

胆道出血 , 胆管炎で発症した胆嚢癌の 1 例

大垣市民病院外科

菅原 元 山口 晃弘 磯谷 正敏
原田 徹 金岡 祐次 鈴木 正彦
芥川 篤史 鈴村 潔 臼井 達哉

症例は右季肋部痛を主訴に来院した70歳の女性。血液生化学検査で、炎症所見と高度の肝機能障害、腹部 US では胆嚢の壁肥厚と胆泥、総胆管の拡張像を認めた。ERCP では、乳頭開口部に凝血塊を認め、胆道造影では総胆管に陰影欠損像を認めた。ENBD による胆道減圧後の胆道造影では、総胆管の陰影欠損像は消失し、胆嚢底部の陰影欠損像と、胆嚢内の凝血塊によると思われる淡い透亮像を認めた。血管造影では胆嚢動脈浅枝に、晩期相で tumor stain を認めた。腫瘍からの出血による胆道出血と胆嚢炎、胆管炎を合併した胆嚢癌と診断し、2群リンパ節郭清を伴う肝 S4a+5+6a 切除 + 胆管切除、肝管空腸 Roux-Y 吻合を施行した。切除標本では胆嚢底部に新鮮な凝血塊の付着を伴う30×20mm 大の乳頭浸潤型の腫瘍を認め、組織学的には、高分化型管状腺癌であった。腫瘍の近傍にヘモジデリンの沈着を認め、出血源と考えられた。

はじめに

胆嚢炎の発症により胆嚢癌の存在に気付くことは日常診療上、経験することであるが、胆道出血を伴うことは比較的まれである¹⁾。乳頭浸潤型の腫瘍からの出血による胆道出血、胆嚢炎、胆管炎症状で発症した胆嚢癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：70歳、女性

主訴：右季肋部痛

既往歴：特記すべき事なし。

家族歴：特記すべき事なし。

現病歴：1999年8月16日から右季肋部痛が出現し、痛みが増強したため8月17日に当院救急外来を受診した。

入院時現症：体温38℃、血圧160/88mmHg。栄養状態良好。眼球結膜に黄疸を認め、右季肋部に自発痛と圧痛を認めた。

入院時血液検査成績：白血球数11,700/mm³、CRP 10.9mg/dl と炎症所見を認め、GOT 405IU/l、GPT 973IU/l、T-Bil 6.5mg/dl、ALP 322IU/l と肝胆道系酵素の上昇と黄疸を認めた。

腹部 US：胆嚢の壁肥厚と胆嚢内に胆泥を認めたが、胆石は認められなかった。総胆管は最大径が13mm と拡張していた。

腹部単純 CT：胆嚢壁の肥厚と、胆嚢の腫大を認めた。急性胆嚢炎、胆管炎と診断し、入院後、絶食、抗生剤投与による保存的治療を行った。しかし、入院翌日、右季肋部痛は増強し T-Bil が10.5mg/dl に上昇したため、胆道精査の目的で内視鏡的逆行性膵胆管造影検査 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography; 以下、ERCP) を施行した。

ERCP 検査所見：Vater 乳頭開口部に凝血塊を認め (Fig. 1) 胆管造影では総胆管内に3個の陰影欠損像を認めた (Fig. 2)。内視鏡的経鼻胆管ドレナージ (endoscopic nasobiliary drainage; 以下、ENBD) チューブを挿入し、胆管ドレナージを行うと、ENBD チューブからは血液の混入した胆汁が流出した。胆道減圧により、胆管炎が消失した8月24日に再度 ENBD チューブより胆道造影を行った。

ENBD チューブ造影：前回の胆道造影でみられた総胆管内の陰影欠損像は消失していた。胆嚢は底部が十分に造影されず、体部には凝血塊と考えられる淡い透亮像を認めた (Fig. 3)。

再度施行した腹部 US では胆嚢底部に辺縁不整な広基性隆起性病変を認めた (Fig. 4)。

血管造影：総肝動脈造影で胆嚢動脈浅枝に、晩期相

Fig. 1 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) showed blood clotting at the papilla of Vater.

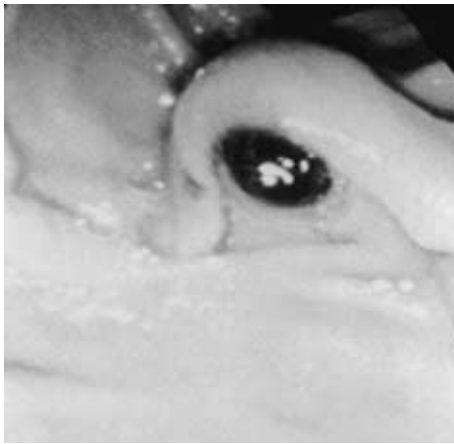


Fig. 2 Endoscopic retrograde cholangiogram (ERC) showed three defects in the common bile duct (CBD)



で tumor stain を認めた (Fig. 5).

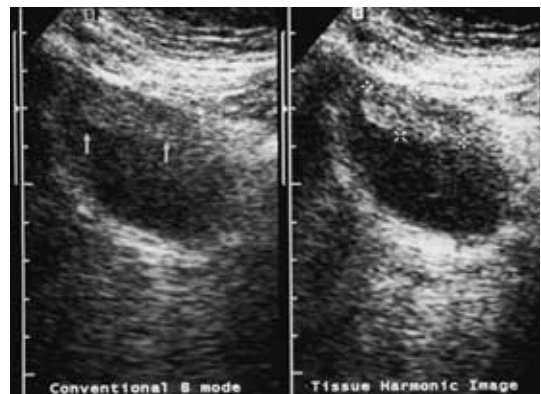
肝動脈造影下 CT (CTA): 胆嚢底部に22×14mm 大の造影効果のある腫瘤を認めた (Fig. 6).

以上の検査結果から，腫瘍からの出血を伴う胆嚢癌と診断し，9月10日に手術を施行した．

Fig. 3 Cholangiogram through the endoscopic naso-biliary drainage (ENBD) tube showed a normal CBD and a defect in the fundus of the GB.



Fig. 4 Abdominal ultrasonography showed elevated lesion in the fundus of the gallbladder (arrow)



手術所見：上腹部正中切開と右肋骨弓下切開で開腹した．胆嚢底部に腫瘍を触知したが，漿膜への露出はみられなかった．2群リンパ節および大動脈周囲リンパ節の16a₂と16b₁の郭清を行い，肝 S4a+5+6a 切除+胆管切除を施行し，左右肝管空腸 Roux-Y 吻合で再建した．手術所見は S₀，Hinf₀，H₀，Binf₀，PV₀，A₀，P₀，

Fig. 5 A hepatic angiogram showed tumor staining in the point of cystic artery (arrow)

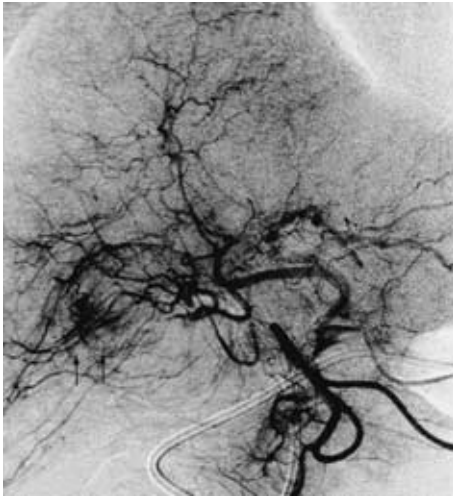


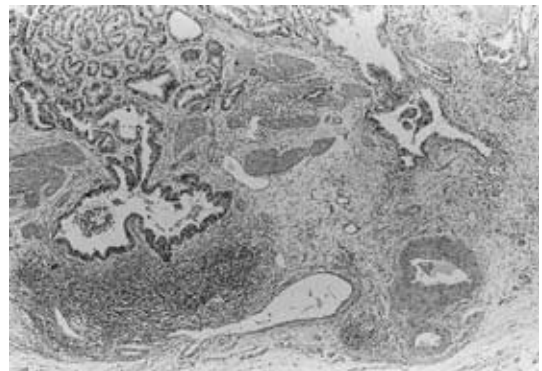
Fig. 6 A CTA scan showed an enhanced tumor in the fundus of the GB.



Fig. 7 The resected specimen showed a papillary tumor with blood clotting in the fundus of the GB.



Fig. 8 Histological findings of the resected specimen (H. and E. stain) showed a well differentiated tubular adenocarcinoma infiltrating the subserosal layer (× 10)



binf₀, n(-), bm₀, hm₀, em₀, ly₀, v₀, pn₀, Satge IIであった。胆嚢粘膜には軽度の炎症性細胞浸潤と浮腫を伴い胆嚢炎も認めた。腫瘍と接した胆嚢粘膜にはヘモジデリンの沈着を認め、出血源と考えられた(Fig. 8)。

術後経過は順調で、術後第34病日に退院し、術後6か月の現在、無再発生存中である。

考 察

胆嚢癌は消化器系悪性腫瘍の中で、比較的頻度が低く、しかも早期には腹痛、黄疸、腹部腫瘍、体重減少などの特徴的な症状に乏しく、進行癌で発見されることが多い。本症例は腫瘍からの出血による無石胆嚢炎、胆管炎で発症した、その発症機序が興味深い胆嚢癌症例である。

N(-), BM₀, EM₀, Satge Iであった。

切除標本肉眼所見：胆嚢底部に30×20mm 大の乳頭浸潤型の腫瘍があり、周囲に新鮮な血腫の付着を認めた。胆石はなかった(Fig. 7)。

病理組織所見：比較的異型性に乏しい高分化型管状腺癌を認めた。規約に従うと Gf, perit, ss, hinf₀,

Table 1 Reported cases of gall bladder cancer with hemorrhage

age	sex	chief complaint	surgery	gross feature	histology	stage	prognosis (month)	author (year)
75	F	hematemesis	extended cholecystectomy	papillaryinfiltrating tumor	pap ss r(-) hinf 0 binf 0	stage II	20 alive	Takamasu (1987)
54	M	epigastralgia	extended cholecystectomy	papillaryexpanding tumor	tub 1 mr(-) hinf 0 binf 0	stage II	11 alive	Sakakibara (1987)
91	F	epigastralgia	cholecystectomy	papillaryinfiltrating tumor	asc ss r(-) hinf 0 binf 0	stage I	3 dead other causes	Uda (1992)
79	M	epigastralgia	extended cholecystectomy	Papillaryinfiltrating tumor	tub 1 ss r(-) hinf 0 binf 0	stage II	9 alive	Maruyama (1997)
70	F	right hypochondrial pain	hepatectomy(4a+5+6a) bile duct resection	papillaryinfiltrating tumor	tub 1 ss r(-) hinf 0 binf 0	stage II	6 alive	our case

上部消化管出血に占める胆道出血の頻度は低く、1~5%と報告²⁾⁻⁴⁾されている。Sandblom⁵⁾は、胆道出血355例を集計し、その出血部位は肝内胆管52.7%、胆嚢23.1%、肝外胆管22.5%で、原因は外傷52.2%、胆石14.9%、炎症13%、血管性病変10.7%、腫瘍性病変5.2%などと報告している。胆嚢癌が胆道出血の原因となることはまれであり、胆道出血に占める胆嚢癌の頻度は、Sandblom⁵⁾は355例中8例(2.3%)、泉田⁴⁾は126例中4例(3.2%)と報告している。

腫瘍からの出血が胆嚢内に充満し、胆嚢管を閉塞して胆嚢炎症状で発症した胆嚢癌本邦報告例は、我々が検索しえた限りでは自験例も含めて5例⁶⁾⁻⁹⁾であった(Table 1)。このうち腫瘍からの出血が胆道にも流出し、胆道内圧の上昇をきたして胆管炎も合併していた症例は自験例のみであった。

急性胆嚢炎で発症する胆嚢癌は胆嚢癌全体の10~30%^{1,10)}で、胆嚢管閉塞の原因としては、胆石、腫瘍浸潤、転移リンパ節、腫瘍壊死物質などが報告されている。岡田¹⁰⁾は、胆嚢炎で発症した胆嚢癌症例で、胆嚢癌の進行度と胆嚢管閉塞の原因との関係について検討した。その結果、stage I 胆嚢癌では、全例胆石による胆嚢管閉塞が胆嚢炎の原因であり、stage IV 胆嚢癌では、胆嚢管閉塞の原因の多くが腫瘍充満や腫瘍壊死物質であったことから、無石胆嚢炎で発症した胆嚢癌には進行癌症例が多いと報告している。一方、胆道出血による無石胆嚢炎で発症した胆嚢癌5例の進行度は、stage I が1例、stage II が4例で、胆道出血を伴わない無石胆嚢炎で発症した胆嚢癌と比べると、進行度の低い症例が多いのが特徴であった。これは胆道出血を呈した

胆嚢癌の全例が、腫瘍の一部が脱落し、出血しやすい乳頭型の腫瘍であったためと考えられた。

また、本症例は腫瘍からの出血が胆管内にも流出し、無石胆嚢炎とともに胆管炎も合併した症例であった。来院時の著明なトランスアミナーゼの上昇と黄疸は、右季肋部痛、USでの胆管拡張像、胆道造影での胆管内の陰影欠損像から、胆石による急性胆管閉塞に起因する肝細胞壊死の血液生化学的反映である胆石肝炎¹¹⁾の病態に類似していた。ENBDチューブからは血液の流出のみであったが、その後の再造影ではこの陰影欠損像が消失しており、この陰影欠損像は腫瘍からの出血による凝血塊であった可能性が示唆された。また、胆道出血を伴う無石胆嚢炎症例では、胆道出血の原因として、胆嚢癌も念頭に置いて診断治療を進める必要があると考えられた。

文 献

- 1) 近藤真治, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘ほか: 急性胆嚢炎で発症した胆嚢癌. 腹部救急診療の進歩 10: 47-51, 1990
- 2) Orloff MJ, Robinson GT: Tumors of the gallbladder. Edited by Bockus HL. Gastroenterology. 4th ed. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1985, p3677-3678
- 3) Sandblom P: Hemorrhage into biliary tract following trauma, traumatic hemobilia. Surgery 24: 571-586, 1948
- 4) 泉田洋司, 和泉 宏, 安井 達ほか: 胆嚢結石に起因した hemobilia. 消外 7: 611-616, 1984
- 5) Sandblom P, Mirkovitch V: Hemobilia some salient features and their causes. Surg Clin North Am 57: 397-408, 1977

- 6) 榑原直樹,横井克己,竹村博文ほか:胆嚢内出血を伴った多発性早期胆嚢癌の1例.日消外会誌 20:1109-1112,1987
- 7) 高升正彦,光藤章二,古谷慎一ほか:吐下血を主訴とした胆嚢多発癌の1例.胆と膵 8:759-764,1987
- 8) 宇田憲司,難波康夫,藤原恒弘ほか:急激な胆嚢内出血により発見された胆嚢癌の1例.広島医 45:603-605,1992
- 9) 丸山千文,松山秀樹,吉田基巳ほか:急性無石胆嚢炎の発症が診断の契機となった底体部胆嚢癌の1例.胆道 11:378-382,1997
- 10) 岡田孝弘,小森山広幸,井原 朗ほか:急性胆嚢炎所見を呈した胆嚢癌症例の検討.腹部救急診療の進歩 11:877-882,1991
- 11) 磯谷正敏:胆石に起因する肝炎の病態に関する臨床病理学的研究.日消外会誌 18:1650-1658,1985

A Case of Gallbladder Carcinoma with Hemorrhage
Causing Hemobilia and Cholangitis

Gen Sugawara, Akihiro Yamaguchi, Masatoshi Isogai, Tohru Harada,
Yuji Kaneoka, Masahiko Suzuki, Atsushi Akutagawa,
Kiyoshi Suzumura and Tatsuya Usui
Department of Surgery, Ogaki Municipal Hospital

A 70-year-old female was admitted for right hypochondralgia. Blood biochemistry studies revealed evidence of inflammation, liver dysfunction, and jaundice. Abdominal ultrasonography (US) showed gallbladder wall thickening and common bile duct dilatation, suggesting acute cholangitis. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) revealed clotted blood in the papillary region, and 3 filling defects were detected in the common bile duct. An endoscopic nasobiliary drainage (ENBD) tube was inserted for drainage, and cholecystography was performed through the ENBD tube. The fundus of the gallbladder was not visualized, suggesting retention of blood clots in the gallbladder. Angiography revealed a tumor stain in the superficial cystic artery during the late phase. Therefore, a preoperative diagnosis of gallbladder cancer with hemorrhage was made, and hepatectomy (S4a+5+6a), bile duct resection, and lymph node dissection were performed. The resected specimens showed a papillary-infiltrating tumor measuring 30 × 20 mm with a newly clotted blood in the gallbladder fundus. The histological diagnosis was atypical well-differentiated ductal adenocarcinoma.

Key words : gallbladder cancer, hemobilia, acute cholangitis

[Jpn J Gastroenterol Surg 34 : 109-113, 2001]

Reprint requests : Gen Sugawara Department of Surgery, Ogaki Municipal Hospital
4-86 Minamikawa-cho, Ogaki, 503-0864 JAPAN