

PP-1-601 膵頭十二指腸切除後に発症した胆管空腸吻合部狭窄例の臨床病理学的検討

渡辺義二, 丸山尚嗣, 田中 元, 夏目俊之, 清水孝徳, 斉藤 剛, 小林 豊
(船橋市立医療センター外科)

今回、膵頭十二指腸切除術後の胆管空腸吻合部狭窄の成因および治療について検討したので報告する。当センター開設以来20年間の膵頭十二指腸切除例は132例で、良悪性別は悪性126例、疾患別では膵癌53例、胆管癌30例、胃癌、胆嚢癌各々8例、十二指腸癌6例、大腸癌2例で、良性は腫瘍形成性膵炎、十二指腸乳頭部腺腫など6例である。術後経過観察中画像診断および臨床検査所見にて胆管空腸吻合部狭窄を認め、胆道内瘻管を9例に施行した。疾患別内訳は胆管癌5例、乳頭部癌、十二指腸癌、大腸癌、腫瘍形成性膵炎各々1例である。多くの症例は胆管炎の発症時すでに胆管空腸吻合部狭窄、肝内結石症を認め、入院初期治療としてPTCDを施行した。9例の狭窄部の診断は炎症性狭窄3例で、5例は断端再発乃至異時性多発症である。治療はPTCD瘻孔拡張術、ステント挿入、放射線治療などを選択施行した。胆管空腸吻合部狭窄は長期に経過観察した症例に認められ、良悪性の鑑別診断が重要で、胆管癌では再発が、多発の診断は困難である。良性的炎症性狭窄は肝硬変、肝線維症を併発している症例に多く、術式、術後合併症とは関係は少ないと考える。

PP-1-602 膵頭十二指腸切除術後の長期耐糖能障害の検討—胃膵吻合と膵腸吻合の比較も含めて—

横山茂和, 大東弘明, 石川 治, 山田晃正, 佐々木洋, 高地 耕, 宮代 勲, 村田幸平, 土岐祐一郎, 亀山雅男, 今岡真義
(大阪府立成人病センター外科)

【目的】膵頭十二指腸切除後の長期耐糖能の推移、そして膵空腸吻合と胃膵吻合のいずれの再建方法が有利であるかを検討した。【対象・方法】1990年から1995年の膵頭十二指腸切除術のうち7年以上無再発生存した51例。【結果】膵空腸吻合(A群)、胃膵吻合(B群)はそれぞれ25例、26例。術前と術後早期のOGTT-patternは手術前後での悪化例はなく、逆に改善例も11例(21.5%)存在した。術後早期に正常OGTT-patternを示した30例はその後耐糖能は悪化しなかった。一方、A群25例中7例(28%)とB群26例中6例(19%)では耐糖能障害が進行した。これらの変化は術後3年以内に発生しており、各群間に有意な差を認めなかった。膵酵素と主膵管拡張の有無を調べ、耐糖能障害との関連、再建方法での差異を検討した。膵酵素上昇・主膵管拡張と耐糖能障害との相関は認めなかった。膵酵素上昇あるいは主膵管拡張の頻度はそれぞれ20%、19%と各群間に有意な差を認めなかった。【総括】術後早期のOGTT-patternはその後の耐糖能変化の指標となりうる。一方、耐糖能障害は膵空腸吻合と胃膵吻合で差はなく、吻合部閉塞や膵炎の関与も少ないと考えられた。

PP-1-603 吐血で発症した胆管十二指腸瘻合併膵頭部癌の一例

津田祐子^{1,3)}, 鳥多勝夫¹⁾, 増山喜一¹⁾, 田近貞克¹⁾, 辻 政彦¹⁾, 松能久雄²⁾, 塚田一博³⁾
(済生会富山病院外科¹⁾, 済生会富山病院病理検査科²⁾, 富山医科薬科大学第2外科³⁾)

膵癌の初発症状は腹痛、背部痛、黄疸、食欲不振、耐糖能低下などが、胆管十二指腸瘻を合併し吐血で発症した膵頭部癌の一例を経験したので報告する。

症例は77歳男性。突然の強い心窩部痛と吐血で発症。入院時貧血とCA19-9の上昇を認めたが、黄疸はなく、ガストリン値は正常であった。上部消化管内視鏡ではSDA直下に著明な浮腫と発赤を伴う出血性潰瘍と、同部から下行脚に易出血性の腫瘍を認め、生検で中分化型管状腺癌の診断。潰瘍は総胆管下部と瘻孔形成していた。腹部血管造影では潰瘍部に一致した濃染像とPSPDA狭窄を認めた。十二指腸癌の胆管穿通と診断し、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術(PPPD-IVA)施行。病理所見は浸潤性膵管癌の浸潤型でpT4, pap-tub2, pT4 (pPL+), pN3, pM1 (LYM), fStage IVbであった。

本症例では、腫瘍は中部胆管まで浸潤していたが閉塞性黄疸を生ずることなく十二指腸瘻を形成しており、非常に稀な進展形態をとっていた。また血管造影の濃染部位と実際の腫瘍部位の乖離を認めたが、腫瘍穿通に伴う潰瘍部周囲の濃染であったと考えられ、原発巣の診断に苦慮した一因となった。

PP-1-604 肝部下大静脈狭窄および肝内静脈シャントを合併したganglioneuromaの1例

碓井彰大, 宮内英聡, 小林 進, 西郷健一, 三浦文彦, 趙 明浩, 工藤秀寛, 落合武徳

(千葉大学先端応用外科学)

【症例】24歳、女性。右下腹部痛にて近医受診。右上腹部腫瘍を指摘され、当科入院。CTで膵頭部背側から肝門部に至り、肝IVCとSMA根部を圧排する辺縁部がわずかに濃染する腫瘍を認め、肝内の巨大静脈シャントを疑い施行したIVC造影で、右下肝静脈から右肝静脈への太い肝内シャントを認め、後腹膜腫瘍として手術施行。膵頭部原発と考えられる腫瘍を認め、術中迅速組織診でganglioneuroma(GN)の診断。大動脈に至る肥厚した神経叢様組織を含めた腫瘍摘出術を施行。肝部IVCには腫瘍による巻き込み所見なし。術中USで膵体部実質内に径1cm以下2個のmassを認め、針生検施行(術後にGNと判明)。標本は9*5*4cmで、断面は灰白色充実性、均一。病理の結果、腫瘍内に島状の神経組織を認め、膵原発GNと診断した。【考察】前述した標本の病理所見、針生検でGNの診断が得られたことより本症例は非常にまれな膵原発GNと考えられ、その特異な病態から、幼少時にneuroblastomaの進展で下大静脈が閉塞、右下肝静脈から右肝静脈への肝内シャントを形成した後にGNへの分化と自然退縮が起こった可能性が考えられた。

PP-1-605 術前に十二指腸癌との鑑別診断を要した膵管内管状腺癌(ITC)由来の浸潤癌の1例

鬼澤俊輔, 羽鳥 隆, 今泉俊秀, 岡野雄介, 山田美千代, 金井信雄, 福田 晃, 高崎 健

(東京女子医科大学消化器外科)

【症例】患者は44歳男性。大酒家。2002年3月、急性膵炎を伴う膵頭部囊胞性病変(6cm大)に対し、他医で膵空腸吻合術を施行した。11月、血糖コントロール目的で再入院したが、貧血があり上部消化管内視鏡で十二指腸下行脚に限局潰瘍型の腫瘍を認め、生検でadenocarcinomaを検出した。CTでは膵頭部に約5cm大の膨張性発育を示す腫瘍を認め、尾側膵管は拡張していた。当科に入院後胆嚢炎、膵炎のためPTGBDを施行。下部胆管にsmoothな狭窄を認めた。MRCPで膵頭部主膵管は描出されず尾側膵管の拡張を認め、その起始部には結節状のlow intensityを示す腫瘍像を伴っていた。上部消化管造影では十二指腸下行脚は全体に圧排狭窄し、7cm大の限局潰瘍型の病変を伴っていた。DUPAN-2は1100U/mlと上昇していた。以上より十二指腸癌と膵頭部癌の鑑別に苦慮したが、膵頭部病変の発育形態は膨張性であり、尾側の拡張膵管内に結節状の腫瘍像を伴うことから膵頭部のIPMT由来の浸潤癌と診断し、PPPDを施行した。組織学的には粘液産生に乏しい異型管状腺癌からなる十二指腸浸潤を伴う腫瘍であり、膵管内管状腺癌(ITC)由来の浸潤癌と診断した。膵囊胞性病変の臨床的取扱いや病理組織所見において興味ある症例であった。

PP-1-606 腫瘍内石灰化を伴った膵癌の2症例

小原充裕, 稲垣光裕, 坂東敬介, 山崎弘貴, 今井政人, 紀野修一, 小野寺一彦, 葛西真一
(旭川医科大学第2外科)

【はじめに】膵癌で石灰化を伴うものは膵石合併膵癌として扱われることが多く、石灰化機序の明らかな報告例は少ない。今回我々は腫瘍内に石灰化を伴った2例の膵管癌を経験したので報告する。【症例】Case.1.65才男性。膵体部に径15mmの腫瘍と、内部に6mmのAcoustic shadow(AS)を伴う石灰化を認めた。石灰化を伴うTS1の膵管癌と診断、膵体尾部切除を施行した。腫瘍径は12×14mm、中分化型の管状腺癌であった。腫瘍内の石灰化は骨化だった。Case.2.73才女性。膵体部に径30mmの低エコーの腫瘍像と、内部に数mmのASを伴う小石灰化を多数認めた。腫瘍内部に小石灰化を伴うTS2の膵管癌と診断、膵体尾部切除を施行した。腫瘍径は25×28mm、mucinous non-cystic adenocarcinomaであった。腫瘍内の石灰化は、腫瘍腺腔内粘液塊中に石灰化をきたしたものだ。【結論】石灰化の機序は変性蛋白が選択的に磷酸イオンと結合しさらにカルシウムイオンと結合し磷酸カルシウムとして析出するdystrophic calcificationであると思われた。膵癌に合併する石灰化の病理学的な発生機序を考える上で興味深い症例と思われた。

PP-1-607 術前診断が困難であった膵破骨細胞型巨細胞癌の1例

鈴木秀昭, 久保田仁, 上松俊夫, 黒柳 裕, 長田和久, 浅羽雄太郎, 徳丸勝信, 青葉太郎, 住田 互
(半田市立半田病院外科)

症例は68歳、男性。主訴は上腹部痛。平成14年4月7日から6月17日まで急性膵炎で当院内科入院。同年7月4日、再び上腹部痛が出現し、7月5日、当院内科受診。胆道系酵素の上昇、黄疸を認め、入院となった。黄疸は絶食にて改善したが、ERCPで下部胆管の狭窄と、頭部主膵管の陰影欠損およびその上流側膵管の拡張を認めた。副膵管は造影されなかった。腹部造影CT、腹部US、超音波内視鏡で膵頭部に明らかな腫瘍は認めなかった。腹腔動脈造影では、tumor stainやencasementは認めなかった。術前診断がつかなかったが、下部胆管癌、または膵癌を疑い、平成14年8月13日、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を行った。摘出標本剖面で膵頭部腹側に径2.4cmの赤白色の腫瘍があり、主膵管に腫瘍栓を認め、病理組織検査で、紡錘形細胞と破骨細胞に似た多核巨細胞の増生がみられ、膵破骨細胞型巨細胞癌と診断された。免疫染色で多核巨細胞はvimentin陽性、S-100, CK, EMA, CEAのいずれも陰性であった。術後経過は良好で、術後6ヶ月現在、再発の兆候はなく、健在である。

PP-1-608 腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難であった膵退形成性膵管癌の1例

田中将也¹⁾, 北村聡子¹⁾, 今泉拓也¹⁾, 横瀬昭豪¹⁾, 黒田久志¹⁾, 橋野耕太郎¹⁾, 香坂和泉¹⁾, 谷脇 智¹⁾, 鳥 弘志¹⁾, 中村康寛²⁾
(聖マリア病院外科¹⁾, 聖マリア病院病理²⁾)

膵頭部腫瘍で一時腫瘍の縮小が見られ、腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難であった膵退形成性膵管癌の1例を経験したので報告する。症例は47歳男性で心窩部痛、嘔吐を主訴に来院。CTにて膵頭部に30mm大のlow density massを認めた。また、血中アミラーゼの著名な上昇認め、膵炎に対し保存的治療を開始。それにより、腹部症状、急性膵炎の改善、膵頭部腫瘍の縮小を認めため、腫瘍形成性膵炎の診断にて退院。しかし、退院後膵頭部腫瘍が増大し、精査目的で再入院。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚に壁外性の圧排所見と同部位に潰瘍形成見られ生検施行。組織にて肉腫様の悪性所見が見られたため膵頭部領域の内腫瘍の術前診断にてPDを施行した。腫瘍は病理組織検査にて膵退形成性膵管癌の診断となった。膵退形成性膵管癌は通常の膵管癌の画像所見が異なり本症例は一時腫瘍の縮小が見られたため診断に苦慮した症例であった。腫瘍の縮小の原因としては腫瘍による周囲の随伴性炎症が膵炎の治療にて改善、縮小したと考えられ、又、急激な増大は腫瘍内部が出血を来したことによるものと考えられた。