

## 脾被膜下血腫により発見された膵頭部癌の1例

相模台病院外科<sup>1)</sup>, 北里大学外科<sup>2)</sup>, 北里大学放射線科<sup>3)</sup>

田村 幸穂<sup>1)</sup> 佐藤 茂<sup>1)</sup> 片田 夏也<sup>1)</sup> 笹本 浩<sup>1)</sup>  
桜本 信一<sup>2)</sup> 比企 能樹<sup>2)</sup> 柿田 章<sup>2)</sup> 西巻 博<sup>3)</sup>

脾被膜下血腫を契機として発見，切除しえた膵癌を経験した．症例は48歳の男性で上腹部痛，便秘を主訴に来院．CT 検査にて脾外側に血腫を認めた．原因不明の脾被膜下血腫の診断にて開腹術施行．脾被膜下血腫および，その破裂による腹腔内膿瘍の診断にて腹腔内洗浄およびドレナージ術施行．術後，炎症反応の遷延，高アマラーゼ血症が持続し，脾被膜切開開放部のドレーンより膵液瘻を認めた．3か月後のCTにて膵頭部に12mmの腫瘤を認め，ERCPにて主膵管は，膵頭部で狭窄像を呈し，これより末梢は数珠状拡張を示し，膵頭部の膵管2分岐は広狭不整を呈していた．以上より慢性膵炎および膵頭部癌が強く疑われ，膵頭十二指腸切除術を施行．2.0×1.5cmの膵癌でStage IIIの進行膵癌であった．本症例の脾被膜下血腫は膵癌による随伴性膵炎より発生したものであり，発生機序を的確に診断すれば膵癌の早期発見，早期切除が可能であるものと思われた．

Key words : subcapsular splenic hematoma, pancreatic carcinoma, chronic pancreatitis

### はじめに

今回，我々は原因不明の脾被膜下血腫により発見された膵癌症例を経験した．本症例では仮性膵嚢胞，慢性膵炎の合併が見られ脾破裂の原因が膵疾患と関連があるとおもわれ非常にまれな症例と考えられるので若干の文献的考察を加え報告する．

### 症 例

患者：48歳，男性

主訴：上腹部痛，便秘

家族歴：特記すべきことなし．

既往歴：アルコール歴：糖尿病，外傷歴なし．

現病歴：4日前よりの上腹部痛，便秘にて平成8年7月3日当院受診．

入院時現症：身長171cm，体重62kg，体温38.1℃，血圧150/90mmHg，脈拍111/分，整．腹部やや膨満，軟，上腹部に自発痛，圧痛を認めた．

入院時一般検査所見：末梢血液検査で白血球6,600/ $\mu$ l，ヘモグロビン値13.8g/dlと異常所見は認めず，生化学検査では胆道系酵素ALP 249IU/l，LDH 538IU/l，GPT 116IU/l，血清アマラーゼ値231IU/lと軽度上昇を認めた．CRP 13.5mg/dlと上昇していた．

腫瘍マーカーはCA19-9は322U/mlと高値を示していた（Table 1）．胸腹部X-Pにて左胸水貯留および小腸ガスを認めた．腹部超音波検査，腹部CT検査にて脾外側に血腫を認め（Fig. 1），膵尾部に小嚢胞を認めたが，明らかな膵炎の所見は認めなかった（Fig. 2）．

Table 1 Laboratory data on admission.

Peripheral blood		Blood chemistry		T.B	0.6 mg/dl
WBC	6,600 / $\mu$ l	T.P	6.8 g/dl	GPT	33 IU/l
RBC	429 × 10 <sup>4</sup> / $\mu$ l	GOT	22 IU/l	CPK	171 IU/l
Hb	13.8 g/dl	$\gamma$ -GPT	116 IU/l	BUN	12 mg/dl
Plt	46.9 × 10 <sup>4</sup> / $\mu$ l	Amy	231 IU/l	Na	141 mEq/l
Tumor maker		Cr	1.0 mg/dl	Cl	100 mEq/l
CEA	1.51 mg/dl	K	4.5 mEq/l		
CA19-9	322 U/ml	CRP	13.5 mg/dl		

Fig. 1 Abdominal ultrasonography ( a ) and computed tomography ( b ) showed a hematoma at the lateral part of the spleen.

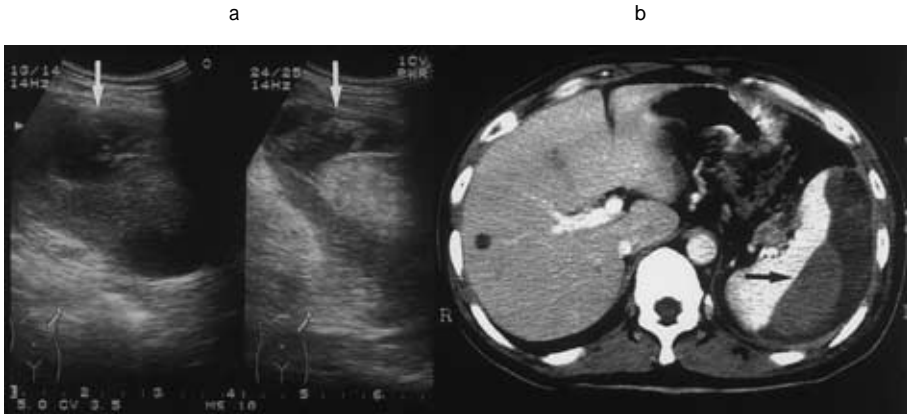


Fig. 2 Computed tomography showed small cyst( arrow, a )at the pancreatic tail, but no abnormal finding at pancreatic body ( b ) and head ( c ).

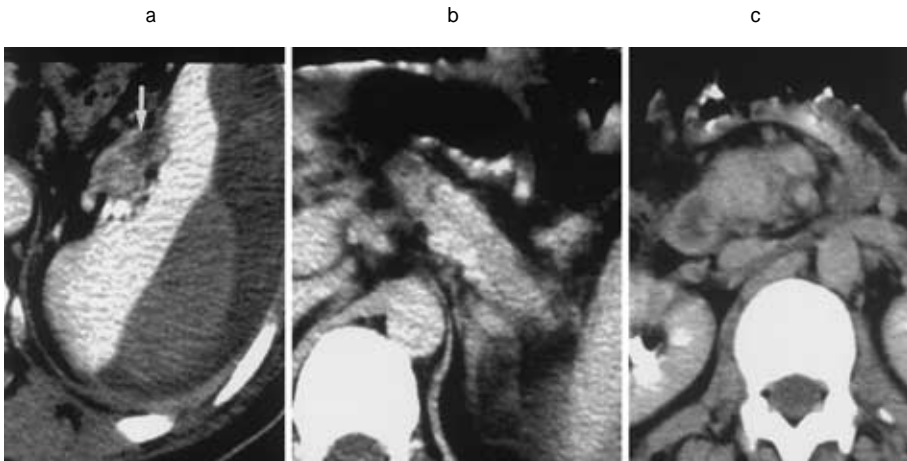


Fig. 3 Selective splenic angiography did not show any aneurysm and bleeding site at the arterial phase ( left ) and capillary phase ( Right )

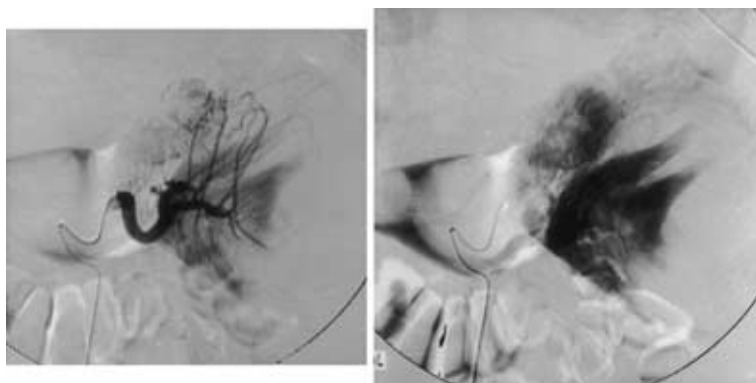


Fig. 4 Computed tomography 3 months after surgery showed a pseudocyst with 2 cm in size (black arrow, a) at the pancreatic tail and a mass with 12 mm in size (white arrow, b) at the pancreatic head.

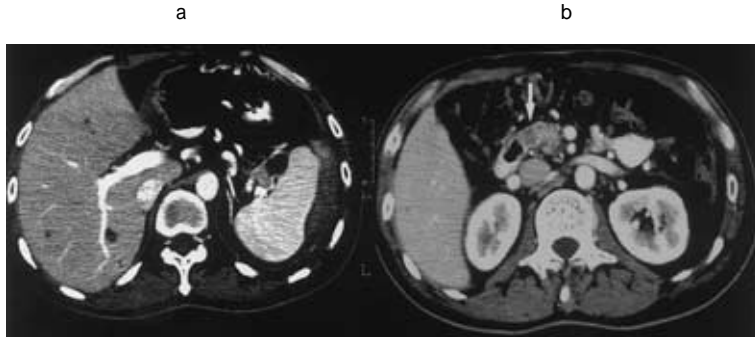


Fig. 5 Endoscopic retrograde pancreatogram showed that the main pancreatic duct was stenotic, the second branch of the pancreatic duct revealed the encasement at the pancreatic head, and the distal pancreatic duct was dilated.



血管造影検査では明らかな出血および動脈瘤などは認めなかった (Fig. 3)。

翌日,冷汗を伴う著明な腹痛出現 .CT 検査を再度施行したところ,脾被膜下血腫の増大を認め動脈塞栓術目的にて一時転院となった。再度腹部血管造影検査施行するも明らかな出血,仮性動脈瘤も認めなかった。原因不明の脾被膜下血腫のため,原因検索と治療目的にて,平成8年7月6日転院先施設において開腹術が施行された。

Fig. 6 Endoscopic retrograde pancreatogram showed a pseudocyst( arrow )with 2cm in size at the pancreatic tail.

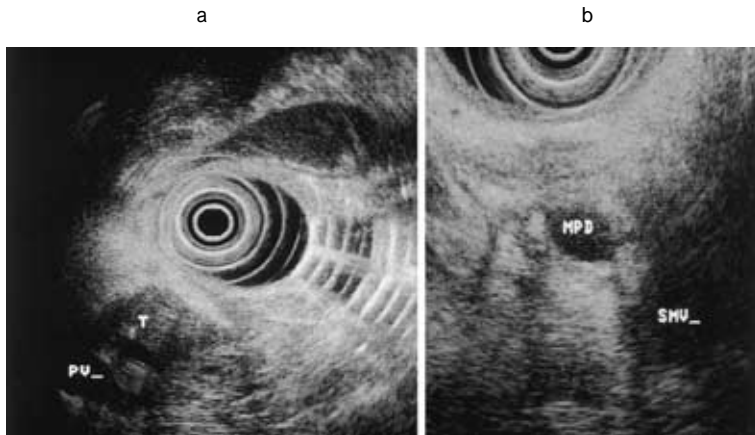


手術所見:大網には散在する白苔の付着,小網,モリソン窩,右横隔膜下を中心に白色~淡茶色の膿性腹水を認めた。脾周囲,および胃噴門部~胃体上部大彎には大網の強固な癒着を認めた。脾外側は嚢胞様,軟で穿刺すると新鮮な血液は引けず暗~淡赤褐色の古い血液が吸引された。脾被膜に明らかな損傷はなく術中腹腔内検索でも,特に異常所見は認めなかった。以上より,脾被膜下血腫およびその破裂による腹腔内膿瘍と診断し,腹腔内洗浄および脾被膜切開ドレナージ術が施行された。

術後,炎症反応の遷延,高アミラーゼ血症が持続し,脾被膜切開開放部のドレーンより膵液瘻を認めた。平成8年8月1日当院転院となった。

3か月後(10月4日)のCT検査にて膵頭部に12mm大の low density mass と膵尾部に2cm大の嚢胞を認めた (Fig. 4)。ERCPにて主膵管は膵頭部で狭窄像を呈し,膵管2分岐は広狭不整を呈していた (Fig. 5),

Fig. 7 Endoscopic ultrasonography showed a tumor ( T ) at the pancreatic head ( a ) and the dilated main pancreatic duct ( MPD, b ).



これより末梢の膵管は数珠状拡張を示し、また、膵尾部に2cm大の嚢胞を認めた(Fig. 6)。超音波内視鏡検査では主膵管の拡張を認め、膵頭部に内部不均一な、境界不明瞭な腫瘤を認めた(Fig. 7)。以上より、慢性膵炎および膵頭部癌が強く疑われ、11月11日再度開腹し膵頭十二指腸切除術を施行した。

病理所見：膵頭部の2.0×1.5cmの高分化～中分化管状腺癌で Scirrhous type, INFγ, Iy(+), v(-), s<sub>0</sub>, rp<sub>1</sub>, ch<sub>0</sub>, du<sub>0</sub>, pv<sub>0</sub>, a<sub>0</sub>, p(-), pw(-), bdw(-), ew(-), n<sub>1</sub>(+)であり Stage IIIの進行膵癌であった。膵管枝に沿って上皮内進展を示すが主膵管内進展はごく軽度で周囲の膵組織は萎縮、線維化が著しく慢性膵炎像を呈していた。約2年経過した現在、再発の兆候はなく通院加療中である。

### 考 察

本症例は脾被膜下血腫を契機に発見、切除された膵癌である。来院時CT上膵尾部に嚢胞を認め、切除標本では脾は慢性炎症所見を呈していた。また最初の手術後、脾被膜切開部のドレーンより膵液の漏出を認めたことより脾出血の原因は慢性膵炎による膵液の漏出によるものと考えられた。

膵炎に伴う脾被膜下出血の報告例は極めて少なく検索しうる範囲内では8例<sup>1)</sup>であった。その発生機序については Warshaw, Hanelin, Slaterら<sup>2)-4)</sup>は以下のように推測している。

- (1) 仮性動脈瘤からの出血
- (2) 脾内膵仮性嚢胞形成と嚢胞内への出血<sup>5)</sup>
- (3) 脾静脈の狭窄や閉塞により、脾の鬱血を生じ、

特発性脾破裂が起こる。

(4) 膵酵素が直接、脾被膜を侵す。

(5) 脾周囲が癒着し、牽引された脾が軽い衝撃で破裂する。

本症例では(1)については、来院時腹部血管造影検査で仮性動脈瘤および明らかな出血は認めず(2)については、本症例ではCT上、明らかな脾嚢胞は認められなかった。(3)については、血管造影検査で明らかな異常は認めなかった。(4)については、来院時のCT上、膵尾部に仮性嚢胞を認めており嚢胞が穿破したものと考えるのが最も妥当と思われた。(5)については、明らかな外傷の既往もなく否定的である。

以上より、本症例の脾被膜下血腫の発生機序としては仮性嚢胞破裂により漏出した膵液が被膜下に脾臓に達し血腫を形成したものと考えられた。膵仮性嚢胞の原因として、外傷、膵炎が主なもので、Bradleyら<sup>6)</sup>は83%が膵炎で、そのうち7%がacute pancreatitis, 16%がchronic pancreatitis, 24%がrelapsing pancreatitis, 46%がrelapsing chronic pancreatitisであったと報告している。仮性嚢胞は癌による随伴性膵炎においても時々みられる。Mikalら<sup>7)</sup>によれば膵癌患者100人に対して15%で膵仮性嚢胞が認められた。

来院時のCTでは脾被膜下血腫を中心にみていたため膵癌を念頭に置いたdynamic CTは行っておらず癌を指摘することはできなかった。脾血腫があるときには膵管の何らかの閉塞機転があると考え脾の精査としてdynamic CTを施行する必要があった。

以上、脾被膜下血腫を契機とし発見、切除しえた膵

癌を経験した。本症例の脾被膜下血腫は膵癌による随伴性膵炎より発生したものであると思われた。本症例は緊急手術のため、初回手術で膵癌と診断するには至らなかったが、発生機序を的確に診断すれば膵癌の早期発見、早期切除が可能であるものと思われた。

#### 文 献

- 1) 江川直人, 伊沢友明, 田畑育男ほか: 脾合併症を呈した慢性再発性膵炎症例の検討。胆と膵 7: 317-326, 1986
- 2) Warshaw AL, Chesney TM, Evans GW, McGarthy HF: Intrasplenic dissection of pancreatic pseudocysts. N Engl J Med 287: 72-75, 1972
- 3) Hanelin J, Carlson DH: A case of pancreatic pseudocyst extending into the spleen with associ-

ated subcapsular hemorrhage. Clin Nucl Med 3: 232, 1978

- 4) Slater G, Burrows L, Rudick J: Pseudocysts of the pancreas involving the spleen. Am Surg 48: 324-325, 1982
- 5) 富松昌彦, 菊池純江, 北沢英次ほか: 膵内膵仮性嚢胞の1例。胆と膵 3: 1493-1498, 1982
- 6) Bradley E III, Clements JL Jr, Gonzalez AC: The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management. Am J Surg 137: 135, 1979
- 7) Mikal S, Campbell AJA: Carcinoma of the pancreas. Diagnosis and operative criteria based on 100 consecutive autopsies. Surgery 28: 963-969, 1950

#### A Case with Pancreatic Cancer Initially Detected As A Subcapsular Splenic Hematoma

Yukio Tamura<sup>1)</sup>, Shigeru Sato<sup>1)</sup>, Natsuya Katada<sup>1)</sup>, Hiroshi Sasamoto<sup>1)</sup>, Shinichi Sakuramoto<sup>2)</sup>,  
Yoshiki Hiki<sup>2)</sup>, Akira Kakita<sup>2)</sup> and Hiroshi Nishimaki<sup>3)</sup>

Department of Surgery, Sagamidai Hospital<sup>1)</sup>

Department of Surgery<sup>2)</sup> and Radiology<sup>3)</sup>, Kitasato University

We report a case of pancreatic cancer which was initially detected as a subcapsular splenic hematoma and was surgically resected. A 48-year-old man who complained of upper abdominal pain and constipation was admitted to our department. Computed tomography (CT) showed a hematoma in the lateral part of the spleen. We diagnosed it as a subcapsular splenic hematoma of unknown origin and performed a laparotomy. A subcapsular splenic hematoma and intraperitoneal abscess were noted and abdominal lavage and drainage were performed. After the surgery, the inflammatory reaction and serum amylase continued to be at a high level according the laboratory findings and the pancreatic juice was drained from the incised splenic capsule site. Three months after surgery CT showed a mass 12 mm in size at the pancreatic head. An endoscopic retrograde pancreatogram showed that the main pancreatic duct was stenotic and the second branch of the pancreatic duct was encased at the pancreatic head, and the distal pancreatic duct was dilated. These finding strongly suggested chronic pancreatitis and pancreatic head cancer and pcreatoduodenectomy was performed. The operative findings revealed a pancreatic tumor with 2.0 × 1.5-cm and advanced pancreatic cancer of stage III. The subcapsular splenic hematoma in this case was due to pancreatitis as a complication of pancreatic cancer. In such a case, an appropriate assessment of the etiology can support early detection followed by early resection of pancreatic cancer.

Reprint requests: Yukio Tamura Department of Surgery, Kitasato University, School of Medicine  
1-15-1 Kitasato, Sagamihara, 228-8555 JAPAN