

脾仮性嚢胞内出血の1例

関西医科大学外科

中根 恭司 横田 直也 浅尾 寧延
山村 学 山田 武夫 山本 政勝

A CASE OF HEMORRHAGE INTO THE PANCREATIC PSEUDOCYST

Yasushi NAKANE, Naoya YOKOTA, Yasunobu ASAO, Manabu YAMAMURA

Takeo YAMADA and Masakatsu YAMAMOTO

Department of Surgery, Kansai Medical University

索引用語: 慢性脾炎, 脾仮性嚢胞内出血

はじめに

慢性脾炎の経過中に脾仮性嚢胞を合併することはよく知られているが、嚢胞内への出血はきわめてまれとされている。井上ら¹⁾によれば、本邦ではいまだ18例の報告をみるにすぎない。最近われわれは慢性反復性脾炎の経過中に仮性嚢胞と脾動脈が交通し、嚢胞内へ出血したと考えられる1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 46歳, 男性, 養魚業。

主訴: 左上腹部痛および背部痛。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 30年来1日日本酒3合の飲酒歴がある。

現病歴: 昭和57年9月20日突然に激しい心窩部痛と背部痛とをきたし他病院に緊急入院となった。急性脾炎の診断のもとに保存的療法を開始したが軽快せず、同年12月4日本院内科に入院となった。内科入院後も発作を度々繰り返していたが、58年2月下旬より上記症状も軽快し経口摂取も可能となり、経過観察中であつた。ところが3月下旬再度激しい左上腹部痛および背部痛をきたしたため腹部エコー、CT、腹部血管造影を行い、脾仮性嚢胞内出血と診断され手術目的で4月18日外科へ転科となった。

臨床血液検査所見は表1のごとくで、内科入院時のデータではアミラーゼ、リパーゼ値の上昇と白血球数増加および貧血がみられ、CRPも強陽性であった。外科転科時ではアミラーゼ、リパーゼ値ともに正常に復

表1 臨床検査成績

項目	日時 昭和57年12月 本院内科入院時	昭和58年4月 外科入院時
WBC	12800	5700
RBC	208×10 ⁴	311×10 ⁴
Hb	10.1 g/dl	9.8
Ht	30.2 %	28.6
GOT	54 IU/ml	22
GPT	35 IU/ml	17
ALP	348 IU/ml	193
T. Bil	1.5 mg/dl	0.9
LDH	310 IU/ml	210
T. Protein	7.6 g/dl	7.3
A/G	1.17	1.09
BUN	12 mg/dl	18
CRTN	1.1 mg/dl	1.2
CRP	#	-
Na	133 mEq/l	135
K	5.1 mEq/l	5.0
Cl	96 mEq/l	102
Ca	4.5 mEq/l	4.8
S- Amylase	488 mg/dl	113
U- Amylase	1300 mg/dl	106
S- Lipase	4410 mg/dl	37

50g OGTT	血糖 mg/dl	IRI μU/ml
前	111	3.1
30分	185	3.9
1時間	230	12.8
2時間	231	18.1
3時間	204	21.0

し白血球数増加もみられなかった。50g経口糖負荷試験では糖尿病域であり、インシュリン値でも分泌低下がみられた。

内科入院後検査成績: 腹部単純レ線像では脾頭部に一致して異常石灰化像が認められる以外には腸管麻痺像や腹水貯留影などの所見はみられなかった(図1)。腹部エコーおよびCTでは脾は全体に萎縮がみられ脾頭部に石灰化像と脾尾部に小さな嚢胞様造影がみられた(図2)。保存的療法にて経過観察中であつたが、再

図1 腹部単純X線像
膵頭部に石灰化像を認める (矢印)

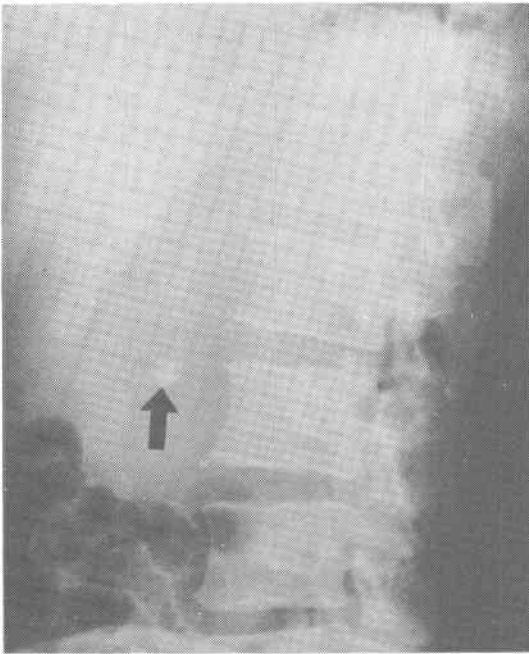


図2 CT

膵は全体的に萎縮し頭部に石灰化像と尾部に小さな
嚢胞様陰影を認める。



enhanced CT では嚢胞内が造影剤により濃染され(図
3), また dynamic CT では時間の経過とともに嚢胞
内への造影剤の流出がみられた。

次に嚢胞内への出血源を確認するため選択的脾動脈
造影を行ったところ造影早期より脾動脈から嚢胞内へ

図3 enhanced CT

嚢胞の増大を認め膵中部および尾部に多数の石灰化
像を認める。嚢胞内は造影剤により濃染されている。

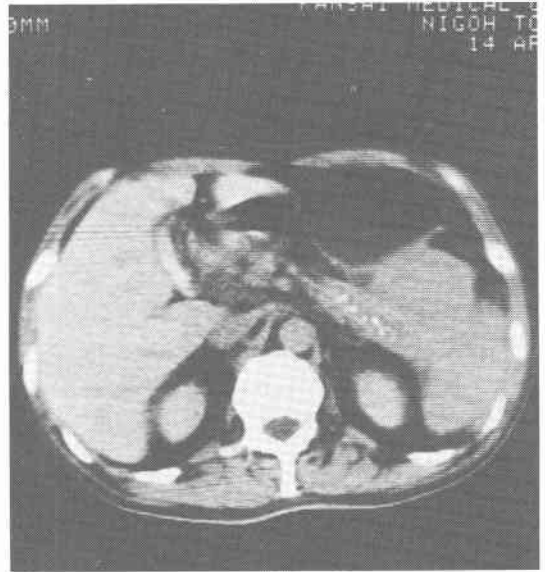
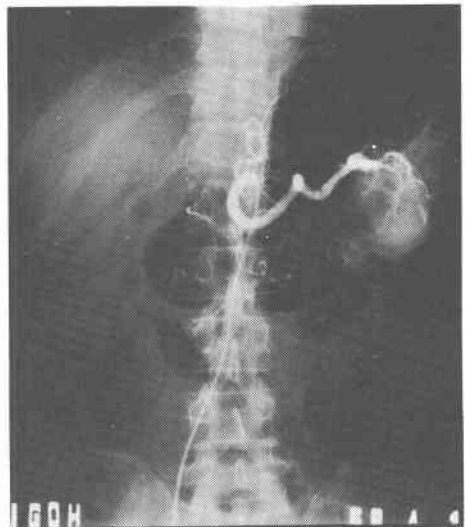


図4 選択的脾動脈造影

脾動脈から嚢胞内へ造影剤の Extravasation を認
める。



度の激しい発作をきたしたため腹部エコーを至急に行
ったところ明らかな嚢胞の増大を認め、更に膵中部
から尾部にかけての膵管に小さな石灰化像も多数認め
られた。ここで仮性嚢胞内出血の可能性も疑われたの
で enhanced CT, dynamic CT を施行したところ、

の造影剤の Extravasation が認められ、時間の経過とともに広がり高度の濃染像となり(図4)、静脈相になってもその濃染像は消失しなかった。また嚢胞による脾静脈への圧排もみられたが、膵管への造影剤の漏出は認められなかった。術前に十二指腸乳頭部と膵管の状態を調べるため症状がおさまった時点で逆行性膵管造影を行ったが、乳頭部からの出血はみられず主膵管は乳頭開口部より約17mmの部位で全周性に著明な狭窄を呈し、尾側膵管は全く造影されなかった(図5)。以上の検査成績より本症例は慢性反復性膵炎に合併した脾動脈からの脾仮性嚢胞内出血と診断され外科転科となった。

外科入院時所見：体格中等度、栄養やや不良であるが体温、血圧、脈拍、呼吸は正常であり、また貧血、黄疸は認められなかった。腹部所見では全体にやや陥凹しており圧痛、腫瘤および腹水の貯留は認められなかった。

術中所見：脾尾部に手拳大の弾性硬の腫瘤が認められた。術中エコーを行ったところ嚢胞様陰影が認められた。また膵管内にも小結石の存在が多数認められた。この嚢胞は周囲との癒着も比較的容易に剝離できたので、脾臓とともに嚢胞を含む脾尾部切除術を施行した。次に胆嚢より胆管造影、さらに膵管断端より膵管造影を行ったところ総胆管には拡張、狭窄はみられなかったが、膵管は狭窄、蛇行を認め乳頭部への造影剤の流出はみられなかった。そこで膵管を頭部近くまで切開し、膵石を除去した後に、Roux-Y法による膵管空腸

側々吻合術を施行した。切除標本は7×7×5cmの大きさで脾臓と強固に癒着しており、嚢胞内には充満した大量の凝血塊が認められた(図6)。切除標本の脾動脈より造影剤を注入したところ嚢胞内への漏出がみられたが、膵管への漏出はみられなかった(図7)。組織学的には著明な線維化をともなった慢性膵炎の像であり、嚢胞壁は膠原線維で覆われていた(図8)。

術後経過は良好で経口摂取を開始しても左上腹部痛および背部痛の発作はみられず、また血中ならびに尿中アマラーゼ値の上昇もなく術後4週間目に退院した。

図6 切除標本(剖面)
嚢胞内に大量の凝血塊を認める。

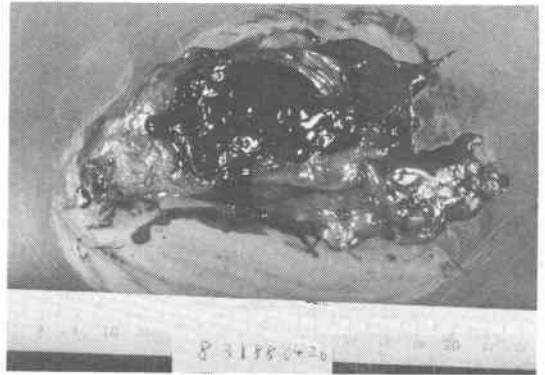


図7 切除標本での脾動脈造影
造影剤の嚢胞内漏出を認める。

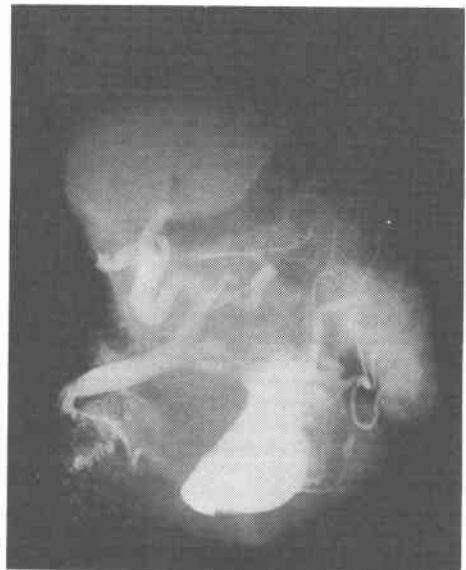


図5 ERCP

主膵管は乳頭開口部より約17mmの部位で著明な狭窄を認め、尾側膵管は全く造影されない。

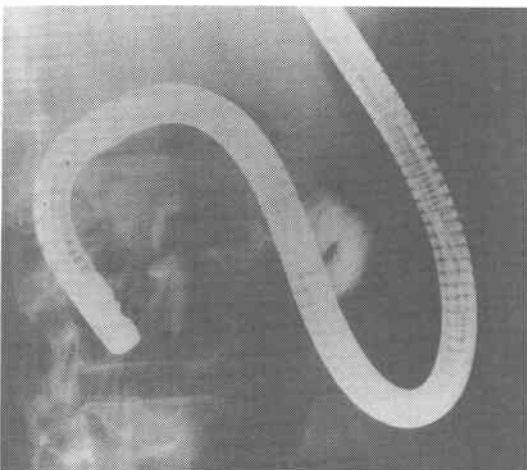
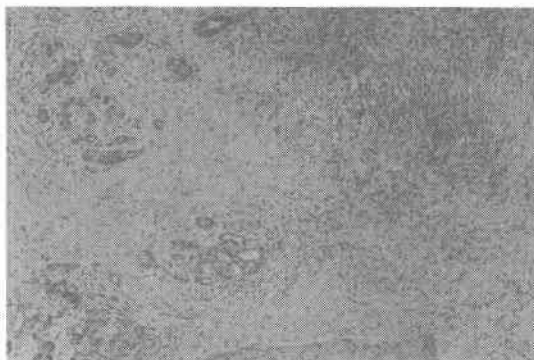


図8 組織像 (H & E)

- a) 脾実質：著明な線維化を伴った慢性脾炎の像。
 b) 脾嚢胞壁：壁は膠原線維で覆われているが、露出血管は不明である。

a) 脾実質



b) 脾嚢胞壁



考 察

慢性反復性脾炎の経過中および外傷後に脾仮性嚢胞の出現することは周知の事実である。この脾仮性嚢胞の重篤な合併症としてその発生頻度はきわめて少ないとされているが、嚢胞内出血が知られている。これらの中には出血が嚢胞内のみにとどまるもの、十二指腸乳頭部より消化管へ出血するもの、周囲の消化管と瘻孔を形成しそれより消化管へ大出血をきたすもの、さらには腹腔内へ大量出血をきたした症例も報告されている。また特殊な例としては、Zeller ら²⁾は門脈に穿孔し脾液が大循環に入り全身の皮下に脂肪壊死結節をきたした症例も報告している。

この合併症の発生頻度は植野ら³⁾によると約6%と報告されているが、欧米では約10%とわが国よりも高い発生率が報告されている⁴⁾⁵⁾。これについては早川ら⁶⁾は欧米にはアルコール性脾炎の重症例が多いこと

によるためであろうと推測している。

脾仮性嚢胞内の出血機序についてはいまだ不明であるが、Greenstein ら⁷⁾は仮性嚢胞内の貯留脾液が腸管内のエンテロキナーゼの流入によって活性化され、嚢胞壁の血管にびらんを生じる結果であろうと説明している。この説を強く指示する事実としては Greenstein⁷⁾、Hillis⁸⁾および Dardik⁹⁾らの報告にみられるように、嚢胞消化管吻合術後の出血例や嚢胞が消化管に自潰した内瘻形成後に出血がみられたという事実である。また脾の炎症が近接動脈とくに脾動脈や胃十二指腸動脈に波及して仮性動脈瘤を形成し、これが脾管や嚢胞内に破裂して大出血をおこすという機序も考えられている¹⁰⁾。

いずれにしても嚢胞内への出血は重篤な合併症であり死亡例も多く報告されており¹¹⁾¹²⁾、このため早急かつ適確な診断および処置が要求される。上部消化管出血のほとんどは胃、十二指腸、食道からの出血であるが、出血源が不明な症例にも多く遭遇する。これらの中には肝、胆、脾からの出血が含まれている可能性も常に念頭において診療に当らねばならない。一方慢性脾炎の経過中に消化管出血を合併することはよく知られているが、これらの原因としては消化性潰瘍、胃炎、食道静脈瘤などが主であり、このことより本症の診断には Marks ら¹³⁾が指摘しているごとく、ほかの原因からの出血を否定することはいうまでもなく充分慎重でなければならない。

脾仮性嚢胞内出血の診断については Greenstein ら⁷⁾は、1) 脾仮性嚢胞と思われる腫瘍の急激な増大または出現、2) 脾仮性嚢胞と思われる腫瘍上での血管雑音の聴取、3) 脾仮性嚢胞を有する患者の消化管出血、4) 脾仮性嚢胞を有する患者の急速なヘマトクリット値の低下の4項目を挙げている。自験例では慢性反復性脾炎に合併した脾仮性嚢胞との診断のもとに保存的に経過を観察していたが、突然激しい左上腹部痛および背部痛をきたし、腹部エコーで嚢胞の急激な増大を認めたため本症が強く疑われた。そこで enhanced CT および dynamic CT を行ったところ嚢胞内に一致して造影剤による濃染像が得られた。脾仮性嚢胞内出血の診断のもとにさらに出血源を確認する目的で血管撮影を行ったが、やはり嚢胞内に一致して脾動脈よりの造影剤の Extravasation が認められた。消化管出血の有無については大量の吐下血をきたした嚢胞内出血の報告例もあるが、自験例では認められなかった。このようにわれわれの症例では病歴および臨床症状からあ

る程度の見当はつけえるものと思われるが、確定診断にはCTおよび血管撮影が有効であり、とくに血管撮影は諸家らの^{1)6)14)~16)}報告のごとく出血源の確認に非常に有効であった。

本症の治療としては出血源となっている血管を含めて切除するのが最も理想的といえる。自験例では運よく術前に出血源の確認ができ、また嚢胞が脾尾部にあり、さらに周囲臓器との癒着も軽度であったため比較的容易に切除し得た。しかし嚢胞の存在部位により、また全身状態の不良な症例に対しては、嚢胞を切開して出血部位を結紮止血した後に内瘻術または外瘻術とすべきであろうと考えられる。しかしこの術式には問題点も多く術後に再出血の可能性もあり長期の経過観察が必要と思われる。最近 Stabile ら¹⁶⁾は緊急の出血例に対し一時的な止血として transcatheter による動脈塞栓術を行い有効であったと報告しており、Poor risk の患者には試みてよい方法と考えられる。

むすび

慢性反復性膵炎の経過中に脾仮性嚢胞内出血をきたした1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。

本論文の要旨は第353回大阪外科集談会にて発表した。

文 献

- 1) 井上健和, 源明己千夫, 柄谷茂温ほか: 慢性膵炎に合併した脾仮性嚢胞内出血の1例. 日臨外医会誌 44: 270-275, 1983
- 2) Zeller M, Hetz HH: Rupture of a pancreatic cyst into the portal vein. JAMA 195: 181-183, 1966
- 3) 植野 映, 清水利夫, 加地利雄ほか: 脾仮性嚢胞内出血の1例. 外科 43: 199-203, 1981
- 4) Caravati CM, Ashworth JS, Frederick P: Pancreatic pseudocysts. JAMA 197: 572-576,

1966

- 5) Frey CF: Pancreatic pseudocyst-operative strategy. Ann Surg 188: 652-662, 1978
- 6) 早川直和, 七野滋彦, 佐藤太郎ほか: 仮性脾嚢胞内に出血した慢性膵炎の1例. 胃と腸 13: 983-990, 1978
- 7) Greenstein A, Demaio EF, Nabseth DC: Acute hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts. Surgery 69: 56-62, 1971
- 8) Hillis W: The surgical management of pseudocysts of the pancreas. Am J Surg 105: 651-658, 1963
- 9) Dardik I, Dardik H: Patterns of hemorrhage into pancreatic pseudocysts. Am J Surg 115: 774-776, 1968
- 10) Bardenheier JA, Quintero O, Barner HB: False aneurysm in a pancreatic pseudocyst. Ann Surg 172: 53-55, 1970
- 11) Stanley JC, Frey CF, Miller TA et al: Major arterial hemorrhage. Arch Surg 111: 435-440, 1976
- 12) Cogbill CL: Hemorrhage in pancreatic pseudocysts: Review of literature and report of two cases. Ann Surg 167: 112-115, 1968
- 13) Marks IN, Bank S, Louw JH et al: Peptic ulceration and gastrointestinal bleeding in pancreatitis. Gut 8: 253-259, 1967
- 14) Kadell BM, Riley JM: Major arterial involvement by pancreatic pseudocysts. Am J Roent 99: 632-636, 1967
- 15) 小西孝司, 山口明夫, 上野桂一ほか: 消化管大量出血を来した脾仮性嚢胞内出血の1例. 胆と脾 1: 897-902, 1980
- 16) Stabile BE, Wilson SE, Debas HT: Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. Arch Surg 118: 45-51, 1983