

経皮経肝胆道鏡検査にて術前診断しえた胆管癌合併 先天性胆管拡張症の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 前田 正司 土江 健嗣 岡本 勝司
岸本 秀雄 塩野谷恵彦

A CASE OF CONGENITAL BILIARY DILATATION ASSOCIATED WITH BILE DUCT CARCINOMA DIAGNOSED BY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY BEFORE OPERATION

Hiroshi YAMASE, Yuji NIMURA, Naokazu HAYAKAWA,
Hiroshi HASEGAWA, Junichi KAMIYA, Shouji MAEDA,
Kenji TSUCHIE, Katsushi OKAMOTO, Hideo KISHIMOTO
and Shigehiko SHIONOYA

1st Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine

索引用語：先天性胆管拡張症，胆管癌，経皮経肝胆道鏡検査（PTCS）

はじめに

先天性胆管拡張症（以下本症と略す）には，高率に胆道癌が合併する。近年，画像診断の進歩により，これらの合併病変を術前に診断できるようになってきた。今回われわれは，本症に合併する拡張胆管内の隆起性病変に対し経皮経肝胆道鏡検査（PTCS）を行い，癌の病理組織診断ならびにその浸潤範囲を術前診断し，根治できた1例を経験したので報告する。

症 例

症例：54歳，女。

主訴：黄疸。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：母が胃癌。

現病歴：昭和58年8月，黄疸が出現，某医へ入院。一時黄疸は軽減したが，再び増悪し豊橋市民病院へ転院した。経皮経肝胆道造影（PTC），内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）により拡張胆管内に隆起性病変のある本症と診断され，10月28日手術目的で当科へ転院した。

現症：体格，栄養中等度，軽度黄疸を認めたが貧血

はなく，表在リンパ節の腫脹もなし。右上腹部には小児頭大，弾性やや軟の腫瘤を触知した。脾は触知しなかった。

検査所見：表1のごとく，ビリルビン，胆道系酵素とともに，トランスアミナーゼも高値を示した。CEAは軽度上昇していた。

コンピューター断層撮影（CT）：嚢胞状に拡張した胆管内に隆起性病変を認めた。周囲臓器への浸潤，腹腔内リンパ節腫脹は認めなかった（図1）。

PTC：肝外胆管が嚢胞状に拡張し内部に乳頭状の

表 1

〈検査所見〉		
WBC	9700	GOT 945 IU/l
RBC	445×10 ⁴	GPT 660 IU/l
Hb	13.0 g/dl	LDH 815 IU/l
Plate	16.2×10 ⁴	ALP 1560 IU/l
		γ-GTP 560 IU/l
T-Prot	5.9 g/dl	
T-Chol	174 mg/dl	AFP 4.5 ng/ml
T-Bil	4.6 mg/dl	CEA 5.2 ng/ml
D-Bil	3.3 mg/dl	
胆管内胆汁中 アミラーゼ 3370 unit		
	CEA	22.3 ng/ml
胆嚢内胆汁中 アミラーゼ 3074 unit		
	CEA	27.3 ng/ml

<1985年10月9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 CT (CE): 嚢胞状に拡張した胆管内に隆起性病変を認める。

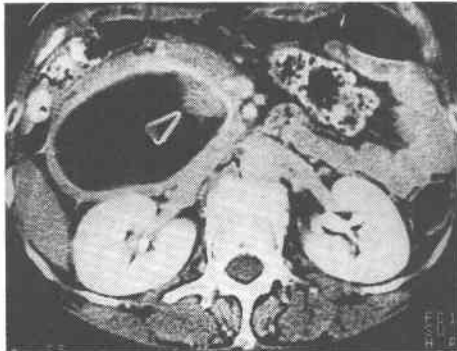


図2 PTC: 肝内、肝外胆管は嚢胞状に拡張し、腹臥位にて乳頭状の隆起性病変を認める (←)。

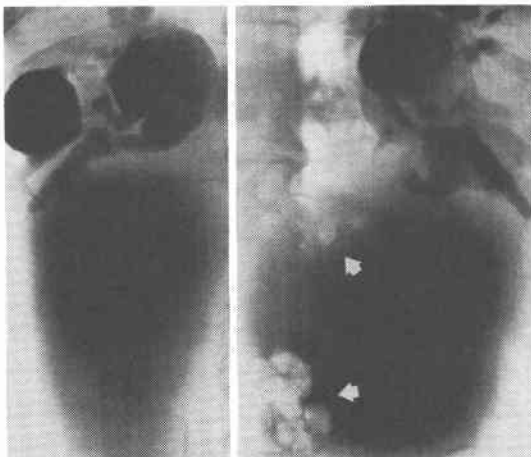


図3 ERCP: 膵管開口部より3.5cm 尾側に胆管が合流する膵胆管合流異常を認める (↑)。

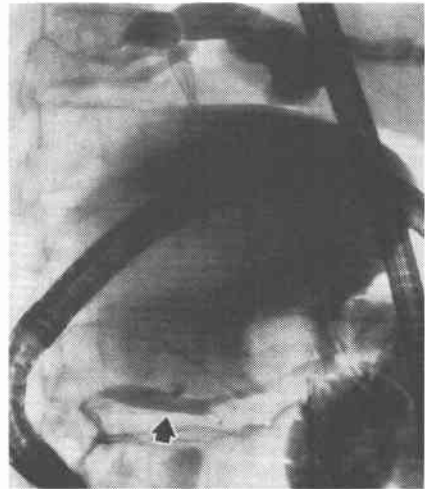
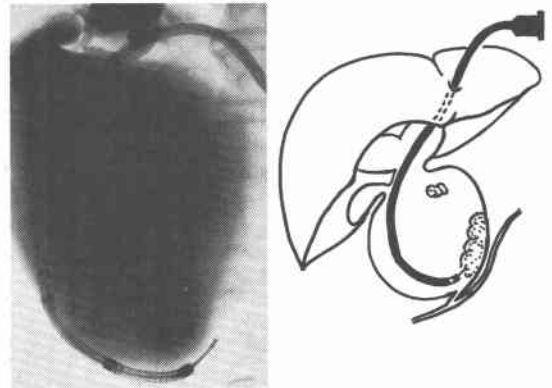


図4 PTCS: 左肝管より胆道鏡を挿入し直視下生検を行った。



隆起性病変を認めた。肝内胆管も嚢胞状に拡張していた(図2)。大量の濃緑色胆汁のドレナージ後は上腹部の腫瘍は触れなくなり、胆道系酵素とともにトランスアミナーゼもほぼ正常値に戻った。なお胆汁中アミラーゼ、CEA は高値を示した(表1)。

ERCP: 膵管開口部より3.5cm 尾側に胆管が合流する膵胆管合流異常を認めた(図3)。

PTCS: 経皮経肝胆道ドレナージ(PTCD)後15日目に、PTCSを施行(図4)。図5のごとく淡黄色の乳頭状の腫瘍が総胆管末端部より、左右肝管合流部直下まで多発し、直視下生検により、乳頭状腺癌と診断できた(図6)。左右肝管合流部よりの生検では癌陰性であった(図7)。

総肝動脈造影: 嚢胞壁全体に血管増生があり、胆管

図5 PTCS: 淡黄色の乳頭状腫瘍が総胆管末端部より左右肝管合流部直下まで多発していた。

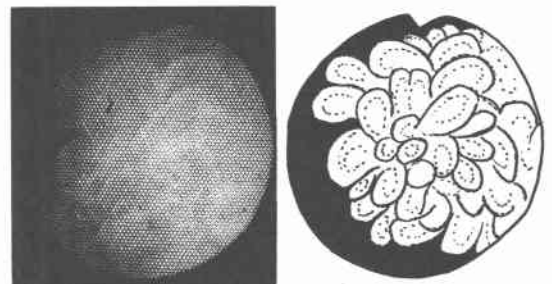


図6 生検標本：高円柱状の細胞が乳頭状に増殖する分化した腺癌の像を認める。

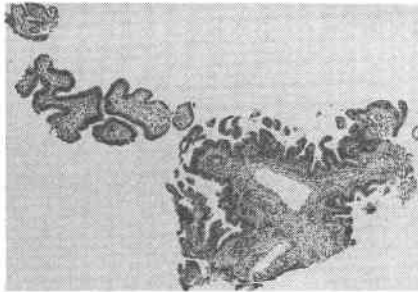
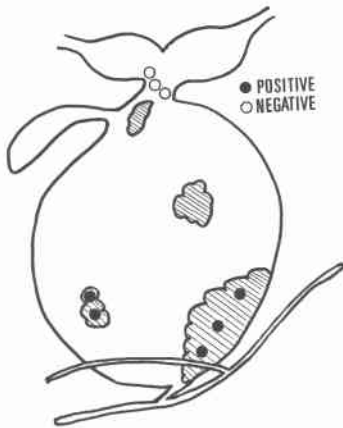


図7 生検所見：左右肝管合流部よりの生検では癌陰性であった。



末端部、左右肝管合流部直下に tumor stain を認めた。

手術：以上より肝外胆管に乳頭状腺癌を合併する本症と診断し、昭和58年11月29日肝門部胆管切除をともなう膵頭十二指腸切除を行った。腫瘍は嚢胞壁外へ浸潤を認めず、腹水、リンパ節転移も認めなかった。

切除標本：嚢胞壁は4mmと肥厚し胆管末端部より左右肝管合流部にかけて、多発する乳頭状の腫瘍を認めた。胆嚢内にコ系石(5×5mm)を1個認めた(図8)。

病理組織所見：高円柱状の腫瘍細胞が、構造異型をとまない一部は基底膜を越えて浸潤する粘膜に局限した乳頭状腺癌を認めた(図9 a, b)。Bims, 乳頭型, circ, so, hinf0, go, panc0, d0, v0, n(-)であった¹⁾。また隆起性病変以外の拡張胆管粘膜には、偽幽門腺化生、異型上皮を認めた(図9 c)。

術後経過：術後経過は良好で1年10カ月経過した現在、再発の徴候なく健在である。

図8 切除標本：嚢胞壁は肥厚し内部に多発する乳頭状腫瘍を認める。

(←)：胆管末端部, (→) 左右肝管合流部

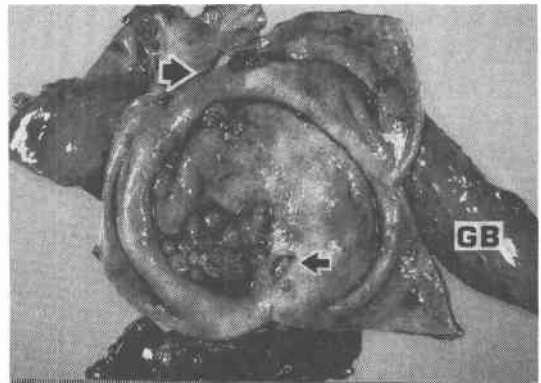
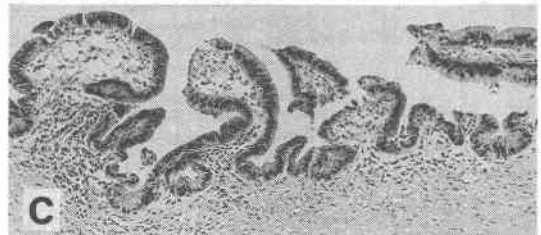
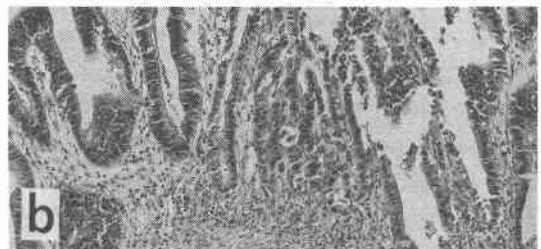
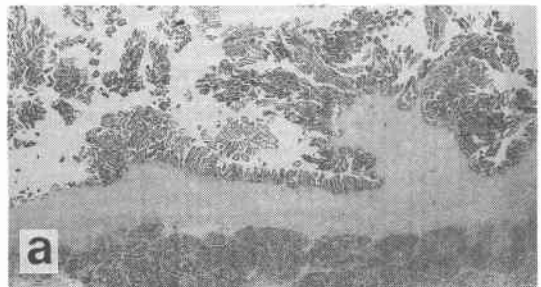


図9 病理組織所見

a, b：高円柱状の細胞が乳頭状に増殖する乳頭状腺癌の像を認める。

c：癌周辺の粘膜に偽幽門腺化生、異型上皮を認める。



考 察

本症は1852年 Douglas²⁾が詳細に報告し、Irwin³⁾が胆道癌の合併を報告して以来、癌合併率の高いことが

注目されている⁹⁾。本症の発癌因子は、ほぼ全例に認められる膵胆管合流異常により膵液が胆道内へ逆流し、胆道粘膜が物理的、化学的に刺激を受けるためと推察され、鮫島⁵⁾は本症の胆管粘膜に強い化生を認め、分化型癌の発生と関連する病変と推測している。羽生は⁶⁾本症の総胆管の拡張形態を、嚢胞状と非嚢胞状に分け前者に胆管癌が、後者に胆嚢癌が多いとしている。本例も嚢胞状に拡張し、嚢胞壁に胆管癌を認めた。また癌の周辺粘膜には、異型上皮や、偽幽門腺化生を認めた。乳頭状腺癌が異型上皮や、化生した粘膜を含みながら表層拡大型に進展したか、または、それらを基盤として多発性に発癌したものと考えられた。

最近、画像診断の進歩により、術前に本症に合併した胆道癌を診断した例は増加してきた。また ERCP や PTC より胆汁の細胞診により癌合併を診断した報告も見られる^{7a)}。しかし術前に癌合併を病理組織学的に証明し、その浸潤範囲を診断した、という報告は見られない。

中沢⁹⁾は胆管癌の浸潤形式を組織型を基に分類し、乳頭状腺癌は表層拡大型進展をしやすいとしている。本症の場合も PTCS により乳頭状腺癌と診断したので、表層拡大型進展を想定し慎重に癌の浸潤範囲を決定した。

本症に対する手術々式は、かつては嚢胞消化管吻合術が行われたが現在では術後の発癌、胆道感染の問題より禁忌とされ、拡張胆管切除・肝管空腸吻合が標準とされている。しかし、本例は戸谷 IVa 型の肝内、肝外胆管拡張型であり、肝内拡張胆管の処置が問題となった。逆流膵液を含む胆汁のうっ滞により発癌が高頻度におこるとすれば、肝内拡張胆管も当然その危険にさらされている。事実総胆管嚢胞切除後に肝内拡張胆管より発癌した例もあり¹⁰⁾、発癌の可能性のある部分は、可及的に切除するべきである。しかし予防的な肝切除は一般的ではなく、術前に肝内拡張胆管を胆道造影および内視鏡的に慎重に調べ、癌遺残のないことを確認することが重要である。肝内胆管の拡張する IV 型や、癌の表層拡大型進展を疑った場合は癌遺残のたい術式決定のために PTCS は必須の検査法である¹¹⁾¹²⁾。

おわりに

PTCS により癌の病理組織診断ならびに、その浸潤範囲を術前診断し、根治できた胆管癌合併先天性胆管拡張症の1例を報告した。

なお、本論文の要旨は、第24回日本消化器外科学会総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、症例を紹介して頂いた豊橋市民病院内科 山本義樹先生、浅井俊夫先生に深謝します。

文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編：外科・胆道癌取り扱い規約。東京、金原出版、1981、p11-26
- 2) Douglas AH: Case of dilatation of the common bile duct. Monthly J M Sc London 14: 97-101, 1852
- 3) Irwin ST, Morison JE: Congenital cyst of common bile duct containing stones and undergoing cancerous change. Br J Surg 32: 319-321, 1944
- 4) 戸谷拓二, 渡辺泰宏, 小淵欽哉: 先天性胆道拡張症一癌発生を中心に。小児外科 9: 1169-1175, 1977
- 5) 鮫島恭彦, 内村正幸, 武藤良弘: 先天性胆管拡張症例一胆管合流異常と胆嚢癌合併症例一。日消外会誌 12: 931-935, 1979
- 6) 羽生富士夫, 大橋正樹, 大井 至: 胆道奇形と胆道癌。胆と膵 2: 1637-1644, 1981
- 7) 塚水尾哲也, 黒本成人, 増本鉄郎ほか: 胆管癌を合併した先天性胆管拡張症の一治験例および本邦報告例の検討。日臨外医会誌 39: 1001-1005, 1978
- 8) 大塚幸雄, 伊藤 恭, 原明 博: 胆汁細胞診で診断し得た先天性総胆管拡張症を伴った胆嚢 adenocarcinoma の1例と本邦症例の文献的考察。日消病会誌 79: 1637-1642, 1982
- 9) 中沢三郎, 内藤靖夫, 市川正章ほか: 粘膜面における胆管癌の広がりについて。日消病会誌 75: 1370-1376, 1978
- 10) Gallagher PJ, Millis RR, Mitchinson MJ: Congenital dilatation of the intrahepatic bile ducts with cholangiocarcinoma. J Clin Pathol 25: 804-808, 1972
- 11) 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: 681-689, 1981
- 12) 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