

総肝管縫合糸結石の1例

東京医科歯科大学第1外科

安野 正道 五関 謹秀 斉藤 直也 遠藤 光夫

A CASE REPORT OF COMMON HEPATIC DUCT STONE DUE TO A NON-ABSORBABLE SUTURE MATERIAL

Masamichi YASUNO, Narihide GOSEKI, Naoya SAITO
and Mitsuo ENDO

First Department of Surgery, Tokyo Medical and Dental University

索引用語: 縫合糸結石

はじめに

胆摘術や総胆管切開術後に非吸収糸を核とした結石が再発する症例がまれに報告されている。今回われわれは、術前腫瘍性病変との鑑別に窮した縫合糸結石の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 61歳, 男性。

家族歴: 父, 肝臓癌。母, 胃癌。

既往歴: 昭和60年, 結腸ポリープにてポリベクトミー。

昭和60年, 胃潰瘍(内科的治療)。

現病歴: 昭和60年11月5日, 他院にて胆石症の診断で胆摘術施行。術後第10病日に胆汁性腹膜炎を併発し, 総胆管切開, Tチューブ留置, ドレナージ術を施行した。術後Tチューブ造影にて, 結石が認められ内視鏡的乳頭切開術を付加し, 軽快退院した。

昭和62年8月23日, 発熱を伴う心窩部痛出現し, 当科入院となった。

入院時現症: 身長172cm, 体重63kg, 体温36.2℃。

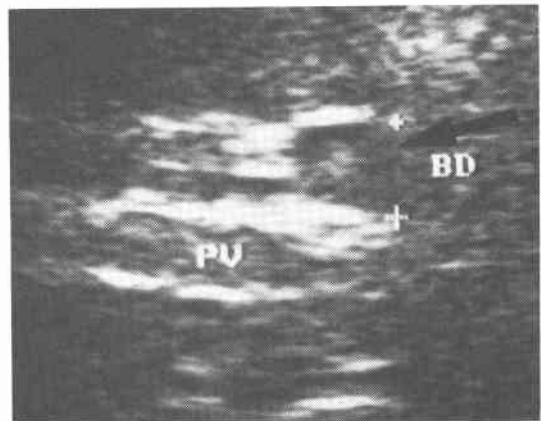
眼瞼結膜に貧血, 眼球結膜に黄疸, 表在リンパ節腫脹などの異常所見は認められなかった。また腹部は平坦で軟, 心窩部に圧痛が認められたが, 腫瘤, 肝, 脾は触知しなかった。

入院時検査成績は表1に示してあるが, T. Bil, D. Bil, GOT, GPT, γ -GTP, LDHの軽度上昇をみとめ, C-reactive protein (CRP)は6+であった。なお, carcinoembryonic antigen (CEA), carbohydrate

表1 入院時検査データ

WBC	6700 /mm ³	T. P	6.4 g/dl
RBC	474 万/mm ³	ALB	4.1 g/dl
Hb	14.2 g/dl	T. Bil	1.6 mg/dl
Ht	42.4 %	D. Bil	0.3 mg/dl
Plt	18.7 万/mm ³	GOT	41 U/l
ESR	24 mm/hr	GPT	66 U/l
		γ -GTP	73 U/l
CEA	0.5 ng/ml	LDH	226 U/l
CA 19-9	17 U/ml	AMY	36 IU/l
		CRP	6+

図1 超音波断層像, 胆管内に径6mmの軽度に hyperechoic な腫瘤陰影を認める(矢印)



PV: portal vein, BD: bile duct

antigen 19-9 (CA19-9) などの腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部超音波所見: 胆管内に径6mmの軽度に hyperechoic な腫瘤陰影を認めたが, acoustic shadow は認められなかった(図1)。Drip infusion cholangiography-computed tomography (DIC-

<1989年7月10日受理>別刷請求先: 安野 正道
〒113 文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学第1外科

図2 DIC-CT像, 胆管内に径5mmの辺縁不整な陰影欠損像を認める(矢印)

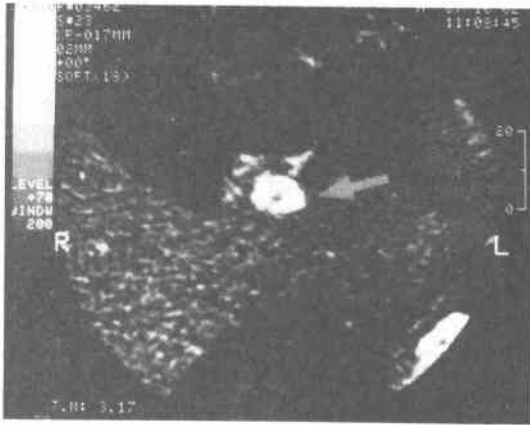


図3 ERCP像, 胆管内に径7mmの境界明瞭な辺縁不整の陰影欠損像を認める。(矢印)



CT: 胆管内に径5mmの辺縁不整な欠損像を認めた(図2).

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) 所見: 胆管内に径7mmの境界明瞭な辺縁不整の陰影欠損像が認められたが, 体動によっても可動性は認められなかった。胆管には, 壁の不整や拡張像は認めなかった(図3).

血管造影: 異常所見なし。

その他, 消化管造影にて十二指腸傍乳頭部と上行結腸に憩室を認めた。

以上より中部胆管の悪性腫瘍の疑いにて昭和62年10月9日開腹術を施行した。

手術所見: 胆道は周囲組織と一体になっており, 癌の肝十二指腸間膜への浸潤によるものか, 前回手術による瘢痕組織かの鑑別がつかず, また胆道の周囲組織からの剥離も困難なため, とりあえず悪性を前提に臍上縁で胆管を切離した。胆管に肝門部に向けて切開を

図4 術中所見, 胆管に切開を加え胆管内腔を明らかにした。径5mmまでの数個の黒色のビリルビン系結石が内腔に露出した縫合糸に付着していた。一部の結石は吸引されて内腔に残っていない。

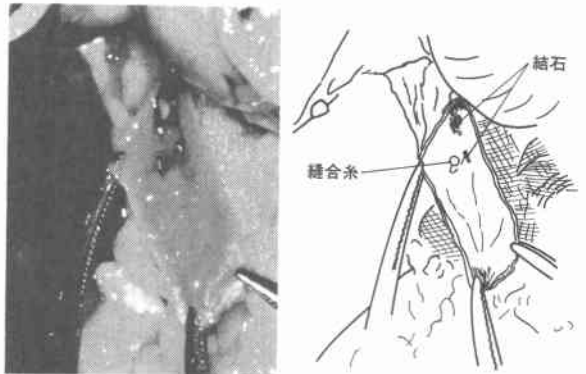
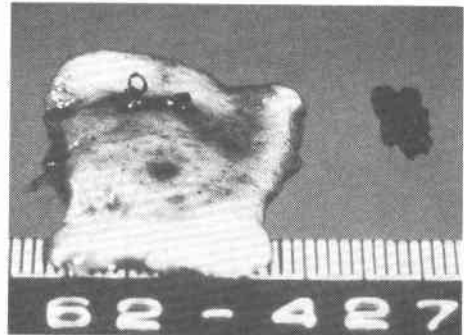


図5 摘出標本, 遺残縫合糸が内腔に輪状に突出しているのが認められる。結石は黒褐色無構造のビリルビンカルシウム結石であった。



加えたところ、切開部後壁に縫合糸が内腔に輪状に遺残露出しており、その縫合糸を中心に径5mmまでの数個の脆い結石の形成を認め(図4)、総肝管縫合糸結石の診断にて、総胆管切除、総肝管空腸 Roux-en-Y 吻合を施行した。なお、前回手術記録によれば、総胆管をポリエステル系非吸収糸により閉鎖していた。切除標本の粘膜面には、悪性腫瘍を疑わせるような変化はなく、結石は黒褐色無構造のビリルビンカルシウム結石であった(図5)。病理組織学的には、胆管壁は肥厚し、慢性炎症の存在が示唆された。

術後の経過良好で、術後第23病日退院となった。

考 察

胆摘術後の腹痛や黄疸の原因の多くは胆管結石の遺残あるいは再発である¹⁾。胆摘術後や総胆管切開後に胆嚢管断端や総胆管などの縫合閉鎖に用いた絹糸を核とした縫合糸結石がまれに報告されている。われわれの検索した範囲では、本邦13例、外国文献例36例の報告をみるのみであるが²⁾、最近 Whiting らが、総胆管結石の化学分析結果を報告しており、胆摘術後に総胆管結石を認められた40例中12例(30%)が絹糸を核とした縫合糸結石であったと報告している³⁾。これらの症例では、結石の剖面中に縫合糸が発見されるか、結石から縫合糸が突出していることにより縫合糸結石と診断される。原因となる縫合糸としては、絹糸が圧倒的に多いが、その他の非吸収糸が原因となった症例の報告もある。発生部位では、胆嚢管断端結核糸が原因と考えられる例が多い⁴⁾。

成因としては、縫合糸が胆管壁内に迷入、内腔に露出しその部位で胆汁がうっ滞し、胆道感染が生じると内腔に露出した縫合糸にビリルビンおよびカルシウムが凝着して形成されると考えられており、ビリルビン

カルシウム結石が多い⁴⁾。1969年 Sigler ら⁵⁾は胆嚢管断端を結紮した絹糸を核とした縫合糸結石を報告しているが、局所感染により胆管壁にびらんがおこり絹糸が総胆管内に脱落したと推論している。

自験例では、総肝管内腔に露出した縫合糸に胆泥状の小結石が数個付着していたために、ERCP 上認められた陰影欠損像が可動性に乏しかったことから、腫瘍性病変を第一に疑い、造影上像の辺縁が不整であったため悪性腫瘍も否定できなかった。

縫合糸結石を予防するには、胆道手術に際し胆嚢管断端さらには総胆管の縫合閉鎖には非吸収糸を用いるべきと考える。

ま と め

縫合糸結石の報告はまれである。今回われわれは、画像診断上、腫瘍性病変との鑑別が困難な縫合糸結石の1例を経験したので報告した。縫合糸結石を予防するためには胆道手術に際して、胆嚢管断端および総胆管などの縫合閉鎖には、非吸収糸を用いるべきであると考える。

文 献

- 1) 松代 隆, 長島英幸, 林 仁守: 胆石症手術後愁訴. 外科治療 50: 571-576, 1984
- 2) 香月武人, 谷川 尚, 佐藤新五郎ほか: 絹糸を核としたコレステロール系胆管結石の2例. 日消病会誌 83: 2626-2629, 1986
- 3) Whiting MJ, Watts MJ: Chemical composition of bile duct stones. Br J Surg 73: 229-232, 1986
- 4) 奥山和明, 高橋敏信, 永田松夫: 胆摘後形成せる総胆管絹糸結石の検討. 胆と脾 2: 569-575, 1981
- 5) Sigler L, Sahler CO: Silk: The nidus of a common bile duct calculus. Surgery 65: 276-279, 1969