

胆嚢管癌早期例の1例

町立田沢湖病院外科

李 力 行

秋田大学第1外科

田 中 淳 一 小 山 研 二

きわめてまれな発育形式を示した胆嚢管癌早期例1例を経験した。症例は74歳、女性。術前腹部超音波検査、内視鏡的逆行性胆管造影で肝外胆管の拡張と胆管内の腫瘍像として描出され術前上中部胆管癌と診断した。胆嚢摘出、所属リンパ節の郭清を伴う胆管切除術を施行した。切除標本の検索から腫瘍は26×7mm大、胆嚢管を発生母地として乳頭型に発育し、腫瘍は3管合流部を通過し胆管腔内に脱出、存在し胆管壁への直接浸潤は認めなかった。組織所見上、乳頭腺癌であり、深達度は線維筋層(fm)までの胆嚢管癌早期例であった。これまでの報告例をみても胆嚢管癌で胆管内にこのような発育形式を示したものは本例だけでありきわめてめづらしい症例と考えられた。

Key word: early carcinoma of the cystic duct

はじめに

私どもは、手術診断が上・中部胆管癌であったが、切除標本の検索から胆嚢管癌の早期例と判明した1例を経験したので報告する。

症 例

患者：74歳、女性。

主訴：上腹部痛。

家族歴に特記事項なし。糖尿病、高血圧症の既往を有する。

現病歴：昭和62年9月25日に上腹部痛が生じ、以来痛みが継続して3日後に当院内科を受診。腹部超音波検査で拡張した肝外胆管に腫瘍エコーを指摘、肝機能認め、10月2日入院した。

入院時現症：身長154cm、体重53.5kg、皮膚・眼球結膜に黄疸を認めない。腹部に腫瘤は触知せず、右季肋部に圧痛を認めた。

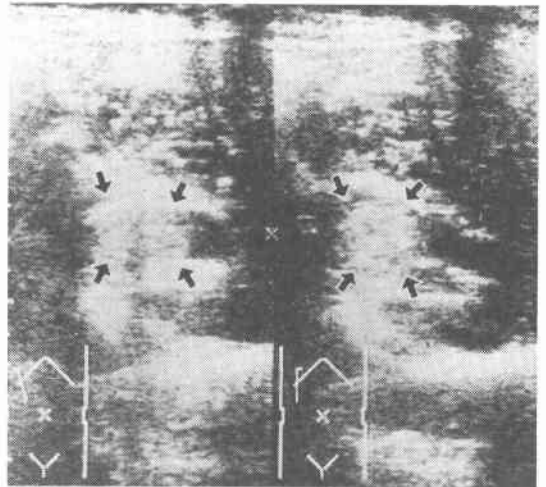
入院時検査成績：Carbohydrate antigen 19-9の軽度上昇(42.8U/ml)、GOT、GPTの中等度上昇(各137U/ml、232U/ml)を認めたが、入院後14日目には正常値に復し以後再上昇は認めなかった。

腹部超音波検査：胆嚢内には多数の点状エコーと拡張した肝外胆管に腫瘍エコーを認めた(Fig. 1)。

Endoscopic retrograde cholangiography (以下

<1991年1月16日受理>別刷請求先：李 力行
〒010 秋田市南通みその町3-15 明和会中通病院
外科

Fig. 1 Ultrasonography: Tumor (arrow) is seen in the dilatated extrahepatic bile duct.



ERC) 所見：拡張した肝外胆管腔内に表面不整な腫瘍を示す陰影欠損像を認めた(Fig. 2)。以上より上・中部胆管癌と診断され、11月28日手術を施行した。

手術所見：右肋骨弓下切開にて開腹した。腫瘍は3管合流部を中心に総肝管と総胆管とに示指頭大の限局性腫瘍として触知した。胆嚢摘出、NO. 8, 12a, 12b, 12c, 13a リンパ節郭清を伴う膈上縁から左右肝管までの胆管切除術を施行し、肝門部空腸吻合兼空腸空腸吻合(Roux-en-Y)により再建した。これは胆道癌取

Fig. 2 ERC: Irregular filling defect is seen in the common bile duct.

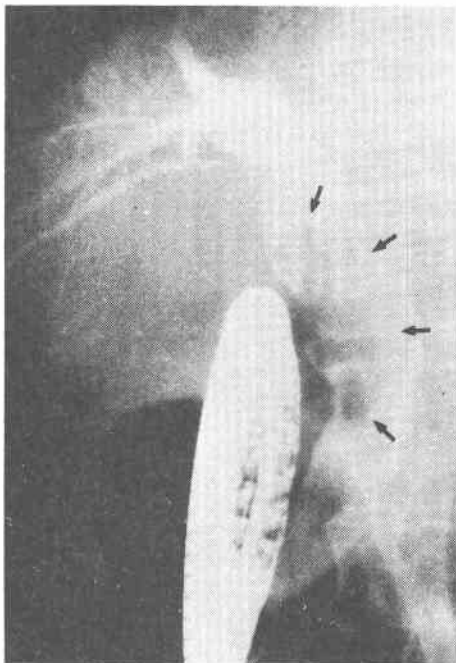


Fig. 3 Resected specimen: Tumor is arising from the cystic duct (arrow).

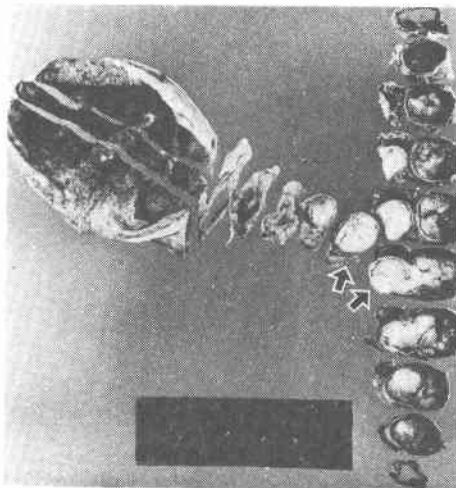
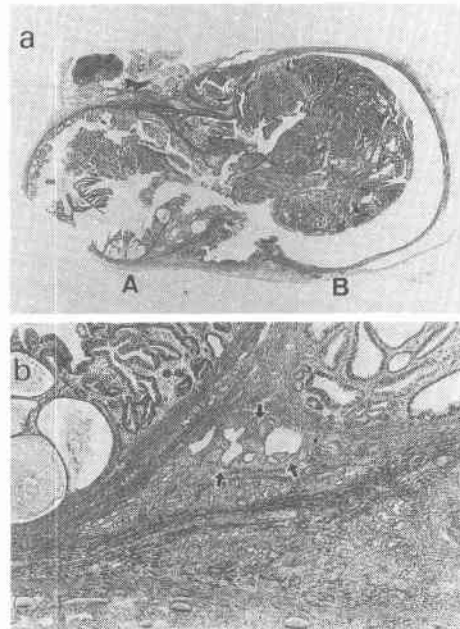


Fig. 4 a: Cross section of cystic duct (A) and bile duct (B). Tumor with papillary adenocarcinoma is arising from cystic duct wall and growing into bile duct through the bifurcation. HE×4. b: Invasion was almost limited to the mucosa of the cystic duct. Partially invasion was observed in the fibromuscular layer (arrow). HE×40.



胆嚢管内腔をほぼ閉塞。腫瘍の頭部の一部は3管合流部を通過し総肝管、総胆管腔内まで達していた。胆管壁への直接浸潤はみられない。大きさは26×7mmであった。胆嚢内には褐色泥状の胆汁が存在し、結石は認めない (Fig. 3)。

病理組織学的所見：腫瘍は組織学的に胆嚢管より発生した乳頭腺癌 (pap) であった。胆管壁への浸潤は3管合流部で一部認めるだけで、総肝管、総胆管壁は正常粘膜で覆われていた (Fig. 4a)。深達度は全周ほぼ粘膜 (m) までであったが、一部3管合流部近くで繊維筋層 (fm) 内に達していた (Fig. 4b)。脈管侵襲、神経周囲浸潤はなく、占居部位はCJ、胆管断端はbw (h) 〇、bw (d) 〇。進展度はfm, hin₀, bin₀, vs₀, n_{1,2} (-), H₀P₀ stage Iで胆嚢管癌の早期例であった。

考 察

胆嚢管は解剖学上胆嚢の一部を構成することから、その解剖学的区分に従って胆嚢管癌は胆道癌取扱い規約¹⁾上では胆嚢癌のなかに含まれている。

扱い規約により、P₀H₀V₀S₀N₂(-), M(-), St(-), Hin₀Gin₀Panc₀D₀BsmC 乳頭型 Stage I HW (-), DW (-), EW (-)と判定された。

切除標本：標本は切除された胆管の長軸に直角に切り出した。腫瘍は胆嚢管を基部として乳頭型に発育し、

しかしながらその進展様式を見ると、胆嚢管癌は隣接部位へ浸潤しやすく、また壁が組織学的に胆管壁に近いことから、胆嚢癌とは異なる特徴をもった疾患と考えられる。

進行例では胆嚢癌、胆管癌と判別がつけにくく原発部位の推定に困難な場合が少なくない。Farrar²⁾は厳

密な規準を設け、胆嚢管癌を以下のごとく定義した。すなわち、1) 腫瘍の発育が胆嚢管に限局している。2) 胆嚢および総胆管、総肝管のいずれも腫瘍が進展していない。3) 組織学的に腫瘍細胞が証明されていることなどである。しかし、この規準に合致する症例は少なく、和田ら³⁾は隣接部位にわずかな癌進展を伴って

Table 1 Feature of the cystic duct cancer reported in Japan

case	Age/Sex	Macro	Size (mm)	Histology	Invasion	Operation	Prognosis
Aoki (1964)	72/M	Nod,Inf		tub		Cholecystectomy Resection of bile duct	
Nishimura (1975)	52/M	Inf		pap,tub	ss	Cholecystectomy) First T tube drainage Irradiation(Second)	12m, alive
Yamawaki (1977)	58/F	Pap		pap	ss	Cholecystectomy Partial resection of bile duct wall	
Ougiya (1978)	63/M	Pap	16×3	pap	fm	Cholecystectomy Resection of bile duct # 8,12,13a dissection	29m, alive
Manabe (1978)	55/F	Nod	5	tub	fm	Cholecystectomy #12 dissection	30m, alive
Inutsuka (1982)	62/M	Nod	7	tub 1	ss	Extended cholecystectomy #12 dissection	7 m, alive
Imaizumi (1982)	52/F	Nod	10×9	tub 1	ss	Cholecystectomy Resection of bile duct	11d, dead (heart failure)
Shirakura (1983)	70/F	Nod,Inf	35×30×20	tub,muc	se	T tube drainage(First) Cholecystectomy Resection of bile duct #12 dissection) Second	9 m, alive
Horimi (1983)	47/F	Pap	14×10	pap	ss	Cholecystectomy(First) Resection of liver bed and bile duct # 5, 8, 12 dissection) Second	12m, alive
Wada (1984)	61/F	Pap	25×20×20	pap	fm	Cholecystectomy Partial resection of bile duct wall # 8,12,13a dissection	25m, alive
Konishi (1984)	51/F	Nod	8×3	pap	ss	Cholecystectomy	22m, alive
Kogire (1985)	70/M	Nod	18×13×6	tub 2	ss	Cholecystectomy Resection of bile duct Lymph node dissection	12m, alive
Yamamoto (1986)	70/M	Nod	40×15	pap		Extended cholecystectomy Resection of bile duct # 8,12 dissection	18m, alive
Yokomizo (1987)	37/M	Nod	7×6	tub	ss	Cholecystectomy Resection of bile duct # 8,12,13a dissection	5 y, dead (recurrence)
Kurokawa (1988)	59/F	Inf		tub 2	si	Cholecystectomy) First Hepaticojejunostomy Longmire's operation(Second)	7 m, alive
Author	74/F	Pap	26×7	pap	fm	Cholecystectomy Resection of bile duct # 8,12a, 12b, 12c, 13a dissection	24m, alive

ても、癌の発生源が胆嚢管にあれば胆嚢管癌として取り扱うのが妥当であると述べている。本例では腫瘍は胆嚢管内に限局せず一部が3管合流部を通過して胆管腔内に脱出、発育してはいるが組織所見上、癌の発生源と基部は胆嚢管にあることは明らかで、胆嚢管癌として取り扱うのが妥当と考えた。しかし、これまでの報告例²⁾⁻⁴⁾をみても胆嚢管癌で胆管内にこのような発育形式を示したものは本例だけであり、きわめてめずらしい症例と考えられた。

胆嚢管癌の発生頻度はManabeら⁵⁾によると、全肝外胆道癌の2.6~12.6%であるが、胆道癌長期生存例の本邦全国集計⁶⁾では胆道癌2,040例中原発部位が胆嚢管であったものが61例(2.99%)と報告されている。

これらのうち、報告されているものは、1064年青木らの報告以来、自験例を含めて16例である³⁾⁻⁵⁾⁷⁾⁻¹⁸⁾(Table 1)。

これらによると、性別では男女ほぼ同数であり、年齢的には37~74歳で平均約60歳であった。自覚症状には、腹痛、腹部腫瘍(胆嚢)の触知、黄疸などがあり、おのおの発現頻度は63%(10/16)、50%(8/16)、38%(6/16)であった。胆嚢頸部結石嵌頓と同様に急性胆嚢炎、胆嚢水腫をきたす例や、Mirrizi症候群に酷似した例¹²⁾¹³⁾が少なからずあり、この疾患の発生部位の特徴を示している。またDe Waele¹⁹⁾は他の胆道癌よりも、症状の発現が早く、癌の早期に発見される傾向のあることを指摘している。

16例の肉眼的形態、腫瘍の大きさ、組織像、深達度の関連についてみると、結節型が7例、乳頭型が5例、浸潤型が2例、結節浸潤型が2例あり、腫瘍の最大径は5~40mm、平均17mmであった。組織学的にはすべて腺癌で、うち管状腺癌が7例、乳頭腺癌が7例、乳頭腺癌と管状腺癌の混在が1例、管状腺癌と粘液癌の混在が1例であった。深達度ではfmまでの早期例とされるものが自験例を含め4例あったが、その肉眼型は3例が乳頭型、1例が結節型あり。組織型では3例が乳頭腺癌、1例が管状腺癌であった。これらの所見は胆嚢管癌早期例の特徴とされるものである。

本症の診断は従来は胆嚢結石または胆管結石として手術を施行され、手術時もしくは術後に診断されることが多かった。しかし最近では胆嚢穿刺造影により術前に診断される例¹¹⁾¹⁷⁾もみられている。すなわち、腹部超音波検査で胆嚢内、胆嚢管内に結石が証明されず、かつERC、Drip infusion cholangiographyにより胆嚢が造影されない場合、超音波誘導下に胆嚢の穿刺造

影を行い胆嚢管壁の不整像を証明することにより術前診断が可能になってきている。

本例では、腫瘍が特殊な型で胆管内に脱出していたためERC、腹部超音波検査で胆管内の腫瘍として描出されたことから3管合流部を中心とした胆嚢管癌を疑わざるをえなかった。治療は胆嚢癌と中部胆嚢管癌の合併例に準じる手術、すなわち胆嚢床を含めた肝切除(1/2S₄, S₅)、胆管切除および膵頭十二指腸切除が基本術式と考えられる。また癌腫が胆嚢管内に限局した早期例では胆嚢床部肝を含めた胆嚢摘出術とリンパ節郭清のみでよい場合もありうる。しかし多くの場合は膵頭十二指腸切除をしないまでも少なくとも、胆管切除は必要と考える。

報告された16例の集計では、胆嚢、胆管切除、所属リンパ節郭清例が7例と最も多い。

これらの報告例の予後は自験例を含めて14例が明らかで報告の時点では12例が生在中である。このうち9例が1年以上生存中、さらにそのうち4例は2年以上生存中である。また、死亡した2例も、うち1例は5年後に再発死しているなど予後は比較的良好と思われる。

本例では胆嚢、胆管切除、No. 8, 12a, 12b, 12c, 13aリンパ節郭清を行ったが、癌腫は胆嚢、胆管内に限局し隣接臓器に浸潤を認めず、リンパ節転移も認めない早期例であったので、この術式で十分な根治性がえられたと考えている。

文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編：外科・病理・胆道癌取扱い規約。金原出版、東京、1986
- 2) Farrar DAT: Carcinoma of the cystic duct. Br J Surg 39: 183-185, 1951
- 3) 和田祥之、黒田 慧、森岡恭彦ほか：胆嚢癌—胆嚢管癌—。外科治療 50: 375-378, 1984
- 4) 西村 明、中野喜久男、間山素行：胆嚢管癌の1例とその文献的考察。日消病会誌 72: 1095-1102, 1975
- 5) Manabe T, Sugie T: Primary carcinoma of the cystic duct. Arch Surg 113: 1202-1204, 1978
- 6) 斉藤洋一、大柳治正、藤原英利ほか：胆道癌長期生存例の全国集計。胆と膵 8: 1249-1314, 1987
- 7) 青木紀道、中村哲朗：胆嚢管癌の根治手術治験例。青森県中病医誌 9: 16-18, 1964
- 8) 山脇武敏、鈴木 聡、世古口務ほか：胆嚢管癌の1手術例。外科 39: 948-950, 1977
- 9) 扇谷一郎、小出 真、小沢国雄ほか：胆嚢管癌の1症例。外科症例 2: 421-426, 1978
- 10) 犬塚 勉、村上栄一郎：胆のう管がんの1例。大阪

- 回生病臨集報 141: 47-51, 1982
- 11) 今泉正之, 山本義樹, 梶川 学ほか: 術前に診断しえた原発性胆嚢管癌の1例. 胆と膵 3: 109-114, 1982
- 12) 白倉外茂夫, 矢嶋 嶺, 岸田敏博ほか: いわゆるMirrizi症候群を呈した胆嚢管癌の1例. 臨外 38: 283-287, 1983
- 13) 堀見忠司, 西原幸一, 高倉範尚ほか: 原発性胆嚢管癌の1治験例. 肝・胆・膵 7: 645-648, 1983
- 14) 小西隆蔵, 勝見正治, 平畑欣一ほか: 原発性胆嚢管癌の1例. 和歌山医 35: 445-450, 1984
- 15) 小切匡史, 北村 脩, 山田紀彦ほか: 胆嚢管癌の1例. 日外宝 54: 508-513, 1985
- 16) 山本克彦, 佐藤三郎, 八木正躬ほか: 黄疸を呈した原発性胆嚢管癌の1手術例. 胆と膵 7: 1179-1184, 1986
- 17) 横溝清司, 中山和道, 西村祥三ほか: 原発性胆嚢管癌の1治験例. 胃と腸 22: 571-575, 1987
- 18) 黒川智子, 松本 純, 塩谷 晃ほか: 胆嚢管癌を合併したMirrizi症候群の1例. 胆と膵 9: 947-952, 1988
- 19) De Waele B, Beurang J, Smekens L et al: Carcinoma of cystic duct leading to obstructive jaundice. Dig Dis Science 9: 865-867, 1984

A Case of Early Carcinoma of the Cystic Duct

Rikkoh Lee, Junichi Tanaka* and Kenji Koyama*

Department of Surgery, Tazawako Town Hospital

*First Department of Surgery, Akita University School of Medicine

We report a case of carcinoma of the cystic duct which showed a very rare tumor growth. The patient is a 74-year-old female, who complained of upper abdominal pain. There was no jaundice, no palpable mass in the right upper quadrant. Ultrasonography showed a tumor mass in the dilated extrahepatic bile duct. Endoscopic retrograde cholangiography showed a filling defect in the common hepatic and the common bile ducts. Cholecystectomy and resection of the bile duct was performed with cleaning of the regional lymphnodes under the preoperative diagnosis of carcinoma of the bile duct. The tumor arose from the cystic duct and showed papillary growth into the common bile duct intraluminally through the bifurcation and the size was 26 × 7 mm. Histologically it was a papillary adenocarcinoma. Cancer invasion was limited to the fibromuscular layer and the tumor was recognized as an early carcinoma of the cystic duct. Sixteen cases of carcinoma of the cystic duct reported in the literature were discussed.

Reprint requests: Rikkoh Lee Department of Surgery, Meiwakai Nakadohri Hospital
3-15 Misono-machi, Minamidohri, Akita, 010 JAPAN