

経皮経肝胆道鏡検査により術前診断しえた 胆管末端部良性狭窄を伴う中下部胆管癌の1例

名古屋大学医学部第1外科

山瀬 博史 二村 雄次 早川 直和
長谷川 洋 神谷 順一 土江 健嗣
岡本 勝司 岸本 秀雄 塩野谷 恵彦

A CASE OF DISTAL PART BILE DUCT CARCINOMA ASSOCIATED WITH BENIGN STRICTURE AT THE END OF THE COMMON BILE DUCT DIAGNOSED BY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY (PTCS) BEFORE OPERATION

Hiroshi YAMASE, Yuji NIMURA, Naokazu HAYAKAWA,
Hiroschi HASEGAWA, Junichi KAMIYA, Kenji TSUCHIE,
Katushi OKAMOTO, Hideo KISHIMOTO and Shigehiko SHIONOYA
1st Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine

索引用語：胆管癌，胆管末端部良性狭窄，経皮経肝胆道鏡検査（PTCS）

はじめに

経皮経肝胆道造影（PTC）および内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）などの直接胆道造影の進歩で胆管病変の診断能は向上してきた。しかし胆管狭窄の良、悪性の鑑別診断には胆管 X 線像だけでは難渋する場合がある。今回われわれは肝外胆管の中下部と，末端部の2カ所の胆管狭窄に対し PTCS を行い，両病変とも胆道鏡下生検を行い，胆管末端部良性狭窄を伴う中下部胆管癌と病理組織学的に術前診断ができたので報告する。

症 例

症例：72歳，女

主訴：黄疸

既往歴：30歳，子宮筋腫の手術。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和58年5月1日，黄疸が出現し，某医へ入院した。保存的治療で一時黄疸が軽快したが，再び増悪し同年6月17日再入院す。7月20日経皮経肝胆道ドレナージ（PTCD）を施行され，8月12日手術目的で当科へ転院した。

現症：体格，栄養中等度，軽度黄疸を認めるも貧血なく，表在リンパ節の腫張もなし。腹部は平坦，軟で腫瘤および肝，脾は触知しなかった。

転科時検査所見：ビリルビンおよび胆道系酵素の軽度の上昇を認めた他は異常なかった（表1）。

PTC：図1に示すごとく A，B，2カ所に不整な狭窄を認めた。A-B間およびAより上流の胆管は著明に拡張していた。当院転科後PTCD瘻孔を拡大しPTCD施行後33日目に，PTCSを行った。

PTCS：狭窄部Aは辺縁が不整な結節状隆起を示す全周性の狭窄で，発赤および毛細血管の怒張を認めた（図2）。図3は狭窄部BのPTCD造影である。ドレナージカテーテルを狭窄部Aを越えて挿入し，胆汁の内外瘻術を施行した後に，狭窄部Bを観察した（図4）。狭窄部Bには発赤，なだらかな辺縁を示す大小不同の結節状隆起を認めたが，毛細血管の怒張はなく，

表 1

〈検査所見〉			
WBC	5600	T-Bil	2.4 mg/dl
RBC	348×10 ⁴	D-Bil	1.6 mg/dl
Hb	11.3 g/dl	GOT	42 IU/l
Ht	33.0 %	GPT	31 IU/l
T-Prot	8.3 g/dl	LDH	223 IU/l
Alb	4.4 g/dl	ALP	174 IU/l
T-Chol	142 mg/dl	γ-GTP	102 IU/l

〈1985年9月11日受理〉別刷請求先：山瀬 博史
〒466 名古屋市昭和区鶴舞町65 名古屋大学医学部
第1外科

図1 PTC：肝外胆管のA, Bに不整な狭窄像を認める。A-B間およびAより上流の胆管は著明に拡張している。

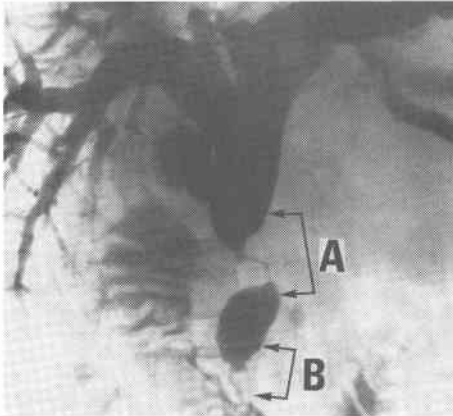


図2 PTCS(狭窄部A)：辺縁が不整な結節状の全周性狭窄を示し(a), 発赤, 毛細血管の怒張(b)を認める。

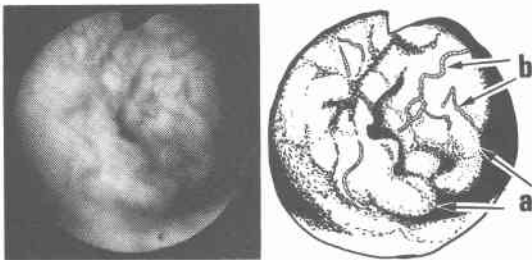
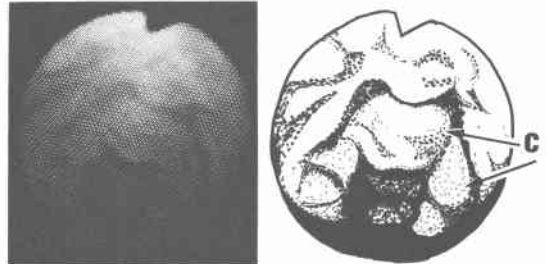


図3 PTCD造影(狭窄部B)



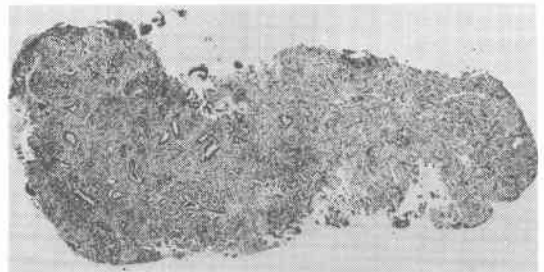
図4 PTCS(狭窄部B)：発赤, なららかな大小不同の結節状隆起を認めるが(c), 毛細血管の怒張はなく悪性を疑う所見は認めない。



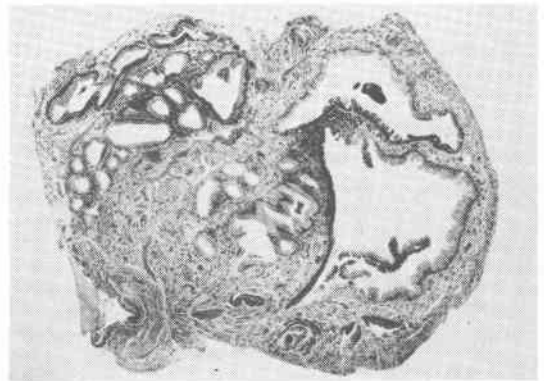
悪性を疑う所見は認めなかった。

胆道鏡直視下生検：狭窄部Aからは、腫瘍細胞が大小不規則な腺管を形成して散在する分化した腺癌の像を認めた。狭窄部Bからは、拡張し乳頭状に増生する胆管腺を認めたが、悪性像は示さなかった(図5)。また三管合流部より上流の胆管からの生検では癌陰性であった。

図5 生検組織像(狭窄部A)：腫瘍細胞が大小不規則な腺管を形成して散在する分化した腺癌を認める。(HE染色×40)



(狭窄部B)：拡張し乳頭状に増生する胆管腺を認めるが悪性像は示さない。(HE染色×40)



以上より胆管末端部良性狭窄を伴う、中下部胆管癌と診断し、昭和58年9月1日、手術を施行した。

手術所見：膵上縁の総胆管に母指頭大の腫瘤を触知した。腹水はなく、リンパ節転移も認めず、膵頭十二指腸切除術を行った。

切除標本：狭窄部 A は中央に潰瘍を伴い、辺縁には結節性隆起を示す結節浸潤型の胆管癌であった。狭窄部 B には膵管合流部（矢印）より肝側に約1.5cm におたり不整な顆粒状隆起を認めた。矢印対側の黒い陥凹はPTCD カテーテル先端の接触部である（図6）。

病理組織所見：狭窄部は A は腫瘍細胞が大小不規則な腺管を形成して散在する分化した腺癌の像を示

図6 切除標本：狭窄部 A には結節浸潤型の胆管癌を認める。狭窄部 B には不整な顆粒状隆起を認める。

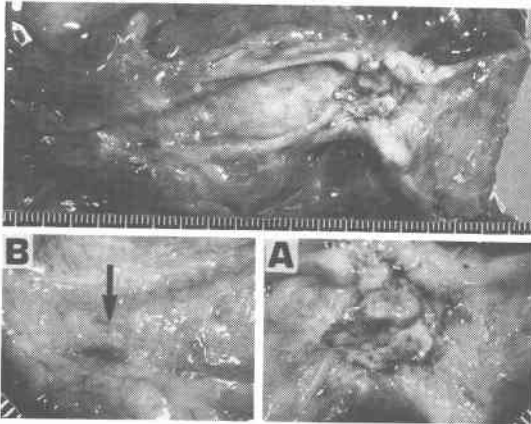


図7 病理組織所見（狭窄部 A）：腫瘍細胞が大小不規則な腺管を形成して散在する分化した腺癌の像を示す。間質には結合織の増生を認める。（HE 染色ルーベ像，×100）

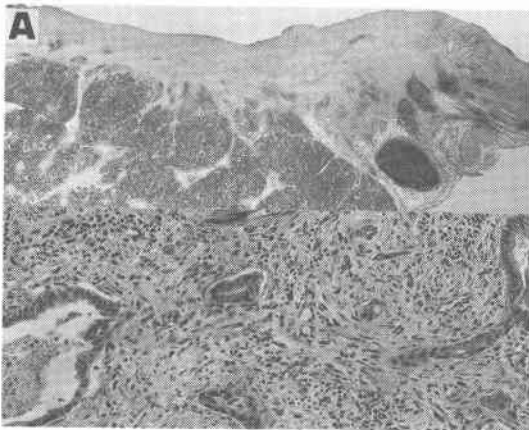
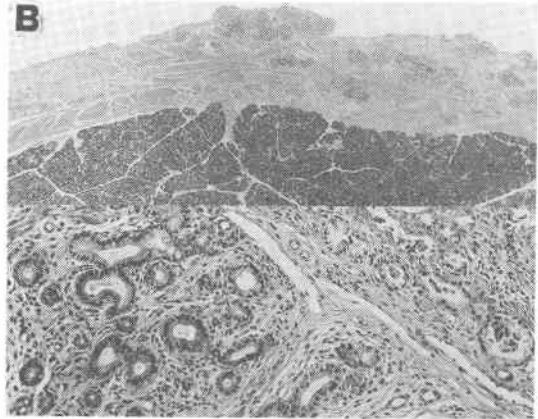


図8 病理組織所見（狭窄部 B）：粘膜固有層から筋層内に胆管腺の増生を認める。間質には慢性炎症の像を認める。悪性像は示さない。（HE 染色ルーベ像，×100）



し、間質には線維性結合織の増生を認めた（図7）。胆道癌取扱規程¹⁾では、Bmi, circ, 結節浸潤型, s₀, hinf₀, g₀, panc₁, d₀, v₀, n(-)であった。狭窄部 B には粘膜固有層から筋層内に著明な胆管腺の増生を認め、腺周囲に線維化や好酸球、リンパ球、プラズマ球の浸潤および毛細血管の拡張と増生を認め、慢性炎症の像を示したが、悪性像は認めなかった（図8）。

術後経過：術後経過は良好で1年5カ月を経過した現在、再発の徴候なく健在である。

考 察

本例は肝外胆管の中下部 A および末端部 B の2カ所に狭窄があり、これらの鑑別診断が問題となった。狭窄部 A は胆管癌および膵病変による2次的な胆管狭窄が考えられた。膵癌による胆管狭窄は一般に圧排型の狭窄が基本で、時に狭窄部に辺縁不整などが見られるとされている²⁾³⁾。しかし中には胆管壁内および内腔に強く増殖し、陰影欠損像を伴い胆管癌に似た X 線像を呈する場合もある⁵⁾。また、慢性膵炎による膵部総胆管の狭窄像は2型に区別されている。つまり、限局性狭窄：膵部総胆管の種々の高さで種々の強さに狭窄を示すもの、および管状狭窄：膵部総胆管が一様に狭窄するものである⁴⁾。本例の A の胆管 X 線像は辺縁不整な結節状隆起を伴う屈曲した狭窄像を示し、強く胆管癌を疑うが、膵癌の胆管壁への浸潤によるもの、慢性膵炎の限局性狭窄も完全には否定できない。しかし PTCS を施行することより、狭窄部の発赤、毛細血管の怒張を認め、直視下生検でも癌を証明できたので、

慢性膵炎は否定できた。さらに狭窄部は辺縁に結節状隆起を伴う全周性の狭窄であり、圧排の要素や片側性の所見に乏しいことより膵癌は否定的であり、術前に胆管癌の確定診断が得られた。

本例は狭窄部 A-B 間の胆管が17mm と著明に拡張していることより、胆管末端部に強い器質的な通過障害のあることが推定された。その狭窄部 B に関しては、胆管末端部癌、乳頭部癌、良性腫瘍などを疑った。PTCS 所見では明らかな悪性所見に乏しく、生検組織像でも胆管腺の増生を認め、癌ではなく良性狭窄と診断できた。中島⁹⁾は胆管末端部(乳頭部)良性狭窄症の病理組織学的所見は大別すると、炎症性細胞浸潤を主体とするもの(inflammatory infiltration)、結合織の増生、線維化を主体とするもの(fibrous change)、上皮、腺管、筋肉などの過形成や増生を主体とするもの(hyperplasia, adenomyosis)に分けられ、前二者が炎症性変化、後者が加齢性変化としている。嬉野⁷⁾も A) 炎症型、B) 腺症型、C) 線維硬化型、D) 線維腺症型に分類している。われわれの症例は炎症性細胞浸潤、線維化を伴った、胆管腺の増生であり、fibroadenomatous hyperplasia と診断した。相良⁸⁾も同様な例を報告し、乳頭部近くとその肝門側に所見が強いとしているが、われわれの症例も膵管が胆管に合流する部より肝門側で顆粒状の所見が強かった。また宮川⁹⁾も胆管末端部の隆起性病変に対し、PTCS を行い fibroadenomatous hyperplasia と診断し、膵頭十二指腸切除術をすることなく、経過観察している。

直接胆道造影の進歩により胆管の狭窄性病変に対し診断能は向上したが、それらの良悪性の鑑別は X 線像だけでは限界がある。積極的に PTCS を行い、内視鏡所見、直視下生検による病理組織所見とをあわせ、総合的に鑑別診断することが極めて重要である¹⁰⁾¹¹⁾。

まとめ

肝外胆管の中下部および末端部の 2 カ所の狭窄性病変に対し、PTCS を行い上流の狭窄は胆管癌で、末端部は良性の hyperplasia と術前診断ができ、根治切除ができた 1 例を報告した。

なお、本論文の要旨は第26回日本消化器内視鏡学会東海地方会において発表した。

御校閲を賜った癌研究会付属病院外科高木国夫先生に感謝します。

文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編。外科，胆道癌取扱い規約，東京，金原出版，1981，p11—26
- 2) 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
- 3) 大藤正雄，大野孝則，土屋幸治ほか：良性胆道狭窄の映像診断。胆と膵 2：495—502，1981
- 4) 中沢三郎，内藤靖夫：良性胆管狭窄の成因と病理。胆と膵 2：503—513，1981
- 5) 内藤靖夫：膵部総胆管の X 線学的研究。日消病会誌 75：1204—1218，1978
- 6) 中島正継，安田健治郎，藤本荘太郎ほか：胆管末端部(乳頭部)狭窄症。胃と腸 16：1185—1199，1981
- 7) 嬉野二郎：良性乳頭部狭窄症の検討。日消外会誌 14：1602—1613，1981
- 8) 相良正彦，上村志伸，安達秀治ほか：悪性が疑われた下部胆管狭窄の 1 例。胆と膵 2：547—550，1981
- 9) 宮川秀一，三浦 馥，川瀬恭平ほか：経皮経肝の胆道鏡により診断，治療しえた下部胆管ポリープ(fibroadenomatous hyperplasia)の 1 例。Gastroenterol Endosc 25：947—950，1983
- 10) 二村雄次，早川直和，豊田澄男ほか：経皮経肝胆道鏡。胃と腸 16：681—689，1981
- 11) 二村雄次：胆道癌における画像診断の役割。腹部画像診断 2：73—78，1982