

頭部に仮性動脈瘤を指摘され当院紹介となった。血管造影検査にて責任血管は前腓十二指腸動脈で、腹腔動脈は閉塞し、肝・胃・脾への血流は全て SMA より供給されていた。ASPD へのカニューレーションを試みるも蛇行が強く、断念し手術となった。開腹すると膵頭部の動脈瘤は 8cm 大で十二指腸を圧排していた。AIPD, ASPD を結紮し、エコーにて瘤への血流が消失したのを確認した。術後腹水を合併したが保存的治療にて軽快、現在前医にて経過観察されている。本症例は動脈硬化による血管の脆弱化の上に、腹腔動脈閉塞による上腸間膜動脈からの血流増大が加わり、動脈の破綻をきたしたと考えられた。

18 診断に苦慮した膵多血性腫瘍の 1 切除例

下田 傑・番場 竹生・高野 可赴
黒崎 亮・若井 俊文・白井 良夫
畠山 勝義
新潟大学大学院消化器・一般外科
学分野

症例は 60 歳代、女性。1988 年より難治性胃潰瘍にて近医通院していた。2002 年 3 月、空腹時ガストリン高値および腹部 CT で膵尾部に周囲造影効果を認める 15mm 大の嚢胞性腫瘍を認めたため、ガストリノーマが疑われ、2005 年 7 月精査加療目的のため当院紹介入院となった。腫瘍マーカー、ガストリン等膵内分泌ホルモンに異常を認めなかった。腹部 CT では、膵尾側に径 13mm および 5mm の辺縁が早期濃染を示し、中心部はゆっくりと造影される腫瘍を 2 個認め、多血性充実性腫瘍と判断した。腹部 MRI では、T1 で低信号、T2 で高信号を示し、造影後は背側寄りに小結節状の早期濃染が認められた。T2 高信号の大部分には造影効果は見られず、嚢胞と充実成分が混在した腫瘍と考えた。超音波内視鏡検査では、中心部高エコー、外に凸の嚢胞を認め、ERCP では膵管と嚢胞との交通を認めず、膵管内乳頭粘液性腫瘍は否定的であった。嚢胞変性を伴う非機能性膵内分泌腫瘍が最も疑われ、悪性腫瘍の可能性も否定できず、脾合併膵体尾部切除術を施行した。肉

眼標本で、腫瘍は透明感のある充実部と内部に漿液成分を含む嚢胞部に分かれていた。病理組織所見では線維性被膜で覆われた脾組織で、内部に上皮性組織で内腔が裏打ちされた 15mm 大の多嚢胞性嚢胞を認め、epithelial cyst を伴った膵内副脾と診断した。同疾患の報告は稀であるが、膵尾部に発生した嚢胞性腫瘍の鑑別疾患として挙げる必要があると考えられた。

19 I 型糖尿病に対する外科からの参画

佐藤 好信・山本 智・中塚 英樹
大矢 洋・小林 隆・渡辺 隆興
小海 秀央・滝沢 一泰・富山智香子**
宗田 聡*・平山 哲*
岩永みどり*・剣持 敬****
田村 紀子***・畠山 勝義
新潟大学大学院消化器・一般外科
学分野
同 第一内科*
同 医動物**
新潟市民病院***
国立千葉東病院****

【はじめに】I 型糖尿病に対する膵臓移植成績は格段の進歩を挙げており、糖尿病の根本治療として位置づけられつつある。しかし脳死移植が極めて困難な我が国においては、肝移植と同様大きな障壁であり、膵臓移植医療がなかなか普及しないのが現状である。このなかで生体膵臓移植は、I 型糖尿病に対する重要な治療法となりうるものと考えられる。ここでは我々が経験した合併症のない I 型糖尿病に対する生体部分膵臓移植を通して今後の膵臓移植を検討したい。

症例はレシピエント：インスリン暦 17 年、38 歳女性、Brittle 型で血糖コントロール困難、糖尿病性ケトアシドーシスにて 3 度意識消失経験あり。振動覚低下あるものの他の合併症なし。ドナー：64 歳男性（父）、75Gogtt 正常型。ドナー手術は、上腹部 L 字切開にて行い、膵体尾部脾合併切除を行った。切除膵は 50%，手術時間 4 時間 22 分、術後経過良好で、14 病日に退院した。レシピエント手術は下腹部正中切開にて行い、右腸骨