

急性膵炎発症 1 年後に診断された早期十二指腸乳頭部癌の 1 例

埼玉県立がんセンター腹部外科

網倉 克己 坂本 裕彦 吉成 大介
小林 照忠 尾形 昌男 右田 隆之
西村 洋治 内田 健二 田中 洋一

急性膵炎発症 1 年経過後に診断された早期十二指腸乳頭部癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 61 歳の女性。急性浮腫性膵炎の診断で前医に入院し、FOY 投与などの保存的治療にて改善した。膵炎改善後の十二指腸乳頭部擦過細胞診では Class II であった。MRCP で主膵管の軽度拡張を認めるものの主膵管あるいは総胆管内に陰影欠損は認められず、急性膵炎の成因は不明であった。微小な乳頭部腫瘍の存在が否定できず、外来検査での経過観察が必要とされた。約 10 か月後に施行した内視鏡下十二指腸乳頭部生検にて Group 5 (腺癌) の結果を得たため、十二指腸乳頭部癌の診断で紹介され、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。標本の病理所見で共通管の小範囲に十二指腸乳頭部粘膜内に限局した低異型度の高分化型管状腺癌を認めた。原因不明の膵炎あるいは胆管炎症例では常に乳頭部の微小病変を念頭に置いて嚴重な経過観察が必要と思われた。

はじめに

十二指腸乳頭部癌はその解剖学的特徴から黄疸や胆管炎、膵炎などの臨床症状が出現しやすく、膵頭領域癌のなかでは早期に診断されることが多い。そのため、切除率も高く遠隔成績も比較的良好である^{1)~3)}。

診断技術の進歩とともに、より早期の診断がなされ、縮小手術の適応を検討する報告もみられるが⁴⁾、非露出腫瘍型で主膵管あるいは総胆管の拡張が軽度の場合には、各種画像診断の所見に乏しく、また症状の発現も消長し、診断に至るまで難渋する症例も少なくない⁵⁾⁶⁾。

最近、我々は急性膵炎発症 1 年経過後に診断された早期十二指腸乳頭部癌の 1 例を経験したので報告する。

症 例

症例：61 歳，女性

主訴：心窩部痛および背部痛

家族歴，既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成 11 年 3 月 18 日より心窩部痛と背部痛が出現し、3 月 23 日に前医受診し、上腹部圧痛などの腹部所見および高アミラーゼ血症 (S-Amylase 1124 IU/L) により急性膵炎の診断にて前医に入院した。入

Fig. 1 Abdominal CT scan at the onset of acute pancreatitis shows edematous pancreatitis throughout the pancreas body and tail with the dilated main pancreatic duct and common bile duct, revealing no tumor in the pancreatic head.



院時の腹部超音波診断および腹部 CT にて主膵管および総胆管の拡張、膵全体の腫大を認めたが、膵頭部の腫瘤陰影は認められなかった (Fig. 1)。厚生省の重症度判定基準では軽症、Stage 0 .CT Grade 分類では Grade II であった⁷⁾。急性浮腫性膵炎の診断のもと中心静脈栄養管理下に、絶水食および FOY (メシル酸ガベキセート) 投与を含めた保存的治療にて腹部症状は次第に改善した。3 月 29 日 (6 病日) の十二指腸乳頭

< 2002 年 9 月 25 日受理 > 別刷請求先：網倉 克己
〒362 0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 818 埼玉県立がんセンター腹部外科

部の内視鏡所見では、乳頭部の腫脹あるいは潰瘍形成は認められず、また内視鏡下擦過細胞診では Class II であった。ERCP (15 病日, 18 病日) では乳頭部の狭窄部位にあたる感じで膵管内に挿管できなかった。MRCP では、主膵管の軽度拡張を認めるものの主膵管あるいは総胆管内に陰影欠損は認められなかった。腹部超音波診断で胆嚢あるいは総胆管内にはっきりとした結石像は認められず、急性膵炎の成因は不明であった。主膵管および総胆管の軽度拡張、主膵管内への挿管困難などの所見から、微小な乳頭部腫瘍の存在も否定できず、外来検査での経過観察が必要とされた。保存的治療にて症状は改善し、第 30 病日退院した。

7 月 8 日外来での約 4 か月後の腹部 CT, 超音波診断では、主膵管の拡張を認めたが、膵頭部に腫瘍は認めなかった。約 10 か月後の平成 12 年 2 月 4 日施行した十二指腸乳頭部の内視鏡所見では乳頭部の軽度腫脹はあるものの潰瘍形成は認められなかった。乳頭部生検にて Group 5(腺癌)の結果を得たため、十二指腸乳頭部癌の診断で当科に紹介され、手術を目的に 5 月 6 日入院した。

入院時現症：体格中等。栄養良好。眼瞼結膜に貧血、黄疸を認めない。腹部は平坦軟で腫瘤を触知せず、圧痛を認めない。

入院時検査所見：血液検査に異常を認めず、生化学検査では、肝機能、腎機能に異常を認めず、栄養状態も良好であった。膵酵素、腫瘍マーカーはいずれも正

常範囲であった。

胸部腹部単純 X 線写真：異常を認めない。

腹部超音波診断：胆嚢、総胆管拡張所見を認めず、結石像も認めない。主膵管に軽度拡張を認める。膵頭部に腫瘤陰影を認めない。

腹部 CT：主膵管の軽度拡張を認めるが、膵頭部に腫瘤を認めない。

ERCP：十二指腸乳頭部内視鏡所見では乳頭部は軽度腫脹しているものの、潰瘍形成は認められない (Fig. 2)。造影所見では、主膵管は最大径 7mm と軽度拡張を

Fig. 3 ERCP shows the dilated main pancreatic duct with 7mm in diameter, without revealing stenosis of the pancreatic duct in the papilla of Vater.



Fig. 2 Endoscopic findings one year after acute pancreatitis shows the papilla of Vater in almost normal view without any ulceration or tumor.

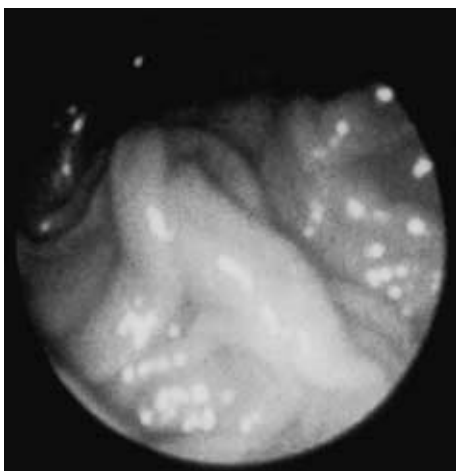


Fig. 4 Histological appearance of the specimen from the endoscopic biopsy of the papilla of Vater shows adenocarcinoma (H.E. x 100)

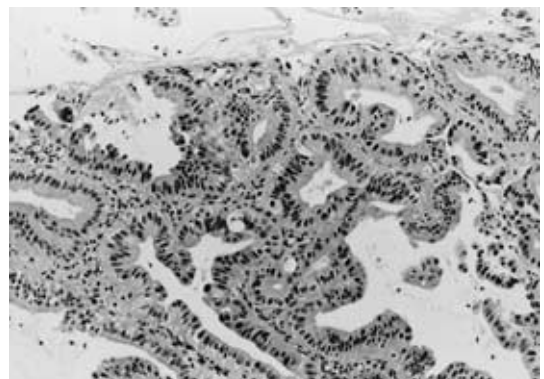
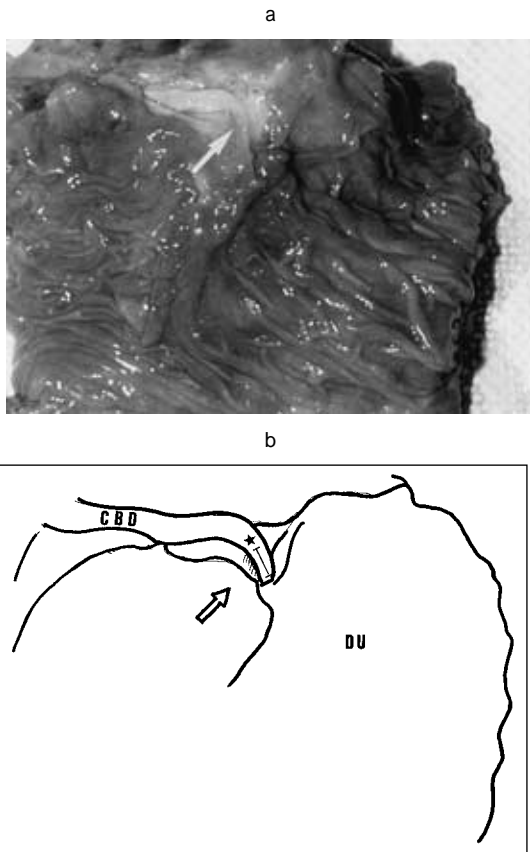


Fig. 5 Macroscopic findings of the surgical specimen shows normal finding of the papilla of Vater without any protrusion or tumor, and shows the slightly thickened mucosa with 5 mm in diameter (arrow) after common bile duct was opened posteriorly. Schema of the macroscopic finding shows the range of thickened mucosa with adenocarcinoma by histological finding. Shadow and “ ” shows the range of the thickened mucosa with adenocarcinoma by histological finding. CBD ; Common bile duct, DU ; Duodenum

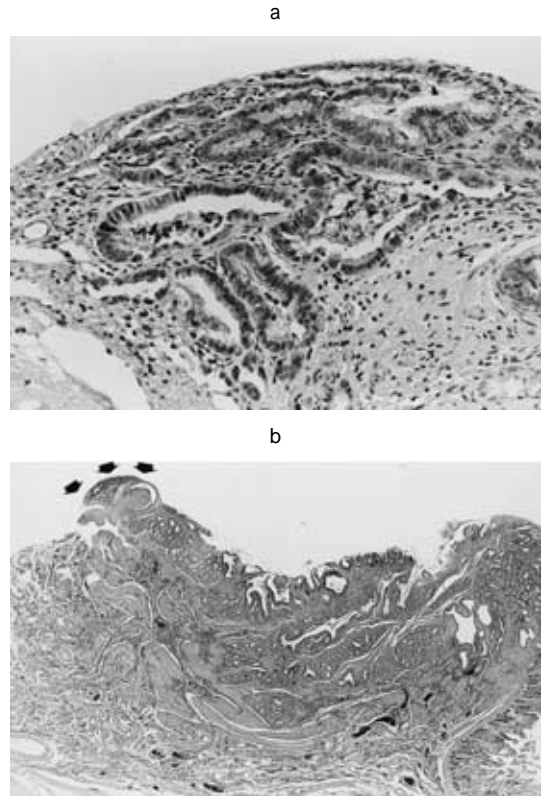


示すが、十二指腸乳頭部の明らかな狭窄像を認めず、総胆管の拡張を認めない (Fig. 3)。同時に施行された乳頭開口部からの生検で腺癌が確認された (Fig. 4)。

腹部血管造影 X 線検査：膵十二指腸動脈造影で腫瘍濃染像を認めない。

以上の所見により、非露出腫瘤型の十二指腸乳頭部癌の診断で、5月8日幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。再建術式は今永法にて行った。

Fig. 6 Histological findings of the surgical specimen shows well differentiated adenocarcinoma of low grade malignancy (high-power view ; H.E. $\times 100$) which is limited to mucosa of papilla of Vater (panoramic view ; H.E. $\times 10$)



手術所見および標本所見：肝転移、腹膜播種、腹水を認めず、所属リンパ節の腫脹を認めない。標本の肉眼所見では乳頭部の共通管の一部に弾性軟の肥厚がみられたが、管腔内への腫瘍の膨隆などの所見は認めない (Fig. 5a, b)。Acd, 非露出腫瘤型, 0.5 \times 0.5cm, Panc 0, Du0, P0, H0, N0, Stage I であった。

病理所見：共通管の小範囲に十二指腸乳頭部粘膜内に限局した低異型度の高分化型管状腺癌を認める。Acd, Iy0, v0, 深達度 m, panc0, du0, n0, em0, Stage I であった (Fig. 6a, b)。

術後経過：術後経過は良好であり、第33病日退院した。術後25か月現在、無再発で外来通院中である。

考 察

急性膵炎の成因としては、アルコール性、胆石性が代表的であるが、成因が特定できない特発性と分類さ

れる症例も多い⁸⁾。十二指腸傍乳頭憩室、乳頭部腫瘍、乳頭炎などの乳頭部周辺の病変によって引き起こされる乳頭部狭窄も急性膵炎の成因のひとつであり、鑑別診断として念頭に置かなければならない⁹⁾。良性の乳頭部狭窄である乳頭炎症例の多くは胆石症に続発するものであり、10%程度の無石例のうちの20%と高率に腫瘍性病変を合併するとされる¹⁰⁾。

乳頭部癌の多くは上部消化管内視鏡検査での観察および生検が可能であり、比較的容易に診断がなされる。しかし、非露出腫瘍型で、組織学的深達度が粘膜内またはOddi筋内にとどまる早期乳頭部癌では、内視鏡所見だけでは診断は困難である。開口部を含めて十二指腸腔への癌露出が少ないため、生検によっても十分な組織採取が困難な場合があり、初回生検での陽性例は80%程度とされる¹¹⁾。生検で乳頭炎と診断されても乳頭部狭窄など超音波内視鏡(EUS)を含めた画像診断により臨床的に乳頭部癌を否定できない場合には、再生検あるいは擦過細胞診を含めた厳重な経過観察が必要であり、乳頭部切開後の膨大部生検が有用である¹²⁾。

全国胆道癌登録調査によれば十二指腸乳頭部癌症例において、急性膵炎の既往歴のある症例、あるいは初発症状として急性膵炎を合併している症例はそれぞれ1.7%、3.1%と比較的少数であった¹³⁾。また、急性膵炎で発症した乳頭部癌の多くは、膵炎改善後早期に生検にて診断されている。多くが露出腫瘍型であり、診断が容易であったためと思われる¹⁴⁾。

本症例は乳頭部狭窄に起因する急性膵炎で発症した。初回の乳頭部の内視鏡下擦過細胞診でClass IIであったため、乳頭炎と診断されたが、無石例であり、画像所見から乳頭部癌を否定できず、経過観察されていた。膵炎発症から約10か月後の3回目の組織診断で乳頭部癌の診断がなされたが、発症13か月後の摘出標本所見でも、非露出腫瘍型で膨大部の粘膜の一部に局限した微小な早期乳頭部癌であった。成因不明の急性膵炎症例においては、膵炎改善後の乳頭部の観察が必要である。乳頭部の組織診断が良性であっても、常に乳頭部腫瘍を念頭に入れた経過観察が望まれる。

早期乳頭部癌の多くの症例で腺腫との混在がみられ、発症母地として腺腫からの癌化を示唆する報告があるが^{6),15)}、本症例では周囲に腺腫内癌の所見は認めず、de novo 発癌が示唆される症例であった。

十二指腸乳頭部癌は膵頭部領域の中では比較的予後良好であり、術後遠隔時のquality of lifeを考慮して、

縮小手術の適応を検討する必要がある。早期乳頭部癌切除例の病理組織学的検討からは、非潰瘍型で、Panc 0, Du0の症例ではリンパ節転移はまれであり、内視鏡的あるいは経十二指腸的乳頭切除術の適応になりえると考えられる³⁾。しかし、術前のEUSなどによる深達度診断では膵臓浸潤(Panc)は正診率が高いものの、十二指腸浸潤(Du)ではいまだ確実性はなく、術前にリンパ節転移の有無を診断するのは困難と思われる。また、十二指腸固有筋層までの確実な切除という技術的な問題に加え、切除断端の判定が困難³⁾、合併症が多いなどの問題点があげられるため⁴⁾、乳頭切除術の適応には十分な検討が必要である。近年、細径超音波プローブによる管腔内超音波検査法(IDUS)が腫瘍の進展度診断に有用とされる⁴⁾。術前の確実な深達度診断を行い、縮小手術の適応についての検討を行うことが必要と思われる。

文 献

- 1) 小針雅男, 網倉克己, 浅野晴彦ほか: 十二指腸乳頭部癌切除例の進展様式からみた長期生存因子の検討. 日消外会誌 22: 2248-2255, 1989
- 2) Yeo CJ, Sohn TA, Cameron JL et al: Periampullary adenocarcinoma. Ann Surg 227: 821-831, 1998
- 3) 松本 岳, 土屋 誉, 荒井浩介ほか: 十二指腸乳頭部癌への縮小手術に関する検討. 日消外会誌 32: 1974-1980, 1999
- 4) 伊藤彰浩, 後藤秀実, 内藤靖夫ほか: 内視鏡的十二指腸乳頭切除術の適応. 胆と膵 19: 651-655, 1998
- 5) 井上正伸, 船越頭博, 瀬野洋介ほか: 慢性膵炎の長期観察中に発症した十二指腸乳頭部癌の1例. 膵臓 12: 382-387, 1997
- 6) 柱本 照, 粉川隆文, 木俣 智ほか: 長期経過観察し得た早期十二指腸乳頭部癌の一例. 胆と膵 14: 191-197, 1993
- 7) 北川元二, 成瀬 達, 石黒 洋ほか: 急性膵炎重症度判定基準の有用性と問題点. 胆と膵 21: 5-11, 2000
- 8) 北川元二, 成瀬 達, 石黒 洋ほか: 急性膵炎の成因と診断. 消外 20: 573-579, 1997
- 9) 横畑和紀, 灘波江俊永, 井上 健ほか: 乳頭炎と膵炎. 胆と膵 21: 131-133, 2000
- 10) 世古口務, 山際健次郎, 山本敏雄ほか: 乳頭炎と乳頭部癌, 外科的治療の面からみて. 胆と膵 21: 141-146, 2000
- 11) 神澤輝美, 田畑育男, 伊沢友明ほか: 十二指腸乳頭部癌初回生検陰性例の検討. 胆道 3: 71-75, 1989

- 12) Komorowski RA, Beggs BK, Greenan JE et al : Assessment of ampulla of Vater pathology. An Endoscopic approach. Am J Surg Pathol 15 : 1188-1196, 1991
- 13) 日本胆道外科研究会編 : 全国胆道癌登録調査報告, 1993-1998 年. ユウキ印刷, 石川, 1995-1999
- 14) 赤野由美子, 佐々木敏之, 森 久也ほか : 重症急性膵炎の経過中に発見された乳頭部癌の 1 例. 済生会吹田病医誌 4 : 25-28, 1998
- 15) 二村直樹, 細野竜司, 後藤全宏ほか : 十二指腸乳頭部腺腫内癌の一例. 外科 61 : 1314-1317, 1999

A Case of Early Carcinoma of the Papilla of Vater Diagnosed
One Year after the Onset of Acute Pancreatitis

Katsumi Amikura, Hirohiko Sakamoto, Daisuke Yoshinari, Terutada Kobayashi, Masao Ogata,
Takashi Migita, Youji Nishimura, Kenji Uchida and Youichi Tanaka
Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Cancer Center

A 61-year-old woman was admitted with early carcinoma of the papilla of Vater 1 year after recovering from acute pancreatitis treated conservatively. After acute pancreatitis stabilized, endoscopic findings of the papilla of Vater showed normal findings with a dilated main pancreatic duct revealed by magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP). Cytology of the pancreatic juice showed class II. After a 1-year follow-up, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and abdominal computed tomography (CT) showed a dilated main pancreatic duct without any findings of tumor in the pancreatic head. Histological biopsy of the papilla of Vater showed adenocarcinoma. Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy showed well-differentiated adenocarcinoma limited to the mucosa of the duodenal papilla without vascular or pancreatic invasion or lymph node metastasis.

Key words : carcinoma of papilla of Vater, duodenal papillitis, acute pancreatitis

[Jpn J Gastroenterol Surg 35 : 1798-1802, 2002]

Reprint requests : Katsumi Amikura Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Cancer Center
818 Komuro, Ina, Saitama, 362-0806 JAPAN