

## 急性膵炎に続発したと思われる仮性膵嚢胞の1例

昭和40年7月22日 受付

信州大学医学部 星子外科教室

(主任：星子直行教授)

武井秀夫 窪田貞喜  
関 晋 奈良井勉

## A Case of Pseudo-Pancreas Cystoma which Seemed to Follow Acute Pancreatitis

Hideo Takei, Sadayoshi Kubota, Susumu Seki  
and Tsutomu Narai

Department of Surgery, Faculty of Medicine,  
Shinshu University

(Director: Prof. N. Hoshiko)

膵嚢胞は1761年 Morgagni<sup>①</sup>によりはじめて報告された疾患であるが、本邦では1897年緒方がはじめて本症の2例を報告している。その後、報告例は次第にその数を増して、今日では必ずしも珍らしいものではなくなっているが、日常臨床ではまだ比較的少い疾患といえよう。従来最もよく用いられた Körte の分類では増殖性嚢胞、貯留性嚢胞、変性嚢胞、仮性嚢胞、包虫性嚢胞などに分けられているが、この他、種々の病理学的分類もあり、臨床的には一般に真性と仮性の2種に分けられる。河合<sup>②</sup>は真性と仮性の比は2:2.7、津田<sup>③</sup>によれば1:5とされて仮性嚢胞が多く、また仮性嚢胞形成の重要な要因には炎症及び外傷があげられている。

我々は最近明らかに急性膵炎に続発したと思われる仮性膵嚢胞の1例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：45才、男子、会社員。

初診：昭和39年5月29日。

主訴：腹部膨隆、心窩部圧痛。

既往歴：生来健康で著患をしらず、また外傷、打撲などを受けたこともない。

家族歴：母が子宮癌で死亡したほか特記すべきことはない。

現病歴：約3ヶ月前心窩部の不快感あり、某医を訪れて十二指腸潰瘍の疑いで胃部レントゲン透視をうけた際、胃痙攣様の激痛あり、治療をうけ軽快した。当時嘔気はあつたが嘔吐はなく、疼痛は幾分背部に放散するように感ぜられた。その後、心窩部痛、嘔気が軽快しないので某病院に入院し、肝肥大と黄疸を指摘さ

れた。入院3日目に38°Cの熱発あり、胆石症の疑いで治療をうけ胃部透視の際、十二指腸窓の拡大が認められ膵嚢胞と診断されて当科に受診した。

現症：体格大、栄養良好で高度の肥満型。顔貌正常。脉搏92、緊張良、律動整。体温36.4°C、血圧120/90。眼結膜に貧血なく眼球結膜に黄染はない。舌は幾分乾燥し薄い白苔に被われる。

頸部、鎖骨上窩、その他にリンパ腺の腫大を認めない。

心肺には打聴診上、特記すべき所見はない。

腹部所見：腹部は一般に膨隆し、腹壁に軽度の静脈怒張を認める。上腹部には抱抗及び圧痛あり、右肋骨弓下より出たと思われる小児頭大の嚢胞様の腫瘤に触れる。また肝の左葉は触れるが右腎は触れず、腹水は認められない。

腫瘤の輪廓は図-Iに示す如く右肋骨弓乳線上からほぼ球状の孤を描いて臍の直上約5横指巾の部を通り、肝左葉の下縁に終つている。腫瘤の表面は平滑、弾性軟の小児頭大の腫瘤で波動を呈し、呼吸性移動はほとんどない。

## 検査成績：

血液所見：血色素量98%（ザリー値）、赤血球数 $470 \times 10^4$ 、白血球数6000で白血球百分率には特記すべき所見は認められない。

血沈値は1時間56mm、2時間値79mmで高度に促進している。

尿所見：尿は黄褐色を呈し、P.H 7.5、比重1.022、蛋白陰性、糖陰性、ビリルビン陰性、ウロビリノーゲン正常、沈渣には病的所見は認められない。

肝機能検査、Z.T.T. 10 K.U、グロス7.5/5、黄疸

指数は4。

その他の血液化学検査：

A/G 比 1.3, 血清蛋白量  $7.7g/dl$ , Na  $143mEq/l$ , K  $4.5mEq/l$ , Cl  $106mEq/l$ , アミラーゼ  $80S.U.$ , Al-フォスファターゼ  $7.1K.U$  で正常範囲の値を示しているが総コレステロールのみは  $276mg/l$  で上昇している。

心電図：特記すべき所見はみられない。

レ線所見：胸部レ線像には著変は認められない。腹部レ線像では十二指腸窓が高度に拡大し、胃は上方に圧排され、同時に小腸の圧排像もみられ、腫瘤が存在していることがわかる。(図-I)

以上の所見から大体、膵嚢胞と推定されたので手術を施行した。

手術所見：

G.O.F. 麻酔のもとに上腹部正中切開を加え開腹する。腹水は認められない。大網の脂肪層は極めて厚く相互に膜様の癒着を形成し、且つ腹膜に軽度に癒着していた。腫瘤はその脂肪層の背部に存在し、膵の体部から尾部にかけ約  $15 \times 10 \times 6.5cm$  大で、しかも汚穢緑色を帯びていた。腫瘤に接する部分の壁は厚く、尾部は弾性硬であつた。その性状、所見から膵より発生した嚢胞であることが確められたが腫瘤の剔除は困難であり、又前述の厚い脂肪層のため、前腹壁へ嚢胞壁を縫着することも不可能であつたので、やむなく切開排液を行う。即ち穿刺針で穿刺すると汚穢胆汁様緑色の穿刺液約  $50cc$  を得、ついで吸引器にて吸引した際、同

様の穿刺液とともに膿様灰白色の液体を混じ、総量約  $450cc$  を吸引しえた。ついで嚢胞壁を切開し、胆道鏡にて探索すると粘土様、黄緑褐色の塊がみられる。腔内は一見蜂窩状、多房性を呈し、前述同様の内容物で満たされているのでこれを掻拭し、可及的に清浄となし、生食水にて洗浄を頻回に行いゴムドレーンを留置して手術を終る。

穿刺液の性状：色調汚穢緑色で粘稠性。比重  $1.012$  でアミラーゼ値は  $735 \times 10S.U.$  で高値を示す。

術後経過：術後第5病日まで  $38^{\circ}C$  の弛張熱続き食思不振を訴える。創口に挿入したゴムドレーンからは毎日約  $30 \sim 40cc$  の褐色粘稠な液体が排出し、放置すると容器の底部に粘土様の沈澱を生じ2層に分離する傾向があつた。その滲出液のアミラーゼ値を経時的に追及したところ、手術当日  $735 \times 10S.U.$ 、術後第1週  $350 \times 10S.U.$ 、術後第2週  $150 \times 10S.U.$ 、術後第3週  $115 \times 10S.U.$ 、術後第5週  $835S.U.$  と漸次減少し、術後10約週に  $295S.U.$  になり、アミラーゼ値と平行して創口よりの滲出液の排泄も減少した。

入院病日114日の経過中2回  $38^{\circ}C$  の熱発をみたので滲出液の細菌検査を実施したところ、黄色葡萄球菌を多数認めたが、その都度、ホスタサイクリン  $250mg$  とクロロマイセチン  $1gr$  を投与し強力に化学療法を行つてことなきを得た。患者は114病日で瘻孔も縮少し、滲出液の排出も減少し、軽度の貧血を認めるほかは全身状態も良好となつたので一応退院したが退院後

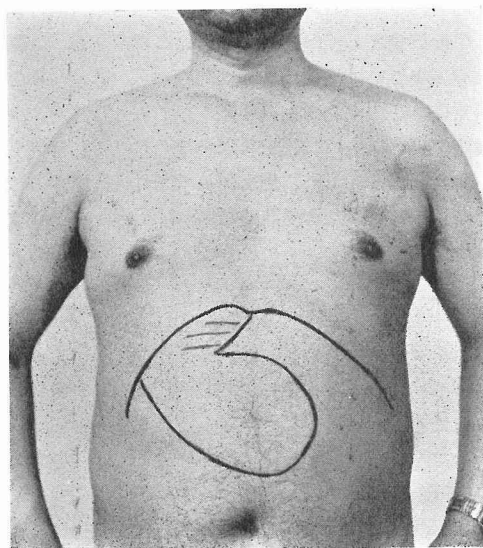


図-I

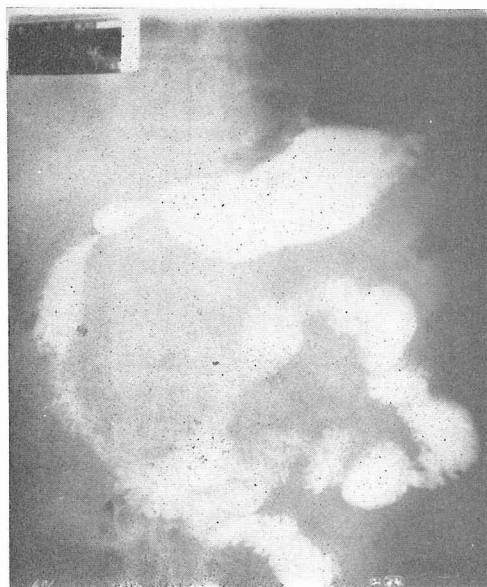


図-II

約3ヶ月で完全に瘻孔の閉鎖をみた。

#### 組織所見：

上皮被覆を欠如し肉芽組織で取囲まれた嚢胞で、その間には異物型巨細胞や様々な物質を取込んで明るく膨大した泡沫細胞などが多数認められ、また嚢胞の内容とみられる黄褐色の物質もみられるが炎症性細胞浸潤はなく、炎症、または外傷ののち生じた仮性嚢胞と考えられる。(図-III)

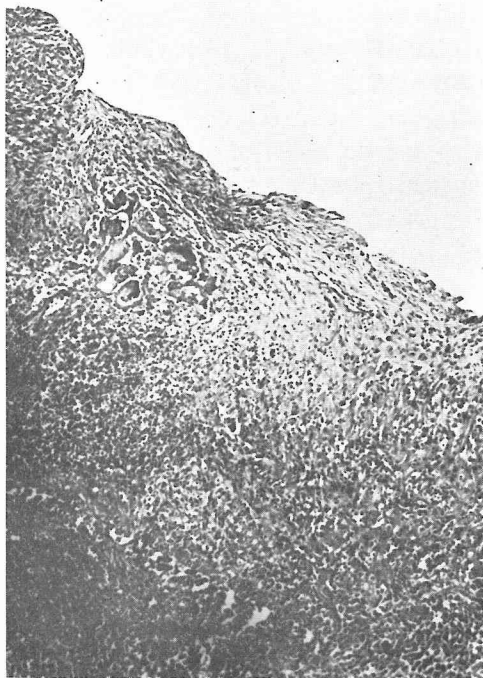


図-III H-E 染色 × 100

#### 考 按

##### 原 因：

仮性嚢胞の原因については臨床的、実験的に大別すると次の5群に区別される。

即ち、1) 外傷に起因するもの、2) 非外傷性の脾出血に起因するもの、3) 梗塞、4) 脾炎によるもの及び5) 胆嚢炎及び膿瘍の軟化したものであるが、一般に外傷によるものが多い。即ち平川・富田<sup>④</sup>の文献によると Körte 27%, Mikulitz 25%, Göhel 33%としている。しかし一方脾炎の方が多いとするものには、Schmieden and Senning ちがあり、脾嚢胞128例中16例が外傷、28例が急性脾炎によるものとしている。

また河合<sup>②</sup>は外傷性嚢胞は誘因発生後2乃至数週以

内に29例、数ヶ月から数年後14例で比較的早期に現われることが多く、炎症性のもものでは数ヶ月から数年後に現われるものが最も多いとしている。

本例は約3ヶ月前に心窩部の不快感と激痛を訴えており、また外傷の既往歴なく組織学的にも上皮被覆を欠除している点から3ヶ月前の炎症に続発した仮性嚢胞であると考えられる。

##### 症状及び診断：

1) 一般に脾嚢胞は20~40才台に最も多いとされ、真性嚢胞は女性に、仮性嚢胞は男性に多いと河合は述べているが、諸家の報告では、ほぼ男女同数のようである。

2) 嚢胞の発育経路の主なものは胃結腸型が最も多く(66.9%)、肝胃型がこれに次ぐ(14.5%)とされている。

3) 胃液は一般に低酸のものが多く、尿、血清アミラーゼ値はほぼ正常値を示す。

4) 嚢胞の内容は最大量3000cc、最小量50ccで平均1200ccとされ、比重は1006~1030の間にあるが、1.010~1.015が最も普通のものである。

5) 一般症状は上腹部の腫脹及び膨満感を訴えるものが最も多くその他、腫瘍の圧痛、消化管の通過障害、便秘及び下痢などである。

##### 治療法及び予後：

脾嚢胞はその種類が多く、且その種類によつて性状を異にするので嚢胞の性質、種類を充分考慮し、その手術方法を慎重に決定しなければならない。また脾嚢胞は慢性疾患であるがこれの保存療法は余り期待されず結局は手術的処置を必要とする。

手術方法としては嚢胞の全摘除がのぞましい。真性嚢胞の場合には周囲との癒着がなく、容易に剔出し得る場合が多く、勿論、理想的な治療となるが、仮性嚢胞の場合はその成因上嚢壁が周囲と密接に癒着している場合が多いため、剔出困難であり危険を伴うことが多く、したがって瘻孔造設術が多く用いられている。

大別すれば外瘻法と内瘻法があり、外瘻法は真性嚢胞には不適応とされ、多くは仮性嚢胞に適用されているが瘻孔の残存とその処置に多く問題がある。内瘻法は手術的に内容吸引後、胃、十二指腸、空腸あるいは胆嚢に内瘻を造設する方法であり、再発が多いとされているが、その適応は症例により異なるので難しいが現在は内瘻法が最も広く用いられている。

本症例は嚢壁が薄く完成されておらず剔出は勿論不可能であり、また内瘻造設も不可能のためやむなく外瘻を造設した1例である。

む す び

45才男子の急性肺炎に続発したと思われる脾臓胞の1例を報告し、併せていささかの文献的考察をおこなった。

終りにのぞみ、御校閲をいただいた星子直行教授並びに小林滋助教授に深謝します。

本論文の要旨は昭和39年11月、第26回信州外科集談会で発表した。

参考文献

- ①吉岡 一：外科病理学 中巻，574，1963 医学書院，東京
- ②河合直次：臨 外，7：11，昭27
- ③津田誠次：外 科，5：20，昭33
- ④平川茂之・富田 久：久留米医学会誌，2：22，昭34