

とともに胃静脈瘤の増大も確認された。胃静脈瘤破裂の回避を目的とし、80%の非部分塞栓術を実施。電子ラジアルEUSによるドップラーエコー評価でも血流流速の低下と側副血行路の減少も確認され一定の効果が期待された。外来通院経過観察を継続し、骨転移、多発肝転移の出現を認め再入院。胃静脈瘤は再燃し、7月に追加の非静脈瘤塞栓術を実施し、ほぼ完全塞栓となる。その後、閉塞性黄疸の出現もあり原疾患の進行にて8月に永眠された。左側門脈圧亢進による胃静脈瘤破裂はひとたび出血すると治療に難渋し、致死的な病態となる。膵癌における左側門脈圧亢進の所見である、CT上の非静脈閉塞、側副血行路の形成、EGDでの胃静脈瘤の出現について当科膵癌症例での検討と治療の介入についての考察を合わせて報告する。

7 臨床的に画像経過が追えた膵腺房細胞癌 (Acinar cell carcinoma) の1例

林 雅博・古川 浩一・和栗 暢生
 薛 徹・佐藤 宗広・相場 恒男
 米山 靖・杉村 一仁・五十嵐健太郎
 横山 直行*・大谷 哲也*・橋立 英樹**
 新潟市民病院消化器内科
 同 消化器外科*
 同 病理科**

症例は、60歳代男性。右下腹部腫瘍を主訴に受診し、Dynamic CTにて肝両葉に最大径15cmまでの多発肝腫瘍を認めた。CTでは他臓器に異常所見なく、上下部内視鏡検査も異常所見なし。血清AFP 354 ng/ml, L3分画93.5%と高値であったため、多発肝細胞癌と診断。背景肝は非B非Cで肝硬変はなかった。根治切除適応なく、肝予備能良好であったため、肝動注化学塞栓術 (TACE) の方針とした。計3回のTACEおよびアイエコー動注により肝腫瘍は著明に縮小した。初診から1年後のDynamic CTにて膵体部に26mm大の乏血性腫瘍を偶然指摘され、retrospectiveには発見時より2、6ヶ月前のEOB-MRIでも病変を指摘可能で経時的に増大傾向を示していた。血中

CEA, CA19-9は正常で、エラスターゼ1 > 5,000 ng/mlと高値を示し、MRCPおよびERCPでは主膵管に狭窄・拡張なく、ERCP時の膵液細胞診はclass IIIであった。EUSでは胃体部走査で膵体部に36mm大の低エコー腫瘍が指摘可能で、腫瘍辺縁は八つ頭状隆起を認めた。悪性疾患を否定できず予後規定因子となる可能性を考慮して手術治療の方針として、初診から1年2ヵ月後に膵体尾部切除術を施行。手術病理にて acinar cell carcinoma, sT3 (RP+) NOM0 f Stage IIIであった。Acinar cell carcinomaは稀な膵腫瘍であり、本症例は膵病変の出現までに偶然にも画像所見の経過が追えた貴重な症例と考えられ報告する。

8 主膵管内進展を伴う膵全体癌の1例

仲野 哲矢・黒崎 功・高野 可赴
 小海 秀央・皆川 昌広・滝沢 一泰
 高山 勝義

新潟大学大学院医歯学総合研究科
 消化器・一般外科学分野

膵内分泌腫瘍 (PNET) は膵腫瘍の数%を占め、中でも非機能性PNETは特異的症状を示す事が少ない。今回、膵全体を占拠したPNETの1例を経験したため報告する。

症例は77歳、女性。食欲不振から近医を受診し、膵癌の診断で当科紹介となった。CT上、膵は乏血性腫瘍で占拠され、SMV内の腫瘍栓とPV合流部での狭窄を認めた。またEUSでは膵全体の低エコー腫瘍と副乳頭への顔出しを認めた。FNAを施行し、腺房細胞癌 or PNETと診断された。経過から膵体尾部を原発とし、主膵管から緩徐に膨張性に発育した腫瘍と考えた。膵全摘を施行し、現在オクトレオチドによる補助療法を施行中である。永久標本ではNET G1, T4N1M0 stage IIIbであり、明らかな浸潤、遠隔転移を認めなかった。PNETの手術適応に関しては注意深い画像診断と病理学的診断が必要であると考えられた。