

胆管癌との鑑別が困難であった 良性胆道狭窄の1例

中田 伸司^{1)*} 梶川 昌二¹⁾ 藤森 芳郎¹⁾
塩原 栄一¹⁾ 安達 亙¹⁾ 黒田 孝井¹⁾
飯田 太¹⁾ 堀米 直人²⁾ 津金 永二³⁾
石井 恵子⁴⁾ 勝山 努⁴⁾

- 1) 信州大学医学部第2外科学教室
- 2) 飯田市立病院外科
- 3) 県立木曽病院内科
- 4) 信州大学医学部附属病院中央検査部

A Case of Benign Biliary Stricture Difficult to Differentiate from Bile Duct Cancer

Shinji NAKATA¹⁾, Shoji KAJIKAWA¹⁾, Yoshiro FUJIMORI¹⁾
Eiichi SHIOHARA¹⁾, Wataru ADACHI¹⁾, Takai KURODA¹⁾
Futoshi IIDA¹⁾, Naoto HORIGOME²⁾, Eiji TSUGANE³⁾
Keiko ISHII⁴⁾ and Tsutomu KATSUYAMA⁴⁾

- 1) *Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine*
- 2) *Division of Surgery, Iida City Hospital*
- 3) *Division of Internal Medicine, Prefectural Kiso Hospital*
- 4) *Central Clinical Laboratories, Shinshu University Hospital*

We experienced a case of benign biliary stricture which was difficult to differentiate from common bile duct cancer. A 55-year-old male was admitted to the Prefectural Kiso Hospital for obstructive jaundice. He had had a subtotal gastrectomy for gastric cancer seven years earlier. After treatment of jaundice with biliary drainage, he was transferred to Shinshu University Hospital for operation. Endoscopic retrograde cholangiography showed stenosis in the hilar portion of the common bile duct approximately 2.5cm in length. Ultrasonography showed an abnormal mass in this area. Angiography revealed that the right hepatic artery was encased in the mass. He had surgery, under a diagnosis of hilar cholangiocarcinoma. Resection of the common bile duct and hepaticojejunostomy with Roux-en-Y procedure were performed. The pathological study revealed severe periductal fibrosis and no malignancy. *Shinshu Med J 43: 265-270, 1995*

(Received for publication February 2, 1995)

Key words: benign biliary stricture, obstructive jaundice

良性胆道狭窄, 閉塞性黄疸

I はじめに

胆管狭窄の原因となる疾患は胆石症に起因するものを除くと、胆管癌、胆嚢癌、膵臓癌などの悪性病変に

* 別刷請求先: 中田 伸司
〒390 松本市旭3-1-1 信州大学医学部第2外科

よるものがほとんどで、良性疾患に起因する胆管狭窄は比較的多い。また、良性疾患を疑える症例であっても、悪性病変を完全に否定することが難しいことや、狭窄による慢性的な胆汁うっ滞による、逆行性感染、閉塞性黄疸などの臨床的にきわめて重篤な病態を引き起こすため、外科的な治療を選択されることが多い。我々は、術前胆管癌と診断したが、病理組織学的には慢性胆管炎と診断された良性胆管狭窄の1例を経験した。7年前に肝門部の郭清を伴う胃切除の既往があるものの原発性硬化性胆管炎も疑われる症例であり若干の文献的考察を加えて報告する。

II 症 例

患者：55歳，男性。

主 訴：褐色尿。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：48歳時に胃癌で幽門側胃切除，ビルロートI法再建，肝門部のリンパ節も含めた郭清を受けている。

現病歴：平成4年3月上旬に，褐色尿を自覚し近医を受診した。同院にて黄疸を指摘され緊急入院した。入院時の血液生化学検査では，総ビリルビン13.6mg/dlと高度上昇を認め，腹部超音波検査で肝内胆管の拡張を認めた。同日内視鏡的逆行性胆管造影（ERCP）を施行し，総肝管に約2cmの狭窄を認めたため，減黄目的に内視鏡的経鼻胆道ドレナージ（ENBD）チューブを留置した。その後の精査にて上部胆管癌が疑われ，4月28日手術目的で当科に紹介された。

入院時現症：腹部正中に胃切除時の手術痕を認め，ENBDチューブが留置されていた。皮膚，眼球結膜ともに黄染を認めない。

入院時血液検査：GOT，GPTの軽度上昇と，Al-p， γ -GTPの高度上昇を認めたが，総ビリルビンは1.5mg/dlと正常値であった。腫瘍マーカーはCEA，CA19-9とも正常であった（表1）。

胆道造影検査：平成4年4月13日に施行したENBDチューブよりの胆道造影では，肝内胆管は拡張し，総肝管の根部で高度の狭窄を認める（図1）。

ERCPとの併用では，総肝管は約2cmにわたり造影されていない（図2）。

平成4年5月14日の胆道造影では左肝内胆管も造影されず，右肝内胆管も前後部の分岐部まで狭窄している。前回の造影と比較して約1カ月の間に狭窄が進行していると考えられる（図3）。

表1 入院時血液生化学検査

WBC	5170/mm ³	T. P.	7.1g/dl
RBC	428×10 ⁴ /mm ³	Alb	3.9g/dl
Hb	13.6g/dl	T.Bil	1.5mg/dl
Ht	38.3%	D.Bil	0.9mg/dl
Plt	14.7×10 ⁴ /mm ³	TTT	4.2KU
		GOT	58IU
ICG ₁₅	11.1%	GPT	57IU
		LDH	104IU
CEA	0.9ng/ml	Al-p	752IU
CA19-9	8.8U/ml	γ -GTP	336mU/ml
		CH-E	106
		T.Chol	165mg/dl

腹部超音波検査：肝門部に総肝管から左右の肝内胆管の分岐部までを占める直径約2.5cmの腫瘍性病変を認める（図4）。減黄されていない左肝内胆管は拡張している。

腹腔動脈造影検査：明らかな腫瘍濃染は認めないが，右肝動脈に約1.5cmにわたる encasement を認める（図5）。上腸間膜動脈造影の門脈相では，明らかな異常を認めない。

CT：腫瘍性病変の存在は認められないが，左肝内胆管は肝門部から明らかに拡張している（図6）。

細胞診：ENBDチューブより採取した胆汁細胞診ではclass IVで，悪性病変の存在が示唆された。

手術所見：以上より肝門部胆管癌の術前診断にて平成4年5月18日手術を施行した。開腹すると，肝門部はかなりの癒着があり，肝十二指腸靱帯よりウインスロー孔に指が入らない状態であった。硬く触れる総胆管を腓上縁で切離後，肝門部へ剝離して行くと，腫瘍は右肝動脈と門脈本幹へ広範に浸潤していると判断された。根治切除は困難と判断し，肝門部胆管切除，肝内胆管空腸吻合術を施行し手術を終了した。

病理所見：肉眼所見では胆管壁は著しく肥厚しているが，胆嚢内も含め粘膜面に明らかな病変は認めなかった（図7）。

組織学的には，胆管壁はリンパ濾胞を伴うリンパ球の集簇性浸潤を認める慢性炎症を伴い，筋層が認められないほど線維化が著明であった。この中に好酸球が目だって認められた。上皮組織は留置されていたENBDチューブのため剝離され欠損している部分も認められたが，核異型など悪性所見は認めなかった（図8）。

良性胆道狭窄

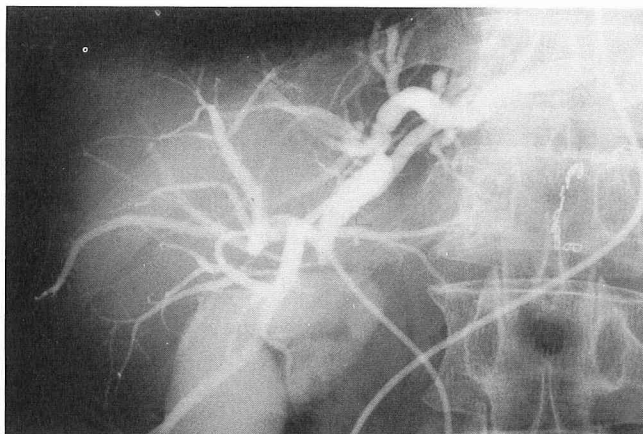


図1 平成4年4月13日の胆道造影
肝内胆管は拡張し、総肝管の根部で高度に狭窄している。



図2 ENBDとERCPの併用の造影
総肝管は約2 cmにわたり狭窄している。

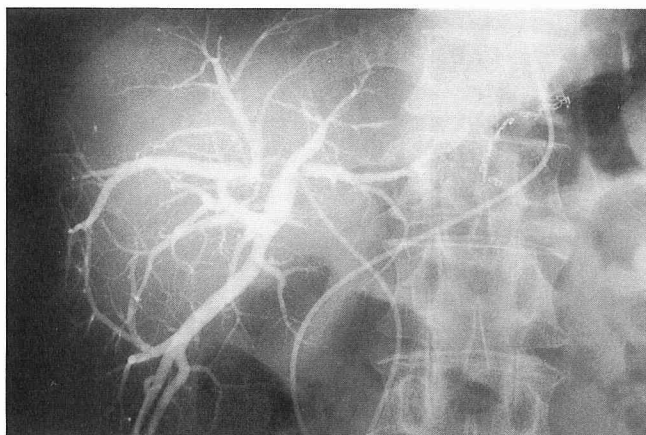


図3 平成4年5月14日の胆道造影
左肝内胆管も造影されず、右肝内胆管も前後区の分岐部まで狭窄している。

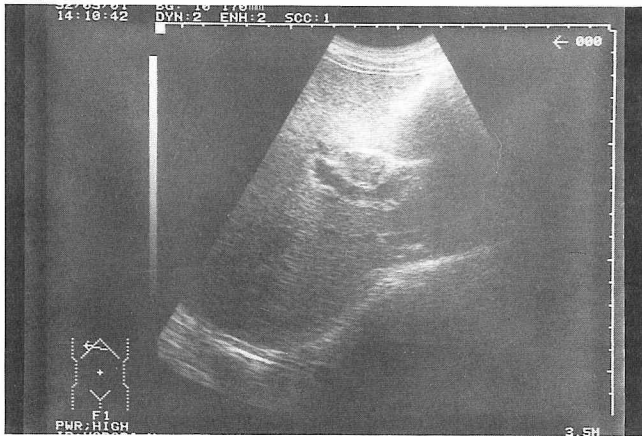


図4 腹部超音波検査
肝門部に直径約2.5cmの腫瘍性病変を認める。

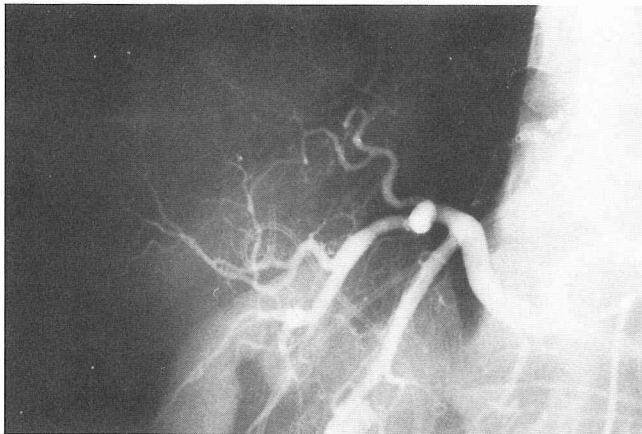


図5 腹腔動脈造影検査
右肝動脈に約1.5cmにわたる encasement が疑われる。

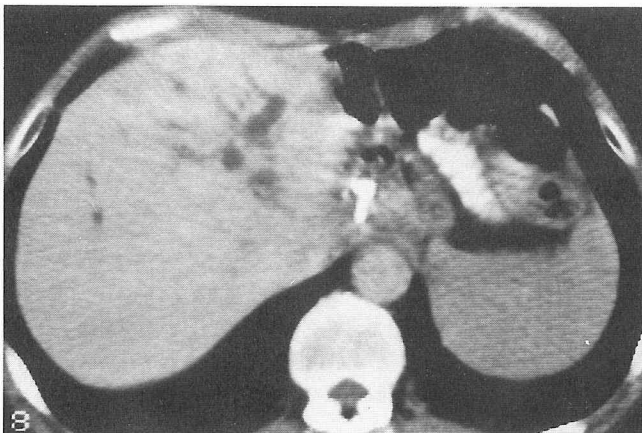


図6 CT
腫瘍性病変の存在は認められないが、左肝内胆管は拡張している。

良性胆道狭窄

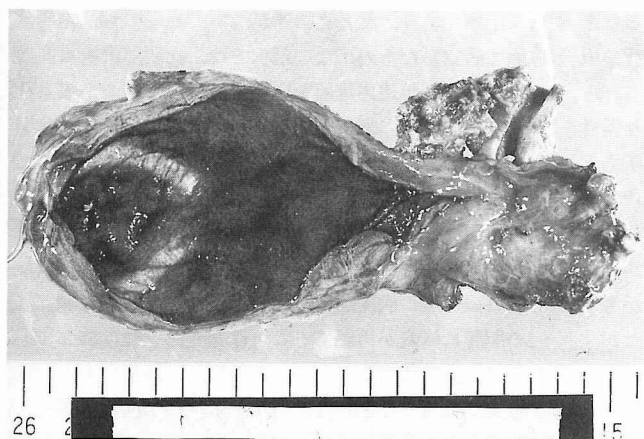


図7 摘出標本の肉眼所見

胆管壁は著しく肥厚しているが、胆嚢内も含め粘膜面に明らかな病変は認めない。

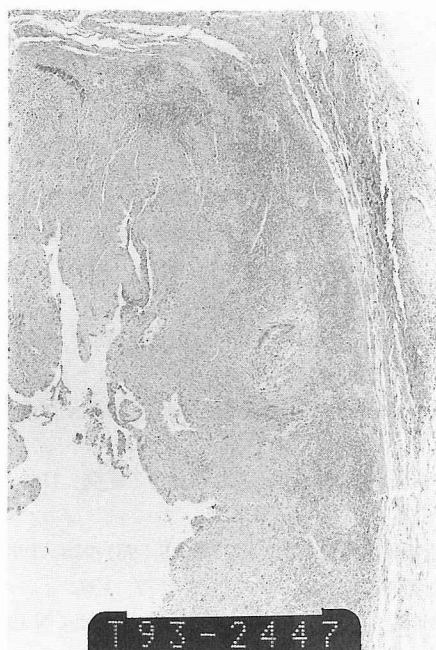


図8 病理組織学的所見

胆管壁は慢性炎症による線維化が著明であるが、核異型は認めない。

最終診断：術前検査，手術所見では悪性病変の存在を疑った症例であったが，病理所見より良性胆道狭窄と診断した。

術後経過：比較的順調で，術後4週目のスプリント造影では吻合部に狭窄なく，肝内胆管の描出も良好であり，第35病日に退院した。その後，外来にて経過観察中であるが特に異常を認めていない。

III 考 察

本症例は閉塞性黄疸に対する精査の過程で発見され

た進行性の胆管狭窄で，術前，術中所見では胆管癌と診断したが，病理組織学的には胆管癌は否定され，最終診断は良性胆管狭窄とした。組織学的に悪性でない全ての胆管狭窄を良性胆管狭窄とすると，その分類にあたっては，胆道系手術後にみられる術後胆管狭窄と非手術性胆管狭窄とに大きく分けるのが一般的である¹⁾²⁾。本症例は7年前に胃切除の既往があり，その際，肝門部リンパ節郭清が行われている。分類上は，術後胆管狭窄の範に含まれるが，胃切除後7年の経過の中で黄疸の発症が今回の術前3カ月程の期間に限られ

ており、しかも胆管狭窄が短期間に進行性であることより手術の影響のみとは考えにくく、肝外限局型の原発性硬化性胆管炎も疑える症例である。

原発性硬化性胆管炎は、1924年 Deblet³⁾により慢性の胆汁うっ滞を主病像とする原因不明の炎症性疾患として初めて報告され、本邦では1965年の林田ら⁴⁾の報告が最初とされている。本邦の報告例では40から60歳代の男性に多くみられ、発生機序は不明であるが、自己免疫疾患との合併の報告が多く何らかの関与が考えられている⁵⁾。自験例は、55歳の男性ではあったが、自己免疫疾患の合併は認められていない。

自験例は7年前に肝門部のリンパ節郭清の既往があり、LaRusso ら⁷⁾が提唱しているように、胆嚢摘出術以外の胆道手術の既往例は全て除外すると診断基準は満たさない。しかし、手術操作により狭窄を起こしたという確信が得られないこと、原発性硬化性胆管炎、特に肝外限局型の報告例と類似点が多いことより単純に術後性胆管狭窄として扱うには疑問が残る症例である。

肝外限局型の原発性硬化性胆管炎についての本邦報告例のまとめ⁸⁾では、術前の胆管癌との鑑別はきわめ

て困難であり、たとえ診断がついたとしても保存的治療で確立したものが無い現状では、病変部位を可及的に切除し、胆道再建術を施行するのが良策であると考えられている。また、癌を完全に否定するためには切除標本の詳細な病理学的検討が必要であると報告している。

予後に関しては、一般的に原発性硬化性胆管炎は進行性の疾患と考えられているが、山岡ら⁸⁾の報告では、肝外限局型に病変部の切除術を施行した症例では、他の胆管に病変が再燃することはなく、予後は決して悪くはないと報告している。さらに、び漫型などと臨床経過が異なることより別の疾患単位の可能性も考えられるとまとめている。これらについては、症例の蓄積がまたれるところである。

自験例は術後2年9カ月を経た現在、胆管の病変の再燃なく外来通院中であり、今後も経過観察をしていくつもりである。

IV あとがき

胆管癌との鑑別に難渋した良性胆管狭窄の1例を経験し、若干の文献の考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 藤井康弘, 田中龍彦, 中山伸一: 良性胆管狭窄症の検討. 日臨外会誌 48: 1631-1638, 1987
- 2) 星野 信, 武内俊彦: 炎症性胆管狭窄. 胆と膵 13: 1141-1145, 1992
- 3) Deblet P: Retrocissement du choledoque. Cholecysto-duodenostomie. Bull Men Soc Nat Chir 50: 1144-1146, 1924
- 4) 林田健男, 佐治弘毅, 赤沢 修: Primary sclerosing cholangitisと思われる1症例. 日外会誌 66: 223-227, 1965
- 5) 久満董樹, 土岐文武, 小幡 裕: 原発性硬化性胆管炎と類似疾患. 胆と膵 9: 931-938, 1988
- 6) 平野博之, 小泉 勝, 下瀬川徹: 原発性硬化性胆管炎. 胆と膵 13: 1173-1177, 1992
- 7) LaRusso NF, Wiesner RH, Ludwig J, MacGarty RL: Primary sclerosing cholangitis. N Engl J Med 310: 899-903, 1984
- 8) 山岡吉生, 丸山恭平, 細田正則, 上平博司, 赤井秀幸, 児玉 正, 加嶋 敬, 山岸久一, 岡 隆宏, 真崙武, 土橋康成: 慢性膵炎を合併した限局性原発性硬化性胆管炎の1例—本邦報告例の検討—. 胆と膵 15臨時増刊: 975-982, 1994

(7. 2. 2 受稿)