

—症例から学ぶ—

腓仮性嚢胞内出血

相本 隆幸 田尻 孝 内田 英二 中村 慶春
勝野 暁 張 一光 川本 聖郎

日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学

Bleeding Pseudocyst of the Pancreas

Takayuki Aimoto, Takashi Tajiri, Eiji Uchida, Yoshiharu Nakamura,
Akira Katsuno, Kazumitsu Chou and Masao Kawamoto

Surgery for Organ Function and Biological Regulation, Nippon Medical School Graduate School of Medicine

Abstract

A 55-year-old man was admitted to our hospital to evaluate a large pseudocyst. Computed tomography showed a 5-cm pseudocyst filled with contrast medium in the head of the pancreas, and color Doppler ultrasonography revealed high-velocity pulsatile flow inside the cyst. Celiac angiography confirmed bleeding from the superior anterior pancreaticoduodenal artery into the cyst. Pancreaticoduodenectomy was performed. Pathologic examination showed a thick-walled pseudocyst filled with clots. The postoperative course was uneventful. Five years after the operation, the patient remained free from bleeding. Bleeding from pancreatic pseudoaneurysms may cause sudden death in patients with chronic pancreatitis, therefore, this entity should be borne in mind, and prompt treatment is of utmost importance in cases of major bleeding.

(日本医科大学医学会雑誌 2006; 2: 47-49)

Key words: bleeding pseudocyst, pancreatic pseudoaneurysm, false aneurysm, chronic pancreatitis

はじめに

腓仮性嚢胞は、慢性膵炎の経過中にしばしば合併する。腓仮性嚢胞の合併症には膿瘍形成、穿孔、出血などが知られており、その中でも腓仮性嚢胞内出血は重篤な病態であり、急速に致命的な経過をたどることもあることから早期診断と迅速な対応が必要となる。

症例

症例は55歳、男性。10年前よりアルコール性肝炎と診断され近医に通院中であったが、5年前から慢性膵炎および腓仮性嚢胞を併発し入退院を繰り返していた。今回、糖尿病を合併したため加療目的にて入院となったが、入院後の腹部超音波検査で仮性嚢胞の急速な増大を認めたため、精査加療目的にて当科へ転院となった。入院時、貧血や黄疸はみられず、腹部の理学



図1 腹部CT検査



図2 ドップラーエコー検査



図3 腹部血管造影検査

的診察でも特記すべき所見は認めなかった。入院時検査所見ではGOT 100 IU/l, γ -GTP 466 IU/lと肝機能障害を認め、空腹時血糖 185 mg/dlと耐糖能異常がみられたが、血清アミラーゼやその他の検査所見は正

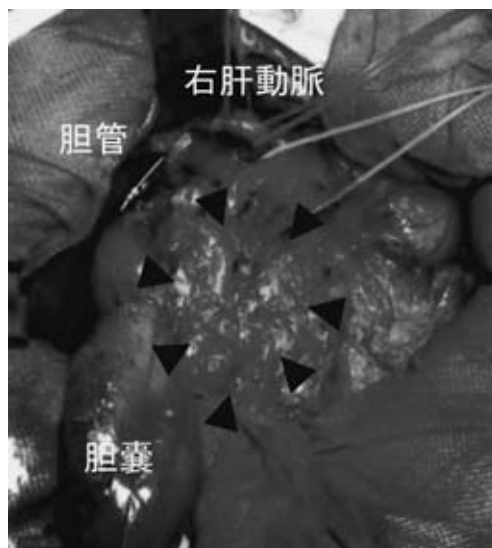


図4 術中写真

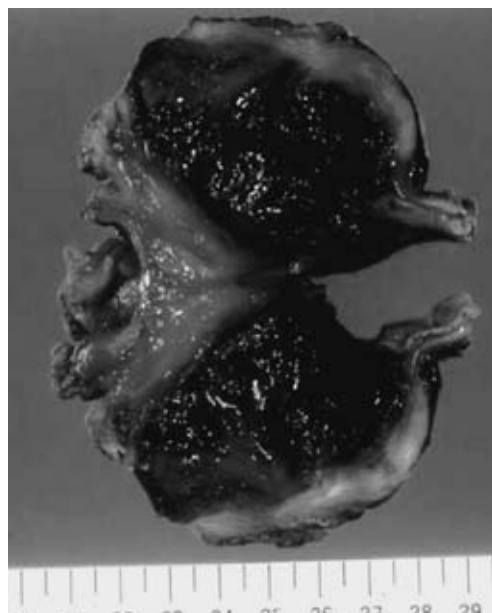


図5 摘出標本

常範囲内であった。入院後の腹部造影CT検査では膵頭部に嚢胞性病変を認め、その一部に造影剤流入による貯留像がみられた(図1)。さらにドップラーエコー検査を施行したところ、膵頭部の嚢胞内に血流を認めた(図2)。このため、引き続き血管造影検査を施行し、前膵十二指腸動脈より造影剤が嚢胞内にジェット状に噴出する血管外漏出像と貯留像を認めた(図3)。以上より、膵仮性嚢胞内出血と診断した。第一に動脈塞栓術(TAE)を考慮したが止血効果が不十分との判断もあり、さらに入院後急速に黄疸および十二指腸狭窄症状が出現していたため手術を施行した。開腹す



図6 病理組織写真（ルーベ像）

ると、膵頭部に5×5 cm大の弾性硬の腫瘤を触知し（図4）、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術にて嚢胞を含めた膵切除術を施行した。切除標本では嚢胞内に凝血塊が充満し、隣接する十二指腸は狭窄を呈し、一部で穿破していた（図5）。病理組織学的には嚢胞内に血管構築や上皮成分を認めず、膵組織は慢性膵炎像を呈していたため（図6）、慢性膵炎に続発した膵仮性嚢胞内出血と診断した。術後経過は良好で軽快退院となったが、5年後に他病死するまで仮性嚢胞内出血の再燃はみられなかった。

考 察

膵仮性嚢胞は急性あるいは慢性膵炎の20%前後にみられる合併症であり、また膵仮性嚢胞内出血はその10%程度にみられる病態である。また、膵仮性嚢胞内出血は死亡率が25~40%に達する致死的合併症であり、実際に急激な経過を辿り不良な転帰に至る症例が少なくないため、その早期診断と迅速な対応はきわめて重要となる。

嚢胞内出血の機序として、Greensteinら¹は嚢胞内の膵酵素が胆汁逆流や感染により活性化し、嚢胞壁の小血管に糜爛をきたすためとし、Bardenheierら²は膵の炎症が動脈に直接波及して偽動脈瘤を形成し、これが嚢胞内へ破綻する結果生ずるものと報告している。本症例は嚢胞近傍に位置する前膵十二指腸動脈が浸食され嚢胞内へ出血したものと考えられる。

嚢胞内出血の臨床像には、①嚢胞内出血にとどまるもの、②腹腔内出血をきたすもの、③胃・十二指腸・結腸などに穿破し消化管出血をきたすもの、④胆道や膵管内に穿破し Vater 乳頭を介して消化管出血をきたすもの（hemorrhage pancreaticus）などがある。本症例では嚢胞内出血にとどまっていたものの、放置

されれば十二指腸へ完全に穿破し消化管出血に至る可能性が高かったものと思われる。

膵仮性嚢胞内出血の診断に関しては Greenstein ら¹が、①仮性嚢胞由来と思われる腹部腫瘤の急速な増大または出現、②膵仮性嚢胞と思われる腫瘤上での血管性雑音の聴取、③消化管出血をおこした場合、④急速な Ht 値の低下、を診断基準として挙げている。しかし、この診断基準がすべての症例にあてはまるとは限らず、近年では画像診断の診断能がむしろ高いと考えられている。超音波検査では嚢胞内血液の乱流が確認され、ドップラーエコーでは嚢胞内出血を描出できる場合もある。また、造影 CT 検査で嚢胞内への造影剤流入による腫瘤濃染像がみられれば診断はほぼ確定的となる。また、最も重要な検査は選択的血管造影検査であり、出血源となる血管の同定には極めて有用である。実際に本症例ではドップラーエコーで嚢胞内出血が検出され、血管造影検査で出血源の血管同定が可能であった。

膵嚢胞内出血の急性期治療は近年、動脈塞栓（TAE）に代表される Interventional Radiology（IVR）が選択されることが多く、緊急出血時や poor risk 症例ではとくに first choice と考えられる。一方、poor risk 例に対し、嚢胞切開、止血術に加え嚢胞消化管吻合術を施行した報告もみられるが、術後再出血など問題点も多い。さらに TAE 困難例や TAE 後再出血例も少なからず存在するため、膵嚢胞内出血に対しては嚢胞を含めた膵切除術が最も理想的と考えられる。本症例では、TAE も考慮されたが、黄疸や十二指腸狭窄が急速に出現したため幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。摘出した標本で一部に十二指腸への穿破を認めたことから嚢胞を含めた膵切除が最も適切な治療法と考えられた。

診断のポイント：膵仮性嚢胞の経過観察の際は膵仮性嚢胞内出血を常に念頭におくべきである。また、実際の診療にあたっては早期診断と迅速な治療が重要である。

文 献

1. Greenstein A, DeMaio EF, Nabseth DC: Acute hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts. Surg 1971; 69: 56-62.
2. Bardenheier JA, Quintero O, Barner HB: False aneurysm in a pancreatic pseudocyst. Ann Surg 1970; 172: 53-55.

（受付：2005年12月5日）

（受理：2005年12月15日）