

出血源は十二指腸第二部、副乳頭対側に位置する2センチ大の粘膜下腫瘍であり局所切除を行い、術中病理検査を施行した。診断は壁内に迷入した組織から発生した高分化型腺癌であったため、膵頭十二指腸切除術を施行した。最終的な病理診断では十二指腸に発生した一部扁平上皮化生を伴う腺癌であり、周囲非癌部の腺管の状態から異所性膵から発生したものと考えられた。

異所性膵を原発とする膵癌の報告は稀であるため報告する。

33 肝炎症性偽腫瘍術後に膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸をきたし、膵臓癌と鑑別を要した自己免疫性膵炎の1例

中島 真人・鈴木 聡・三科 武
角南 栄二・大滝 雅博・神林智寿子
坂本 薫・松原 要一

鶴岡市立荘内病院外科

症例は67歳、男性、平成11年12月、右肝管癌の診断で肝右葉切除術を施行したが、組織診で肝炎症性偽腫瘍の診断を得た。13年2月黄疸を自覚。高ビリルビン血症、肝胆道系・膵酵素の上昇を認め、腹部CTで膵頭部の腫大と総胆管の高度な拡張、上腸間膜静脈の狭小化、ERCPでは15mmにわたり下部胆管の狭窄像を認めたため、膵頭部癌を強く疑った。胆管の内瘻化による減黄後手術を予定したが、腹部血管造影、膵液細胞診では異常を認めず、黄疸発症2ヵ月目のCTでは、膵頭部の限局した腫瘍影はやや縮小し、腎下部の大動脈も炎症性動脈瘤様の像を呈した。高γグロブリン血症を呈したため、自己免疫性膵炎による膵頭部腫瘍を強く疑い、4月19日からプレドニン40mgの内服治療を開始した。1週間後のCTでは、膵頭部の腫大が軽減したため、自己免疫性膵炎による変化と診断した。膵腫瘍に対しては、本疾患に対する十分な認識が必要であると考えられた。

34 非拡張膵管に対する膵管空腸吻合の工夫：膵管縦切による吻合口径差の是正

黒崎 功・畠山 勝義

新潟大学大学院消化器・一般外科

【目的】膵腸吻合の新工夫についてビデオにて呈示する。

【症例】症例は過去1年間に本法が施行された9例で、内7例は径2-4mmの非拡張膵管であった。

【手術手技】主膵管を膵実質より5-7mm程度を残して膵切離。再建はルーペを用い、主膵管の吻合口が扇状の形状を示すように、その腹側を3-4mm長に渡って縦切開した。膵管断端と空腸は6-0PDSを用いて全周8-12針にて結節縫合された。本来の膵管断端は後壁吻合に、切開した部分は前壁の吻合に用い、後壁の1針で膵管チューブを固定した。膵実質前後壁と空腸漿膜は5-0PDSにて結節縫合された。

【結果】全例、膵液瘻や腹腔内出血は認めなかった。

【まとめ】本法は膵管の吻合径を広げ、運針を確実・容易にする安全な膵腸吻合法であると思われた。

35 IV型 Budd-Chiari 症候群の生体肝移植における肝静脈再建の工夫

小海 秀央・佐藤 好信・山本 智
竹石 利之・渡辺 隆興・畠山 勝義

新潟大学大学院消化器・一般外科

54歳女性。肝硬変(非B非C)、IV型Budd-Chiari症候群に対し2002年9月17日左葉グラフトを用いた生体部分肝移植術施行。グラフトの中肝静脈・左肝静脈の共通幹の口径は20mmであったが、中肝静脈及び左肝静脈壁を切り込むことにより吻合口の口径を40mmに拡大した。従来の肝静脈は癭痕化により使用できないため、体外循環下に下大静脈と端側吻合にて再建を行った。術後肝静脈のflowは良好である。

Budd-Chiari症候群に対する肝移植では術後高率に肝静脈血栓を再発することが知られている。今回我々の施行した肝静脈吻合口形成術は肝静脈