

症 例

Mirizzi 症候群—総肝管良性狭窄症—の検討

琉球大学病院第2外科

遠藤 巖 長嶺 信夫 山藤 和夫

同 第1外科 正 義之 外間 章

同 成人保健学科 赤松 隆

山城外科医院 山城 則亮

東京歯科大学市川病院 加藤 繁次

Iwao ENDO, Nobuo NAGAMINE and Kazuo YAMAFUJI

Second Surgical Service, Ryukyu University Hospital

Yoshiyuki SHO and Akira HOKAMA

First Surgical Service, Ryukyu University Hospital

Takashi AKAMATSU

Department of Adult Health, Ryukyu University

Sokuryo YAMASHIRO

Yamashiro Clinic

Shigetsugu KATO

Department of Surgery, Tokyo Dental College

Mirizzi 症候群の3例を検討した。1例は遺残結石によるものであった。肝門部狭窄、全周性狭窄等悪性閉塞像に似ることがあるがよく検討すれば鑑別しえ、また血管造影は悪性腫瘍との鑑別に有用であった。胆管高度狭窄例でも主病巣たる胆嚢、胆嚢管の剔出、および炎症性瘢痕組織から肝外胆管前壁を露出させ下流から狭窄部を通して肝門部近くまで T-tube を入れることで治癒させることができた。狭窄部胆管を切開しての拡張術、または狭窄部切除、肝管空腸吻合術を追加する必要性は少ないように思われる。

索引用語 Mirizzi 症候群, 総肝管良性狭窄症

Mirizzi 症候群は Mirizzi により syndrome anatomico-functionell として記載されたものの1つである¹⁾。総肝管の良性狭窄症であって、胆嚢頸部ないし胆嚢管に大きな胆石が嵌入し、その周囲に生ずる炎症性変化とあいまって、総肝管を圧迫、狭窄し、胆管炎をくり返すものである²⁾。

また、胆嚢管が総肝管に接して走行することを条件の1つに挙げるものもある¹⁾。日常の診療上、さほど少ないとは思われないが報告例は少ない。

本症候群は、時として悪性腫瘍と鑑別困難なことがあり、最近も、悪性腫瘍を剔出するつもりで肝門部迄肝管

を切開してから本症に気づき、胆道再建術を行ったという教育用映画を拝見したことがある。

また、本症の見逃しは胆膵後愁訴例の原因となるといふ報告もあり³⁾、この面からも無視しえない。

さらに狭窄が高度なものに対して胆道再建術を加える必要があるか否かも検討が十分なされていない。

今回はわれわれの経験した本症の3例を供覧し、これから得た2、3の知見を報告する。

症 例

症例1, 46歳, 女子 8年前. 胆嚢結石症のため, 胆嚢剔出術をうけている. 当時の執刀医の報告によると胆

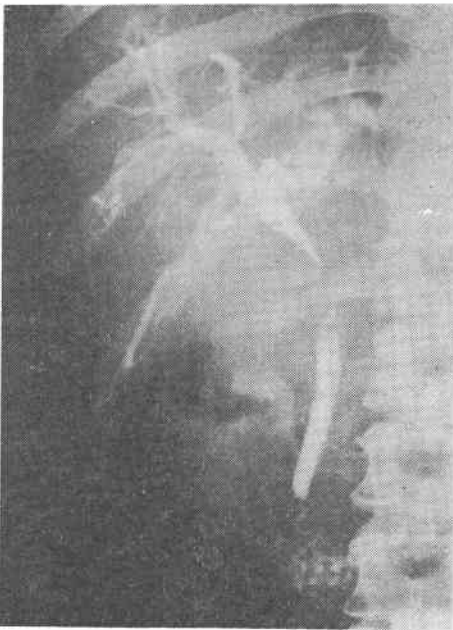
囊管は肝門部附近から出ており、ここ迄剥離して胆嚢を剔出した。剔出胆嚢にはうずらの卵大の結石3個が入っていた。術前経皮経肝胆道造影(以下 PTC)や術中胆道造影は施行しなかったということであった。

術後経過は良好であったが、1年前から上腹部、右季肋部に疼痛が現われ、次第に激しくなってきた。黄疸の既往はない。

来院時、黄疸はなく、血清総 bilirubin 値は0.7mg/dl、S-GOT は140u、S-GPT は170u、Al-P 値は17.4KAUであった。

PTC(図1)を施行したところ、三管合流部に高度の狭窄があり、胆管は糸のごとく細くなっている。一見、全周性狭窄であるが、胆管の輪廓の曲線を右縁と左縁とで比較検討すると、右からの圧迫像である。悪性腫瘍の浸潤を思わせる壁の不整はない。

図1 症例1の術前 PTC



早期の胆嚢癌との鑑別のために選択的腹腔動脈造影を施行した。動脈相(図2)で、胆嚢動脈が良く造影され、胆嚢頸部に担当する部位に動脈系血管網がよく出現したが、血管像の中断、壁不整、圧排、伸展、異常血管の新生等の異常はなく、静脈相(図3)で門脈に壁不整、圧排などの異常をみなかった。

開腹してみると、胆嚢頸部が遺残して、中には直径1.5cmのコ糸石が詰まっております(図4)、胆嚢周囲膿瘍

のため、総肝管は癒痕組織の中に埋れていた。遺残胆嚢、胆嚢管を剔出し、総肝管前壁を癒痕組織から開放したが、この際、総肝管の一部を損傷した。そこで狭窄部下方を切開し、Tチューブを狭窄部を通して肝門部まで挿入、留置した。組織学的には胆嚢は炎症性細胞浸潤強く、粘膜の一部は剥離して肉芽組織におきかえられてい

図2 症例1の選択的腹腔動脈造影、動脈相

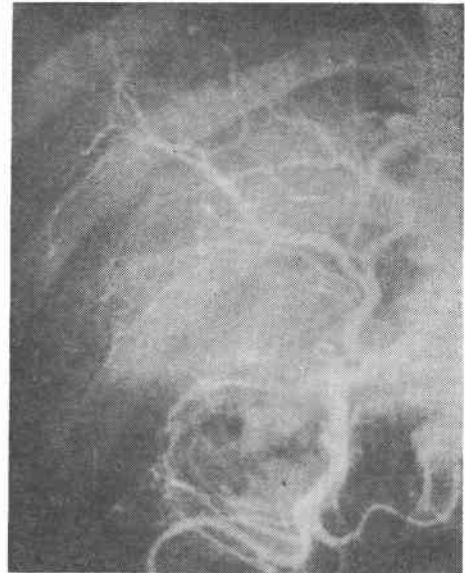


図3 症例1の選択的腹腔動脈造影、静脈相



図4 症例1の剔除胆嚢と遺残結石

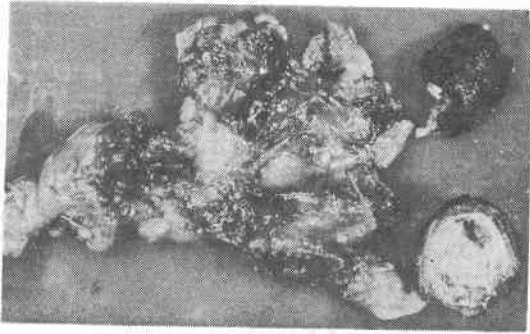


図5 症例1の術後3カ月目の胆道造影

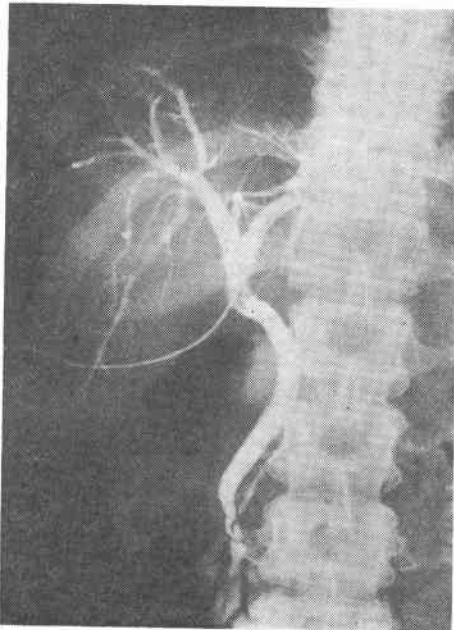
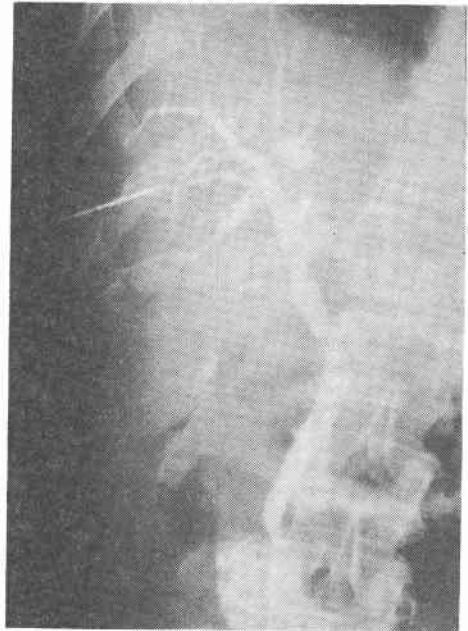


図6 症例1の術後11カ月目の胆道造影



た。総胆管壁には線維化と軽度の炎症をみとめた。また、肝にはグリソン鞘に軽度のリンパ球浸潤をみとめる他は著変をみなかった。3カ月後Tチューブを抜去した直後に直接胆道造影を行ったところ(図5)、肝門部になお多少の変形を認め、胆管外からの圧迫によるものと思われた。

しかし、術後11カ月目に上腹部不定愁訴で来院した際のPTCでは(図6)、狭窄の全くない正常胆管像を得た。

症例2、70歳、男子 1カ月前から黄疸を伴う胆石様発作を5回経験している。黄疸と貧血のため、前医で

400mlの輸血を受け、胆嚢痛の疑診を下されている。入院時、理学的には右季肋部、胆嚢のあたりに軽い圧痛がある他は著変をみない。

来院時、血清総 bilirubin 値0.9mg/dl、S-GOT 33u、S-GPT 30u、Al-P 値11.4KAUであった。

PTCを施行したところ正面像(図7)で、肝内胆管がかなり拡張し、胆管狭窄像は肝門部にあって、一見、全周性であり、胆嚢頸部、胆嚢管はこれと離れて下方に写っているため肝門部の悪性腫瘍も考えられた。しかし、狭窄部胆管の左側輪廓は鮮明であるのに右側輪廓はぼやけていた。第2斜位像(図8)でも胆管は後方から圧排されているので、この輪廓の不明瞭化は胆管が後方から圧迫され、前後に扁平になっていることを示すと考えられた。

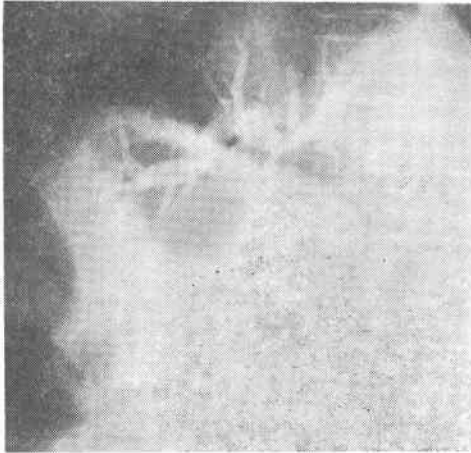
開腹すると、胆嚢は大網に包まれて大きな塊となり、高度の炎症性癒着で総肝管を狭窄していた。

胆嚢を剔除し、著者らが通常、胆石症症例に施行しているごとく、術中胆道末端部灌流圧を測定したところ、生食水を毎分6ml、3ml、1ml 灌流した時の胆管内圧がそれぞれ340、300、280(mmH₂O)と高値を示したため、胆嚢管に細いチューブを留置して胆道外瘻とした。この外瘻から時折、直接胆道造影を施行したが、術後経過は良好で、術後24日目に測定した胆道末端部灌流

図7 症例2の PTC 正面像



図8 症例2の PTC 第二斜位像



圧は生食水6ml, 3ml, 1ml/min 灌流時, それぞれ180, 140, 130mmH₂O と正常域にあった. また術後3週間後(図9)ではまだ胆道狭窄は高度であったが, 2ヵ月後(図10)には軽快し, 3ヵ月後には(図11)消失していた. なお膵出胆嚢は組織学的には, 高度の線維化, 潰瘍, 壁内膿瘍の形成を示し, 肝左葉前縁からの生検片においてはグリソン鞘に軽度のリンパ球浸潤, 肝細胞内への褐色色素沈着がみられた.

症例3, 61歳, 女子. 2ヵ月前から無痛性, 無熱性に

黄疸が出現し, 黄疸指数200に達した. 近医で加療したが, 黄疸消失にいたらないので来院した.

入院時, 肝は右乳線上2横指, 表面平滑, 辺縁鈍, 無痛性に硬く触れ, 胆嚢は触れなかった. 血清総 bilirubin

図9 症例2の術後3週間目の直接胆道造影

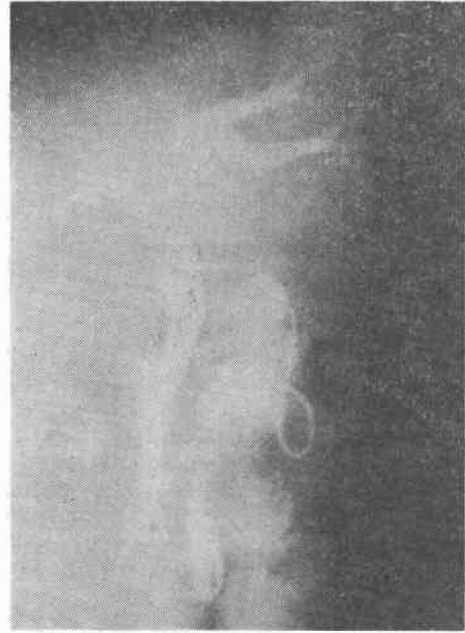
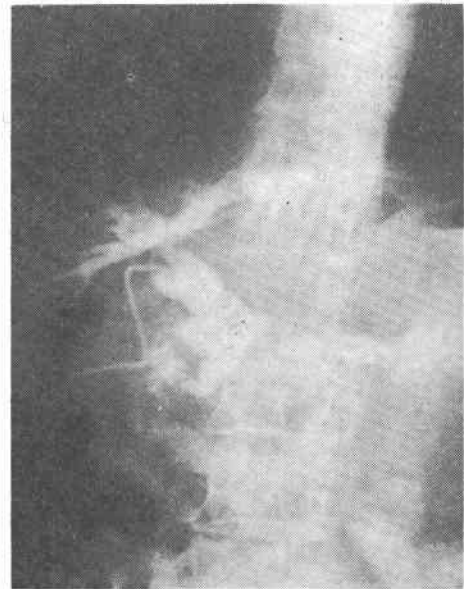


図10 症例2の術後2ヵ月目の直接胆道造影



値3.4, 直接2.7各 mg/dl, S-GOT 120u, S-GPT 94u, Al-P 値94KAU であった.

PTC を施行したところ (図12-a, b), 総肝管の下部が右前方から直径約3cm の滑らかな半円形に強く圧迫されて, ほとんど閉塞されていた.

胆嚢管の一部も造影されたが, その断端像も平滑で悪

図11 症例2の術後3ヵ月目の直接胆道造影

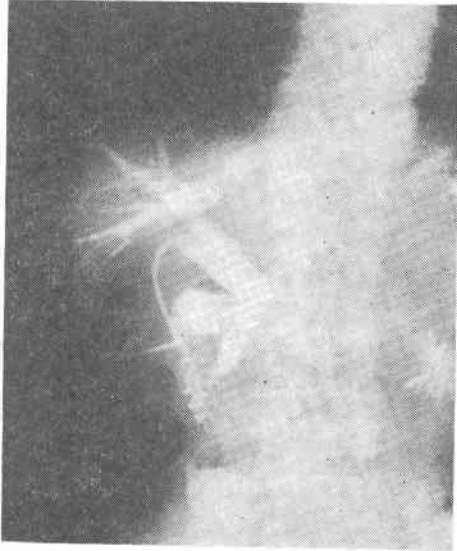


図12a 症例3の PTC 正面像



図12b 症例3の PTC 側面像



図13a 症例3の剔出胆嚢. 胆嚢は炎症性に肥厚, 瘢痕化, 萎縮して, 頸部に小鶏卵大の結石が嵌入していた.

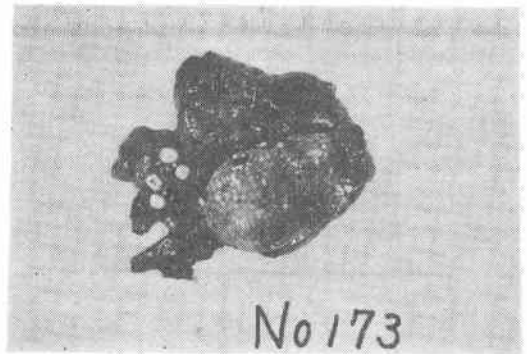
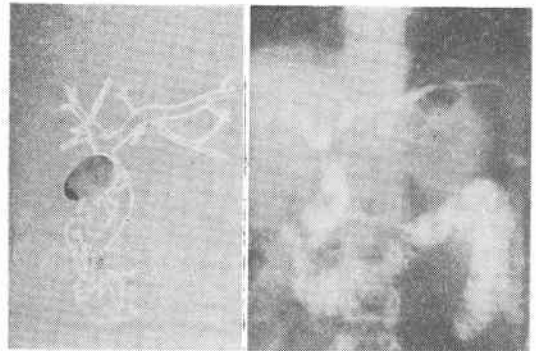


図13b 症例3の胆嚢結石と総肝管狭窄像との関係を示す.



性腫瘍の浸潤を思わせる壁の不整はみられなかった。

開腹すると、胆嚢は炎症性に肥厚、癥瘕化してはなはだしく萎縮し、頸部に小鶏卵大のコ系石1個が嵌入して肝管を圧迫していた。胆嚢管は総肝管と強く癒着して識別困難だった。臍は硬く触れた。胆管内胆汁は暗褐色、透明で、胆砂、胆泥はみられなかった(図13 a, b)。

胆嚢別出術を施行したが、病理組織学的には、胆嚢に高度の炎症性変化を、また、肝左葉前縁からの生検片にはグリソン鞘に線維化と高度のリンパ球浸潤のある慢性胆管周囲炎の像をみた。

術後経過は順調で、7日後には肝機能は血清総bilirubin 値0.4mg/dl, S-GOT 29u, S-GPT 24u, と正常化した。Al-P 値はなお25.9KAU であった。しかし1ヵ月後にはAl-P 値も14.7KAU と低下し、患者は社会復帰した。

考 察

本症の見逃しによる胆別後愁訴例があることはすでに知られており Hess は本症の9例中6例が再手術例であったと述べている³⁾が、われわれの症例1も本症の見逃しによる胆別後愁訴例であった。初回手術時の執刀医が、胆嚢底部から剝離を始めて胆嚢管で切断したと記録しているところから考えると、この症例は、胆嚢腺筋腫症 Adenomyomatosis の annular type で、胆嚢体部に著しいくびれを有し、このくびれまでを摘出したものかとも推量される。

無黄疸の胆道疾患に対しても術前 PTC を行う習慣があれば肝外胆管の変形が発見されたであろうし、また術中胆道造影が行われていれば、胆嚢遺残が発見されて初回手術時治癒せしめえた症例であろうと惜しまれる。

また症例1, 3はともに狭窄高度で、総肝管が糸のように細くなっていた。このような場合、長瀬は狭窄部の胆管を切開しての拡張術、または、狭窄部を切除しての肝管空腸吻合術を主張しているが⁴⁾、症例1では主病巣たる胆嚢、胆嚢管の別出と総肝管前壁を炎症性癥瘕組織から開放し、Tチューブを上流まで挿入することで、症例2, 3 では胆嚢、胆嚢管の別出で良好な結果を得ることができた。

本症の血管造影所見については、中西らの症例には、胆嚢動脈の偏位、屈曲、蛇行、径の狭広不整、辺縁不整像がみられ、開腹したところ癥瘕組織内に胆嚢動脈が埋没したための所見であり、組織学的には悪性像はなかったという⁵⁾。胆嚢の炎症性疾患でも血管の増生、濃染像により胆嚢癌と誤られることがあるといわれるが⁶⁾、今

回の症例においては明瞭に出現した胆嚢動脈系の血管網には悪性腫瘍を思わせるものはなく、鑑別診断上、有用であった。

症例1, 2においては胆道造影上、狭窄部は一見、悪性腫瘍による全周性狭窄に似ていたが、症例1においては狭窄部より離れた健常部の胆管の輪廓のカーブを上方から下方へ、下方から上方へと結んでみることによって右からの圧迫像であることが判った。また症例2においては狭窄部の左縁が鮮明であるのに右縁が不鮮明であるのは右方からの圧迫があることを示すものであることを、同時に撮影したレ線側面像から知った。

なお、総肝管狭窄部の形状について Clemett ら²⁾は理論上かならずしも右方からの圧迫像を示すとは限らないと述べている。確かに胆嚢管の種々なる分岐形を考えると後方からの圧迫、左方からの圧迫による Mirizzi 症候群も考えられるが現在のところ、いずれの報告例も右方からの圧迫像を示し¹⁾²⁾³⁾⁵⁾⁷⁾、著者らの症例もそうであった。

ま と め

1) 本症の見逃しによる胆別後愁訴の1例があった。これは本症を念願におき、術前、術中の直接胆道造影を行えば避け得たものと思われた。

2) 臨床経過、臨床検査成績、各種X線検査所見が悪性腫瘍に似ることがあるが、本症は疼痛を伴うことが多く、黄疸には消長がみられる。

3) 胆道造影上、狭窄部は悪性腫瘍の全周性狭窄に似ることが少なくないが、狭窄部よりはなれた健常部の胆管の輪廓のカーブを上方から下方へ、下方から上方へと結んでみることで、左側縁が鮮明であるのに、右側縁が不鮮明であることなどから慎重に判定すれば右からの圧迫像を示していることが判る。

4) 本症でも肝門部狭窄の形をとることがある。

5) 血管造影は悪性腫瘍との鑑別に有用であった。

6) 胆管高度狭窄例でも主病巣たる胆嚢、胆嚢管の別出および炎症性癥瘕組織から肝外胆管前壁を露出させ下流から狭窄部を通して肝門部近くまでTチューブを入れることで治癒させることができた。

狭窄部胆管を切開しての拡張術、または切除、肝管空腸吻合術を追加する必要性は少ないように思われる。

(本論文の要旨は昭和52年10月20日第19回日本消化器病学会秋季大会において発表した。)

文 献

- 1) Dietrich, F.K.: Die hepaticusstenose bei

- gallenblasenhals- und zystikussteinen. Bruns' Beitr. Klin. Chir., **206**: 9—22, 1963.
- 2) Clemett, A.R. et al.: The roentgen features of the Mirizzi syndrome. Am. J. Roent. Rad. Nucl. **94**: 480—483, 1965.
 - 3) Hess, W.: Surgery of the biliary passages and the pancreas. D. Van Nostrand Company, New York, 1965.
 - 4) 長瀬正夫: Mirizzi 症候群. 日本臨床, **35**: 876—877, 1977.
 - 5) 中西 徹ほか: 血管造影で悪性病変を疑わせた Mirizzi Syndrome の1例. 臨放, **21**: 451—456, 1976.
 - 6) 柴田 茂ほか: 選択的腹腔動脈造影診断の問題点. 臨放, **16**: 456—467, 1971.
 - 7) 山崎岐男ほか: 胆管造影時の Mirizzi Syndrome について. 臨放, **14**: 951—957, 1969.
-