

いてはEUSが有用であったが、IDUS、EUSでの描出は困難で十分な評価ができたとは言い難かった。術前生検では低異型度腺腫が2例、高・低異型度腺腫が1例、腺腫内癌が1例であった。治療手技としては1例目のみ局注剤を用いたが、他の症例では局注剤を用いず、主にエンドカットにて切除を行った。術後の膵炎、胆管炎予防のため胆管ステント、膵管ステントを挿入した。約1週間後の切除面の確認時にステントを抜去した。合併症としては術中にわずかな出血を認めたが、スネア先端での凝固などで止血可能で、輸血を要する症例はなかった。胆管ステントを挿入しなかった1例で軽度の胆管炎を起こしたが、保存的に軽快した。乳頭部腫瘍に対するpapillectomyは症例を選択すれば安全に施行できると考えられ、また、全例スクリーニングの上部消化管内視鏡検査にて発見されており、可能な限り十二指腸乳頭部の観察を行うことが大切と考えられた。

11 良性胆道狭窄の治療成績

大谷 哲也・横山 直行・齋藤 英樹
片柳 憲雄・桑原 史郎・山崎 俊幸
狩俣 弘幸・長谷川智行

新潟市民病院外科

【目的】良性胆道狭窄の治療上の問題点を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】過去9年間の良性胆道狭窄37例を対象とした。成因は、術後胆管狭窄17例、慢性膵炎8例、Mirizzi症候群8例、その他4例(胆管炎1、胆管コレステロシス1、原因不明2)であった。術後胆管狭窄の初回手術は、胆嚢癌根治手術7例、胆石症に対する胆道再建術5例、DPPHR2例、PpPD2例、LC1例であった。良性胆道狭窄の分類はBismuth分類を用いた。

【成績】(1)術後胆管狭窄：胆嚢癌術後7例(type III：1、IV：5、V：1)中6例はPTBDを用いた経皮的アプローチで狭窄部拡張が施行された。他の1例は再吻合がなされた。胆石症術後6例(type II：4、III：1、IV：1)中5例は胆道再建術が施行された。Type IVの1例はPTBD後、

拡張術が施行された。PpPD後2例(type III)はPTBD後、拡張術が施行された。DPPHR後2例は胆道再建術が施行された。胆嚢癌術後の1例(type IV)は肝不全で死亡した。(2)慢性膵炎：8例中6例は胆管空腸吻合術、2例はPpPDが施行された。胆管狭窄の再燃はなかった。(3)Mirizzi症候群：8例中7例は、開腹で胆管形成及びT-tubeドレナージが施行された。他の1例は腹腔鏡手術が施行された。術後胆管狭窄はなかった。(4)その他：胆嚢炎が原因で左右肝管の狭窄が認められた症例は胆嚢癌と診断され、拡大肝右葉切除、肝外胆管切除が施行された。胆管コレステロシスは術中生検がなされた。原因不明2例中1例は胆管空腸吻合術が施行された。他の1例は後区域胆管の狭窄で空腸と吻合がなされたが、肝膿瘍を形成し肝後区域切除が再度施行された。

【結語】(1)良性胆道狭窄は発生部位、成因別に適切な治療方針を決定することで有効な治療が可能となる。(2)成因不明の症例では良悪性の鑑別が重要である。

12 異時性重複胆道癌の検討

横山 直行・土屋 嘉昭・野村 達也
中川 悟・薮崎 裕・瀧井 康公
梨本 篤・神林智寿子・佐藤 信昭
田中 乙雄

県立がんセンター外科

消化器癌術後に発生した異時性重複胆道癌について検討した。対象は胆道癌(胆嚢癌、胆管癌、十二指腸乳頭部癌)270例。異時性重複胆道癌は30例(11%)、内訳は胆嚢癌15例、胆管癌11例、乳頭部癌4例であった。先行消化器癌は、胃癌が最多(21例)であった。異時性重複胆嚢癌は、先行癌術後中央値20年と長期経過後に発見されていた。うち8例は、スクリーニング画像検査にてfStage I/IIで診断され、転帰良好であった。異時性重複胆管癌は、先行癌治療後中央値4年で診断されていた。全例が先行癌の経過観察中であったが、いずれも有症状で発見されfStage III以上の進

行例であった。異時性重複乳頭部癌のうち2例はスクリーニングの内視鏡検査で診断されていた。異時性胆道癌早期発見のためのサーベイランスのあり方について考察し、報告する。

Session IV 『脾腫瘍』

13 核出し得た脾 solid-pseudopapillary tumor の1例

小森登志江・新田 幸壽・内藤 真一
飯沼 泰史*・大谷 哲也**
新潟市民病院小児外科
同 救命救急センター*
同 外科**

症例は12才男児。空手の練習中に腹部を打撲し、翌日腹痛、食欲低下、嘔吐を認めた。受診先の病院で撮影した腹部CTにおいて脾頭部に直径約4cmのmassを認め、脾内血腫の診断で入院、保存的に加療された。入院後速やかに症状が改善し、退院。退院後、フォローアップCTを複数回撮影されたが、入院時に認めたmassは不変であったため、solid-pseudopapillary tumorの疑いで当科に紹介受診となった。腫瘍は画像上胆管脾管などを巻き込んでおらず、核出しが可能と考えられた。手術所見：脾頭部に直径4cm大の脾内腫瘍を硬く触知した。下方は十二指腸水平部、内側はSMVに接し、背側も薄い脾実質を介しており、ハーモニックスカルペルを用いて腫瘍を核出し得た。

術後、抗生剤と蛋白分解酵素阻害剤を用い、術後脾炎など合併症は無かった。経過順調で、術後11日目に退院。現在のところ再発は認められていない。

14 緊急手術を要した脾嚢胞性疾患の1例

松林 泰弘・五十嵐健太郎・横尾 健
滝沢 一休・米山 靖・池田 晴夫
相場 恒男・和栗 暢生・古川 浩一
月岡 恵・横山 直行*・大谷 哲也*
斉藤 英樹*・橋立 秀樹**

新潟市民病院消化器科
同 外科*
同 病理科**

症例は75歳女性。2006年4月、腹部膨満感が出現。腹部CTで脾尾部に接する10cm大の腫瘍を認め、5月10日当科入院。腫瘍の性状は多房性嚢胞性であり、一部充実性部分を伴うが主脾管の拡張はなく、脾粘液性嚢胞腫瘍が疑われ手術の方針となった。5月23日、腹痛が増強。腹部CT上、嚢胞破裂が疑われ緊急手術となった。開腹時、左横隔膜下主体に暗茶色の液体貯留を認め腫瘍の破裂と考えられた。明らかな播種性病変やリンパ節腫脹はなく、脾体尾部切除術・脾切除術が施行された。病理所見は腫瘍の大部分は粘液性嚢胞腺腫の像だったが、一部多発性に腺癌成分が認められた。嚢胞壁への浸潤はなく、腫瘍破裂は癌の被膜浸潤ではなく粘液貯留によるものと考えられた。脾粘液性嚢胞腫瘍の自然破壊は比較的まれと考え報告する。

15 糖尿病の悪化を契機に発見された分枝型IPMTの1切除例

摺木 陽久・黒岩 敬・佐藤 秀一
津田 晶子・山田 明*・阿部 要一*
西倉 健**

新潟医療生活協同組合木戸病院内科
同 外科*
新潟大学大学院医歯学総合研究科細胞機能講座**

近年、脾管内に粘液産生性の上皮が乳頭状に増殖する脾管内乳頭状粘液腫瘍(以下、IPMT)が、臨床的、病理学的に注目されています。今回、糖尿病の悪化を契機に発見された、分枝型IPMTの1切除例を経験しましたので、文献的考察を加え