

術前の穿刺吸引細胞診で確定診断しえた早期胆嚢癌の1例

鳥取大学医学部第1外科, 益田赤十字病院外科*

広岡 保明 浜副 隆一 狩野 卓夫*

日野原 徹* 山代 昇*

術前の穿刺吸引細胞診で腺癌と診断され, 根治手術が施行された早期胆嚢癌の1例を報告した。症例は49歳, 女性。糖尿病の治療目的で入院中, 超音波検査にて胆嚢内に約18mm大の隆起性病変が認められたため, 超音波誘導下穿刺吸引細胞診を施行したところ, 腺癌の診断が得られた。Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP)では総胆管拡張のみられない膵管胆管合流異常症が認められた。手術は胆嚢摘出術に肝床切除および所属リンパ節郭清が施行された。腫瘍は組織学的に粘膜内に限局した乳頭腺癌で, リンパ節転移は認められなかった。

Key words: early cancer of the gallbladder, ultrasonography-guided aspiration cytology, anomalous junction of the pancreaticobiliary duct

はじめに

胆嚢癌は発見時すでに進行した癌であることが多く, 治療成績はきわめて悪いのが現状である。そのため胆嚢癌の早期診断, 早期治療の重要性がいわれているが, 早期に確定診断を下すのは困難なことが多い。一方, 胆管に拡張の見られない膵胆管合流異常症例では高率に胆嚢癌が併存していることが報告されている¹⁾。われわれは, 術前の超音波誘導下穿刺吸引細胞診 (ultrasonography-guided aspiration biopsy cytology: US-ABC)にて確定診断した膵管胆管合流異常を伴う早期胆嚢癌症例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例: 49歳, 女性。

主訴: なし。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 10か月前より糖尿病にて食事療法施行。

現病歴: 昭和63年11月上旬, 糖尿病の治療目的で益田赤十字病院内科入院。超音波検査にて偶然に胆嚢隆起性病変がみつき, 外科に転科した。

入院時現症: 体格中等度, 栄養良。結膜に貧血, 黄疸なし。胸腹部理学的所見に異常を認めず。表在リンパ節も触知せず。

入院時検査所見: 空腹時血糖値が145mg/dlと高値

を示す以外, 血液一般検査ならびに生化学検査, 血中腫瘍マーカー測定値 (carcinoembryonic antigen, carbohydrate antigen 19-9, フェリチン, エラスターゼ I) では異常を認めなかった。

腹部超音波検査 (ultrasonography: US) 所見: 胆

Fig. 1 Ultrasonographic appearance shows a polypoid lesion in the gallbladder.



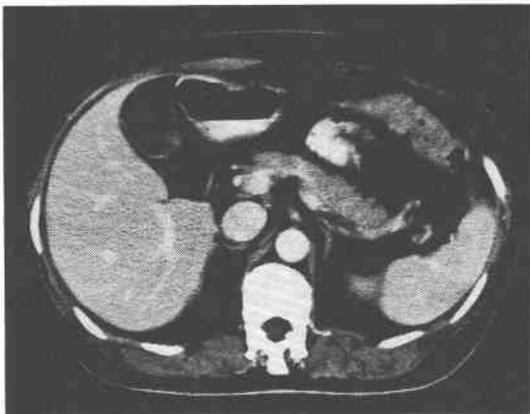
<1991年12月10日受理> 別刷請求先: 広岡 保明

〒683 米子市西町36 鳥取大学医学部第1外科

Fig. 2 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography demonstrates a shadow defect of thumb size in the gallbladder and an anomalous junction of the pancreaticobiliary duct.



Fig. 3 Computed tomography shows a polypoid lesion in the gallbladder.



嚢体部に約18×17mm大で、一部分葉状に見える隆起性病変を認めた (**Fig. 1**).

内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) 所見: 十二指腸乳頭部より膵管胆管合流部までの距離は約25mmであった。胆嚢内には辺縁が比較的平滑な15mm大の透亮像を認めた (**Fig. 2**).

腹部コンピュータ断層撮影 (computed tomography: CT) 所見: 胆嚢体部に辺縁は比較的平滑で、内

Fig. 4 A cell cluster with nuclei of various sizes and abundant chromatin substances, obtained by ultrasonography-guided aspiration, appears adenocarcinoma. (a): Pap. stain ×400, (b): Pap. stain ×330.

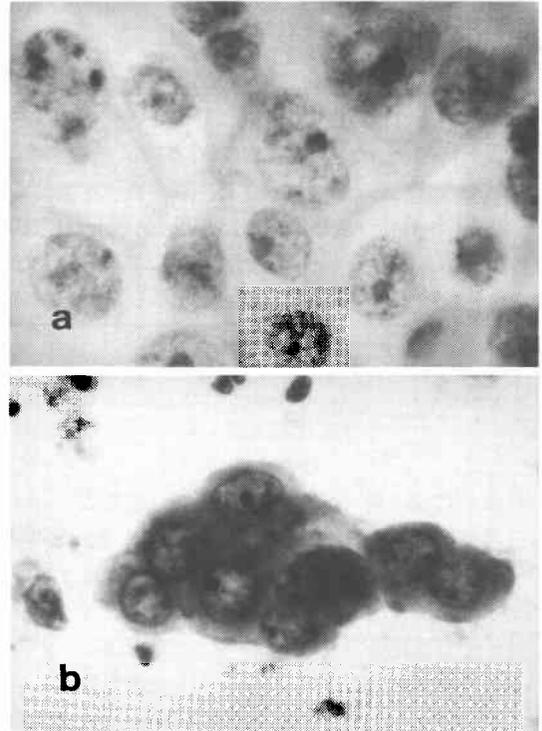
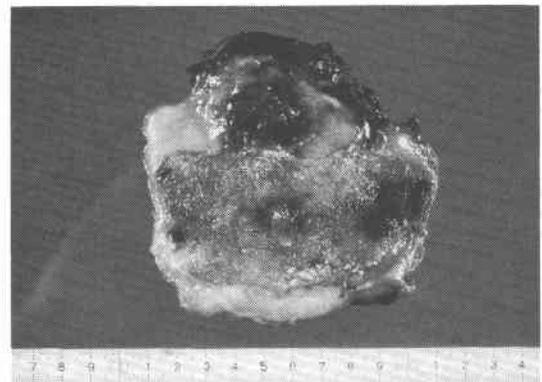


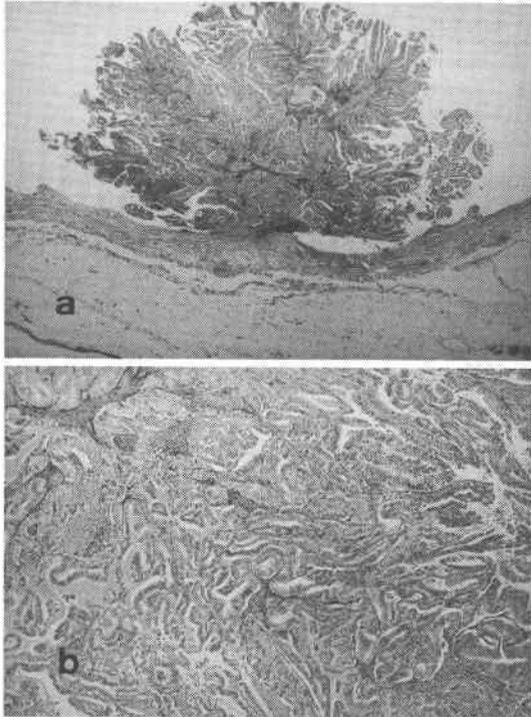
Fig. 5 Gross appearance of resected specimen. Tumor is recognized, 11×9×8mm in size, at the body of the gallbladder.



腔に突出する隆起性病変を認めた (**Fig. 3**).

穿刺吸引細胞診所見: 胆嚢隆起性病変のUS-ABCでは、少数の好中球を背景にシート状あるいは敷石状

Fig. 6 Histopathologically, the lesion is diagnosed as papillary adenocarcinoma localized within the mucosal layer. (a): H.E. stain $\times 20$, (b): H.E. stain $\times 200$.



配列を示す異型細胞集団を認めた。これらの腫瘍細胞には、比較的豊富な細胞質の中に核の大小不同や核クロマチンの粗造化、核縁の肥厚などの所見を認め、高分化型の腺癌と診断した (Fig. 4a, b)。

手術所見および切除標本の肉眼所見：術中の触診にて腫瘍は胆嚢の腹腔遊離側にあったため、胆嚢摘出術に肝床切除および所属リンパ節郭清 (R₂) を合わせ施行した。腫瘍は胆嚢体部の腹腔側に存在し、11×9×8 mm の乳頭状を呈していた (Fig. 5)。漿膜浸潤や他臓器への転移は認めず、肉眼的進行度は胆道癌取扱い規約²⁾に準じて N₀, S₀, P₀, H₀, Hin₀, Bin₀, Stage I と判定した。

病理組織学的所見：粘膜内に局限した乳頭腺癌であった。リンパ節転移は認めなかった (Fig. 6a, b)。

考 察

胆嚢癌は時に無症状のまま経過したり、胆石症としてそのまま経過観察されたりすることがあるため、発見時にはすでに進行した癌であることが多い。胆嚢癌の治療成績向上のためには早期診断、早期治療が必要

なことは言うまでもない。術前診断が可能であった早期胆嚢癌の報告例は本邦でも散見される^{3,4)}が、それらによるといずれも US でスクリーニングされた後に CT や ERCP などの諸検査で診断されている。しかしながら腫瘍が小さい場合、諸検査を行っても的確な診断を下すのは困難であるため⁵⁾、US-ABC⁶⁾や経皮経肝胆嚢内視鏡 (percutaneous transhepatic cholecystoscopy: PTCCS) による組織診⁵⁾で早期胆嚢癌の質的診断が試みられている。われわれも、US で腫瘍を確認した後に US-ABC を施行し、腺癌の診断を得ることができた。

超音波誘導下穿刺は Holm ら⁷⁾、Goldberg ら⁸⁾による穿刺用探触子の開発以来、広く臨床に応用されている。われわれの教室でも胆嚢病変の診断に US-ABC を利用し、重篤な合併症もなく高い正診率が得られている⁹⁾。PTCCS 下に行う生検では煩雑な手技と患者への多大な侵襲を必要とするのに対し、US-ABC は簡便、安全で 1 回の穿刺によってほぼ確診可能である。しかしながら、胆嚢病変の直径が約 5mm 以下の場合、US-ABC では穿刺針が腫瘍に当たらないこともある。そのような場合には、超音波誘導下穿刺中に胆嚢内の洗浄細胞診を併用することによって正診率をあげることができる⁹⁾。すなわち、US-ABC では隆起型の胆嚢癌のみならず表面型の約半数を占めるといわれる表面隆起型 (IIa)¹⁰⁾の胆嚢癌においても、早期胆嚢癌の発見の可能性は高くなるものと思われる。

一方、膵管胆管合流異常症は胆道系の癌を高率に合併し、胆管拡張例では胆管に、胆管非拡張例では胆嚢に癌が好発するといわれている^{11,12)}。その機序は、合流異常により膵液が胆道に逆流し、逆流膵液中の phospholipase A により生成された lysolecithin その他の起炎物質が、胆道上皮に持続的あるいは間欠的に作用することが発癌の要因ではないかと推測されている¹²⁾。したがって、合流異常のある症例に対しては積極的に胆道系の精査をする必要がある。膵管胆管合流異常に対する処置としては、胆管切除などが施行されている¹³⁾。しかし、第 8 回日本膵管胆管合流異常研究会アンケート集計結果¹⁴⁾によれば、合流形式が胆管型あるいは共通管型で胆管に拡張のみられない症例では、胆管癌の発生頻度は 0% と報告されているため、本症例においては胆管切除を施行せず、経過観察とした。術後 2 年 6 か月経過した現在、患者には胆嚢癌再発あるいは胆管癌発生の兆候をみていない。

文 献

- 1) 武藤良弘：早期胆嚢癌の臨床病理。消外 12：1261—1268, 1989
- 2) 日本胆道外科研究会編：外科・病理。胆道癌取扱い規約。第2版。金原出版，東京，1986
- 3) 松浦 昭，久野信義，梅田芳美ほか：術前に診断可能であったいわゆる早期胆嚢癌の1例。胆と膵 4：693—700, 1983
- 4) 桑原亮彦，若林建三，掛谷和俊ほか：術前に診断しえた早期胆嚢癌の1例。胆と膵 7：551—555, 1986
- 5) 乾 和郎，中澤三郎，芳野純治ほか：早期胆嚢癌—診断の立場から—。胆と膵 11：1121—1127, 1990
- 6) 土屋幸治，大藤正雄：超音波と細胞診による胆嚢小隆起性病変の診断。胆と膵 6：829—836, 1985
- 7) Holm HH, Kristensen JK, Ramussen SN et al：Ultrasound as a guide in percutaneous puncture technique. Ultrasonics 10：83—86, 1972
- 8) Goldberg BB, Pollack HM：Ultrasonic aspiration transducer. Radiology 102：187—189, 1972
- 9) Hirooka Y, Matsui T, Kobayashi Y et al：Evaluation of aspiration biopsy cytology in disease of the liver, gallbladder and pancreas. Yonago Acta Med 30(Suppl)：95—104, 1987
- 10) Shimizu N, Hamazoe R, Ogawa h et al：Congenital choledochal dilatation associated with carcinoma after choledochocystoduodenostomy. Jpn J Surg 15：495—500, 1985
- 11) 青木春夫，菅谷 宏，島津元秀：膵・胆管合流異常と胆道癌—アンケート集計成績とその考察—。胆と膵 8：1539—1551, 1987
- 12) Neiderhiser DH, Morningstar WA, Roth HP：Absorption of lecithin and lysolecithin by the gallbladder. J Lab Clin Med 82：891—897, 1973
- 13) 小形滋彦，羽生富士夫，中村光司ほか：総胆管拡張のみられない膵胆管合流異常症に合併した早期の胆嚢癌の1例。胆と膵 8：1607—1610, 1987

**A Case of Early Cancer of the Gallbladder Diagnosed Preoperatively by
Ultrasonography-guided Aspiration Cytology**

Yasuaki Hirooka, Ryuichi Hamazoe, Takao Karino*, Tohru Hinohara* and Noboru Yamashiro*

First Department of Surgery, Tottori University School of Medicine

*Department of Surgery, Masuda Red Cross Hospital

A 49-year-old woman with early cancer of the gallbladder, which had been diagnosed by preoperative ultrasonography-guided aspiration cytology, is reported. While being admitted for the purpose of controlling diabetes, the patient underwent an ultrasonographic examination which revealed a tumor of about 18 mm within the gallbladder. Therefore, ultrasonography-guided aspiration cytology was performed and established the diagnosis of adenocarcinoma. Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) revealed the presence of an anomalous junction of the pancreaticobiliary duct without dilatation of the common bile duct. The patient received cholecystectomy along with resection of the liver bed and removal of the regional lymph nodes. Histopathologically, the tumor was diagnosed as a papillary adenocarcinoma localized within the mucosal layer without evidence of lymph node metastasis.

Reprint requests: Yasuaki Hirooka First Department of Surgery, Tottori University School of Medicine
36 Nishimachi, Yonago-shi, 683 JAPAN