埜村　智之，近藤　芳正，篭橋　厚樹
後藤　章友，物江　孝司，日栄　康樹
一木　　貴，伊藤　朋文[1]，塚田勝比呂
山田　潤一，倉知　美幸，谷口　元昭
武内　俊彦[2]，加藤　敬純，佐々木信義[3]
鈴木　賀己[4]

今回我々は，12歳（症例1）と21歳（症例2）のHBsAg陽性キャリアの肝細胞癌を経験したので報告した．ともにHBVキャリア家系の男性であった．発症時すでに肝機能異常，（症例1：GPT；90，症例2：GPT；1,928U/l）αFP上昇（症例1：479,000，症例2：1,000ng/ml）を認める手術不能の進行例であった．症例1はStage IIIaで，動注療法を中心とした化学療法で約9カ月生存．症例2は肝静脈から右房に至る腫瘍塞栓のための急性循環不全による急性肝不全で10日目に死亡した．症例1の癌部はEdomondson I型，非癌部は正常肝．症例2の癌部はEdomondson II～III型，非癌部は活動性慢性肝炎像であった．尚，症例2はHBc抗体陰性の稀なキャリアであった．

48．肝炎発症より3年6カ月の経過の間に若年性肝細胞癌を合併した1症例

新潟大学第3内科
鰍沢　夏美，野本　　実，朝倉　　均
同　第1外科　　塚田　一博
信楽園病院　　村山　久夫，吉田　俊明

症例：26歳，男性．既往歴：特記すべきことなし．現病歴：昭和45年12月末，褐色尿，食欲不振，全身倦怠が出現．急性肝炎と診断され，翌年2月27日某院に入院した．入院時所見：T. Bil. 17.4mg/dl，GOT 670 IU/L, GPT 2,000IU/L, HBs Ag(+), anti-HBs(−)．入院後の経過：PLSの投与を開始し，GOT・GPTは低下の傾向を示したが，PLS減量にて，増悪を繰り返していた．46年肝生検では，AVH，その後の生検ではCAHc̄BNと診断された．48年AFPはES法で陽性となるが，シンチで，腫瘍は指摘できなかった．49年5月より血性腹水が認められ，49年5月25日死亡した．解剖所見：肝S_8領域17×13×6cmの腫瘍を認め，非癌部は，壊死後性肝硬変の所見であった．

49．抗てんかん剤が原因と考えられる肝硬変症に合併した若年者肝癌の1例

都立駒込病院内科，病理科[1]，
国立療養所東京病院消化器科[2]
林　　星舟，佐伯　俊一，近藤　朝明
田中　　武，柴山　隆男，大竹　寛雄
田中　　慧，服部　　信，山中　昭良[1]
原田　英治[2]

症例は34歳，男性．仮死状態で生まれ，脳梁欠損を認める．飲酒歴なし．25歳時より痙攣発作が頻発し，“ヒダントールF”を服用開始．2年後初めて肝障害出現．32歳時吐血のため入院，HBsAg/Ab−/−，HCV抗体（C100）陰性．F2RC（+）の食道静脈瘤に対して硬化療法施行．肝硬変の原因は腹腔鏡像（粗大起状のある小結節を主体とした結節肝）や肝生検組織像（種々の線維化巣により肝実質は細分化され，炎症細胞浸潤なし），臨床経過から，ウイルス肝炎の関与は否定的であり，慢性薬剤性肝障害を考えた．2年後に肝細胞癌を合併し，側頭骨への転移を認め，脳出血にて死亡した．肝細胞癌の成因を考える上で興味ある症例である．

50．当院における小児肝癌の臨床病理学的検討

聖マリアンナ医科大学病理
真坂　　彰，中西　千尋，吉村　秀宏
相田　芳夫，前山　史朗，打越　敏之
同　第3外科
藤岡　照裕，金　　義孝，中田幸之介
山手　　昇

15歳以下の小児肝癌5例（最年少5カ月，最年長13歳）を経験し，臨床病理学的に検討した．初発症状は一例を除き消化器症状で，全例で腹部に腫瘤を触れた．AFP値は全例で高値を示し，肝芽腫の2例では，治療により低下，消失した．成人型肝細胞癌3例は，8，9，13歳と年長で予後が悪かった．病理組織学的にも，肝芽腫と比較して被膜の形成がみられず発見時いずれもStage IVと進行していた．また，全例でLCの合併はみられず，一例は，腹部を打撲するまで無症状であり，偶然打撲による腹腔内出血により発見されたまれな症例であった．成人型肝癌の予後向上にはより早期発見が必要と思われる．

51．高血圧症を伴った若年性肝細胞癌の1例

国立大分病院消化器科
室　　豊吉，佐藤　公望，有川　元治
能丸　真司，飯田　三郎，原　　修身
大分医科大学内科第1　　清家　正隆

症例は17歳男性．昭和58年全身倦怠感出現し近医で