

は、有効かつ安全な治療手技といえる。特に、憩室症例のESTでは極めて有効と考えられた。太い総胆管径の症例では、他の載石術との併用によりさらに確実な載石が可能と考えられた。

12) 無黄疸で検診を契機に発見された十二指腸乳頭部癌の1例

岸本 浩史・阿部 要一
安斎 裕・山田 明 (木戸病院外科)
佐藤 栄午・滝澤 英昭 (同 内科)

症例は、77歳男性で、症状は特になし。人間ドックの腹部超音波検査にて総胆管径 23.1 mm と拡張を指摘され、当院内科入院。PTCD が挿入され、胆管下端に全周性の狭窄を認めた。生化学検査では、ALP 396, γ -GTP 225 と胆道系酵素の上昇を認めたが、T-Bil 0.81 と黄疸はみられず、腫瘍マーカーも正常であった。内視鏡では、十二指腸乳頭部に2型の腫瘍を認め、生検で管状腺癌と診断された。幽門輪温存膵頭十二指腸切除術、R1を行い絶対治癒切除を施行しえた。肉眼的形態は腫瘤潰瘍型で大きさは3×2 cm、組織学的にはpanc1, d3, n(-)であった。検診時の腹部超音波検査は、十二指腸乳頭部癌の発見に有用と考える。

13) 胆嚢炎で発症し、急速に潰瘍型進行癌に発育進展した非露出型乳頭部癌の1症例

吉田 英春・中山 義秀
遠藤 雅裕 (県立加茂病院内科)
中村 茂樹・藤巻 宏夫
島田 寛治 (同 外科)

症例は65才女性、急性胆嚢炎による腹痛と発熱で入院。胆嚢総胆管結石合併はない。抗生剤で炎症は改善したが胆道系酵素の上昇と軽度総胆管拡張所見が遷延した。ERCPでは、乳頭はやや腫大、浮腫状であるも粘膜面は異常なく生検癌陰性であった。造影所見は胆管、膵管共不整狭窄や隆起性病変等腫瘍性病変は指摘できなかった。胆道系酵素はしだいに正常化した。約3カ月半後のERCP再検時乳頭に明らかな癌性潰瘍形成を認め、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。

病理診断は中分化型腺癌、25×15×12 mm, INF β , ly2, v2, pn2, panc2, d3, リンパ節は13a, 13b, 及びSMA根部に転移を認めずでStage IIIであった。1) 潰瘍形成型(de novo癌と思われる)の乳頭部癌は著しく進行が速いと推定される。2) 非露出型乳頭部癌(疑)の

経過は内視鏡による乳頭部の観察が重要不可欠である。
3) 経内視鏡的細径膵胆管鏡の開発、普及が望まれる。

14) 東洋医学と西洋医学の接点

福田 稔 (北越病院注射針科)
安保 徹 (新潟大学医動物)

我々は白血球が自律神経に支配されていることを報告してきた。そして多くの疾患は自律神経に影響されていることも明らかになった。すなわち難病といわれている疾患から腰痛、ガングリオン、魚ノ目、胃炎、痔等の疾患が、井穴刺絡法、漢方薬、グリチルリチン剤で、寛解および治癒の状態にすることが可能であることが分かってきた。

今回はアトピー性皮膚炎3例、自律神経失調症3例を、これら方法で治療した結果を報告したが、西洋医学と言われるものは、症状に合せ、投薬をくり返すためにこれら難治性の疾患に対しては薬漬けの状態を作り上げている。また悪性新生物に対しては切除すればことが済むと言う考え方は改めなければならない。その病因の本態を知ってこそ、治療法が確立されると私共は確信している。

15) 膵体部分節的切除を施行した腫瘍形成性膵炎の1例

平野謙一郎・篠川 主
香山 誠司・鰐淵 勉 (南部郷総合病院)
佐藤 巖 外科
山野 三紀 (新潟大学第一病理)
岩淵 三哉 (新潟大学医療技術短期大学部)

腫瘍形成性膵炎(tumor forming pancreatitis 以下TFP)に対し膵体部分節的切除を施行した症例を経験したので報告する。

症例は73歳男性。嘔気、食思不振を主訴に平成8年11月当院受診。腹部CTにて膵体部癌を疑われ入院。入院時身体所見に特記すべき所見は認めず。 γ -GTPとAmyが高値を示していたがその他特記すべき所見は認めず。画像診断では膵癌を疑う所見はなく、TFPを疑い平成9年1月手術施行。術中組織診断にてTFPと診断し、膵体部分節的切除術を施行した。術後病理診断では炎症細胞浸潤が主体で、慢性膵炎の所見は認められなかった。TFPは臨床上膵癌との鑑別が問題であり、その鑑別は画像診断を中心として試みられてきたがいまだその評価は定まっていない。TFPを膵癌と鑑別し過不足ない治

療をおこなうためには今後さらに術前診断技術の検討を必要とすると考えられる。また、TFP における腫瘍消失後の膵管狭窄に対する治療も必要であると考えられる。

16) 術前診断し得た微小膵癌の 1 例

橋本 雅彦	・土屋 嘉昭	
佐々木 壽英	・佐野 宗明	
田中 乙雄	・梨本 篤	(県立がんセンター)
筒井 光広	・牧野 春彦	(新潟病院外科)
椎名 真		(同 放射線科)
小越 和栄		(同 内科)
本間 慶一		(同 病理)

いわゆる膵管癌は診断時にすでに進行癌であることが多い。TS1 膵癌は TS2 以上の膵癌に比して予後は良いとされているが早期癌とは限らず、膵癌全体としての予後は他の消化器癌と比較しても依然として不良であり、膵癌治療成績の向上には早期発見が必要である。一般に腫瘍が小さい場合、腹部超音波検査や超音波内視鏡検査で膵癌の診断を行うことは困難なことが多く、また腹部超音波検査などの画像検査で腫瘍像が認められた症例では、たとえ 1 cm 以下の微小膵癌であっても遠隔成績は不良とする報告もある。しかし現状において、膵癌の治療成績の向上には、術前に各種画像診断を駆使し、できる限り早期に小膵癌を診断する必要があると考えられる。今回われわれは、術前診断し得た微小膵癌の 1 例を経験したので報告する。

17) カルシトニン産生膵ソマトスタチノーマの 1 切除例

須田 和敬	・杉本 不二雄	
関矢 忠愛	・斉藤 六温	(厚生連刈羽郡総合)
飯合 恒夫		(病院外科)
能沢 明宏	・中澤 俊郎	(同 内科)

術前診断できたカルシトニン産生膵ソマトスタチノーマの 1 切除例を報告する。

症例は 59 歳の女性で、主訴は下痢と体重減少であった。精査では血中ソマトスタチン 70 pg/ml, カルシトニン 5,550 pg/ml と高値を示し、腹部 CT で 10×7 cm 大の膵尾部腫瘍が指摘された。膵尾部、脾合併切除により、腫瘍は完全切除できた。切除標本は免疫組織学的にカルシトニン産生膵ソマトスタチノーマと診断された。術後

下痢は劇的に改善し、血中ソマトスタチン、カルシトニンも正常範囲内まで低下した。

カルシトニン産生膵ソマトスタチノーマは非常に稀な疾患で、現在までに 5 例の報告しかなく、本邦における報告例はない。

18) 診断に苦慮した肝腫瘍の 1 例

柳澤 善計	・村山 久夫	
真船 善朗		(信楽園病院内科)
大竹 雅広	・佐藤 攻	
清水 武昭		(同 外科)
岩渕 三哉		(新潟大学医療技術短期大学部)

60 才の男性。上腹部の圧迫感で近医を受診し、上部消化管造影検査で壁外性の圧排を認め、肝腫瘍を疑われ当科紹介された。超音波検査により、肝外側区域に直径 4 cm 大の低エコーの腫瘍が認められた。CT では低吸収域の腫瘍として描出され、造影にて周囲のみが濃染された。MRI では T1 で低信号、T2 でやや高信号の分葉状の腫瘍であった。他の消化管には原発となるような腫瘍を指摘できず胆管細胞癌と診断し、肝動脈造影を施行したところ腫瘍辺縁が濃染され、A-P shunt が存在した。手術所見では腫瘍は肝表面から垂れ下がるように発育し、横隔膜、胃漿膜に未分化癌の播種が見られ、stage IVB であった。組織学的には、未分化な腫瘍細胞が密に存在し、HE 染色のみでは診断がつかず、免疫組織染色で腫瘍細胞が CD31, Factor 8 に対して陽性になった事から血管肉腫と診断した。

特 別 講 演 I

「Cystadenoma-adenocarcinoma of the Liver and Pancreas : An Analogy」

ソウル大学校医科大学病理学講座教授

金 勇 一 先生

特 別 講 演 II

「消化管粘膜の炎症性病態と粘膜免疫機構」

東北大学大学院医学系研究科病理学講座教授

名 倉 宏 先生