

第81回山陰肝胆膵疾患研究会

日時：平成24年1月28日(土) 13:00~16:10

会場：ビッグハート出雲 白のホール

島根県出雲市駅南町一丁目5番地 TEL:0853-20-2888

当番世話人：駒澤 慶憲 (出雲市立総合医療センター内科)

1. 肝細胞癌切除後の予後因子と再肝切除の適応基準

鳥取市立病院外科

大石 正博, 水野 憲治, 瀬下 賢
加藤 大, 山村 方夫, 池田 秀明
戸嶋 俊明, 小寺 正人, 山下 裕
田中 紀章

【対象】1994年から2011年5月までに、当院で行われた肝細胞癌切除症例129例を対象とした。【方法】全生存率、無再発生存率、2年以内再発率に対する予後因子について、単変量・多変量解析を行った。【結果】多変量解析では、全生存率に対しては脈管浸潤陽性、HCV陽性が、無再発生存率に対しては脈管浸潤陽性、HCV陽性、5cm以上が、2年以内再発率では脈管浸潤陽性が危険因子となった。【結語】脈管侵襲陽性が、術後の全期間(2年以内再発率、無再発生存率、全生存率)を通して、有意な危険因子となった。このことから、再肝切除の適応の除外基準は、初回手術で脈管侵襲陽性かつ再発までの期間2年以内とした。

2. 術前局在診断が困難であった十二指腸球部ガストリノーマの1例

島根大学消化器・総合外科

木谷 昭彦, 川畑 康成, 比良 英司
和氣 仁美, 高井 清江, 藤井 雄介
西 健, 矢野 誠司, 田島 義証

同 消化器・肝臓内科

齋藤 宰, 石村 典久, 木下 芳一

同 光学医療診療部

結城 崇史

同 放射線科

鶴崎 正勝

症例は60代男性。嘔吐、下痢を主訴に前医受診。GIFにて十二指腸潰瘍、血液検査にてガストリン高値認め当院内科紹介。ガストリノーマと診断され手術目的で入院。画像上は病変を指摘しえず、SASI testにて脾動脈領域

に病変が存在しないと判断。術中所見にて十二指腸球部に粘膜下腫瘍を確認し、術中迅速で14vリンパ節に転移あり、膵頭十二指腸切除術(PD-1, D2)施行。免疫染色にて神経内分泌マーカー陽性で、gastrin強陽性であったため、十二指腸ガストリノーマ(WDNEC)と診断。現在、再発所見を認めずフォロー中である。

3. 副甲状腺腺腫により高ガストリン血症を呈したMEN1型膵内分泌腫瘍の1例

島根県立中央病院外科

森野甲子郎, 増井 俊彦, 戸矢崎利也
福垣 篤, 長田 絢子, 宮本 匠
久保田豊成, 中西 保貴, 青木 恵子
杉本 真一, 高村 通生, 徳家 敦夫

同 乳腺科

武田 啓志, 橋本 幸直

副甲状腺腺腫により高ガストリン血症を呈したMEN1型膵神経内分泌腫瘍の1例を経験した。症例は50歳代女性で心窩部痛を主訴に来院。実父、姉にMEN1型の家族歴あり、造影CT検査、選択的動脈内刺激剤注入試験(SASI test)、血液検査などにより副甲状腺腺腫、ガストリノーマを有するMEN1型と診断した。副甲状腺摘出術後、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行、術後の病理組織学的検査にて膵頭部に15mm大の非機能性膵神経内分泌腫瘍及び、十二指腸に5mm以下の多発性ガストリノーマの診断を得た。本症例においては浸潤・転移所見なく早期の手術が可能であったが非機能性膵神経内分泌腫瘍、ガストリノーマ共に悪性度・再発率は高く、個々の症例に応じた臨床的対応が重要であると考えられる。

4. 胃潰瘍治療経過中に発見された膵鉤部ガストリノーマの1例

山陰労災病院外科

山根 祥晃, 高屋 誠吾, 高木 雄三
福田 健治, 豊田 暢彦, 野坂 仁愛

同 内科

西向 栄治

【症例】60代, 男性。[現病歴] 嘔吐下痢, 噴門部潰瘍・幽門狭窄にて某年4月入院 PPIにて軽快。7月幽門部潰瘍, 血清ガストリン高値 (670 pg/ml), ガストリノーマ疑いで再入院。(画像所見) CT・血管造影: 膵鉤部に浅在性で1.3 cm 径の早期濃染像。膵鉤部ガストリノーマで10月手術施行 (膵鉤部の SMV 背側に露出する腫瘍に対し核出術施行)。病理所見) 索状胞巣状の腫瘍細胞密集, 均一な類円形核, 異型乏しく好塩基性で顆粒状胞体有。免染でシナプトフィジン陽性, クロモグラニン A 陽性, ガストリン一部陽性, Ki67標識率 < 1%。ガストリン産生高分化内分泌腫瘍で良性 (WHO 2010 分類の NET G1)。

【結語】非家族性膵ガストリノーマは50 - 90%が悪性とされるが WHO の NET 分類が改定で今後よりの確に悪性度評価できる可能性がある。

5. 膵腫瘍に対する造影超音波検査の経験

鳥取大学医学部保健学科病態検査学¹

同 附属病院病理部²

同 附属病院消化器外科³

小谷 由香¹, 服部 博明¹, 平井 英誉¹
勝中 信行¹, 遠藤由香利², 佐藤 研吾¹
福田千佐子¹, 奈賀 卓司³, 池口 正英³
広岡 保明^{1,3}

膵管癌 4 例, 新駅内分泌腫瘍 3 例, IPMN 3 例, SPN 1 例に対してソナゾイドを用いた造影超音波検査を施行した。腫瘍部分は, 膵管癌は hypovascular, 神経内分泌腫瘍と SPN は hypervascular, IPMN は iso~軽度 hypervascular であった。腫瘍内には, 膵管癌 2 例, IPMN (悪性) 1 例でマイクロバブルが不規則に揺れ動くような不整な小血管像, SPN (良性) 1 例で比較的長く整な血管像が見られた。以上より, 腫瘍内に不整な小血管像が観察された場合, 悪性の可能性があるのではないかと思われた。

6. 膵頭部 IPMC の1切除例

島根県立中央病院消化器科

三上 博信, 伊藤 聡子, 上野さや香

福田 聡司, 泉 大輔, 沖本 英子

矢崎 友隆, 森藤 吉哉, 高下 成明

今岡 友紀

同 内視鏡科

宮岡 洋一, 藤代 浩史,

同 外科

増井 俊彦, 徳家 敦夫

症例は72歳女性。2011年6月, リウマチの治療について近医より当院紹介受診し, スクリーニング検査にて, 膵頭部腫瘍を指摘され7月に当科紹介入院となった。理学所見では心窩部に小児手拳大の腫瘍を触知。血液検査では膵酵素, 腫瘍マーカー, 内分泌検査など異常を認めず。腹部超音波検査, CT, MRI にて膵頭部に60 mm 大の乳頭状の充実性部分を伴う嚢胞性病変を認め, 尾側主膵管は拡張。ERCP では膵管が開口し粘液の湧出を認めた。膵管造影時に膵管出血あり, IDUS, 細胞診は未施行。術前診断は膵頭部 IPMC 疑いで, 浸潤傾向なく PPPD を施行。病理では, 分枝膵管優位の混合型 IPMN を基礎とした非浸潤型 IPMC であり, リンパ節転移は認めなかった。大型の非浸潤型膵頭部 IPMC の1切除例を経験したので報告する。

7. IPMN の経過観察中に合併した退形成性膵管癌の1例

鳥取県立中央病院

岡本 勝, 岡本 敏明, 前田 和範

柳谷 淳志, 田中 究, 清水 辰宣

症例は74歳の男性。膵頭部の分枝型 IPMN の経過観察中, 膵体部に20 mm 大の腫瘍が出現した。膵癌と診断し膵島十二指腸切除を施行したところ, IPMN とは連続性のない浸潤性膵管癌の合併であった。組織型は退形成性膵管癌で, すでに浸潤しており肉眼的に膵周囲剥離面陽性であった。術後早期に局所および肝腹膜転移が進行し, 約1ヶ月後に永眠された。

IPMN には浸潤性膵管癌が合併しやすいことが知られているが, ほとんどが分化型癌であり比較的予後がよいとされる。退形成性膵管癌を合併した IPMN の症例はまれであり, 文献的考察を加え報告する。

8. 腹腔鏡下に切除した SPN の 2 例

鳥取大学医学部附属病院消化器外科

渡邊 浄司, 花木 武彦, 畑田 智子
谷口健次郎, 奈賀 卓司, 池口 正英

SPN (Solid-pseudopapillary neoplasm) は比較的稀な膵腫瘍とされてきたが、画像診断の進歩により近年増加傾向にある。腹腔鏡手術の普及により膵疾患に対しても腹腔鏡手術を行う施設が増えているが、術前 SPN と診断し腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した 2 例を経験したので若干の文献的考察を踏まえ報告する。

【症例1】60代女性。ドックにて膵体部に膵石を指摘され精査にて SPN と診断された。2011年9月腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行。術後経過は良好で術後20日目に退院した。

【症例2】20代女性。検診にて膵尾部に石灰化をともなう腫瘍を指摘され精査にて SPN と診断された。2011年11月腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行。術後膵液漏を生じたが保存的に軽快し、術後77日目に退院した。

膵腫瘍の中でも SPN のような良性疾患は腹腔鏡下切除のよい適応であり、積極的に考慮すべき治療方法と思われる。

9. 当科における Borderline Resectable 膵癌に対する治療成績

島根大学消化器・総合外科

川畑 康成, 西 健, 和気 仁美
藤井 雄介, 高井 清江, 門馬 浩行
比良 英司, 矢野 誠司, 田島 義証

当科での Borderline resectable 膵癌 (BRPC) の治療成績を報告する。BRPC の定義は 膵頭部癌症例: CHA~PHA&SMA への腫瘍直接浸潤無く、周囲神経叢浸潤を認めるもの、膵体尾部癌症例: Ce~CHA&SMA への腫瘍直接浸潤無く、周囲神経叢浸潤を認めるもの、とし門脈系への浸潤の程度は問わない、とした。治療法は NAC-RT; GEM (40mg/m²/W) + RT (50.6 Gry) 後 8 W の interval 置いて画像再評価し、切除に移行。2007.4~2011.10までに浸潤性膵管癌136例中13例の BRPC に対し NAC-RT 施行。うち6例を手術 (PD+PV 切除)。R0手術は5/6例。予後は全体 (N=13) MST14M (2生; 24%)。切除群 (N=6), MST 17.8 M (2生; 25%)。非切除群 (N=7), MST 10.7 M (2生; 17%)。Stage a BRPC に NAC-RT を加えることで治癒切除や予後の延長が期待できる。

10. 体外式超音波検査による胆嚢癌の壁深達度診断

鳥取大学医学部保健学科病態検査学¹同 附属病院病理部²同 附属病院消化器外科³服部 博明¹, 平井 英誉¹, 小谷 由香¹
勝中 信行¹, 遠藤由香利², 佐藤 研吾¹
福田千佐子¹, 奈賀 卓司³, 池口 正英³
広岡 保明^{1,3}

体外式超音波検査で胆嚢癌の壁深達度診断を行う上で有用な所見とは何か、について検討した。一般的に胆嚢壁は2層に描出されるが、慢性胆嚢炎症例や胆嚢癌症例では胆嚢壁が3層に描出されることをしばしば経験する。胆嚢壁が3層に描出されたとき、m癌の症例では2層目の低エコー層が保たれていたが、mp癌とss癌では不明瞭であった。このことより、2層目の低エコー層が保たれていれば固有筋層が保たれており、深達度【m】である可能性があるのではないかと考えられた。

11. ENGBD 下洗浄細胞診が診断に有用であった胆嚢腺扁平上皮癌の 1 例

鳥取大学医学部附属病院消化器内科

佐々木修治, 松本 和也, 今本 龍
林 暁洋, 池淵雄一郎, 武田 洋平
安部 良, 河口剛一郎, 原田 賢一
八島 一夫, 村脇 義和

同 病理部

堀江 靖

症例は87歳、女性。腹痛を自覚し近医受診。腹部超音波検査、CTにて膵鉤部腫瘍と総胆管拡張を認め当科紹介受診。腹部超音波検査。CT, MRIにて胆嚢底部に長径30mm大の腫瘍および膵鉤部と境界明瞭な30mm大の腫瘍を認めた。以上より胆嚢癌、もしくは黄色肉芽腫性胆嚢炎および膵周囲リンパ節腫脹と診断し、EUS-FNA, ENGBD下洗浄細胞診を施行した。EUS-FNAでは腺扁平上皮癌と診断、総胆管から採取した胆汁には悪性所見を認めなかったが、ENGBD下洗浄細胞診で胆嚢腺扁平上皮癌と診断した。

12. 胆管空腸吻合部狭窄に対する胆道ドレナージの工夫

鳥取大学医学部放射線科

高杉 昌平, 神納 敏夫, 大内 泰文
矢田 晋作, 足立 憲, 遠藤 雅之
松本 顕佑, 杉浦 公彦, 小川 敏英

鳥取県立厚生病院放射線科

橋本 政幸

山陰労災病院放射線科

井隼 孝司

胆管空腸吻合部良性狭窄で狭窄が左右肝管に及ぶ場合、両側肝管とも内瘻化を行うためには通常、2本のカテーテル留置が必要となる。カテーテルの数が増えれば穿刺に伴う合併症や術後トラブルは増加し、内腔確保のための長期カテーテル留置が必要となるため患者のQOLは低下する。そこで我々は、1本のカテーテルのみで左右肝管を内瘻化する方法を考案し、その有用性を検討した。対象は胆管空腸吻合術後の良性狭窄2例で1例は先天性胆道拡張症術後、1例は膵頭十二指腸切除術後であった。左肝内胆管よりアプローチし、左右分岐部、吻合部の狭窄をバルーンにて拡張した後、側孔を作成したチューブを右肝管-空腸-左肝管の経路でV字状に留置し左右肝管を内瘻化した。2例とも1本のカテーテルで両側胆管内瘻化に成功し、術後臨床症状の改善を認めた。胆管空腸吻合部狭窄に対する1本のカテーテルによる左右肝管内瘻化は技術的に可能であり、試みる価値のある方法と考えられた。

13. 胆道消化管瘻の3例

出雲市立総合医療センター内科

福原 寛之, 駒澤 慶憲, 楠 真帆
三代 知子, 結城 美佳, 雫 稔弘

今回我々は胆道消化管瘻の3例を経験したので報告する。症例1は70代, 男性。平成20年11月嘔吐, 発熱を主訴に受診。胆嚢炎と診断し同日入院。入院後の腹部CTで胆嚢と消化管とに明らかな交通を認め胆嚢消化管瘻と診断。上部消化管内視鏡検査を行ったところ胃幽門前庭部前壁側に瘻孔があり胆嚢胃瘻と診断。抗生剤およびPPI製剤の投与により瘻孔部は癒着化し完全閉鎖した。症例2は80代, 女性。平成19年8月に粘液産生膵腫瘍と診断。本人・ご家族の意向にて保存的加療の方針となった。平成22年10月右季肋部痛を主訴に受診。閉塞性黄疸・胆管炎にて入院。腹部CTにて腫瘍と周辺腸管との瘻孔形成あり極細径内視鏡にて検査を施行。十二指腸に瘻孔を数カ所認め瘻孔からの造影では腫瘍を經由し総胆管まで造影された。瘻孔より内視鏡を深部挿入し腫瘍を經由し総胆管内も確認。粘液吸引にて黄疸は改善した。症例3は60代, 男性。平成23年10月嘔気, 嘔吐, 食欲不振を主訴に受診。出血性胃潰瘍にて同日入院。入院時, 肝機能異常および腹部CTにて胆道気腫を認めていた。入院後のERCPにて傍乳頭総胆管十二指腸瘻を確認し瘻孔から極細径内視鏡を挿入し総胆管内を観察。胆道気腫および肝機能異常は瘻孔が原因と考えられた。

14. 極細径内視鏡を用いた直接胆道鏡による診断と治療

出雲市立総合医療センター内科

駒澤 慶憲, 結城 美佳, 福原 寛之
三代 知子, 楠 真帆, 雫 稔弘

当院における極細径内視鏡を用いた直接胆道内視鏡による診断および治療の現状についてその安全性を含めて検討した。

H21年4月からH23年8月までの期間に, 当院にて直接胆道鏡検査を試みたのは36件で, 胆管内挿入成功率は78.6% (28/36件)であった。胆管観察成功率は比較的高く, また安全性に関しても通常のERCPとの有意差はなかった。

極細径内視鏡による直接胆道鏡検査は胆道腫瘍の診断および胆管造影ではっきりしない結石の診断・治療で特に有用であった。問題点として深部胆管挿入は必ずしも容易ではなく, 全例で応用できるわけではないが, 当院のような胆道疾患の専門医がいない中規模施設においても, 現在使用している機器や手技を利用して胆道疾患の診断や治療の質を向上させる手段に十分なり得ると考えられた。

15. 腹痛 (Lemmel 症候群) を契機に診断された先天性腓体尾部欠損症の1例

松江赤十字病院研修医

溝田 陽子

同 消化器内科

山本 悦孝, 山下 詔嗣, 角田恵理奈
千貫 大介, 藤澤 智雄, 串山 義則
内田 靖, 香川 幸司

【患者】70歳台, 女性【主訴】腹痛, 発熱【現病歴】2011年6月上旬, 近医より腹痛を主訴に当院消化器内科紹介となり, 精査にて急性胆管炎と診断され入院加療となった。ERCP施行するも結石は認めず傍乳頭憩室の存在によりLemmel症候群と診断, また入院後のCTで腓体尾部欠損を指摘された。EST施行し第11病日に退院した。しかし7月中旬に腹痛再燃し, 再入院となった。【入院時現症】軽度黄疸あり, 上腹部に圧痛を認めた。腹膜刺激症状はなし。【入院時検査所見】肝胆道系酵素の上昇, CRPの上昇を認めた。アミラーゼは軽度上昇していたが, その他の膵酵素および腫瘍マーカーの異常を認めなかった。軽度高血糖を認めたが, HbA1cは正常値であった。【画像所見】膵ダイナミックCTおよびMPR画像で, 膵頭部のみ実質を認めた。MRCPで, 主膵管は先細りする短小膵管であり, 副膵管は認めなかった。また, 主膵管の分枝膵管も乳頭側のみであっ

た。ERCP時、副乳頭は確認できなかった。EST・ERBDを施行し、抗生剤投与で軽快し退院となった。その後再燃なく経過は順調である。【考察】本症例では、膵実質は膵頭部のみで、副膵管と副乳頭を認めない、背側原基が先天的に欠如している先天性膵体尾部欠損症と診断される。先天性膵体尾部欠損症として報告されている症例に副膵管を有するものもあり、今後その概念や用語の使用には統一の見解が必要と考える。

16. 膵癌との診断に苦慮した自己免疫性膵炎の1例

島根大学医学部附属病院消化器・肝臓内科
 深澤 厚輔, 相見 正史, 福庭 暢彦
 三宅 達也, 木下 芳一
 同 光学医療診療部
 天野 祐二
 同 腫瘍センター
 森山 一郎

症例：50歳代、男性。主訴：上腹部痛現病歴：H23年9月下旬に全身搔痒感、腹痛あり救急外来を受診された。腹部CTにて膵頭部に腫瘤を認め、同日肝臓内科外来へ紹介受診、精査加療目的にて入院された。採血では閉塞性肝障害あり。IgG4、自己抗体を含め、各腫瘍マーカーは陰性であった。腹部超音波では膵頭部に31.5×31.1mm境界不明瞭で内部均一な低エコー病変を認め、尾側の主膵管はびまん性に拡張を認めた。造影検査では腫瘤全体が染影され、腫瘍血管は認めず。腹部造影CTでは腫瘤は周囲と同様に造影された。PET-CT：膵頭部に強い集積あり。肺門部にも集積あり。ERCを施行、膵頭部の主膵管に長さ約2cmの狭細像と下部胆管の狭窄を認めた。画像上は自己免疫性膵炎もしくは膵頭部癌が疑われた。FNABも行い、確定診断には至らなかったが、少なくとも悪性所見は認めなかったため、アジア診断基準に従ってプレドニンによる治療を開始した。開始後、腫瘤は縮小し、症状は改善している。

今回、膵癌との診断に苦慮した自己免疫性膵炎の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

17. 膵炎後の仮性膵嚢胞に対してEUS下経胃膵膵嚢胞ドレナージを施行した1例

島根大学医学部附属病院消化器・肝臓内科
 加藤 隆夫, 斉藤 宰, 大原 俊二
 飛田 博史, 石村 典久, 石原 俊治
 木下 芳一
 同 光学医療診療部
 宇野 吾一, 結城 崇史, 天野 祐二

同 腫瘍センター

森山 一郎

同 卒後臨床研修センター

角 昇平

膵仮性嚢胞は急性膵炎及び慢性膵炎の経過にみられる最も頻度の高い合併症のひとつである。膵仮性嚢胞の治療は、以前は外科的治療が一般的であったが、最近では、内視鏡的治療が積極的に行われるようになってきた。その中でもEUS下ドレナージは、1992年にEUS-FNAの有用性が報告されて以来普及されつつある。今回我々は、膵仮性嚢胞に対してEUS下経胃膵膵嚢胞ドレナージを施行した1例について紹介する。症例は71歳、女性。玉造厚生年金病院より主膵管の数珠状拡張の精査のため当科に紹介。その後、膵炎を発症し、2回入院歴がある。退院後、外来経過観察していたが、2011年10月21日followのCTにて嚢胞の著明な増大みられたため同日当科緊急入院となる。11月7日にEUS下経胃膵膵嚢胞ドレナージ術を施行した。施行後は、速やかに嚢胞は縮小し、現在、外来経過観察中であるが、再発などは認められていない。

18. 手術にふみきるタイミングに苦慮した重症急性膵炎の1救命例

博愛病院外科

星野 和義, 山田 敬教, 安宅 正幸
 角 賢一

同 内科

楠本 智章, 大谷 英之, 浜本 哲郎
 竹内 龍男

同 放射線科

中村希代志

症例は、60才台女性で、意識消失にて入院となった。重症急性膵炎、仮性膵嚢胞にて保存的治療を行ったが軽快せず、経皮的ドレナージを施行した。それでも軽快せず手術を施行した。膿瘍腔は十二指腸、および上行結腸後面にあり、大量の壊死組織を切除、回腸双孔式人工肛門、胃瘻および腸瘻を造設した。術後洗浄を行い膿瘍は徐々に縮小、2か月後に退院した。

重症急性膵炎における感染性膵壊死は、経皮的ドレナージでは感染巣の摘出は困難であり、手術が必要である。手術の時期については、臨床経過を注意深く観察しながら、適切な時期にふみきる必要があると思われた。