

症例報告

術前診断が困難であった腹腔内陳旧性血腫の2例

仙台社会保険病院外科, 同 放射線科*

高山 哲郎 佐藤 孝臣 天田 憲利 織井 崇
菊地 廣行 芳賀 泉 古田 進*

症例1は58歳の男性で、他院での腹部超音波検査にて径7cmの左横隔膜下腫瘍を指摘され当院紹介となった。上部消化管内視鏡超音波検査にて胃壁筋層との連続性はなかったが、腫瘍径が大きかったことと腹部CTおよびMRIにて胃粘膜下腫瘍もしくは脾腫瘍が強く疑われ手術を施行した。症例2は50歳の男性で、検診の腹部超音波検査にて腹腔内リンパ節腫大を指摘され他院で腹部MRIを受けたところ、膈体部から頭側に突出する径2cmの腫瘍を認め当院紹介となった。腫瘍マーカー、血糖値、血中インスリン濃度などに異常はないものの脾原発腫瘍を否定できず手術となった。いずれの症例も最終診断は陳旧性血腫であった。無症状下に発見され、腹腔内血腫を積極的に疑う腹部外傷歴はなく、術前画像検査上は充実性腫瘍との鑑別は困難であったが、中心部出血を疑う腫瘤や辺縁石灰化を伴う腫瘤の場合には、陳旧性血腫も念頭におく必要があると思われた。

はじめに

腹腔内の陳旧性血腫そのものはまれな疾患ではないが、明らかな腹部外傷歴がなく偶発的に発見された場合には、血腫の確定診断は極めて困難である。今回、我々は無症状下に発見され、充実性腫瘍との鑑別が困難であった2例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症 例

症例1: 58歳, 男性

主訴: 症状なし。

既往歴: 平成12年より糖尿病性腎症による慢性腎不全にて他院にて血液透析中。腹部外傷歴はなし。

現病歴: 平成16年5月, 透析通院中の他院での定期腹部超音波検査にて径7cmの脾門部腫瘍を指摘され, 精査加療目的に当院紹介となった。

入院時現症: 身長174cm, 体重68kg, 体温36.2℃, 血圧157/92mmHg, 脈拍57回/分, 腹部は平坦かつ軟で, 腫瘤を触知しなかった。

Fig. 1 Abdominal ultrasonography showed a sub-phrenic low echoic tumor in 7cm.



入院時検査成績: 血液生化学検査ではヘモグロビン10.8g/dlと軽度貧血を認め, BUN91mg/dl, クレアチニン14.4mg/dlであったが, 肝機能や脂質, 電解質は正常であった。CEA, CA19-9は正常であった。

胸腹部単純X線検査: 特に異常所見なし。

腹部超音波検査: 左横隔膜下で脾臓に接して径7cmの低エコー腫瘤を認めた (Fig. 1)。

<2005年3月30日受理>別刷請求先: 高山 哲郎
〒981-8501 仙台市青葉区堤町3-16-1 仙台社会保険病院外科

Fig. 2 Abdominal enhanced CT showed a gastric submucosal tumor or a splenic tumor probably with central bleeding.



Fig. 3 Abdominal MRI also showed like a gastric submucosal tumor with central bleeding.

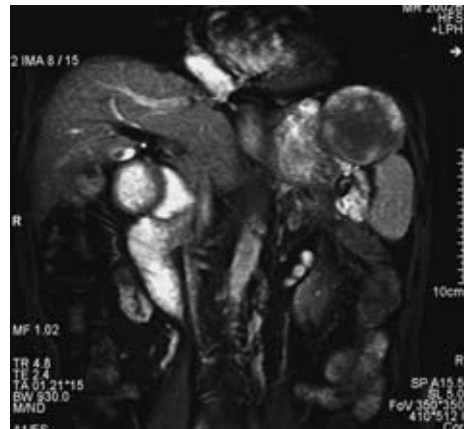
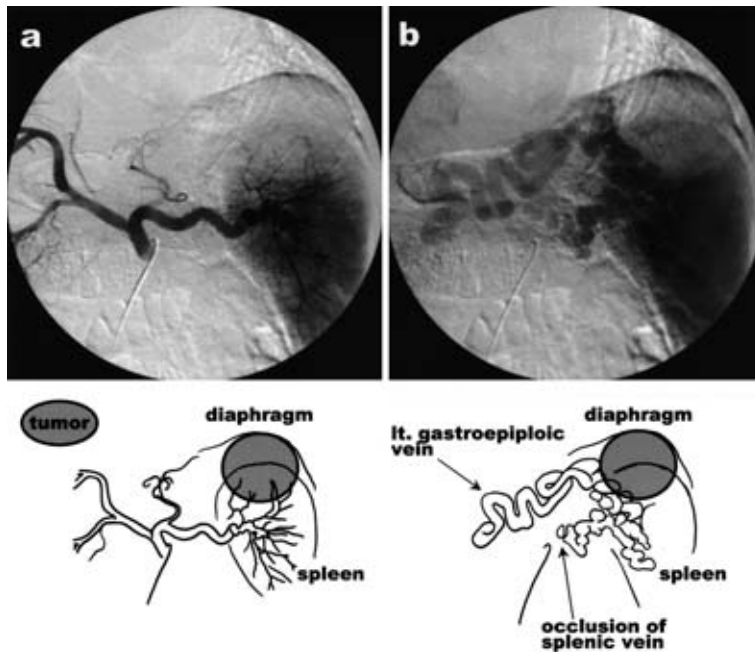


Fig. 4 a: Celiac angiography did not demonstrate the vascular encasement, tumor stain and feeding artery. b: Splenic vein was occluded and flowed into the portal vein through collateral vessels.



腹部CT：径7.5cmの腫瘍を胃脾間に認め、中心部出血が疑われた。また、脾静脈の閉塞と、上腸間膜静脈へ至る著明な側副血行路の発達を認めた。腫瘍の一部は胃壁と分離できず、胃粘膜下腫瘍やリンパ腫が疑われた (Fig. 2)。

腹部MRI：腫瘍内部はT1強調で高信号、T2強調で低信号、胃壁と連続した腫瘍内出血を伴う胃原発の粘膜下腫瘍が疑われた (Fig. 3)。

腹部血管造影検査：腫瘍濃染像や輪郭強調像はなく、栄養血管を指摘できなかった (Fig. 4a)。脾

Fig. 5 Resected specimen consisted of old blood coagulation.



Fig. 6 Abdominal ultrasonography showed a low echoic pancreatic tumor in 2cm. The main pancreatic duct was not dilated.

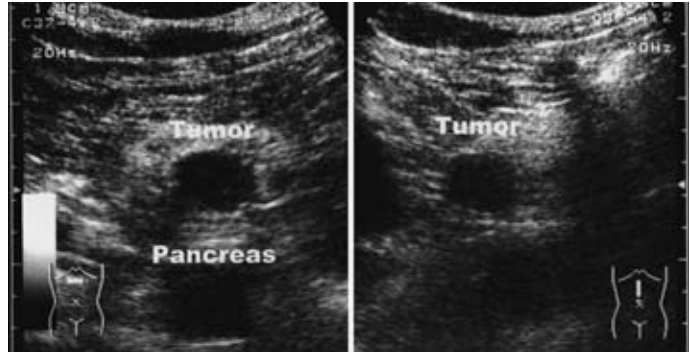
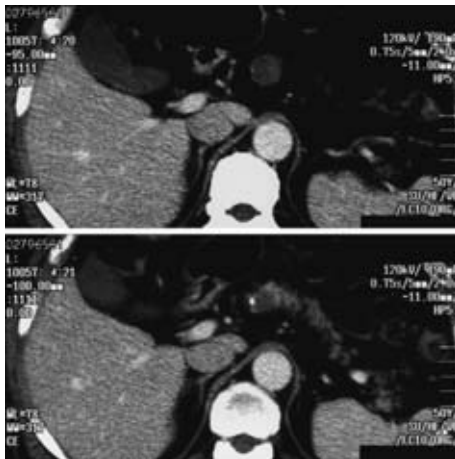


Fig. 7 Abdominal enhanced CT showed a non-enhanced round pancreatic tumor with peripheral calcification.



静脈は途絶し、側副路を介して門脈へ流入していた (Fig. 4b).

上部消化管内視鏡検査：胃壁内に粘膜下腫瘍を疑わせる所見なし。同時に施行した内視鏡超音波検査でも、胃壁外の怒張血管を認めたが腫瘍の胃固有筋層との連続性は指摘できなかった。

入院後経過：各種検査にて腫瘍に対する確定診断が得られず、また長径が7cmと大きく、gastro-intestinal stromal tumor などの間葉系胃粘膜下腫瘍やその他の悪性腫瘍を否定できなかったため、患者と十分に協議のうえ2004年7月に腫瘍摘出

術を施行した。腫瘍は横隔膜左脚と脾上極との間に位置し、繊維化を伴う高度の癒着を認め剥離に難渋したが(胃壁とは癒着なし)、術中迅速組織診断では陳旧性血腫であったため、血腫の皮膜を一部遺残させる形で摘出した。また、術前診断どおり左胃大網静脈の著明な拡張を認めたが、脾静脈閉塞部と腫瘍の局在は離れており直接の関連はなく、原因は不明であった。

摘出標本所見：径7cmの腫瘍で、古い凝血塊であった (Fig. 5)。

病理組織所見：提出組織の大部分は凝固血とフィブリン塊であり、時間の経過した血腫の診断であった。

術後経過：特に合併症なく経過良好に退院した。

症例2：50歳、男性

主訴：症状なし。

既往歴：特になし。腹部外傷歴はないが、学生時代にサッカーのゴールキーパー歴あり。

現病歴：平成16年4月、検診の腹部超音波検査にて腹腔内リンパ節腫大を指摘され、他院にて腹部MRIを施行したところ隣腫瘍が疑われ、精査加療目的に当院紹介となった。

入院時現症：身長171cm、体重93kg、体温36.2℃、血圧139/90mmHg、脈拍72回/分、腹部は平坦かつ軟で、腫瘤を触知しなかった。

入院時検査成績：血液生化学検査で異常所見な

Fig. 8 Abdominal MRI showed (a) a round tumor cranially rising from pancreatic body and (b) a ring-enhanced tumor presented on Gd-DTPA-enhanced T1 weighted image.

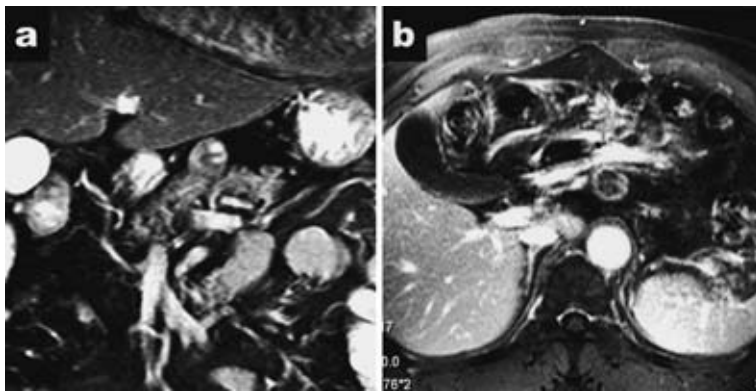


Fig. 9 Cut surface presented a cystic capsule filled with old blood coagulation.



し。また、CEA、CA19-9、DUPAN-2などもいずれも正常であった。

胸腹部単純X線検査：特に異常所見なし。

腹部超音波検査：膵体部頭側に径2cmの嚢胞性腫瘍を認めた。主膵管の拡張はなかった (Fig. 6)。

腹部CT：膵体部から頭側に突出する径2.2cmの円形腫瘍を認めた。造影による増強効果はほとんどみられず、辺縁に点状の石灰化を認めた (Fig. 7)。

腹部MRI：膵体部に頭側に突出する腫瘍を認

め (Fig. 8a)、Gd-DTPA 造影後 T1 強調像にてリング状に造影された (Fig. 8b)。MR cholangiopancreatography では主膵管の不整像はなかったが、信号強度からは嚢胞ではなく腫瘍が疑われた。

入院後経過：各種検査にて確定診断に至らなかったが、画像上乏血管性の膵島腫瘍を疑い、患者と十分に協議のうえ2004年9月に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は膵体部実質に連続し、頭側に突出し小網を巻き込んだ腫瘍と術中診断したが、術中迅速組織診断では陳旧性血腫であった。

摘出標本所見：径2cmの嚢胞性腫瘍であり、MRIにて造影された厚い嚢胞壁と、内部に古い凝血塊を認めた (Fig. 9)。

病理組織所見：器質化した嚢胞および内部に凝固血とフィブリン塊を認め、陳旧性血腫の診断であった。

術後経過：術後、腫瘍切除部に膵液貯留を認め皮膚瘻を形成し、セラチア菌感染を伴い治療に難渋したが、局所の炎症のみで膵炎の合併はなく、約2か月後に完全治癒し退院した。

考 察

腹腔内血腫の原因としては、外傷、出血性素因、動静脈瘤の破綻などが挙げられるが、これらの要因をもたない患者に遭遇した場合に、血腫の確定診断は極めて困難であると考えられる^{1)~3)}。実際の臨床現場において、開腹を施行して初めて血腫の

Table 1 Reported cases of preoperatively undiagnosed intraabdominal hematoma in Japanese literature

| No. | Authors | Year | Age | Sex | Chief complaint | History of abdominal trauma | Preoperative diagnosis | Report form |
|-----|-------------------------|------|-----|-----|----------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| 1 | Ohta ¹⁾ | 1987 | 38 | M | None | - | Pancreatic cystic tumor | Original article |
| 2 | Kayahara ⁴⁾ | 1987 | 55 | F | None | + | Pancreatic cystic tumor | Abstract |
| 3 | Mori ⁵⁾ | 1988 | 63 | M | Abdominal discomfort | - | Splenic hemangioma | Abstract |
| 4 | Tsuji ²⁾ | 1991 | 72 | M | Epigastralgia | - | Gastric submucosal tumor | Abstract |
| 5 | Fukushima ⁶⁾ | 1994 | 40 | M | Epigastralgia | - | Gastric submucosal tumor | Original article |
| 6 | Nishida ⁷⁾ | 1997 | 65 | M | None | - | Gastric submucosal tumor | Abstract |
| 7 | Miyahara ⁸⁾ | 1998 | 77 | F | None | - | Leiomyosarcoma | Abstract |
| 8 | Ishimaru ⁹⁾ | 1999 | 31 | M | None | - | Malignant tumor | Abstract |
| 9 | Kawahara ³⁾ | 2000 | 65 | M | Lower back pain | - | Retroperitoneal abscess | Original article |
| 10 | Nakazono ¹⁰⁾ | 2001 | 67 | M | Lt. hypochondralgia | - | Pancreatic cancer | Abstract |
| 11 | Ohta ¹¹⁾ | 2003 | 51 | M | Lt. back pain | + | Pancreatic cancer | Abstract |
| 12 | Our case | 2004 | 58 | M | None | - | Gastric submucosal tumor | |
| 13 | Our case | 2004 | 50 | M | None | - | Islet cell tumor | |

診断が得られていることが多いと思われるが、医学中央雑誌(1983~2005年1月)にて検索したかぎりでは、他疾患を念頭に開腹手術を施行した腹腔内血腫の報告は会議録も含めて11例のみであった(Table 1)^{1)~11)}。このうち9例は明らかな腹部外傷歴や出血性素因がなく、自験例も含めて血腫が多様な画像形態を呈するために術前診断に苦慮していることがうかがえた。

症例1は血液透析患者であることから出血性素因を持っていると考えられ、実際に腹部外傷歴のない透析患者に発症した腹腔内血腫の報告もみられるが¹²⁾、本症例では血腫は左横隔膜下に孤立性に限局し球状を呈しており、かつ腫瘍径が大きかったために悪性腫瘍を否定しきれなかった。内視鏡超音波検査下生検が確定診断に有用と考えられたが、今回は腫瘍を描出できなかった。また、透析中の定期腹部超音波検査にて偶発的に見つかった腫瘍であり、それ以前には指摘されていなかったことも手術を決定する要因となったが、数か月の経過観察後に腫瘍径の変化を確認してから手術を考慮しても遅くはなかったかもしれない。原因不明の脾静脈閉塞もあり、何らかの腹部外傷の既往があったものと考えられた。

症例2も検診の超音波検査にて偶発的に見つかった症例であったが、明らかな腹部外傷歴がなく、また脾原発を疑ったために経過観察する猶予

なく手術を施行した。今回、検索した11例のうち脾臓の陳旧性血腫が4例報告されており、脾原発腫瘍を否定できない場合には確定診断が得られなくても手術に踏み切らざるをえないと思われた。本症例は過去にサッカーのゴールキーパー歴があり、度重なる腹部打撲の既往はあるものの医療機関を受診したことはなく、積極的に血腫を肯定するには至らなかった。

腹腔内の陳旧性血腫の診断には詳細な病歴聴取が必須であるが、腹部外傷歴がないかもしくは患者自身の記憶がないとすることが多く、仮に明らかな既往があったとしても受傷後早期でないかぎり確定診断に至ることは困難である。しかし、いずれの画像検査にても確定診断が得られず、また中心部出血を疑う腫瘍や辺縁石灰化を伴う腫瘍の場合には陳旧性血腫の可能性も念頭におく必要があり、患者との十分な協議はもちろんであるが、腹腔鏡下観察や生検などのより低侵襲な術式を選択してもよいと思われた。

文 献

- 1) 太田哲生, 素谷 宏, 魚岸 誠ほか: 石灰化を伴う脾の腫瘍性嚢胞を思わせた後腹膜陳旧性血腫の1切除例. 臨外 42: 1429-1432, 1987
- 2) 辻 泰弘, 大幸貴美子, 松村光博ほか: 術前診断が困難であった胃壁内血腫の1例. 日消病会誌 88: 847, 1991
- 3) 川原洋一郎, 本城総一郎, 大藤 聡ほか: 術前診

- 断困難であった感染性孤立性腸骨動脈瘤破裂の1例. 鳥取医誌 28 : 212—215, 2000
- 4) 萱原正都, 永川宅和, 上野桂一ほか: 脾膿疱性腫瘍と鑑別困難であった脾内陳旧性血腫の1切除例. 日消病会誌 84 : 2641, 1987
- 5) 森 雅信, 柏野博正, 石井 博ほか: 術前診断困難であった稀なる副肝を合併する脾門部器質化血腫の1例. 日消外会誌 21 : 1916, 1988
- 6) 福島常吉, 又井一雄, 稲田省三ほか: 胃粘膜下腫瘍と鑑別が困難であったガラス片誤嚥による腹腔内血腫. 手術 48 : 243—246, 1994
- 7) 西田保二, 角倉好之, 堤 莊一ほか: 胃壁外腫瘍と鑑別困難であった腹腔内血腫の一例. 日腹部救急医学会誌 17 : 737, 1997
- 8) 宮原利行, 飯田辰美, 澤田 傑ほか: 胃壁に接し術前診断が困難であった腹腔内血腫の1例. 岐阜大医紀 46 : 178, 1998
- 9) 石丸 啓, 辻塚一幸, 奥田康一ほか: 術前診断に苦慮した腹腔内血腫の一例. 日臨外会誌 60 : 1418, 1999
- 10) 中園貴彦, 松尾義朋, 工藤 祥ほか: 膵管癌と術前診断した脾内血腫の1例. 日独医報 46 : 333, 2001
- 11) 大多和哲, 西沢正彦, 小川 清ほか: 診断に苦慮した膵尾部陳旧性血腫の1例. 千葉医誌 79 : 174, 2003
- 12) 枝国節雄, 南 浩, 新宮正巳ほか: 血液透析患者に発生した特発性腹腔内血腫の1例. 腎と透析 41 : 723—725, 1996

Preoperatively Undiagnosed Intraabdominal Old Hematoma : Report of Two Cases

Tetsuro Takayama, Takaomi Sato, Noritoshi Amada, Takashi Orii,
Hiroyuki Kikuchi, Izumi Haga and Susumu Furuta*

Department of Surgery and Department of Radiology*, Sendai Syakaihoken Hospital

We report two cases of old intraabdominal hematoma preoperatively presenting as a malignant solid tumor. Case 1 : A 58-year-old man hospitalized for a 7cm left subphrenic tumor found in ultrasonography underwent surgery, although the tumor was not clearly linked to the gastric muscular layer in endoscopic ultrasonography, because the tumor was large and suspected of being a gastric submucosal tumor or splenic tumor in abdominal CT and MRI. Case 2 : A 50-year-old man hospitalized for a 2cm pancreatic tumor found in abdominal MRI underwent surgery even though tumor markers, blood sugar, and insulin were within normal range, because we could not exclude the possibility of a pancreatic tumor. The definitive diagnosis was old hematoma in both cases. Although neither case was symptomatic and each had a history of abdominal trauma, the old hematoma should be considered as differential diagnosis in the case of intraabdominal tumor with central bleeding or peripheral calcification.

Key words : old intraabdominal hematoma, preoperatively undiagnosed

[Jpn J Gastroenterol Surg 38 : 1596—1601, 2005]

Reprint requests : Tetsuro Takayama Department of Surgery, Sendai Syakaihoken Hospital
3-16-1 Tsutsumi-cho, Aoba-ku, Sendai, 981-8501 JAPAN

Accepted : March 30, 2005