

第86回山陰肝胆膵疾患研究会

日 時：平成26年7月5日(土) 13:00~15:40

会 場：くにびきメッセ 601 大会議室
松江市学園南 1-2-1 TEL: 0852-24-1111

当 番 世話人：吉岡 宏 (松江市立病院消化器外科)

1. 肝細胞癌を発症した特発性門脈圧亢進症の1例

鳥取大学医学部機能病態内科学

岡本 敏明, 孝田 雅彦, 程塚 正則
三好 謙一, 藤瀬 幸, 的野 智光
杉原 誉明, 法正 恵子, 岡野 淳一
村脇 義和

症例は80歳女性。2004年食道静脈瘤破裂による吐血で某病院入院。HBs 抗原, HCV 抗体陰性であり, 肝精査のため行われた肝生検で, 特発性門脈圧亢進症 (IPH) と診断された。巨脾による血小板減少と出血傾向を認めため, 部分的脾動脈塞栓術 (PSE) を施行された。その後未フォローで経過していたが, 2014年1月17日吐血のため当院救急搬送された。食道静脈瘤破裂に対して緊急 EVL 施行し止血得られた。CT で肝右葉に早期濃染, wash out を呈する腫瘍を認め, 腫瘍マーカー AFP 1804.4 ng/mL, PIVKA-II 4821 mAU/mL と上昇しており, 肝細胞癌 (HCC) と診断した。IPH は予後良好な疾患とされ, 肝硬変や HCC の合併は少ないとされる。今回我々は, IPH の診断後9年半後に HCC を合併した症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

2. 肝細胞癌の強力な予後因子である病理学的脈管侵襲陽性 (Vp1) を予測することは可能か?

鳥取市立病院外科

大石 正博, 水野 憲治

【対象と方法】1994年から2014年3月までに, 当院で行われた肝細胞癌切除症例190例のうち, 3 cm, 3個以内の63例を対象。脈管侵襲陽性群 (18例) と陰性群 (45例) の2群で, 背景因子 (5項目), 腫瘍因子 (6項目: 肉眼分類, 腫瘍径, 被膜形成, 多発, AFP, PIVKA-II) を比較した。また, AFP, PIVKA-II については ROC 曲線から cutoff 値を作成した。

【結果】AFP 値のみが病理学的脈管侵襲陽性 (Vp1) を予測する有意な因子となった。cutoff を 50 ng/ml と

すると, 感度66%, 特異度73%, 的中率71%, オッズ比 5.50。

【考察と結語】統計学的には APP 値が有意な予測因子となったが, 的中率は70%程度であり, 臨床決断に利用するのは難しいと考えられた。

3. Spiegel 葉に発生した HCC に対する腹腔鏡下肝切除の1例

島根大学医学部消化器・総合外科

木谷 昭彦, 高井 清江, 川畑 康成
林 彦多, 矢野 誠司, 田島 義証

4. 当院におけるテラプレビル3剤併用療法症例の治療成績と副作用の検討

松江市立病院消化器内科

河野 通盛, 加藤 順, 寶井翔太郎
谷村 隆志, 村脇 義之, 三浦 将彦
堀江 聡, 吉村 禎二, 山田 稔

2012年3月より当院で治療を行ったテラプレビル3剤治療11症例についてその臨床経過と副作用, 治療効果について検討した。投与対象は平均年齢59.6歳 (47~67歳) 男性10例女性1例であった。投与中断例は2例でその原因は1例が投与早期の腎機能障害で1例は倦怠感, 消化器症状であった。投与完遂例9例での治療効果は著効8例, 再燃1例となった。本剤は治療完遂できれば十分な著効率が達成できる一方で, 貧血を初めとする副作用から投与には慎重な管理が必要で, 治療対象症例の選択が重要と考えられた。

5. 山陰労災病院における肝炎ウイルススクリーニング検査の受検者に対する結果報告状況

山陰労災病院消化器内科

岸本 幸廣, 西向 栄治, 前田 直人
山下 太郎, 角田 宏明, 向山 智之
神戸 貴雅, 謝花 典子, 古城 治彦
川崎 寛中

【目的】当院において、医師が術前検査などに行った肝炎ウイルス検査の結果を、受検者に適切に説明を行えているかについて検討した。

【方法】平成25年8月から平成26年4月までに肝炎ウイルス検査が施行され、HBs抗原陽性、HCV抗体陽性であった受検者を抽出した。そのうち非肝臓専門医が指示した検査結果が受検者へ報告されているかを検討した。

【結果】調査期間9ヶ月間にHBs抗原陽性、HCV抗体陽性であった受検者は486名であり、そのうち非肝臓専門医が検査指示をしていたのは69名(15%)であった。69名中、受検者へ結果報告がされていたのは23名(33%)であり、報告されていない(非報告)例は46名(67%)であった。なお、本調査の開始時、開始後数回にわたり結果報告が必要である旨を医師に周知したが、調査した9ヶ月間に月毎の非報告例は減少を認めず、ほぼ60%前後での変動であった。

【考察】平成21年肝炎対策基本法、H23年肝炎対策基本指針が策定され、医師は肝炎ウイルス検査結果を受検者に適切に説明するよう要請されている。それにも関わらず、当院の非肝臓専門医による結果報告は1/3しか行われていなかった。平成26年4月には厚労省健康局から再度結果報告をするようにとの通達があった。現在、電子カルテ上で肝炎ウイルス検査を指示した際は、受検者に結果説明を行うよう警告するアイコンがでる対策を行っている。その成果についても今後検証する予定である。

6. 難治性胆汁漏の1例—合併症の経験の共有—

鳥取大学消化器外科

徳安 成郎, 荒井 陽介, 坂本 照尚
本城総一郎, 池口 正英

同 消化器内科

原田 賢一, 村脇 義和

同 放射線科

矢田 晋作, 小川 敏英

症例は60歳代の男性。肝S4/8の腫瘍に対し肝中央2区域を施行。術後7日目にドレーン抜きし、術後24日目に退院となった。外来にてfollow中、術後4カ月後の諸検査で胆汁漏、閉塞性黄疸の診断にて緊急入院となっ

た。ERCPにて左胆管のleakを認めたが、閉塞のためその上流胆管が描出されずステント留置不可能であった。そこでランデブー法を用いた内外瘻化を行った。その後しばらくして左胆管からのleakも消失した。しかし膿瘍ドレーンからの排液が持続するため、膿瘍ドレーンから造影剤を注入後の単純CT検査を行った結果、後区域胆管の離断型の胆汁漏が明らかとなった。これに対しエタノール注入療法を繰り返し行った結果、ようやく胆汁漏は治癒に至った。治癒に至るまで1年9カ月を要した難治性胆汁漏の1例を経験した。

7. 術後孤立性右肝管に無水エタノール注入(biliary ablation)が有効であった1例

鳥取市立病院外科

水野 憲治, 大石 正博, 谷 悠真
池田 秀明, 加藤 大, 山村 方夫
小寺 正人, 山下 裕

症例：76歳男性。主訴：心窩部痛、食欲不振、全身倦怠感。既往歴・併存疾患：胃癌に対し胃全摘・Roux-en-Y再建。糖尿病。現病歴：2013年3月下旬、当院紹介受診。血液検査では肝胆道系酵素異常あり。腹部CT・MRCPにて胆嚢結石(泥)・胆嚢壁腫大・総胆管拡張・右肝管良性狭窄・右側肝内胆管拡張と診断。経過：開腹胆嚢摘出術・総胆管切開・術中胆道ファイバー・Tチューブドレナージを施行。右肝管狭窄の原因は胆嚢炎による浸潤性変化であり胆摘で炎症が解除されれば狭窄も解除されると判断した。術後12日目肝十二指腸間膜周囲ドレーンより胆汁瘻。ドレーン造影で右肝内胆管描出。DICCT・Tチューブ造影・Tチューブ瘻孔経由の胆道ファイバーで右肝管閉塞の継続・閉塞部より上流の右肝管穿孔による胆汁漏と診断。右肝内胆管に対してPTBD施行、その後胆汁瘻は停止。内瘻化を試みるも不可。盲端化・孤立化した右肝内胆管に対してPTBDより無水エタノール注入によるbiliary ablation開始。注入回数を重ねる毎に胆汁が透明化し、8回の注入後、PTBD自然逸脱、瘻孔閉鎖。胆汁瘻なく軽快。その後、特に症状なくフォローされている。

8. 下部胆管に生じたAdenomyomatous hyperplasiaの1例

島根大学医学部消化器・総合外科

谷浦 隆仁, 木谷 昭彦, 高井 清江
林 彦多, 川畑 康成, 矢野 誠司
田島 義証

症例は78歳の女性。2013年12月、黄疸を発症。T-Bil：

7.2 mg/dL, AST: 198 IU/L, ALT: 201 IU/L, ALP: 700 IU/L, 腫瘍マーカーは CEA: 2.1 ng/ml, CA 19-9: 24 U/ml で, CT で肝内外胆管の拡張, ERCP では下部胆管に不整狭窄を認め, ERBD を実施した。再度施行した ERCP での擦過細胞診と狭窄部の生検は Class III ~IV で, 胆管上皮に異型細胞を認め, 胆管癌が疑われた。PET 検査では同部に軽度の集積を認めた。2014年2月, 下部胆管癌の診断で PpPD を施行した。摘出標本では Vater 乳頭から下部胆管にかけて結節性の隆起性病変がみられた。組織学的には胆管上皮の過形成および壁内の筋線維の増生を認め, AMH と診断された。閉塞性黄疸を伴う胆管狭窄例の多くは胆管癌であり, 良性疾患は少ない。また, Adenomyomatous hyperplasia (以下 AMH) は胆嚢では比較的高頻度にみられるものの, 胆管に発生した報告は極めて少ない。今回, 閉塞性黄疸をきたした胆管 AMH の一切除例を経験した。

9. 膵頭部 IPMN に対する十二指腸温存膵頭切除術

島根大学医学部消化器・総合外科

林 彦多, 川畑 康成, 木谷 明彦
高井 清江, 矢野 誠司, 田島 義証

膵頭部の良悪性境界病変に対する機能温存手術として十二指腸温存膵頭切除術 (Duodenum-preserving pancreatic head resection: 以下, DPPHR) がある。症例は82歳の女性。腹痛にて発症し, 精査で膵鉤部の分枝型 IPMN (最大径 3.5 cm) と診断された。まず, 膵鉤部切除を行ったが, 術中迅速病理で膵管断端に悪性境界病変を認めたため, DPPHR を施行した。再度, 術中病理迅速診断を行ったところ, 膵管断端は陰性であった。術後に GradeA の膵液瘻を認めたが, 概ね経過は良好であった。DPPHR では, PSPDA を含む mesopancreatoduodenum を全温存し, 十二指腸への血流を最大限担保する必要がある。手技的には煩雑で高度の技術を要するが, 膵および周囲臓器の機能を温存しうる優れた膵縮小手術のひとつであると考えられた。

10. 肝動脈, 門脈合併切除, Graft 再建を行った膵頭癌の1例

独立行政法人国立病院機構米子医療センター
奈賀 卓司, 山本 修, 久光 和則
杉谷 篤, 濱副 隆一

症例は40代, 女性。背部痛を主訴に当院消化器内科を受診された。眼球結膜に軽度の黄疸を認めた。精査にて膵頭部癌と診断した。閉塞性黄疸を認めたため, 胆道ドレナージを行った後, 手術を目的に当科に紹介となった。

膵頭部には約 4 cm 大の腫瘍を認め, 門脈に広範囲に浸潤を認めた。SMA の神経叢への浸潤は認めなかった。肝動脈への浸潤は認めないものの, 胃十二指腸動脈は根部まで浸潤を認めた。切除可能と判断し手術を行った。門脈浸潤は約 5.5 cm におよび, 端々吻合は困難と判断し, 外腸骨静脈を Graft として再建を行った。胃十二指腸動脈は根部での処理が不可であったため, 肝動脈を一部切離した。端々吻合を試みたが, 肝動脈をやや余裕をもって長めに切離したため。そのまま吻合することは困難であったため, 大伏在静脈を Graft として再建を行った。術後に著明な肝機能障害を認めたものの, 徐々に軽快し退院した。術後 8 ヶ月目に SMA 周囲の神経叢再発を認め, 現在化学療法を施行中である。

11. 膵体尾部癌に対する SMA first approach による膵体尾部切除術

島根大学医学部消化器・総合外科

川畑 康成, 林 彦多, 木谷 昭彦
高井 清江, 矢野 誠司, 田島 義証

局所進行膵体尾部癌において, 腹腔動脈 (CeA) 系への浸潤に対しては腹腔動脈合併切除 (DP-CAR) で治療切除 (R0) 可能であるが, 上腸間膜動脈 (SMA) 系への浸潤に対しては R0 切除不可能である。そこで, われわれは DP の初期段階で SMA にアプローチにて R0 の可否を判断する SMA first approach DP を行っているのので VIDEO でその手技を供覧する。

SMA first approach DP の利点は①いかなる脈管や臓器も切除することなく R0 切除の可否を手術の初期段階で判断できる, ②SMA 周囲リンパ節郭清を確実に行うことができる, ③門脈系 (PV~SPV) 浸潤例に対する切除再建が容易である。

12. 腹腔ドレナージ法が膵切除術の術後経過に与える影響

松江赤十字病院

西 健, 田窪 健二

島根大学医学部消化器・総合外科

川畑 康成, 高井 清江, 木谷 昭彦
林 彦多, 矢野 誠司, 田島 義証

【背景】膵切除後のドレナージ法の違いが, 術後経過に影響するかを検討した。

【対象】2006年6月~2013年8月に膵頭十二指腸切除または膵体尾部切除を施行した129例を, 前期 (06'-09') と後期 (10-13') に分けて検討。

【結果】前期は penrose drain, 後期は閉鎖式が多く使

用され、drain 留置期間・食事開始日・在院日数は前期で有意に延長していた。前期・後期それぞれのサブ解析で、ドレナージ法の違いによる drain 留置期間・食事開始時期・在院日数の差はなかった。

【結語】膵切除において、drain 管理法に留意すれば Penrose drain も閉鎖式と遜色ない周術期結果を得ることができると思う。

13. 膵腺扁平上皮癌の2例

島根県立中央病院外科

森岡三智奈, 伊藤 達雄, 山田 真規
播摩 裕, 福垣 篤, 宮本 匠
杉本 真一, 高村 通生, 徳家 敦夫

同 乳腺科

武田 啓志, 橋本 幸直

膵腺扁平上皮癌は腺癌成分と扁平上皮癌成分が相接してあるいは混在して見られるもので、膵癌全体の約1~2%を占める、稀な腫瘍である。進行が早く、通常型膵癌よりもさらに予後不良とされている。今回我々は、非常に急速な進行を認め、切除不能であった膵扁平上皮癌の2例を経験したので報告する。症例1は75歳男性。膵体部癌に対して切除予定であったが、肝転移のため切除不能であった。症例2は79歳男性。膵頭部癌であったが、膵体尾部にも腫瘍を認めたため切除を断念した。いずれも、EUS-FNAにより術前に膵扁平上皮癌の診断を得ていた。術前の画像では指摘できない病変が術中所見で

認められたため切除不能となっており、急速な進行を呈したものと考えられた。膵腺扁平上皮癌に対しては慎重な診断と、治療戦略の検討が必要であると考えられた。

14. FOLFIRINOX 療法の使用経験

島根県立中央病院外科

伊藤 達雄, 森岡三智奈, 山田 真規
播摩 裕, 福垣 篤, 宮本 匠
杉本 真一, 高村 通生, 徳家 敦夫

同 乳腺科

武田 啓志, 橋本 幸直

FOLFIRINOX 療法は ACCORD 試験において良好な成績が報告され、期待される化学療法である。今回我々はその使用経験を報告する。症例は75歳男性。73歳時に膵体部癌に対して膵体尾部切除が行われている。GEMによる補助化学療法の後経過観察されていたが、術後1年の時点で肝転移を指摘された。GEM, S-1などによる化学療法を行ったが、十分な効果が得られなかったため FOLFIRINOX 療法を行った。高齢であるため20%の減量を行ったが、1コース終了後骨髄抑制を生じたため5-FUの急速静注を中止した。その後は有害事象の発生はなく、定期的に投与が可能であった。腫瘍マーカーは劇的に減少したが、4コース終了時点のCTでは腫瘍の縮小は見られなかった。FOLFIRINOX 療法は今後期待される化学療法であるが、症例の積み重ねにより、有効性と安全性の検討が必要であると思う。