

穿孔を来たした迷入副膵に由来する原発性 十二指腸乳頭下部癌の1剖検例

大和高田市民病院 外科

杉 本 雄 三・清 水 春 彦

奈良県立医科大学病理学教室

吉 岡 俊 一

(原稿受付 昭和34年 5月16日)

AUTOPSY CASE OF PRIMARY DUODENAL CANCER AT THE LOWER PART OF THE PAPILLA ORIGINATING IN AN ABERRANT ACCESSORY PANCREAS WHICH CAUSED PERFORATION

by

YUZO SUGIMOTO, HARUHIKO SHIMIZU

From the Surgical Division, Yamatotakada City Hospital

and

SHUNICHI YOSHIOKA

From the Pathological Division, Nara Prefectural Medical College

Recently we encountered a patient who had gastric resection for duodenal ulcer, was operated on 4 months later with a cholecysto-jejunostomy at which time cancer of the head of pancreas was found. Six months later he died with perforation of the duodenum by the infiltrating cancer. A detailed autopsy revealed some interesting findings.

We may consider that the tumor existed previously near the papilla of Vater, from the fact that the stool was positive for occult blood till after the gastric resection. The patient died of panperitonitis caused by spontaneous perforation at the area infiltrated by cancer.

Histologically, the tumor cells resembled the ductal cells of the pancreas. However, their manner of growth indicated that the tumor cells were situated in the submucous layer and the muscular layer, and because they were demarcated distinctly from the pancreas the tumor cells did not appear to have originated in the pancreas.

Therefore, we concluded that this tumor was duodenal cancer at the lower part of the papilla originating in an aberrant accessory pancreas.

われわれは最近、十二指腸潰瘍で胃切除術を受けた患者が、4ヵ月後膵頭部癌で開腹、胆嚢空腸吻合を施行され、更に半年後癌浸潤により十二指腸穿孔を来たして死亡した1例に遭遇し、詳しくこれを剖検する機会に恵まれ、興味ある組織学的所見を得たので報告する。

症 例

44才 男 菓子業

第1回入院

主訴；上腹部疼痛。

既往歴；家族歴；共に特記すべきものなし。

現病歴；約1年半前より右季肋下部に鈍痛あり、空腹時特に夜間に強く、摂食により軽快していた。尚この疼痛は両側腹部にも放散する。食後膨満感、吞酸、嘔吐、悪嘔あり、6kg 痩せ、内科的治療で一時的に軽快したが、再び悪化し外科へ入院した。

現症；体格中等度、全身栄養不良、顔面蒼白、苦悶状。右季肋下部に圧痛と抵抗、腹壁緊張あり、小野寺氏徴候陽性である。

検査成績；赤血球数 430×10^4 、ザリー60%。便の

潜血反応陽性。レントゲン透視で、胃に異常所見無く十二指腸球部の変形と、バリウムの残存及びそれに一致しての圧痛、抵抗を触れる。

以上より十二指腸潰瘍と診断して手術す。

第1回手術所見；十二指腸起始部に癒着性線維素性の癒着あり、幽門部より2横指肛門側に癒着性硬結あり、術前の所見と一致する。潰瘍を曠置、胃切除、後結腸性に胃腸吻合をした。(図1, 2)。その際、膵、十二指腸附近に気付かれるような変化は認められなかつた。

術後の経過；愁訴は一応緩解したが、便の潜血反応は術前同様依然として強陽性、赤血球数 292×10^4 、ザリー65%、1ヵ月後退院した。

第2回入院(4ヵ月後)

主訴；右上腹部疼痛と黄疸。

現病歴；第1回目退院後約1ヵ月後より右上腹部疼痛及び軽度の黄疸、夕方悪寒発熱、便の黒色変化を来たし、外来にて右上腹部鶏卵大、呼吸と共に移動しない境界不鮮明な腫瘤を指摘された。赤血球数 416×10^4 、ザリー50%、白血球数7200、全血比重1038、血清比重1022、モイレングラハト指数30、高田反応陰性、尿中ウロビリノーゲン陰性、ビリルビン反応陽性、便は灰白色で潜血強陽性。膵頭部の腫瘤による閉塞性黄疸と診断、経過観察された。しかし症状は一進一退して判然とせず、開腹の目的で第1回目入院より4ヵ月目、再度入院した。

現症；栄養不良、顔面苦悶状、皮膚は黄疸様蒼白、右上腹部に鶏卵大の圧痛ある腫瘤を触れる。赤血球数 280×10^4 、白血球数6200、ザリー50%、モイレングラハト指数44、肝機能 Co_{17} 、 Cd_{16} 、便の潜血反応強陽性。膵頭部腫瘤による閉塞性黄疸と考え、開腹す。

第2回手術所見；膵頭に一致して凹凸ある硬い腫瘤あり、後腹膜を基底として右下腹部に拡り全体として超手拳大、左に索状をなして膵尾に連なる。周囲へ浮腫状をなして浸潤し、剝出不能。膨満している胆嚢と空腸を吻合(Roux)、腫瘤より試験切片を採り手術を終る(図3, 4)。切除標本は組織学的に Carcinoma simplex の像を呈していたが、その原発巣を決定するに困難であつた。

その後の経過；術後黄疸は漸次消退したが、右上腹部の持続性疼痛、夕方発熱、強度の便潜血が続いた。症状一進一退していたが、第2日目手術後4ヵ月目、激しい腹痛を右上腹部に來たし、ショック状となる。白血球数18200、右上腹部に手拳大の圧痛ある腫瘤と腹壁緊張をみる。全身栄養悪く、貧血(ザリー40%)

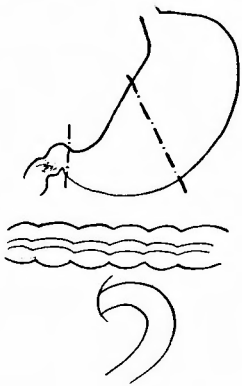


図1

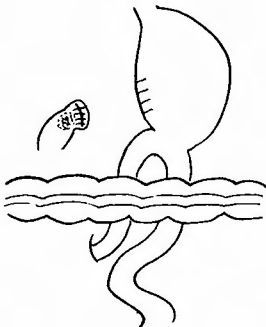


図2

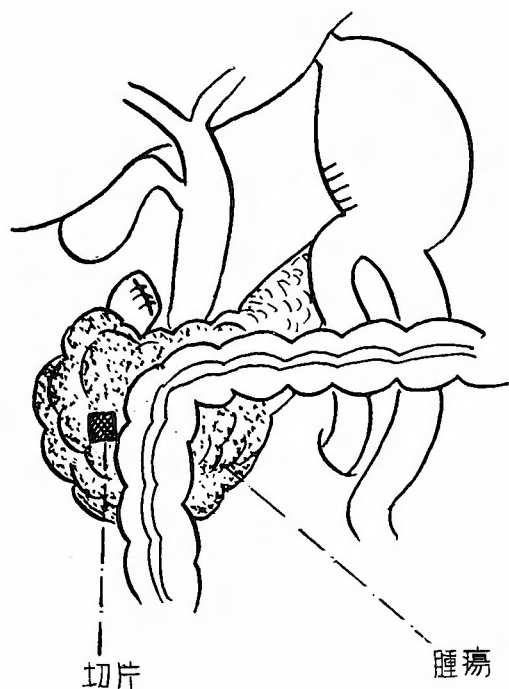


図 3

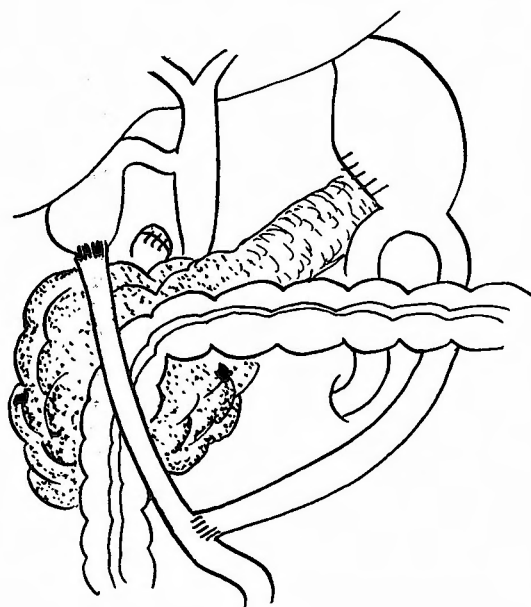


図 4

悪液質著明、便の潜血強陽性、上行性感染による胆嚢炎と判断、抗菌物質、ナイトロミン等を投与して一時小康を得た。ところが第2回手術後6ヵ月目、腹部の膨隆著しくなり、激しい腹痛とショック症状を来た

し、完全な麻痺性イレウス症状を呈し遂に死亡した。

剖検所見；(佐藤寿昌教授執刀)

病理解剖学的診断

- 1) 十二指腸癌及びその膵・十二指腸リンパ節転移
- 2) 穿孔性汎発性腹膜炎
- 3) 十二指腸乳頭部胆道狭窄による輸胆管拡張並に黄疸肝
- 4) 肝被膜下出血及び壁側腹膜下点状出血
- 5) 胆石症
- 6) 両側症肺うつ水腫及び右下葉出血巣
- 7) 左線維性、右線維索性肋膜炎
- 8) 心筋褐色萎縮
- 9) 全身性貧血
- 10) 胃・小腸・胆嚢の手術後状態

剖検所見；皮膚乾燥、皮下脂肪は高度に減少し、軽度の黄疸、腹部波動中等度に証明す。足背、脛骨脛に浮腫を認む。

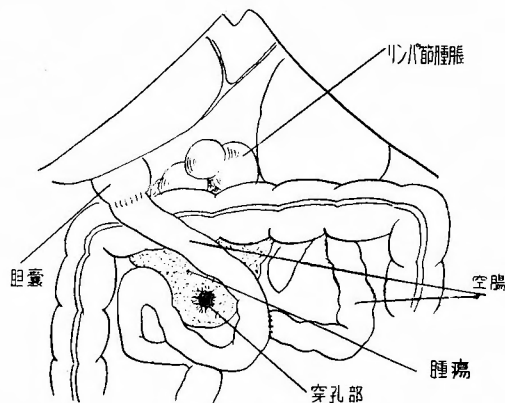


図 5

腹腔内所見(図5)。腹腔内に黄色、濁濁、糞便臭ある液2200ccを入れる。胃、十二指腸、空腸、胆嚢は手術後状態にあり、腸管はガスで充満する。上行結腸上部横行結腸、十二指腸、胆嚢、膵、リンパ節、肝は互にかたく、一部弱く癒着し、前腹部とも線維索性に癒着す。十二指腸は、下曲の附近、腸間膜根上部で、壁が壊死に陥り腹腔内へ穿孔す。穿孔部を囲んで発赤した空腸がゆるく癒着し限局性腹膜炎を形成、その一部が破れて汎発性腹膜炎の像を呈している。膵、十二指腸リンパ節は何れも著しく腫大して互に癒着し、数個の鶏卵大の腫瘤を形成、隣接臓器を圧迫す。腸間膜リンパ節、肝リンパ節、脾リンパ節はそれぞれ大豆大に腫脹せるもの数個認められる。壁腹膜に腹部、骨盤腔共

に、所々に点状乃至小斑状出血を認める。

肝は右葉上面に赤色斑点あり、割面に暗赤色地図状出血斑を広範囲に認める。小葉像不明瞭、肝内静脈には凝血を入れ、肝内胆管はやや拡張す。空腸と吻合されている胆嚢内に小指頭大扁平、不整形なビリルビン石1個を証明する。

臍頭部は腫脹せるリンパ節から圧排され萎縮す。その周囲臓器と境界不明瞭、臍管はやや拡張す。胃は1/2切除され、空腸と吻合されているほか、粘膜に著変はない。十二指腸は起始部で切断されている。下行部及び下曲部に亘り乳頭より少し下部を中心にして、8.5×5cmの潰瘍を十二指腸粘膜面に認める。此の潰瘍は腫瘍に由来するもので全体に強く壊死傾向を有し、下曲附近で腹腔内へ穿孔す。乳頭部は潰瘍形成で破壊され輪疽管、臍管開口部は共に狭窄され、それぞれ1cmの距離をへたで別個に開口す。排出試験で胆汁の排出を認む(図6)。空腸は一部胆嚢と吻合。他方胃腸吻合部より60cmの部で互にY字形に吻合され、穿孔部と癒着暗赤紫色を呈す。横行結腸の癒着部は肥厚す。輪胆管は十二指腸開口部から2cm上方で径0.7cm位に拡張す。

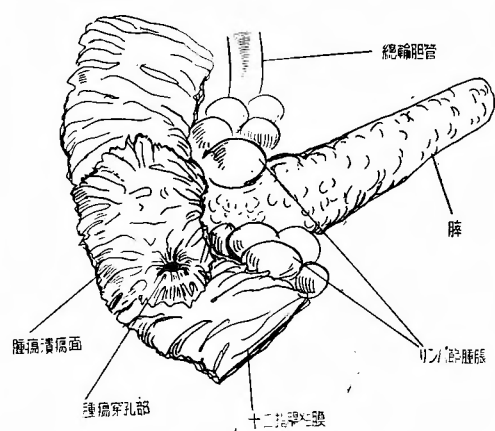


図 6

脾、腎、副腎、膀胱その他諸臓器に異常はない。
胸腔内所見。胸腔内左側線維性に全体にかたく、右側は肺下葉が線維素性に癒着す。心臓の心筋はやや褐色を帯び萎縮す。左肺表面肋膜は線維性に壁側と癒着葉間肋膜は線維素性に癒着す。割面では含気量やや少なく、水腫中等度である。右肺葉両葉は線維素性に癒

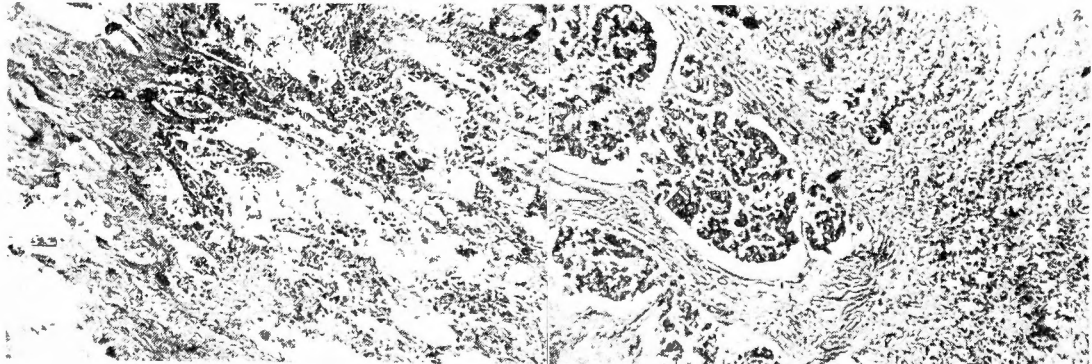


写真1 十二指腸粘膜の癌化せる部分

写真2 十二指腸粘膜下のリンパ管内の癌巢

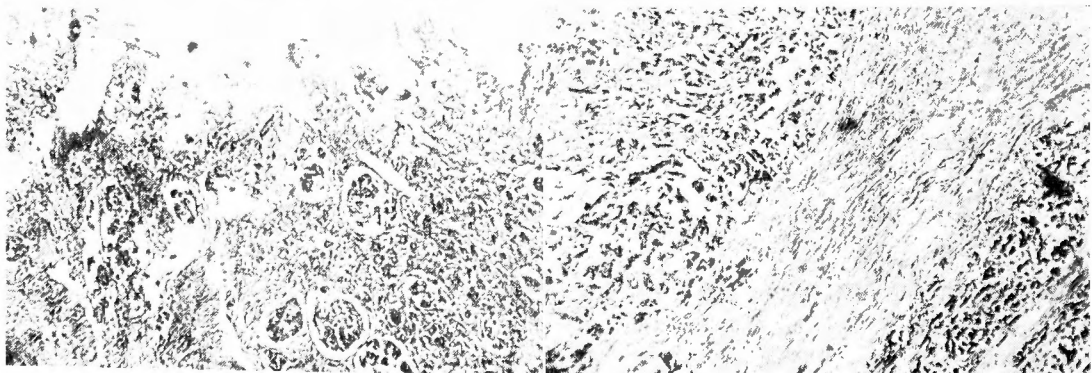


写真3 十二指腸粘膜絨毛中の癌巢

写真4 十二指腸、膵との境界部

着す。下葉背側に暗赤色弾性硬な部分あり、大豆大から小指頭大、断面血量含気量中等度、下葉のS₆の硬結は出血巣である。

腫瘍の組織学的所見；腫瘍の潰瘍部分は十二指腸壁にあり、潰瘍部の十二指腸粘膜は大部分壊死に陥り、腫瘍細胞は主として粘膜下組織に拡がついて、粘膜下より全ての方向に拡がつたと考えられる。集団的に筋層に入り込んだり、粘膜下のリンパ管腔を埋め、或いは潰瘍部より離れた比較的正常な十二指腸粘膜の絨毛の中にも癌巣をなして入り込んだりしている（写真1, 2, 3）。強拡大でみると癌細胞は散在状或いは円柱状上皮細胞で種々の形を呈し腺様或いは腺管様で、時に管腔を囲むような排列をなしている。処々壊死に陥っている部分もみられるが、原形質は好酸性で、核は大小様々で濃染し、多数分裂像をみる。PAS染色では腫瘍細胞陽性を示さない。脾臓とは判然と厚い結締組織を以て境され、脾組織は圧迫されて間質が著しく肥厚しAcinusの細胞は高度に萎縮に陥っている（写真4）。以上癌細胞の性格は全くDuctal cell type carcinoma of the pancreasであつて、十二指腸粘膜より由来したとは考え難い。しかし一方脾組織との関係を見ると脾組織が癌細胞におきかえられたと思われる箇所や、癌細胞中にランゲルハンス島や正常脾管の残基等は見当らない。即ち癌細胞の性格が脾組織より由来していると思われるにも拘らず肉眼的にも組織学的にも脾臓を原発巣として発育して来たと言う所見は認められない。

考 按

1) 本症例は第1回目胃切除時、脾頭部に気付かれる程の腫瘍は見出されなかつた。しかし当時より潜血反応が陽性であり、胃切除後も依然として陽性であつた点より、腫瘍がすでに乳頭部附近に存在していたと見做すべきであろう。初期脾頭部癌の診断の困難さが痛感される。

2) 本症例は成書に從來から脾頭部癌の必発症状と云われている silent jaundice がなくて、最初から潜血反応が強陽性で、次いで鈍痛が現われ、腫瘍が触れるようになって始めて黄疸が出現した。

3) 本症例は胆嚢空腸吻合して4ヵ月目、癌浸潤部が自然に穿孔して限局性腹膜炎を来とし、更に2ヵ月後膿瘍壁が破れて汎発性腹膜炎となり死亡した。癌浸潤部は潰瘍状となつて、十二指腸全周に拡がり、乳頭部の対側で自然に穿破したものである。胃癌の自然穿

孔例はしばしば文献で見受けられるが、十二指腸が癌浸潤によつて穿破したと云う報告はわれわれの渉猟した範囲では見当らない。

4) 組織学的に腫瘍細胞は散在状、円柱状で多形性腺様或いは腺管様の排列をなし、原形質は好酸性で、核は大小様々で濃染し、脾臓の ductal cell type のものと思はれる。しかし一方その発育状態をみると、腫瘍細胞の存在する処は主として十二指腸粘膜下で、筋層内にも存在し、あらゆる方向に拡がつている。そして脾臓に対しては判然と境界していて、さきに述べたように脾臓を原発巣として発育したと云う所見はない。

以上の事実からわれわれはこの腫瘍は十二指腸壁から由来したと考えるのであるが癌細胞の性格が脾臓の ductal cell type のものであると云う点から、十二指腸壁の迷入副脾より由来した乳頭下部十二指腸癌であると結論した。

結 語

自然穿孔を来たして死亡した原発性乳頭下部十二指腸癌患者を剖検し、詳細にその組織像を検討し、この腫瘍は十二指腸壁に迷入した副脾より由来したと結論した。

本症例に就て終始御教導を賜つた前奈良医科大学病理科教室佐藤寿昌教授に深甚の謝意を表します。

本論文の要旨は昭和31年11月京都外科集談会で発表した。

主 要 文 献

- 1) 雨宮三代次, 紫竹貫之, 吉川俊二: 原発性十二指腸乳頭部癌切除治験例. 外科, 12, 406, 昭27.
- 2) Arkin, A. and Weisberg, S. W.: Carcinoma of the pancreas, a clinical and pathologic study of seventy-five cases. Gastroenterology, 13, 118, 1949.
- 3) Dashiell, G. F. and Palmer, W. L.: Carcinoma of the pancreas. Archives of Internal Medicine, 81, 173, 1948.
- 4) 海江田綱重, 西山安, 前川康治, 渡辺正衛: 十二指腸乳頭部癌切除治験例. 臨床消化器病学, 3, 351, 昭30.
- 5) 前田豊吉, 菊田祐徳: 脾臓癌. 東北医学雑誌, 45, 27, 昭25.
- 6) 間宮清志, 山谷壽, 竹政健次郎: 十二指腸乳頭上部に発生せる悪性腺腫の1例. 癌の臨床, 1, 385, 昭30.
- 7) Miller, J. R., Baggenstoss, A. H. and Comfort, M. W.: Carcinoma of the pancreas. Cancer, 4, 233, 1951.

- 8) 水上哲次, 竜沢俊彦: 膵頭十二指腸切除術の1経験. 診断と治療, **43**, 275, 昭30.
- 9) 宮崎五郎: フアテル乳頭部の腺癌に対する一次的膵頭部切除十二指腸全剔出の1治験例. 外科, **13**, 408, 昭26.
- 10) Nadal, J. W.: Islet cell carcinoma of the pancreas. *Annals of Surgery*, **136**, 313, 1952.
- 11) 大谷正志: 経過の長かつた十二指腸乳頭部癌の1剖検例. 市立札幌病院医誌, **12**, 142, 昭26.
- 12) 大谷正志: 臨床上炎症か或は癌かと迷わさせられた十二指腸乳頭部癌の1例. 市立札幌病院医誌, **13**, 46, 昭28.
- 13) 佐藤寿昌, 板野竜光, 市場邦通: 原発性膵癌. 診療, **8**, 65, 昭30.
- 14) 集松勝: 原発性十二指腸癌の1例. 日本外科学会雑誌, **55**, 1177, 昭30.
- 15) 重松輝祐: 原発性乳頭部胆管癌の1剖検例. 外科, **14**, 585, 昭27.
- 16) 鈴木謙三, 小宮山知己, 塩沢茂: 術前に診断し得た十二指腸乳頭部癌の治験例. 診断と治療, **43**, 1033, 昭30.
- 17) 高橋忠雄, 本田西男: 膵臓癌ことに膵体尾部の癌の病像について. 臨床消化器病学, **3**, 553, 昭30.
- 18) 滝一郎: 膵臓頭部癌の一例と Peripapillary carcinoma の意義. 大阪大学医学雑誌, **4**, 123, 昭27.
- 19) Thompson, C. M. and Rodgers, L. R.: Analysis of the autopsy records of 157 cases of carcinoma of the pancreas with particular reference to the incidence of thromboembolism. *The American Journal of the Medical Sciences*, **223**, 469, 1952.
- 20) 内山八郎, 竹内三郎: 膵頭癌, 膵浸潤を伴える胃癌竝に総輸胆管十二指腸部癌に行える根治手術症例. 臨床と研究, **29**, 508, 昭27.
- 21) William, B.: Cancer of the Head. *Pathology of the Surgeon*, **7**, 2711, 1955.
- 22) 八巻慶治: 興味ある経過を取れる原発性膵臓癌の剖検例. 東北医学雑誌, **46**, 95, 昭26.
- 23) 吉岡一: 膵臓癌. 治療, **37**, 315, 昭30.

悪性腫瘍と合併した虫垂卵管瘻肉芽腫の1例

京都市 嘉ノ海外科病院 (院長: 嘉ノ海武夫博士)

沖 野 純・山 田 和 男

(原稿受付 昭和34年5月6日)

A LARGE GRANULOMA AND MALIGNANT TUMOUR DEVELOPED IN THE APPENDICO-TUBAL FISTULE

by

JYUN OKINO and KAZUO YAMADA

Kanomi Surgical Hospital, Kyoto City
(Chief: Dr. TAKEO KANOMI)

A 56-year-old female, complaining of an acute pain in the ileocecal region followed by fever, nausea and vomiting, was admitted to our hospital. She had suffered from the same pain and vomiting about 14 years ago, but her general conditions had been improved after discharge of a large quantity of fluor, and during the following 14 years the pain and fluor persisted more or less. Since several days, the same symptoms have recurred.

The laparotomy by pararectal incision revealed a tumour in the right iliac fossa and the appendix perforating into the tuba uterina across the tumour.

Histological examinations proved that the tumour was an inflammatory granuloma