●〈症例〉

膵管門脈瘻を併発した 慢性膵炎の1例

遠藤智広¹⁾ 長久保秀一 尾城啓輔 諸星雄一²⁾芳沢茂雄¹⁾ 原 由里子 坂口哲章³⁾ 今枝博之⁴⁾小松弘一¹⁾ 今村 清子²⁾

¹⁾横浜市立市民病院／消化器科, ²⁾同／がん検診センター, ³⁾坂口
医院, ⁴⁾横浜市立市民病院／内視鏡センター

〔Key Words〕慢性膵炎, 合併症, 瘻孔

和文要旨

75歳, 男性。慢性膵炎の経過中に心窩部痛が出現し, 慢性膵炎の急性増悪と診断し保存的治療を行った。その後ERCPにて膵管, 仮性膵嚢胞の描出に続き門脈系の血管が描出され, 膵管門脈瘻と診断, 仮性膵嚢胞が門脈系に穿破したものと考えた。その後も保存的治療を続け, 症状・血清アミラーゼ値の改善を認めた。

症 例

患者: 75歳, 男性。

主訴: 腹痛。

既往歴: 1995年頃十二指腸潰瘍。

飲酒歴: ウイスキー水割り 3杯/日程度。

現病歴: 高血圧, 高脂血症, 痛風にて当院内科に通院中。時折心窩部痛が出現し, 自然軽快していた。2005年8月4日当院内科に定期受診した際, 血清アミラーゼ4,389IU/lと著明な高値を認め, 9日当科に初診。腹部造影CT上膵石, 門脈血栓を認め, 慢性膵炎と診断。

Fig. 2 ERCP. Dilated main pancreatic duct (arrow), pseudocyst and splenic vein (arrow head) are filled with contrast medium.

自覚症状はなく, 血液検査上肝不全の徴候も認めなかった。禁酒を指導, メシル酸カモスタットを処方し外来にて経過観察した。その後血清アミラーゼ値は低下を認めず, 腹部造影CTでは門脈血栓の門脈本幹への増大, 側副血行路の発達を認めた。17日心窩部痛, 発熱が出現。20日当科外来に受診し, 慢性膵炎の急性増悪を疑い入院した。

入院時現症: 身長157cm, 体重52.6kg, 体温36.6℃, 脈拍100/min, 血圧128/60mmHg, 腹部平坦・軟, 心窩部に圧痛あり, 反跳痛・筋性防御なし。

入院時検査結果: 血算; WBC 10830/mm³, Hb 8.9g/dl, Plt 18.6万/mm³, MCV 94.3fl, MCHC 32.2% 生化; T-Bil 0.5mg/dl, γ -GTP 192 IU/l, AST 45 IU/l, ALT 19 IU/l, ALP 566 IU/l, LDH 459 IU/l, AMY 3,106 IU/l, BUN 19.1 mg/dl, CRN 1.21mg/dl, Na 144mEq/l, K 4.6mEq/l, Cl 110mEq/l, CRP 23.2mg/dl, PST I 112.7ng/ml, エラスターゼ I 18,059ng/dl。

入院後経過: 入院後禁飲食, 保存的治療を開始。血清アミラーゼの高値は続いたが症状, 炎症反応の改善

Fig. 1 Clinical course. Body temperature rises after starting take diet.

Fig. 3 ERCP. Portal vein (arrow head) and bile duct (arrow) are filled with contrast medium.

を認めたため食事を再開したところ、再び腹痛、発熱が出現(**Fig. 1**)。炎症反応も上昇を認めた。また腹部CTでは門脈血栓の増大を認めた。血清アミラーゼの高値が続くため、さらなる精査のため10月20日ERCP(**Fig. 2,3**)を施行した。膵管の描出に続き仮性膵嚢胞、門脈、脾静脈、上腸間膜静脈が描出され、膵管と門脈系の交通が判明した。直後に撮影したCT(**Fig. 4**)では造影剤の貯留を認め、血管内の血流の消失を確認した。外科的治療による瘻孔の閉鎖は側副血行路の発達により術中の出血の危険が高く困難であると判断した。膵管内圧の減圧のために主膵管へのステント挿入、膵頭部主膵管の膵石除去などの内視鏡的処置も検討したが、腹部レントゲン写真上造影剤の貯留を認めず、膵液の排泄は良好であると考え、引き続き禁食、膵酵素阻害剤の点滴投与にて保存的治療を継続した。経過中に吐血、下血を認めたが上部内視鏡検査ではVater乳頭部を含め明らかな出血点を認めなかった。その後症状、血清アミラーゼ値の改善を認め、食事の再開後も増悪はなく、12月27日退院した。以後当科外来にて経過観察を続けているが、2006年7月現在まで症状、検査値の増悪を認めていない。

考 察

本例では門脈血栓により器質化した門脈系に、慢性膵炎に伴い生じた仮性膵嚢胞が穿破し、交通が形成されたものと考えた。膵管と門脈系に交通を生じた症例報告は、検索し得た限りでは15例の報告があった¹⁻³⁾。合併症としては門脈系の血栓(10例)、消化管出血(7例)、皮下脂肪壊死(6例)、敗血症(4例)、骨壊死(2例)などであった。治療としては外科的手術が6例に

Fig. 4 CT scan immediately after ERCP. Contrast medium was retained in pancreatic duct, splenic vein (arrow) and portal vein (arrow head).

施行され、全例で症状・検査値の改善を認めた。死亡例は5例報告され、ショックによる多臓器不全(4例)、大量の消化管出血(1例)によるものだった。

本例では経過中に吐血・下血を認めており、膵管門脈瘻からの出血の可能性が高いと考えた。本例は保存的治療にて瘻孔が自然閉鎖し症状、血液検査結果が改善したと考えた。過去の報告を考慮すると難治性、生命に危険を来たした場合は手術による瘻孔閉鎖を考慮するべきと考える。

文 献

- 1) Zeller M, Harry HH: Rupture of a pancreatic cyst into the portal vein. JAMA 195; 869-871, 1968.
- 2) Steenberg WV, Ponette E: Pancreatic portal fistula. Gastrointest Radiol 15: 299-300, 1990.
- 3) Procacci C, Mansueto GC, Graziani et al: Spontaneous rupture of a pancreatic pseudocyst into the portal vein. Cardiovasc Intervent Radiol 18: 399-402, 1995.

A case of pancreatic duct-portal vein fistula with chronic pancreatitis

Tomohiro Endo ¹⁾	Shuichi Nagakubo
Keisuke Ojio	Yuuichi Morohosi ²⁾
Shigeo Yoshizawa ¹⁾	Yuriko Hara
Tetsuaki Sakaguchi ³⁾	Hiroyuki Imaeda ⁴⁾
Hirokazu Komatsu ¹⁾	Kiyoko Imamura ²⁾

¹⁾Division of Gastroenterology, ²⁾Center of Cancer Detection, Yokohama Municipal Citizens Hospital, ³⁾Sakaguchi Clinic, ⁴⁾Center of Digestive Endoscopy, Yokohama Municipal Citizens Hospital.