

山本 憲¹⁾, 山内 周¹⁾, 福地 成晃²⁾
東大阪市立総合病院 臨床病理科¹⁾、外科²⁾

【患者】 50 歳代後半、男性

【主訴】 膵体部腫瘍

【既往歴】 特記すべきもの無し

【現病歴・経過】 平成 20 年春に咳の精査目的で行われた CT 検査により、膵体部に直径約 3cm 大の腫瘍を指摘された。

2008 年 6 月の CT 画像上はほぼ均質な低密度域で、造影によっても濃染されなかった。同年 9 月下旬の CT で腫瘍径に著変は見られず、同様な染色傾向であった。同年 8 月の MRI では T1 強調像で均一な低信号、T2 強調像で高信号を示し、造影後に辺縁が濃染し、中心部は濃染を認められなかった、辺縁部の濃染は造影早期からみられ、後期相まで持続しており、充実性腫瘍の変性が疑われた。非機能的内分泌腫瘍疑いにて 2008 年 10 月膵体尾部脾臓胆嚢合併切除術が施行された。

術前の検査値は以下の通りであった。

Alb:3.6g/dl, T. Bil:0.7mg/dl, D. Bil:0.2mg/dl, AST:22U/l, ALT19U/l, γ -GTP:119U/l, 血中アミラーゼ : 82U/l, Na:139mEq, K:3.8mEq, 血糖 87mg/dl, CRP0.02mg/dl, WBC:4200/ μ l, RBC:382 万/ μ l, Hb:12.9g/dl, Ht:38.1%

術前の ERCP 擦過細胞診で採取された細胞は、軽度の大小不同性が見られるが、多くはシート状の集団で出現し、異型細胞は認められなかった。

手術材料では膵体部上縁にかけ 3.5x2.5x1.5cm で圧排性の増生を示し、断面やや軟で周囲を線維性被膜で囲まれた周囲との境界明瞭な腫瘍が見られ、組織学的には紡錘形細胞が錯綜配列を示して増生し、核が柵状配列を取る部分が含まれた。腫瘍内は小血管が豊富で、出血・ヘモジデリン沈着・血管壁の硝子化・血栓形成がみられた。

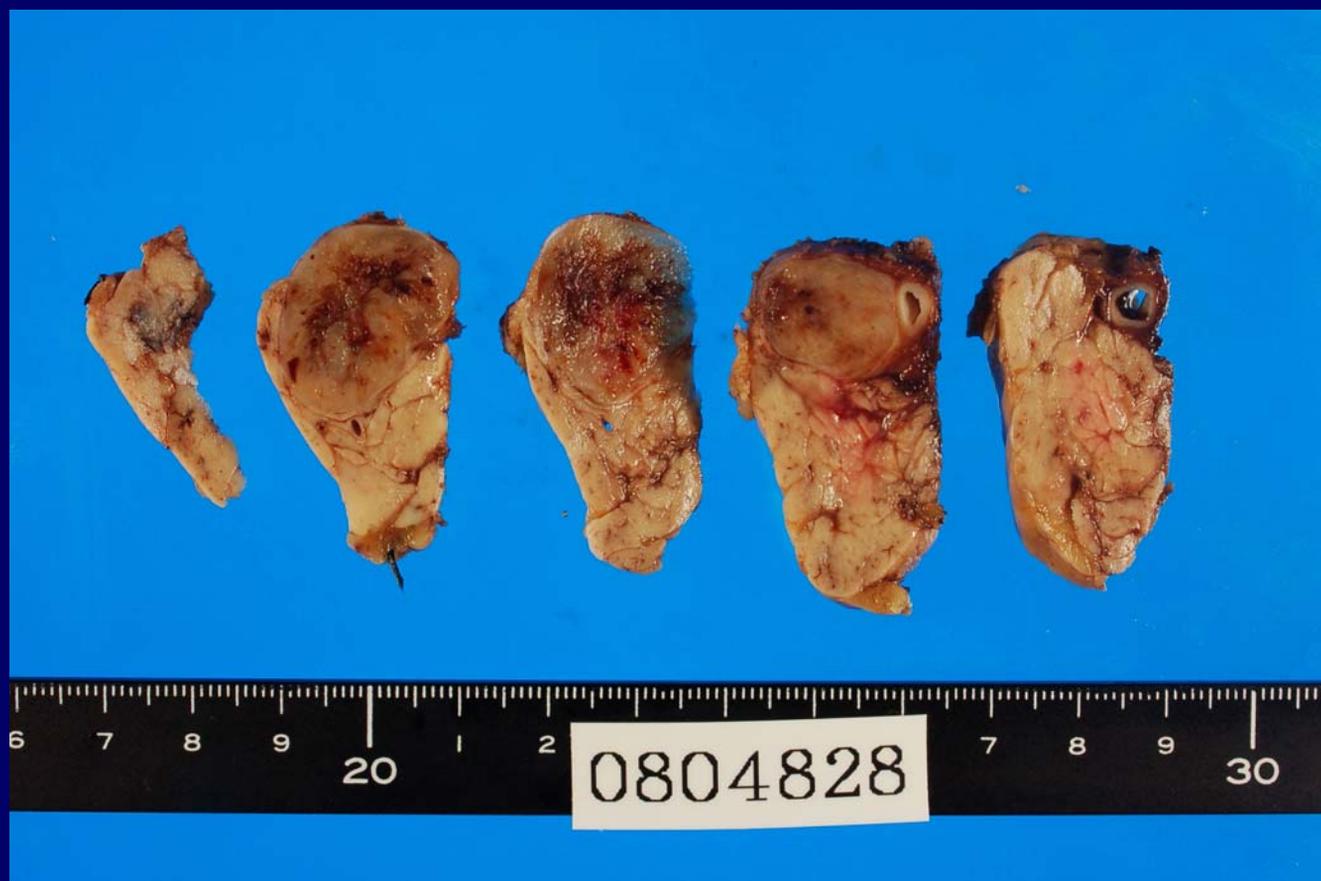
合併切除された脾臓には著変無く、胆嚢には慢性胆嚢炎が見られるのみで腫瘍の浸潤は見られない。

【問題点】 病理組織診断

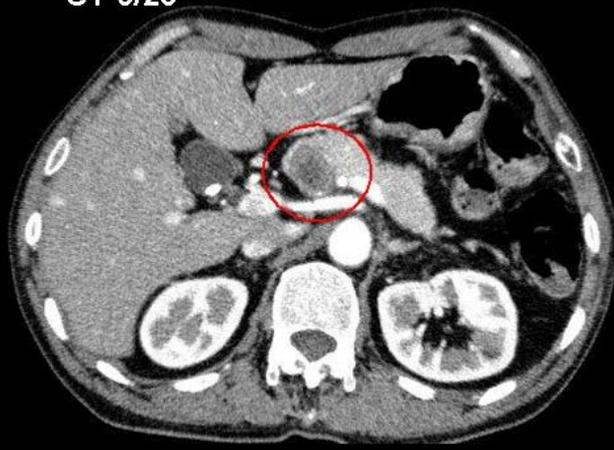
肉眼 1



肉眼 2



CT 6/23



CT 9/22

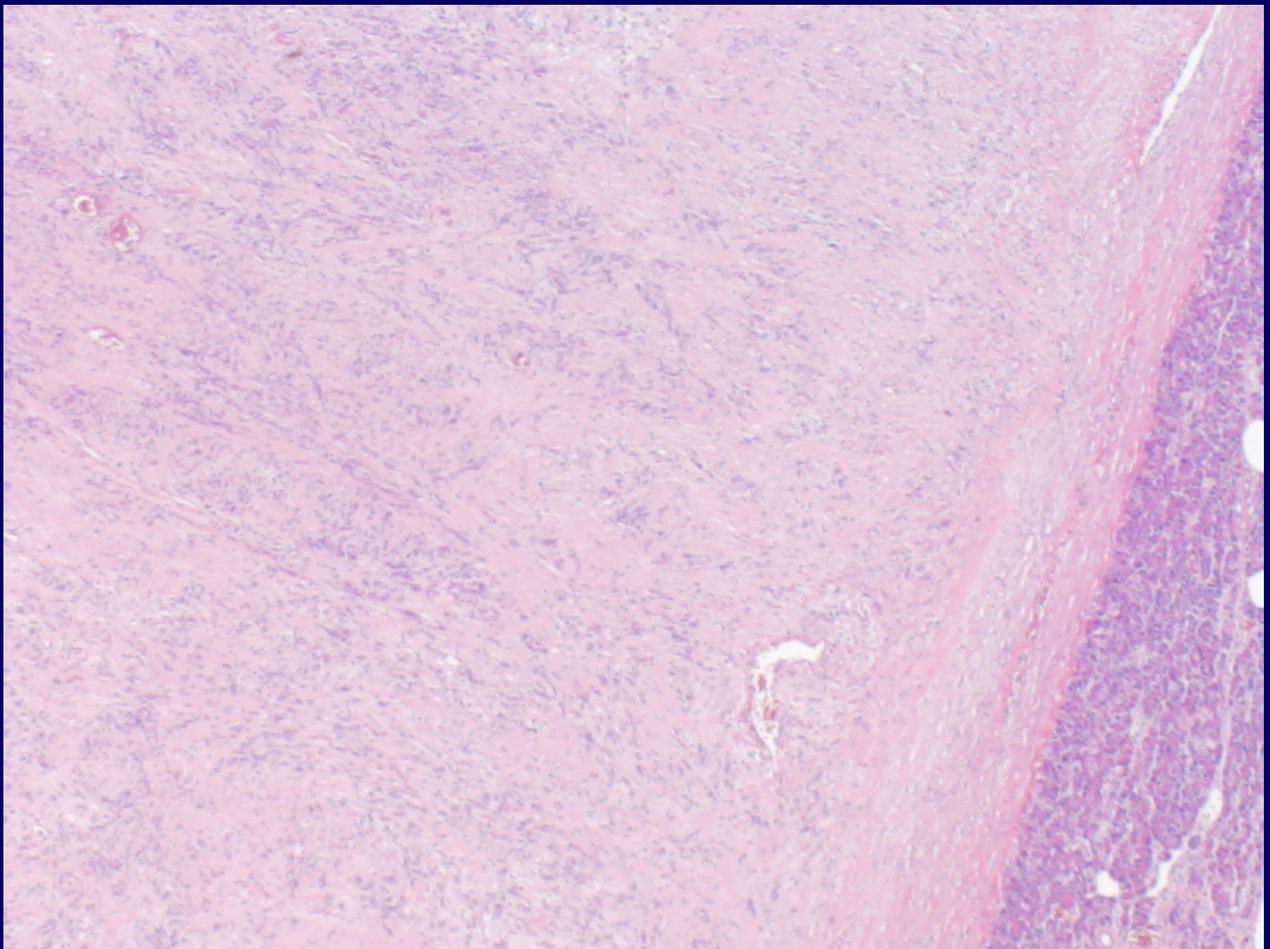


MRI 7/16

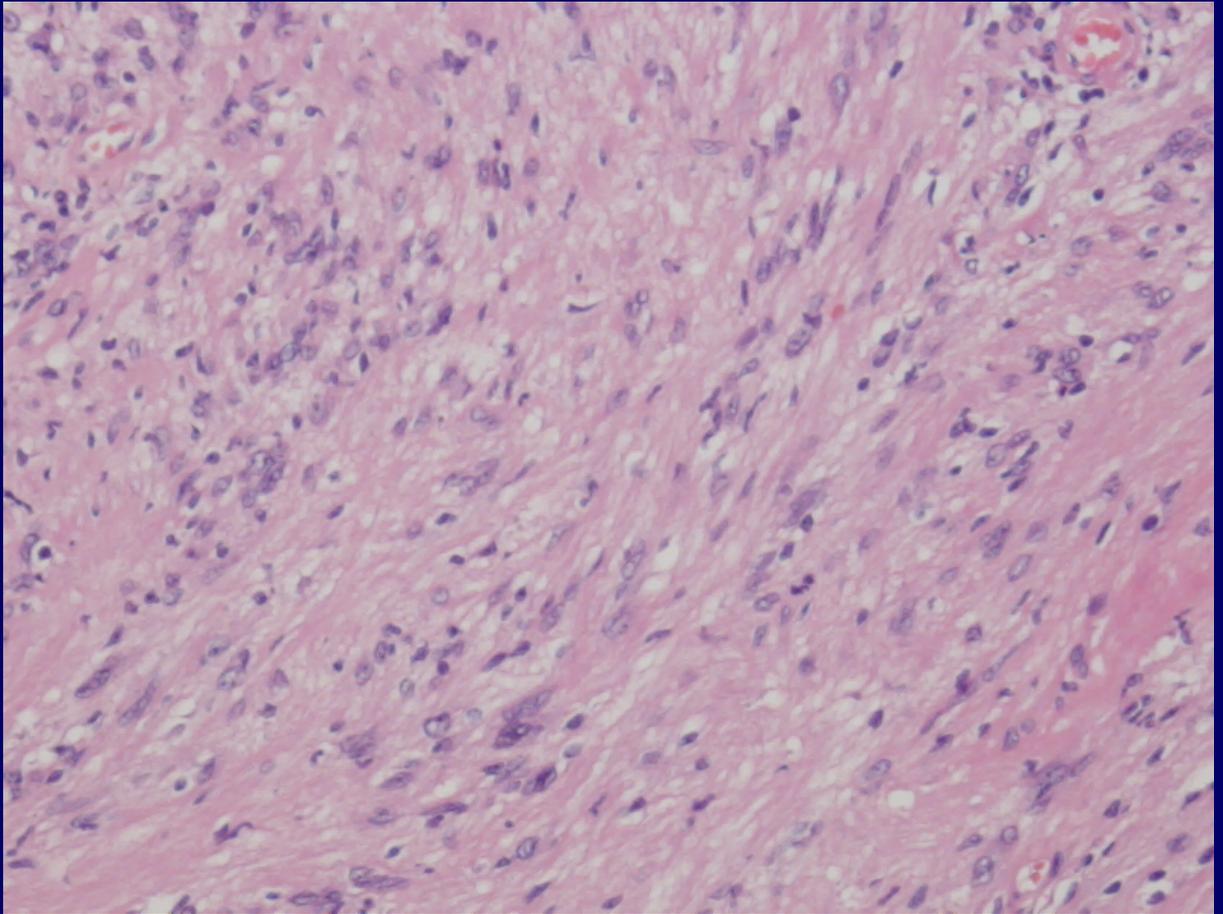


CT • MRI

HE 1



HE 2



HE 3

