

真性膵臓嚢腫の1例

昭和35年7月19日受付

信州大学医学部丸田外科教室

丹羽康平

諏訪赤十字病院

加藤照世

One Case of True Pancreatic Cyst

Yasuhei NIWA

Department of Surgery, Faculty of Medicine, Shinshu University
(Director; Prof. K. Maruta)

and

Teruyo KATO

Suwa Red Cross Hospital

膵臓嚢腫は1863年 Virchow^①が初めて Ranula pancreatica として記載して以来、諸家の注目を惹くようになり、Gussenbauer^②(1888) によつて本症の診断と手術的治療が最初に成功した。Kürte^③は既に1898年121に例の統計的観察について報告しているが、本邦では緒方^④(1897)の報告以来諸家の臨床例の報告がなされるようになった。しかしその報告の大多数は仮性膵臓嚢腫に関するものであつて、真性嚢腫についての報告は極めて稀である。

吾々は最近真性膵臓嚢腫の一例を経験し、剔除術を行なつて全治せしめ得たので報告する。

症 例

患者：56才，農婦。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：17才の時急性虫垂炎に罹患し、保存的治療により治癒，昭和34年1月14日，子宮筋腫にて子宮剔除術をうけた。

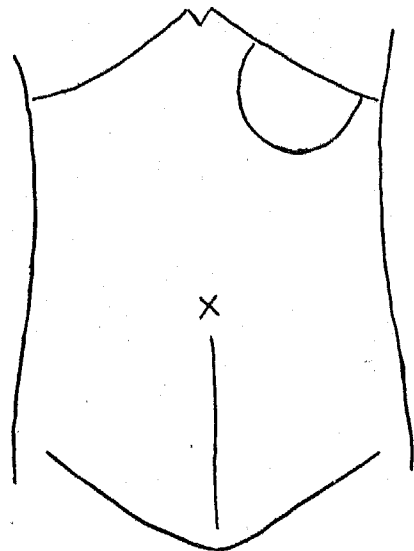
主 訴：左上腹部の腫瘍。

現病歴：昭和34年2月頃，即ち子宮筋腫剔除術後にときどき軽度の下腹部痛を訴え，村の診療所で受診した際，偶然上腹部に腫瘍を発見され，レ線検査により胃癌と診断され手術の目的を以つて，昭和34年7月23日諏訪赤十字病院に入院した。食欲は良好で自覚的に悪心，嘔吐その他の胃症状は全くなく，体重減少も認められない。尚患者は今日までに腹部外傷や膵臓炎を経験したことはない。

入院時所見：体格，栄養中等度，脉搏85，緊張良好，整，胸部に病的所見はない。腹部所見は下腹部正

中線に手術痕を認める他，平坦で軟かく，左季肋下部に超手拳大，球形の腫瘍を触れ，硬度は弾性硬，表面平滑，境界鮮明で圧痛なく，移動性は殆んど認めない。肝，脾，腎は触れない。(図1)

図 1.



臨床検査では，赤血球380万，Hb 70%，白血球4100，血液像著変なく，尿は潜血反応陰性，寄生虫卵なく，尿に異常所見は認めない，胃液検査では酸度はほぼ正常値を示し，潜血，乳酸は共に陰性であつた，尿デアスターゼ値は16単位であつた。

胃レ線検査では胃体部大彎側が腫瘍で圧排されて，

あたかも胃の陰影欠損の如くに見えるがこの部の胃粘膜皺壁は正常で通過障碍もなく、腫瘍は胃とは無関係である。

逆行性腎盂撮影でも異常所見はなく、腎機能検査も正常であつたので、脾腫瘍の診断のもとに昭和34年7月29日手術を施行した。

手術所見：腰椎麻酔のもとに上腹部正中切開にて開腹、腹水は殆んどなく腫瘍は胃と横行結腸との間にあつて大網膜におゝわれており、網膜囊を開いて検索した結果、脾尾部に存在する脾腫瘍であることが判明した。腫瘍と大網膜との癒着は軽度で附近にリンパ節の腫張は認められず、脾臓は正常大で下側方に圧排されていた。脾実質との癒着は腫瘍後面で線維性に強固であつたが、腫瘍を全剔出した。術後の経過は順調で、39日目に治癒退院した。

剔出標本の肉眼的所見：腫瘍の大きさは11.5×9×7 cm、卵円型で、重量 390g、内容物はやゝ混濁した褐色コロイド状の液体約 300cc であり(図2)、断面は単房性の囊腫で、内面は平滑、壁は一様に約 3mm の厚さを有していた。(図3)

病理組織学的所見：囊腫壁は外層に線維性結合織の増生と軽度のリンパ球様細胞の浸潤が認められ、囊腫内壁には規則的な一層の円柱上皮細胞の配列を認める。即ち組織学的には真性脾臓囊腫である。(図4)

考 按

脾臓囊腫には従来、種々の分類法が用いられているが、Körte^⑥は 1) 貯溜性囊腫、2) 増殖性囊腫、3) 変性囊腫、4) 仮性囊腫、5) エヒノコックス囊腫に分類している。臨床的には一般に真性囊腫と仮性囊腫とに分類されており、真性囊腫は囊腫内壁に上皮細胞を認めるものであつて、これは Körte の貯溜性囊腫と増殖性囊腫に相当するものである。これに対して囊腫内壁に上皮細胞層を欠如するものを仮性囊腫としている。しかしながら巨大な囊腫では上皮細胞が圧迫、炎症等で脱落、欠如することがあるから、内壁の上皮細胞層が無いからといつて、直ちに真性囊腫を否定することは出来ない^④。

本症の発生頻度は表の如くである^{⑦⑧⑨}。

諸家の報告している脾臓囊腫の大部分は仮性囊腫であつて、真性囊腫は稀であり、真性囊腫と確められたものゝ頻度は河合^⑦の統計では本邦の 221 例中 17 例、津田^⑧の 13 例中 2 例である。

脾臓囊腫の発生部位の解剖学的関係は Lazarus^⑩によれば、1) 胃結腸型、2) 胃肝臓型、3) 結腸間膜型に分類されている。このうち 1) 型が最も多くみら

脾臓囊腫の頻度

White (1897)	3
Judd (1921~1931)	88
Berkay (1938~1946)	5
Adams (Lahey clinic) (1926~1945)	9
Adams (Mercy hospital) (1932~1947)	2
Collins (1950)	9
河 合 (1897~1952)	221
津 田 (1926~1956)	13

れ、吾々の症例も胃結腸型に属する。

本症の患者は上腹部の腫瘍、或は膨満感を主訴として来院するものが大多数を占めているが、さらに放置すると腫瘍による圧迫症状として、上腹部に持続性の疼痛を訴えることが多く、また癒着性牽引も加わり、往々太陽神経叢或は上腸間膜神経叢の刺激による腹痛発作を起すことがある。また胃腸障碍として、膨満感、嘔吐、吞酸、嘈雜、食欲不振等を訴え、さらに脾臓機能障碍として血糖値の上昇、糖尿、脂肪性下痢等をみることもある。

腫瘍が発見される動機としては、次の三つの場合があげられる。即ち、1) 腫瘍が偶然に発見される場合、2) 激痛或は軽度の疼痛発作等の脾臓炎様症状があつて、腫瘍が発見される場合、3) 腹部外傷後に腫瘍が現われる場合である。このうち 1) は真性囊腫、2)、3) は仮性囊腫のことが多い。

脾臓囊腫の診断は腫瘍の発生部位、形状及びレ線検査等により比較的容易である。しかし血清、尿のデアスターゼ値は上昇することもあり、正常値を示すこともあつて、本症の診断には役立たない。

尚脾臓囊腫は真性囊腫か仮性囊腫かにより治療方法が異なるので、両者を臨床的に鑑別することが必要である。上述の如く既往歴からも両者は或程度判別され得るが、さらに手術所見では、真性囊腫は壁が厚く、周囲との癒着は比較的軽度で剝離し易く、囊腫は多房性のことが多いが、仮性囊腫は壁が薄く癒着は高度で剝離困難かつ単房性のことが多いので^④、この点で両者の鑑別も可能である。

図 2.



図 3.

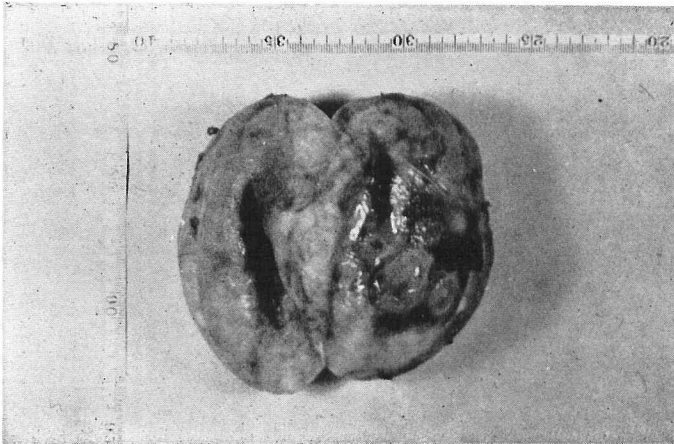
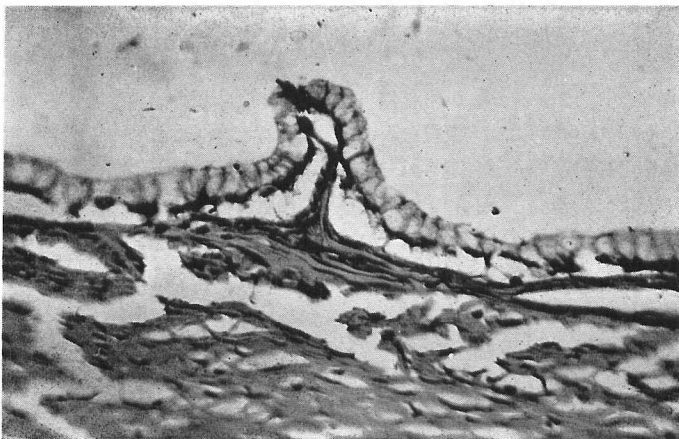


図 4.



本症の治療法は手術的治療が唯一のものであつて、従来行われて来た治療法としては、嚢腫の全剔出術、外瘻法及び内瘻法の三者に分けることが出来る。

真性嚢腫の場合には比較的剝離し易く、悪性変化することもあるので、なるべく剔出すべきことは云うまでもない。これに対して仮性嚢腫は周囲と密接に癒着している場合が多く、剔出は甚だ困難であるので、内瘻法又は外瘻法をすゝめる人が多い。本邦の手術成績についてみると、河合^⑦の報告では剔出術28例中、死亡は4例であり、その内3例は仮性嚢腫であつた。また、津田^⑧は真性嚢腫2例、仮性嚢腫1例に剔出術を行い、いずれも成功している。

外瘻法は瘻孔を残すことが多いが^⑩、仮性嚢腫ではほぼ半数が治癒し、真性嚢腫では瘻孔を残す場合が多い^⑦。従つて本法は仮性嚢腫で剔出或は内瘻法の施行が困難な場合のみに行うべき方法であらう。

内瘻法は剔出不能のものに好んで用いられ、吻合臓器としては胃、十二指腸、空腸、胆嚢、総胆管等が用いられ本邦では嚢腫胃吻合^⑦、外国では嚢腫空腸吻合が多く行われている^{⑩⑪⑫}。治療成績は極めて良好で本邦26例中22例が治癒しており、死亡は2例である^⑦。Kafka^⑫の統計による内瘻法により26例中4例

が死亡し、22例が治癒している。

結 語

膵臓尾部に発生した嚢腫を全剔出し、病理組織学的検査により一層の内柱上皮細胞を有する真性膵臓嚢腫と診断された症例を報告し、併せて文献的考察を試みた。

文 献

- ①Virchow: 津田より引用., 外科, 20: 5, 昭33.
 ②Gussenbauer: Arch. Kl. Chir., 29: 355, 1883.
 ③Körte: Deut. Chir., 45: 1898. ④緒方: 河合より引用, 臨外., 7: 11, 昭27. ⑤Kröte: Handbuch d. Prakt. Chir., 1929. ⑥岩永: 診断と治療., 24: 172, 昭12. ⑦河合: 臨外., 7: 11, 昭27. ⑧津田: 外科., 20: 5, 昭33. ⑨岩井: 外科., 13: 11, 昭26. ⑩Lazarus: Ztschr. Kl. Chir., 51: 95, 1904. ⑪河合: 日医事新報., 1063: 311, 昭18. ⑫Judd: Arch. Surg., 22: 839, 1931. ⑬Kafka: Arch. Kl. Chir., 189: 361, 1940. ⑭Migliaccio: Surg., 24: 54, 1948. ⑮Roel: Arch. Surg., 63: 1, 119. 1951.