

癌が疑われた胆石胆嚢炎による肝門部胆管狭窄の1例

大同病院外科

棚野 正人 近藤 成彦 金井 道夫 高柳 和男
堀沢 稔 森 光平 丹野 俊男

名古屋大学医学部第1外科

二村 雄次 中山 隆 神谷 順一
早川 直和 塩野谷 恵彦

A CASE OF BENIGN HILAR HEPATIC DUCT STRICTURE DIFFERENTIATED FROM CARCINOMA WITH DIFFICULTY

Masato NAGINO, Shigehiko KONDOH, Michio KANAI,
Kazuo TAKAYANAGI, Minoru HORISAWA, Kohei MORI
and Toshio TANNO

Department of Surgery, Daidoh Hospital

Yuji NIMURA, Takashi NAKAYAMA, Junichi KAMIYA,
Naokazu HAYAKAWA and Shigehiko SHIONOYA

1st Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine

索引用語：肝門部胆管狭窄，胆石胆嚢炎，特発性内胆汁瘻

I. 緒言

癌との鑑別診断上，経皮経肝胆道鏡検査（以下，PTCS）による直視下生検が極めて有用であった胆石胆嚢炎による肝門部胆管狭窄の1例を経験したので報告する。

II. 症例

患者：54歳，女性。

主訴：体重減少。

家族歴：母親が胃癌で死亡。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和59年6月ごろより体重減少（約5kg）に気づき，同年9月人間ドックを受診し，糖尿病，肝機能異常を指摘され，10月22日当院内科入院となった。入院後の腹部超音波検査（以下，US）にて胆嚢結石を認めため，11月21日外科転科となった。

入院時現症：栄養善，体格中等度，黄疸（-）貧血（-），胸腹部理学的所見異常なし。

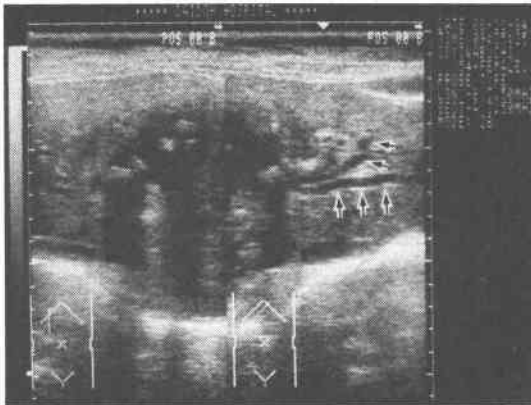
入院時検査成績：血液生化学検査では，ALP 328

IU/l, LAP 91IU/l, γ -GTP 121IU/l, 血糖248mg/dl, 血沈29/54の高値以外に異常は認められなかった。腫瘍マーカーは，CEA 1.4ng/ml, CA 19-9 45U/ml, AFP 1ng/mlであった。

入院後検査経過：外科転科後のUS（図1）では，胆嚢結石のほか，肝内胆管の軽度拡張が認められたので，経皮経肝胆道造影（以下，PTC）を施行した。PTC（図2）では，肝門部胆管（特に右肝管から総肝管上部にかけて）は，不整狭窄像を呈し，癌が強く疑われた。PTCSを目的として左肝内胆管より経皮経肝胆道ドレナージ（以下，PTCD）を施行した。図3はPTCDカテーテルを15Frまで拡張した時の胆道造影だが，この時初めて，右肝管より胆嚢が造影され，さらに胆嚢より十二指腸への造影剤の漏出が認められ，特発性内胆汁瘻（胆嚢肝管十二指腸瘻）の合併と診断した。胃十二指腸透視（図4）では，十二指腸第2部に不整狭窄像が認められ，胆嚢癌の浸潤が疑われた。腹部血管造影では，右肝動脈および胆嚢動脈の encasement（図5），門脈右枝の不整狭窄像（図6）が認められ，胆嚢癌と診断した。CT-scan（図7）では，胆嚢壁は enhance にて濃染する不整な肥厚を示したが，炎症か癌かの鑑

図1 超音波像

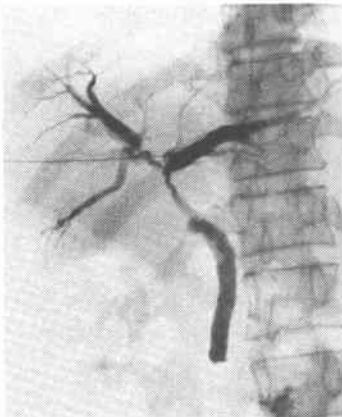
胆嚢内は、結石で充満しており(a), 肝内胆管(矢印)の軽度拡張が認められる(b).



(a) (b)

図2 PTC像

肝門部胆管の不整狭窄像が認められる。また、胆嚢管は造影されるが、胆嚢は造影されない。



別は不可能であった。PTCSでは、肝門部胆管は出血、ビランなどの所見を呈していたが、カテーテル交換による artifact のため、その質的診断は困難であった。また、内胆汁瘻を経由して胆道鏡を胆嚢内へ挿入することができたが(図8), 胆嚢内は結石で充満しており、粘膜面の十分な観察はできなかった。PTCSによる直視下生検は2回施行され、肝門部胆管および胆嚢内より計20個の組織片を採取したが、いずれも悪性所見は認められなかった。以上、画像診断、特に PTC 像、血管造影像、胃十二指腸透視からは胆石を伴った胆嚢癌の肝門部浸潤および十二指腸浸潤が強く疑われた。しかし、PTCSによる直視下生検にて悪性所見が認めら

図3 PTCDカテーテルからの胆道造影像

胆嚢右肝管瘻(へ)および胆嚢十二指腸瘻(←)が認められる。

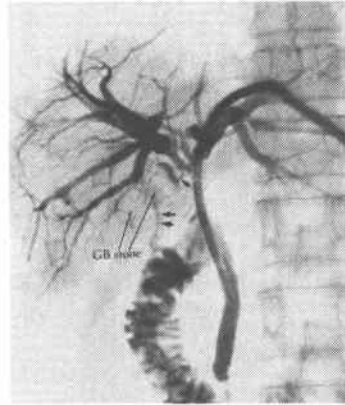
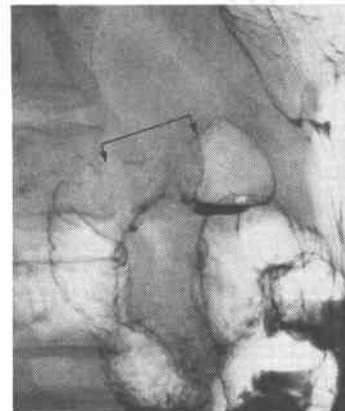


図4 胃十二指腸造影像

十二指腸に不整狭窄像(↕↕)が認められる。



れないことから、術前には癌の合併をほぼ否定しうることができた。

手術所見(昭和60年1月8日): 胆嚢は萎縮し総肝管、十二指腸、大網と一塊となっていた。胆嚢十二指腸瘻を切除、閉鎖し、胆別を施行した。胆嚢右肝管瘻の修復に対しては総胆管を切開し、そこから右肝管へ splint tube を挿入した後、右肝管の欠損部を周囲の結合織と共に縫合閉鎖した。術中迅速標本でも悪性所見はなく手術を終了した(図9)。

切除標本肉眼所見(図10): 胆嚢は慢性炎症のため30×15mmと著明に萎縮、肥厚し、胆嚢内には径10mm大のコ系石を8個認めた。

病理組織学的所見: 胆嚢は線維化および小円形細胞の浸潤を主体とする慢性炎症性変化のみで、悪性像は

図5 血管造影像

右肝動脈(↙↘)と胆嚢動脈(↘↙)に encasement が認められる。(↑は、PTCによる A-P shunt)

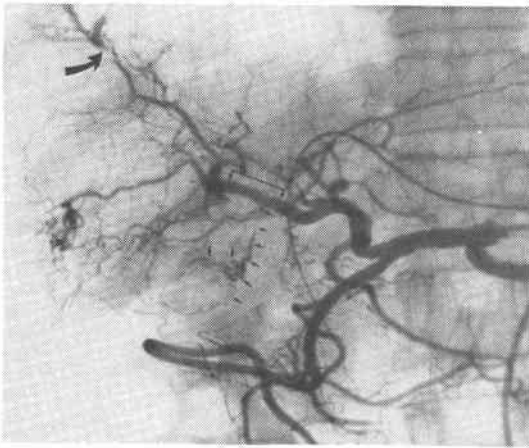


図6 経動脈性門脈造影像

門脈右枝(↗↑↘)に不整狭窄像を認める。

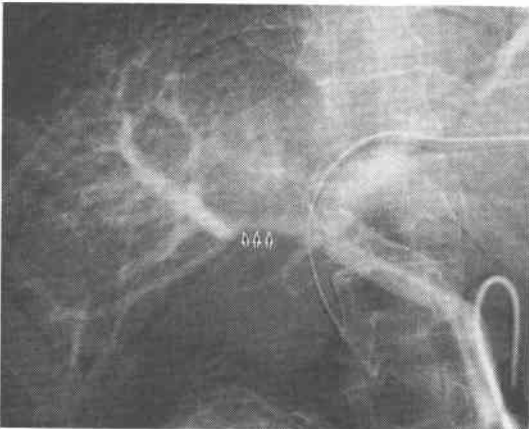


図7 CT scan

胆嚢壁は enhance にて濃染する不整な肥厚を示す。

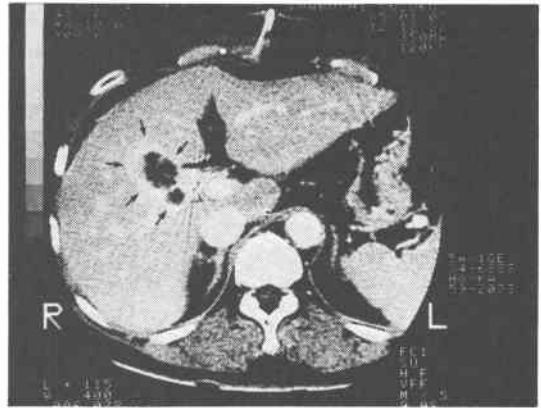


図8 PTCS

胆道鏡は、胆嚢右肝管瘻を経由して胆嚢内まで挿入されている。



認められなかった。

術後経過は良好で、術後37日目にすべてのカテーテルを抜去した。術後50日目のUSでは、右前上区域の胆管枝にのみ軽度拡張が認められたが、胆道系酵素は正常範囲内にあり、術後54日目に退院となった。

III. 考 察

本症例は胆道系酵素の上昇が契機となりUSで胆嚢結石と肝内胆管の拡張が認められたため、PTCが施行され、肝門部胆管の不整狭窄が発見された。PTC像では胆石胆嚢炎による炎症性狭窄と癌との鑑別を要したが、1) 狭窄部の不整は特に右側で強く、さらに胆嚢が造影されないこと、2) 患者は胆石を有する中年女性で

あること、3) 肝門部胆管狭窄の原因として悪性疾患が圧倒的に多い¹⁾ことなどから、胆嚢癌の肝門部浸潤が最も強く疑われた。血管造影でも、胆嚢動脈、右肝動脈、右門脈枝の不整狭窄の所見より胆嚢癌と診断した。一般に、血管造影上、胆嚢癌と慢性胆嚢炎、特に炎症の強い萎縮胆嚢との鑑別は、困難なことが多く²⁾、さらに、本症例のように右門脈枝にまで所見のある場合には癌と診断してもやむをえないと言えよう。しかし、胆石胆嚢炎により門脈本幹の完全閉塞を来した例³⁾や、門脈肝管瘻を形成した例⁴⁾の報告もあり、まれではあるが、胆嚢炎による炎症性変化が門脈にまで影響する場合もあることは知っておくべきであろう。CTに

図9 手術終了時のシェーマ

①: 10FrPTCS カテーテル, ②: 6FrPTCD カテーテル, ③: 8FrPTCD カテーテル. ①と②は, 術前から挿入されており, 術中は③のみをさらに挿入した. なお, ②は術中, 右肝管を同定するうえで, 非常に有用であった.

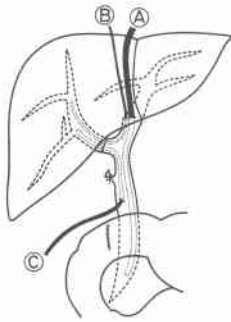
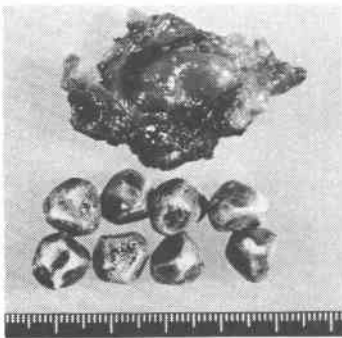


図10 切除標本

萎縮した胆嚢および胆嚢内結石



よる診断に関しても, 壁肥厚型の胆嚢癌と慢性胆嚢炎との鑑別は, 極めて困難とされており⁹⁾, 本症例でも同様であった.

本症例に対し, PTCD→カテーテル交換→PTCSといたった一連の検査のもつ意味は次の3つが考えられる. 第1にPTCSに至るまでのカテーテル交換の途中で, 胆嚢が造影されるようになり特発性内胆汁瘻の合併が診断されたことである. PTCD後に胆管像が変化してゆくことは, しばしば経験するが, 特に良悪の鑑別に難決する場合には, 経時的な胆管像の変化をとらえてゆくことが重要である⁹⁾. 第2に, カテーテルを狭窄部を越えて総胆管にまで挿入できたため, 結果的に

は, これが左肝管と総肝管上部の狭窄に対する拡張術となったことである. したがって, 手術時には右肝管に対してのみ splint tube を挿入した. 第3に, 直視下生検によって癌をほぼ否定できたことである. 先に述べたように, 直視下生検では悪性像(-)であったが, 血管造影像, 特に右門脈枝の所見から癌を完全に否定するには至らなかった. 現在, 胃, 大腸など内視鏡の挿入可能な部位での病変の診断は, X線, 内視鏡, 生検の三位一体が原則である. PTCSの手技はほぼ完成され, その安全性も確かめられており⁷⁾, 胆道にも胃や大腸と同じように精密な内視鏡検査および内視鏡治療ができる時代になってきたと言えよう. したがって, 胆道疾患に対しても内視鏡, 生検診断をとり入れるべきであり, まして, 本症例のように各種の画像診断にても良悪の鑑別が困難な胆道疾患に対しては, PTCSは必須の検査法であると考えられた.

最後に, 本症例に合併した胆嚢肝管十二指腸瘻は, 下山ら⁸⁾の特発性内胆汁瘻に関する本邦集計588例中, わずかに4例(0.7%)を数えるのみであり, 特発性内胆汁瘻の中でも極めてまれな病態であることを附記する.

本論文の要旨は第213回東海外科学会において述べた.

文 献

- 1) 中沢三郎, 服部外志之: 胆道病診断の実際. 東京, 羊土社, 1980, p195-202
- 2) 有山 襄: 消化器血管造影. 東京, 医学書院, 1979, p100-123
- 3) 上原伸一, 佐藤芳郎, 富田 隆ほか: 胆石胆嚢炎にともなう門脈閉塞の1例. 中勢病誌 4: 26-30, 1982
- 4) 小林迪夫, 若杉健三, 下田勝広ほか: 胆石症に合併した肝門部胆管門脈瘻の1例. 腹部画像診断 4: 403-409, 1984
- 5) Itai Y, Araki T, Yoshikawa K et al: Computed tomography of gallbladder carcinoma. Radiology 137: 713-718, 1980
- 6) 武内俊彦, 星野 信, 宮治 真ほか: 肝外良性胆道狭窄. 胆と膵 2: 485-493, 1981
- 7) 二村雄次, 早川直和, 豊田澄男ほか: 経皮経肝胆道内視鏡. 胃と腸 16: 681-679, 1981
- 8) 下山孝俊, 福田 豊, 藤井 卓ほか: 特発性内胆汁瘻の臨床—自験7症例と本邦報告例の検討—. 外科 44: 177-182, 1982