膵癌と鑑別困難であった“限局性”腫瘤形成型膵炎の一例

岐阜歯科大学外科

矢田 貝 凱 大 沢 二 郎 滝 吉 郎
細 谷 亮 大 塩 学 而 篠 田 正 昭

A CASE OF "LOCALIZED" TUMOR-BUILDING TYPE PANCREATITIS WHICH WAS DIFFICULT IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS FROM PANCREATIC CANCER

Tanoshi YATAGAI, Jiro OSAWA, Yoshiro TAKI, Ryo HOSOTANI,
Gakuji OSHIO and Masaaki SHINODA

Department of Surgery, Gifu College of Dentistry

膵の頭、体部には色調、硬度とも全く異常を認めず、尾部のみに限局する腫瘤を有し、膵管造影の所見でも、頭、体部には異常なく、尾部の腫瘤の部分に一致して限局性の狭窄と、それより尾側の拡張並びに非陽性膵石によると思われる陰影欠損像を認めた一例を経験した。

この様に“限局性”腫瘤形成型膵炎とでも呼称されるべき、膵の一部のみに限局した硬結を有する良性の膵疾患の成因に関しては、全く不明であるが、その部にある膵管の分枝に膵液の流出障害を来す何らかの機転、例えば mucoprotein plug の形成、あるいは杯細胞上皮化生により分泌された粘液が膵液の粘稠化を来すといった機転が生じ、やがては膵管が閉塞し、その結果、その部に限局性の膵線維化が起って限局性腫瘤形成膵炎を形成したのではないかと推論した。

又、同部の主膵管の限局性狭窄の成因も、以上の機転により生じた線維化が、主膵管の周囲にまで及んだ結果生じたものであろうと推察した。

〔1〕緒 言

近年膵疾患に対し、血管造影、内視鏡的膵胆管造影（以下 EPCG と略す）、超音波、CT 等種々の診断法が開発されてきたが、そのうちでも特に EPCG の占める比率は大きく、本法により膵疾患に対する診断能力は飛躍的に進歩したと思われる¹⁾。

しかしながら、膵管造影法による膵癌と慢性膵炎の鑑別診断は困難な場合が多く、その診断基準については現在も議論の絶えない所である。

我々は最近、慢性膵炎の診断のもとに試験開腹し、術中膵管造影にて膵尾部に於ける膵管の限局性の狭窄と、それより尾側の拡張並びに陰影欠損像を認め、しかもその狭窄部に一致して拇指頭大の腫瘤を触知したが、頭、体部には膵管造影上も、触診、視診上も全く異常が認められず、そのため膵癌の可能性を考慮して脾膵合併膵尾

側半切除術を施行した一例を経験した。

その症例とともに、主膵管の限局性狭窄の成因並びに“限局性”腫瘤形成型膵炎なるものの成因に関しても推察を加えたので報告する。

〔2〕症例49歳、男

主訴：左季肋部痛

既往歴：12年前胃潰瘍で胃切除（B—Ⅱ法）

現病歴：昭和47年より毎年のように腹痛のため入院、毎回1～3ヶ月間程で、計5回入院していた。

昭和52年8月27日再び左季肋部痛を来し救急入院した。

患者はアルコール類は好まず、又、特に体重減少なども来していない。

入院時、黄疸、発熱は認めず、腹部腫瘤も触知しなかった。入院時検査所見は表1に示した如くで、空腹時血

表 1 入院時検査所見

Blood sugar	101 mg/dl
GOT	10 u
GPT	9 u
Al-P	1.3 u
Bilirubin (total)	0.9 mg/dl
LDH	222 u
WBC	8600
RBC	457×10^4
Ht	32.9%
Occult blood	(-)
Amylase (serum)	245 u (Somogyi)
(urine)	261 u (Somogyi)

糖値がやや高いことと、血清アミラーゼが上昇しているのが認められた。入院後、DIC による胆道造影、胃腸透視、低緊張性十二指腸造影、腹腔動脈造影等を施行したが異常は認められず、又、B—II 法による胃切術後のため、EPCG 成功せず、しかも腹痛が持続したため慢性脾炎の診断のもとに、術中脾管造影を目的とした診断的開腹術を施行した。

開腹して腹腔内を検するに、脾頭部、体部には硬度、色調ともに異常なく、尾部に限局する拇指頭大の腫瘤を触知したが、同部は胃後壁に強く炎症性に癒着しているのが認められた。十二指腸を切開し、乳頭よりチューブを挿入して脾管造影を施行したところ、図 1 に示す如く、尾部より約 5cm の部分に主脾管の限局性の狭窄がみられたが、それより十二指腸側には異常なく、尾側には拡張とその中に 8×5mm の楕円形の陰影欠損像が認められたため、これは非陽性脾石によるものであろうと推測した。この脾管像の所見では、いわゆる狭窄型の脾癌が疑がわれ、しかもその狭窄部に一致して腫瘤を触知したことから、脾癌の可能性がより強くなったため、脾別合併脾尾側半切除術を施行した。

図 2 に示したのは、切除標本の脾管にカテーテルを挿入して造影したものであるが、狭窄部は非常に限局しており、僅か 5mm 程度であった。しかしながら、狭窄部の周囲の腫瘤と思われる部分の脾野には脾管の分枝が造影されており、壁の不整も少ないが、狭窄部尾側端にやや不整とも思われる像があり、悪性のものを否定し得ない像である。しかしながら、主脾管の狭窄部に一致して触知した腫瘤の部分の組織標本は、図 3、図 4 に示す如くであり、高度の線維化は認められるが悪性像はなく、触診でも尾部のみに硬結を触れ、他の部分は柔らかく、全く限局していたため、“限局性”腫瘤形成型脾炎とでも呼称すべき疾患であろうと思われた。

- ①：主脾管の限局性狭窄部
 ②：①より尾側の主脾管拡張部とその中に認められる結石様陰影欠損像

図 1

図 2 摘出した脾の脾管造影：主脾管の限局性狭窄（矢印）とその尾側の拡張部の壁に軽度の不整が認められる。

摘出した非陽性脾石は、5×5×8mm のもので図 5 に示す如く表面粗の楕円形で、断面も外観同様灰白色を

図3 腫瘍形成部の膵組織像

図4 図3の拡大図

図5 膵結石：大きさは $5 \times 8 \times 5$ mm で、表面粗の灰白色を呈し、断面でも同様の所見で、硬度は弾性軟であった。

呈しており、層状構造を示さず均質で、硬さは弾性軟であった。赤外線吸収スペクトルによる成分分析では、 $1,520\text{cm}^{-1}$ 、 $1,650\text{cm}^{-1}$ 、 $2,900\text{cm}^{-1}$ の波長の部位に吸収帯があり、蛋白質のみであると思われた。

〔3〕考 察

この症例の如く、膵の頭、体部には色調、硬度とも全く異常を認めず、尾部のみに限局した腫瘍を触知し、しかも膵管造影でその部に一致して限局性の主膵管の狭窄を認めたような場合には、まず膵癌の存在を疑うべきであると思われる。しかしながら、この症例の如く、“限局性”腫瘍形成型膵炎とでも呼称されるべき、良性で全く限局性に炎症性の腫瘍を形成する場合もあることをその診断に際しては十分考慮に入れておくべきである。

この症例にみられるような、主膵管の限局性の狭窄の成因には大きく分けて膵癌によるものと膵炎によるものが考えられる。

膵癌の場合は、栗本²⁾らによると主膵管の狭窄部に於いては膵管内あるいは膵管壁内に於ける癌細胞の増殖や膵管壁周囲での結合組織増生を伴う癌細胞の浸潤、増殖が種々の程度に混在しているのが観察されたとしている。

一方、膵炎による狭窄の部分では、主膵管の線維化、壁内腺増生による膵管壁自体の肥厚、infolding、或は主膵管に近接する膵実質の著明な線維化が認められたとの報告³⁾があり、膵癌に比較して狭窄の程度は軽く、辺縁平滑で頭尾側主膵管との移行はなだらかであり、しかも狭窄部の膵野には分枝欠損を示すものはほとんどなかったと述べている。

又、尾部に限局する腫瘍の形成機序に関しては全く不明で、推測の域を出ないが、その部にある膵管の分枝に何らかの機転、例えば mucoprotein plug の形成、あるいは杯細胞上皮化生により分泌された粘液が膵液の粘稠化を来す⁴⁾といった機転により、その部の膵液の流出障害、ひいては膵管の閉塞がおり、その結果、限局性の膵線維化が発生し、同部の主膵管にも狭窄をもたらした可能性もあると思われる。

文 献

- 1) 小越和栄、丹羽正之、原 義雄：内視鏡的膵管造影、胃と腸、8：293—301、1973。
- 2) 栗本組子、春日井達造、久野信義、他：主膵管の狭窄像とその成り立ち、日膵研プロシーディングス、10 (1)：8—9、1980。
- 3) 今成朋洋、永井秀雄、八幡和彦、他：主膵管の限局性狭窄像とその成り立ちに関する検討。日膵研プロシーディングス、10 (1)：6—7、1980。
- 4) 林 活次：膵疾患の病理。胃と腸、9 (11)：1407—1419、1974。