

P-2-233 当科における膵切除症例の検討～非腫瘍性病変切除例の検討を中心に～

平野拓司, 望月 泉, 中野達也, 白田昌広, 鈴木 洋, 風間理郎, 佐々木宗
(岩手県立中央病院消化器外科)

【目的】膵切除術は、そのriskも高いことから、術前の悪性診断が重要となる。画像診断が中心のため、結果として良性的であることもまれではない。膵切除症例について、非腫瘍性病変切除例を中心に検討した。【方法】1999年から2004年までの6年間に当科で行った膵切除(膵頭十二指腸切除(以下PD、肝合併切除を含む)、膵体尾部切除(以下DP)、胆道、膵疾患に限る)198例を検討。【成績】PD166例、DP32例。悪性腫瘍は167例84%、良性腫瘍は21例11%、非腫瘍性病変は10例5%。非腫瘍性病変での術前診断は、良性(悪性も否定できず)が1例、境界症例1例、悪性8例。悪性の術前診断根拠は、胆管狭窄・腫瘍4例、膵管狭窄・途絶3例、CT/USでの腫瘍7例、血管造影での浸潤像(静脈2例、動脈3例)。手術関連死亡は、PDで7例(4%)あり、いずれも悪性疾患。非腫瘍性病変症例の1例で仮性動脈瘤出血が見られ、1例では術前から痛性疼痛と診断。【結論】良性疾患であっても膵切除術は手術riskを伴う。検査を尽くしてもなお確定診断がつかない症例があることを念頭に置きつつ、治療を行う必要がある。

P-2-234 膵癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫様膵炎の1例
大村泰之, 鷲尾一浩, 西 英行, 間野正之
(岡山労災病院外科)

症例は57歳、男性で上腹部痛を主訴に来院。急性膵炎として入院。内科的治療にて軽快したが、腹部CTにて膵頭部に2.5cm大の嚢胞性腫瘍が認められた。ERCPにて主膵管との連続はなく、膵体部に主膵管の狭窄が認められた。外来経過観察としていたが、再度激しい腹痛が生じ、救急外来受診。血清アミラーゼが著明に上昇しており、再度入院。内科的治療にて膵炎は軽快。再度行なったCT、MRIでも膵頭部の嚢胞性腫瘍には著変なかったが、マルチスライスCTを撮影したところ、嚢胞性腫瘍の周囲に低濃度領域が出現しており、膵癌が疑われ外科紹介。主膵管狭窄部を含めた幽門輪温存膵頭十二指腸切除を施行。肉眼所見では嚢胞の周囲に黄色の肉芽腫様の変化を伴っていた。病理所見では多数の組織球、xanthoma cell, 炎症細胞浸潤、線維症が混在した肉芽腫が形成されており、あたかも胆嚢、腎に生じる黄色肉芽腫様病変と同様の所見であった。上皮細胞は軽度異型性を呈したpapillary hyperplasiaを示していた。以上より黄色肉芽腫様膵炎と診断した。黄色肉芽腫様膵炎の報告は非常に少なく、過去の報告を含め考察し報告する。

P-2-235 好酸球性膵炎が疑われた膵膿瘍の1切除例
安岡康夫, 吉田 敦, 佐伯隆人, 山本泰三
(済生会松山病院)

患者は69歳男性。平成14年8月、39度台の発熱を主訴に近医受診。腹部超音波検査上、膵膿瘍を指摘され紹介された。腹部CT上膵尾部に嚢胞状腫瘍を認めた。白血球増多および炎症反応著明で膵膿瘍と診断。保存的加療にて一旦症状は改善。ERP上は軽度の膵管壁異常を認めるのみ、vater乳頭は正常。好酸球性胃腸炎の所見も認めなかった。腫瘍マーカーも正常範囲内、血管造影上も悪性所見は認めなかった。慢性膵炎に伴う膿瘍形成と判断し経過観察した。6ヵ月後、再び同部に膵膿瘍再発した。保存的加療後も膵尾部の腫瘍性病変が残存するため、膵尾脾切除術を行った。永久病理組織所見上、間質に著明な好酸球の浸潤を認め、好酸球性膵炎が疑われた。平成16年6月膵体部に再び膿瘍性病変が認められたが、抗アレルギー剤投与により寛解状態を維持している。好酸球性膵炎は非常に稀な疾患であり、欧米も含めて文献上2000年までに15例弱報告されているのみである。また検索しえた範囲内では本邦報告例は存在しない。若干の文献的考察を加え報告する。

P-2-236 膵頭部胆管、膵管閉塞感染性膵仮性嚢胞に対する内視鏡下ステント併用尾側膵胃吻合の経験

市川 剛, 竹村茂一, 山本訓史, 裴 正寛, 田中 宏, 首藤太一, 上西崇弘, 田中肖吾, 高台真太郎, 久保正二
(大阪市立大学肝胆膵外科)

難治性膵仮性嚢胞は手術適応と考えられ、膵管減圧術や膵切除が行われているが、術式選択はまだまだcontroversialである。今回、膵頭部胆管、膵管狭窄に膵尾部難治性膵仮性嚢胞を呈した慢性膵炎症例に対し胆管ステントと膵尾部切除、膵胃吻合術により軽快した症例を経験した。症例は37歳、男性。近医でアルコール性慢性膵炎及び膵尾部仮性嚢胞の経過観察中、腹痛、発熱が出現し感染性膵膿瘍と診断され、経皮的ドレーナージ術が施行された。嚢胞造影像上、膵管との交通、膵頭部膵管の狭窄を認めた。また慢性膵炎による胆管狭窄と考えられる黄疸が出現し、内視鏡的ステント留置術により黄疸は軽快した。以後嚢胞ドレーンからの排液量が減少しなかったため開腹した。膵及び膵嚢胞は癒着が強く、剥離は困難なため膵全摘を断念し、膵尾部、膵仮性嚢胞、脾臓を摘出した後、残膵の断端を胃体部後壁に埋没縫合した。近年は内視鏡的治療が発展しているが、外科的治療が必要な症例もある。術式選択の上で、膵全摘を要する症例もあるが、若年者慢性膵炎は膵内外分泌能を温存することが望ましく、自験例のような姑息手術による機能温存と病巣の制御もひとつの方法ではないかと考えられた。

P-2-237 interventional pancreatic fistulo-jejunostomy を用いた staged PD の経験

郡司 久, 趙 明浩, 岡住慎一, 青木泰斗, 宮崎信一, 牧野治文, 首藤潔彦, 望月亮祐, 当間雄之, 落合武徳
(千葉大学大学院先端応用外科学)

目的:膵頭十二指腸切除において肝機能の悪い症例や大量肝切除を併施する場合など術後膵液瘻のリスクが高いと考えられる場合に膵管空腸吻合をせずに膵外瘻とする二期的手術の安全性が報告されている。今回我々は開腹手術を施行せずIVRにて膵管空腸吻合を施行したのでその手技を供覧する。症例:71歳男性。下部胆管癌及び十二指腸潰瘍出血にて入院。止血に難渋し、肝機能障害が進行し黄疸も悪化したため、PDを施行した。残膵には7Fr膵管チューブを挿入し膵外瘻とした。100日後IVRにて膵管空腸吻合を施行した。方法:膵瘻と残胃・挙上空腸の造影及びCTにて膵瘻と挙上空腸の近接部位を確認した。内視鏡観察下に膵瘻より挙上空腸内腔にEUS穿刺針を穿刺した。穿刺針内にguidewireを通し、透視下に内瘻用チューブを膵瘻より挙上空腸内腔に留置し、まず内瘻とした。5日後T-tubeに、さらに1週間後にlost tubeとし、完全内瘻化した。成績:施行時特合併症なく、1年後の在も元気に外来通院している。結論:術後膵液瘻のリスクの高い症例に対し、膵外瘻による安全性とIVRによる低侵襲性を両立できた。

P-2-238 内臓逆位症と腸回転異常を合併した幽門輪温存膵頭十二指腸切除術の経験

早田台史, 松崎博行, 高木陸郎, 池田清信
(湘南外科グループ茅ヶ崎徳洲会総合病院外科)

内臓逆位症は先天的に内臓が正常と左右逆位をとる位置異常であり、胸腹部臓器のすべてが逆転する完全内臓逆位(situs inversus totalis)と腹部臓器のみが逆転する部分内臓逆位(situs inversus viscerum)がある。今回我々は部分内臓逆位と腸回転異常を合併した十二指腸乳頭部癌に対し幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を経験し良好な経過をたどったので、その画像と若干の文献的考察を加えてここに報告する。症例は74歳男性、10年前より「糖尿病」および「内臓逆位」がある。「閉塞性黄疸」の精査目的にて当院紹介となり「膵頭部腫瘍」「内臓逆位症」の診断にて手術となった。術中所見にて内臓逆位に加え腸回転異常も認め、肝動脈は上腸間膜動脈より分枝し明らかな胃十二指腸動脈に直する血管は認められなかった。また門脈は肝十二指腸靭帯で最前面にあり、さらに二分瘻まで認められ、主膵管側の乳頭部癌であったためそれを十二指腸とともに切除し、Santorini管側の膵を残し端端膵管空腸吻合によるChild再建を施行した。腸回転異常も伴っていたため十二指腸から空腸の境はなくい再建が行えた。

P-2-239 後腹膜アプローチによるネクロセクトミーにより治療した空腸瘻を伴った感染性膵壊死の1例

松田信介¹⁾, 熊本幸司¹⁾, 鈴木英明¹⁾, 伊佐地秀司²⁾
(永井総合病院外科¹⁾, 三重大学第1外科²⁾)

【症例】患者:61歳男性。アルコール性膵炎で入院。既往歴:30年前十二指腸潰瘍で広範囲胃切除、B-II法。入院時重症度スコア4点の重症急性膵炎と診断。造影CTでは膵頭部の一部が造影されるのみで膵外への炎症の波及は後腎窩腔に及んでいない。39病日CTで膵体尾部から左側前腎窩腔を中心に巨大な低吸収域がみられ、膵膿瘍の診断で左背部よりドレーナージを行った。排液からはMRSAが検出された。56病日膿瘍造影で上空腸との間に瘻孔を認め、70病日感染性膵壊死の診断で手術を施行した。【手術手技】右側臥位で左第12肋骨より2cm下方でドレーン挿入部を含めた後側方切開をおき、瘻孔を目印にこれを切除するようにして腎周腔に達し、腎周腔腔、前腎窩腔を十分開放した。手動的に86gの壊死組織を除去した後、生理食塩水で洗浄した。腹腔鏡を用いて膿瘍腔の最深部を観察し、遺残した壊死物質の無いことを確認した。ドレーンを2本挿入し、2層に縫合閉鎖した。手術時間1時間45分、出血量136gであった。【術後経過】術後は連日間欠的洗浄を行い膿瘍の縮小を認め、空腸瘻も閉鎖したが、腹腔内膿瘍、左腎周腔膿瘍を合併したためドレーナージを行い、術後51日目(121病日)退院した。

P-2-240 マイコプラズマ肺炎の経過中に重症急性膵炎を発症し手術を要した1小児例

福本常雄, 金村晋史, 中川靖士, 日野直樹, 三宅秀則, 山崎真一, 和田大助, 惣中康秀, 露口 勝
(徳島市民病院外科)

【はじめに】マイコプラズマ肺炎の経過中に膵炎を併発した症例報告は散見されるが、多く軽症であり、重症例の報告は稀である。今回われわれは手術を要した重症急性膵炎の1例を経験したので報告する。【症例】12歳、女児(主訴)激しい腹痛、嘔吐(現病歴)マイコプラズマ肺炎発症後12日間入院加療、退院後3日目に激しい腹痛、嘔吐が出現し再入院となる(入院時検査所見)WBC:30800/ μ l, S-Amy387IU/L, U-Amy4890U/L, CRP0.1mg/dl以下、腹部CTでは膵の腫大と膵周囲の後腹膜腔内の広範囲にわたり液体の貯留を認めた(入院後経過)入院翌日、腹痛増悪、CRPが上昇したため重症急性膵炎による腹膜炎と診断し開腹した。胆摘、総胆管切開、T-tubeドレーナージ、膵床ドレーナージを試行した。術後のTチューブ造影では膵管胆管合流異常は認めなかった。術後39日で退院となった。【結語】急性膵炎の発症原因として、マイコプラズマ肺炎の他、その治療に使用されるミノサイクリンなどの薬剤が想定されるが本症例では臨床経過からみてマイコプラズマ感染症が最も疑われた。