

除後、メチル酸イマチニブにより肝転移が消失し、長期無再発生存中の1例を経験したので報告する。

動脈塞栓術にて止血し待機的手術を行った胆嚢出血合併 Mirizzi 症候群の1例

(帝京大学ちば総合医療センター外科)

植村修一郎

60歳代男性。心窩部痛を主訴に2008年4月末に当院受診し、急性胆管炎・胆嚢炎、敗血症の診断で緊急内視鏡的経鼻胆道ドレナージを施行した。その後、状態は改善傾向であったが、5月中旬になり経鼻胆道チューブからの出血と貧血進行を認め、造影CTにて胆嚢出血が疑われた。血管造影にて胆嚢動脈からの造影剤の血管外漏出像を確認し、coilにて胆嚢動脈を塞栓し止血し得た。止血後の胆道造影では肝門部胆管は狭窄し、Mirizzi症候群を呈していた。TAE後5日目に開腹手術を施行した。胆嚢頸部肝側に径1cm大の血腫を認めたが、胆道との交通は確認できなかった。胆嚢摘出術を行ったが、胆嚢内に出血塊も確認できなかった。外傷性・医原性を除く胆嚢出血に対し、TAEにて止血し待機的に手術を行い得た報告は自験例を含め2例であり貴重な症例と思われる報告する。

胃癌術後16年目に検診で偶然発見された先天性胆道拡張症、早期胆嚢癌の一例

(¹ 城東社会保険病院外科, ² 浜町センタービルクリニック) 松浦裕史¹・佐藤裕一¹・藤田 徹¹・清水 香¹・窪田徳幸²・羽生富士夫²

症例は60歳女性。1992年に胃癌に対し幽門側胃切除術を施行され、以後前医にて定期外来受診していた。今回、スクリーニングの腹部超音波検査(US)にて胆嚢の隆起性病変を指摘され、精査加療目的に当院入院となった。腹部USでは胆嚢底部に等から低エコー域の小ポリープの周簇する隆起性病変を認めた。CTでは同部は単純相で等吸収域、そして早期相から造影された。総胆管は13mmと拡張を認めた。MRCPでは総胆管から総肝管にかけて最大15mmの嚢胞状拡張を認めた。肝内胆管の拡張は認めなかった。以上より戸谷Ia型の先天性胆道拡張症、早期の胆嚢癌を疑い肝外胆道切除、肝管空腸吻合術を施行した。病理診断は高分化型管状腺癌, m, ly0, v0, pN0であった。

当院における経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD)の検討

(済生会栗橋病院消化器内科) 児玉和久・福屋裕嗣・長尾健太・島崎隆如・清水晶平・成富琢磨

ENGBDは今日、急性胆嚢炎に対する治療として徐々に発展、普及してきているが、手技的難易度の高い治療法であることに加え、多数例での治療成績が報告されていないなどの課題がある。そこで、当院での急性胆嚢炎に対するENGBDの有用性と問題点について検討した。

当院では2005年3月～2008年11月にENGBDを27例に試みた。症例は男性13名、女性14名、平均年齢は75歳で、全例胆石が原因の急性胆嚢炎であった。ENGBD留置成功率は59.2%で、ENGBD留置不成功例11例中、6例に対してPTGBD、3例に対してPTGBAを施行した。転機および追加治療は腹腔鏡下胆嚢摘出術14例、開腹手術4例、保存的治療9例であった。ENGBDは急性胆嚢炎のドレナージに有用であった。

膵癌との鑑別が困難であったgroove pancreatitisの1例

(国立病院機構横浜医療センター¹ 消化器科,

² 外科, ³ 臨床検査科) 門前正憲¹・鈴木大輔¹・天野覚美¹・渥美友理子¹・松島昭三¹・小松達司¹・松田悟郎²・関戸 仁²・新野 史³

症例は62歳男性。健診の腹部エコーで、主膵管拡張を指摘され精査加療目的に入院。入院時検査所見は膵酵素の軽度上昇を認めるのみであった。CTでは膵頭部にわずかに増強される領域を認め、その尾側膵管は拡張を認めた。MRCPでは下部総胆管と膵頭部主膵管の狭窄、遠位側主膵管は拡張を認めた。上部内視鏡では十二指腸下行脚上部の副乳頭側に発赤を伴う浮腫状粘膜を認めた。ERCPでは主膵管は膵頭部で狭窄、その尾側膵管は軽度拡張を認めた。以上より、groove pancreatitisを考えたが膵管像より微小膵癌の存在を否定できず膵頭十二指腸切除・亜全胃温存術を施行した。病理所見では悪性所見を認めず、groove pancreatitisに矛盾しない所見であった。本症例は膵実質にも線維性変化を伴うsegmental formであり、またBrunner腺の過形成を認め、膵管内にタンパク栓も認めた。今回、膵癌との鑑別が困難であったgroove pancreatitisを経験した。

健診を契機に発見された小SPTの一例

(八王子消化器病院) 比良裕子・森下慶一・石川一郎・武雄康悦・河井健太郎・成田 徹・梶 理史・鈴木修司・原田信比古・鈴木 衛・羽生富士夫

症例は50歳女性。自覚症状は認めず、健診の腹部USで脾に異常を指摘され当院へ精査入院となった。腹部US・EUSで脾体部に12mm大の境界明瞭で内部不均一な充実性低エコー腫瘍を認め、MRCPでは膵管に不整・狭窄を認めなかった。浸潤性膵管癌を否定できず、脾体尾部切除術施行となった。HE染色では腫瘍径は8mm大で好酸性の腫瘍細胞が偽乳頭のパターンを示していた。免疫染色では脾島ホルモン陰性でサイトケラチン、βカテニンが陽性となりSPTと診断した。SPTは若年女性に多い分化方向の不明な上皮性腫瘍で、発見時の大きさは平均7cm前後とされ、本症例のように10mm未満で発見されるのは稀であり貴重な症例と考えられた。