

〈症例報告〉

## 内視鏡的ドレナージが有効であった胃壁膿瘍を合併した 胃迷入腺の1例

大澤 元保<sup>1)</sup>, 松本 啓志<sup>1)</sup>, 石井 学<sup>1)</sup>, 今村 祐志<sup>2)</sup>, 藤田 穰<sup>1)</sup>,  
村尾 高久<sup>1)</sup>, 中藤 流以<sup>1)</sup>, 平井 伸典<sup>1)</sup>, 勝又 諒<sup>1)</sup>, 合田 杏佑<sup>1)</sup>,  
福島 真弥<sup>1)</sup>, 中島 義博<sup>3)</sup>, 吉田 浩司<sup>3)</sup>, 日野 啓輔<sup>4)</sup>, 定平 吉都<sup>5)</sup>,  
眞部 紀明<sup>2)</sup>, 畠 二郎<sup>2)</sup>, 塩谷 昭子<sup>1)</sup>, 春間 賢<sup>6)</sup>

1) 川崎医科大学消化管内科学,

2) 同 検査診断学(内視鏡・超音波),

3) 同 胆膵インターベンション学,

4) 同 肝胆膵内科学,

5) 同 病理学1,

6) 川崎医科大学総合医療センター総合内科学2

**抄録** 症例は30歳代女性。3日前から心窩部痛が出現し、徐々に増悪してきたため当院を受診した。血液検査で WBC 15,120/ $\mu$ l, CRP 2.95mg/dl と炎症反応上昇を認め、腹部超音波検査で胃幽門前庭部前壁に約3.5cm の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。腫瘍内部は echogenic particles の混在する液体の貯留を認めた。腹部造影 CT 検査では、胃前庭部から胃体部前壁にリング状の造影効果を伴う著明な壁肥厚を認めた。以上より胃壁膿瘍と診断した。胃前庭部前壁の弾性硬のやや発赤した粘膜下腫瘍様隆起に対して、超音波内視鏡下穿刺術(EUS-FNA)を行った。粘稠な白色液体の流出を認め、膿瘍を示唆する所見であった。絶食・点滴・抗生剤投与による保存的加療を施行後、速やかに腹部症状は消失し、EUS-FNA 施行後5日目に退院した。4か月後、病変は上部内視鏡検査で頂部に陥凹を有する腫瘍に形態変化を認め、さらに縮小傾向であった。また、腹部超音波検査では粘膜下層内に約5mm 大の嚢胞性領域とそれに接する約4mm 大の境界不明瞭な低エコー域、不整な固有筋層の肥厚を認め、胃迷入腺の所見であった。以上より、胃壁膿瘍を合併した胃迷入腺と診断した。現在、再発なく当科で経過観察中である。胃壁膿瘍を合併した胃迷入腺の報告は非常に稀であり、貴重な症例と考えられた。

doi:10.11482/KMJ-J44(1)43 (平成30年1月18日受理)

キーワード：胃膿瘍，胃粘膜下膿瘍，胃迷入腺

### 緒言

胃壁膿瘍は、胃蜂窩織炎病変の一種に分類され、炎症が限局し胃壁に膿瘍を形成を認めるものであり、画像上は粘膜下腫瘍の所見を呈する。

そのため、胃壁膿瘍は、原因不明の粘膜下腫瘍として外科的切除が施行される場合が少なくない<sup>1)</sup>。

今回、我々は胃壁膿瘍の診断にて内視鏡的ド

別刷請求先

松本 啓志

〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学消化管内科学

電話：086 (462) 1111

ファックス：086 (462) 1199

Eメール：hamatsumoto0311@gmail.com

レナージ術を施行し、その発生に迷入腺に関連していた症例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：30歳代，女性

主訴：心窩部痛

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

嗜好：機会飲酒，喫煙なし

現病歴：3日前から心窩部痛が出現し，徐々に増悪してきたため当院を受診した。

受診時現症：身長：157cm，体重：41kg，血圧：

104/50mmHg，脈拍84回/分，整，体温37℃。

心窩部から左上腹部に圧痛を認めたが，腹膜刺激症状は認めなかった。

受診時検査結果（表1）：末梢血および生化学でWBC 15120/ $\mu$ l，CRP 2.95mg/dlと炎症反応上昇を認めた。

腹部超音波検査（図1 a, b）：胃幽門前庭部前壁に約3.5cmの粘膜下腫瘍様隆起を認め，内部はechogenic particlesの混在する液体の貯留および解離した既存組織で形成されていた。ドプラーおよび造影超音波上は病変周囲には豊富な血流を認めたものの，内部には血流を認めなかった。

表1 受診時検査結果

WBC	15,120 / $\mu$ L	TP	7.1 g/dL	CRP	2.95 mg/dl
RBC	$412 \times 10^4$ / $\mu$ L	Alb	4 g/dL	CEA	2.3 U/ml
Hb	11.4 g/dL	Glb	3.1 g/dL	CA19-9	30.5 U/ml
Ht	34.6 %	AST	20 IU/L	<i>Helicobacter pylori</i> IgG 抗体	陰性
MCV	84 fL	ALT	15 IU/L	抗アニサキス IgG 抗体	陰性
MCH	27.7 fL	ALP	171 IU/L	抗アニサキス IgA 抗体	陰性
MCHC	32.9 fL	LDH	167 U/L		
Plt	$25.8 \times 10^4$ / $\mu$ L	$\gamma$ -GTP	8 U/L		
		Crn	0.34 mg/dL		
		BUN	9 mg/dL		
		UA	3 mg/dL		
		Glu	91 mg/dL		
		Amy	76 U/L		
		P-Amy	22 U/L		
		Lipase	30 U/L		
		Elastase-1	123 ng/dl		

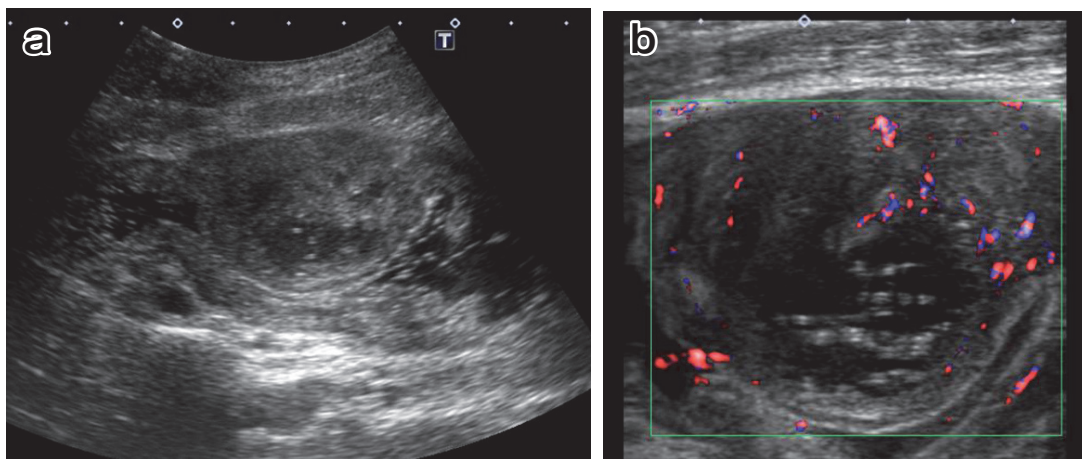


図1 腹部超音波検査: (a) 胃前庭部前壁に約3.5cmの粘膜下腫瘍様隆起を認めた。内部はechogenic particlesの混在する液体の貯留を認めた。(b) ドプラー超音波上は病変周囲には血流を認めたものの，内部には血流を認めなかった。

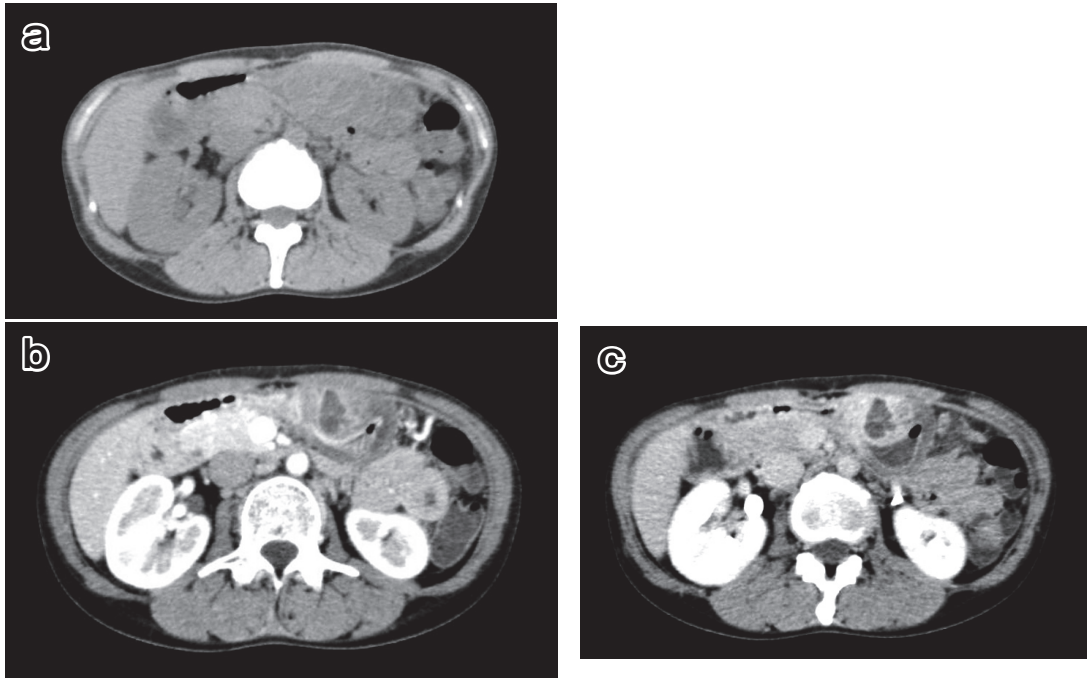


図2 腹部単純造影CT検査 (a) 単純, (b) 造影早期, (c) 平衡相: 胃前庭部から胃体部前壁にリング状の造影効果を伴う著明な壁肥厚を認めた。

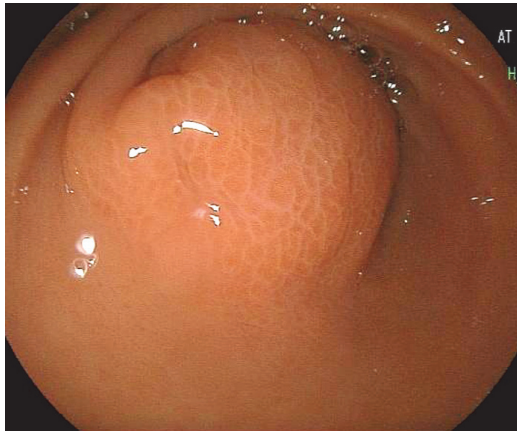


図3 上部消化管内視鏡検査: 幽門前庭部前壁に弾性硬のやや発赤した粘膜下腫瘍様隆起を認めた。

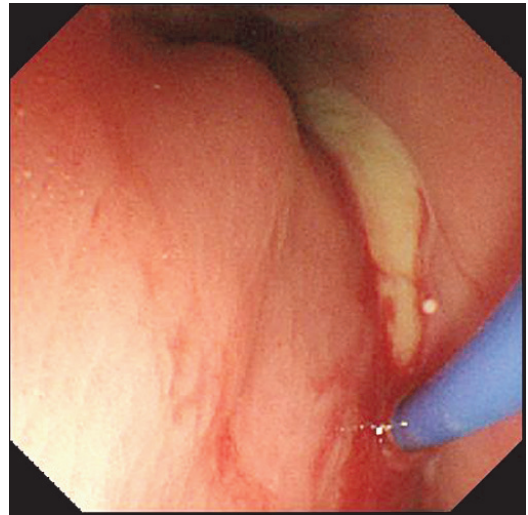


図4 超音波内視鏡下穿刺術 (EUS-FNA): 粘膜下腫瘍様隆起に対して、超音波ガイド下に穿刺を行った。穿刺吸引液は膿性であった。

腹部単純造影CT検査 (図2 a, b, c): 腹部造影CT検査では、胃前庭部から胃体部前壁にリング状の造影効果を伴う著明な壁肥厚と内部に低吸収域を認めた。

上部消化管内視鏡検査 (図3): 幽門前庭部前壁に弾性硬のやや発赤した粘膜下腫瘍様隆起を認めた。

以上より胃壁膿瘍の疑いで診断ならびに治療目的で超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic Ultrasound-guided Fine Needle Aspiration: EUS-FNA) を行った (図4)。穿刺吸引液は膿性で、



培養より *Enterobacter* と  $\alpha$ -*Streptococcus* を検出した。穿刺吸引液の生化学検査で腓逸脱酵素の高値 (AMY: 3,261 U/L, P-AMY: 2,760 U/L, エラスターゼ 1: 17,565 ng/dL, CA19-9: 199,000 U/ml) であった。なお、穿刺のみでドレーナージチューブは留置しなかった。

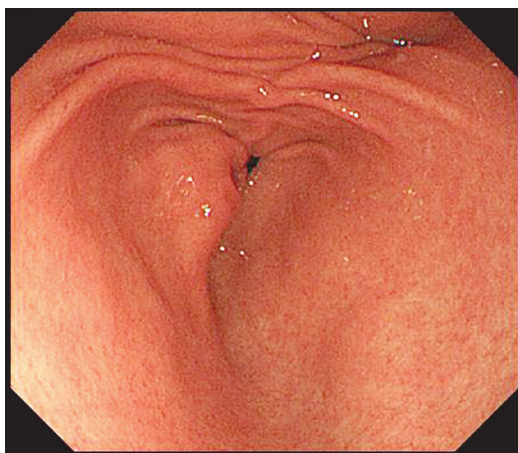


図5 腹部超音波検査: 治療後4か月目、粘膜下腫瘍様隆起は消失している。しかし、同部位の粘膜下層内に約5 mm 大の嚢胞性領域とそれに接する約4 mm 大の境界不明瞭な低エコー域、不整な固有筋層の肥厚を認めた。胃迷入脾の所見であった。

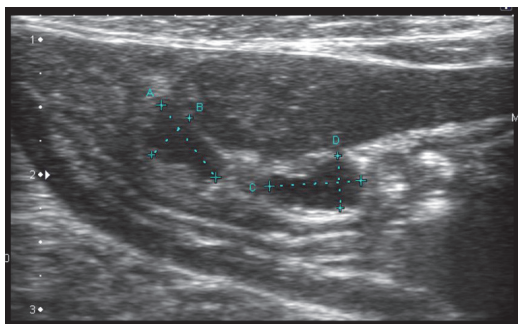


図6 上部消化管内視鏡検査: 治療後4か月目、炎症による浮腫が改善し、粘膜下腫瘍様隆起は著明に縮小しており、頂部に陥凹を認める。

臨床経過: 絶食・点滴・抗生剤投与による保存的加療にて、速やかに腹部症状は消失し、EUS-FNA 施行後5日目に退院した。

4か月後に施行した上部内視鏡検査にて、病変は縮小傾向であり頂部に陥凹を有する粘膜下腫瘍隆起に形態変化を示していた (図5)。また、腹部超音波検査では粘膜下層内に約5 mm 大の嚢胞性領域とそれに接する約4 mm 大の境界不明瞭な低エコー域、不整な固有筋層の肥厚を認め、胃迷入脾の所見であった (図6)。形態や EUS 所見より典型的な迷入脾であったため、侵襲の高い追加の EUS-FNA による検査は行わなかった。以上の臨床経過ならびに画像所見より、胃壁膿瘍を合併した胃迷入脾と診断した。現在、再発なく当科で経過観察中である。

## 考 察

胃壁は殺菌作用を有する胃酸が存在し血流が豊富であることから、胃壁に膿瘍が形成されることは稀である<sup>2)</sup>。胃壁膿瘍の発症形式は、原発性、続発性、特発性に分類されている<sup>3)</sup>。原発性は胃壁への直接感染によるもので、魚骨などの異物による損傷、生検や潰瘍による粘膜の直接障害が挙げられる。続発性は胆嚢炎、肝膿瘍などの血行性感染やほか臓器癌浸潤によるものが挙げられる。本症例は、他の炎症疾患や他臓器の癌を認めていないため、続発性は否定的である。また、本症例は治療経過後、胃壁膿瘍を起こした部位は迷入脾であったことから、迷入脾に直接感染が起こり胃壁膿瘍を起こした可能性が高いと推測される。

胃迷入脾に膿瘍を形成した症例は、医学中央雑誌で1984年から2016年まで検索した結果、本症例を含めて5例であった<sup>4-7)</sup> (表2)。年齢は

表2 胃迷入脾に膿瘍形成した報告例

報告者	報告年	年齢	性別	大きさ (mm)	症状	診断方法	治療方法
溝江	2000	47	M	50以上	なし	外科手術	外科手術
竹内	2003	34	F	47	心窩部痛	EUS-FNA	外科手術
Hirasaki	2005	35	M	35	心窩部痛	EUS	外科手術
木村	2010	35	F	30	上腹部痛	CT	外科手術
自験例	2016	35	F	35	心窩部痛	US, EUS	内視鏡ドレーナージ

30歳代が多く、症状としては上腹部痛が多かった。胃迷入腭に膿瘍を起こす機序として、溝江らは切除標本の病理組織所見から胃迷入腭組織の導管を protein plug が閉塞し、胃粘膜下に炎症性変化が起こり膿瘍を形成したと推察している<sup>4)</sup>。また、もう一つの機序として胃迷入腭に腭炎が起こり膿瘍が形成された可能性も報告されている。胃迷入腭炎の確定診断は、病理組織学的に胃壁内の腭組織内に嚢胞内腔の硝子様壊死性滲出物や腭石様産物が存在することで診断される<sup>8)</sup>。すなわち、どちらの確定診断も切除標本を用いた病理組織学診断が必要となる。しかし、本症例は外科切除を行っていないため、病理組織学的診断が不十分であり、迷入腭に膿瘍を形成した原因については確定診断には至っていない。

本症例は腹部超音波検査ならびに超音波内視鏡検査が診断および治療に非常に有用であった。胃壁膿瘍は、通常内視鏡検査では多くが粘膜下腫瘍の形態をとり、その鑑別診断は困難である<sup>9, 10)</sup>。そのため、術前診断に苦慮し多くの胃壁膿瘍症例で外科的切除が行われた症例が散見される。しかし、本疾患は良性疾患であり、過剰な外科的切除は避けるべきと考えられる。本症例は、超音波検査による確実な診断ができ、EUS ガイド下内視鏡的ドレナージによる保存的治療で、外科的切除を回避することができた。したがって、今後胃壁膿瘍の治療に関しては、全身状態に問題がなければ内視鏡下ドレナージと抗菌薬投与にて胃切除を回避できる可能性がある。

## 結 語

内視鏡的ドレナージ法にて軽快した胃壁膿瘍を合併した胃迷入腭の症例を報告した。腹部超

音波検査ならびに超音波内視鏡により確実な診断ならびに治療を行うことが可能であった。

なお、本論文の要旨は第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会にて報告した。

## 引用文献

- 1) 久島昭浩, 高橋雅哉, 高橋克之, 蜂須賀仁志, 布村眞季: Xanthogranuloma を認めた胃壁膿瘍の1例. 日本臨床外科学会雑誌 73: 568-573, 2012
- 2) Briggs TP, Tyler XE, Dowling BL: Gastric abscess- an unusual presentation. case report. Eur J Surg 157: 365-366, 1991
- 3) Murphy JF, Graham DY, Frankel NB, Spiut HJ: Intramural gastric abscess. Am J surg 131: 618-621. 1976
- 4) 溝江昭彦, 小林和真, 山口淳三, 井沢邦英: 胃粘膜下膿瘍を合併した胃迷入腭の1例. 日本臨床外科学会雑誌 61: 2331-2334, 2000
- 5) 竹内洋司, 石井望人, 城井啓, 他: 保存的加療にて軽快し、胃迷入腭との関連が疑われた限局性胃膿瘍の一例 (会議録/症例報告). Gastroenterological Endoscopy 45: 1713, 2003
- 6) Hirasaki S, Tanimizu M, Moriwaki T, Nasu J: Acute pancreatitis occurring in gastric aberrant pancreas treated with surgery and proved by histological examination. Internal Med 44: 1169-1173, 2005
- 7) 木村研吾, 堀明浩, 森岡淳, 岡本哲也, 芥川篤史, 浅羽雄太郎: 再燃と寛解を繰り返した胃異所性腭の1例. 日本臨床外科学会雑誌 71: 3108-3112, 2010
- 8) 麻生暁, 中村和彦, 平橋美奈子, 小田義直, 伊藤鉄英: [腭炎大全~もう腭炎なんて怖くない~] コラム 異所性腭 (解説/特集). 胆と膵 35: 993-995, 2014
- 9) Lantz PE, Westerman EL, Seifert RW, et al.: Gastric wall abscess drained at endoscopy. Gastrointest Endosc 35: 272-274, 1989
- 10) Kang BC, Kim KW, Lee SW, Kim JH: Gastric wall abscess: imaging diagnosis and endoscopic treatment. J Comput Assist Tomogr 22: 673-675, 1998

〈Case Report〉

## Gastric Wall Abscess in Aberrant Pancreas Treated with Endoscopic Ultrasound-guided Fine Needle Drainage: A Case Report

Motoyasu OSAWA<sup>1)</sup>, Hiroshi MATSUMOTO<sup>1)</sup>, Manabu ISHII<sup>1)</sup>,  
Hiroshi IMAMURA<sup>2)</sup>, Minoru FUJITA<sup>1)</sup>, Takahisa MURAO<sup>1)</sup>, Rui NAKATO<sup>1)</sup>,  
Shinsuke HIRAI<sup>1)</sup>, Ryo KATSUMATA<sup>1)</sup>, Kyosuke GODA<sup>1)</sup>,  
Shinya FUKUSHIMA<sup>1)</sup>, Yoshihiro NAKASHIMA<sup>3)</sup>, Kouji YOSHIDA<sup>3)</sup>,  
Keisuke HINO<sup>4)</sup>, Yoshito SADAHIRA<sup>5)</sup>, Noriaki MANABE<sup>2)</sup>, Jiro HATA<sup>2)</sup>,  
Akiko SHIOTANI<sup>1)</sup>, Ken HARUMA<sup>6)</sup>

*1) Department of Gastroenterology,*

*2) Department of Endoscopy and Ultrasound,*

*3) Department of Interventional Endoscopy,*

*4) Department of Hepatology,*

*5) Department of Pathology, Kawasaki Medical School,*

*6) Kawasaki Medical School, Department of General Internal Medicine 2, Kawasaki Medical School General Medical Center*

**ABSTRACT** Here, we report a case of gastric wall abscess in aberrant pancreas. A 30-year-old woman visited our hospital for epigastric pain. Routine hematological examination showed increased white blood cell count and biochemical tests revealed elevated C reactive protein levels. Abdominal ultrasound revealed a submucosal tumor that appeared as a hypoechoic heterogeneous mass in the stomach. Abdominal computed tomography revealed a thickened gastric wall with a low-density area. This mass was diagnosed as a gastric wall abscess, which was treated with endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration and conservative therapy with antibiotics. The patient's pain resolved after the treatment. Four months after the episode, follow-up examinations showed that the submucosal tumor had changed to a small submucosal mass with depression. This lesion was diagnosed as an aberrant pancreas. Thus, the final diagnosis was a gastric wall abscess in the aberrant pancreas. This patient was followed up for one year following this episode with no incidence of recurrence. *(Accepted on January 18, 2018)*

Key words : Gastric wall abscess, Gastric aberrant pancreas, EUS guided Fine Needle Aspiration (FNA)

---

Corresponding author

Hiroshi Matsumoto

Department of Gastroenterology, Kawasaki Medical  
School, 577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan

Phone : 81 86 462 1111

Fax : 81 86 462 1199

E-mail : hmatsumoto0311@gmail.com