

## 胆嚢癌と鑑別困難であった xanthogranulomatous cholecystitis の 1 例

熊本大学第1外科

金光敬一郎 平岡 武久 杉原 重哲  
丸田 真一 内野 良仁 宮内 好正  
萩原医院  
萩 原 正 泰

### XANTHOGRANULOMATOUS CHOLECYSTITIS SIMULATING GALLBLADDER CANCER

Keiichiro KANEMITSU, Takehisa HIRAOKA, Shinichi MARUTA,  
Ryojin UCHINO and Yoshimasa MIYAUCHI  
First Department of Surgery, Kumamoto University Medical School  
Masayasu HAGIWARA  
Hagiwara Clinic

索引用語: 胆嚢の xanthogranuloma, xanthogranulomatous cholecystitis

#### はじめに

最近, 胆嚢内隆起性病変の診断は超音波診断装置の発達により著しく向上してきた。今回われわれは超音波検査にて胆嚢内に隆起性病変をみとめ, 胆嚢癌を疑い手術を施行したが, 胆嚢壁内 xanthogranuloma であった 1 例を経験した。その診断上の問題点について報告する。

#### 症 例

症例. 46歳, 男, 工場勤務。

主訴: 発熱, 右季肋部痛。

現病歴: 昭和60年7月25日朝食摂取後, 悪心嘔吐・下痢が出現し, 同日夕刻になって40℃の発熱と右季肋部痛が出現したため, 某医を受診し, 入院加療を受けた。同医にて超音波検査, computed tomography(CT), drip infusion cholangiography (DIC) にて胆嚢壁の肥厚, 結石をみとめたため昭和60年9月5日手術を目的として当科に入院した。

既往歴: 7歳肺炎, 33歳肺結核で左肺下葉切除。

家族歴: 特記すべきことなし。

入院時理学的所見: 身長161.5cm, 体重51.5kg, 左

側胸背部に手術痕, 腹部は平坦で肝は正中2横指触知, 脾腎は触知せず, 右季肋部に腫瘍は触知しなかった。

入院時検査成績: 末梢血液像・白血球数3,300/mm<sup>3</sup>, 赤血球数358×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>, 血小板19.9×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>, 血液生化学検査・総蛋白6.5g/dl, アルブミン4.1g/dl, BUN 11mg/dl, クレアチニン1.0mg/dl, Uric acid 6.2mg/dl, 空腹時血糖79mg/dl 総ビリルビン1.0mg/dl, 直ビリルビン0.1mg/dl, アルカリフォスファターゼ72u/l, GOT 20U/l, GPT 20U/l, LDH 118U/l, 総コレステロール142mg/dl, γ-GTP 42U/l, LAP 60U/l, CA19-9 6U/ml, Elastase I 130ng/dl, ICG 0.5mg, K=0.216, HBs-Ag (-), 胸部X線・異常なし, 心電図上異常なし。

#### 術前の画像診断

超音波検査: 右肋骨弓下走査にて胆嚢は楕円形に検出され, 体部から底部にかけて著明な壁肥厚をみとめ内腔への不整な突出像をみとめた。胆嚢壁のエコーレベルは頸部と体部底部で異なり, 肥厚した体部底部が低エコーであった。肝との境界は頸部では明瞭であったが, 底部では不明瞭であった。底部内腔に strong echo と acoustic shadow を伴う結石像がみとめられた(図1)。

CT: 胆嚢は体部から底部まで著明な壁の肥厚がみ

<1987年2月18日受理> 別刷請求先: 金光敬一郎

〒860 熊本市本荘1-1-1 熊本大学医学部第1外科

図 1 超音波断層像

- A: 肋骨弓下縁走査にて胆嚢は壁肥厚し内腔に strong echo (SE) と acoustic shadow (AS) を認めた。  
 B: 肥厚した壁は内腔への不整突出像と壁内の low echo area が認められた (白矢印)。  
 C: 壁の echo level は底部側のほうが低い echo level を示した。

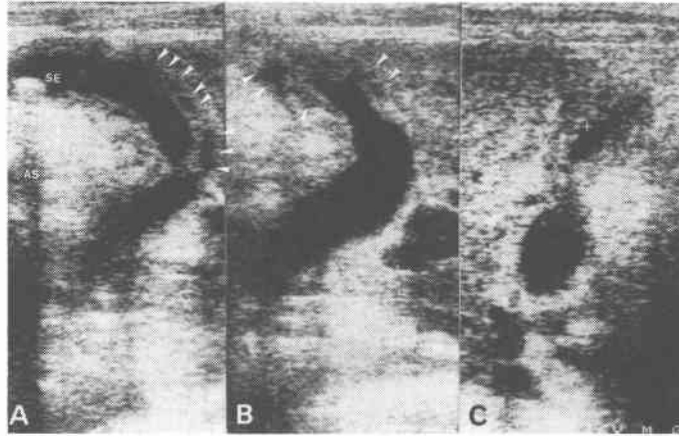


図 2 CT

- A: 胆のう頸部側が検出されているが、著明な壁肥厚をみとめるが、肝との境界は比較的明瞭であった。  
 B: 底部側が検出されているが、胆のう壁内に low density 帯が全周性に認められた。

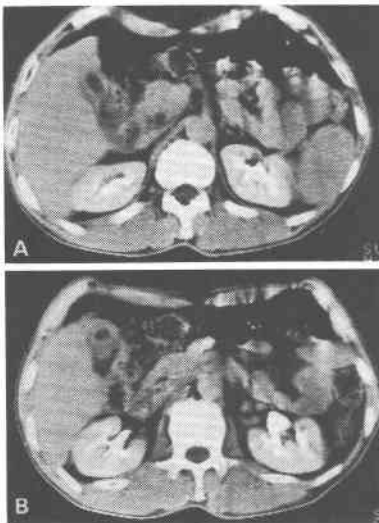
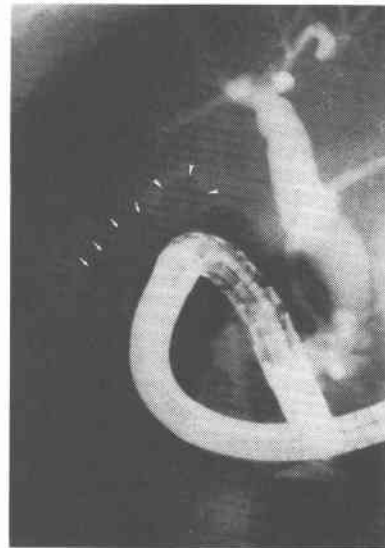


図 3 ERCP.

- 胆嚢は淡く造影されているが、内部に 1 個の negative shadow (<印) と shadow defect (←印) が認められる。



とめられ、その壁内に全周性に低吸収域がみとめられた。肝との境界は比較的明瞭であったが、結石は検出されなかった (図 2)。

逆行性胆膵管造影 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP): 総胆管の軽度の拡

張をみとめ、胆嚢は淡く造影されており内部に negative shadow を 1 個と体部に不整な shadow defect をみとめた (図 3)。

腹腔動脈造影では胆嚢動脈の不整はみとめられず、悪性を示唆する所見はみとめられなかった。以上より

図4 術中エコー。肥厚した壁内に低エコーの腫瘤像を認め、頸部側から粘膜面の連続性が認められた(矢印)。

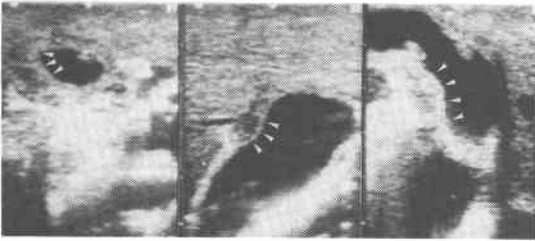


図5 新鮮摘出標本の水浸超音波像。壁内の腫瘤像が低エコー域として描出されている。

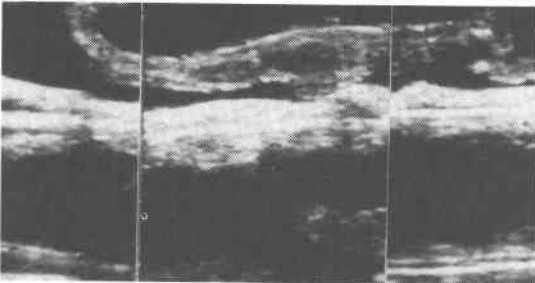
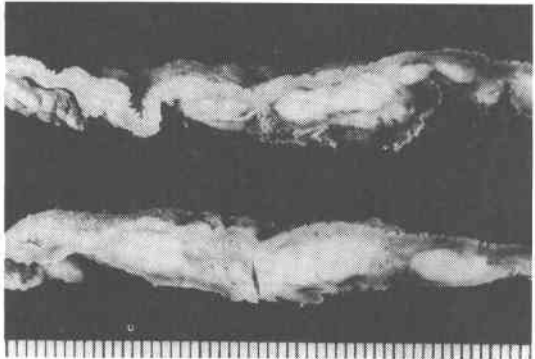


図6 固定標本の剖面像。壁内に局限して腫瘤像が認められる。



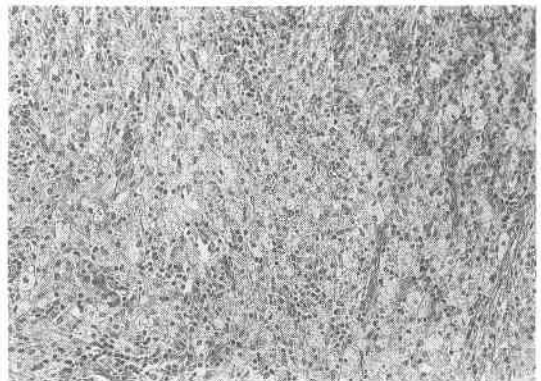
エコー・ERCPでは胆嚢癌が強く疑われたが、血管造影、CTにて悪性を示唆する所見に乏しいため、胆石を伴う慢性胆嚢炎とし、ただし癌も否定できず、昭和60年9月30日に手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開で開腹すると胆嚢には大網が強く癒着しており、これらを剝離し術中エコーを施行すると、胆嚢内腔に不整突出像をみとめ、壁の肥厚および壁内に局限して低エコー領域をみとめたが、

図7 組織像(4×10H.E.)。胆嚢全層に慢性胆嚢炎の所見が認められた。筋層下に granulation が認められた。



図8 組織像(20×10H.E.)。Foamy cellの集簇を認め、fibroblastの増生リンパ球、プラズマ細胞の浸潤が認められ、granulationの形成が認められた。



胆嚢頸部から体部にかけての粘膜面の連続性は保たれていた(図4)。また触診上、壁の肥厚部に一致して硬い腫瘤が触知されたが、これを確認するため胆嚢切開し内腔を検索すると、粘膜面には異常はみとめなかった。そこで、胆嚢摘出術を施行した。胆嚢壁を検索すると粘膜下に黄白色調の弾性軟の腫瘤をみとめ、この一部を術中凍結切片に供し、xanthomaの報告を得たため、所属リンパ節の郭清を行わず手術を終了した。

摘出標本：胆嚢体部では9mmの壁肥厚をみとめ、同部ではほぼ全周性に筋層下の腫瘤をみとめ、新鮮標本

の水浸超音波像では腫瘤部に一致して低エコー領域を認め(図5), 固定後の剖面でも6mmの厚さの腫瘤をみとめた(図6).

組織標本: 胆嚢は全層にわたり小円形細胞の浸潤を認め, 慢性胆嚢炎所見を示していた(図7). 特にこの体部の漿膜下組織には肉眼所見での腫瘤に一致して foamy cell の集簇と fibroblast の増生を認め, プラズマ細胞, リンパ球を主とした炎症細胞の浸潤を伴い, granulation の形成が認められた. 組織学的には xanthogranulomatous cholecystitis と診断された(図8).

### 考 察

われわれは xanthogranulomatous cholecystitis の 1 例を経験したが, 本疾患は比較的まれであるが, 最近超音波検査による診断例の報告を散見する<sup>6)</sup>. 本邦では高橋らが病理組織学的検索を中心に報告しているが<sup>1)</sup>, そのほかに報告例は少なく, 武藤ら<sup>7)</sup>は subacute cholecystitis と報告している. 欧米でも報告例は数少なく, 特に画像診断において胆嚢癌との鑑別について報告したものは Düber<sup>4)</sup>や Bluth<sup>5)</sup>の報告以外ほとんどみあたらず, 本邦では宇田川ら<sup>6)</sup>の報告がみられる. xanthogranulomatous cholecystitis は fibroblast の増生炎症細胞の浸潤, foamy cell の集簇に特徴づけられる胆嚢壁内の病変であり, 壁内の胆汁溢出を伴う Rokitsky Aschoff sinuses の破裂とそれに続く黄色肉芽性反応によって壁内に黄褐色調の腫瘤を形成するとされている<sup>2)3)</sup>. 最近の画像診断装置の発達とくに超音波診断装置の発達により胆嚢内の隆起性病変の検出率は著しく向上してきており, 本疾患の発見される頻度も増してくると思われる. 自験例ではエコー上, 壁の著明な肥厚と内腔への不整な突出像がみとめられ, ERCP でも胆嚢内腔の陰影欠損像がとらえられており胆嚢癌が強く疑われたが, 摘出標本では壁内に限局して腫瘤が存在し, 粘膜面は正常であり, 胆嚢内腔への不整突出像は壁内の腫瘤によるものと思われた. このことから, これらの検査からは現時点では胆嚢癌との鑑別を行うのは困難と思われ, また Bluth ら<sup>5)</sup>もエコーにて高・低エコーの混在した腫瘤像として検出しているが, 鑑別は困難であるとしている. 一方宇田川

ら<sup>6)</sup>は胆嚢床部に腫瘤像をみとめ内部にギラギラしたエコー像を検出し, これを本疾患の特徴的所見としているが, 自験例では低エコー腫瘤像としてのみ検出され胆嚢癌との鑑別はできなかった. しかし, 今後の鑑別診断のために retrospective にエコー, CT を見直してみると Düber<sup>4)</sup>の報告のごとく肝との境界が不明瞭で辺縁が不整なものもあるが, 自験例の CT では壁の肥厚はあるものの壁内に低吸収帯を認めるのみで肝との境界は比較的明瞭で不整な腫瘤陰影は認められない. またエコーでも低エコー領域は限局しており, 術中エコーでみられたように粘膜面の連続性が保たれていた. よって, 今後は本症例のような胆嚢壁肥厚性病変の場合, 粘膜層, 筋層, 漿膜下組織などのそれぞれの層の連続性の有無を詳しく検査することが鑑別上重要であると思われた.

### 結 語

胆嚢癌と鑑別困難であった胆嚢壁内 xanthogranulomatous cholecystitis の 1 例を経験し, 次の結果を得た.

- 1) エコー上, ERCP 上からは現時点で胆嚢癌との鑑別は困難とおもわれた.
- 2) 今後はエコーおよび CT にて胆嚢壁の各層の連続性につき詳しく検討することが重要と思われた.

### 文 献

- 1) Takahashi K, Oka K, Hakosaki H et al: Ceroid-like histiocytic granuloma of gallbladder. *Acta Pathol Jpn* 26: 25-46, 1976
- 2) Fliegel S, Lewin KJ: Xanthogranulomatous cholecystitis. *Arch Pathol Lab Med* 106: 302-304, 1982
- 3) Goodman ZD, Ishak KG: Xanthogranulomatous cholecystitis. *Am J Surg Pathol* 5: 653-659, 1981
- 4) Düber C, Störkel S, Wagner RK et al: Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking carcinoma of the gallbladder: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 8: 1195-1198, 1984
- 5) Bluth ET, Katz MM, Merritt CRB et al: Echographic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. *J Clin Ultrasound* 7: 213-214, 1979
- 6) 宇田川晴司, 竹内和男, 渡辺五朗ほか: 黄色肉芽腫性胆嚢炎の超音波像. 日超音波医学会43回研発表会講演集, 557-558, 1983
- 7) 武藤良弘: 胆嚢疾患の臨床病理. 東京, 医学図書出版, 1985, p77-82