

## 胃集検で胃外性圧迫所見より診断しえた膵嚢胞腺癌の1例

名古屋大学第1外科

前田 正司 二村 雄次 早川 直和 松本 隆利  
長谷川 洋 近藤 哲 塩野谷恵彦

### A CASE OF PANCREAS MUCINOUS CYSTADENOCARCINOMA DIAGNOSED WITH EXTRAGASTRIC COMPRESSION SIGN IN UGI STUDY OF THE MASS SURVEY

Shoji MAEDA, Yuji NIMURA, Naokazu HAYAKAWA  
Takatoshi MATSUMOTO, Hiroshi HASEGAWA, Satoshi KONDO  
and Shigehiko SHIONOYA

1st Dept. of Surgery, Nagoya Univ. School of Medicine

索引用語：膵嚢胞腺癌

#### はじめに

膵癌は最近の診断技術の向上や外科治療の進歩にもかかわらず、治療成績が悪く早期診断に難渋する癌である。

従来より、膵体尾部癌は膵頭部癌に比べて、黄疸という特徴的症狀が現れにくいので、発見が困難であると報告されてきた。今回人間ドックの胃X線検査で胃外性圧迫を指摘され、それが契機となって診断された膵体尾部の嚢胞腺癌を経験したので報告する。

#### 症 例

患者：37歳，女。

現病歴：職場の人間ドックで胃X線検査をうけ、胃体上部の胃外性圧迫を指摘された。腹痛などの自覚症状はまったく無かった。近医を受診し、諸検査で膵の嚢胞腺癌と診断され、手術の目的で当院へ入院した。

既往歴：特記すべきものなし。

家族歴：母が上顎洞癌，祖母が肝癌。

現症：腹部は平坦軟で、腫瘤は触知しなかった。

入院時一般検査成績：血清アマラーゼが154u/dlと軽度の上昇を認めた以外異常なく、腫瘍マーカー、50g経口糖負荷試験は正常範囲内であった。

胃X線検査：胃体上部小弯後壁に二重輪郭を有する圧迫所見を認めた。胃粘膜面の変化はなく、bridging

foldの所見もなかった。十二指腸係蹄と乳頭には異常所見を認めなかった(図1)。

腹部超音波検査(以下USと略)：膵尾部に隔壁を伴う多房性の嚢胞を認めた。

十二指腸内視鏡検査：十二指腸乳頭には腫大や粘液

図1 UGI. 胃体部小弯に圧迫所見を認める。



図2 ERP. 膵尾部に多房性の嚢胞を認める.

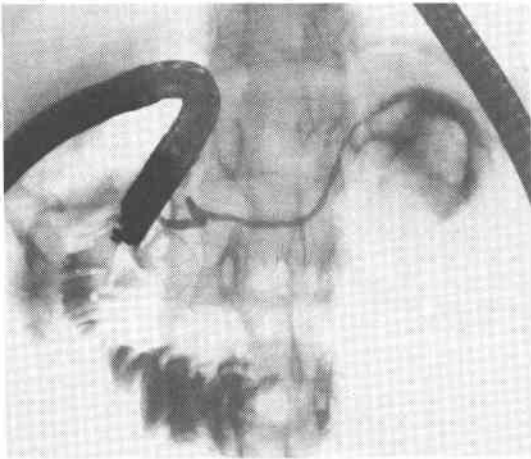
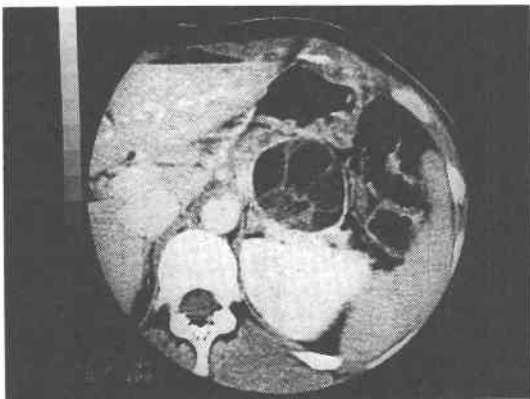


図3 CT. 嚢胞内腔への papillary projection は認めない. 嚢胞壁は軽度 enhance されている.



の付着はなかった。内視鏡的逆行性膵管造影（以下ERPと略）では、膵尾部に主膵管と交通する比較的大きな多房性嚢胞を認めた。嚢胞内腔は濃淡不均一に造影され、粘液の貯溜が示唆された。嚢胞の末梢の主膵管は造影されなかった（図2）。

腹部コンピューター断層撮影(以下CTと略)：膵尾部に多房性嚢胞を認めた。嚢胞内腔への papillary projection の所見は認められなかった。contrast enhanced CT では、嚢胞壁は軽度に enhance された(図3)。

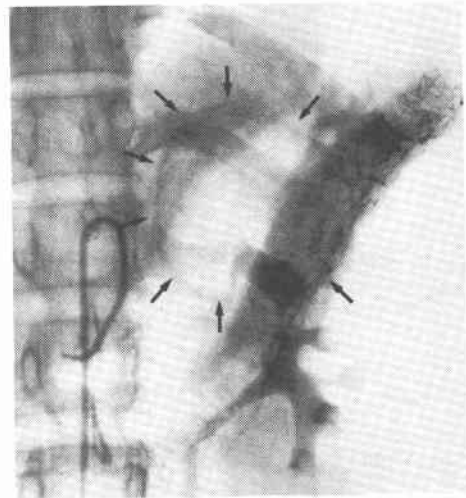
腹部血管造影：選択的腹腔動脈造影で、脾静脈が脾門より少し右側では淡く造影され、腫瘍の圧迫所見と思われた。超選択的背膵動脈造影では、横行膵動脈、大膵動脈の分枝が伸展されていたが、腫瘍血管の造成

図4 背膵動脈造影

a: 横行膵動脈 (TP) 大膵動脈 (PM) の分枝が伸展されているが encasement を認めない.



b: 腫瘍に一致して濃染像を認める.



や encasement はなかった。静脈相では、腹腔動脈造影に比べて、明らかな濃染像を認めた（図4 a, b）。

術前診断：多房性の膵の嚢胞性腫瘍で、各房が比較的大きなこと、ERPで粘液の貯溜を示唆する所見があったことより、mucinous cystadenoma と診断した。嚢胞内腔への papillary projection や血管造影で encasement がなく、癌の合併を示唆する所見はなかったが、mucinous cystadenoma が low grade malignancy の potential をもつことより、癌に準じた手術が必要と診断した。

手術所見：腫瘍は膵尾部から体部にかけて存在し、被膜を有し、結腸間膜前葉と癒着していた。腹腔内に転移を認めず、腎筋膜、結腸間膜の一部を切除側につけて、門脈左縁で膵を切断した。郭清は⑩⑪リンパ節の他、⑧⑨リンパ節と上腸間膜動脈周囲神経叢を郭清した。

切除標本肉眼的所見：腫瘍は50×65×60mm大で、腫瘍より尾側では膵組織がなく、脾動静脈のみであった。脾静脈は腫瘍のため圧迫されていた。腫瘍より膵断端までは35mmであった。腫瘍の剖面所見は、比較的大きな房よりなる多房性の嚢胞で、内容液は透明な粘液で、術前検査同様に明らかな papillary projection を伴う部位はなかった。

病理組織学的所見：多房性の嚢胞は一層の円柱上皮で覆われ、胞体は淡好酸性から Goblet 状を呈し PAS

図5 ルーベ像。大部分は mucinous cystadenoma の像である。

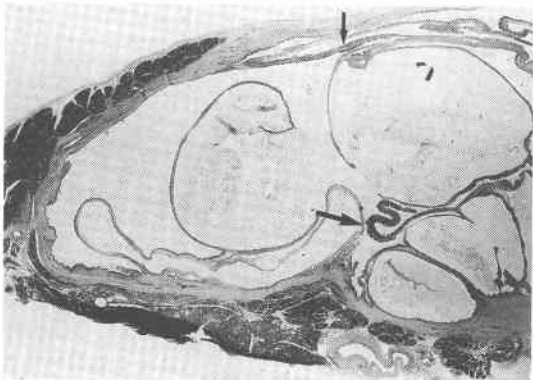
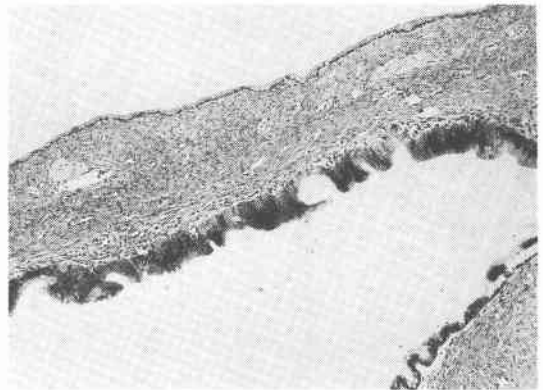


図6 図5 ↓の部分の強拡大像。間質への浸潤が疑われたが、間質の線維化、リンパ球浸潤がないことより、adenocarcinoma in situ と診断された。



図7 図5 ↓の部分の強拡大像。異型性を示すが癌とは言えない。



陽性であった。門質の一部は硝子化・石灰化した部分もあり、mucinous cystadenoma の像を示した。しかし、1箇所で、胞体の粘液産生が低下し、核のクロマチンが増加し、配列も乱れた adenocarcinoma の像を認めた。明らかな浸潤像はなく、carcinoma in situ と診断された。また、carcinoma 近傍の別の房には、癌とは言えないが、異型性を示す部位もあった(図5, 6, 7)。嚢胞周囲には線維化した結合織内に萎縮した膵実質が残存していた。

予後：患者は術後4カ月の現在、健康である。

#### 考 察

診断技術の向上とともに2cm以下の小膵癌が発見されるようになり、報告例も増加している。しかし、小膵癌といえども、その治療成績は満足できる程良くない。小膵癌の報告例をみると、すでに黄疸をきたしている症例が大部分である。無黄疸の時期に、どのように捨上げを行い、精密検査までもってゆくかが、診断上大きな問題と思われる。高木ら<sup>1)</sup>は、アマラーゼの一過性上昇や胃X線検査での胃外性圧迫所見が膵癌発見の契機となった症例を報告している。われわれの症例も、まったく無症状の時期に、人間ドックの胃X線検査での胃外性圧迫所見が診断の契機となった。本症例の胃外性圧迫所見が、高木ら<sup>1)</sup>のいう様な随伴性膵炎によるものか、腫瘍による直接的圧迫によるかは、興味あるところである。腫瘍より末梢に膵組織が存在しなかったことや、圧迫所見が腫瘍の形態と似ていることより、主に腫瘍そのものによる圧迫所見であると思われる。しかし、アマラーゼ値の上昇や、嚢胞周囲に線維化した結合織内に萎縮した膵実質が残存してい

た所見より、随伴性膵炎の加味も否定できないと思われる。

診断については、膵の多房性嚢胞性疾患ということで、cystadenomaまたはcystadenocarcinomaということで問題はないと考えられる。cystadenomaは一般にserous cystadenomaとmucinous cystadenomaに分類されている。serous cystadenoma (Hodgkinson<sup>2)</sup>)は、centro-acinar cystadenoma (Becker<sup>3)</sup>)やmicrocystic adenoma, glycogen-rich-cystadenoma (Compagno<sup>4)</sup>)と呼称されている。その特徴は、honeycomb patternといわれるように多数のmicrocystより成り、上皮細胞は扁平ないし立方上皮で、ほとんど粘液を分泌せず、良性も考えられている。一方、mucinous cystadenomaは、円柱ないし高円柱上皮より成り、杯細胞が散在し、上皮の乳頭上突出を示し、malignant potentialが高いと考えられている。本症例では、大きな多房性嚢胞で、膵管造影で嚢胞内腔が不均一に造影されたことより、mucinous typeのadenoma、あるいはadenocarcinomaと診断した。adenomaとadenocarcinomaの鑑別については、山崎<sup>5)</sup>は血管造影における腫瘍血管の増生、encasementでかなり鑑別できると述べている。本症例では血管の伸展偏位が主な所見で、encasementを認めなかった。そして、US・CTで腫瘍の嚢胞内腔へのpapillary projectionの有無が、かなり診断可能となった。肉眼的なpapillary projectionの所見は、癌を疑う重要な所見とわれわれは考えている。本症例は先に述べたような癌を示唆する所見はなにひとつなかったが、mucinous cyst adenomaがmalignant potentialが高い腫瘍であることより、癌に準じた手術を行った<sup>6)</sup>。

Mucinous cystadenocarcinomaの治療は、外科的に完全摘出が原則である。Hodgkinsonらは、治療手術の5年率は68%と良好であるが、非治療手術のそれは14%であったと述べている。本邦では、門脇<sup>7)</sup>が61例

の報告例を集計しているが、5年以上生存率は3例のみで、切除例の31%が1年以内に死亡していると述べている。

Mucinous cystadenocarcinomaの発生母地はcystadenomaと考えられている。Hodgkinsonは21例中全例にadenomaの部分が併存していたと述べている。本症例もcarcinoma in adenomaであり、adenomaよりの癌化が考えられる。本症例で興味ある点は、carcinomaと別の所に異型性を示す所が存在し、multicentricな癌化への過程が想像された。

#### まとめ

検診の胃X線検査で胃外性圧迫所見の指摘され、それが契機となって診断されたmucinous cystadenocarcinomaの1例を報告した。

#### 文 献

- 1) 高木国夫, 霞富士夫, 太田博俊ほか: 膵癌診断の現況. 胃と腸 15: 595—610, 1960
- 2) Hodgkinson DJ, Mine WH, Weiland LH: A clinico pathologic study of 21 cases of pancreatic cystadenocarcinoma. Ann Surg 188: 679—684, 1978
- 3) Walter F, Ronald BA, Hamp WS: Pratt: Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Ann Surg 161: 845—863, 1965
- 4) Compagno J, Oertel JE: Microcystic adenoma of the pancreas (Glycogen-rich Cyst adenoma). Am J Clin Pathol 69: 289—298, 1978
- 5) 山崎 晋, 都築俊治, 阿部令彦: 膵嚢胞腺癌の1例と文献的考察. 臨外 30: 115—121, 1975
- 6) 長谷川洋, 前田正司, 中神一人ほか: 主膵管と交通を有するmucinous cystadenomaの1例. 中沢三郎編. 症例による胆道・膵疾患の診断と治療と演習. 東京, 医学図書出版, 1985, p84—88
- 7) 門脇 淳, 上田 敬, 竹岡秀生ほか: 多中心性に発癌した単房性膵嚢腺癌の1手術例. 胆と膵 2: 407—415, 1981