

**P-2-369 脾 serous cystic neoplasm 切除例の検討**

近藤 哲矢<sup>1)</sup>, 仁田 豊生<sup>1)</sup>, 水谷 知央<sup>1)</sup>, 宮原 利行<sup>1)</sup>, 酒井 良博<sup>1)</sup>, 中島 紳史<sup>1)</sup>, 尾関 豊<sup>1)</sup>, 関戸 康友<sup>2)</sup>  
(国病機構静岡医療センター外科<sup>1)</sup>, 国病機構静岡医療センター病理<sup>2)</sup>)  
【対象および方法】脾 serous cystic neoplasm 切除例の3例を検討した。【結果】年齢: 62~77歳。男性2人, 女性1人。3例とも症状はなく, 偶然行った腹部US2例, 腹部CT1例で脾腫瘍を指摘された。部位は, 脾頭下部2例, 脾体部1例で大きさは20mm~50mmであった。USで2例は低エコー, 1例は等エコー腫瘍であった。造影CTで3例とも腫瘍は造影され, 1例は多房性嚢胞性腫瘍として描出された。血管造影は2例に行い, 1例のみ腫瘍浸染像を認めた。以上から, 1例を脾 serous cyst neoplasm, 1例を脾内分泌腫瘍, 1例を十二指腸 GIST と診断した。術式は, 2例に脾頭十二指腸切除術, 1例に脾体尾部切除術を行った。病理検査は3例とも多房性嚢胞で一層の立方上皮で覆われ, 隔壁は平滑で薄く, 脾 serous cystic neoplasm と診断された。1例に central scar を認めた。1例は7年目に他病死。1例は8年, もう1例は4か月で無再発生存中である。【まとめ】3例のうち2例は術前に鑑別が困難であった。最近, 悪性例の報告があり, 経過観察の期間等注意が必要と思われる。

**P-2-370 脾・腸間膜動脈静脈奇形の1切除例**

渋谷 和人<sup>1,2)</sup>, 長倉 成憲<sup>1)</sup>, 及川 明奈<sup>1)</sup>, 齊藤 英俊<sup>1)</sup>, 山洞 典正<sup>1)</sup>, 岡 邦行<sup>2)</sup>, 塚田 一博<sup>3)</sup>  
(水戸済生会総合病院外科<sup>1)</sup>, 水戸済生会総合病院病理科<sup>2)</sup>, 富山大学第2外科<sup>3)</sup>)

症例は46歳の男性。検診目的の腹部エコーで, 脾体部に径2cm大の嚢胞性病変を指摘され精査を施行した。身体所見, 腫瘍マーカーを含めた血液検査に異常はなかった。腹部CTでは, 脾体部に造影早期から濃染する腫瘍を認めた。また空腸腸間膜にも同様の濃染像が認められた。カラードプラーエコーでは, モザイクパターンを呈した。血管造影では, 網目状に発達した異常動脈で構成された腫瘍であり, 動脈相早期から門脈が描出された。以上より脾及び空腸腸間膜の動脈静脈奇形と診断した。脾, 腸間膜の動脈静脈奇形は放置すると門脈圧亢進症や消化管出血, また実質内での出血を来す可能性があるため, 動脈静脈奇形部を切除する目的で, 脾合併脾体尾部切除, 小腸部分切除術を施行した。脾, 腸間膜動脈静脈奇形の報告例は国内外併せておよそ70例のみで稀であり, 文献的考察を加え報告する。

**P-2-371 輪状脾に発生した脾癌の1例**

清水 敦史, 谷口 勝俊, 辻 毅, 落合 実, 大西 博信,  
木下 博之  
(和歌山労災病院外科)

【症例】56歳, 男性。嘔吐で当院内科を受診し, CTなどの画像で十二指腸狭窄と脾頭部腫瘍と診断されたが, 手術を拒否し, 4ヶ月後に閉塞性黄疸を発症し, 当外科へ緊急入院した。上部消化管内視鏡検査では胃内に残渣と, 十二指腸下行脚の狭窄を認めた。造影CTでは脾組織が十二指腸下行脚を全周性に取り囲み, 脾頭部背側に腫瘍像を認めた。MRCPで十二指腸を輪状に囲む主脾管を認めた。以上より輪状脾に発生した脾頭部癌と診断し手術を施行した。輪状脾は十二指腸下行脚全周を取り囲み, その脾頭部に21×16mm大の腫瘍を認めた。型のごとく幽門輪温存脾頭十二指腸切除術(PPPD-2)を施行した。病理組織学的所見ではinvasive ductal carcinoma, ch(-), du(+), pv(-), a(-), pl(-), oo(-), t3, n0; Stage 3であった。術後経過は良好で術後45日目に退院した。【考察】輪状脾に発生した脾癌を, 自験例を含め9例集計した。小児より無症状であった成人の輪状脾に十二指腸狭窄を発症する場合には, 脾癌などの合併も考慮すべきである。

**P-2-372 診断困難な脾腫瘍性病変の治療戦略**

中川原寿俊, 萱原 正都, 北川 裕久, 田島 秀浩, 大西 一郎,  
高村 博之, 谷 卓, 藤村 隆, 西村 元一, 太田 哲生  
(金沢大学大学院消化器・内分泌・移植再生外科学)

目的: 診断困難な脾腫瘍性病変の治療戦略を考察する。対象と方法: 当院で過去11年間に経験した脾腫瘍症例495例のうち, 治療前の診断が最終診断と異なる症例10例を対象として検討した。結果: 平均年齢は50.9歳。男性8例, 女性2例と男性に多く認められた。診断方法としては, 全例にCT, MRI, ERCP, 腹部超音波検査が行われ, 2例に脾生検が行われた。診断の内訳は, 腫瘍形成性脾炎と診断し脾癌であった症例が3例, 脾癌と診断し腫瘍形成性脾炎であった症例が3例, 脾癌と診断し脾内分泌腫瘍であった症例が1例, 漿液性嚢胞腫瘍と診断し脾内分泌腫瘍であった症例が1例, 脾管内乳頭粘液性腫瘍と診断し漿液性嚢胞腫瘍であった症例が1例, 内分泌腫瘍と診断し副脾であった症例が1例であった。腫瘍形成性脾炎と診断し脾癌であった症例は, 経過観察やステロイド治療を行った結果, 癌の増悪を認め非治療切除におもった。脾癌と診断し自己免疫性脾炎と診断された症例は, 手術前にみられた黄疸などの愁訴は改善し, 自己免疫性脾炎の再燃も認めず経過良好であった。結語: 術前診断困難な脾腫瘍症例は, 癌の可能性が否定できない場合には手術治療を考慮すべきである。

**P-2-373 脾動脈静脈奇形の2切除例**

武藤 俊博, 清水 泰博, 佐野 力, 山村 義孝, 平井 孝,  
金光 幸秀, 伊藤 誠二, 望月 能成, 小森 康司, 加藤 知行  
(愛知県がんセンター中央病院消化器外科)

症例1は55歳, 男性。2005年11月急性脾炎で近医入院。CTで脾頭体部に造影効果を有する腫瘍を認め精査加療目的で当院紹介。CTでは脾頭~体部に動脈相で血管が集簇した濃染域を認めたが, 門脈相では脾実質と同程度に造影され明らかな腫瘍は同定できなかった。血管造影検査ではGDA, IPDA, DPDAが流入血管で, 実質相をほとんど伴わずPSPDV, gastrocolic trunkを介し門脈へ drainage されていた。症例2は58歳, 男性。家族歴に母, Oslar病, 既往歴に習慣性鼻出血がある。2006年9月, 心窩部激痛発作あり近医入院。脾腫瘍を疑われ当院紹介。CTでは動脈相で症例1と同様に濃染域を認め, 門脈相では脾実質と同程度の造影効果で明らかな腫瘍は同定できなかった。血管造影検査ではGDAが流入血管で, gastrocolic trunkを介し門脈へ drainage されていた。2例とも動脈静脈奇形と診断。症状を有するため脾頭十二指腸切除を施行した。病理所見は大小の動脈静脈の増生を認め動脈静脈奇形で矛盾のない所見であった。脾動脈静脈奇形は稀な疾患である。診断, 治療方針につき文献的考察を加えて報告する。

**P-2-374 脾外科におけるFDG-PET検査の有用性の検証**

若林 久男, 大島 稔, 橋本 希, 山本 尚樹, 大谷 剛,  
佐野 貴, 谷内田真一, 岡野 圭一, 出石 邦彦, 鈴木 康之  
(香川大学第1外科)

【目的】通常型脾腫48例でFDG-PETの意義を検証した。【方法】PETの感受性をCT・脾液ブラスチック細胞診(IV以上陽性)・腫瘍マーカー(CEA, CA19-9)と比較。術前Staging(転移と浸潤)での有用性をCTと比較。FDG集積度(Standard uptake value (SUV))と組織学的悪性度を比較。【結果】PET, CT, 細胞診, CEA, CA19-9の感受性はそれぞれ, 91.7%, 89.6%, 40%, 30.4%, 67.4%。48例中24例が以下で手術適応なしと判断された。周囲血管高度浸潤8例, リンパ節転移10例, 肝転移11例, 骨転移6例, 腹膜播種4例, 高齢等4例。手術例24例中7例で術中肝転移(5例), #16リンパ節転移(2例)腹水細胞診陽性(2例)で非切除となり, PETとCTのそれぞれの診断能は周囲浸潤1/8, 8/8, リンパ節転移7/12, 9/12, 肝転移7/16, 11/16, 骨転移6/6, 0/6, 腹膜播種2/6, 3/6でStagingでは骨転移以外CTが優れた。切除例でのSUVと組織学的分化度・ly・v・ne・nには有意な相関なし。しかし, 切除例と非切除例の原発巣SUVはそれぞれ4.9±3.0, 7.4±4.6で有意差(P=0.049)を認めた。【結論】PETは脾癌の診断に有用だが, StagingにはCTが優れた。FDG集積度は組織学的悪性度と相関しないが, 切除可能性判断に有用。

**P-2-375 MDCTで腫瘍が指摘できない限局性脾管狭窄の検討**

松永 和哉<sup>1)</sup>, 上坂 克彦<sup>1)</sup>, 前田 敦行<sup>1)</sup>, 金本 秀行<sup>1)</sup>,  
湯浅 一郎<sup>1)</sup>, 岡村 行泰<sup>1)</sup>, 齊藤 修治<sup>2)</sup>, 古川 敬芳<sup>3)</sup>  
(静岡がんセンター肝胆脾外科<sup>1)</sup>, 静岡がんセンター消化器外科<sup>2)</sup>, 画像診断科<sup>3)</sup>)

【対象と方法】2002年9月より2006年12月までに脾切除を行った症例のうち初回MDCTで腫瘍が指摘できなかった限局性脾管狭窄5例の特徴を検討した。【結果】5例中4例において初回MDCT後の画像検査(US, EUS, MRI, 経過観察CT)で脾管狭窄部に腫瘍の存在が疑われたが, いずれも質的診断には至らなかった。FDG-PETは全例で集積を認めず, MRCPあるいはERPで脾管狭窄部に癌を示唆する所見を呈する症例もなかった。また全例で脾液細胞診ないしは脾管生検を施行したが悪性所見は認めなかった。以上, 全例精査を行っても質的診断に至らず, また脾癌が否定しきれなかったため, 2例に脾頭十二指腸切除, 3例に脾体尾部切除を施行した。病理組織学的には, 脾癌が3例, 微小IPMN, 慢性脾炎が各1例であった。脾癌の3例はいずれも2cm以下の高分化型脾管癌であったが2例がn1(+)であった。【まとめ】初回MDCTで腫瘍が指摘できない限局性脾管狭窄のうち, 精査で癌が否定できない場合には切除を念頭におくべきである。

**P-2-376 脾癌切除例に対する治療方針の再考**

上田 倫夫<sup>1)</sup>, 遠藤 格<sup>1)</sup>, 武田 和永<sup>1)</sup>, 松尾 憲一<sup>1)</sup>,  
永野 靖彦<sup>2)</sup>, 田中 邦哉<sup>1)</sup>, 市川 靖史<sup>3)</sup>, 渡會 伸治<sup>1)</sup>, 嶋田 紘<sup>1)</sup>  
(横浜市立大学消化器・肝移植外科<sup>1)</sup>, 横浜市立大学消化器病センター<sup>2)</sup>, 横浜市立大学臨床腫瘍科・乳腺外科<sup>3)</sup>)

【目的】脾癌切除例の予後規定因子を明らかにし, 治療方針の再検討を行う。【対象と方法】過去15年間に教室で切除した浸潤性脾管癌132例を対象とし, 各種因子につき単変量および多変量解析を行った。さらに治療時期を前後期(〜2000年, 2001年〜)に分け, 2群の治療成績および各種因子につき比較した。【結果】単変量解析では治療時期, 腫瘍径, 静脈侵襲, 脾内神経浸潤, リンパ節転移, 癌遺残度, SMA周囲郭清度, 術後1ヶ月目のALB, CRPが有意に予後と相関した。多変量解析では術後1ヶ月目ALB(尤度比18.5), 腫瘍径(6.93), 静脈侵襲(10.3), 癌遺残度(5.47)が有意な予後規定因子であった。前期65例, 後期67例のMSTは122, 20.5ヶ月で後期が良好(P=0.043)であった。両群の比較では在院日数, 術後1ヶ月目ALB, Stage IV割合, GEM使用, 大動脈周囲郭清に有意差を認め, これらの因子がMST延長に關与している可能性が示唆された。【結論】脾癌の切除成績向上のためには適応を幻覚にすると共に, 術後の栄養状態を維持すべくD3郭清を伴わない低侵襲なRO手術を行い, 術後補助化学療法に重点をおくことが重要と考えられる。