



## はじめに

脾仮性嚢胞の出血は比較的稀とされているが、致命的な合併症となりうることで重要である。対処としては手術、Transcatheter Arterial Embolism (TAE) が行われる事が多いが、特に定まった治療法はなく、場合に応じて選択されている。今回、我々は脾仮性嚢胞内出血に対し手術を施行し、脾切除困難だったため嚢胞内より止血、救命し得た症例を経験したので報告する。

## 症 例

37才，女性

主訴：腹痛

既往歴：慢性脾炎，アルコール依存症

現病歴：平成2年頃よりアルコール性慢性脾炎で通院加療，時々の急性増悪で入退院を繰り返していた。通院は不定期で，腹痛などある時は近医や当院外来での点滴治療などを対症療法として行っていた。全身倦怠，食思不振，腹痛が強くなり，平成12年4月11日に入院した。

入院時現症：身長160cm，体重40kg。眼瞼結膜に貧血を認めた。黄疸はなかった。リンパ節は触知しなかった。上腹部痛はあるが，腹部は平坦軟，腹膜炎の所見はなかった。

入院時検査成績：Hb 7.2g/dlと貧血を認め，血清アミラーゼの軽度上昇を認めた。尿中アミラーゼは正常であった（表1）。

入院後経過：慢性脾炎の急性増悪と診断し，禁食，メシル酸ガベキサート600mg静注で治療開始した。入院後も時々の腹痛を繰り返していた。4月14日のCTで脾頭部に造影効果の乏しい円形部分と周囲の脂肪織濃度の上昇，脾尾部の2cm大の嚢胞を指摘された（図1）。脾尾部の嚢胞は以前から指摘されていたものと同一と考えられた。症状改善し経口摂取を再開すると症状再燃するため，26日にCTを撮影した。CTで脾尾部の嚢胞内に造影剤の流出を認め，脾仮性嚢胞内出血と診断された（図2）。明らかな動脈瘤はなく，嚢胞壁の血管からの出血と考えられ，塞栓術は困難

と考えられた。4月27日のCTで5cm大になっていたが，貧血の進行はなく，腹痛などの症状もおさまっていたため様子をみていた。5月1日のCTで脾尾部の嚢胞は7cm大と大きくなってきたが特に症状はなく，貧血の進行も軽度だった。嚢胞内への出血は続いており，今後重大な合併症を引き起こす可能性と手術について説明したが，手術は拒否していた。腹痛などの症状が落ち着いており，退院希望を訴え始め，本人が治療に拒否的なため，致命的合併症となりうる事を説明し退院もやむを得ないと思われた。しかし，5月18日に再度CTを施行，嚢胞内出血の持続と9cm大へと嚢胞の増大が見られ（図3），本人，家族とも手術の承諾が得られたため5月31日に手術を施行した。

手術所見：網嚢内は嚢胞で占められ，胃後面，横行結腸間膜とも強固に癒着していた。剥離は困難な状況で，脾に到達することは出来なかった。嚢胞壁の一部を切開し，嚢胞内の凝血塊を取り除くと嚢胞内に数カ所の出血点があり，これを嚢胞内腔より縫合止血した。空腸を後結腸経路で挙上しRoux en Yで嚢胞空腸吻合，嚢胞内には16Fr.のサンプルチューブを留置した。腸瘻造設術も併せて行った。

術後経過：9病日より経腸栄養開始したが熱発したため一時中止，15病日より経腸栄養再開，22病日より経口摂取再開した。再出血などの合併症もなく良好に経過し，30病日に退院した。44病日に外来にて仮性嚢胞内に留置したサンプルチューブを抜去した。その後，出血などの合併症なく術後3年5か月で存命中であるが，アルコール依存症は改善せず，通院も不定期であり，慢性脾炎に対する治療は継続困難である。

## 考 察

脾仮性嚢胞は比較的稀な病態と考えられていたが，画像診断の進歩からその数は増加している。原因疾患としては急性脾炎，慢性脾炎の急性増悪に伴うものが多く，アルコール性脾炎がその大半を占める<sup>1)2)</sup>。稀に脾仮性嚢胞に伴い出血を起こ

表1 入院時検査所見

WBC	(/mm <sup>3</sup> )	7250	LDH	(IU/l)	323
RBC	(x10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )	260	CHE	(IU/l)	2575
Hb	(g/dl)	7.1	AMY	(IU/l)	230
Ht	(%)	24.1	BUN	(mg/dl)	6.1
Plt	(x10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )	26.5	CRE	(mg/dl)	0.6
T.P	(g/dl)	5.6	NA	(mEq/l)	143
GOT	(IU/l)	56	K	(mEq/l)	3.7
GPT	(IU/l)	15	CL	(mEq/l)	105
ALP	(IU/l)	764	U-Amy	(IU/l)	421

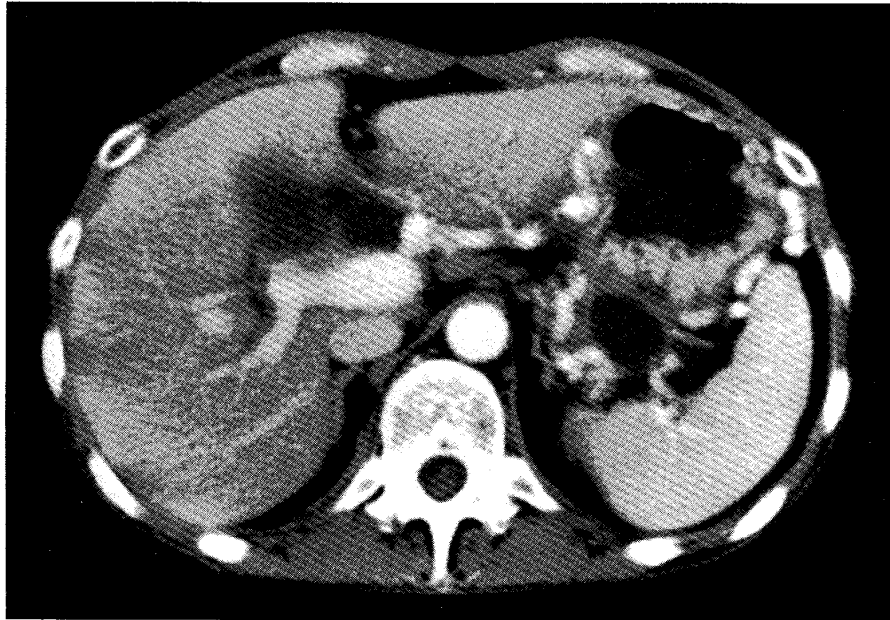


図1 腹部CT

膵尾部に約3cmの膵嚢胞がある。以前から指摘されており、経過観察中だった。

すことがあり、慢性膵炎入院患者の4～6%<sup>3)4)</sup>、膵仮性嚢胞に対する手術例の7～17%程度を占め<sup>5)6)</sup>、消化管や腹腔内などへの急激、多量な出血を伴うこともあり重要である。仮性嚢胞への出血は、嚢胞壁からの出血、仮性動脈瘤の破裂、嚢胞周囲の血管への炎症波及に伴う血管破綻が考えられる<sup>4)7)</sup>。

膵仮性嚢胞の出血に対しては特に定まった治療法が確立されているわけではなく、症例に応じて選択されている。手術あるいはTAEが行われる

ことが多いが、その死亡率は約10～60%と高い<sup>5)6)8)–10)</sup>。TAEで止血が可能な場合も多いが、再出血や感染を起こし手術となる場合もある<sup>9)10)</sup>。手術は嚢胞を含めた膵切除や嚢胞内縫合止血、ドレナージなどが行われる。慢性膵炎症例では全身状態が必ずしも良好とはいえず、膵頭十二指腸切除や、膵尾部+脾切除、あるいは胃合併切除などが過大侵襲となることもあり得る。Kiviluotoら<sup>11)</sup>は、膵切除と嚢胞内縫合止血の術後死亡率がそれぞれ57%、18%であり、嚢胞内縫合止血と外瘻

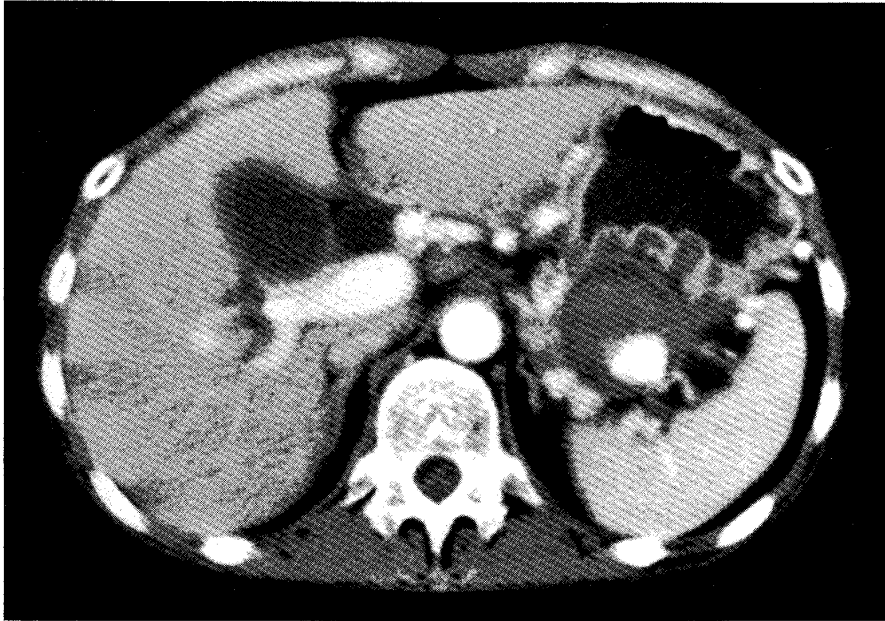


図2 腹部CT

脾尾部に約4cmの脾嚢胞があり、内部に造影剤の漏出が見られる。



図3 腹部CT

脾尾部に約9cmの脾嚢胞があり、造影剤の漏出がある。これまでの出血が層状に見られる。

術が望ましいとしている。Stabileら<sup>8)</sup>は脾切除の有無で死亡率に差はなく、脾切除は必ずしも必要ないとしている。しかし、Hamelら<sup>6)</sup>は嚢胞内

縫合止血術後に再出血などの合併症が多く、嚢胞を含めた脾切除を、Breslerら<sup>5)</sup>は脾尾部の嚢胞には脾切除、脾頭部のものには嚢胞内縫合止血、

ドレナージを勧めている。富岡ら<sup>4)</sup>は仮性動脈瘤の形成がなく、嚢胞壁からの出血で、嚢胞内に出血が限局していれば保存的治療でもよい可能性があるとしている。最近では、ステント留置などによるドレナージやソマトスタチン誘導体の投与で保存的に治療された報告も散見される<sup>12)</sup>。今後、膵仮性嚢胞内出血に対しては、このような保存的治療が増えていくものと予想されるが、再出血や感染の可能性があり、厳重な経過観察が必要と考えられる。膵仮性嚢胞出血に対して、急激な経過を取る場合は緊急手術の適応となるが、保存的治療やTAEで止血を試み、可能ならば嚢胞を含んだ膵切除を考慮したい。

今回の症例では動脈瘤は指摘されず、手術所見からも嚢胞壁からの出血だったが、保存的治療では止血されなかった。嚢胞は網嚢内を占拠しており、切除するとすれば膵尾部、脾に加え、胃や横行結腸を含む広範な切除が必要と考えられたが、嚢胞内で縫合止血が出来た。術後も再出血などの合併症なく経過し、患者の全身状態や手術侵襲も考慮した上で、嚢胞壁よりの出血例では嚢胞内縫合止血術があると考えられた。

### 参考文献

- 1) Anderson MC and Chapman WC: Pseudocyst of the pancreas, J. Howard, G. L. Jordan and H. A. Reber Surgical Disease of the Pancreas. LEA & FEBIGER, Philadelphia, 564 - 590 1987.
- 2) Bradley EL, Clements Jr. JL and Gonzalez AC: The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management. Am J Surg 137: 135 - 141 1979.
- 3) Sankaran S and Walt AJ: The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 62: 37 - 44 1975.
- 4) 富岡 勉, 田島義証, 井上啓爾: 膵仮性嚢胞内出血. 肝・胆・膵 33: 887 - 891 1996.
- 5) Bresler L, Boissel P and Grosdidier J: Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis: Surgical therapy. World J Surg 15: 649 - 653 1991.
- 6) El Hamel A, Parc R, Adda G, Boutrouf PY, Huguet C and Malafosse M: Bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms in chronic pancreatitis. Br J Surg 78: 1059 - 1063 1991.
- 7) 竹山宜典, 黒田嘉和: 膵仮性嚢胞の合併症とその対策. 胆と膵 22: 355 - 360 2001.
- 8) Stabile BE, Wilson SE and Debas HT: Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. Arch Surg 118: 45 - 51 1983.
- 9) Waltman AC, Luers PR, Athanasoulis CA and Warshaw AL: Massive arterial hemorrhage in patients with pancreatitis. Arch Surg 121: 439 - 443 1986.
- 10) Golzarian J, Nicaise N, Deviere J, Ghysels M, Wery D and Dussauesois L: Transcatheter embolization of pseudoaneurysms complicating pancreatitis. Cardiovasc Intervent Radiol 20: 435 - 440 1997.
- 11) Kiviluoto T, Kivisaari L, Kivilaakso E and Lempiinen M: Pseudocysts in chronic pancreatitis. Arch Surg 124: 240 - 243 1989.
- 12) 多田知子, 木村克巳, 野田 裕, 小林 剛, 伊藤啓, 菅原俊樹, 奥村浩二, 藤田直孝: 内視鏡的治療とソマトスタチン誘導体の併用が奏効した出血性膵仮性嚢胞の1例. Gastroenterological Endoscopy 43: 1181 - 1186 2001.

(平成16年2月5日受付)

[特別掲載]