

1013 後腹膜 paraganglioma の1切除例

福岡赤十字病院外科、同内科*

佐々木暢彦, 小川芳明, 筒信隆*, 亀井隆史, 佐藤裕, 齊藤省一郎, 古賀克明, 今泉暢登志, 吉田正彦

【症例】69歳, 女性. 高血圧で通院中に糖尿病を発症し, 耐糖能の悪化を契機に後腹膜腫瘍が発見された. 腹部US・CTで, 膵頭部の後上方に下大静脈及び肝尾状葉と接して約4cmの腫瘍を認め, MRIでは, 腫瘍はT1で低信号, T2でやや高信号を呈し, 遅延相で淡く造影された. 血管造影で門脈本幹の圧排像を認めたが, 腫瘍の濃染像はみられず, 原発臓器は不明であった.

【手術所見】境界明瞭, 表面平滑, 弾性軟の腫瘍は, 周囲臓器から容易に剥離され, 上腸間膜動脈根部右側の腹腔神経叢と連絡する索状物を認めたため, 神経原性の後腹膜腫瘍を疑った. 腫瘍の摘出後, 収縮期血圧が一過性に約80mmHgまで低下した. 【切除標本】被包化された暗赤色の腫瘍の断面は不均一で, 嚢胞状の部分を伴っていた. 病理組織にてGlimelius染色とchomogramin Aによる免疫染色が陽性で, paragangliomaと診断された. 【術後経過】血圧, 耐糖能が改善し, 降圧剤及びインシュリンの投与が不要となった. 【考察】Paragangliomaは後腹膜腫瘍の1.8%と非常に稀な腫瘍である. 本症例は, 機能性のparagangliomaと考えられた.

1014 術前診断が困難であった後腹膜原発hemangiopericytomaの1切除例

京都大学消化器外科¹⁾ 泌尿器科²⁾ 病理診断部³⁾三木 明¹⁾, 田中英治¹⁾, 佐藤誠二¹⁾, 山内清明¹⁾, 森本泰介¹⁾, 寺地敏郎²⁾, 賀本敏行²⁾, 三野眞里³⁾, 山岡義生¹⁾

(はじめに)今回我々は, 術前診断が困難であった retroperitoneal hemangiopericytoma の1切除例を経験したので報告する。(症例)症例は64才女性. Dynamic CTでは, 早期から均一に強く造影を受け静脈相でも造影剤の残存を認める径約7cmのhypervascularな後腹膜腫瘍を認めた. MRIで, T1でlow intensity, T2でhigh intensity. 画像所見から周囲組織への直接浸潤はないと判断. 術前診断として血管に富む1)筋原性, 2)神経原性腫瘍を考えたが確定的な所見はなかった. 腫瘍の大きさから悪性の可能性が否定されず腫瘍切除術を施行. 切除標本は6.5×6.5×3.5cmで弾性軟, 断面は一部に出血を認めるが淡黄色で均一. 免疫染色による病理学的検討で, low grade malignancy に分類されるhemangiopericytomaの最終診断を得た.(結語)hemangiopericytomaの後腹膜に原発例は, 後腹膜腫瘍の約2%, 本邦報告も44例ときわめて稀な疾患である. このため今回鑑別診断に入らなかったが, 画像として血管に富む組織像を呈し造影効果を強く受けるとされる. 本症例のごとく診断に難渋する血流豊富な後腹膜腫瘍の場合, 本腫瘍も念頭におくべきである.

1015 限局性良性胆管狭窄4例の検討

久留米大学医療センター外科¹⁾, 同病理²⁾松本 敦, 荒木靖三, 貝原 淳, 安永昌史, 八次浩幸, 林 克実, 山内健嗣, 磯本浩晴¹⁾ 渡辺次郎²⁾

【目的】我々はこれまでに肝内肝外を含め4例の限局性胆管狭窄を経験し, その臨床病理, 診断, 治療について検討したので報告する.

【症例および結果】症例1は51才男性で右肝管狭窄でレーザー拡張術を行った. 症例2は51才男性, 外側区域枝の狭窄で肝外側区域切除を行った. 症例3, 4は49才, 80才の女性, 下部胆管腫瘍にてPDを施行した. 術後診断は過形性3例, 乳頭腫1例であった.

【考察】最大の問題点は, 胆肝癌との鑑別であるが, 症状的には差異はなく, 黄疸の出現がやや低い傾向にあるように思われた. 正診率は25%で診断の困難さを考えさせられたが, 画像での確定診断は限界があり, 比較的信頼性の高い検査は病理診断であるがこれも確実な標本採取に疑問を残す.

【結語】胆管腫瘍の確定診断にはできる限り生検による診断を行う必要があると考えるが, より確実な診断方法も検討する必要があると思われ, また, 最適な過侵襲とならない治療法を選択すべきと考えられた.

1016 膵管狭細型慢性膵炎を合併した限局型原発性硬化性胆管炎の1例

富山医科薬科大学第2外科

霜田光義, 田代聖子, 野本一博, 吉野友康, 南村哲司, 坂東 正, 坂本 隆, 塚田一博

原発性硬化性胆管炎(PSC)の15%に慢性膵炎を合併するといわれる. 特徴的な画像所見を呈する慢性膵炎の存在により, 術前にPSCを強く疑うことができた1例を経験したので報告する. 症例は61歳男性. 閉塞性黄疸で発症しPTCDを施行. 肝外胆管に高度の限局性狭窄像を認めた. ERPでは体尾部に限局する主膵管のび慢性不整狭窄像がみられ, CTでは同部の腫大が認められた. 膵の画像所見より膵管狭細型慢性膵炎を合併した限局型PSCが強く疑われた. 手術は胆摘, 胆管切除, 肝管空腸吻合術を施行. 術中迅速で悪性像はなく, 永久標本でPSC, 慢性硬化性膵炎と診断された. 術後steroid療法を施行し, 膵腫大, 胆管拡張所見の改善, 胆道系酵素, ESRの著明な改善がみられ, 術後半年でインスリン投与から離脱できた. 限局型PSCと胆管癌との鑑別は困難なことが多いが, 合併する膵病変に注目することによりPSCと診断することは十分可能であり, その特徴的な画像所見を知っておくことは, 不必要な拡大手術を回避する上でも重要であると考えられた.