

# 脂肪を含んだ巨大肝腫瘍 のRAIB-TACE

水戸協同病院:放射線科:入江敏之

筑波記念病院:放射線科:高橋信幸

# 症例

- 90代・男性、腹痛
- 30年前に肝右葉切除術。腫瘍病理は不明。
- 肝炎ウィルスは陰性。
- AFPは12（正常値は10以下）。PIVKA高値もワウファリン服用中なので偽陽性と考えた。
- 切迫破裂の状態なのでHCCの暫定診断のもとにTACE施行。

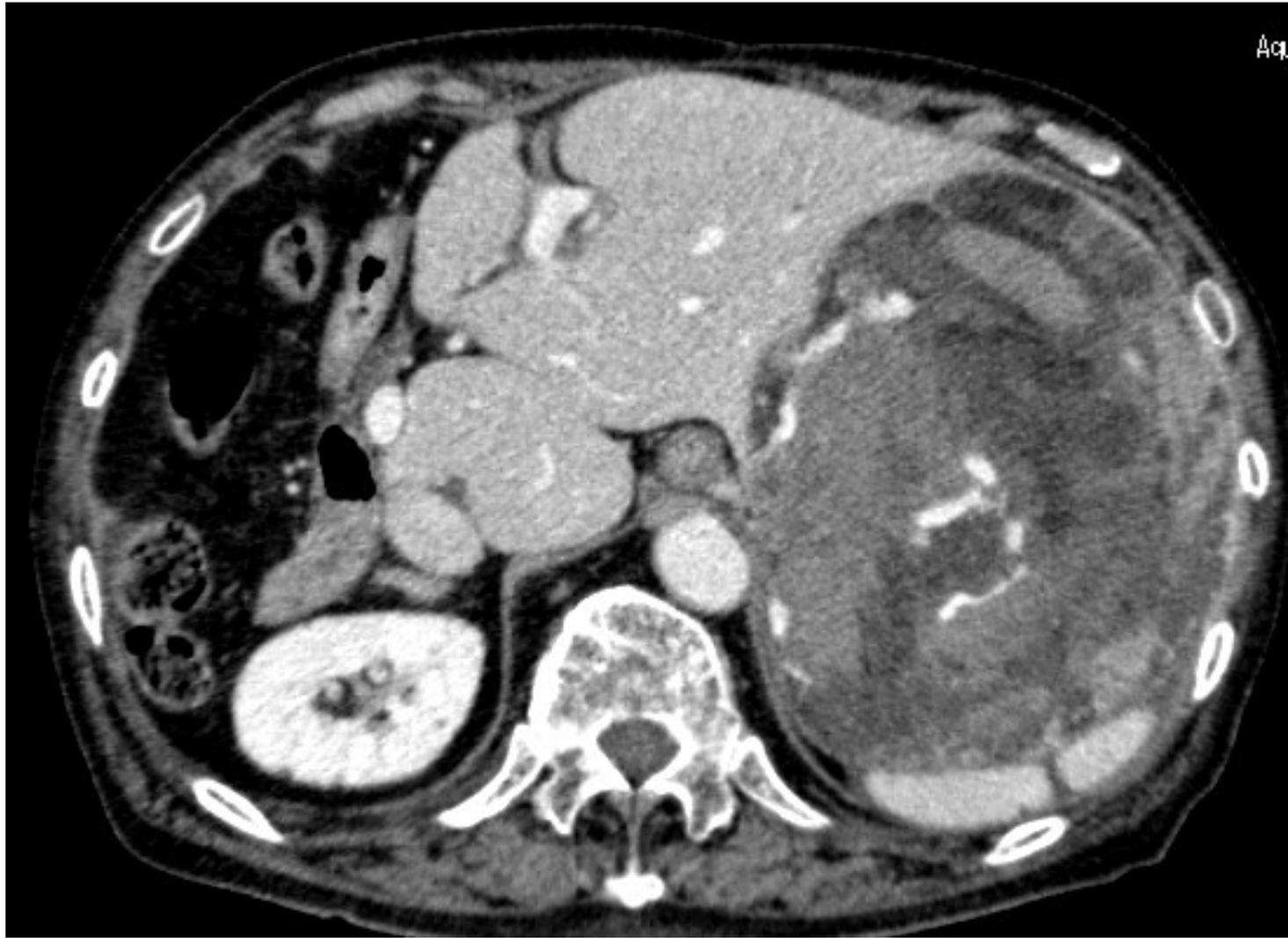
# 塞栓方法

Logos マイクロバルーン

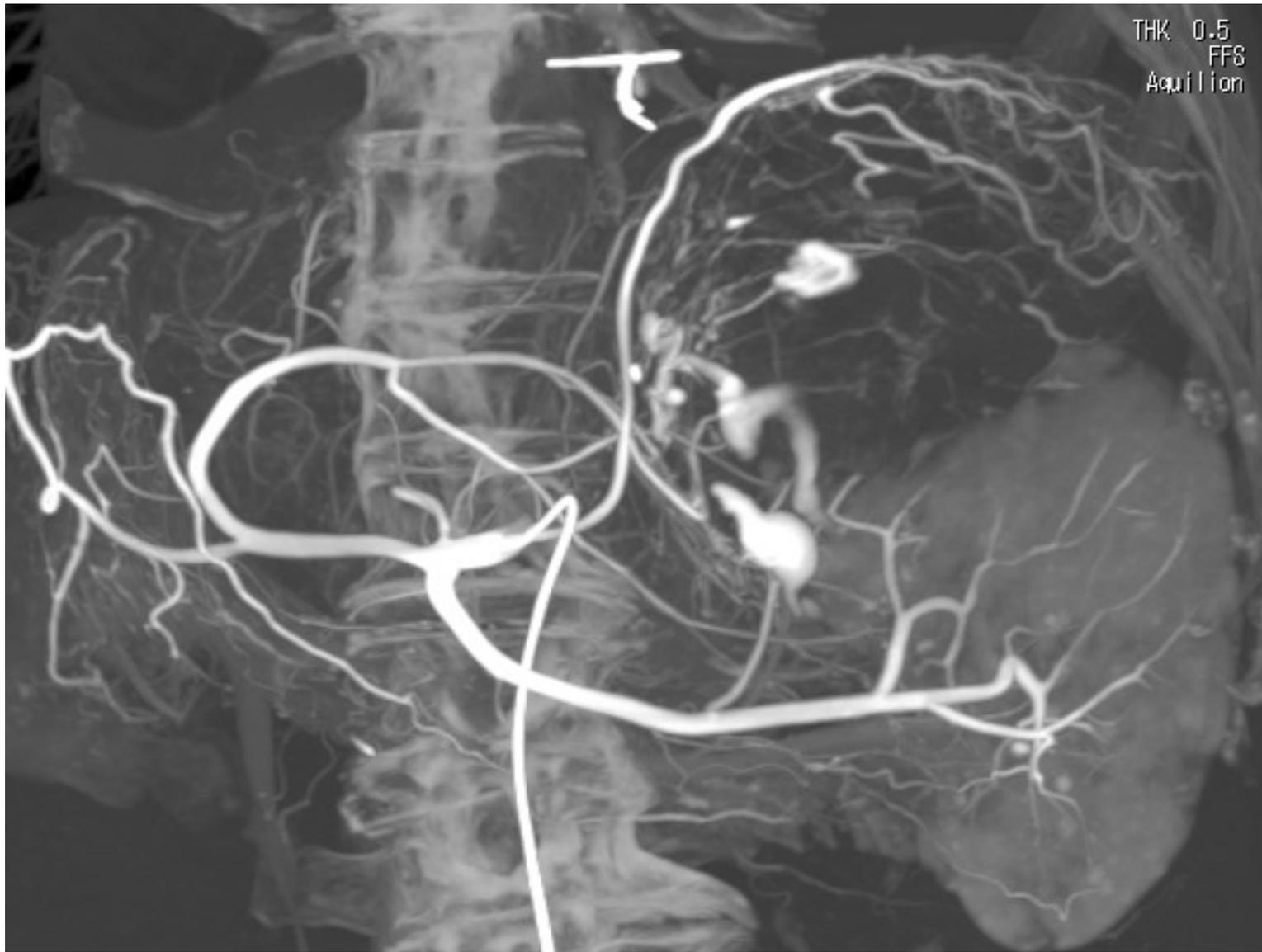
IA コール 50mg

破砕ジェルパート (1A を 20mL 造影剤で希釈)

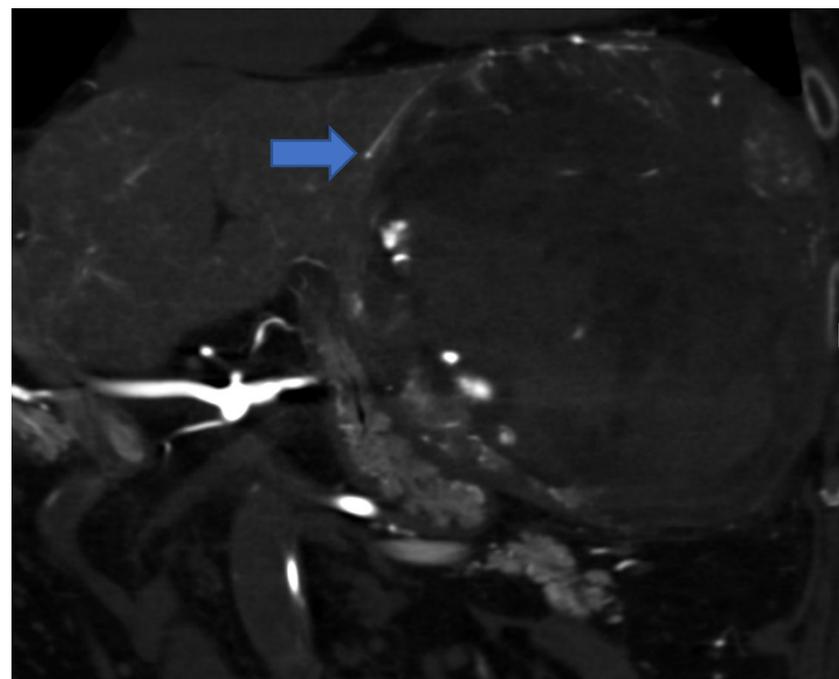
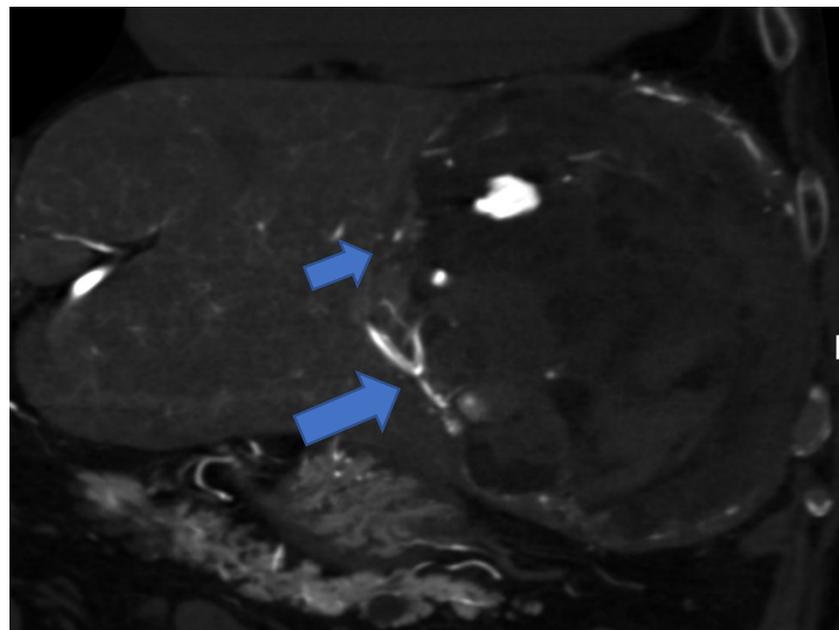
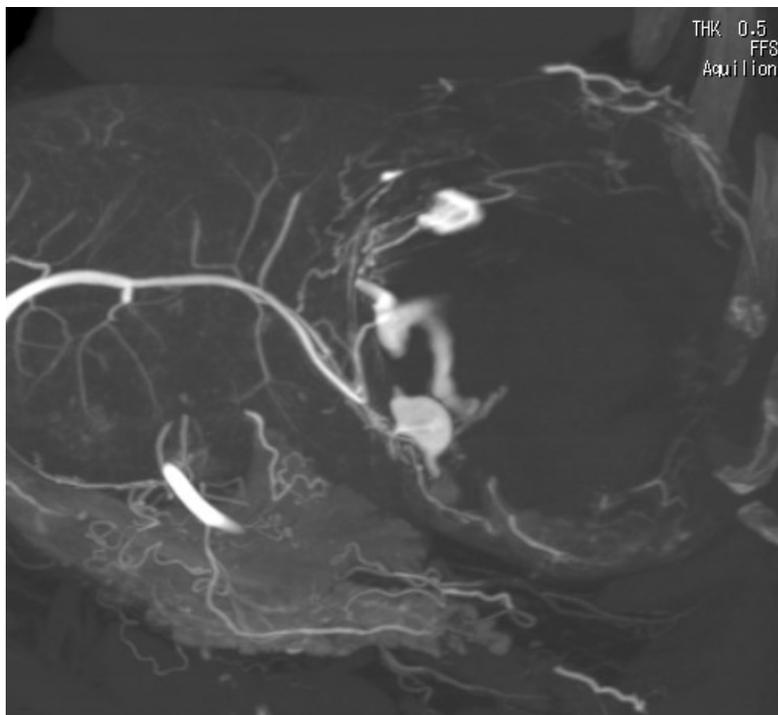
希釈した破砕ジェルパートとCDDP溶液のバルーン閉塞下交互注入 (RAIB-TACE)



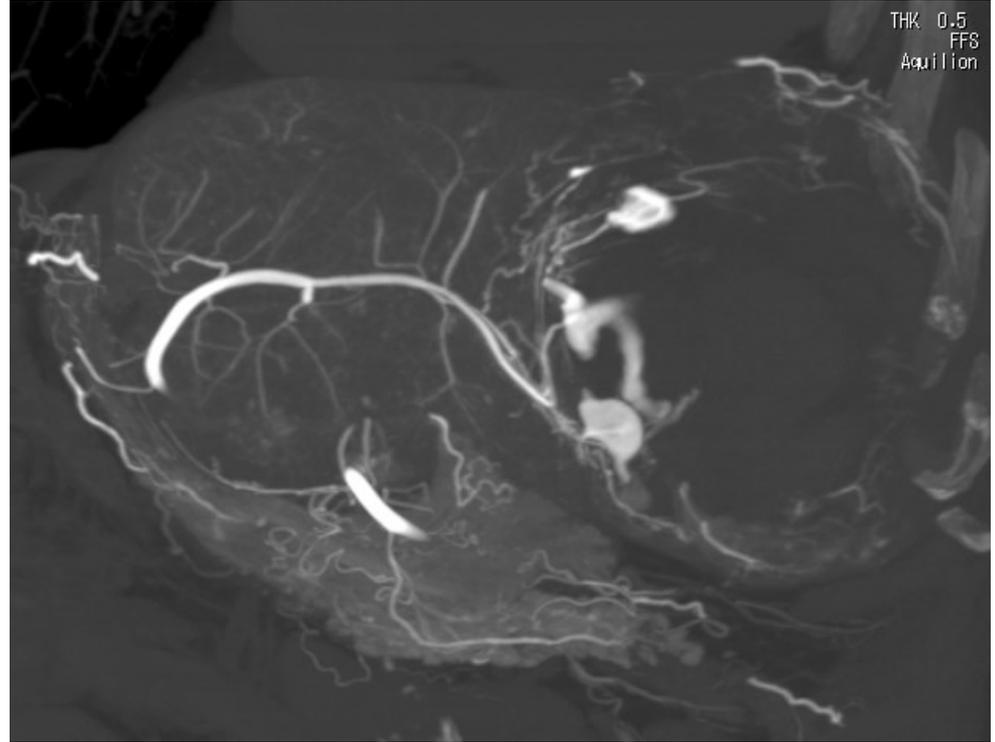
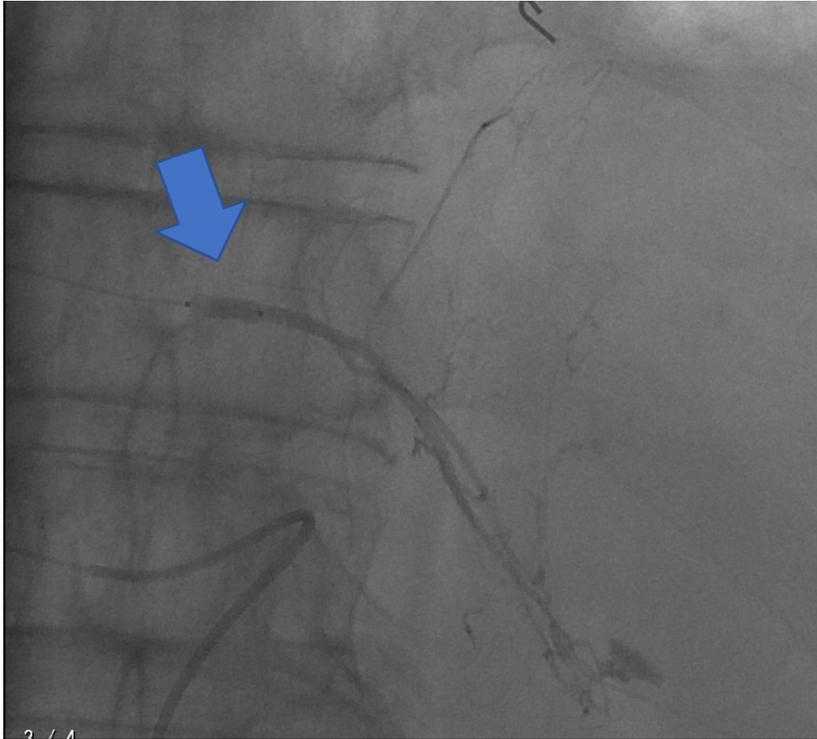
緊急撮影CT:動脈相CTは撮影されていない。外側区から15cmの結節が突出しており、内部に造影剤のプーリングあり。



造影剤原液を用い、腹腔動脈で64MDCT-CTA施行。  
カテーテルナビゲーションのためのMIP像。骨より白い。



Thin slice CT画像を観察、腫瘍内にエントリーする血管(矢印)を同定する。Slab-MIPでカテーテル位置を決定する。これはA2の塞栓のための位置決定画像。

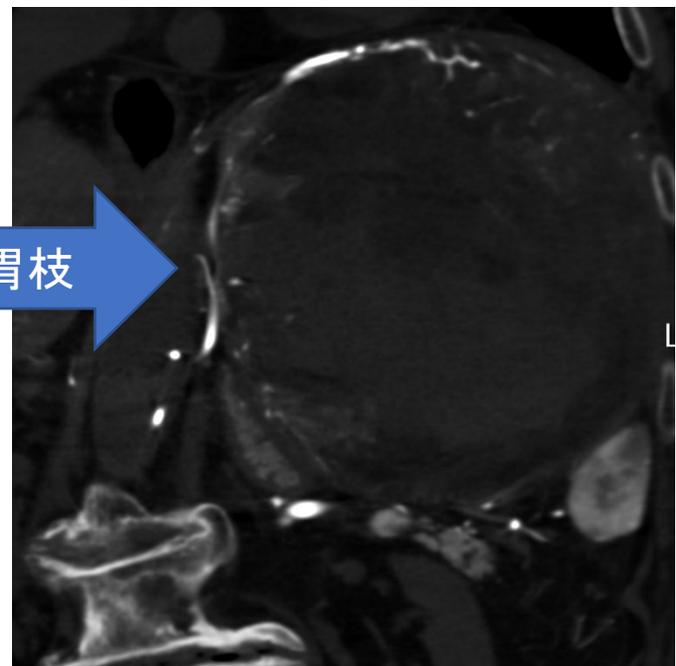
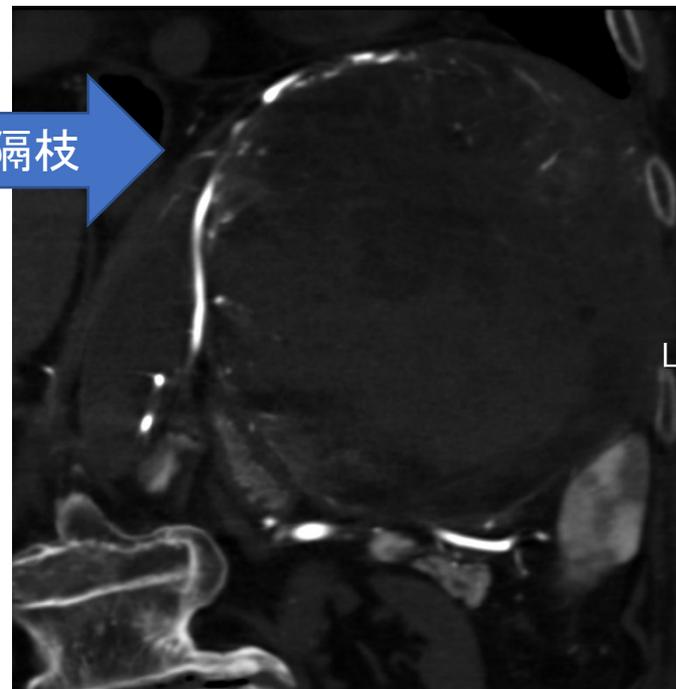
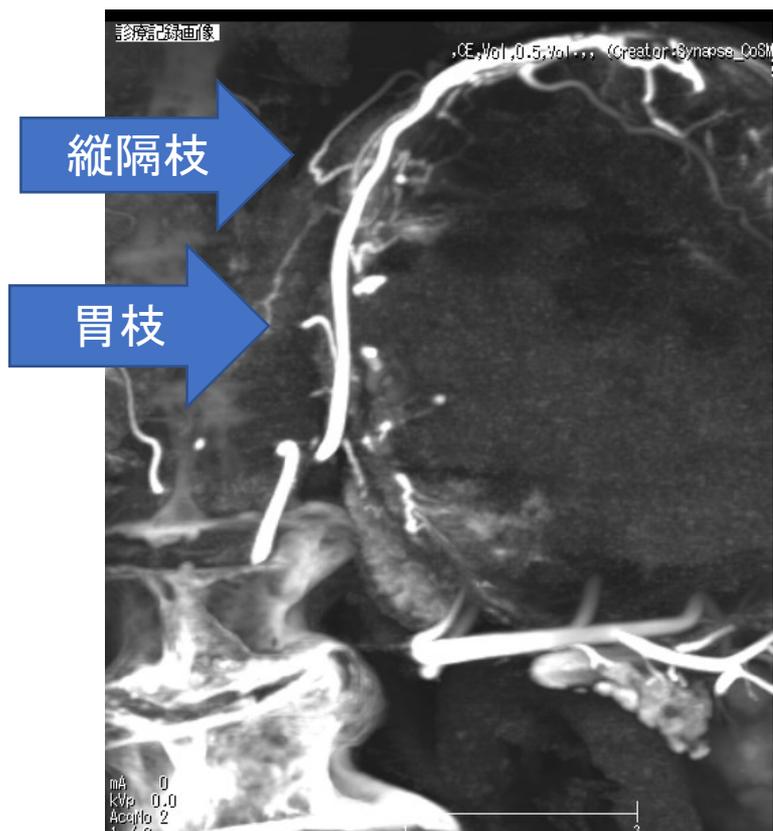


A2のRAIB-TACE。希釈したジェルを含んだ造影剤が血管内に停滞している。Slab-MIPを参照し閉塞部位を決定している。



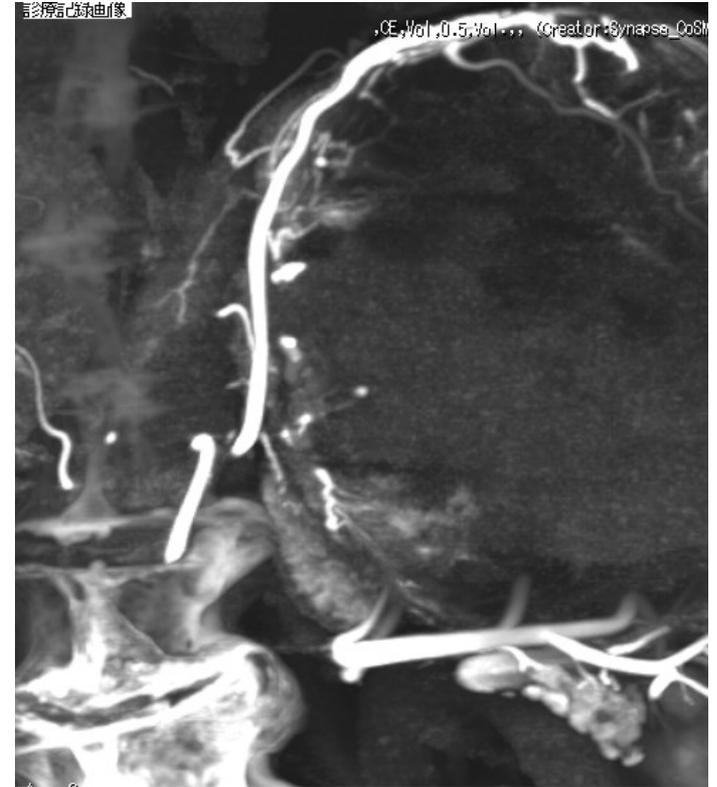
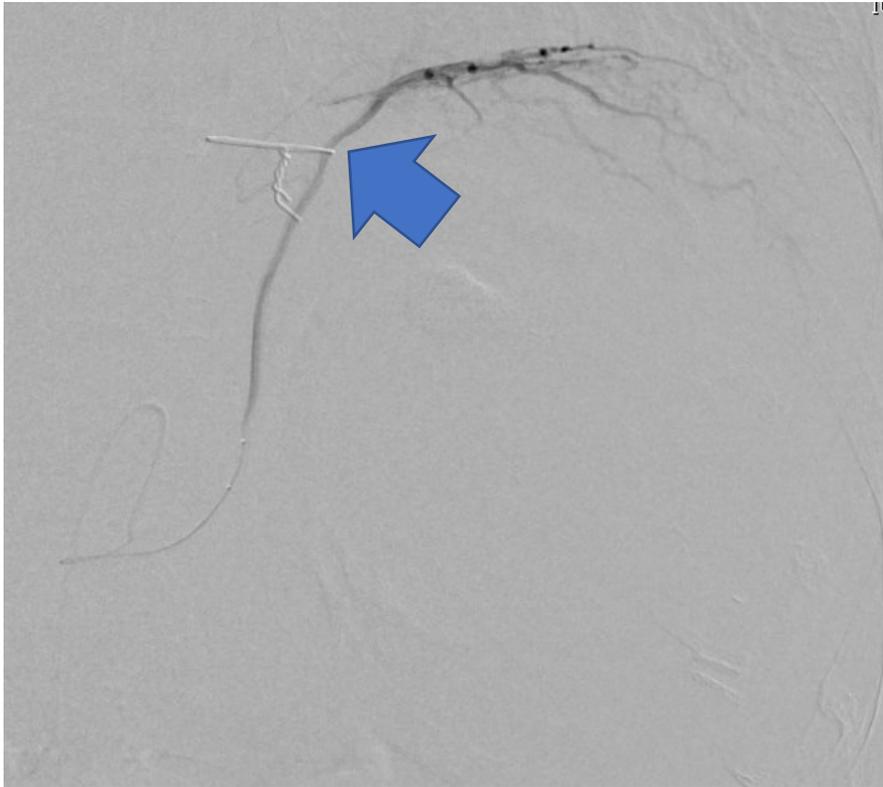
5回の交互注入を繰り返した後のスポット撮影。バルーンを開放しても造影剤で希釈したジェルが血管内に残存している。

# 左IPAのRAIB-TACE



薄層CTを詳細に検討、縦隔枝を越えたところが左IPA塞栓のバルーン閉塞部として最適と判断。

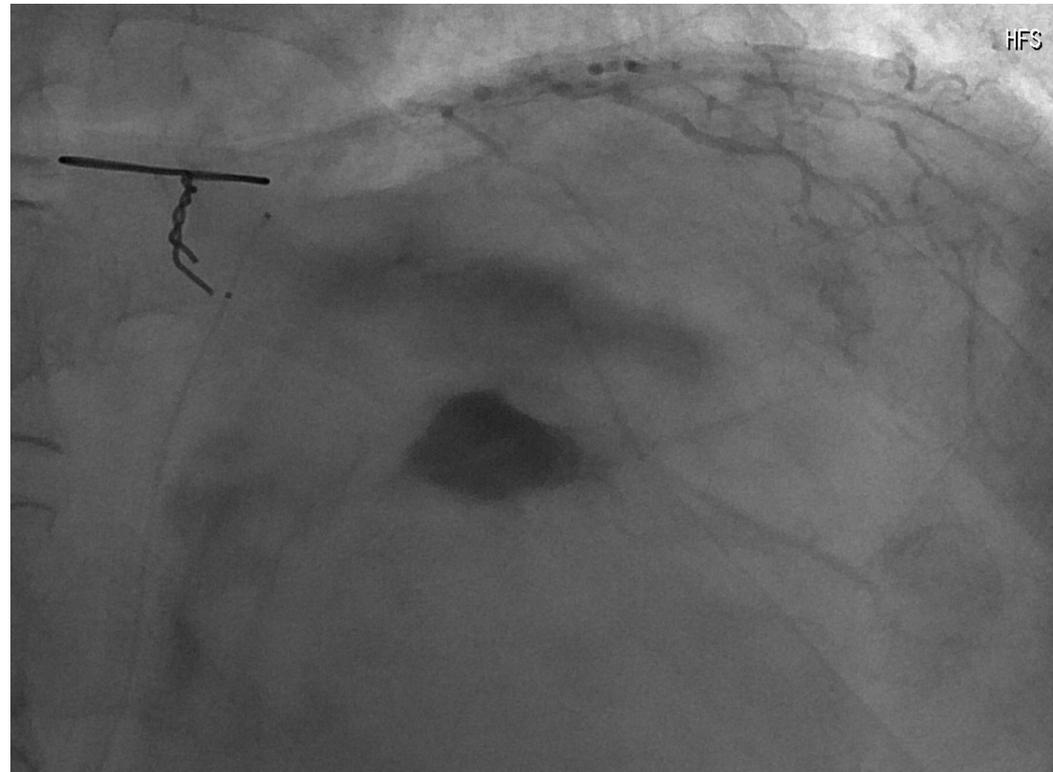
# 左IPA



矢印部位が閉塞最適部位と判断



4回の繰り返し注入後、肋間動脈が描出され、RAIB-TACE終了と判断。



その後バルーン開放。ジェルが血管内に残存。

# 塞栓後40日後のCT



左胸水貯留あるも、塞栓10日後に退院。塞栓40日後の上記CTでCR確認。  
AFPは12から3に低下。データ上、脂肪を含んだHCCと診断しております。