

肝膿瘍形成をきっかけに発見された進行胃癌の1手術例

自治医科大学附属大宮医療センター外科, 病理*

島貫 公義 宮田 道夫 萬代 恵治 山田 茂樹*

肝膿瘍腔の経皮経肝膿瘍ドレナージ (percutaneous transhepatic abscess drainage : 以下 PTAD) 施行時に胃内腔との交通を認め、同時に進行胃癌が発見された症例を報告する。症例は60歳の男性、発熱を主訴とし、腹部超音波検査、computed tomography 検査にて肝左葉に肝膿瘍を認めた。肝膿瘍は PTAD と抗生剤による腔内洗浄により退縮し、炎症所見の消失を認めた。膿瘍腔造影において胃内腔との交通を認め、胃内視鏡および上部消化管造影検査を施行したところ Borrmann 分類不能な進行胃癌を認めた。肝膿瘍の原因検索を行ったが、肝癌、肝転移、および胆道系の病変は認められず、胃全摘術と肝外側区域切除を施行した。病理所見では切除肝の被膜への胃癌浸潤を認めたが、膿瘍形成部位での癌浸潤は確認されなかった。胃癌の壁外性直接浸潤および穿通により、肝被膜破綻をきたし、消化液による肝臓実質の壊死および感染にて肝膿瘍を形成したものと思われた。

Key words: liver abscess, gastric cancer

はじめに

肝膿瘍と消化管悪性腫瘍の合併症例の報告¹⁾はまれであり、肝膿瘍形成の成因検索に難渋することがある。今回、肝膿瘍腔の経皮経肝膿瘍ドレナージ (percutaneous transhepatic abscess drainage ; 以下 PTAD) 施行時に胃内腔との交通を認め、同時に胃癌を指摘され、諸検査にて、胃癌の壁外性直接浸潤にて形成されたと思われる肝外側区域の肝膿瘍を合併したまれな胃癌手術症例を経験したので報告する。

症 例

症例 : H.K. 60歳, 男性。

主訴 : 発熱。

家族歴 : 特記すべきことなし。

既往歴 : 17歳時、肺結核に罹患し、通院加療にて治癒した。39歳時、胆石症、胆嚢炎にて胆嚢摘出術を受けた。手術時、総胆管結石は認められなかった。術後の発熱はなく、経過良好であり、横隔膜下膿瘍の合併は認められなかった。その他、虫垂炎、肝臓外傷、潰瘍性大腸炎、大腸憩室などの大腸疾患、肝炎、黄疸、腹膜炎、糖尿病の既往はなく、海外渡航歴もなかった。

現病歴 : 1990年10月15日ころより38℃の発熱と軽度の上腹部痛が認められ、市販の風邪薬を内服していた。下痢、嘔気、嘔吐はなかったが、10月22日ころより上

腹部痛の増強と食欲低下、全身倦怠感を認め、10月25日に40℃の発熱を来し、10月26日近医を受診し、同日入院となった。入院時、上腹部に圧痛を認め、白血球数16,600/mm³, CRP 6+, 腹部エコーおよび computed tomography (以下 CT) 検査にて肝外側区域に腫瘍性病変が認められ、臨床経過より肝膿瘍を疑われ、PTADが施行され、200mlの排膿が認められた。排膿液中の細菌は同定されなかった。同時に施行された、膿瘍腔造影にて壁不整な膿瘍腔と胃内腔との交通が認められた (Fig. 1)。上部消化管造影検査にて、前壁小彎側を中心に食道胃接合部直下より胃角部におよぶ隆起性病変が認められた (Fig. 2)。

抗生剤の全身投与および膿瘍腔の洗浄を施行し、膿瘍腔の退縮と炎症所見の消失が認められ、手術目的に12月7日転院となった。

入院時現症および検査所見 : 栄養状態は良好で、眼球眼瞼結膜に黄疸、貧血なく、心肺に異常が認められず、体表リンパ節は触知しなかった。腹部に胆嚢摘出術の手術痕が認められるも、圧痛なく腫瘍は触知しなかった。血液および生化学検査では炎症所見はなく、GOT 64mU/ml, GPT 68mU/ml と軽度の上昇以外異常が認められなかった。腫瘍マーカーは alphafetoprotein (AFP) 4.0ng/dl, carcinoembryonic antigen (CEA) 0.6ng/dl, carbohydrate antigen 19-9 (CA19-9) 6U/ml であった。

胃内視鏡所見 : 上部消化管造影所見と一致する部位

<1992年7月6日受理>別刷請求先 : 島貫 公義
〒330 大宮市天沼町1-847 自治医科大学大宮医療
センター外科

Fig. 1 Roentgenogram after the injection of contrast medium through a draining tube revealed communication between liver abscess and the stomach.

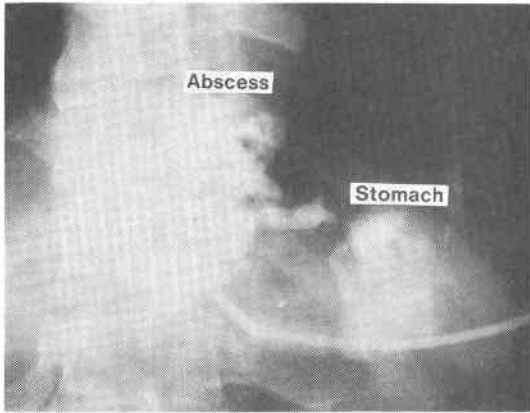
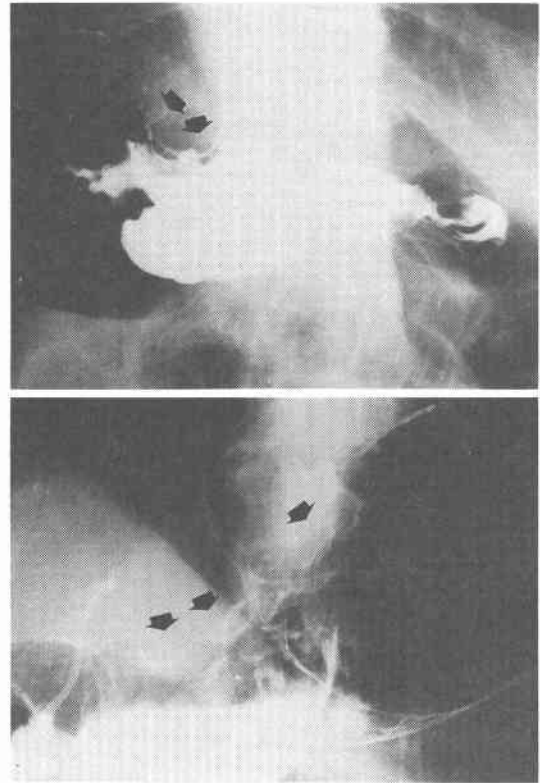


Fig. 2 Upper gastrointestinal barium contrast radiography showing elevated lesion in the upper-middle portion of the stomach.



に、一部潰瘍形成を伴う Borrmann (Borr) 分類不能型の隆起性病変が認められた。生検にて低分化型腺癌と診断された (Fig. 3)。

超音波検査所見：PTAD 前は多房性と思われる、やや辺縁不整な、内腔は低エコーを示す腫瘤像が認められた。膿瘍腔ドレナージは良好に施行され、術直前の超音波検査においては肝内病変は描出できなかった。

腹部 CT 検査所見：肝外側区域に周辺領域が enhance される辺縁不整な低吸収領域が認められた。さらに膿瘍腔の造影にて胃内腔との交通が認められ、胃壁の肥厚と胃周囲リンパ節の腫脹が認められた。胃病変と肝左葉との境界が不明で、肝臓への直接浸潤を疑わせた (Fig. 4)。

内視鏡的逆行性膵胆管造影所見：PTAD 後の胆管

造影所見では、肝内胆管に異常はなく、膿瘍腔との交通、microabscess の形成も認められなかった。

腹部血管造影所見：肝動脈、門脈に異常を認めず、肝内病変を指摘できる所見はなかった。

ドレナージチューブの洗浄液細胞診では悪性細胞は

Fig. 3 Endoscopic findings of the stomach showing elevated lesion with irregular surface and ulceration.

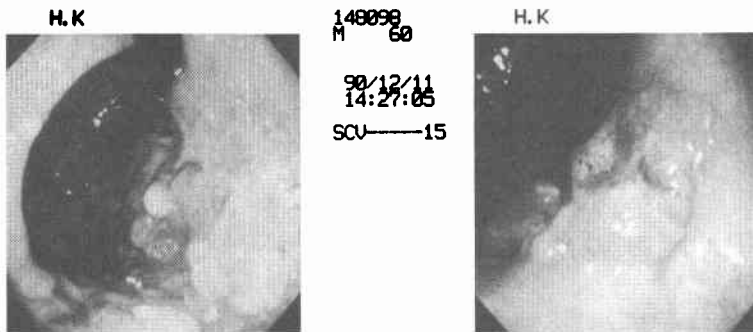


Fig. 4 Computed tomography showing liver abscess. Contrast medium in the liver abscess was flowing into the stomach.

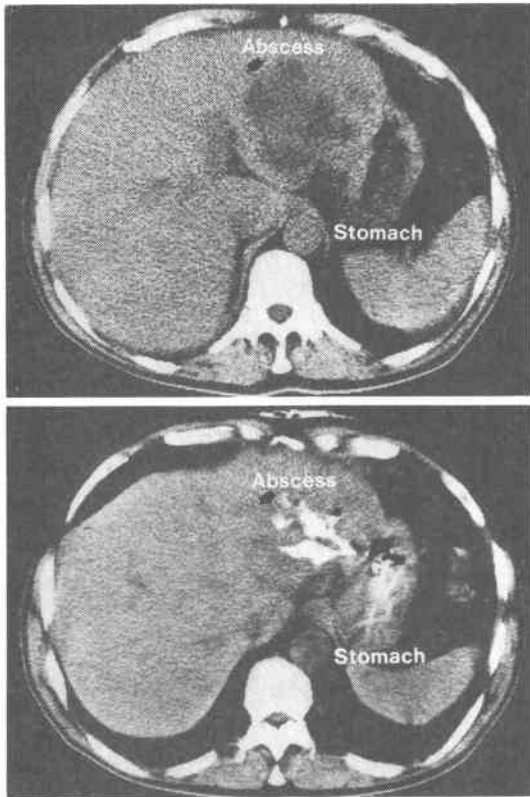


Fig. 5a Cross-section view of the resected liver and stomach.

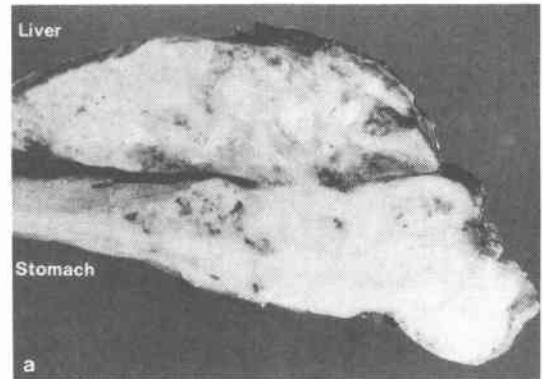
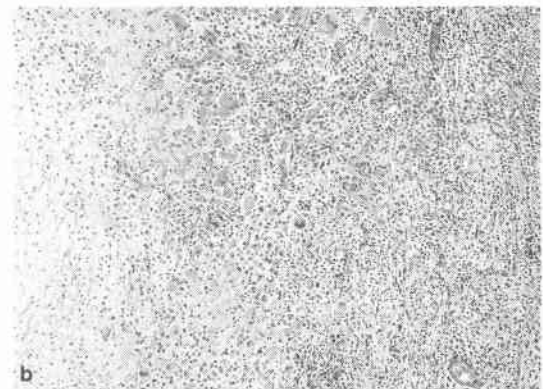


Fig. 5b Microscopic section shows no cancer cells in the wall of fistula. (H-E stain 10×2.5)



認められなかった。

以上より、PTADが有効であり、その後の画像診断において肝内病変を指摘できず、胃癌の肝臓への直接浸潤により肝膿瘍を形成したものと判断し、1990年12月17日に胃全摘術、膵尾部、脾臓および肝外側区域合併切除を施行した。

手術所見：腹部正中切開にて開腹するに、前回胆嚢摘出術による肝下面から横行結腸間の腹腔内癒着が著明であり、横隔膜と肝表面の間に炎症性癒着が認められた。腹水、腹膜播種はなく肝表面にも結節性の転移病変などは認められなかった。胃癌取扱い規約²⁾による2群リンパ節まで明らかな肉眼的転移が認められた。肝外側区域下面と胃上部は腫瘍性浸潤が認められ分離不能であったため肝外側区域合併切除を施行した。

病理所見：胃癌は隆起を主体とする Borr 分類不能の低分化腺癌で、充実性病変が多数のリンパ節転移と

ともに壁外脂肪組織内に深く浸潤し肝被膜に達していた。肝内には明らかな転移巣は認められず、胃癌浸潤部に向かう瘻孔様の膿瘍形成が認められた。瘻孔様病変部位では炎症細胞浸潤の強い肉芽組織が主体で、肝内への癌浸潤は確認されなかった (Fig. 5a, b)。

考 察

近年、虫垂炎、腹膜炎などの門脈系感染に起因する肝膿瘍は全体の20%程度に減少し、胆管結石、胆道系腫瘍などによる上行性胆管炎、胆汁うっ滞による両側多発性肝膿瘍が大半を占めるようになってきたと報告³⁾されている。さらに経カテーテル動脈塞栓術、肝動脈結紮術、経皮経肝の胆管ドレナージ術後などの医原性のものが増加している。化膿性肝膿瘍は約40%が経胆道性感染であり、胆道造影にて梅花状陰影を呈するのが特徴であるといわれており、その感染経路は門脈性と動脈性に分けられている。炎症に伴う経門脈性のものは右葉に多く発生し、全体の15~20%を占めると

され、肝動脈性感染は10~15%で、両葉に微小な膿瘍が多発するのが特徴といわれている⁴⁾。その他、肝外傷、横隔膜下膿瘍からの直接波及、肝梗塞部の感染に続発するものや、背景に糖尿病、免疫機能低下などが認められる症例が増加している。

本症例は胃癌に合併した肝膿瘍で、PTADにて改善が認められたが、肝への悪性病変浸潤を否定することができず、肝外側区域切除を施行した。現在、肝膿瘍の治療にはエコー下ドレナージ、および吸引、さらに抗生剤の経カテーテル的肝動脈内抗生剤注入療法の併用にて良好な成績が認められている。しかし、難治性のものには肝切除が考慮されている。

肝膿瘍の診断に際しては、肝嚢胞、肝内血腫、肝癌、転移性肝癌の鑑別が必要となる。今回の症例は、細胞診上は悪性細胞を認めず、ドレナージおよび膿瘍腔内抗生剤投与にて膿瘍は速やかに退縮し、また炎症所見も消失したが、通常このような病変は肝内悪性病変による肝膿瘍のことがあり、特に肝癌が中心壊死を来し、膿瘍を合併していることがまれではないので、必ずドレナージ内容の細胞診を施行しなくてはならない。また、ドレナージ後も膿瘍の退縮傾向がない場合は肝癌を疑い血管造影を施行しなくてはならない⁴⁾。

本症例の肝膿瘍形成機序として、膿瘍腔退縮後の画像診断にて明らかな肝内病変を指摘することができず、また切除標本においても肝内の悪性病変が認められないため、肝内良性嚢胞性病変や中心壊死をきたし

た肝癌、および肝転移性病変から肝膿瘍をきたし胃内腔に穿通した可能性は考えにくいものと思われる。

病理所見では肝実質内への壊死を来すほどの癌浸潤所見は認められなかったが、胃癌病変は肝被膜へ達しており、胃癌の肝外側区域への穿通または穿孔により肝被膜の破綻をきたし、そこに消化液による肝実質の壊死と感染をまねいて膿瘍を形成した可能性が考えられる。瘻孔部位での癌細胞が証明されていないが、瘻孔部位での炎症や脱落壊死によるものと思われる。

われわれが検索しえた範囲において、肝膿瘍の発生を契機として発見された胃癌症例の報告は認められなかった。

文 献

- 1) 大槻恒明, 西田康一, 松葉光也ほか: 胃結腸瘻と化膿性肝膿瘍を伴った胃癌の1例. 社保神戸中央病医誌 4: 63-66, 1990
- 2) 胃癌研究会編: 胃癌取扱い規約, 改訂11版, 金原出版, 東京, 1985
- 3) 内野純一, 佐藤直樹, 佐々木文章ほか: 肝膿瘍穿孔. 手術 43: 679-683, 1989
- 4) 小山研二, 浅沼義博: 肝膿瘍. 戸部隆吉, 水戸迪郎編. 肝臓外科の実際. 医学書院, 東京, 1989, p158-162
- 5) McDonald MI, Corey GR, Gallis HA et al: Single and multiple pyogenic liver abscesses, natural history, diagnosis and treatment, with emphasis on percutaneous drainage. Medicine 63: 291-302, 1984

A Case of Advanced Gastric Cancer was Discovered on Survey of Liver Abscess

Kimikyoshi Shimanuki, Michio Miyata, Keizi Bandai and Shigeki Yamada*

Department of Surgery and Pathology*, Omiya Medical Center, Jichi Medical School

We report a case of liver abscess associated with advanced carcinoma of the stomach. A 60-year-old man, who had received a cholecystectomy 21 years earlier, was admitted with high fever and abdominal pain. A abdominal computed tomography and an ultrasonography revealed a low density and low echoic multilocular cystic mass in the left lobe of the liver. Percutaneous drainage was performed and a roentgenogram after injection of contrast medium through a drainage tube revealed communication between the liver abscess and the stomach. Upper gastrointestinal barium contrast radiography and gastric fiberoscopy revealed advanced gastric cancer. In order to rule out a hepatic malignant lesion, epatic angiography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography were performed. There were no findings of malignant liver tumors. Total gastrectomy and left lateral segmentectomy of the liver were performed. Histological examination revealed direct invasion of the liver surface and no intrahepatic malignant lesion of the resected liver. The liver abscess might have been caused by direct invasion of the gastric cancer and an inflammatory process induced by penetration of the gastric wall.

Reprint requests: Kimiyoshi Shimanuki Department of Surgery, Omiya Medical Center, Jichi Medical School

1-847 Amanumacho, Omiya, 330 JAPAN