8.1 ng/ml, VMA 56.4 $\mu\text{g}/\text{mgCr}$, HVA 41.2 $\mu\text{g}/\text{mgCr}$) は減少したが、腫瘍の縮小効果は不十分であった。そのため、CPT-11 (180 mg/m^2) を2コース追加した。

手術は右副腎腫瘍摘出、下大静脈合併肝右葉切除、下大静脈人工血管置換で、術後 regimen A を1コース施行した。術後50日 (入院8か月後) に L-PAM 180 mg/m^2 + TBI 12 Gy を前処置として自己末梢血幹細胞移植をおこない、day 14 で生着が得られ、現在経過観察中である。今後は、体外照射と 13-cis レチノイン酸投与を予定している。

5. 右心房まで進展した右副腎原発神経芽細胞腫 (臨床診断) の1例

棚橋 義直, 鈴木 達也, 近藤 知史
佐藤 陽子
(名古屋市立大学 小児・移植外科)
伊藤 康彦, 横井 誉, 平谷 俊樹
(同 小児科)

症例は5歳女児、主訴は背部痛。既往歴に特記すべき事なし。

父親の仕事の都合にてタイに在住。2006年9月ごろより背部痛出現、11月になり発熱あり、病院を受診したところ風邪だといわれ解熱剤で様子を見ていた。発熱持続するため再度病院を受診したところ肝腫大を指摘され精査、右腹部に約10 cm の腫瘍を指摘され12月12日帰国し同日当院緊急入院となった。

尿中 VMA 14.5 $\mu\text{g}/\text{mg}\cdot\text{Cre}$, HVA 54.3 $\mu\text{g}/\text{mg}\cdot\text{Cre}$, 血中 NSE 74 ng/ml と高値であった。胸部レントゲンでは右胸腔全体を占める胸水が存在し右肺は完全に虚脱をしていた。造影CT検査肝背側大動脈右側に7×9×12 cm の正中線を越えない腫瘍を認め、全体に微細な石灰化病変を認めた。下大静脈より内腔全体を占拠する腫瘍栓の進展を認め先端は右房まで達していた。骨髓穿刺ではリンパ球様の小円形細胞の集簇を認め浸潤が疑われた。MIBG シンチグラムでは腫瘍への取り込みを認めなかった。

以上より神経芽細胞腫 INSS stage 4, 本邦病気分類 stage IV A or B と診断、12月15日より91

new A1 変法を開始した。

進展形式が特異であり診断、治療の妥当性につきご意見いただきたく提示いたします。

6. 右腎、下大静脈合併切除を行った後腹膜原発胚細胞腫瘍の1女児例

下村 保人, 武藤亜紀子, 岩田 敦子
堀 壽成, 鶴澤正仁
(愛知医科大学 小児科)
勝野 伸介, 有川 卓, 野浪 敏明
(同 消化器外科)
梶浦 典子, 岩淵 英人, 原 一夫
(同 病院病理部)
安藤 久實
(名古屋大学小児外科)
藤井秀比古
(多治見市民病院 小児科)

【症例】4か月女児

【主訴】腹部腫瘍

【現病歴】生後より他児に比べ、やや腹部膨隆があった気がしていた。1か月健診にて特に異常を指摘されず。平成18年8月23日BCG接種時に腹部ガス貯留を医師に指摘された。8月25日近医受診し、画像検査の結果腹部腫瘍を認め当科紹介受診し、入院となった。

【家族歴・既往歴】特記すべきことなし。

【周産期歴】平成18年4月23日、在胎38週6日、出生体重3074 gにて出生。

【入院時現症】身長66 cm, 体重7170 g, 体温36.5°C, 呼吸42回/分, 脈拍154回/分で軽度多呼吸を認めた。腹部は著明に膨隆し、右腹部から正中を越え弾性硬、境界不明瞭の巨大腫瘍を触知。左側腹部で腸蠕動音を聴取する。

【検査所見】WBC 13,000/ μl , Hb 9.5 g/dl, Plt 52.8万/ μl , LDH 550 U/l, CRP 2.63 mg/dl

腫瘍マーカー: VMA.Cr 12.6 mg/gCr, HVA.Cr 24.3 mg/gCr, NSE 45 ng/ml, AFP 11292 ng/ml, CA19-9 435 U/ml, CA125 484 U/ml, HCG 0.4 mIU/ml, HCG- β 0.1 ng/ml, ferritin 66.9 ng/ml

【入院後経過】腹部MRIにて、大きさ10 cm×

14 cm×14 cm の腫瘍を認め、内部は多数の信号強度を認めた。腸管・腎臓・肝臓は著明に圧排されていた。検査結果より奇形腫・肝芽腫が疑われた。9月5日腫瘍部分生検を施行し、迅速病理は過誤腫・奇形腫の疑いであった。後に永久標本で未熟奇形腫と診断した。腫瘍縮小目的で化学療法を先行させ、腫瘍の縮小は認められなかったが、治療後 AFP は 214 ng/ml まで低下した。10月31日残存腫瘍は大部分良性と思われ、摘出手術を施行した。腫瘍は腎・肝を著明に圧排し、下大静脈・右腎動静脈を巻きこんでおり、合併切除を必要とした。術後の経過は良好で、2週後に退院となった。摘出後は AFP の改善も良好で、速やかに正常化した。

7. 再発を繰り返し治療に難渋している卵巣原発卵黄嚢癌の1例

原 普二夫, 富重 博一, 西田 純久
日比 将人, 加藤 充純, 奥村 尚威
橋本 俊
(藤田保健衛生大学 小児外科)

症例は6歳、女児、巨大な腹部腫瘍にて入院、CTでは腹水と内部構造不均一な充実性腫瘍を認め、AFPは高値であった。腹水による腹部膨満のため準緊急にて摘除術を施行したが、子宮、結腸への浸潤のため亜全摘となった。腫瘍は左卵巣原発、C3、N0、M0、Stage IIIで、組織所見は卵黄嚢癌、未分化胚細胞腫、未熟奇形腫の混在する複合組織型であった。術後化学療法(BEP, VAC)にてAFPは正常となり腫瘍も消失し3クールにて治療終了した。術後約1年でAFPの再上昇、骨盤腔内に再発腫瘍を認め、再度摘除術および化学療法(BEP, VAC)を施行した。組織所見は卵黄嚢癌の成分のみであった。術後AFPはすみやかに正常化し、3クールにて治療終了した。初回手術後約2年で再度AFPが上昇してきたためCT施行したが当初腫瘍は描出されなかった。しかしその約1か月後のCTにて骨盤腔内に腫瘍が疑われMRIにて再々発腫瘍が明らかとなった。再度手術を施行したが内腸骨動脈への浸潤のため全摘できなかった。術後30 Gyの放射線照射後、

化学療法(CIA)を施行しているが、現在AFPは高値で腫瘍は残存している。

8. 6歳女児に肛門痛で発症した仙尾部成熟奇形腫の1例

加藤 禎洋, 鴻村 寿, 安田 邦彦
水津 博
(独立行政法人国立病院機構長良医療センター
小児外科)

【症例】6歳、女児

【主訴】肛門痛

【現病歴】平成15年11月(5歳時)肛門痛あり、近医外科受診。抗生剤点滴で軽快。平成16年11月肛門痛あり同医受診し同様に軽快。平成17年1月同様の肛門痛あり。当院時間外外来受診。診察中痛みは軽快したため帰宅。翌日の早朝から肛門痛が再び現れ、当院外来受診。直腸指診で仙骨前面に腫瘍を認め入院とした。

【入院時現症】肛門痛は持続的で、ときおり激しくなり苦悶様の表情となった。腹部は平坦、軟で腫瘍を触れなかった。直腸指診では肛門縁から3 cmの6時から10時の粘膜下に腫瘍を触知した。

【入院時腫瘍マーカー】AFP 3.13 ng/ml, HCG-β 0.1 ng/ml 以下 VMA 4.8 mg/gCr, HVA 7.7 mg/gCr

【CT】直腸と仙尾骨の間に5×3×3 cmのlow/high混在した腫瘍を認めた。

【MRI】low/high混在し、嚢胞状の水に近い成分が一部あった。

【経過】抗生剤を投与し、痔痛は座剤でコントロールした。第2病日、手術を行い尾骨とともに全摘した。病理組織診断は成熟奇形腫であり炎症像を認めた。現在術後2年経過し外来で経過観察中であるが再発を認めてない。

9. Gliomatosis peritonei の1例

新美 教弘, 飯尾 賢治, 加藤 純爾
田中 修一, 水本 知博, 野村 純子
(愛知県コロニー中央病院 小児外科)

【症例】9歳；女児。

【主訴】腹部腫瘍。現病歴：平成18年9月ごろ、