症 例

石灰化を伴った脾仮性嚢胞の1例

帝京大学第1外科 (主任: 四方淳一教授)

大 瀧 和 彦 根 本 明 久 宮 川 貞 昭
青 山 清 次 四 方 淳 一

症例はタール便を主訴として来院した57歳の女性で、緊急内視鏡検査にて出血性十二指腸潰瘍を認め入院となった。入院後まもなく潰瘍からの出血は認められなくなった。腹部単純 X 線写真で左季肋部に球状石灰化像を認めたため、腹部 CT、腹腔動脈造影等の検査を施行し脾嚢胞と診断した。待期的に脾摘出術と選択的近位迷走神経切離術を行った。切除標本の病理組織学的検索で、嚢胞壁の一部に陳旧化した海綿状血管腫様の構築を認めたため、嚢胞の発生に血管腫が関与した可能性が強く示唆された。

索引用語: 脾仮性嚢胞, 血管腫, 十二指腸潰瘍

はじめに

脾嚢胞は比較的まれな疾患とされ、文献上散見されるに過ぎない。今回われわれは、出血性十二指腸潰瘍が診断のきっかけとなった石灰化を伴う脾仮性嚢胞を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 57歳, 女性。

主訴: タール便

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 25歳で子宮外妊娠。44歳で子宮筋腫にて子宮全摘術をうけた。45歳頃より当科受診時まで十二指腸潰瘍にて内服治療中であった。腹部打撲や外傷の経験はなく、マラリア、チフス、梅毒等の既往はなかった。

現病歴: 昭和59年3月1日タール便を認め近医受診、投薬をうけるも軽快せず。3月6日紹介により当科受診、緊急内視鏡にて出血性十二指腸潰瘍を認め即日入院となった。

入院時現症: 血圧110/70mmHg, 脈拍100/分整, ショック症状は認められなかった。体格中等度, 栄養状態良好。眼瞼結膜に貧血はみられず, リンパ節腫脹もなかった。腹部は平坦で圧痛, 腫瘤等の異常所見を認めなかった。

入院時検査所見

血液一般検査所見: 貧血や白血球増多などの異常は

表 1 入院時検査成績

血液一般検査	
RBC	$488 \times 10^4 / \text{mm}^3$
Ht	44.5 %
Hb	16.0 g/dl
WBC	$5600 / \text{mm}^3$
plt	$19.3 \times 10^4 / \text{mm}^3$
血液凝固能検査	
出 血 時 間	1 分
PT	13.4 秒
PTT	27.4 秒
フィブリノーゲン	203 mg/dl
生化学検査	
総ビリルビン	0.8 mg/dl
TTT	3.3 U
ZTT	13.5 U
GOT	37 IU
GPT	40 IU
LDH	271 IU
AlP (Kind-King)	6.0 U
LAP (Goldberg-Rutenburg)	164 U
コリンエステラーゼ	1.18 Δ pH
γ-GTP	27 IU
アミラーゼ	90 U
総コレステロール	286 mg/dl
総 蛋 白	7.7 g/dl
クレアチニン	1.1 mg/dl
BUN	22.9 mg/dl

認められなかった。

血液凝固能検査所見: 正常。

生化学検査所見: トランスアミナーゼと LDH 軽度上昇の他は正常 (表 1)。

胸腹部単純 X 線写真: 胸部に異常なし。腹部単純 X 線写真で、左季肋部に約8cm 大の球状石灰化像を認め、また胃泡は正中に向かって圧排されていた (図 1)。

内視鏡所見: 食道に異常なし、胃体部より幽門部に、

昭和62年1月28日受付 62年5月13日採用

図1 入院時腹部単純X線写真：左季肋部に球状石灰化像を認め、胃泡は正中に向かって圧排されている。

図3 動脈造影所見：脾内動脈枝は円弧状に圧排されている。

図2 腹部CT所見：脾内に直径約8cmの嚢胞を認める。

びらん性出血性胃炎を認めた。十二指腸球部前壁には出血を伴う活動性の潰瘍を認めた。

腹部CT所見：周囲に厚さ約0.5cmのhigh density areaを有した直径約8cmの嚢胞を脾内に認めた（図2）。

腹腔動脈造影：脾内動脈枝は円弧状に圧排され、嚢胞に一致して脾実質像の欠損を認めた（図3）。

手術および手術所見：入院後、待期的に脾摘出術と選択的近位迷走神経切離術を施行した。上腹部横切開にて開腹。腹水なく、肝、胆嚢および脾に異常を認め

ず、十二指腸球部前壁に潰瘍を認めた。脾は超手拳大で、肉眼的に表面は正常脾組織であった。

摘出標本の肉眼的所見：摘出脾は、 $12.0 \times 11.5 \times 10.5$ cm、重さ490g、腫瘤は脾のほぼ中央に位置し、断面は一部石灰化した平均0.4cmの外壁を有する 8.5×8.5 cmの単房性嚢胞で、黄褐色液約250mlを含有していた（図4A, B）。

摘出標本の病理組織学的所見：嚢胞壁は線維性結合織より成り、不規則な石灰化を認めた。内被細胞は認めず、壁内の一部には陳旧化した海綿状血管腫様の構築や細血管等を認めた（図5）。

術後経過：良好で術後35日目に退院となった。

考 察

脾嚢胞は、フランスのAndralにより最初に報告され²⁾、わが国では、1890年有田¹⁾の報告以来現在まで調べ得た範囲内で280例の報告を見るが、近年、診断技術の向上により報告例が増加してきている。脾嚢胞は、腹腔内臓器に発生する嚢胞性疾患のうち最も発生率が低いとされており、その発生頻度は、脾摘症例中0.25%²⁾～9.3%³⁾で、報告の多くは2%以下の頻度であるとしている。Fowler⁴⁾によれば、男女比は4：6で女性に多く、50歳以下が83%を占めるとしている。また本邦における森藤ら⁵⁾の243例の集計でも女性が全体の61%を占めており、本例も女性であった。

真性嚢胞の成因については諸説⁶⁾⁷⁾があり定説はないが、仮性嚢胞の成因については外傷が重要な因子であるとされており^{3)4)7)～9)}、Fowler⁴⁾によれば仮性嚢胞

A. 肉眼的に表面は正常脾組織であった。

B. 直径8.5cmの単房性嚢胞で、黄褐色液約250mlを含有していた。

図4 摘出標本の表面と断面

図5 組織像：嚢胞壁の一部に陳旧化した海綿状血管腫様の構築を認める。

の80%が外傷に関係があったとしている。外傷による嚢胞形成機序は Hoffmam⁹⁾によれば血腫吸収後の線維性嚢胞形成であるとしている。本例では、嚢胞壁内の一部に陳旧化した海綿状血管腫様の構築を認めたこと、また脾内血管腫の最も多い合併症が破裂である⁹⁾¹⁰⁾ことなどから、血管腫の脾内破裂による出血、脾内血腫形成が嚢胞形成の原因となった可能性が示唆された。内被細胞が変性消失してしまう場合⁴⁾もあるので確証とはならないが嚢胞壁に内被細胞を欠くこと、さらに腹部打撲等の外傷の既往のないことなども血管腫の破裂が原因であることを疑わせた。一般に血管腫が原因の脾嚢胞は真性嚢胞に分類されているが、以上のような理由から本例は仮性嚢胞であると考えられた。

脾嚢胞の診断は、左季肋部の腫瘤の触知、肋間の拡大を伴った左下胸壁の膨隆、腫瘤の波動の触知¹¹⁾や、X線上での胃の圧排像、横行結腸、脾弯曲部および下行結腸の圧排像¹²⁾、腫瘍石灰化陰影などが参考になるとされている。本例では、全く自覚症状はなく腫瘤も触知されなかったが、併存した出血性潰瘍による入院検査時の腹部単純X線写真上の石灰化像が脾嚢胞診断の手がかりとなり、脾血管造影、CT等により術前に確診することができた。手術適応についていえば、脾嚢胞を放置すれば、嚢胞増大による圧迫症状の他に、嚢胞破裂、感染による膿瘍形成等の可能性も推察され、全身状態が許せば手術適応とすべきであると考ええる。治療として、過去には穿刺、嚢胞摘出術、造袋術等が行われたこともあった。また数年前までは脾摘出術が標準とされていた。しかしながら近年、免疫器官としての脾がみなおされてきており、脾組織の温存に努力が払われるようになってきた。そして脾嚢胞に対しても部分切除が行われつつあるが¹³⁾¹⁴⁾、本例は脾実質が菲薄であり部分切除が困難であると考えられ、脾摘出術を行ったが、脾自己移植を含めて検討していかなければならない問題も残されている。

まとめ

出血性十二指腸潰瘍が診断のきっかけとなった。血管腫が原因と考えられる石灰化を伴った脾仮性嚢胞の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 有田久松：脾臓血腫治験，順天堂医事研究会報告 89：905—911，1890

- 2) Sirinek KR, Evans WE: Nonparasitic splenic cysts. Case report of epidermoid cyst with review of the literature. *Am J Surg* 126: 8—13, 1973
- 3) Qureshi MA, Hafner CD, Dorchak JR: Nonparasitic cyst of the spleen. *Arch Surg* 89: 570—574, 1964
- 4) Fowler RH: Collective review: Nonparasitic benign cystic tumors of the spleen. *Internat Abstr Surg. Surg Gynecol Obstet* 96: 209—227, 1953
- 5) 森藤秀美, 浜田長輝, 浜田弘記他: 外傷性脾嚢腫の経験. 本邦脾嚢腫243例の文献的考察, 外科診療 25: 1307—1311, 1983
- 6) Bostick WL, Lucia SP: Nonparasitic, noncancerous cystic tumors of the spleen. *Arch Pathol* 47: 215—222, 1949
- 7) Martin JD, Zega EL, Adamson NE: Calcified cyst of the spleen with preliminary report of experimental occlusion of the blood supply of the spleen. *Ann Surg* 131: 765—773, 1950
- 8) Hoffman E: Non-parasitic splenic cysts. *Am J Surg* 93: 765—770, 1957
- 9) Ackerman LV, Rosai J: Spleen, *Surgical Pathology*, 6th ed, 1229—1250, The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1981
- 10) Husni EA: The clinical course of splenic hemangioma. *Arch Surg* 83: 681—688, 1961
- 11) Martin JW: Congenital splenic cysts. *Am J Surg* 96: 302—308, 1958
- 12) Schechter DC, Owens JC, Palmieri AJ: Hemorrhagic cyst of the spleen. *Am J Surg* 104: 777—784, 1962
- 13) Morgenstern L, Shapiro SJ: Partial splenectomy for nonparasitic splenic cysts. *Am J Surg* 139: 278—281, 1980
- 14) Tabuse K, Katumi M: Microwave tissue coagulation in partial splenectomy for nonparasitic splenic cyst. *Arch Jpn Chir* 50: 711—717, 1981

A CASE OF SPLENIC PSEUDOCYST ASSOCIATED WITH CALCIFICATION

Kazuhiko OHTAKI, Akihisa NEMOTO, Sadaaki MIYAKAWA,
Seiji AOYAMA and Jun-ichi SHIKATA

First Department of Surgery, Teikyo University School of Medicine

The patient was a 57-year-old woman who visited our hospital with the chief complaint of tarry stool. Hemorrhagic duodenal ulcer was revealed by emergent endoscopy, and she was admitted to the hospital. After admission she had no hemorrhage from the ulcer. Since an image of globular calcification was obtained in the left hypochondrial region on the plain radiograph of the abdomen, abdominal CT, celiac arteriography, etc., were undertaken. On the basis of the diagnosis of splenic cyst, splenectomy and selective proximal vagotomy were carried out as palliative procedures. From the fact that a cavernous hemangioma-like structure in the old stage was revealed in a portion of the wall of the cyst by histopathological examination of the resected specimens, it was strongly suspected that hemangioma was involved in the occurrence of the cyst.