

## 胆嚢水腫をきたした原発性胆嚢管癌の1治験例

福島県立医科大学第2外科

鈴木 真一 六角 裕一 根本 隆 井上 典夫  
遠藤 清次 星野 正美 土屋 敦雄 阿部 力哉

### A CASE OF PRIMARY CARCINOMA OF THE CYSTIC DUCT WITH HYDROPS OF THE GALLBLADDER

Shinichi SUZUKI, Yuichi ROKKAKU, Takashi NEMOTO,  
Norio INOUE, Seiji ENDO, Masami HOSHINO,  
Atsuo TSUCHIYA and Rikiya ABE

Department of Surgery, II, Fukushima Medical College

索引用語：原発性胆嚢管癌，胆嚢水腫

#### はじめに

胆道癌のうち胆嚢管内に限局したものは比較的稀であり，原発性胆嚢管癌は1951年 Farrar<sup>1)</sup>が自験例1例を含む5例を報告して以来20数例にすぎない。われわれは今回 Farrar の診断規準を満たす原発性胆嚢管癌の1例を経験したので若干の文献の考察を加えて報告する。

#### 症 例

症例：I.S. 78歳，男性，農業。

主訴：右季肋部腫瘍。

既往歴：35歳，マラリア，49歳虫垂炎，50歳，慢性肝炎。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和58年6月右季肋部に軽度の鈍痛を感じたがそのまま放置し，その後は疼痛を認めなかった。昭和59年4月右季肋部の腫瘍に気が付き，近医にて胃透視，注腸透視，経口胆嚢造影を施行された。胃透視によって十二指腸球部の右側上方からの圧排所見を認める以外には異常所見を認めなかった。59年5月19日当院内科外来を紹介され，5月19日腹部超音波検査にて胆嚢の著しい拡張があるが，結石の存在は不明瞭であり，総胆管下部に acoustic shadow を伴わない strong echo を認めた(図1)。また，5月13日には endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) を施行し，総胆管，肝内胆管，膵管とも拡張し，三管合流

部付近に22×18mmの陰影欠損像を認めた(図2)。以上より総胆管腫瘍を疑い，6月14日手術を目的に当科入院となった。

入院時現症：身長161cm，体重50kg，血圧164/96 mmHg。貧血，黄疸，発熱は認めなかった。腹部は右季肋部に弾性軟，表面平滑，可動性良好，5×7cmの腫瘍を触知するが疼痛や圧痛を認めなかった。体重減少は3か月間で約3kg 認めたものの，食欲，便通は良好で性状も異常なかった。

入院時検査成績：血液，尿検査には異常がなかった。また，胆道系酵素を含めての生化学検査にも異常はなかった。carcinoembryonic antigen(CEA)2.1ng/ml， $\alpha$ -fetoprotein(AFP)1.8ng/dlと正常であった。肝シンチグラムでは space occupying lesion (SOL) は認めなかった。腹部CTでは拡大した胆嚢と拡張した総胆管を認め胆嚢と総胆管の間に軽度高吸収像を呈する腫瘍様の所見を認めた(図3)。

以上より術前には三管合流部付近の総胆管癌の疑いと診断した。

手術所見：59年7月10日手術を施行した。Mayo-Robsonによる皮膚切開にて開腹した。胆嚢は著明に腫脹しており，下端は回盲部付近にまで達していた(図4)。いわゆる Hydropsvesicae felleae の所見であった。胆嚢管は総胆管と並行して縦走し，三管合流部は膵内にあり，術前のERCPの所見の通りに三管合流部に硬い腫瘍を触れた。肉眼的には胆嚢管由来か総胆管由来の腫瘍か判断しがたく，胆嚢と胆嚢管および三管合流部を含めた総胆管を一塊に切除した。総胆管の十

<1988年10月12日受理> 別刷請求先：鈴木 真一  
〒960-12 福島市光が丘1 福島県立医科大学第2外科

図1 超音波断層像

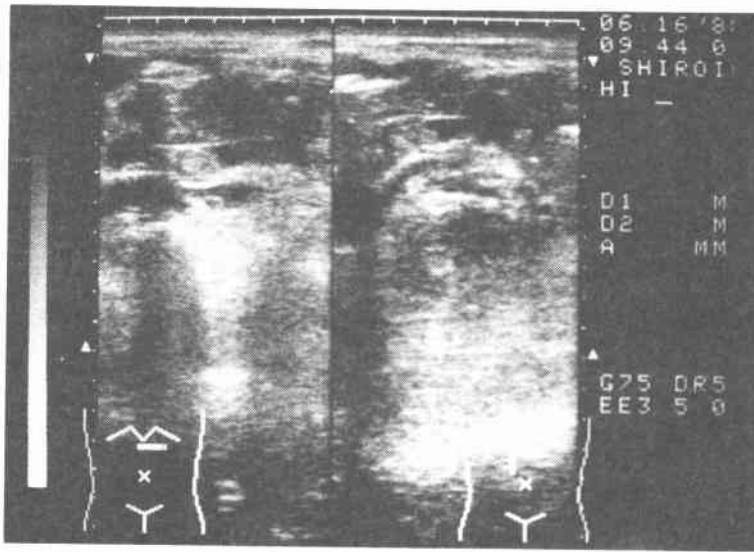


図2 ERCP像

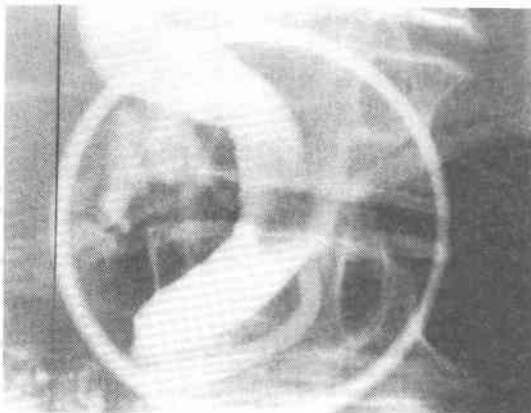
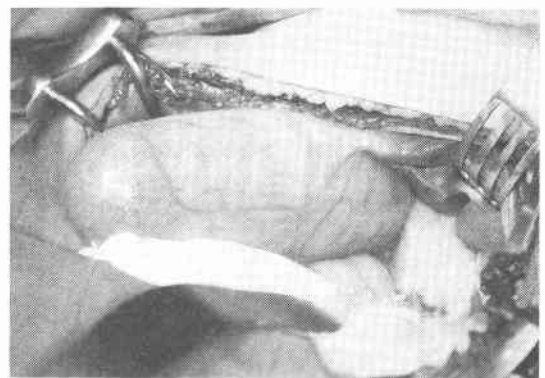


図3 CT像. 矢印: 腫瘍と思われる high density area



図4 腫大胆嚢像(術中)



二指腸側断端は臍内で縫合閉鎖し、さらに総肝管と十二指腸を端側吻合し、Winslow孔にドレーンを挿入して手術を終了した。また、12b, 12cのリンパ節<sup>2)</sup>を郭清したが、肉眼的に転移を疑われるものはなかった。

摘出標本所見：胆嚢および総胆管に割を入れると、白色透明の内溶液が多量に認められいわゆる白色胆汁であった。胆嚢粘膜は炎症による軽度の肥厚を認めるものの結石や腫瘍性病変は認めなかった。胆嚢管末端には結節性の腫瘍を認めた(図5, 6)。しかし、肉眼的にこの腫瘍は総胆管までには及んでおらず、胆嚢管末端にのみ限局していた。すなわち、術前ERCPで陰影欠損として認められた部位は総胆管ではなく胆嚢管

図5 摘出標本。↑：腫瘤(胆嚢管末端部)，↑：総胆管

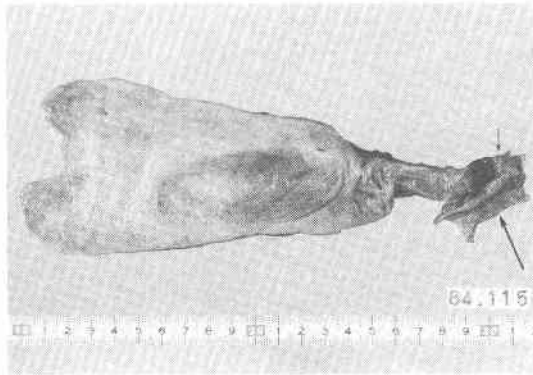
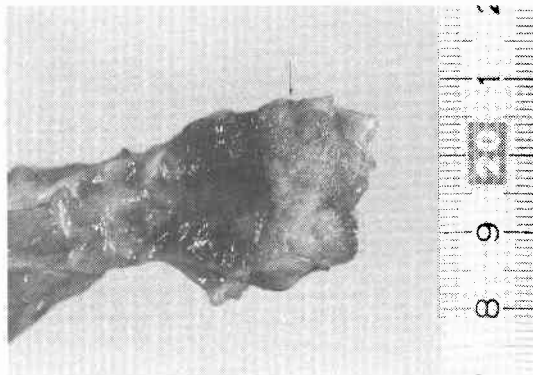


図6 摘出標本。矢印：腫瘤

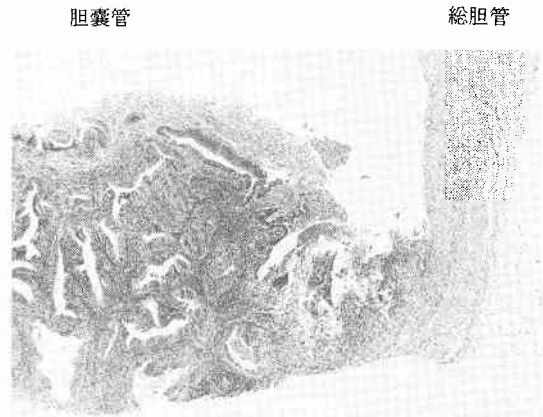


末端の腫瘤が総胆管に重なっていたためと思われた。胆道癌取り扱い規約による分類<sup>2)</sup>ではC, circ, 胆嚢は水腫型, 腫瘍さ結節型, S<sub>0</sub>, Hinf<sub>0</sub>, Ho, Binfn<sub>0</sub>, P<sub>0</sub>, N(-), M(-), St(-), BW<sub>0</sub>, HW<sub>0</sub>, EW<sub>0</sub>であった。

病理組織学的所見：胆嚢管末端の腫瘤は大小不同, 異型性に富む好塩基性細胞が乳頭状に管腔内に向かって増殖したものであり, 管壁は筋層までの浸潤であった。胆管壁の浸潤は総胆管にまでは波及しておらず総胆管には軽度の炎症細胞の浸潤が認められるのみであった(図7)。またリンパ節転移は認めなかった。以上により原発性胆嚢管癌と診断された。

術後経過：術後はPSK, FT-207内服のみの補助療法を施行した。術後の経過は順調で59年8月10日退院した。3年7か月を経た現在健康に生活しており外来にて経過観察中である。

図7 組織像



### 考 察

胆嚢管癌は1940年 Stewart ら<sup>3)</sup>が初めて報告したが, 胆嚢管原発の例はなかった<sup>4)</sup>。1951年, Farrar<sup>1)</sup>は自験の1例も含め5例の原発性胆嚢管癌を報告し, その診断規準を提唱した。1) 腫瘍は胆嚢管内に限局, 2) 胆嚢, 肝管および総胆管に腫瘍を認めない, 3) 組織学的に腫瘍細胞の存在を確認できる, の3点があげられている。Manabe ら<sup>4)</sup>はFarrarの診断規準に従った原発性胆嚢管癌症例を報告するとともに, 自験例も含め21例につき文献的考察をしている。またWaele ら<sup>5)</sup>は1984年に22例目の原発性胆嚢管癌を報告している。本邦では, 1975年に西村ら<sup>6)</sup>が初めてFarrarの規準を満足させる1例を報告して以来, この規準を満たす報告はManabeらの1例も含め11例のみである<sup>6)-8)</sup>。今回のわれわれの報告は, Farrarの規準を満たす本邦12例目の原発性胆嚢管癌となる。これは肝外胆管癌の2.6%から12.6%を占めるにすぎず<sup>4)</sup>, 胆嚢管癌が早期に発見されない限り胆嚢管に限局した所で発見されることが難しいため報告数が少ないと思われる。すなわち発見時に胆管周囲への浸潤や胆管外への浸潤があって原発部位を同定することができないものもあり, 実際にはこれ以上の数の症例が存在することが予想される。Edmondson<sup>9)</sup>は剖検例56,000例中3例に本疾患を認めたと報告している。言いかえれば, Farrarの規準を満たす胆嚢管癌は早期例が多く, 一般の胆嚢癌, 胆道癌に比べ予後が良好であると考えられる。

平均年齢は61歳<sup>4)</sup>, 59.6歳<sup>8)</sup>で性比はManabe ら<sup>4)</sup>の報告では2:1で男性に多いが, 竹下ら<sup>8)</sup>の本邦報告例の集計では1:2で女性に多かったとしている。症状としては腹痛が81%<sup>4)</sup>, 77.8%<sup>8)</sup>と最も多く, つい

で胆嚢腫大によると思われる腫瘤触知が41%<sup>4)</sup>、66.7%<sup>8)</sup>、発熱が44.8%<sup>8)</sup>に認められているが、いずれも特異的な症状とはいえない。また、本症例の様に胆嚢水腫を来した報告も認められるものの<sup>10)11)</sup>、胆嚢触知はあっても水腫様変化をきたすほどのものは少ない。閉塞性黄疸は19%<sup>4)</sup>、22.2%<sup>8)</sup>に認められ、中にはMirizzi症候群を呈すものも報告されている<sup>12)</sup>。また、術前に胆嚢管癌と診断されていたものは少なく、84%は胆摘後に偶然に発見されたものであった<sup>4)</sup>。胆石の合併は33%<sup>4)</sup>、22.2%<sup>8)</sup>といずれも肝外胆管癌(68%)に比べ少なく<sup>4)</sup>、胆石合併率が低いのが本症の特徴の1つといえる。本症例も胆石は認めなかった。組織型ではManabeら<sup>4)</sup>は21例中18例が腺癌であり、竹下ら<sup>8)</sup>の本邦例での報告では全例高分化型腺癌であり、リンパ節転移は1例も認めなかったと報告している。

治療としては胆嚢管を十分に含めた胆摘術を施行し、総胆管周囲のリンパ節郭清術をも付加するべきだという意見が一般的であり、さらに進行した例では総胆管切除をも行うべきであると言われている<sup>13)</sup>。本症例も術前術中とも三管合流部の胆管癌を疑ったため、リンパ節郭清を含めて総胆管切除を施行した。術後化学療法としては本症例のようにFT-207など経口剤程度のものである。

予後は肝外胆管癌や胆嚢癌に比べ比較的良好であり、術後平均生存期間は20.2か月<sup>4)</sup>、13.6か月<sup>8)</sup>であった。本症例も3年7か月(43か月)を経てなお健在である。これはFarrarの診断規準を満たすような胆嚢管癌は高分化型であることが多く、腫瘤を形成し、早期に胆嚢管を閉塞するため、早期に症状が発現しやすく、したがって、予後が良好であると考えられる。しかし、すべての胆嚢管癌の生物学的悪性度が特に低いというわけではないと思われる。実際、肝外胆管癌や胆嚢癌の予後は悪いものであるが、これらの中には、原原発性胆嚢管癌が進行した例が含まれていることは否定できない。原発性胆嚢管癌はFarrarの診断規準を満たすような胆嚢腫大を来す症例の原因として、常に念頭におき、これを見逃すことなく外科的に切除することが胆嚢管癌を含めた胆道癌全体の予後向上につ

ながると思われる。

#### おわりに

Farrarの規準を満たす原発性胆嚢管癌の手術を行い3年7か月を経た現在、健康に生活している症例を若干の文献的考察を加えて報告した。

#### 文 献

- 1) Farrar DAT: Carcinoma of the cystic duct. Br J Surg 39: 183-185, 1951
- 2) 日本胆道外科研究会編: 胆道癌取扱い規約, 第2版, 金原出版, 東京, 1986
- 3) Stewart HJ, Lieber MM, Morgan DR: Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Arch Surg 41: 662-713, 1940
- 4) Manabe T, Sugie T: Primary carcinoma of the cystic duct. Arch Surg 113: 1202-1204, 1978
- 5) Waele BD: Carcinoma of cystic duct leading to obstructive jaundice. Dig Dis Sci 29: 865-867, 1984
- 6) Nishimura A, Mayama S, Nakano K et al: Carcinoma of the cystic duct: Case report. Jpn J Surg 5: 109-117, 1975
- 7) Kogire M, Kitamura O, Yamada T et al: Carcinoma of the cystic duct: A case report. Arch Jpn Chir 54: 508-513, 1985
- 8) 竹下裕隆, 佐藤 裕, 岸川英樹ほか: 原発性胆嚢管癌の1例ならびに本邦報告例の検討, 消外 10: 1609-1612, 1987
- 9) Edmondson HA: Tumors of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. Atlas of tumor pathology, Armed forces institute of pathology, Washington, 1967, p96-97
- 10) Pack G, Teng PK: Carcinoma of cystic duct leading to hydros of gallbladder. JAMA 203: 175-176, 1968
- 11) Rabinovitch J, Arlen M, Grayzel D et al: Primary carcinoma of the cystic duct: Report of two cases. Am Arch Surg 80: 425-433, 1960
- 12) Walker JM, Kanzer BF: Carcinoma of the cystic duct mimicking the mirizzi syndrome. Am J Gastroenterol 77: 936-938, 1982
- 13) Vaittinen E: Carcinoma of the cystic duct. Ann Chir Gynaecol Fenn 61: 190-194, 1972