●〈症例〉

消化管出血が診断契機となり 動脈塞栓術により治療し得た hemosuccus pancreaticusの1例

室井 歩¹⁾ 港 洋平¹⁾ 石橋史明¹⁾ 上山俊介¹⁾
 外山雄三¹⁾ 村松雄輔¹⁾ 宮本勇治¹⁾ 間野真也¹⁾
 古本洋平¹⁾ 村山巖一¹⁾ 堀内亮郎²⁾ 浅野 徹¹⁾
 佐崎なほ子¹⁾ 忠願寺義通¹⁾ 藤木和彦^{1)*}

¹⁾東京都立墨東病院／内科 ²⁾同／内視鏡科

*Corresponding author: kazu-7426@jcom.home.ne.jp

〔Key Words〕 脾仮性嚢胞内出血, hemosuccus pancreaticus, 経カテーテルの動脈塞栓術

症 例

患者：62歳，男性。

主訴：吐血。

既往歴：32歳・61歳時，胃潰瘍。

喫煙歴：20本/日×40年間。

飲酒歴：ウイスキー500ml/日。

現病歴：2012年8月上旬より全身倦怠感と労作時の息切れ，黒色便を認めた。来院前日嘔吐とともに吐血を認め，翌日全身倦怠感が持続したため受診した。

入院時現症：意識清明，体温36.5℃，心拍数70/分・整，血圧157/85mmHg。眼瞼結膜蒼白，眼球結膜黄染なし。呼吸音・整，心雑音聴取せず。腹部平坦・軟，圧痛なし，反跳痛なし。肝脾を触知しなかった。

入院時血液検査所見：RBC $148 \times 10^4/\mu\text{l}$ ，Hb 3.6g/dl，Ht 12.5%，MCH 24.3pg，MCHC 28.9%と著明な小球性低色素性貧血があったが，Bun 18mg/dlと上昇は認めなかった。また， γ -GT 102U/l，Amy 227U/lと上昇がみられた。

上部消化管内視鏡検査：胃と十二指腸下行部に新鮮な凝血塊を認めたが，出血源は明らかではなかった。

入院後経過：入院後，貧血に対して濃厚赤血球を輸血した。翌日上部消化管内視鏡検査を再検し，十二指腸下行部まで観察したが，出血源を同定できなかったため，第2病日に腹部dynamic CTを撮影した。脾実質の萎縮，脾石を認め，慢性脾炎を示唆する所見であった。脾体部に6 cm，脾頭部に2.5cmの嚢胞を認め，脾頭部の嚢胞内には血腫を思わせる高吸収域を伴っていた（Fig. 1）。活動性の出血がなかったため，経過観察とし，経口摂取を開始した。第5病日に再度貧血の進行を認めたため，十二指腸内視鏡検査を施行した。胃内に活動性の出血はなく，主乳頭部から赤褐色の分

Fig. 1 A cyst about 2.5 cm diameter is seen within the head of the pancreas. There is a hematoma inside the cyst.

Fig. 2 The gastroduodenal artery's wall is irregular (arrowheads) particularly at the junction with the pseudocyst at the head of the pancreas.

泌物流出があり，脾胆道系からの出血を疑った（Color 1）。dynamic CTを再検し，脾仮性嚢胞辺縁部の胃十二指腸動脈壁が一部不整であり，炎症の波及による変化と考えられた。仮性動脈瘤は明らかではなく，CT撮影時点では造影剤の血管外漏出はなかったものの，内視鏡所見と併せてhemorrhagic pancreaticusと

Fig. 3 The gastroduodenal artery is displaced cranially by the cyst in the head of the pancreas. Gastroduodenal artery's wall is irregular (arrowheads).

判断し、翌第6病日に経皮的動脈塞栓術を行った。腹腔動脈造影では、胃十二指腸動脈が脾仮性嚢胞により頭側へ圧排されるとともに、嚢胞壁に接する胃十二指腸動脈に一部壁不整があり(**Fig. 2**)、出血部位と考えコイル塞栓を行った(**Fig. 3**)。第8病日に再度腹部CTを撮影し、脾頭部嚢胞内の血腫の縮小を確認した。経皮的動脈塞栓術施行後は飲食開始後も貧血は進行せず、第10病日に退院し、以降再発なく外来通院中である。

考 察

Hemosuccus pancreaticus(以下、HP)は脾仮性嚢胞内の出血が、脾管を通り主乳頭から流出する疾患であり、上部消化管出血や下血を症状として発症する。脾仮性嚢胞内出血は、1931年にLowerらにより初めて報告¹⁾され、1970年にSandblomらにより初めてhemosuccus pancreaticusの表現が使用された²⁾が、診断は困難であり、主乳頭からの出血が肉眼的に確認できる例は少ないとされる。

医学中央雑誌にて「hemosuccus pancreaticus」で検索した143例のうち、症例の詳細が得られた46例において、内視鏡的に主乳頭からの出血を確認したことが診断の契機となった例は27例(58.6%)であった。他は上部消化管内視鏡検査で直接主乳頭からの出血を確認できず、十二指腸内に出血があったことから臨床判断をした例が7例(15.2%)、造影CTでの診断が4例(8.6%)であった。また腹部超音波検査カラードプラーでの診断が1例あった。出血性十二指腸潰瘍として手術治療が行われた症例の報告があり、上部消化管出血において出血源が明らかでない場合にもHPも考慮し、十二指腸内視鏡による主乳頭部の観察が重要であることが示唆された。

脾仮性嚢胞内出血は自然吸収による止血率は8～20%程度³⁾と低く、適切な治療が必要である。治療法としては、外科的切除、血管塞栓術がなどの報告があ

るが、今回施行した血管塞栓術は、確定診断のための血管造影に引き続き施行可能であり、奏効率は67～100%と報告されている⁴⁾。

今回、消化管出血が診断契機となり、動脈塞栓術により適切に治療し得たHPの1例を経験した。

文 献

- 1) Lower WE, Farrell JI : Aneurysm of the splenic artery : report of a case and review of the literature. Arch Surg 23 : 182—190, 1931.
- 2) Sandblom P : Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. Ann Surg, 171 : 61—66, 1970.
- 3) 小野寺誠, 藤野靖久, 井上義博, 他 : 異なる病態をとった脾仮性嚢胞出血の2例. 日消誌, 103 : 1280—1287, 2006.
- 4) 齊藤 真, 蓮見佳三, 峯 徹哉 : 脾仮性嚢胞内出血に対して経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)が有効であった1例. 脾臓, 18 : 29—34, 2003.

(カラーは20頁に掲載)

A case of pancreatic pseudocyst hemorrhage caused by hemosuccus pancreaticus and treated using arterial coil embolization

Ayumi Muroi ¹⁾	Yohei Minato ¹⁾
Fumiaki Ishibashi ¹⁾	Shunsuke Ueyama ¹⁾
Yuzo Toyama ¹⁾	Yusuke Muramatsu ¹⁾
Yuji Miyamoto ¹⁾	Shinya Mano ¹⁾
Yohei Furumoto ¹⁾	Minekazu Murayama ¹⁾
Takao Horiuchi ²⁾	Toru Asano ¹⁾
Nahoko Sazaki ¹⁾	Yoshimichi Chuganji ¹⁾
Kazuhiko Fujiki ^{1)*}	

Pancreatic pseudocyst hemorrhage—one of the complications of pancreatitis—is a clinically severe condition, and early diagnosis and appropriate treatment are necessary.

A 62-year-old man with heavy alcohol intake was examined by esophagogastroduodenoscopy (EGD) but no obvious bleeding site was detected. Anemia progressed during follow up and an abdominal CT-scan was performed. Two pancreatic pseudocysts were detected—the one, located at the head of pancreas, showed homogeneous high density, indicating hemorrhage pseudocyst. The patient was again monitored as no active bleeding was suspected; however the anemia worsened. A second EGD was performed and on this occasion red-brown discharge was detected emerging from the orifice of major duodenal papilla. At this point, a diagnosis of hemosuccus pancreaticus caused by pancreatic pseudocyst hemorrhage was made. The gastroduodenal artery was determined by CT angiography to be responsible for the bleeding, and arterial coil embolization was performed. The patient recovered well and no progressive anemia was seen after treatment.

¹⁾Department of Internal Medicine, ²⁾Department of Endoscopy, Tokyo Metropolitan Bokutoh Hospital

*Corresponding author : kazu-7426@jcom.home.ne.jp