

外傷性脾臓嚢腫の1例

—内瘻造設と Catheter Cysto-enterostomy による治験—

大阪医科大学外科学教室（指導：麻田 榮教授）

林 雄俊，木多平八郎，宮島良夫，田中 宏

〔原稿受付 昭和40年10月9日〕

A Case Report of Pancreatic Pseudocyst

by

KATSUTOSHI HAYASHI, HEIHACHIRO HONDA, YOSHIO MIYAJIMA,
and HIROSHI TANAKA

Department of Surgery, Osaka Medical School
(Director: Prof. SAKAE ASADA)

A 43 year-old driver was hit on his abdomen by his own steering wheel. An emergency laparotomy revealed just a small amount of blood accumulation in the abdominal cavity. The patient did well until 43 days after the operation, when he complained of epigastric pains and an abdominal mass. On relaparotomy a fist-sized cystic tumor was found, which was not removed. As the tumor enlarged and abdominal pains persisted, he was admitted to our hospital about 3 months after the trauma.

Physical examination disclosed a large elastic uneven tumor, 7×8 cm in size, located in the upper abdomen. Gastrointestinal X-ray examination showed a dilatation of the duodenal loop, suggesting the tumor to be located in the head of the pancreas. A diagnosis of traumatic pseudocyst of the pancreas was made, and laparotomy was performed on August 21, 1964. A cystic tumor was found in the head of the pancreas containing hemorrhagic fluid. Total extirpation of the cyst seemed to be extremely difficult because of dense fibrous adhesions around the cyst, and an internal drainage of the content of the cyst was established by means of Roux Y cysto-enterostomy. A temporary external drainage was undertaken by placing a vinyl tube into the cyst through the anastomosed segment of the intestine and the other end of the tube was brought out of the skin through a stab wound.

Postoperative course was uneventful and the patient was discharged 37 days after operation. The usability of catheter cyst-enterostomy for pseudocyst of the pancreas was emphasized.

脾臓嚢腫は比較的稀な疾患であり、Gussenbauer (1883) が初めて Marsupialisation を発表して以来、手術法は幾多の変遷をみている。われわれは最近、外傷による仮性脾臓嚢腫に、空腸を Roux Y 型法で吻合して内瘻を造設すると同時に、Catheter Cysto-enterostomy を実施して外瘻を併設することにより本症例

を治癒せしめたので、ここに報告する。

症例：42才，男子，運転手

主訴：上腹部腫瘍

現病歴：昭和39年4月28日，自動車を運転中，交通事故によりハンドルで上腹部を強打し，某院で開腹術が行なわれ，腹腔内に少量の凝血が認められたが，腹

腔内臓器には異常はなかつた。約1ヵ月半後の6月10日、上腹部に疼痛および膨満感を覚え、手拳大の腫瘤があるのに気付き、その後腫瘤はやや縮小する傾向があつたが、7月5日、再び開腹術が行なわれた。その結果は脾頭部に手拳大の囊腫様の腫瘤が認められ、試験穿刺により水様透明の液が約5cc排除されたが、そのまま閉腹された。術後、上腹部腫瘤はやや縮小したが、受傷後約3ヵ月余の8月上旬になつて再び上腹部の疼痛を伴つて腫瘤が増大したため、8月7日本院内科に入院、脾臓囊腫の診断の下に当科に転科した。食後に胸部の圧迫感、悪心および背部痛があり、食欲は不振で、便秘に傾いている。

既往歴、家族歴：特記すべきことはない。

現症：体格中等、栄養はやや衰え、脈搏は78で整、血圧118/75mmHg、呼吸18、結膜に軽度の貧血が認められるが黄疸はない。胸部は理学的には著変なく、肺肝境界は右乳線上第6肋間にある。腹部では上腹部正中線上に手術瘢痕があり、上腹部に手拳大の腫瘤が触知され、表面にやや凹凸があり、弾性軟で波動は著明でなく、体位変換により軽度の移動性が認められる。肝、腎、脾は触れない。

検査成績：赤血球数306万、血色素量(Sahli)74%、ヘマトクリット値32%、白血球数5200。尿はウロビリノーゲン(+)、ビリルビン(-)、糞潜血反応はベンチジン、グアヤックともに陰性で、尿チアスターゼ値 $d38^{\circ}/30' = 25$ 。肝機能検査ではCCF(++)、コバルト反応 R_2 、黄疸指数4、高田氏反応陰性であつた。

レ線像では十二指腸窓の拡大が認められ、十二指腸の陰影は全体としてやや狭隘となつていた(図1)。

心電図に異常は認められなかつた。

手術所見：外傷性仮性脾臓囊腫の診断の下に、昭和39年8月21日GOF麻酔で右旁腹直筋切開により開腹した。腹水はなく、肝、胆嚢に異常は認められなかつた。小腸係蹄相互の間の癒着が著明であつたが、これを剝離して検するに、胃大彎が上方に圧排されており、脾部に手拳大の腫瘤が認められた。腫瘤は弾性軟で波動が証明され、試験穿刺により初め透明な液が約100cc、つづいて血性の液が多量に排除された。この囊腫の壁はかなり肥厚し、炎症性的変化が存在するように思われたが、小切開を加えると壁は瘢痕状で硬く、出血を認められなかつた。脾尾部はやや硬いようであつたが一応正常と思われた。囊腫の剝離および摘出は不可能と考えられたので、横行結腸間膜の下方で囊腫に小さい孔をあけ、内径4mmのビニール管を挿入

しRoux Y型吻合によつて囊腫・空腸吻合術を施行した。ついでビニール管をこの吻合口に留置し、その先端はCatheter Cysto-enterostomyを行なつて腹壁を通じ外瘻とした(図2)。

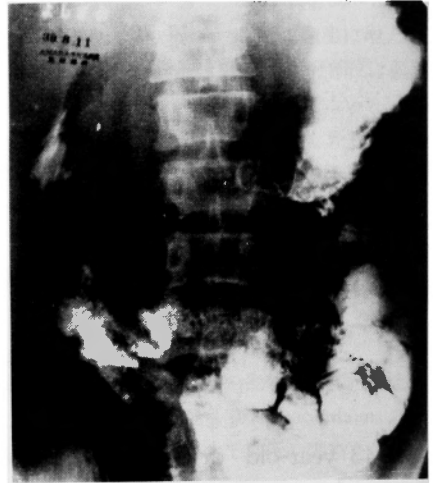


図1 術前レ線像

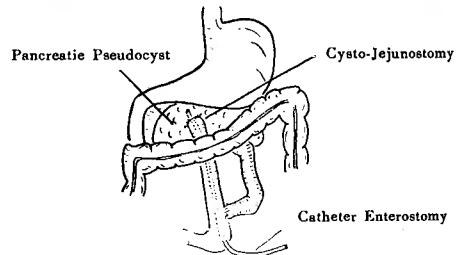


図2 手術々式

術後経過：順調に経過した。ビニール管からの排液は毎日100~200cc続き、そのチアスターゼ値は $d38^{\circ}/30' = 212 \sim 210$ を示した。術後32日目にビニール管を抜去、術後34日目に瘻孔は閉鎖治癒し、術後37日目に軽快退院した。

考 察

仮性脾臓囊腫は脾臓炎或は外傷に引き続いて発生する。そのうち外傷に起因するものには、Körteによれば28%、Schmieden & Sebenigは12%、河合¹⁾は23.6%、Meyerは51.6%、Mikuliczは25%、Lazarusは30%、Göbellは33%と報告しているが³⁾、本症例は交通事故による腹部打撲が原因であつた。

症状としては胃圧迫感、上腹部疼痛、悪心、嘔吐、胃腸通過障害、時に胆管の圧迫による黄疸の発現等が

あげられるが、本症例では上腹部の疼痛および膨満感がみられた。

嚢腫の発現・触知の時期は炎症性のものよりも外傷性のものの方が一般に早いといわれており³⁾、丸田は7日、高木は10日、伊藤は17日、春山、津田⁴⁾、百瀬および内山⁵⁾は20日、花輪は30日、木本は45日、谷³⁾は50日、松川は60日、坂井および金原は6ヵ月、津田は1年後に触知したといっているが、本症例では受傷後44日目に触知された。

脾臓嚢腫の外科的療法として、従来、剔出術、外瘻法等が行なわれているが、これらの手術々式はそれぞれ脾臓嚢腫の存在部位、周囲との関係、大きさ、性状、または全身状態のいかんにより選択さるべきである。

1) 脾臓嚢腫の剔出は Bozeman (1882) が初めて行なつたが、仮性嚢腫は真性嚢腫と異なり嚢腫の壁が薄く、周囲組織と密に癒着している場合が多いため、剔出は困難で、成功例は少ないようである。

2) 外瘻法：Gussenbauer (1883) が Marsupialisation を発表して以来、術式が簡単で安全なため多く行なわれてきた。しかし本法の欠点として瘻孔の長期遺残、脾液による皮膚の糜爛、体液の喪失などがあり、そのため再手術が必要となる場合がある。

3) 内瘻法：嚢腫と十二指腸とその吻合は Ombrédanne (1911) が、胃との吻合は R. Jedlicka (1915) が、胆嚢との吻合は Hammesfahr (1923) が、結腸との吻合は窪田 (1950) が、空腸との吻合は Ingebringsten (1920) が報告しているが、嚢腫壁が菲薄な場合には縫合不全、消化管内容の嚢内への逆流による感染、嚢腫壁よりの出血等がみられ、且つ吻合口が自然閉鎖する等の欠点がある。そこで Poer (1949)、Rosi (1951)、Schumacker (1954)、Warren (1958) は空腸との間に Y 字型吻合をおくべきことを推奨した。わが国では亀谷 (1929) の報告以来、16例の発表がみられるが、その転帰は再発1例、不明2例で、他はすべて良好な成果を収めている。本症例は嚢腫の壁が比較的菲薄で、

周囲との癒着がいちじるしく、剔出は不可能と思われたので Roux Y 型嚢腫・空腸吻合術（内瘻）に加えて、更に安全を期して嚢腫から吻合部をへたビニール管を留置する Catheter Cysto-enterostomy（外瘻）を併置した。これにより嚢内圧の上昇、縫合不全等の合併症は、ビニール管を通つて外瘻から排液が行なわれることにより防ぐことが出来、また外瘻より脾液の排出が多い折にはビニール管を適時閉じることにより内瘻の機能を活かせることも可能であつた。そして術後32日目にビニール管を抜去したが、瘻孔は僅か3日間で完全に治癒した。われわれはかくのごとく脾臓嚢腫を Roux Y 型嚢腫空腸吻合術と Catheter Cysto-enterostomy の併用により難治性瘻孔を残すことなく短期間に治癒せしめたのである。この経験ののちに、文献を渉猟したところ、Perry³⁾ (1963) もわれわれと全く同じ方法で脾臓嚢腫を治癒せしめた1例を報告していること知つた。

結 語

42才、男子にみられた外傷性仮性脾臓嚢腫を Roux Y 型嚢腫・空腸吻合術（内瘻）と Catheter Cysto-enterostomy（外瘻）の併用により、短期間で治癒せしめた症例を報告し、本術式がすぐれた1手段であることを述べ、若干の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 河合直次：脾臓嚢腫—本邦の統計的観察—。臨床外科，7：593，昭27。
- 2) 川野福次郎：外傷性仮性脾臓嚢腫の1治験例。手術，16：80，昭37。
- 3) 谷 源一：外傷性仮性脾臓嚢腫の1例。外科，20，675，昭33。
- 4) 津田誠次：脾臓嚢腫について—津田外科教室における統計的観察—。外科，20：357，昭33。
- 5) 内山昭司：真性脾臓嚢腫の摘出後に発生した仮性脾臓嚢腫の1例。手術，13：172，昭34。