

第98回山陰肝胆膵疾患研究会

日 時：令和3年7月17日（土）13:00～15:30

会 場：米子コンベンションセンター 6階 第7会議室
鳥取県米子市末広町294 TEL (0859) 35-8111

当 番
世話人：社会医療法人同愛会 博愛病院 浜本 哲郎
共 催：山陰肝胆膵疾患研究会 島根大学医師会

アステラス製薬株式会社

1. 起始部が閉塞した下横隔動脈に対して triple co-axial 法を用いて吻合枝経由で TACE を施行した2例

鳥取大学放射線科

塙本 和充, 矢田 晋作, 遠藤 雅之
高杉 昌平, 山本 修一, 藤井 進也

肝細胞癌に対する局所治療後の再発病変では、しばしば肝外枝が栄養血管となり、以前から様々な肝外枝の関与が報告されている。再発部位により関与する肝外枝に傾向は見られるが、栄養血管の同定が困難な事も多い。また栄養血管が同定できた際でも、屈曲・蛇行などにより治療に難渋するケースもある。症例は肝切除後・局所治療後に再発を来たした2症例で、いずれも下横隔動脈が栄養血管であったが、起始部が閉塞し、側副路を介して描出されていた。2例とも triple co-axial 法により吻合枝を経由して栄養血管である下横隔動脈にアプローチし、TACE を施行したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

2. 限局性結節性過形成の診断で経過観察中に増大を来し切除した肝細胞癌の1例

島根県立中央病院肝臓内科

三宅 達也, 高下 成明

同 消化器科

田中 晋作, 児玉 康秀, 藤原 文
塙野 航介, 小川さや香, 山之内智志
藤代 浩史, 今岡 友紀

同 内視鏡科

田中 雅樹, 宮岡 洋一

同 消化器外科

金澤 旭宣

81歳、男性。IPMN 経過観察中の腹部超音波検査にて肝 S6 に23 mm の低エコー病変を認めた。ドプラで中心から放射状に血流信号を認め、造影すると spoke-

wheel pattern を呈し、後血管相で染影が持続。AFP, PIVKA-II 正常、慢性肝障害もなく、限局性結節性過形成と診断したが、後に急激な増大、PIVKA-II の上昇を認め、切除したところ高分化型肝細胞癌であった。高齢男性で糖尿病を合併し肝細胞癌リスクのある症例であり、EOB-MRI を施行すべきであった。

3. 腸管アメーバ症の治療後、2年経過後に発症したアメーバ性肝膿瘍の1例

松江市立病院消化器内科

平井 敬教, 金築 駿吾, 加藤 順
村脇 義之, 三浦 将彦, 堀江 聰
河野 通盛, 吉村 祐二

【症例】70歳代、男性。2年前に腸管アメーバ症を発症し治療された。20XX年、食思不振、倦怠感、炎症反応高値、肝胆道系酵素の上昇を認め、紹介となった。造影CTにて肝S7に約55×45 mm 大の乏血性腫瘍を認めた。CSで腸管アメーバ症の再発を認め、アメーバ性肝膿瘍と判断し、MNZを14日間内服し、引き続きパロモマイシン (PMM) を10日間内服し、4ヵ月後に治癒を確認した。

【考察】2年前の治療後、消化管内に残存したシストにより赤痢アメーバ症が再燃したと考える。アメーバ性肝膿瘍のMNZによる治癒率は高く、原則ドレナージは不要とされる。ただし、赤痢アメーバ症ではMNZによる治療奏功後もシストが腸管内に残存するとされており、MNZによる治療に加え、PMMの投与を積極的に行うべきと考える。

4. 急性増悪を来たした、治療に不応のB型慢性肝炎

博愛病院消化器内科

岸本 幸廣, 河村 知彦, 長谷川 隆
松本 栄二, 堀立 明, 浜本 哲朗
鶴原 一郎

鳥取大学医学部第二内科

磯本 一

ETV, TDF, TAF の治療に不応となった B 型慢性肝炎症例を経験した。70歳代男性。2007/01から B 型慢性肝炎の治療で ETV 治療開始後 2 年 5 ヶ月以降 HBV-DNA は検出感度以下へ低下したが、HBe 抗原は陽性を持続した。ETV 開始後 4 年 7 ヶ月目に服薬アドヒアランス不良のため、HBV-DNA の悪化を來したが、ALT は正常範囲であった。ETV 不応後 1 年 5 ヶ月目に LAM, ADV の併用療法へ変更したが、HBe 抗原、HBV-DNA には効果を認めなかった。その 1 年後に ETV と ADV の併用療法へ変更したが、HBe 抗原、HBV-DNA に効果なく、その 2 年 10 ヶ月後に、ETV と TDF の併用療法へ切り替えたが、反応を認めなかった。その 2 年後に ETV と TAF へ切り替えたが同じく効果を認めず、その 2 年 3 ヶ月後に ALT はブレークスルー (BT) を生じ、BT 後に HBV-DNA は検出感度以下まで下降し、HBe 抗原はセロコンバージョンし、ALT は正常化した。

5. 大腸癌肝転移への門脈塞栓後の rescue ALPPS の経験

島根大学医学部消化器・総合外科学

中村 光佑, 川畠 康成, 内藤 聖記
西 健, 林 彦多, 田島 義証

【はじめに】2期的肝切除において急速な肝再生肥大を促す方法として ALPP 手術がある。今回、門脈塞栓 (PVE) 後の残肝再生肥大不良例に対する rescue ALPPS の症例を経験した。

【症例】70代男性。結腸癌同時性肝転移 (S5/8, S6) に対して結腸切除後 XELOX + Bmab 9 コース施行し PR の判定。右葉切除を計画するも残肝容積不十分で PVE 施行。PVE 後 23 POD の CT で残肝再生肥大不足 (+2.9%) および塞栓門脈再開通あり。rescue ALPPS を計画。Rex-cantlie 線での肝離断 + 再 PVE (rescue ALPPS)。10 POD に rescue ALPPS-2 (右葉切除) 施行。術後肝不全なく 39 POD に退院。

【病理】R0 切除。

【結語】今回、PVE 不応例に対する rescue ALPPS は短期間で十分な残肝容積増大が得られ、有効な手段であった。

6. 肝門部胆管腫瘍様の画像を呈した胆管内腫瘍伸展を伴う肝細胞癌の 1 切除例

島根大学医学部 消化器・総合外科学

荒川 将司, 西 健, 中村 光佑
林 彦多, 川畠 康成, 田島 義証

肝細胞癌 (HCC) は胆管内進展を認めるることは少なく、胆管内腫瘍栓 (BDTT) を伴う HCC は手術症例の 2.1% と稀である。症例は 70 歳代、男性。慢性 C 型肝炎治療後の精査造影 CT にて S4 に動脈相で早期濃染される 35 mm 大の単発の腫瘍を指摘。この腫瘍は左肝管～総胆管内にも腫瘍伸展像を伴っていた。ERCP で Bis-muth type IIIb 様を呈し、生検で HCC の腫瘍栓と判明。BDTT を伴う HCC (HCC-BDTT) の診断で、肝左葉切除 + 総胆管内腫瘍栓摘出手術を施行。病理組織学所見は高～中分化型 HCC で門脈・胆管へ浸潤し胆管内への腫瘍の伸展あるも、根治度評価 R0。術後胆汁漏を合併したが、第 56 病日に軽快退院。近年の HCC-BDTT に対する国際研究で、BDTT は予後規定因子でなく、R0 切除が予後を改善することが判明。本症例も S4 原発 HCC-BDTT に対して積極的な切除を行うことで治癒切除が得られた。

7. 肝転移を伴う脾尾部癌に対する腹腔鏡下 conversion surgery の 1 例

島根大学医学部消化器・総合外科学

内藤 聖記, 川畠 康成, 西 健
中村 光佑, 林 彰多, 田島 義証
同 器官病理
片岡 裕子, 門田 球一

【症例】60 歳代男性。腹部大動脈瘤術後の造影 CT で脾尾部多房性囊胞を指摘。腹部は平坦・軟、圧痛 (-)。ERCP は脾尾部主脾管途絶あり。EUS で脾尾部 20 mm 大の低エコー腫瘍認め、生検で脾癌の診断。EOB-MRI 肝細胞相で S2 に陰影欠損あり。術前診断は脾尾部癌 c T2 N0M0 Stage II A + S2 肝腫瘍。手術加療目的で当科紹介。審査腹腔鏡検査で CY (-) も肝生検で脾癌肝転移の診断。全身化学療法 (GEM+nabPTX) を 7 ケー ル施行し肝転移消失したため conversion surgery (腹腔鏡下脾体尾部切除術 + 肝外側区域切除術) 施行。合併症なく、27 POD に退院。39 POD から術後補助療法 (S1) 導入。

【病理】脾臓病変 Evans 分類 Grade II a。肝臓 S2 は Evans 分類 Grade IV。

【結語】切除不能脾癌に対する集学的治療において、腹腔鏡手技を用いた CS はより低侵襲で有効な手段となり

得る。

8. 脾頭十二指腸切除後の門脈出血に対するIVRによる門脈ステント留置の経験

島根医科大学医学部消化器・総合外科学

西 健, 川畑 康成, 中村 光佑
林 彦多, 田島 義証

脾頭十二指腸切除(PD)術後の注意すべき合併症に出血があり、緊急の治療介入を要する。今回、PD術後門脈出血に対し、IVRによる門脈ステント留置を施行した症例を経験した。症例は70代男性、脾頭部脾管内乳頭粘液性腺癌疑いでPDを施行。術後脾液瘻を認め、ドレーン交換時に門脈出血出現。交換時に挿入したドレーンで門脈を貫通したが、活動性出血はなく、経皮経肝的に門脈ステントを挿入し、止血を得た。門脈出血はPD術後合併症では稀で、脾液瘻に随伴することが多く、門脈ステントが有用な治療と報告されている。PD術後のドレーン留置では、先端の門脈接触を避け、交換時にも細心の注意が必要である。門脈出血に対する経皮肝的門脈ステント留置は低侵襲で安全な治療法であった。

9. 針生検で術前診断困難であったため、腹腔鏡下肝切除を行った肝細胞腺腫の1例

鳥取大学消化器・小児外科

砂口 天兵, 花木 武彦, 後藤 圭佑
森本 昌樹, 村上 裕樹, 徳安 成郎
坂本 照尚, 藤原 義之

症例は43歳、女性。腹部エコー検査で肝S3・S5にそれぞれ18 mm, 10 mm 大のSOLを指摘され、CT造影パターンから多発肝細胞癌が疑われたため切除目的に当科紹介となった。S5病変は術前針生検で脂肪肝の診断であったが、病変が採取できていない可能性を考え、後日RFAの方針とし、多発肝細胞癌の術前診断で腹腔鏡下肝S3部分切除術を実施した。術後病理診断で切除標本の腫瘍内部には類洞構造が認められず、免疫染色の結果から肝細胞腺腫と診断した。S5病変も同様に肝細胞腺腫と考えられたため、術後外来にて経過観察中である。今回、術前針生検で診断困難であったため腹腔鏡下肝切除術を行った多発肝細胞腺腫の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告した。

10. 術前に悪性との鑑別診断が困難であった肝腫瘍切除例の検討

島根県立中央病院外科・消化器外科

佐倉 悠介, 山根 佳, 長見 直
福本実希子, 樽本 浩司, 服部 晋明
大谷 裕, 金澤 旭宣, 徳家 淳夫
同 乳腺科
渡部可那子, 高村 通生, 武田 啓志
橋本 幸直

肝腫瘍は原発性、転移性に、原発性は良性、悪性、そして上皮性、非上皮性に分類される。その他鑑別疾患として腫瘍類似病変がある。画像診断が進歩した現在でも肝腫瘍は鑑別が困難な場合があり、今回我々は術前に悪性との鑑別が困難であった肝腫瘍を経験したため報告する。

【症例1】70代女性、虫垂癌に対し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。同時に肝腫瘍を指摘、転移性肝癌が疑われ肝切除の方針なる。病理検査所見から腫瘍部で血栓や血腫を内腔に認め、出血性囊胞と診断した。

【症例2】70代女性、多発肝囊胞のフォロー中、肝囊胞に充実成分を認め、肝囊胞腺癌が疑われ肝切除の方針となる。病理検査所見から海綿状血管腫を認め、内部に血栓や石灰化を伴い硬化性血管腫と診断した。

【考察】肝腫瘍の鑑別診断には肝炎ウイルスや腫瘍マーカー上昇の有無、画像診断が重要である。しかし限界も依然として存在し、良性であっても悪性の否定ができず手術加療の方針となる例も多い。良性疾患が存在することを念頭に置き、鑑別についても十分に検討した上で治療方針を決定することが重要と考える。

11. 肝囊胞腺癌と鑑別が困難であった脾 solid pseudopapillary neoplasm の肝転移再発の1例

鳥取大学消化器・小児外科

後藤 圭佑, 花木 武彦, 砂口 天兵
森本 昌樹, 村上 裕樹, 徳安 成郎
坂本 照尚, 本城綾一郎, 藤原 義之

【背景】脾Solid pseudopapillary neoplasm(SPN)は稀な腫瘍である。一部に高度悪性転化を来す症例や初回手術から長期経過を経て再発をきたす症例がある。

【症例】56歳、女性。脾SPNに対して他院で脾体尾切除術の既往があり、術後11年目に腹部超音波検査にて肝S8囊胞壁に充実成分が出現し、当院紹介となった。精査の結果、脾SPN肝転移あるいは肝囊胞腺癌として手術を行った。切除標本は脾SPNの肝転移再発として矛盾のない所見であった。

【考察・結論】脾 SPN の初回手術後に遠隔転移を認めことがある。そのような症例では外科的切除が予後を改善する可能性がある。遠隔転移は初回手術後、長期の経過で認めることがあり、長期的な経過観察が推奨される。また、脾 SPN の遠隔転移再発を認めた際には手術適応を検討することで予後延長が期待できる。

12. 先天性胆道拡張症術後、吻合部狭窄の治療に難渋した1例

鳥取大学医学部附属病院消化器・腎臓内科
坂本 有里, 武田 洋平, 下坂 拓矢
孝田 博輝, 山下 太郎, 磯本 一

【症例】30代女性

【現病歴】20年前に先天性胆道拡張症に対して手術を施行。20XX年9月、腹痛および熱発を主訴に近医を受診し、左肝内胆管拡張および肝門部腫瘍が疑われ当科紹介。腹部ダイナミックCTでは肝門部腫瘍は認めず、胆管空腸吻合部狭窄による胆管炎と考えた。ダブルバルーン内視鏡で胆管空腸吻合部に到達したが左肝管吻合部は指摘できなかった。EUS-guided rendezvousでも吻合部が同定できなかったためEUS-HGSを施行し、HGSルートから経鼻内視鏡を挿入することで膜様狭窄を突破することに成功した。

【考察】膜様狭窄をきたしガイドワイヤーが通過できない吻合部狭窄に対しては、各施設で使用可能なデバイスを工夫して治療した報告を散見する。今回当院で経験した症例について、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

13. MR拡散強調画像とMRCP併用の脾癌診療における有用性と課題

出雲市立総合医療センター内科
福庭 暉彦, 高橋 芳子, 山下 詔嗣
永岡 真, 佐藤 秀一, 雉 稔弘
同 総合診療科
福原 寛之
同 放射線科
荒木 和美

【目的】DWIとMRCP併用の現状と課題、また脾癌サーベイランスの成績を評価する。

【方法】DWIとMRCPを施行し、病理もしくはEUSで精査した例を後ろ向きに解析した。脾腫瘍有は病理学的に腫瘍と診断した例とし、脾腫瘍無はEUSで充実性脾腫瘍を認めなかつた、または病理学的に腫瘍性病変を否定された例とした。DWI+MRCP併用の感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を評価した。また脾癌ハイリスク症例に対し6か月おきのDWI+MRCPによるサーベイランスを行った。

【結果】DWI+MRCP併用は感度100%、特異度93%、陽性的中率53%、陰性的中率100%であった。DWI偽陽性例は47例中21例に認め、脾に近接するリンパ節4例、慢性脾炎4例、脾管の破格2例、脾内副脾2例、囊胞性病変1例であった。また脾癌サーベイランスは104例に対し行い、そのうち1例に脾癌を認めたが手術にて治癒切除することが出来た。

【結論】DWIとMRCP併用は高い感度特異度を有しサーベイランスにも適している可能性がある。

14. 人生100年時代における脾癌診療について考えさせられた3例

独立行政法人国立病院機構米子医療センター
消化器内科
原田 賢一, 關 優太, 松岡 宏至
香田 正晴
鳥取大学医学部消化器・腎臓内科
磯本 一

【症例1】91歳女性、脾体部癌(stage II A, BR-A)にて約2年間化学療法継続し生存されている。

【症例2】87歳女性、脾体部癌(stage I A, Resectable)で切除希望なく化学療法導入したが有害事象にて中止、約9ヶ月後に死亡された。

【症例3】84歳女性、脾体部癌(stage II A, Resectable)で支持・緩和療法を希望、約1年後に死亡されたが、経過中、脾癌に関連した症状はなかつた。

【考察】人生100年時代に向かうにつれ、高齢脾癌患者は増加してきている。しかし、現在、高齢者への検査や治療のエビデンスは不足している。高齢脾癌患者の治療方針を決めるにあたり、暦年齢のみではなく、多面的な高齢者機能評価に基づく必要がある。