

## 巨大脾貯留嚢胞の1症例

本郷 かおり, 酒井 信光, 高屋 潔  
大槻 修一, 佐山 淳造, 森 洋子  
平泉 宣, 川岸 直樹, 平 幸雄  
長沼 廣\*, 矢島 義昭\*\*

### はじめに

脾嚢胞性疾患の画像診断において非腫瘍性嚢胞である仮性嚢胞と真性嚢胞の鑑別は困難な場合が多い。嚢胞の種類により治療法も異なるため、診断を確定することは重要である。今回我々は画像診断上、脾または脾嚢胞が疑われた巨大嚢胞の一症例を経験した。手術により脾嚢胞と判明し、病理組織学的には貯留嚢胞と診断された。若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

患者：26歳，男性。

主張：腹部膨満感。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：幼少時より精神遅滞を認め、18歳以後は抗てんかん薬を内服している。

現病歴：腹部膨満を主訴に近医を受診した。CTにて腹腔内に巨大嚢胞を認めたため、当院消化器内科へ紹介された。精査の結果、脾または脾嚢胞を疑われ手術のため当院外科へ転科となった。

現症：腹部膨隆，波動を認めるものの，圧痛は認めず，腫瘤は触知しなかった。

入院時検査成績：CEA 12.4 ng/ml (<5 ng/ml)と軽度上昇を認めたが，その他は正常範囲内であった。

腹部超音波像：内部均一な無エコー像を示す嚢胞性病変で脾臓と脾前面に接していた(図1)。

腹部CT像：22×18 cm大の巨大単胞性嚢胞

で、脾臓、脾臓の双方に接していた(図2)。

上部消化管造影：胃を上方へ、小腸を右方へ圧排し、Treitz 靭帯より左方には消化管は見られなかった(図3)。

血管造影：脾動脈の小分枝が脾門部から嚢胞へ向かっており、脾十二指腸動脈から嚢胞への分枝

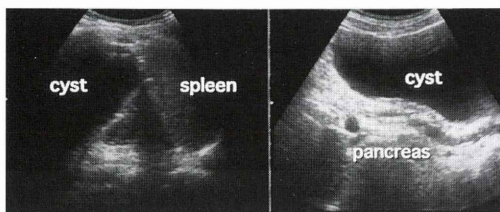


図1. 腹部超音波像

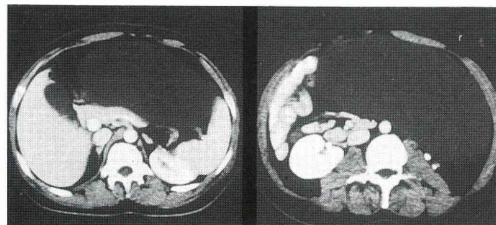


図2. 腹部CT像

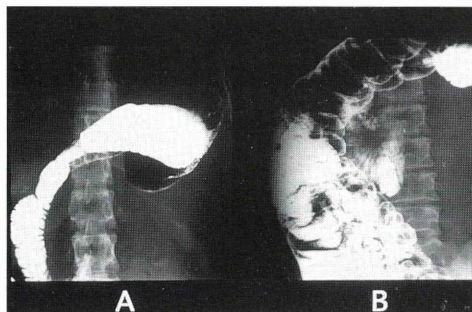


図3. 消化管造影

仙台市立病院外科

\* 同 病理科

\*\* 同 消化器科

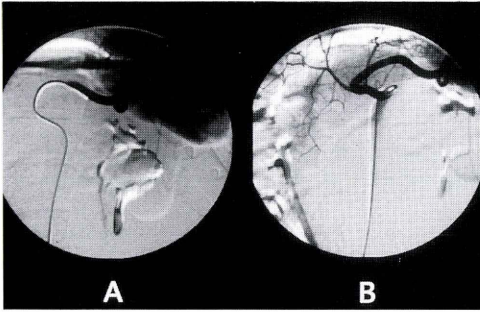


図4. 血管造影

は見られなかった (図4)。

手術所見: 開腹時、嚢胞は腹腔の大部分を占め、腸管は全て右方へ圧排されていた。嚢胞は大網に覆われており、大網や周囲組織から剝離していくと、膵尾部と強く癒着し、剝離不能であった。局所リンパ節の腫張は認めなかった。膵尾部合併切除を行い、嚢胞を摘出した (図5)。

摘出標本所見: 摘出した嚢胞は重量3,000 g

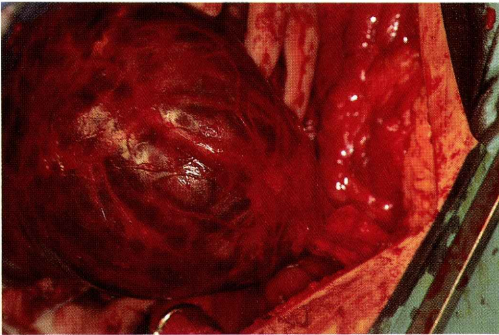
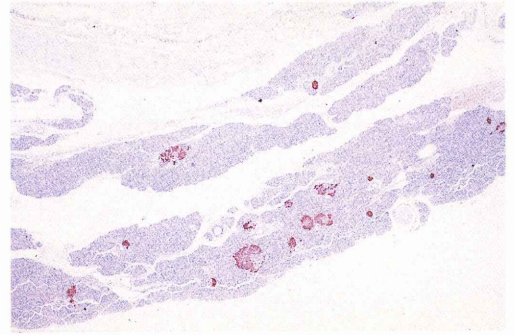


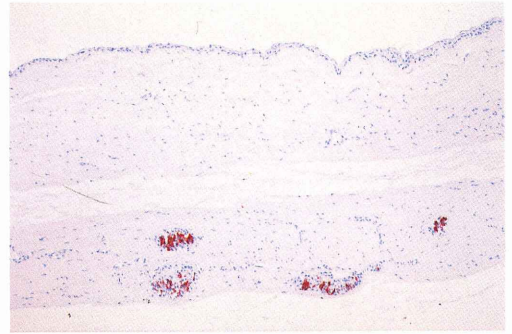
図5. 術中写真



図6. 摘出標本



A



B

図7. 嚢胞壁病理組織像

膵尾部附着部 (A) とそのほぼ反対側 (B) の嚢胞壁内にランゲルハンス島組織の遺残が認められる。

(インシュリン染色: DAKO 社)

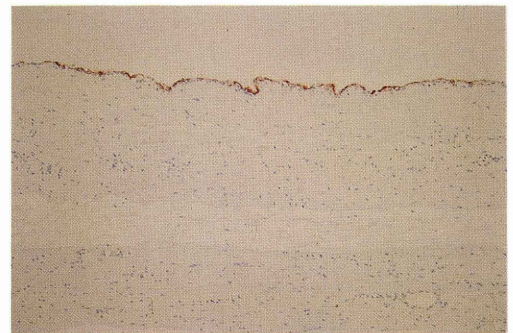


図8. 嚢胞上皮病理組織像

最内層の立方上皮細胞が抗 CEA 抗体による免疫組織染色陽性を示している。

(CEA 染色: MBL 社)

で、内容は將液性で嚢胞壁の重量は 300 g であった (図 6)。

**病理組織所見:** 嚢胞壁は主として結合組織から成っており、膵尾部と、数カ所の嚢胞壁内にはインシュリン染色陽性のランゲルハンス島組織の遺残、膵管の遺残が認められた (図 7)。また、嚢胞壁内面は膵管上皮と類似した単層又は多層性立方上皮で裏打ちされていた。上皮の層状構造が整然と保たれており、腫瘍性増殖像や異型細胞は認めなかったことから、膵貯留嚢胞と診断された。嚢胞液中のアミラーゼは 6,495 U/L、CEA が 63 ng/ml と高値であった。嚢胞壁を抗 CEA 抗体で免疫染色したところ陽性を示したことから、上皮細胞が CEA を分泌していたと思われた (図 8)。

**術後経過:** 手術後経過は順調で第 15 病日に退院した。半年後に外来を受診したが、CEA が 9.8 ng/ml と若干高値を示した以外、その他の異常を認めなかった。

## 考 察

膵嚢胞性疾患 (cystic lesions of the pancreas) は“膵肝系との交通は問わず、画像上 cystic lesion としてとらえられる膵の病的過程で生じた袋状構造物”を意味する臨床的カテゴリーとして理解されている<sup>1)</sup>。膵嚢胞の分類については、従来わが国では Howard (1960 年) の分類が主に用いられてきた。同分類は 1987 年に大幅な改訂<sup>2)</sup> が加えられ、また、さまざまな分類が独自に提案され、統一した見解は得られていないのが現状である。

膵貯留嚢胞は、その中でも非腫瘍性嚢胞で真性嚢胞に分類<sup>1)</sup> され、真性嚢胞の中では最も多い。一般に、慢性膵炎や膵癌などにより膵管の狭窄や閉塞が起り、膵液うっ滞が生じて末梢膵管が嚢状に拡張して形成されるが、本症例のごとく成因不明のこともある<sup>3,4)</sup>。辺縁および内腔は平滑な円形嚢胞で、単胞性のことが多いが多胞性のこともある。大きさは 2 cm 前後と小さいものが多い。組織学的には一層の立方～扁平上皮から成る。

本症例では嚢胞壁内にインシュリン染色陽性のランゲルハンス島組織、膵管の遺残を認めたことから嚢胞は膵管由来であると診断された。さ

らに、嚢胞内面は膵管系由来であると考えられる立方上皮によって層状構造を保って整然と裏打ちされていた。また、嚢胞内容液中アミラーゼも高値であったことから、最終的に、膵貯留嚢胞との診断に至った。

画像診断上、仮性嚢胞と真性嚢胞である先天性嚢胞・貯留嚢胞との鑑別は困難な場合が多く、本症例も術前に診断は出来なかった。一般に仮性嚢胞の径は貯留嚢胞に比べ大きい傾向にあり<sup>3)</sup>、仮性嚢胞は形成後、時間の経過したものは造影 CT で嚢胞壁の造影効果を認める。臨床的には膵炎、外傷などの臨床経過および血液アミラーゼの上昇などが認められれば仮性嚢胞と診断することは可能である。一方、貯留嚢胞は原因疾患である慢性膵炎や膵癌の画像所見である膵管拡張、膵実質の萎縮、膵石を伴うことが多い。

膵嚢胞の治療は、大きく内科的保存療法と外科的治療に分けられる。膵嚢胞は悪性新生物の可能性を考慮して、可能な限り摘除術を行うことが原則とされている<sup>5)</sup>。しかし、仮性嚢胞のように自然消失を認めるものもあることから、特に自覚症状がなく、診断も確定していない膵嚢胞に対する治療を決定するのは非常に難しい。内科的保存療法としては超音波ガイドに行う嚢胞の経皮的ドレナージや、内視鏡的瘻術がある。これらは嚢胞内容液をサンプリングして、それによって診断が可能となる利点がある。しかし、その手技による感染、出血、腸管穿孔、悪性細胞の腹膜播種の危険もある。外科的治療としては外瘻造設術、内瘻造設術、嚢胞摘出術、膵切除術などがある。

真性嚢胞に対する治療は、真性嚢胞は嚢胞内壁上皮を有していることから嚢胞を全摘することが原則で、嚢胞摘出術か、嚢胞を含めた膵切除術が行われる。真性嚢胞の中には腫瘍性嚢胞である嚢胞腺腫、嚢胞腺癌との鑑別が困難なものもあり、最終的には組織学的診断による場合が多い。そのため、組織学的に嚢胞壁上皮に乳頭状増殖を認める場合は悪性と同様に取り扱い外科的切除を行うべきであるという説が有力である<sup>5,6)</sup>。

本症例は腹部膨満を自覚し、嚢胞も巨大であったため手術が行われ、術後病理診断で膵貯留嚢胞

と診断された。嚢胞上皮内に乳頭状増殖や、組織異型を認めなかったことから、膵尾部合併切除を伴う嚢胞摘出術で治療としては十分であると思われた。

最近では、体外式超音波 (US) に加えて超音波内視鏡 (EUS), さらに内視鏡的逆行性胆管膵管造影法 (ERCP) と同時に管腔内超音波検査法 (IDUS) を行うことにより嚢胞の質的診断<sup>7)</sup>が可能となり、同時に治療も行うことができるようになってきた。EUS 下に病変を穿刺し、嚢胞液を採取して悪性か良性かの診断を行い、同時に、内視鏡的ドレナージにより嚢胞を縮小させる。悪性が疑われれば外科的治療を行い、そうでなければ内科的治療により嚢胞の縮小化、消失を経過観察する<sup>8,7)</sup>。

一方、術前に嚢胞内容液から質的診断をしようという試み<sup>8,9)</sup>が報告されている。細胞診に加えて、CEA, CA15-3, CA72-4, CA19-9 などの腫瘍マーカーや、アミラーゼ、リパーゼなどの酵素の嚢胞液中濃度を測定することにより仮性嚢胞、漿液性嚢胞腺腫、粘液性嚢胞腺腫、粘液性嚢胞腺癌などの鑑別を行うというものである。本症例においては嚢胞内容液中の CEA 値が比較的高値を示し、免疫染色でも嚢胞壁に CEA が染色され、嚢胞壁が CEA を分泌していたと考えられる。これまでの報告によれば、嚢胞液中 CEA が高値を示す場合は悪性が疑われるとのことである<sup>8,9)</sup>。しかし、高値とする基準は様々で 50 ng/ml 以上を有意とする施設もあれば 500 ng/ml 以上を有意とするところもある。本症例での CEA 上昇は 63 ng/ml と軽度で、仮性嚢胞例でも数百 ng/ml まで

上昇する<sup>8,9)</sup>ことが知られているので鑑別診断上の意義は乏しい。

## おわりに

本症例の嚢胞の大きさは 22×18 cm と貯留嚢胞としては極めて大きく、比較的稀であると考え報告した。

## 文 献

- 1) 黒田 慧 他: 膵嚢胞性疾患の病型分類と経過. 消化器外科 **19**, 1653-1663, 1996.
- 2) Howard, T.M. et al.: Surgical disease of the pancreas. p.540, Lea & Febiger, Philadelphia, 1987.
- 3) 岡田安郎 他: 膵嚢胞性疾患の画像診断. 消化器外科 **19**, 1665-1675, 1996.
- 4) 黒田 慧 他: 膵嚢胞の概念と分類. 医学のあゆみ **144**, 375-379, 1988.
- 5) 竹本忠良 他: 膵嚢胞の治療方針. 胃と腸 **21**, 755-783, 1986.
- 6) 山本正博 他: 膵仮性嚢胞の治療. 消化器外科 **19**, 1703-1710, 1996.
- 7) 早川真也 他: 膵嚢胞性疾患の鑑別診断と治療. 消化器外科 **19**, 1677-1687, 1996.
- 8) Kent, B.L. et al.: Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of cysts. A new approach to the preoperative assessment of pancreatic cystic lesions. A.J.R. **164**, 815-819, 1995.
- 9) Pascal, H. et al.: Preoperative cyst fluid analysis is useful for the differential diagnosis of cystic lesions of the pancreas. Gastroenterology **108**, 1230-1235, 1995.