

腹腔鏡手術にて摘出しえた大網嚢腫の1例

東芝鶴見病院, 横浜市立大学第1外科*

石和 直樹 野口 芳一* 福澤 邦康 利野 靖*
牧野 達郎* 今田 敏夫* 松本 昭彦*

今回われわれは腹腔鏡により摘出しえた大網嚢腫の1例を経験したので報告する。

症例は44歳の女性で, 上部消化管造影にて胃大彎の圧排像を認めたため, 精査目的にて当院受診となった。腹部超音波検査で多房性の嚢胞性腫瘤を認め, 腹部CTにて漿液性の内容物を有する大網嚢腫と診断した。腹部血管造影にて右胃大網動脈より分枝する栄養血管を同定した後, 腹腔鏡下にて摘出術を施行した。嚢腫の茎は細く, また周囲組織との癒着も認められず比較的容易に摘出可能であった。嚢腫は病理組織学的に嚢腫性リンパ管腫であった。

大網嚢腫のうち, ①無症状の漿液性嚢腫で, ②術前検査にて栄養血管・嚢腫茎・周囲臓器との位置関係が十分に同定可能な症例が腹腔鏡下手術の良い適応である。また, 確定診断が困難な症例においても腹腔鏡は治療方針決定に有用な検査であり, 積極的に施行すべきと考えられた。

Key words: omental cyst, cystic lymphangioma, laparoscopic surgery

はじめに

大網嚢腫は, 1852年 Gairdner¹⁾によって初めて報告され, 本邦でも1993年までに147例が報告されているが, 腸間膜から発生する嚢腫の中では2%²⁾と比較的まれな疾患である。今回われわれは腹腔鏡にて摘出しえた大網嚢腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 44歳, 女性

主訴: 上部消化管造影で指摘された異常所見の精査希望。

家族歴および既往歴: 特記すべきことなし。

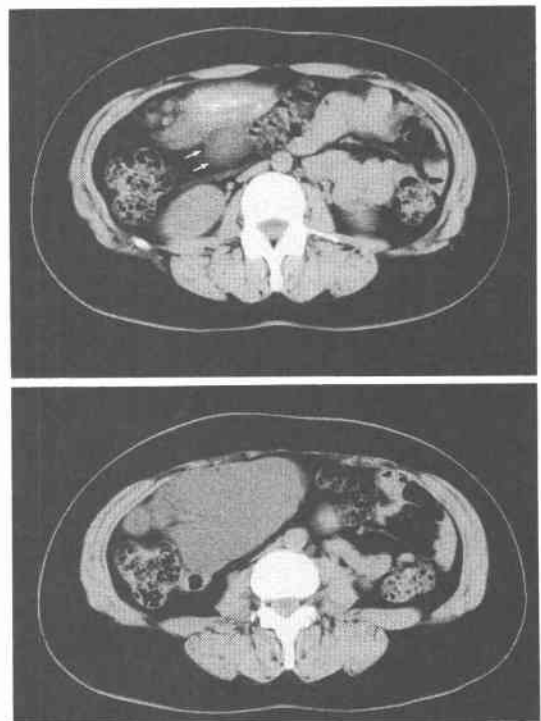
現病歴: 平成6年5月, 定期検診の上部消化管造影にて胃体部大彎側の圧排像を指摘された。6月22日当院受診し腹部超音波検査施行したところ, 腹部全体を占める多房性の嚢胞性腫瘤が認められ, 精査・加療目的にて入院となった。

入院時現症: 身長150cm, 体重65kgで栄養状態は良好。体温35.9°C, 血圧130/74mmHg, 脈拍66/分, 整。表在リンパ節は触知せず。腹部は平坦・軟で, 触診にて腫瘤は明らかではなかった。

入院時検査所見: 末梢血液検査・生化学検査にて異

常はなく, 腫瘍マーカー (CEA<0.5ng/ml, CA19-9<10U/ml) も正常範囲内であった。

Fig. 1 Abdominal CT showed intraperitoneal cystic mass from omentum (arrow).



<1995年12月6日受理>別刷請求先: 石和 直樹
〒162 新宿区戸山1-21-1 国立国際医療センター呼吸器外科

Fig. 2 Abdominal MRI showed intraperitoneal cystic mass with septums.

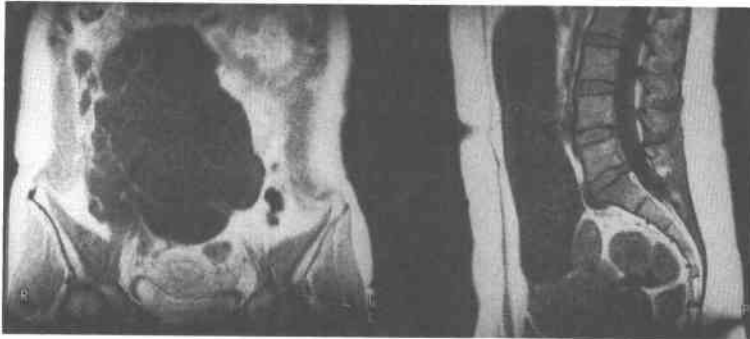
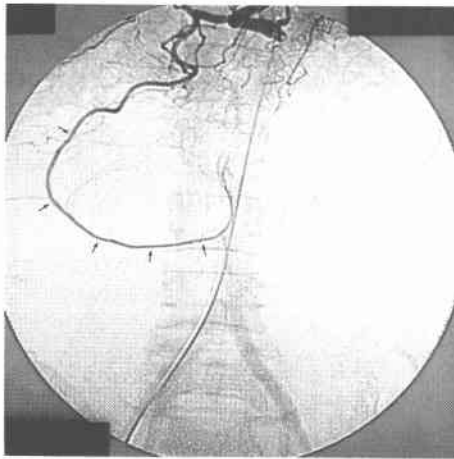


Fig. 3 Abdominal angiogram showed a feeding artery from the right gastroepiploic artery (arrow).



腹部単純 X 線検査：腫瘤陰影は明らかではなく、腸管ガス像に異常を認めなかった。

腹部超音波検査：腹部全体を占める多房性の嚢胞性腫瘤を認めた。

腹部 CT 検査：腹壁直下に胃大彎から骨盤内に至る腫瘤を認めた。横行結腸はこの腫瘤の背尾側に圧排されており、大網から発生した腫瘤と考えられた (Fig. 1)。

腹部 MRI 検査：上腹部から骨盤内に至る薄い隔壁を有する腫瘤を認めた。内容物は T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号を呈し、漿液性の液体を有していると考えられた (Fig. 2)。

経静脈性腎盂尿管造影検査：尿管の圧排像などの異常所見を認めなかった。

内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査：胆管・膵管とも

に異常を認めなかった。

腹腔動脈造影検査：右胃大網動脈は右側および尾側へ圧排され、これより分枝する栄養血管は嚢胞表面をとりまくように走行していた (Fig. 3)。

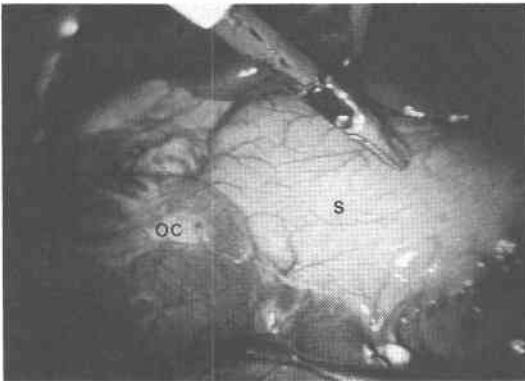
入院後経過：以上の所見より大網に発生した嚢胞、いわゆる大網嚢腫と診断し、7月20日手術を施行した。

手術所見：臍上部に皮切をおき、気腹針を用いて気腹した。臍上部、左鎖骨中線上・肋弓下2横指下、左鎖骨中線上・肋弓下4横指下にそれぞれ10mmのトロッカーを挿入、右鎖骨中線上の肋弓下2横指下・4横指下にそれぞれ5mmのトロッカーを挿入した。腹腔内を観察すると、嚢腫は大網の表面に存在していた (Fig. 4a)。横行結腸との間には正常な大網組織が介在しており、また周囲臓器との間にも浸潤を疑わせるような癒着は認められず、腹側に容易に挙上可能であった。嚢腫壁は薄く、壁の肥厚は認めなかった。嚢腫組織と正常組織の境界は明瞭であったため、鉗子と電気メスを用いて通常の腹腔鏡操作手技にて周囲組織より剝離、嚢腫を頭側に脱転させ嚢腫基部を求めた (Fig. 4b)。右胃大網動脈の第1の胃壁枝が栄養血管であり、その近傍がこの嚢腫の基部となっていたため (Fig. 4c)、この栄養血管を3重にクリッピング後切離、嚢腫内容をできる限り吸引した後に嚢腫を一塊として切除し、腹腔外へ取り出した。

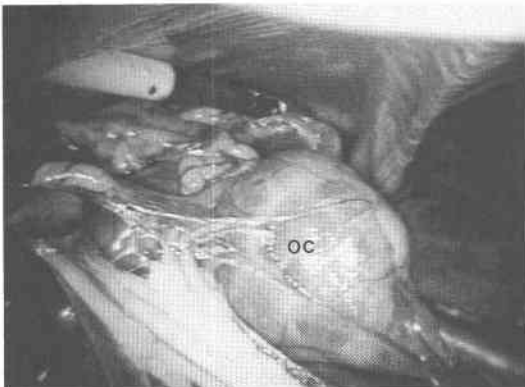
病理所見：切除標本は多房性の嚢胞であり、淡黄色の漿液性の内容を有していた (Fig. 5)。病理組織では、管腔は1層の内皮細胞に覆われており、リンパ液が充満していた。悪性所見は認められず、リンパ嚢腫 (リンパ貯留嚢腫) と診断した (Fig. 6)。

手術後経過：術後、腹膜刺激症状などの出現は認められず、経過良好にて術後7日目に退院となった。

Fig. 4 Operative procedure and findings
 (a) An omental cyst was seen on the omentum. (S: Stomach, OC: Omental cyst)



(b) An omental cyst was identified by the routine laparoscopic technique.



(c) The proximal end of the feeding artery was exposed (arrow).

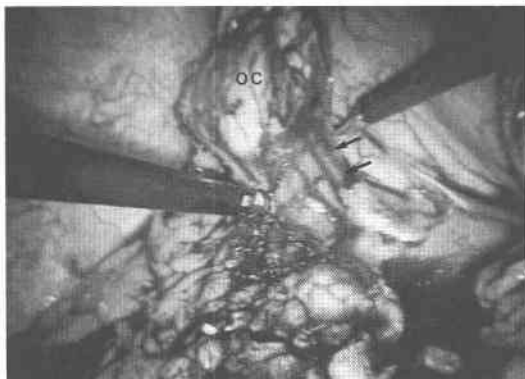
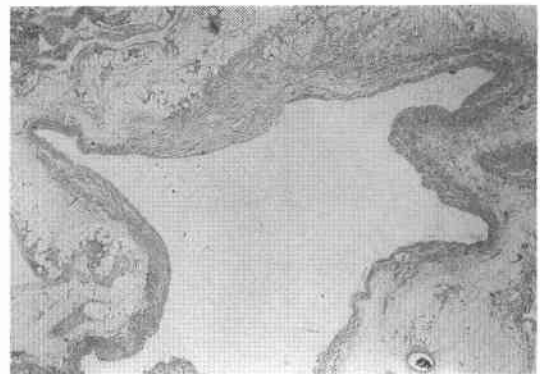


Fig. 5 Resected specimen showed multiple cystic mass with serous contents.



Fig. 6 Histological findings of cystic mass (H. E. $\times 400$). The internal surface is covered with single layered cells.



考 察

腸間膜より発生する嚢腫性病変は比較的新まれで、大網嚢腫はその中の2%²⁾を占めるとされる。本邦では1993年までに計147例が報告されているが、腹腔鏡下切除が試みられた症例は報告されていない。われわれは、その臨床的特徴から腹腔鏡手術の適応につき考察してみた。

大網嚢腫は組織学的には、①リンパ嚢腫、②皮様嚢腫、③嚢腫様血管腫、④漿液性または粘液性嚢腫、⑤大網の炎症性機転による嚢腫性変化の5つに分類されているが³⁾、うち漿液性内容を有する①④は内容物吸引により摘出可能で、腹腔鏡下手術の適応となりうると思われる。

嚢腫発見時の年齢は、出生直後から80歳まで広い範囲にわたっているが、特に10歳未満の若年者に多い。

小児に対する腹腔鏡下手術の適応は将来的に確立される可能性がある。

大網嚢腫はほとんどが無症状で経過するため本症の術前診断率は13%にすぎないといわれていたが⁹⁾、近年では超音波検査やCT・MRIなどの進歩によって診断可能な症例が多くなってきた。しかし、嚢腫の局在部位の同定はいまだ困難である。診断根拠として岸川ら⁶⁾はCTによる腫瘤の局在を、今泉ら⁸⁾は上部消化管造影による消化管の局在を、田村ら⁷⁾は血管造影による栄養血管の存在をあげている。本症例もCTによる腫瘤の局在と、腹腔動脈造影にて右胃大網動脈より分枝する栄養血管が造影されたことより確定診断を得ることができ、また嚢腫莖の同定が可能であった。

嚢腫が増大した場合には腹部腫瘤や腹部膨隆を呈し、腸間膜嚢腫・卵巣嚢腫・脾嚢胞などとの鑑別が重要となる。また感染・茎捻転・出血・破裂などを合併し急性腹症を呈した場合には術前検査が不十分になる可能性が高く確定診断は困難で、急性虫垂炎・汎発性腹膜炎と診断されることが多い。

一般的に本疾患は、①自然退縮が期待できないこと、②嚢胞内容吸引のみでは再発がみられること、③合併症（感染・出血・茎捻転・破裂など）をきたすと重篤な急性腹症を呈すること、④腸間膜嚢腫で悪性化の報告⁸⁾⁻¹⁰⁾があることより嚢胞摘出術が行われる。周囲組織との癒着が強く合併切除を必要とした報告もあるが¹¹⁾¹²⁾。大網嚢腫の再発の報告はなく、予後はきわめて良好である。

本症は基本的に良性疾患であり、また大部分の症例で剥離は容易であると報告されていることから、腹部血管造影において栄養血管および嚢腫莖を同定したうえで腹腔鏡下にて摘出術を施行し、良好な結果を得ることができた。悪性の腸間膜嚢腫（嚢胞腺癌・平滑筋肉腫など）の報告は本邦では2例しか報告されておらず¹⁰⁾¹³⁾、きわめてまれである。その報告をみると、嚢腫に充実性の部分が存在していたり¹³⁾、壁の不整な肥厚や腸管への固着がみられたり¹⁰⁾と悪性を示唆する所見が認められている。もしも悪性疾患が疑われる場合に

は腹膜播種を防ぐためにも腹腔鏡的に切除することは避け、すみやかに開腹すべきである。

本症においては、①無症状に経過した漿液性嚢腫で、②術前検査により栄養血管・嚢腫莖・周囲臓器との位置関係が十分に同定できた症例が腹腔鏡下手術の良い適応と考えられた。また、それ以外の症例においても腹腔鏡は確定診断を得るのに非常に有効な方法であり、積極的に施行すべき検査であると思われる。

文 献

- 1) Gairdner WT: A remarkable cyst in the omentum. *Trans Pathol Soc* 3: 374-375, 1852
- 2) Caropreso PR: Mesenteric cysts. A review. *Arch Surg* 108: 242-246, 1974
- 3) 小野百之助: 腹痛を主訴とする大網嚢腫の1例. *外科* 16: 137-139, 1954
- 4) 小川正道, 岩村春樹, 山村 京ほか: 急性腹症を呈した大網嚢腫の1例—本邦における大網嚢腫124例の検討—. *小児臨* 36: 1505-1510, 1983
- 5) 岸川輝彰, 加藤 浩, 富重博一ほか: 小児大網嚢腫の1例. *現代医* 32: 317-319, 1984
- 6) 今泉彦彦, 平田彰業, 松本正智: 大網嚢胞の1例. *埼玉医会誌* 22: 1086-1089, 1988
- 7) 田村裕子, 細井広子, 山中昭良ほか: 検診にて発見された成人大網嚢腫の1例. *日消病会誌* 88: 2181-2184, 1991
- 8) Peterson EW: Adenocarcinoma in a cyst of the transverse mesocolon. *Ann Surg* 112: 80-86, 1940
- 9) Tykka H, Koivuniemi A: Carcinoma arising in a mesenteric cyst. *Am J Surg* 129: 709-711, 1975
- 10) 原川伊寿, 蜂須賀喜多男, 真弓俊彦ほか: 腸間膜嚢胞腺癌の1例. *日消外会誌* 20: 2397-2400, 1987
- 11) Molander ML, Mortensson W, Uden R: Omental and mesenteric cysts in children. *Acta Paediatr Scand* 71: 227-229, 1982
- 12) 川手 進, 六本木隆, 大和田進: 巨大大網嚢腫性リンパ管腫の1例. *日消外会誌* 27: 1999-2002, 1994
- 13) 大谷 博, 檜脇千里, 新田泰弘ほか: 長期間下血を繰り返した腸間膜嚢腫に合併した平滑筋肉腫の1剖検例. *広島医* 24: 718-718, 1971

A Case of Omental Cyst Excised by Laparoscopic Surgery

Naoki Ishiwa, Yoshikazu Noguchi*, Kuniyasu Fukuzawa, Yasushi Rino*,
Tatsuo Makino*, Toshio Imada* and Akihiko Matsumoto*
Toshiba Tsurumi Hospital

*First Department of Surgery, Yokohama City University School of Medicine

A 44-year-old woman was referred to our hospital for further evaluation of a gastric deformity detected in an annual physical examination. Abdominal sonography revealed a large cystic mass in the abdomen. Computed tomography and angiographic findings strongly suggested an omental cyst with a feeder from the right gastroepiploic artery. The mass was successfully excised by the routine abdominal laparoscopic technique and was diagnosed as cystic lymphangioma by histopathologic examination. Considering its benign nature, serous content and identification of a feeder, an omental cyst would be another good indication for laparoscopic surgery. In other cases, laparoscopy is a useful skill for direct diagnosis.

Reprint requests: Naoki Ishiwa International Medical Center
1-21-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo, 162 JAPAN
