

## 術前診断が可能であった膵嚢胞腺癌の1例

久留米大学第2外科

土橋 清高 中山 和道 内田 立生 江口 俊郎  
佐藤 光治 杉山 俊治 吉田 正 古賀 道弘

### A CASE OF PANCREATIC CYSTADENOCARCINOMA DIAGNOSED BEFORE OPERATION

Kiyotaka TSUCHIHASHI, Toshimichi NAKAYAMA, Tatsuo UCHIDA,  
Toshiro EGUCHI, Mitsuharu SATO, Toshiharu SUGIYAMA,  
Tadashi YOSHIDA and Michihiro KOGA

Second Department of Surgery, Kurume University of Medicine

索引用語：膵嚢胞腺癌

#### はじめに

膵嚢胞腺癌はまれな疾患であるが、最近の各種画像診断の進歩により、その報告例は増加している。今回われわれは心窩部痛を主訴とし、血清 carlinoembryonic antigen (以下 CEA) の上昇を認めたため精査を行い、腹部超音波 computed tomography (以下 CT) scan, 上部消化管造影, 血管造影および超音波誘導下経皮的膵嚢胞穿刺にて術前診断が可能であった膵嚢胞腺癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

#### 症 例

患者：75歳，男性。

主訴：心窩部痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：外傷や膵炎の既往はない。

現病歴：元来健康であったが、昭和57年10月ごろより心窩部痛出現する。近医受診し上部消化管造影にて胃外性圧排所見を認め、また血液検査を施行し、血清 CEA (12ng/ml) の上昇を指摘され、昭和57年12月当大学放射線科紹介される。諸検査の結果、膵嚢胞腺癌の診断を受け手術の目的で、昭和58年1月当科入院となる。

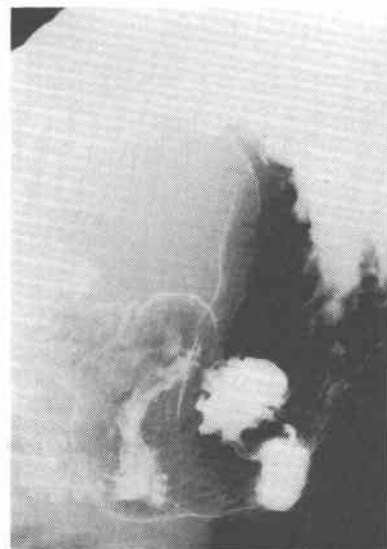
入院時現症：体格中等度で、貧血および黄疸は認めなかった。表在リンパ節は触知せず、胸部理学所見に

は異常は認めなかった。腹部では上腹部に軽度の圧痛あるも腫瘍は触知せず、肝脾腫も認められなかった。

入院時検査所見：血清 CEA 7.9ng/ml の高値と、pancreatic function diagnostant (以下 PFD) 60.2% の軽度低下を認める以外は特に異常は認めなかった。

上部消化管造影：胃体部小弯側に後下方よりの圧排を認めた。また注腸造影では脾彎曲部で結腸の下方への圧排を認めた (図1)。

図1 上部消化管造影。胃体部小弯側に後下方よりの圧排を認める。



腹部超音波所見：膵尾部に直径10cmの辺縁が不鮮明で壁の不整のある内部エコー均一な cystic pattern

図2 腹部超音波像。膵尾部に直径10cmの辺縁が不鮮明で壁の不整のある cystic pattern の腫瘤を認める。

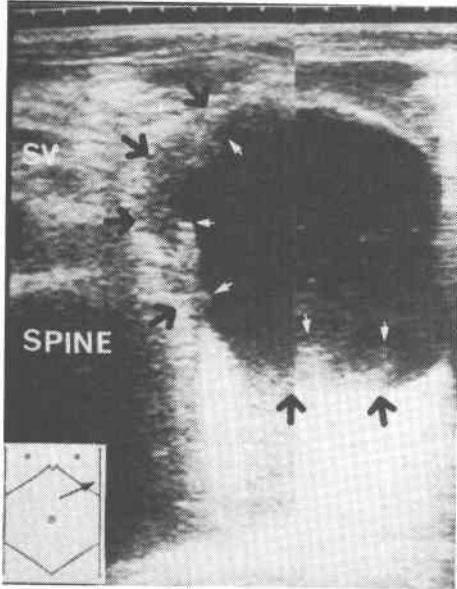
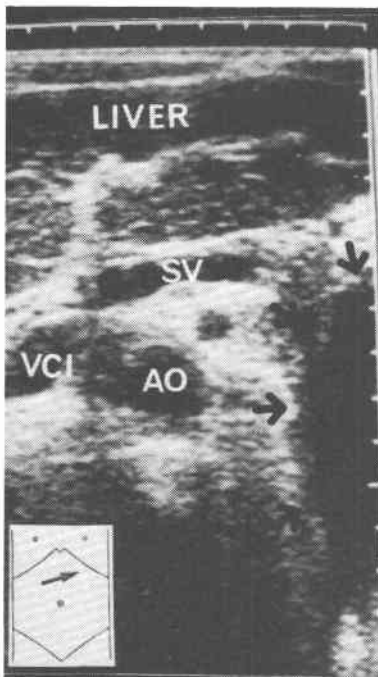


図3 腹部超音波像。膵頭部には異常所見を認めず、膵管の拡張も認めない。



を有する腫瘤を認めた(図2, 3)。

また膵頭部には異常所見を認めず、膵管の拡張も認めない。

endoscopic retrograde pancreatography (以下ERP) 所見：膵管の走行には異常は認めないが膵尾部において尖型の閉塞を認めた(図4)。

CT scan所見：膵と連続を有するcystic componentを主体とする壁不整な腫瘤を認める(図5)。

血管造影所見：脾動脈は大動脈より直接分岐していたが、分岐した直後に完全に閉塞していた(図6)。

以上より膵嚢胞腺癌を疑い超音波誘導下経皮的膵嚢胞穿刺を施行した。得られた内容液は赤褐色を呈し混濁が強かった。図7に示すごとく細胞診では核クロマチンが増量し、核型不整および核の大小不同を認め、核小体も一部にみられる腺癌細胞が認められた。また細胞質内に粘液を含み核の扁平がみられた。以上より膵嚢胞腺癌と診断され手術を施行した。

図4 ERP像。膵尾部に尖型の閉塞を認める。

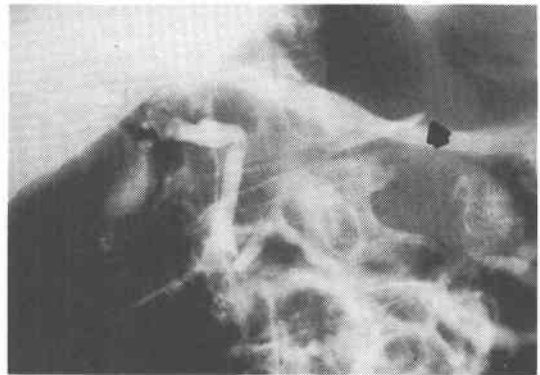
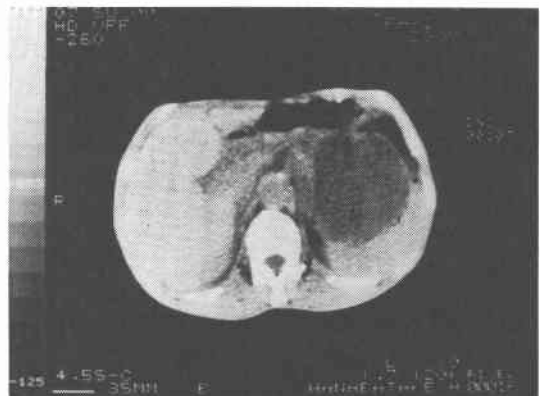


図5 腹部CT像。膵と連続を有するcystic componentを主体とする壁不整な腫瘤を認める。



手術所見：嚢腫は脾と連続して小児頭大の大きさで、脾、胃体部後壁、横行結腸と癒着が著明で一塊となっており、後腹膜および大動脈への浸潤がみられ

図6 腹部大動脈造影。脾動脈に大動脈より直接分岐し、分岐した直後に完全閉塞している。

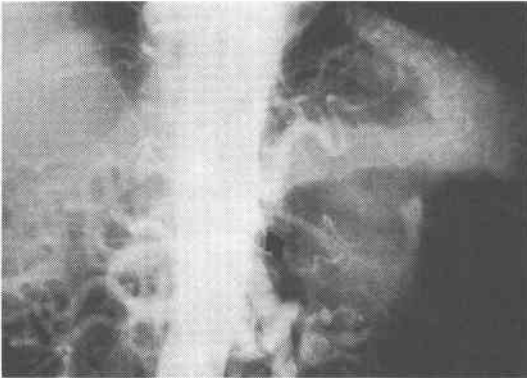
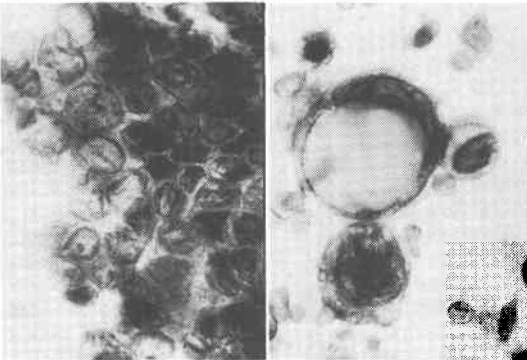


図7 嚢胞液の細胞診。核クロマチンが増量し、核型不整および核の大小不同を認め、核小体も一部にみられる腺癌細胞が認められる。



た。手術は脾体尾部、脾、脾彎曲部結腸の合併切除を行った。

切除標本肉眼所見：嚢腫の壁は肥厚し、内容は350 mlの暗黒褐色の粘液を含み、内腔面は凹凸不整を認めた(図8)。

病理組織学的所見：嚢胞壁では嚢胞内腔に向かって、異型の強い腫瘍細胞の乳頭状の増殖があり内腔の一部には粘液性の分泌物がみられ、また脾実質に向かって腺腔形成を有する腺癌細胞の増殖、浸潤がみられた(図9)。

予後：術後、経過順調にて19日目に退院するも、術後11カ月にて再発死亡した。

### 考 察

脾嚢胞分類として、HowardおよびJordanの分類<sup>1)</sup>が広く用いられ、これによると脾嚢胞腺癌は真性嚢胞のうちの腫瘍性嚢胞に属し、まれな脾疾患で、本邦では、1935年の沢田<sup>2)</sup>の報告以来、現在まで80数例が報告されているにすぎない。Beckerら<sup>3)</sup>によれば、症例の半数が50歳以下の比較的若い年齢層にみられ、性別では、76%が女性であったと報告している。発生部位としては体尾部が大部分を占め、形は単房性のものもあるが、多房性が多く、大きさは種々だが手拳大から小児頭大が多い。臨床症状としては腹部腫瘤が最も多く、次いで腹痛、腹部膨満感などであるが、腹部腫瘤触知以外は本症に特異的な症状はない。

診断は臨床所見とともに、上部消化管造影腹部超音波CT scan, ERP, 血管造影などが有用である。上部消化管造影では立位斜位にて胃体部後方よりの圧排浸潤所見が参考になる。腹部超音波では一般に多房性で壁の不整な肥厚像が認められるが、嚢胞腺腫との鑑別が困難なことがあり、超音波画像のみからの確定診断は

図8 切除標本肉眼所見。嚢腫壁は肥厚し、内腔面に凹凸不整を認めた。

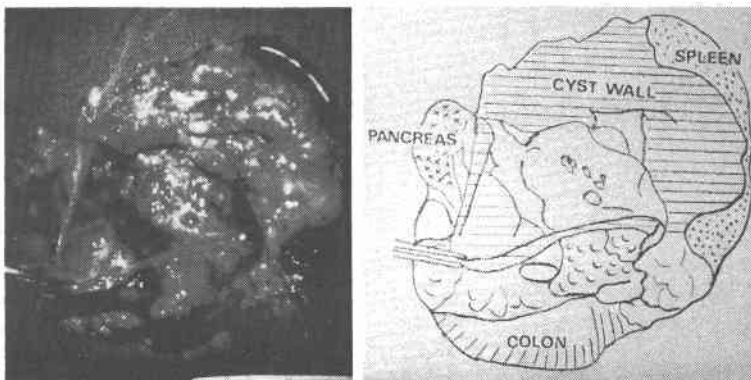
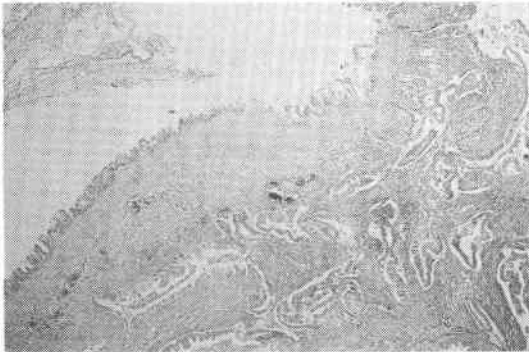


図9 病理組織像(H-E染色). 嚢胞壁では嚢胞内腔に向って, 異型の強い腫瘍細胞の乳頭状の増殖が認められる。



容易でない。血管造影においてAbramsら<sup>4)</sup>によると著明な血管侵蝕像と腫瘍濃染像を認める場合、膵嚢胞腺癌を疑うべきであると述べているが、血管造影像から良性、悪性の鑑別は時には困難なことがある。

近年、超音波診断装置によりその誘導下での経皮的穿刺が比較的容易に行えるようになった。今回本症例において、腹部超音波、CT scan, 血管造影で、膵嚢胞腺癌が強く疑われたが、確定診断のために、超音波誘導下嚢胞穿刺を施行し、細胞診にてgroup V (adenocarcinoma) の所見が得られた。経皮的膵嚢胞穿刺術は炎症性および貯留性嚢胞と腫瘍性嚢胞の鑑別に最も有力な検査法の一つと思われる。

膵嚢胞腺癌の5年生存率は、Warren<sup>5)</sup>によれば42.9%、Hodgkinson<sup>6)</sup>によれば68%と充実性膵癌に比べて良好であるため、的確な診断のもとに根治的手術が行われなければならない。しかし実際には術前に質

的診断が困難な場合が多く、現在まで5年生存以上は27例と少なく、本症例においても後腹膜および大動脈周囲リンパ管への転移もあり、術後11カ月で再発死亡した。

#### おわりに

腹部超音波、CT scan, 血管造影および超音誘導下経皮的穿刺にて術前診断が可能であった。膵嚢胞腺癌の1例を提示したが、すでに後腹膜および大動脈への転移があり、根治的手術は不可能であった。最近の画像診断の進歩および経皮的膵嚢胞穿刺術の確立により、早期発見および早期の根治的手術が望まれる。

#### 文 献

- 1) Howard JM, Jordan GL: Surgical Diseases of the Pancreas, Philadelphia, Lippincott, 1960, p283
- 2) 沢田平十郎: 膵嚢胞について, 日外会誌 36: 921-944, 1935
- 3) Becker WF, Welsh RA, Pratt HS: Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Ann Surg 161: 845-863, 1965
- 4) Abrams RM, Beranbaum ER, Beranbaum SL et al: Angiographic studies of benign and malignant cystadenoma of the pancreas. Radiology 89: 1028-1032, 1967
- 5) Warren KW, McDonald WM, Veidenheimer MC: Trends in pancreatic surgery. Surg Clin North Am 44: 743-763, 1964
- 6) Hodgkinson DJ, Remine WH, Weiland LH, et al: A clinicopathologic study of 21 cases of pancreatic cystadenocarcinoma. Ann Surg 188: 679-684, 1978
- 7) 和田祥之, 黒田 慧, 森岡恭彦ほか: 腫瘍性膵嚢胞とその外科治療. 胆と膵 5: 1145-1163, 1984