

臨床懇話会

## 第 343 回東京医科大学臨床懇話会

### アルコール多飲者に発症した通過障害を伴う十二指腸狭窄の一例

#### A case of heavy drinker developing duodenal stenosis accompanied by disturbed passage

日 時: 平成 16 年 7 月 1 日 (木) 19:00~20:00  
場 所: 東京医科大学八王子医療センター 手術棟 3 階講堂  
当番教室: 東京医科大学八王子医療センター消化器内科  
関連教室: 東京医科大学八王子医療センター消化器外科  
東京医科大学八王子医療センター放射線科  
東京医科大学八王子医療センター病理診断部  
司会者: 高瀬 雅久 (消化器内科講師)  
発言者: 丸田 和夫 (消化器内科)  
青木 利明 (消化器外科講師)  
佐口 徹 (放射線科)  
望月 眞 (病理診断部講師)  
岡田 了祐 (消化器外科)

#### はじめに

高瀬 (司会: 消化器内科): ただいまから第 343 回の東京医科大学臨床懇話会を始めたいと思います。今回の当番教室は、八王子医療センターの消化器内科、関連教室は、八王子医療センターの消化器外科、放射線科、病理診断部です。

症例は 59 歳の男性で、アルコール多飲者に発症した通過障害を伴う十二指腸狭窄例です。今回、いろいろな検査を行っておりまして、皆さんと一緒に考えながら進めていきたいと思っています。では、始めたいと思います。症例の提示を消化器内科の丸田先生にお願いします。

#### 症 例

丸田 (消化器内科): 症例の提示を始めたいと思います。

症例は 59 歳の男性。主訴は胃部不快感、嘔気。既往歴は腎機能障害。家族歴は特記すべき事項はありません。現病歴ですが、平成 15 年 5 月頃より食後の胃部不

快感が出現していました。平成 15 年 8 月、アルコール多飲による脱水、腎機能障害のため他院に入院し、十二指腸狭窄を指摘されたが放置していた。平成 16 年 1 月頃より食後に胃部不快感と嘔気が増強し、また体重減少もみられたため、平成 16 年 1 月 当センター消化器内科外来を受診しました。腹部単純写真で、胃泡の軽度の拡張と液体貯留像を、1 月 腹部 CT で著明な胃拡張像及び不明瞭な軟部陰影と十二指腸狭窄が認められたため、1 月、精査目的に消化器内科入院となりました。生活歴として、日本酒を 1 日 5 合という飲酒歴があります。

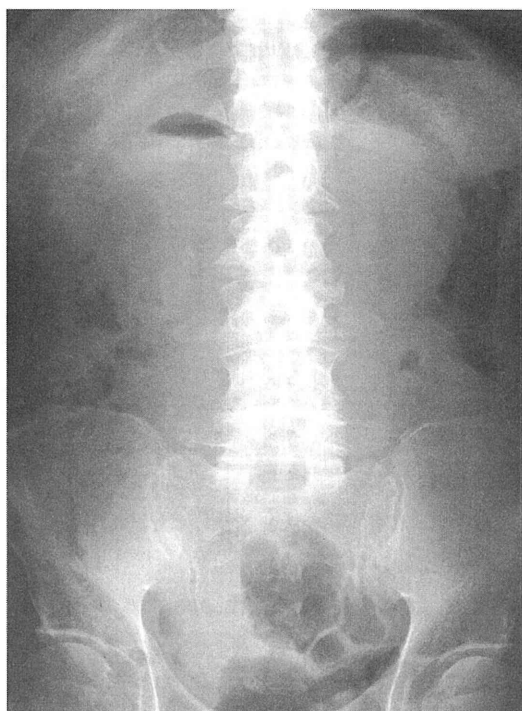
入院時の現症を示します。身長は 160 cm、体重は 42.1 kg、体温は 35.6°C、血圧は 138/56 mmHg で、脈拍は 58 回。意識は清明で、眼瞼結膜に軽度の貧血を認め、眼球結膜には黄疸はありませんでした。上腹部は全体に膨隆し、右腹部に鶏卵大の腫瘤を触知しました。腫瘤は弾性硬で、圧痛はありませんでした。

入院時の検査成績を示します (Table 1)。軽度の貧血とクレアチニンの上昇、低カリウム血症と低クロール血症、CRP は 0.69 mg/dl と軽度上昇がみられまし

Table 1

Hematology		Chemistry			
WBC	6,150/ $\mu$ l	AST	11 IU/l	Lipase	22 IU/l
RBC	$408 \times 10^4$ / $\mu$ l	ALT	13 IU/l	Phospholipase A2	268 ng/dl
Hb	11.6 g/dl	$\gamma$ -GTPa	21 IU/l	Elastase I	270 ng/dl
Ht	35.0 %	T-P	6.7 g/dl		
Plt	$16.1 \times 10^4$ / $\mu$ l	T-Bil	1.0 g/dl		
		S-Amy	90 IU/l	Serology	
		BUN	19.9 mg/dl	CRP	0.69 mg/dl
		Cre	1.2 mg/dl		
		Na	138 mEq/l	Tumor marker	
Urinalysis		K	3.2 mEq/l	CEA	3.86 ng/ml
Protein	(-)	Cl	91 mEq/l	CA19-9	<2.00 U/ml
Glucose	(-)	Glu	110 mg/dl	DUPAN-2	110 U/ml
Urobilinogen	( $\pm$ )	T-Chol	175 mg/dl	SPAN-1	2.4 U/ml

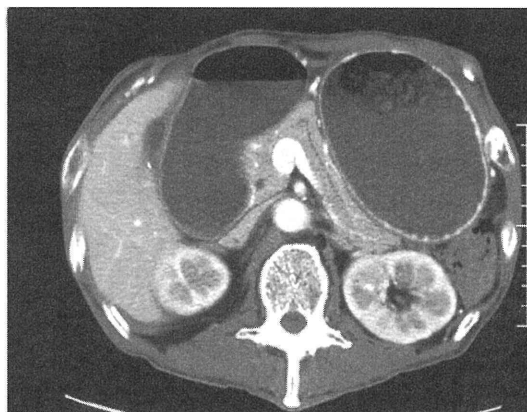
(a)



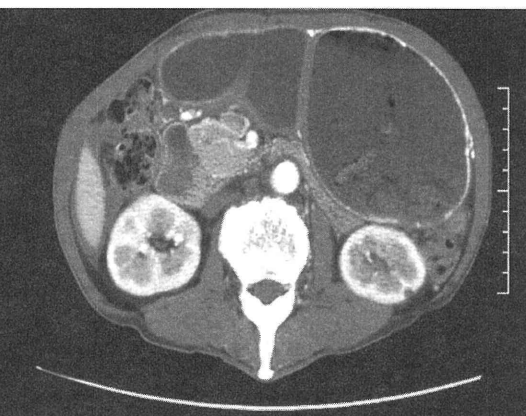
(b)



(c)



(d)





**Fig. 1** 外来時画像検査 a) 腹部単純写真立位正面像 b) 腹部単純写真仰臥位正面像  
腹部 CT 像: c) 臍体部付近 d) 十二指腸付近 e) 臍鉤部付近 g) 冠状断像 h) 矢状断像

た。なお、後日測定した腫瘍マーカー及び膵機能の異常はみられませんでした。

高瀬：ありがとうございました。症例の経過をまとめてみますと、約6カ月前に他の病院で十二指腸狭窄を指摘されていましたが、そちらの病院では治療されず、経過をみていただけで、患者さんは腹痛や嘔気、さらには体重がかなり減少して、がまんできなくなって当院の消化器内科を受診したようです。血液検査上は、軽度の貧血と軽度の炎症反応、クレアチニンの軽度上昇やカリウム、クロールの低下より嘔吐による軽度脱水状態が認められます。一般的に飲酒1日平均3合を5年以上続けている方を常習飲酒家、1日5合を

10年以上飲み続けている方は大酒家といいます。今回の症例は大酒家と思われませんが、肝機能障害や膵機能障害は認められませんでした。

それでは、続きまして外来での腹部単純写真の読影を丸田先生にお願いします。

丸田：腹部単純 X 線を示します。立位正面像 (Fig. 1-a)、仰臥位正面像 (Fig. 1-b) のレントゲン像です。立位正面像では、胃泡が見えまして、胃に液体がたまっているのが認められます。仰臥位正面像でみると、このあたり、胃が張っているような所見がみられます。

高瀬：ありがとうございました。続きまして、外来で行った腹部 CT の読影を放射線科の佐口先生にお

願います。

佐口 (放射線科): では、願います。腹部造影CT像 (Fig. 1-c, 1-d) です。十二指腸から胃にかけて強い拡張を示しています。空腸の拡張は認めないことより、十二指腸の下行脚から水平部にかけて何らかの閉塞起点があることが推定されます。

その下方のスライスです (Fig. 1-e, 1-f)。膵鉤部の背側に不整形の腫瘤を認めます。

膵臓自体は、形態は保たれ、主膵管は拡張なく、スムーズに描出されています。胆管も拡張なく、明瞭に描出されています。

写真は、冠状断、矢状断での再構成画像です (Fig. 1-g, 1-h)。膵臓の背側から十二指腸下行脚の周囲にかけて不整形の腫瘤が広がっています。この腫瘤によって十二指腸が狭窄しているのがよくわかると思います。それ以外に、腸間膜部にも不整形の腫瘤が描出されています。また、大腸肝曲部の近傍にまで病変は及んでいます。なお病変が比較的広い範囲に及んでいることは推測できるのですが、明瞭に描出されてなくて、CT だけではよくわからない状況です。

高瀬: ありがとうございます。腹部 CT にて良・悪性の鑑別はできますか。

(a)



(b)



Fig. 2 腹部 MRI 像 a) T1 強調画像 b) T2 強調画像

佐口：悪性であれば、原発は不明ですが、播種性変化による腸管狭窄を来しているという可能性が考えられます。一方炎症性変化であれば、既往にアルコール多飲があるということより、膵炎による炎症の波及が考えられます。ただし、膵臓自体は保たれているため、特殊な膵炎か、膵臓自体の炎症は消退し、周囲に生じた炎症が器質化した病態などが考えられると思います。

高瀬：この時点では、炎症と悪性腫瘍の鑑別はかなり難しいということですね。

佐口：画像だけでは難しい。やはりそのバックグラウンドの解析が必要になると思います。

高瀬：それでは、佐口先生、MRIの読影をお願いします。

佐口：膵頭部のレベルを中心とした脂肪抑制のT1強調画像 (Fig. 2-a) とT2強調画像 (Fig. 2-b) です。通常脂肪抑制のT1強調画像では、膵臓は正常であれば高信号に描出され、炎症が起こったり腫瘍が存在すると信号が低下します。今回の症例は、膵臓自体は均一な高信号として描出されています。先ほどのCTで指摘された膵鉤部の背側に位置する病変は、この場合は低信号で描出されています。

T2強調画像では、低信号として描出されており、特異的な所見を示しています。

高瀬：ありがとうございました。今回の腹部CTでは、十二指腸の狭窄と下行脚から膵鉤部を囲むような軟部腫瘍という診断ですか。

佐口：再構成画像で見ると、そこだけ限局しているのではなく、かなり広い範囲に病変が及んでいるのではないかとということがわかりました。

高瀬：腹部MRIの所見で、T1、T2強調画像ともに低信号というのは、かなり特徴的な所見なのですか。

佐口：そうですね。特異的な所見だと思います。通常の腫瘍であれば、T1低信号、T2高信号になることが多いと思いますが、今回はT1もT2も低信号なので、いわゆる線維成分の多い病変であるということが推測されます。

高瀬：どうもありがとうございました。続きまして、十二指腸の粘膜自体はどうなっているのかとか、狭窄している部位の通過状態はどうなのか、さらに検査しなくてはいけないと思います。低緊張十二指腸造影と上部消化管内視鏡検査を行っておりますので、丸田先生に説明をお願いします。

丸田：こちらは、低緊張十二指腸造影です (Fig. 3-a,

3-b)。ここへ胃管を入れまして、十二指腸の球部を越えたところで留置して、胃管を通してバリウムを入れています。この前に、入院してしばらくの間禁飲食で胃管を入れて、胃の内容物を排出され減圧しているため、胃拡張は大分とれています。

こちらに示しているように、バリウムが胃管の先端のところから先に流れないような状況になっていて、ここが狭窄部位かと考えました。圧迫とか体位変換、空気とかを入れますと、バリウムが少し、細いところを通過して肛側に流れています。ということで、こちらは閉塞ではなくて、細いところがある狭窄であると考えより、圧をかけるとバリウムが戻って、胃の中が造影されます。以上により、この造影では、十二指腸下行脚あたりに狭窄があるのではないかとということが考えられます。

高瀬：このレントゲン像から、狭窄部位の上皮性の疾患というのは考えられますか。

丸田：この状況だけではわからないのですが、少なくとも2~3cmの狭窄が見られるので、可能性はあると思います。ただ、空気の量とか体位とかでそういうふうに見えるだけなのかもしれませんが、少なくとも完全狭窄ではないということはよくわかります。細かいところまでは読み切れません。

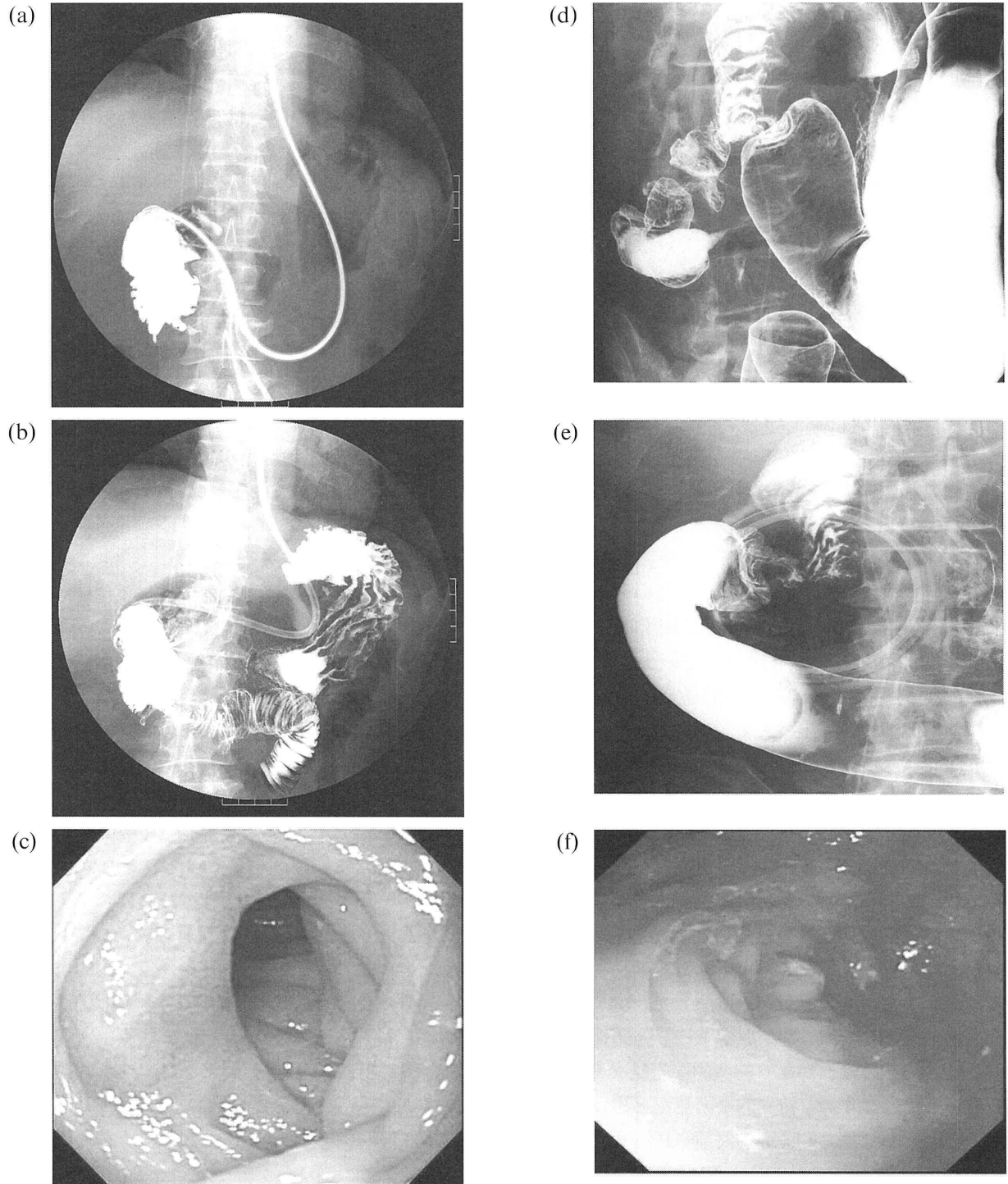
高瀬：圧をかけると、かなり水分が流れるわけですね。そうすると、胃液とか腸液とかがかなり流れていて、6カ月ぐらい経過を見ていたのですが、全然流れないということではないですね。

丸田：そうですね、時々流れていたのではないかと考えています。

高瀬：では、次に上部消化管内視鏡検査の説明をお願いします。

丸田：上部消化管内視鏡を施行しました (Fig. 3-c)。Vater乳頭を越えて、下行脚から水平脚にかけての範囲に狭窄様の所見があります。ずっと奥まで行くと、狭窄部はこのようになっています。肛側が見えますので、管腔の完全な狭窄はなく、狭窄部の粘膜面は普通のところの粘膜とほとんど変わらないのですが、若干細くなっていて、空気を入れても少し広がりが悪く、やや硬いようなイメージです。

狭窄部は、スコープは通過していて、粘膜には異常が見られない。写真のとおり、狭窄があるのですが、閉塞はなく、肛側にスコープが行けるという状態です。特に粘膜面に変化はないので、上皮性の腫瘍は考えにくいと思います。



**Fig. 3** 消化管検査 a) 低緊張十二指腸造影充盈像 b) 低緊張十二指腸造影二重造影像 c) 上部消化管検査 d) 注腸検査二重造影像 e) 注腸検査圧迫像 f) 下部消化管内視鏡検査

**高瀬:** ありがとうございました。低緊張性十二指腸造影では狭窄を認めましたけれども、実際内視鏡検査をおこなってみますと、狭窄部の通過がいいということと、粘膜面に変化がないということがわかったわけですね。それで、上皮性の疾患は否定できるということになりますね。

**丸田:** 今のところ、画像診断では否定できると思います。

**高瀬:** 十二指腸検査が終わった時点で外科に転科して、注腸検査をおこなっています。次に、注腸検査の説明を丸田先生をお願いします。

**丸田:** 狭窄症状があるということで、内科的、保存

的治療では治癒できないと考え、外科の先生にお願いして、手術を考慮していただくということで、外科転科になりました。手術前のスクリーニング目的に行われた注腸造影検査です (Fig. 3-d, 3-e)。

横行結腸の肝彎曲部寄りに狭窄が見られます。二重造影像では、ここまで狭窄して、ちょっと圧をかけると通過して、その先の上行結腸までバリウムが流れています。粘膜面は、腫瘍性の隆起とか周堤隆起などははっきりしないのですが、狭窄性の病変があります。

3日ぐらい前に十二指腸造影をやっているものから、流れが悪くてバリウムが残っています。十二指腸下行脚のところに残ったバリウムで、これが横行結腸と胃および十二指腸と瘻孔を形成して、つながっているように思われますが、実際交通はありません。その狭窄の部分を圧迫すると、若干バリウムが口側に流れていく所見で、いわゆる Apple core sign 様に見られるような周堤隆起などの特徴的な上皮性の腫瘍を示すような所見は見られませんでした。

高瀬：ありがとうございます。上皮性ではないというと、非上皮性ということになると思うのですが、周囲との癒着は結構ありますか。

丸田：そうですね。周囲との癒着はありそうで、少なくとも腸管の中に何か病変があるかどうかは、この写真だけでは、肛門側の情報しかないので何とも言えません。少なくとも、教科書に出てくるような Apple core sign ではないので、典型的な大腸癌という所見ではないと思います。

高瀬：続きまして、大腸内視鏡検査の説明をお願いします。

丸田：後日行いました下部消化管内視鏡検査の写真です (Fig. 3-f)。

ちょっと便が残っていて汚い写真ですが、注腸検査上狭窄に当たる部分です。口側の管腔が見えて、先ほどと同じように、狭窄を通過することができました。この奥の写真はないのですが、ここが口側につながる管腔です。

ここだけ見ると、腸の粘膜が少しむくんだ感じがして、大腸も十二指腸と同様に、上皮性の腫瘍を示すような所見はみられませんでした。狭窄の肛側にも便があるので、口からこちら側に便が流れてきているのだなという印象を受けました。

高瀬：ありがとうございます。結腸のほうにも十二指腸と同じように、注腸造影では狭窄があつたけれ

ども、内視鏡検査をおこなってみると、上皮性の変化はないということになりますか。そうしますと、十二指腸の上皮性疾患と結腸の上皮性疾患は否定できるということになりますね。

丸田：内視鏡所見上は、そういうことになります。

高瀬：それでは、十二指腸と結腸を巻き込んだ病変であるということで、この時点で内科としてはどんな病気を考えますか。

丸田：非常に難しいのですが、CTで示した十二指腸と横行結腸の間にある腫瘍の浸潤もしくはその間にある炎症の波及、どちらかを疑っています。

高瀬：やはり腫瘍か炎症ということになりますか。

丸田：そうですね。

高瀬：ここまでで何か質問がありましたらお願いします。

では、ありがとうございます。続きまして、総胆管、膵管はどうなっているのか。それと病変部や病変周囲の血管走行や、腫瘍があれば腫瘍膿染像があるのか？ 栄養血管はどこにあるのか？ を調べるために、腹部 MRCP と腹部血管造影を行っています。佐口先生、まず腹部の MRCP の読影をお願いします。

佐口：胆管は拡張なく、スムーズに描出されており、内部に特に欠損像を認めません。胆管系には明らかな異常がないと思います (Fig. 4-a)。

次に膵管ですが、主膵管は拡張なく、スムーズに描出されています。Santorini 管に関しては評価できないと思います (Fig. 4-b)。MRCP は以上です。

高瀬：続きまして、腹部血管造影の説明をお願いします。

佐口：上が上腸間膜動脈の動脈相 (Fig. 5-a)で、下が門脈相 (Fig. 5-b) です。まず、動脈相ですが、上腸間膜動脈から総肝動脈が分枝する正常変異が認められます。主たる上腸間膜動脈から分枝する枝はスムーズに描出されており、血管の口径不整像、血管新生や異常膿染像を認めません。この画像上は、動脈系に関しては目立った異常所見はないものと考えます。

一方、門脈相では、回腸静脈の上腸間膜静脈に還流する部分から、回結腸静脈にかけて強い狭窄を認め、末梢が拡張しているのがわかります。なお今までの画像とあわせると、病変はかなり広範囲に及んでいるということがわかります。

高瀬：ありがとうございます。腹部 MRCP 上、主膵管の異常もなければ、総胆管の狭小化とかの異常もないようです。さらには、大きな腫瘍のわりには動脈

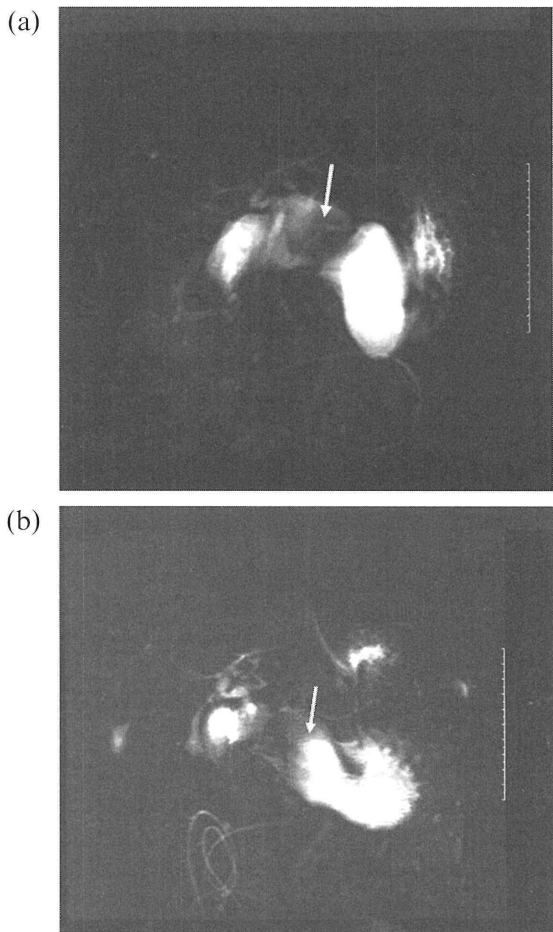


Fig. 4 腹部 MRCP 検査 a) 胆管像 b) 膵管像

相のほうに特に異常がなく、回結腸や回腸静脈の狭窄が静脈相で認められたということですね。

佐口：回結腸から回腸、上腸間膜静脈の末梢にかけて狭窄を認めます。なお、この画像だけでは言えませんが、今までの CT などとあわせると、総合的に広い範囲に病変があるのがわかるのですが、これだけの範囲を占めるような明瞭な腫瘤像が、CT、MRI では描出されていません。病変自体は不明瞭で、不均一な進展を示しているということが推測されます。

高瀬：ありがとうございました。腹部 CT や MRI、MRCP、血管造影を見て、放射線科ではどうお考えになりますか。

佐口：腸管や静脈の狭窄など、かなり強い所見を認めますが、広い範囲を占める大きい腫瘤はないので、悪性であれば、腸間膜を中心とした播種性変化を来すような病態があるのではないかと推測されますが、原発巣がないため、第一には考えにくいと思います。

一方 CT で描出されている病変の主座は膵頭部の背側から下方で、十二指腸下行脚の周囲にあり、膵臓

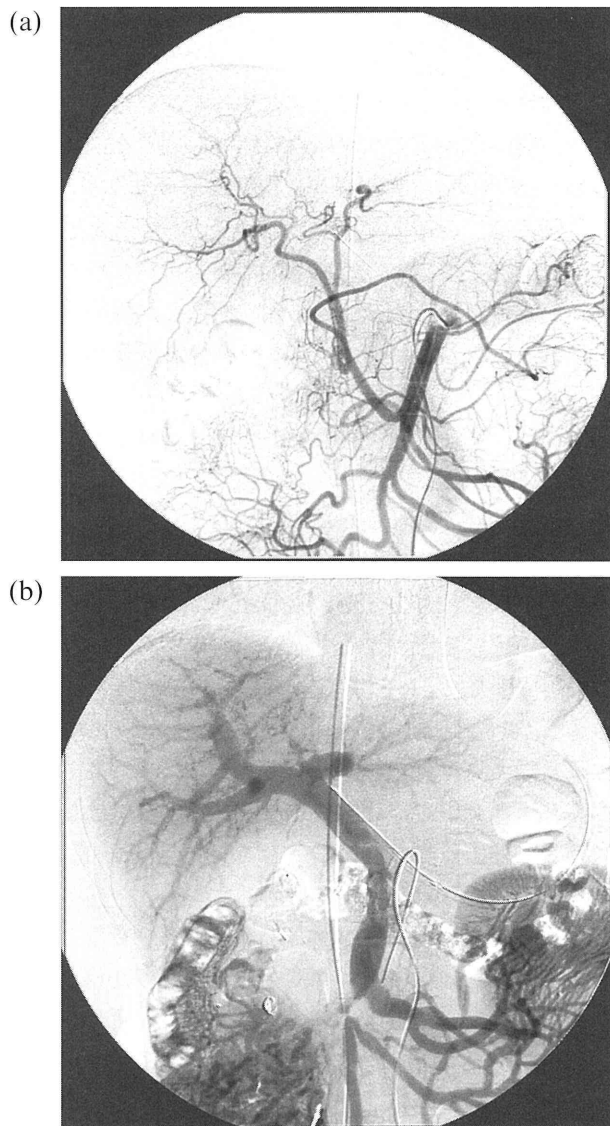


Fig. 5 腹部血管造影像 a) 動脈相 b) 門脈相

自体は保たれていることより、特殊な膵炎の一つである、Groove pancreatitis が鑑別にあげられます。複合的に臨床経過などとあわせると、そういった特殊な膵炎や、もともとあった十二指腸や膵臓の炎症がおさまった後、周囲に生じた線維化した病巣によって十二指腸、大腸の狭窄を来した可能性が考えられると思います。

なお非常にまれな病気ですが、multifocal な fibrous sclerosis が鑑別にあげられます。ただし、他臓器病変はなく、自己免疫性膵炎や胆管に異常がないので、考えにくいのかと思います。

高瀬：ありがとうございました。画像診断全体にわたり、なにかご質問ございますか。

青木 (消化器外科)：回結腸静脈が閉塞しているの



で、伴走しているあの動脈の根元だけ、ちょっと所見があるかなという雰囲気がありますね。

佐口：そうですね。ちょっと硬いかなという感じはあります。

高瀬：そのほかに、何かございますか。

Groove pancreatitisという疾患がご発言の中で出てきましたが、説明していただけますか。

佐口：膵頭部と十二指腸の下行脚と総胆管の間の溝をGrooveと言いますが、そこに起きた炎症をGroove pancreatitisとって、膵臓と両方が侵されるsegmental formと、膵臓には炎症所見がなく、Grooveにしか炎症所見がないpure formの2種類に分類されています。今回は、主な病変が膵頭部の背側と十二指腸下行脚にあったということで、膵臓自体はきれいだったので、pure formのGroove pancreatitisの可能性があるとされます。ただ、自分は何例かこの病気を見たことがあります、下方にこれだけ進展した病変は経験した事ありません。

高瀬：ありがとうございました。内科での検査では膵機能は異常がなかったのですが、Groove pancreatitisの場合は、膵機能には異常を示さないということでしょうか。

佐口：実際、半年前には炎症反応あった可能性があるとされますが、今回grooveに起きている病変は、線維化像なので、炎症反応自体はなくてもいいのではないかと思います。

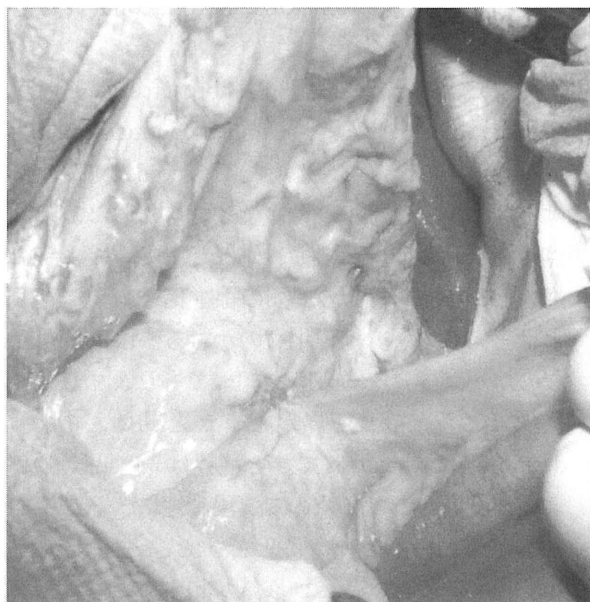
高瀬：ありがとうございました。では、次に十二指腸、さらには結腸肝彎曲部にも狭窄を認めて、手術適応ありということで、手術になりました。術式や手術所見、また実際病変部を観察し、触ってみた印象で術中診断はどのような疾患を考えたかを教えていただきたいと思います。消化器外科の青木先生、よろしくお願いします。

青木：開腹したところ、腹水はありませんでした。開けると、術前診断どおり、横行結腸間膜の中で、ちょうど回結腸静脈の、先ほどの、Angioの分枝のところ、に結節状のひきつれがありまして、ここでやはり静脈が閉塞しています (Fig. 6-a, 6-b)。

左の小腸間膜に拡張した静脈が見えますが、側副路を回って帰っているようです。横行結腸・上行結腸の間の結腸間膜からやや白色、弾性軟～硬ぐらいですか、軽い弾力がある腫瘤で、上は十二指腸の下行脚のあたりまで、裏からも表からも動かないような硬い一塊になっています。こちらに帰っている静脈はちょっと拡張していました。術前診断でもわかったのですが、回腸結腸静脈から小腸間膜静脈に浸潤があるので、根治的適応はないかなという所見です。あとは、回結腸静脈からこの奥が上腸間膜動脈の領域なので、Angioではあまり動脈所見はなかったのですが、ここを破っていくと膵全摘になってしまうので、切除不能と判断しました。

考えられるのは、Groove pancreatitisで、十二指腸・

(a)



(b)



Fig. 6 術中所見 a) b)

大腸狭窄という例もあるし、あとは、間葉系の腫瘍で GIST 系の腫瘍があるかなという感じでした。一応、十二指腸が狭窄して流れない、結腸も狭窄して通過障害があるということで、胃・空腸吻合と回腸末端 20~30 cm のところと横行結腸を吻合して、バイパス手術を行っています。その後、同じ硬い、白色の組織のところを 5 mm ぐらい生検を行って、手術を終了しました。

高瀬：どうもありがとうございました。手術はかなり難行した症例だったようですが、腫瘍の大きさとか癒着、静脈の狭窄を考えると、バイパス以外にしようがなかったのかなと思います。腫瘍のサイズというのはわかりますか。

青木：全部はがしていませんのですが、横行結腸間膜の回結腸のところから十二指腸下縁ぐらいまでなので、20 cm ぐらいの領域では硬い、白色状のものがありません。上に結腸間膜がかぶってしまっていて、その向こう側から押されているので、その奥は破って見ていません。

高瀬：出血もかなりあったのですか。

青木：いえ、もう手をつけていませんので、出血はしていません。

高瀬：手術全般に関して、何かご質問はございますか。

望月（病理診断部）：腫瘍の境界は明瞭でしたか。それとも浸潤性で境界型が、触った感じは不明でしたか。

青木：最初開けた時、GIST 系で比較的くりっとしていて、周りから剝離できるようなものだったら取れるかなと思っていましたが、そういう感じではとてもないということでした。

高瀬：そのほかに何かございますか。

ありがとうございました。続きまして、術中病理診断と、さらに免疫組織染色を行っておりますので、病理診断部の望月先生に解説をお願いします。

望月：術中迅速が行われまして、小指頭大の組織が送られてきました。小型の紡錘形の細胞があまり密でなく、一面に増殖していました (Fig. 7-a)。

細胞密度が少し高めのところでは、小型の紡錘形の細胞が増殖している。でも、sarcoma というほど密度は高くありません (Fig. 7-b)。

細胞成分が疎な部分があって、そういうところでは細胞の間に膠原線維の増生が見られます (Fig. 7-c)。迅速診断の時は膠原線維を重く見まして、線維性の組

織であろうと。ですから、何か線維化か、あるいは fibromatosis のような良性の tumor ではないかと返事をしています。これだけの組織ではわからないので、もっとたくさん組織をとってこないかと言ったらば、もうとれないという話で、最初に迅速でとられた組織片で検索するということになりました。

この紡錘形の細胞が一体どういうものなのかということで、免疫組織化学的検索をやっています。CD34 は陰性です。血管にだけ染まっていて、問題になっている紡錘形の細胞には染まりません (Fig. 7-d)。

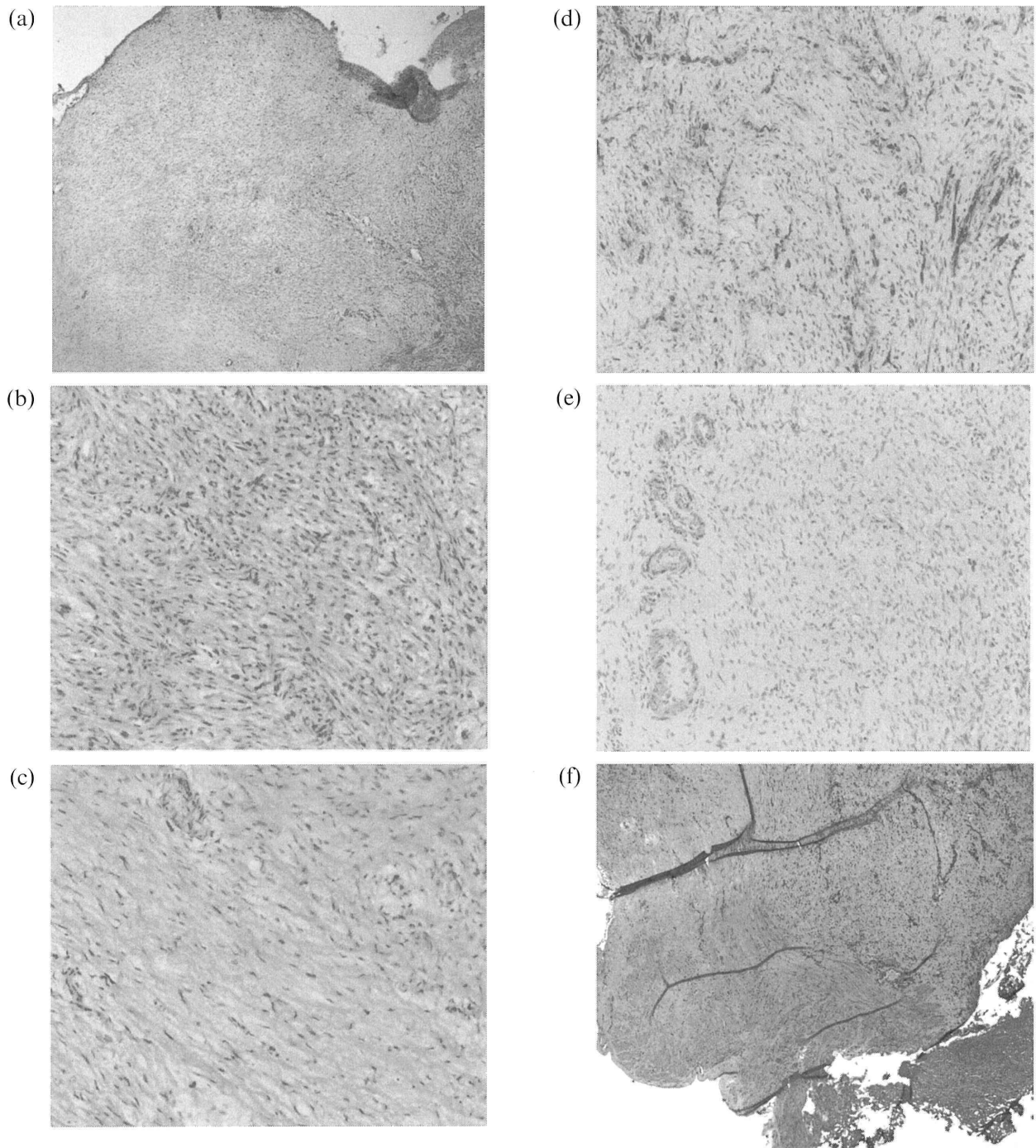
これが  $\alpha$ SMA といって、平滑筋系統を染めますが、これも陰性です。左側には血管が染まっています。そのほか、GIST 関係ということで c-kit もやりましたが、陰性。それから、神経系、schwannoma 系統もあるかということで S-100 をやりましたが、これも陰性です。ということで、この紡錘形細胞は特に目立ったマーカーが染まってきませんで、そうすると、線維細胞系統の細胞でいいのかなという判断になります (Fig. 7-e)。

周囲との関係ですが、下のほうに少し赤っぽく見えるところが既存の平滑筋です。ですから、既存の平滑筋に付着するような形で病変があるということになります (Fig. 7-f)。

そういうことで、Schwannoma、Leiomyoma、GIST、それから、同じ紡錘形細胞ですと Solitary fibrous tumor という鑑別にはなりますが、いずれも抗体が染まってきませんので、否定です。線維細胞系の病変ということになるとどういうものがあるかということ、線維化、それから fibromatosis、fibrosarcoma など考えなければいけなくなります。

先ほど言いましたように、fibrosarcoma というだけの異型はありません。場所的には intraabdominal desmoid ということになります。Desmoid は、良性腫瘍ではありますが、周囲の腸管などを巻き込んで発育する点は合致します。その他、先ほど出ていたように、膵炎などがあって、その周囲の線維化ということも組織上は考えられます。線維化なのか、あるいは良性腫瘍性なのかが問題になるような組織であります。

先ほどちょっと境界はどうかと聞いたのですが、desmoid、fibromatosis ですと境界は一応明瞭だというように記載がありますので、浸潤性に、境界が不明瞭に広がっているということだと、どちらかということ、炎症後の線維化という気がします。けれども、その辺の断定も組織片が小さいこともあって難しいと



**Fig. 7** 病理組織像 a)b)c) 術中迅速病理所見 d) 免疫組織染色法：CD34 e) 免疫組織染色法： $\alpha$ -SMA f) 周囲組織との関係

思います。臨床症状を加味して判断する事が望まれます。

**高瀬**：ありがとうございました。結果は、線維組織ということでしたが、臨床所見と照らし合わせてみると、膵炎などの炎症性の線維化が一番考えられるのではないかということです。病理組織検査に対して、何か質問ございますか。

ないようですので、青木先生、今後の外科でのフォローアップの仕方、何かありましたら教えてください。

**青木**：バイパスして、食事も通過障害もなく、1カ月後ぐらいに外来に来て特に問題はありませんでした。その時CTを撮ったのですが、今のところ術後経過良好で経過観察しています。

Table 2

1. 先天性疾患 Web 輪状膵 十二指腸前門脈 総胆管嚢腫 傍十二指腸ヘルニア	3. 悪性疾患 腺癌 悪性リンパ腫 膵頭部癌	6. その他 消化性潰瘍 NSAIDs 炎症性癒着 十二指腸血腫 上腸間膜動脈症候群 Bouveret's 症候群 Brunner 腺過形成 特発性後腹膜線維症
2. 炎症性またはアレルギー性疾患 Crohn 病 Celiac sprue 好酸球性胃腸炎 サルコイドーシス 血管炎	4. 膵臓疾患 急性膵炎 仮性膵嚢胞 慢性膵炎	
	5. 感染症 膿瘍 結核	

高瀬：患者さんは元気ですか。

青木：調子いいみたいです。

高瀬：ありがとうございます。

佐口：今、青木先生が言われましたフォローアップの CT 画像を今日見てきました。膵頭部の背側から下方に認められた腫瘤は術前と比較すると、むしろ不明瞭化しており、少なくとも病変が進んでいるような所見は一切ありませんでした。画像的には、経過良好と考えます。

高瀬：良性のものであれば、だんだん小さくなっていく可能性があるわけですね。

佐口：その辺はよくわからないですけども、可能性としてはあってもいいと思います。

高瀬：ここまでで何か質問、ございますか。

それでは、十二指腸狭窄を来す疾患、さらには病変の広がり方を理解する上での解説をしていただきます。丸田先生よろしくお願い致します。

### ま と め

丸田：ここでは、肝臓、胆嚢、膵臓、十二指腸の位置関係を示します。先ほど発言がありました Groove というのは、胆管と膵頭部と十二指腸の下行脚に囲まれた、このあたりになるかと思いますが、斜位をかけると、こういう位置関係にあります。

横行結腸、膵臓、十二指腸が見えますが、この辺に病変があったのではないかと考えられますので、CT その他の所見から、十二指腸と結腸と膵臓の間に何かあって、それぞれに広がっているということで、解剖学的には起こり得る状態であります。

十二指腸狭窄、あるいは閉塞性疾患の原因 (Table 2) には、炎症性、またはアレルギー性疾患、悪性疾患、

膵疾患、感染症その他と分かれていますが、術前では急性膵炎とか慢性膵炎、あるいは Groove pancreatitis みたいな特殊な膵炎、膵頭部癌とか、いろいろ考えられましたが、結局のところ原因ははっきりしませんでした。十二指腸狭窄を見たら、こういう疾患を頭に置いて考えておかなければいけないのです。

高瀬：ありがとうございます。十二指腸と肝彎曲部は近い位置にあり、お互いに影響を受けやすいということがわかったと思います。時々消化器内科では、胆嚢炎とか膵炎で結腸狭窄や十二指腸狭窄を経験することがあります。症例全体にわたって、何かご質問ございますか。

岡田 (消化器外科)：生活歴で、1日5合の飲酒の影響というのはあるのでしょうか。

丸田：生活歴5合の飲酒との関係はあまりはつきりしないのですが、そういう経歴があるので膵炎みたいなものがあるのかなという思いで見えていました。この人は、他院で十二指腸狭窄を指摘されて精密検査をしていたらしいのですが、途中で嫌になって、勝手に退院してしまったようです。ですから、その辺の因果関係はよくわかりませんが、食べ物や食べられないけど、お酒は飲めたのではないのでしょうか。そういう生活歴を有している人なので、佐口先生が言われたように、膵炎なのかなという印象で考えています。

高瀬：その他にご質問ございますか。

ご質問がないようですので、第343回東京医科大学臨床懇話会を終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

—— 終了 ——

松岡 健 編集委員査読