

16) 膿瘍との鑑別が困難であった後腹膜腫瘍の1例

能澤 明宏・佐藤 高久 (厚生連刈羽郡総合
病院内科)
高桑 正道 (同 外科)
斎藤 六温 (同 放射線科)
石川 忍 (同 放射線科)

症例は、38才の男性。発熱と呼吸困難を主訴に来院。右胸腔と右横隔膜下膿瘍を認めた。左後腹膜に cystic pattern のエコー像をとり、CT 上 low density の腫瘍を認め膿瘍を疑った。ドレナージおよび抗生剤の投与により膿瘍および横隔膜下膿瘍はほぼ消失したが、左後腹膜腫瘍は、性状、大きさとも変化せず、エコー下穿刺にても吸引不能のため後腹膜腫瘍を疑い摘出術を行なった。腫瘍には太い神経が数本入りこんでおり、腫瘍組織は神経線維が錯走し散在性に神経節細胞の集団を認め、後腹膜神経節細胞腫と診断された。

17) 脾海綿状血管腫の1例

稲田 勢介・本間 明 (済生会新潟総合
病院内科)
尾崎 俊彦・宮川 隆 (同 外科)
相場 哲朗・川口 正樹 (同 外科)

症例：45歳男性。平成3年1月中旬頃から左季肋部の重圧感を認め来院。腹部単純X線 CT では脾臓は均一な density で、上極と下極に結節状の腫瘍を認めた。超音波検査では脾臓の下極に echogenic な結節を伴う 7.8 cm × 6.0 cm の充実性腫瘍を認めた。malignancy を否定できず、脾切除術施行。脾臓は 16 × 10 cm と腫大、上極と下極に、約 10 cm の腫瘍を2カ所認め、組織診断は、ともに海綿状血管腫であった。術前超音波で、脾上極の腫瘍を指摘できなかったため、切除した脾臓を水槽に入れ再検討した。下極の腫瘍は echogenic であったが、上極の腫瘍は腫大像のみであった。組織学的に、下極の腫瘍は血洞構造が明瞭であるのに対して上極の腫瘍は、血洞構造は殆ど見られず実質様であることが超音波像の相違の原因であると考えられた。

18) 画像上診断が困難であった脾腫瘍性病変の一切除例

早川 晃史・吉田 英毅 (南部郷総合病院
内科)
渋谷 隆・前田 裕伸 (同 内科)
市田 文弘 (同 内科)
篠川 主・鰐淵 勉 (同 外科)
佐藤 巖 (新潟大学第一病理)
岩淵 三哉 (新潟大学第一病理)

61才男性。心窩部痛にて受診。CEA 22.3 ng/ml、脾門部腫瘍性病変を指摘、CT；径 3 cm の辺縁不鮮明、類円形の低吸収腫瘍。造影にて被膜様の増強効果。Echo；中心低エコー、辺縁部は厚みのある、脾と同レベルエコー、最外周はやや高エコーの被膜様縁どり。Ga シンチ；あきらかな脾集積なし。血管造影；動脈圧排所見、実質相陰影欠損のみ。

腹腔内孤立性病変で膿瘍と転移性腫瘍の鑑別が困難であったが、手術施行。病理組織；被膜なく、中心壊死を伴う未分化型腺細胞癌。

脾は悪性腫瘍転移を起こしにくい臓器とされ、殊に孤立性脾転移はきわめてまれである。本例は術後22日目に亡くなったが、死後解剖をおこなえず原発巣の検索はできなかった。

19) 門脈圧亢進症例の門脈、食道静脈分水嶺の検討

—血管撮影による検討—

青野 高志・塚田 一博 (新潟大学第一外科)
加藤 英雄・長谷川 滋
佐藤 好信・杉本不二雄
中平 啓子・吉田 奎介
武藤 輝一 (新潟大学第一外科)

食道静脈瘤を有する門脈圧亢進症症例においても、門脈本幹は求肝性に流れる場合が多く門脈流域内に求肝性の門脈本幹と遠肝性の食道静脈瘤が存在することになる。この血行の分岐点を分水嶺と提唱し報告してきた。当科で経験した食道静脈瘤症例32例を対象として腹腔動脈造影 (CAG) と上腸間膜動脈造影 (SMAG) を検討し分水嶺の確認を試みた。左胃静脈は、CAG では16例50%に、SMAG では18例56%に確認され、CAG, SMAG で共に陽性であったのは9例で、3例は CAG で求肝性、SMAG で遠肝性を示す to and fro type であった。分水嶺の存在部位により、左胃静脈ないし後胃静脈が遠肝性に流れる門脈本幹流域型とそれらが求肝性または to and fro に流れる胃壁領域型とに分類すると、前者16例、後者13例であった。この分類は吐血歴や傍臍静