

門脈浸潤を伴うHCC破裂症例に 対するTAE

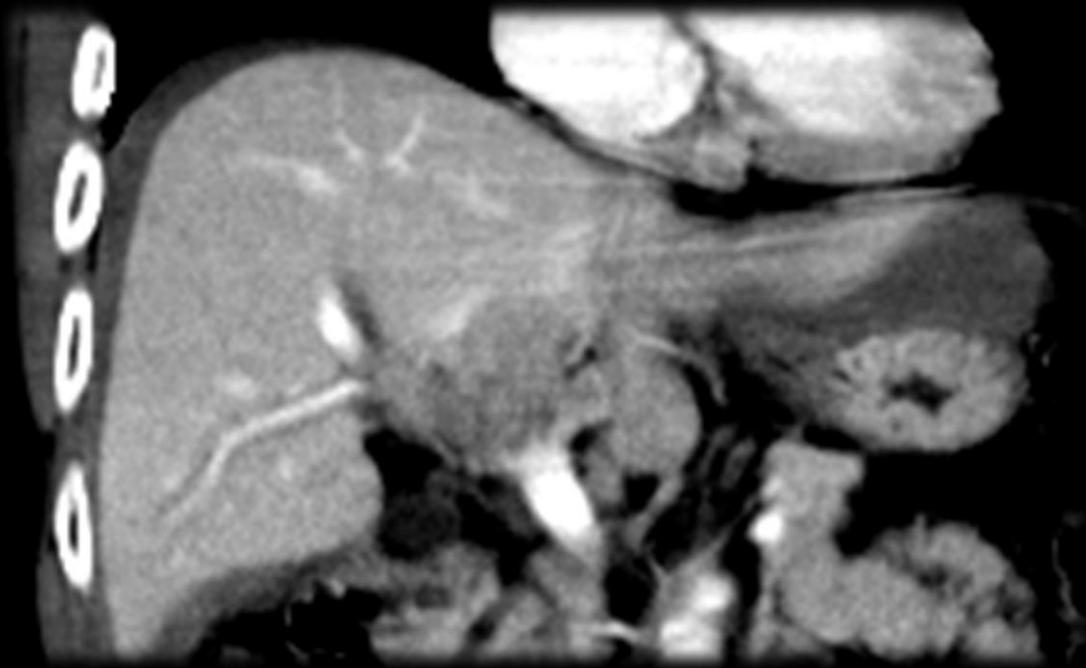
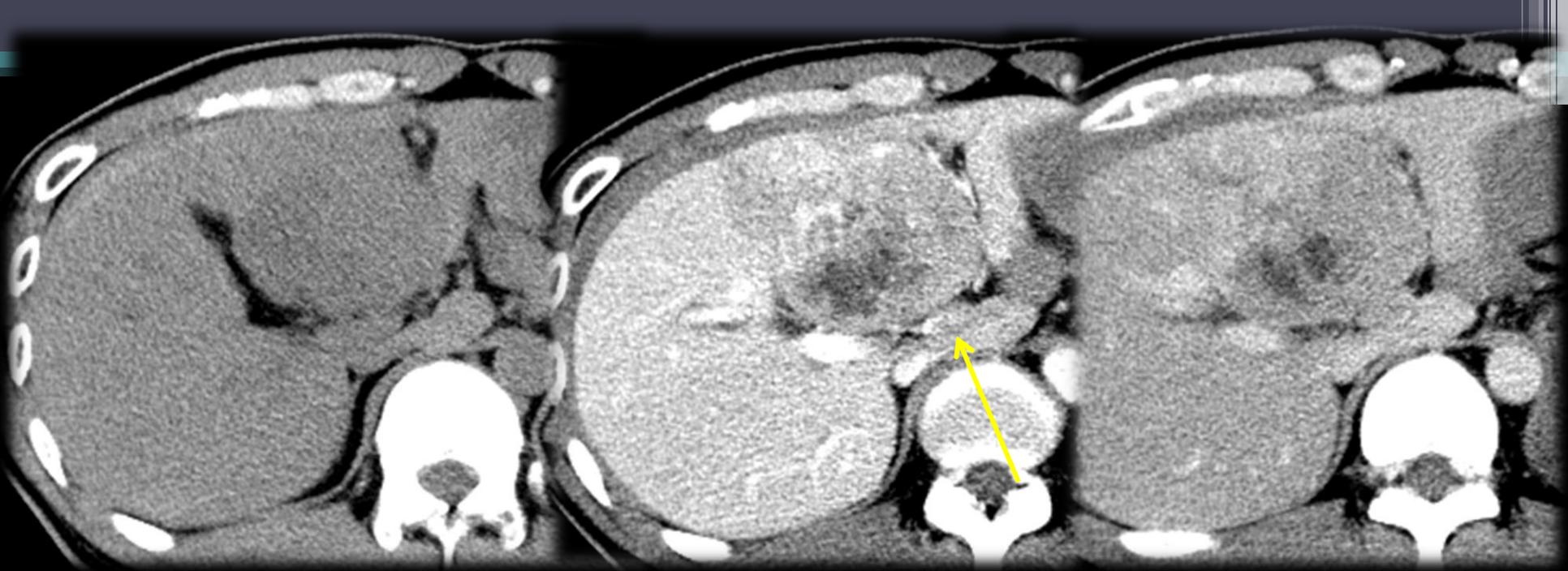
那須赤十字病院 放射線科
藤塚 進司

症 例

- 30歳代 男性
- 主 訴：1ヶ月前から右季肋部に違和感。激痛となり前医から肝腫瘍疑いで紹介。
- 既往歴：B型肝炎(母子感染)
自然気胸(術後)
- 内服薬：特になし
- Vital sign：35.7℃ 85bpm
111/73mmhg
右季肋部硬い、圧痛著明

	検診時
AST(IU/l)	55
ALT(IU/l)	21
T-Bil	0.7
WBC	10800
Hb(g/dl)	17.8
Plt($\times 10^4$)	21.2
PIVKA	1190

初回CT





約1年半前のCT

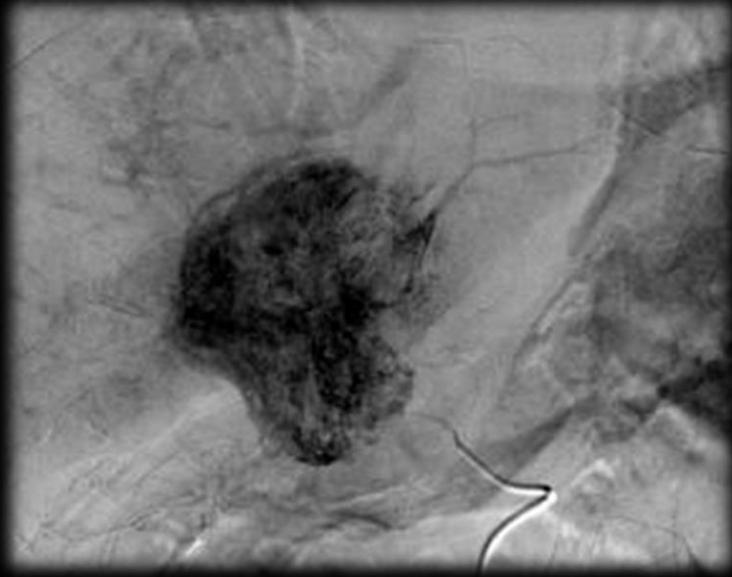
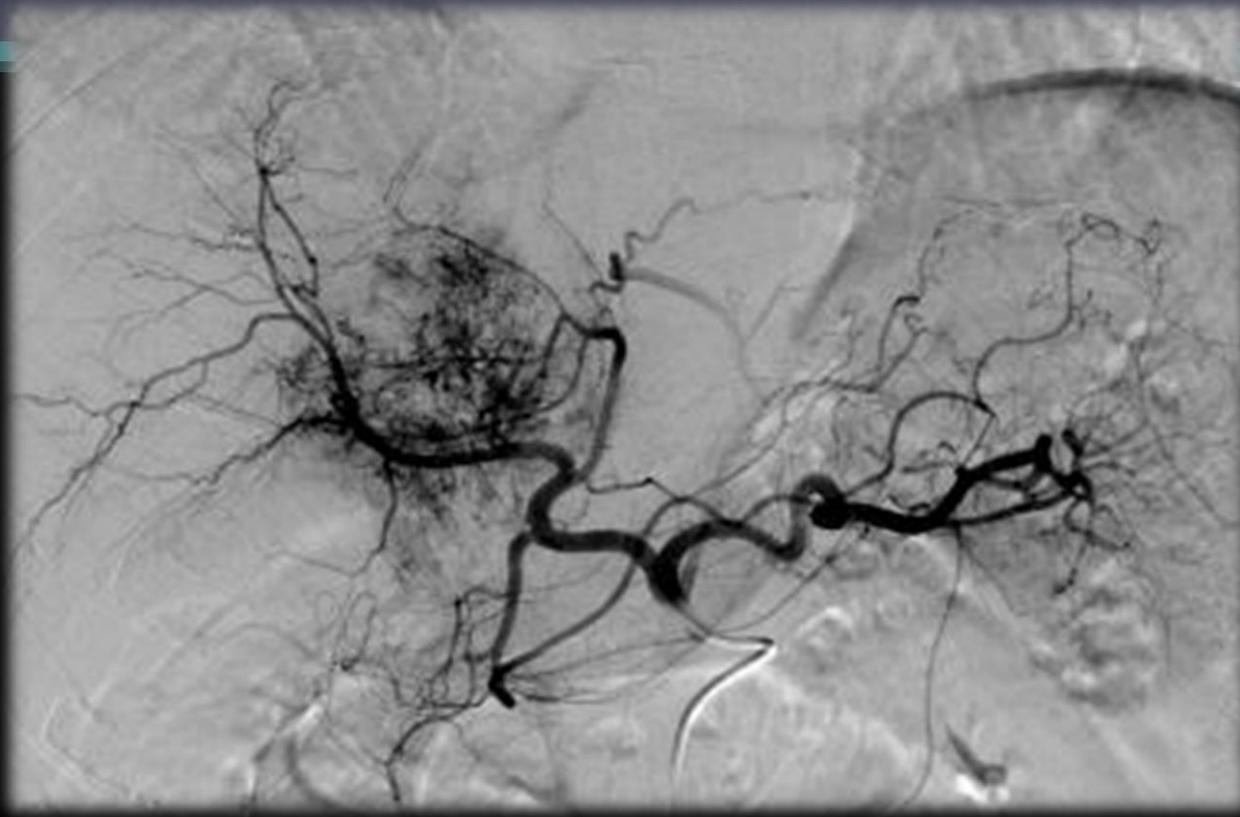


HCC破裂、腹腔内出血
の診断

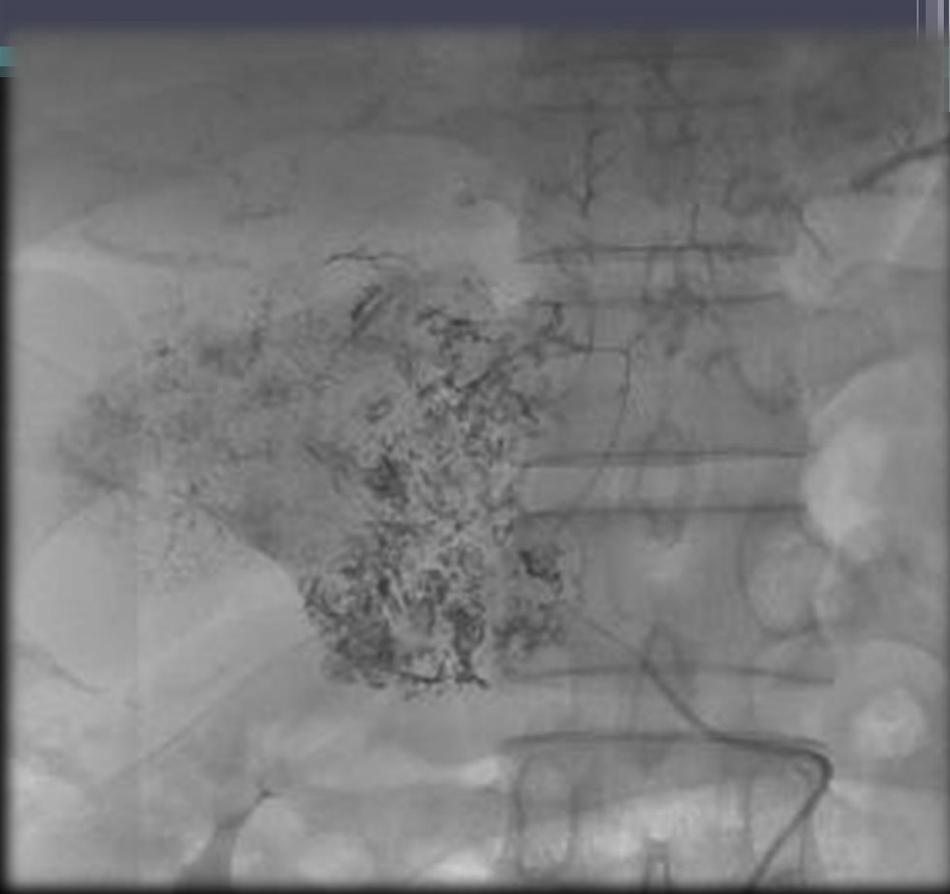
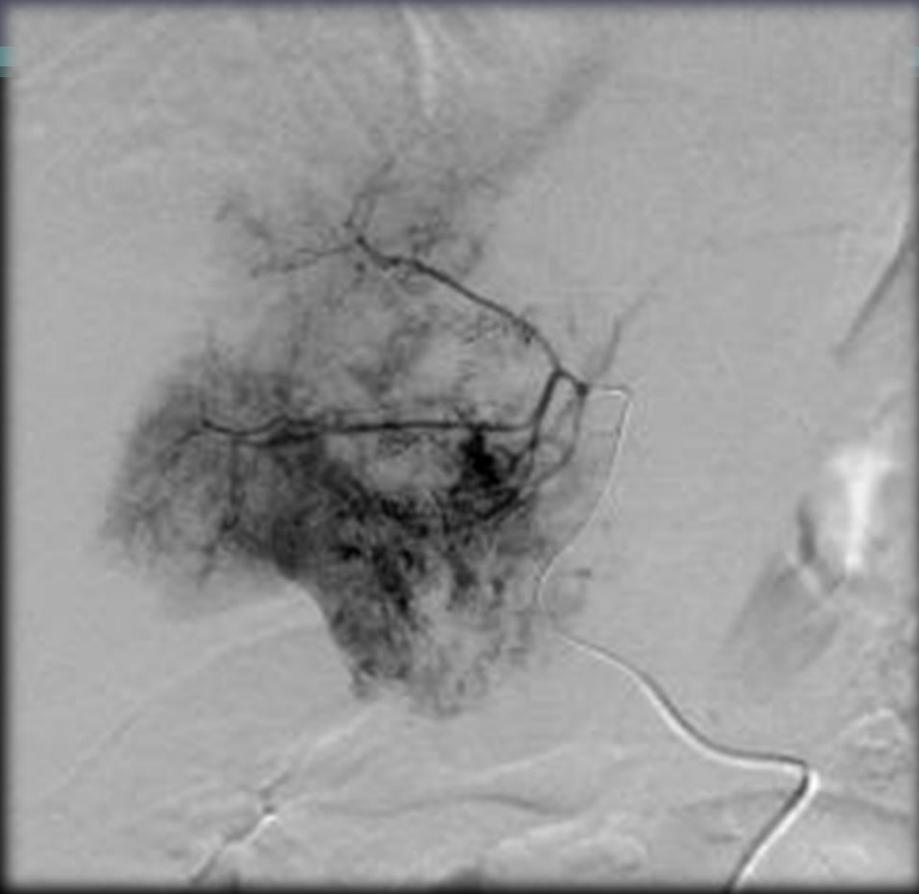
バイタルは変化なく、
TAEへ

TAE

5.5Fr ロングシース
5.5Fr RHカテーテル
Veloute

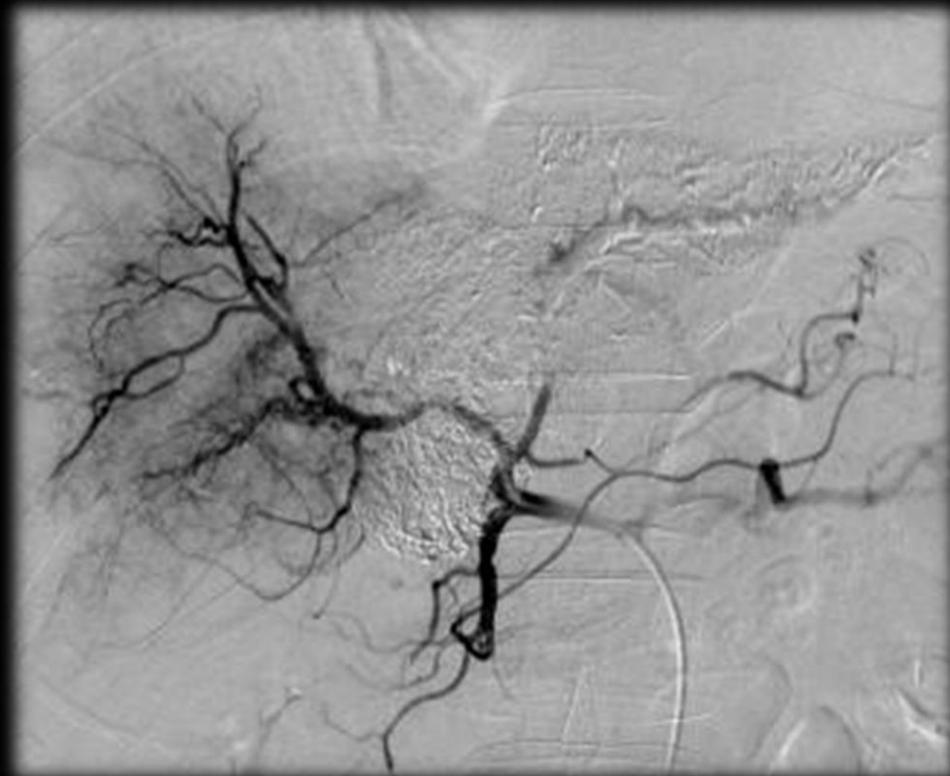
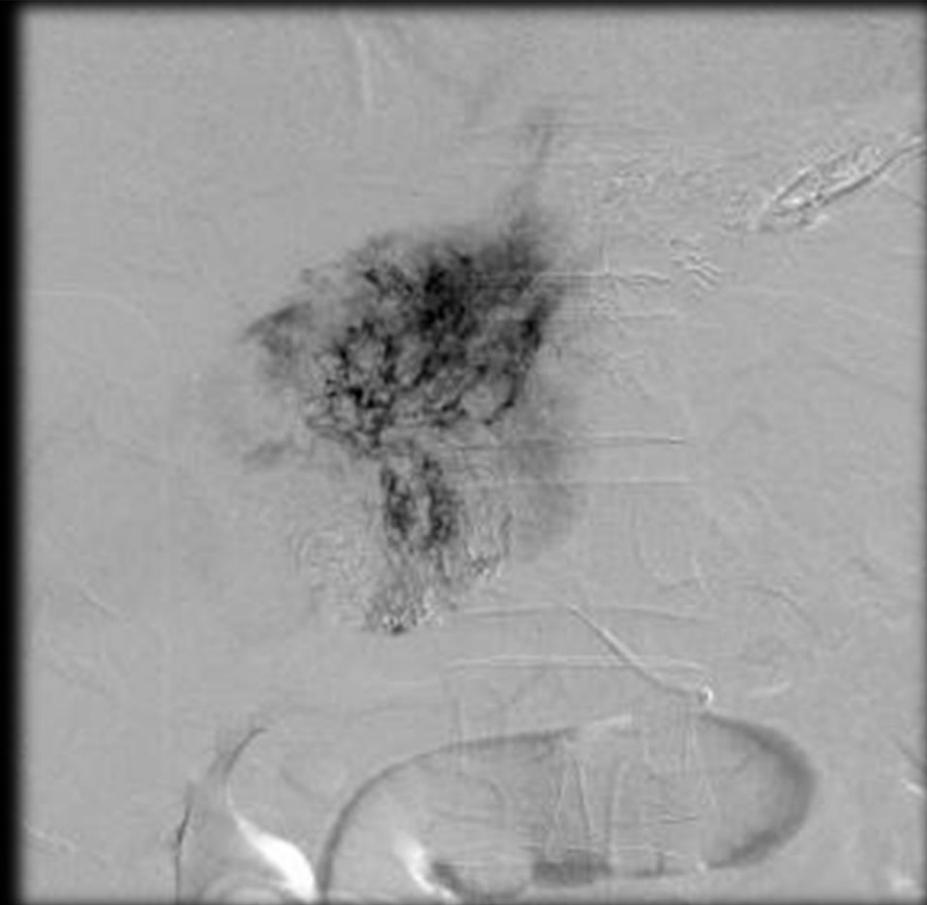


左肝動脈は左胃動脈から起始
中、右肝動脈がmain feederと
思われた



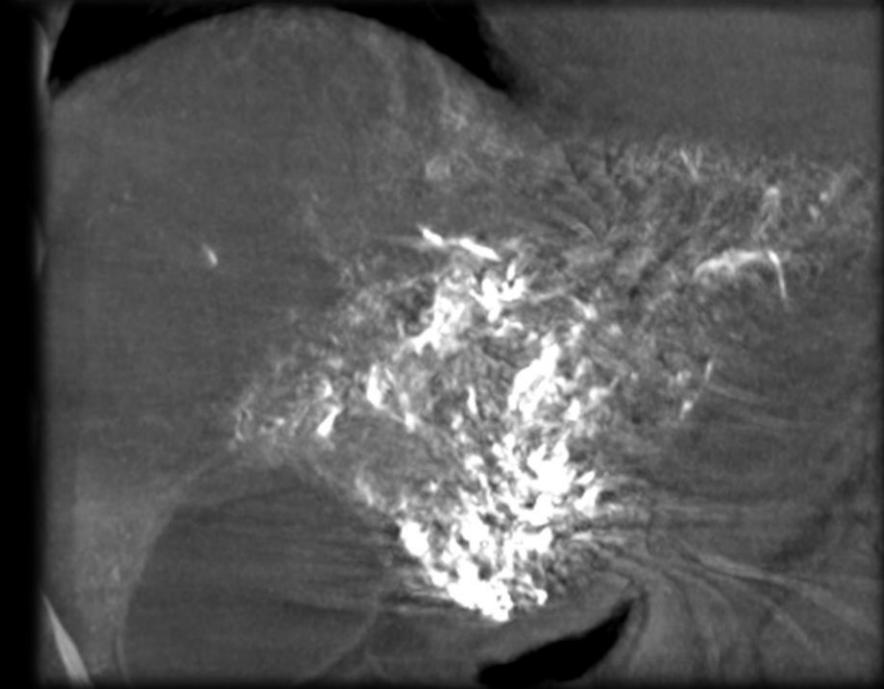
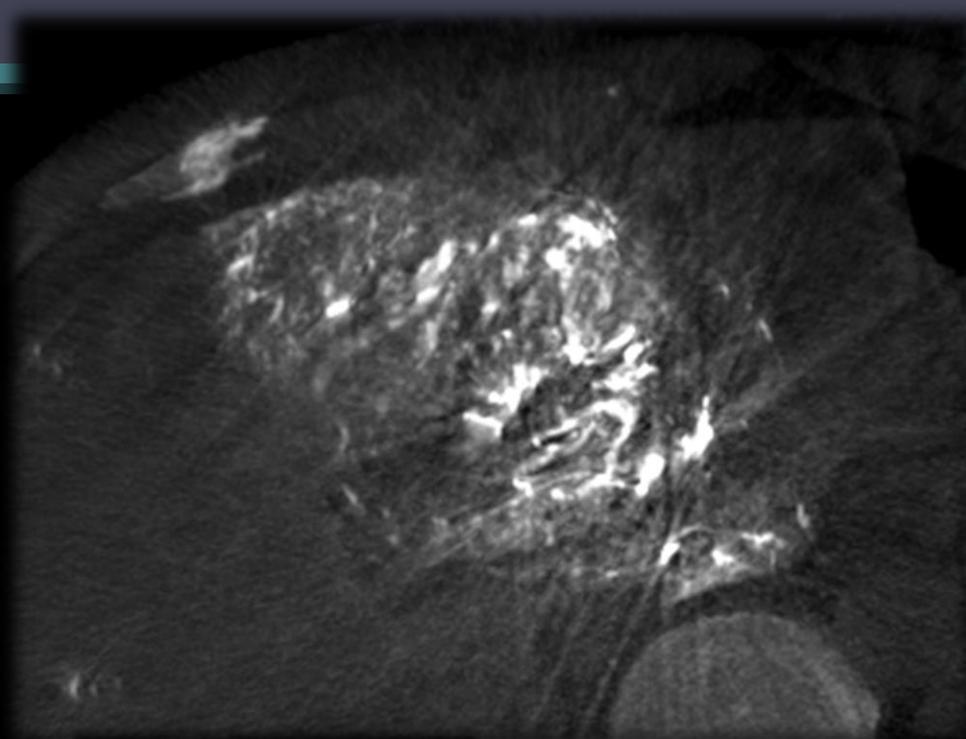
中肝動脈造影で腫瘍の大部分が描出

リピオドール、ゼラチンポンジをもって塞栓



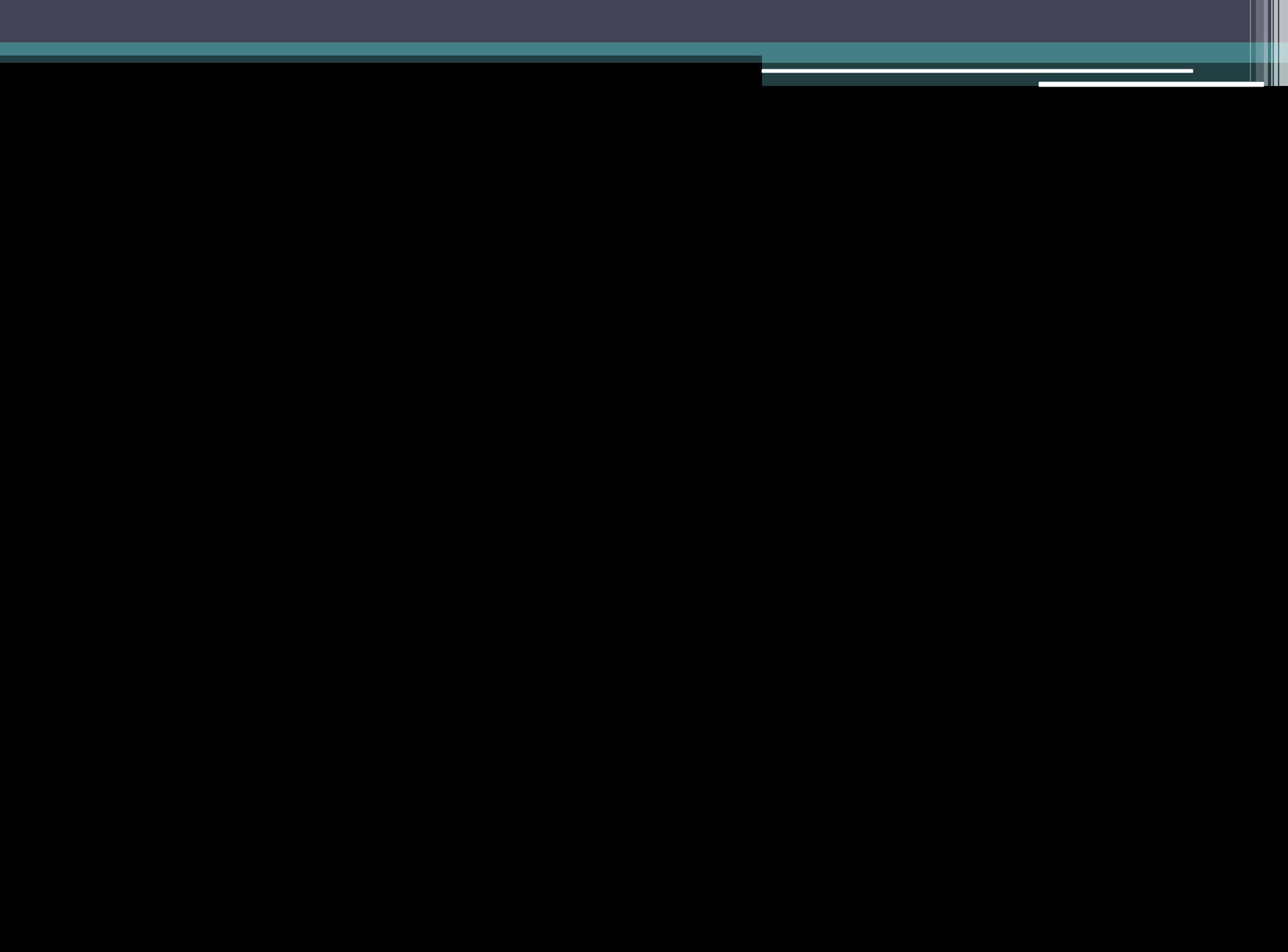
右肝動脈の途中で起始するfeederの造影で腫瘍の描出あり

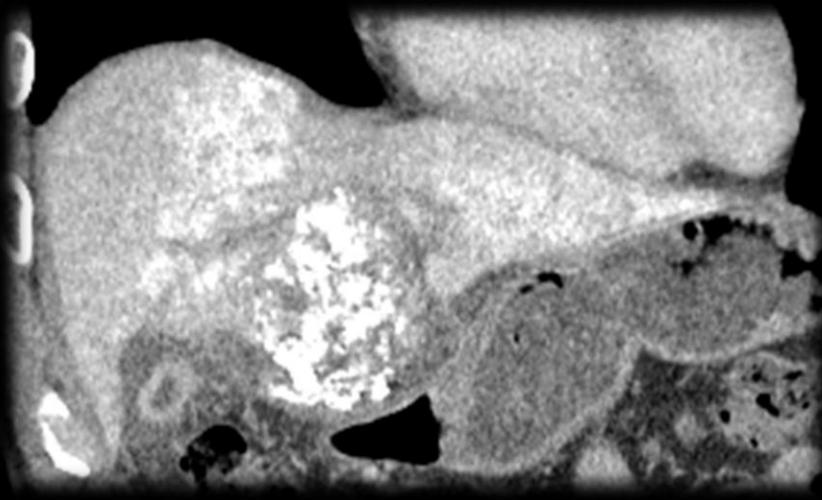
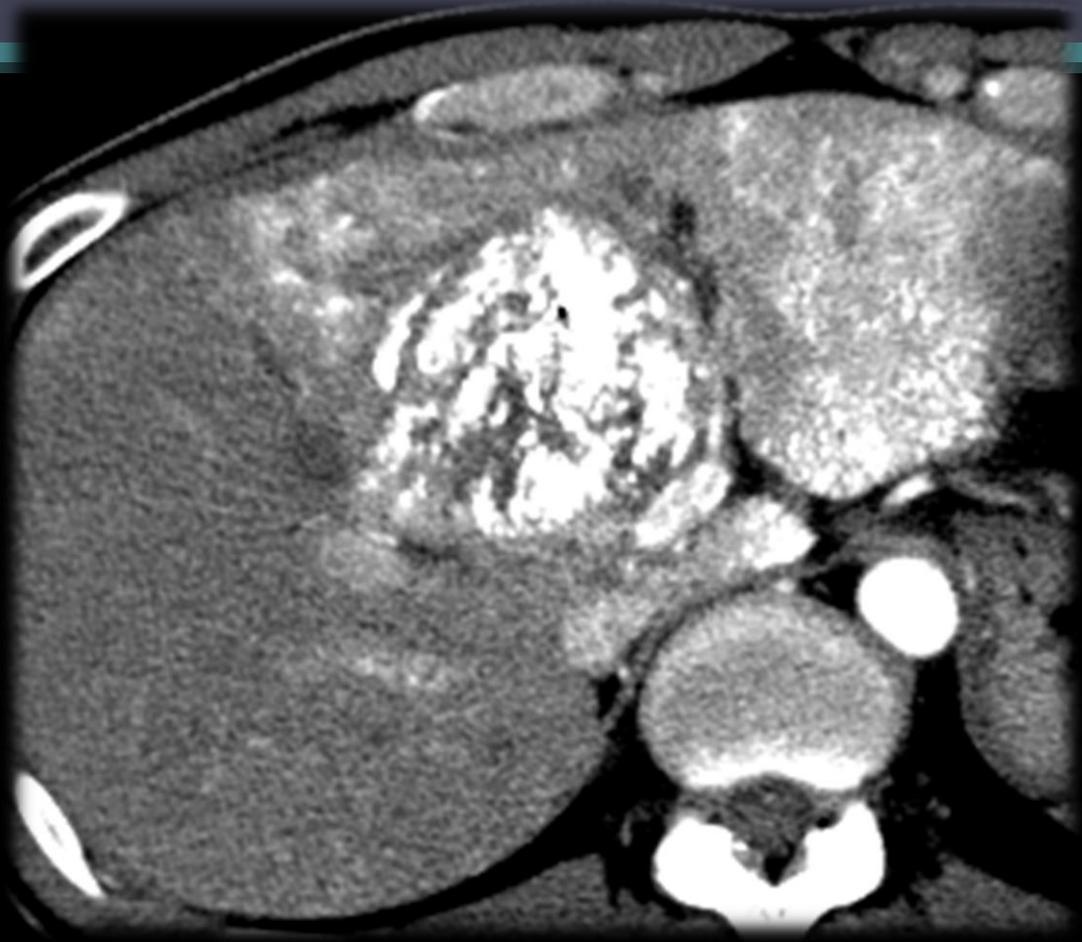
リピオドール、ゼラチンポンジをもって塞栓
確認造影で描出消失



コンビームCT

良好な沈着を認め、終了とした。
状態に変化無し。





11日後
フォローアップCT

変化なく良好に経過
本人希望で大学病院へ転院

考 察

- HCC腹腔内破裂はHCC患者死亡の5.6%、癌死、肝不全死に次いで第3位。
- 機械的・物理的刺激、腫瘍進展によるdrainage vein閉塞による腫瘍内圧上昇が原因とされる。
- 肝表面や肝外突出型に多い。
- 突然の上腹部痛が66～100%
- ショック症状は33～90%

考 察

- 破裂HCCは臨床病期IVA以上の進行癌に相当。
- 日本人のHCC破裂後の平均生存期間は4ヶ月。
- 1年生存率は肝機能に依存している。
- 巨大HCC破裂ではショックを離脱できないことも。

考 察

- HCC破裂の出血に対する治療はTAEが第一選択とされる(止血率70~100%)
- T-Bil 3 以下がTAE適応とされている。
- TAEによる1次止血後に待機的肝切除を行うことで生存期間の延長が報告されている。

考 察

- Vp 3 に相当する門脈腫瘍栓を認めていた。
- Vp 4 症例に対する超選択的TACE治療の報告もあり。
- 破裂腫瘍ではあったが、バイタルも安定していたため、選択的に塞栓することができ、梗塞はみられなかった。

⇒門脈左枝は完全閉塞ではなかったからか？

結 論

- 30歳代のHCC腹腔内破裂に対してTAEを行った。
- 門脈左枝1次分岐に腫瘍栓を認めていた(Vp3)が、肝壊死には至らずに良好に経過した。
- TAE後、単発であれば肝切除による生存期間延長の報告がみられる。