

## 胆嚢癌, とくに特異な病像を示した症例を中心に

市川 英幸<sup>1)</sup> 志賀 知之<sup>1)</sup> 刈部 徳郎<sup>1)</sup>  
小沢 眞嗣<sup>1)</sup> 野口 徹<sup>1)</sup> 林 四郎<sup>1)</sup>  
嶋倉 勝秀<sup>2)</sup>

1) 信州大学医学部第1外科学教室

2) 信州大学医学部第2内科学教室

### Carcinoma of the Gallbladder with Special Reference to the Clinicopathological Features

Hideyuki ICHIKAWA<sup>1)</sup>, Tomoyuki SHIGA<sup>1)</sup>, Norio KARIBE<sup>1)</sup>,  
Masatsugu OZAWA<sup>1)</sup>, Toru NOGUCHI<sup>1)</sup>, Shiro HAYASHI<sup>1)</sup>  
and Katsuhide SHIMAKURA<sup>2)</sup>

1) *Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine*

2) *Department of Internal Medicine, Shinshu University School of Medicine*

Twenty-two cases with carcinoma of the gallbladder were treated at the First Department of Surgery, the Shinshu University Hospital, during the ten years from January 1973 to March 1983. Nine patients were treated with surgical procedures, including cholecystectomy alone or cholecystectomy with dissection of the liver tissue attached to the gallbladder and regional lymph nodes. Four patients received curative resection and have survived for 10 to 53 months since operation, but, four of five patients who had a non-curative resection expired within 10 months. Thirteen patients treated with biliary or gastrointestinal decompression due to the far advanced stage of the disease showed a mean survival of four and half months. As far as modes of spread are concerned the carcinoma of the gallbladder had directly invaded the liver bed, choledochus, duodenum or stomach rather than spread peritoneally, and for that reason primary lesions were not resected. Three cases in particular are reported because of their special mode of dissemination.

We would emphasize that improvement in the survival rate in this disease depends upon earlier diagnosis and more radical surgical procedures. *Shinshu Med. J.*, 32: 355-361, 1984

(Received for publication March 15, 1984)

---

**Key words** : carcinoma of the gallbladder, modes of spread

胆嚢癌, 進展様式

---

#### はじめに

この5~6年の間に普及した直接胆道造影, 超音波診断, Computed Tomography Scan (CT スキャン), 血管造影などの画像診断により, 術前に胆嚢癌

と診断される症例が増加している。しかし, 胆嚢癌は高齢者に多く発生し, 進展形式も多様で, 他臓器への浸潤や遠隔転移のため切除不能例が多く, 根治切除可能な時期に手術される症例はまだ少ない。他方, 手術手技, 術前術後管理技術の進歩により, 他臓器合

併切除による根治性の向上をも期待できるようになってきたとはいえ、その治療成績は今日でもなおきわめて悪い<sup>1)2)</sup>。手術遠隔成績向上のためには、胆嚢癌の病態、とくに進展形式を理解し、合理的、根治的な手術を行うことが重要である<sup>3)4)</sup>。そこで、過去10年間に信州大学第1外科で手術された胆嚢癌の進展形式について検討し、なかでも特異な臨床病理像を示した症例を報告する。

### I 自験例の概要

1973年から1983年3月までの約10年間に手術された胆嚢癌症例は22例で、年齢は最少33歳から最高83歳にわたり、平均63歳で比較的高齢者に多く、男性7例、女性15例であった。

この22例中9例の癌病巣が切除されたに過ぎず、しかも治癒切除例は4例のみで、残りの5例は非治癒切除に終わった。進行度別にながめてみると、Stage I 2例、Stage II 1例、Stage III 4例、Stage IV 2例で、組織型は全例腺癌である。また切除例の肉眼的形態分類では、乳頭型1例、結節型2例、結節浸潤型3例、乳頭浸潤型3例であり、腫瘍の大きさは、最小1.8×1.6×1.6cm、最大14×7×8cmであった。

残りの切除不能に終わった13例では、試験開腹、減黄術などの姑息的手術が行われた。

治癒切除が行われた4例は術後最短10ヵ月、最長4年5ヵ月、平均2年8ヵ月の現在、全例が生存している。非治癒切除5例のうち4例は術後10ヵ月以内に死

亡したが、他の1例が術後2年7ヵ月の現在、生存している。さらに非切除例では平均5ヵ月で全例死亡している。

これらの症例について、胆嚢癌取扱規約<sup>5)</sup>の分類に従って、胆嚢癌の進展様式について検討を加える。

### II 胆嚢癌の進展様式

#### A 腫瘍の占居部位

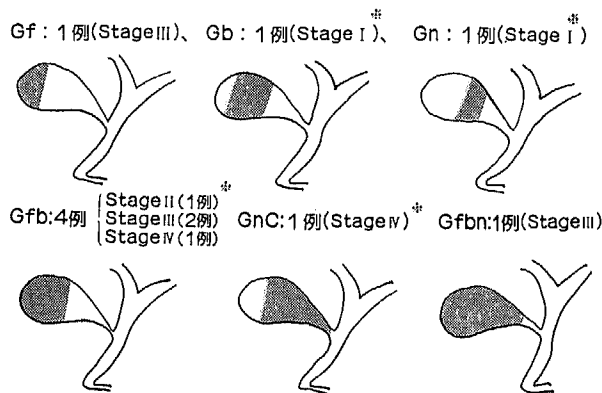
切除された胆嚢癌の占居部位は胆嚢底部(胆嚢癌取扱規約上、Gf)1例、体部(同前、Gb)1例、頸部(同前、Gn)1例で、底部と体部の2領域にわたるもの(同前、Gfb)4例、頸部と胆嚢管を占居するもの(同前、GnC)1例で、胆嚢全体に癌があった症例(同前、Gfbn)は1例である(図1)。

他方、切除不能例ではGfbc 7例、Gbc 3例、Gfbc 2例、Gfbc 1例で、当然のことながら胆嚢の広範囲に癌が浸潤している症例が多い(図2)。

#### B 漿膜浸潤(S因子)

切除例において、癌組織が漿膜面にまったく出ていないもの(S<sub>0</sub>)3例、癌組織が漿膜面によりやく出ていると思われるもの(S<sub>1</sub>)2例、癌組織が漿膜面に明らかに出ているもの(S<sub>2</sub>)2例であり、癌が他臓器に浸潤していた(S<sub>3</sub>)2例は、胃幽門前庭部、十二指腸、横行結腸間膜に浸潤していたが、合併切除により癌病巣が摘出された。

非切除例ではS<sub>1</sub>1例、S<sub>2</sub>8例、S<sub>3</sub>4例で十二指腸や横行結腸などの近接臓器に直接浸潤する症例が多



●: 腫瘍占居部位  
\*: 治癒切除

図1 胆嚢癌切除例の腫瘍占居部位

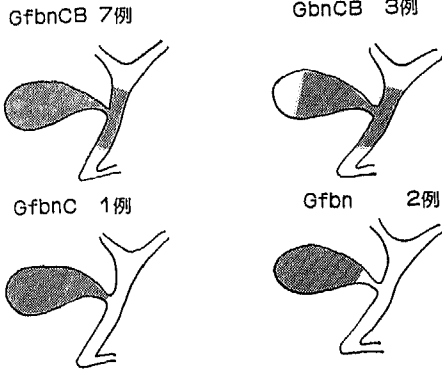


図2 腫瘍占居部位

図2 胆嚢癌非切除例の腫瘍占居部位

い(図3)。

C 肝臓への直接浸潤 (Hinf)

切除例9例の肉眼的肝内進展としては、肝床への浸潤をまったく認めない症例(Hinf<sub>0</sub>)が7例、肝床への浸潤が疑わしい症例(Hinf<sub>1</sub>)が2例で、前者の症例が多い。非切除例13例では、Hinf<sub>1</sub> 1例、Hinf<sub>2</sub> 5例、Hinf<sub>3</sub> 7例で、肝床を中心にした癌浸潤により大きな腫瘍を形成する症例が多い(図3)。

D 肝内への散在性転移 (H因子)

切除例では肝転移は全例で認められなかったが、非切除例では肝転移をまったく認められない症例(H<sub>0</sub>) 8例、肝の一葉にのみ転移が認められた症例(H<sub>1</sub>) 2例、肝両葉に少数散在性に転移が認められた症例(H<sub>2</sub>) 1例、両葉に多数散在性に転移が認められた症例(H<sub>3</sub>) 2例で、非切除例でも手術時肉眼的に認められた肝転移の頻度は意外に少ない(図3)。

E 胆管への直接浸潤 (B因子)

切除例では胆管浸潤は全例で認められなかったが、非切除例においては、胆管への浸潤をまったく認められない症例(B<sub>0</sub>) 2例、胆管への浸潤の疑わしい症例(B<sub>1</sub>) 1例、胆管への浸潤が明らかであるがその程度の軽い症例(B<sub>2</sub>) 1例、胆管への浸潤がさらに強い症例(B<sub>3</sub>) 9例と、胆管への浸潤例が多く、この浸潤が非切除の大きな原因の1つにあげられる(図3)。

F 腹膜播種性転移 (P因子)

癌病巣が切除できた9例においては腹膜播種はまったく認められなかった(P<sub>0</sub>)が、非切除例ではP<sub>0</sub> 9例、近接腹膜にのみ転移が認められた症例(P<sub>1</sub>) 1例、遠隔腹膜に少数の転移が認められた症例(P<sub>2</sub>) 1例、遠隔腹膜に多数の転移が認められた症例(P<sub>3</sub>) 2例であり、肝内直接浸潤や胆管への浸潤にくらべて腹膜播種の頻度は少ない(図3)。

G リンパ節転移

切除できた症例でリンパ節転移が認められない症例は4例で、残り5例では総肝動脈幹リンパ節や膵頭後部リンパ節など第2群リンパ節に転移が認められた。非切除例ではリンパ節転移の範囲を十分に検索できなかった症例が多いが、膵頭後部や腸間膜根部リンパ節への転移例が多い。

III 特異な臨床病理像を示した症例

症例1: 83歳、女性。

昭和48年2月ショックを伴った出血性胃潰瘍のため、緊急的胃体部分節切除が行われた。

この術中壁の薄い胆嚢内に2個の結石が触知されたが、術中の全身状態が不良で、胆嚢摘出・結石除去は断念された。1年10カ月を経過した後、腹痛、嘔吐、

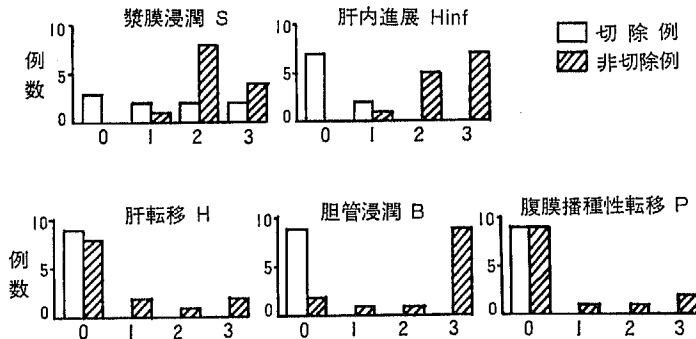


図3 胆嚢癌の進展様式 (下段の数字はそれぞれの因子についての進展度を表す。)

発熱などの胆石様の発作が出現したが、高齢のため再手術の機会を失い、保存的療法で対処されている。しかし、2年6カ月後の昭和55年8月には食欲不振、心窩部不快感を訴えたとともに右下腹部の腫瘤に気づき、来院した。右下腹部に超鷲卵大、硬、表面結節状、用手的に左右へ移動する腫瘤が触れており、直ちに入院したが、その直後から黄疸が出現した。開腹した結果、胆嚢全体が腫瘤状で、胆管に浸潤し、肝の両葉にも転移病巣があり切除不能に終わった。たとえ高齢者でも、緊急手術後全身状態が回復した時期に積極的に胆嚢摘出をすすめるべきであったと反省させられた症例である<sup>6)</sup>。

症例2：65歳、男性。

昭和58年2月頃より心窩部痛、背部痛、発熱が出現し、患者自身が右季肋部に腫瘤を触知するようになり、本学附属病院第2内科で検査が進められ、胆嚢癌の診断で第1外科へ入院した。

入院時、腹壁を介して右季肋部に10×8cm、半球状、弾性硬、圧痛のある腫瘤を触れ、血清CEAは202ng/mlと上昇していた。ERC像では胆嚢底部に造影欠損像があったが、胆嚢管、胆嚢体頸部には浸潤像は認められなかった(図4)。また、腹腔動脈造影で、胆嚢動脈から腫瘤へのfeeding arteryがあるほかに、腫瘤は胃・十二指腸動脈の分枝からも血流を受け、腫瘍濃染像も認められた(図5)。CTスキャン所見では胆嚢の腹側半分はlow densityを示し、solid massで占められているが、頸部には正常な構造が残り、胆石と思われるhigh densityな像が内部にみられた。

開腹した結果、腫瘤の大部分は胆嚢壁外に発育した巨大な胆嚢癌で、胆嚢壁との関係では胆嚢底部のごく一部を占めるのみであった。腫瘤はさらに胃前庭部、十二指腸の一部、横行結腸間膜に浸潤しており、横行結腸、胃・十二指腸を合併切除を行い病巣が切除された(図6)。

症例3：74歳、女性。

昭和55年よりParkinson病のため内科で治療中、心窩部痛が出現し、血液化学検査で血清AIP値187mIU、CEA 25.98ng/mlといずれも高値を示した。そのため腹部超音波検査が施行され、胆嚢床に3.5×4cmのhyperechoic massとともに、肝左葉と脾臓の間に約4cmのmassが認められた。DICで胆嚢は造影されず、またERC像上では胆嚢管の中断、総胆管が16mmと拡張していた。CTスキャン像で胆嚢の一部にhigh densityな部があり、肝左葉に接

して円形のlow density areaが認められた(図7)。

開腹すると胆嚢全体が腫瘍で占居され、術前に実施された超音波、CTスキャン像で肝左葉に接して脾臓との間に認められた腫瘍は腹腔動脈周囲リンパ節への転移病巣であった。この症例では胆嚢管、胆管その周辺への直接浸潤がなく、また第1、2群のリンパ節への転移もなく、第3群リンパ節にのみ転移をおこしたと考えられる症例である。

#### IV 考 察

胃癌などの悪性腫瘍に対する外科的治療成績はめざましい進歩をとげてきたのに対して、胆嚢癌の治療成績は決して満足すべき成績ではない<sup>7)</sup>。胆嚢癌の治療成績を向上させるためには、早期発見、早期治療が何よりも重要であるが、従来胆嚢癌の診断が遅れ、手術時期を逃していた理由としては、臨床症状が出現して始めて診察を受け、かなり進行した状態でようやく胆嚢癌と診断されていたこと、早期診断を可能にする診断技術を持たなかったことなどがあげられる<sup>8)</sup>。われわれが遭遇した症例のうち、症例1は昭和48年の症例で、当時CTスキャンあるいは超音波検査などの診断手段がないため、術中に確認した胆石症のみを念頭において経過観察が行われてきた。その結果、胆嚢癌の診断、治療が遅れ、適切な外科的療法が行われることなく不幸な転帰をとったが、高齢女性で胆嚢結石を発見した場合、安易に胆石症のみと診断することなく、常に癌が合併していることを念頭において診断、治療すべきであろう<sup>9)</sup>。

また、胆嚢癌の治療はそのstageや進展様式によって異なるが、胆摘術、拡大胆摘術、あるいは肝右葉切除などの外科的治療が主体である現在、癌の進展形式<sup>10)</sup>を十分に熟知しなければならぬことはいうまでもない。症例2のように、胆嚢底部に原発した腫瘍が肝門側へ浸潤することなく、壁外性に浸潤、発育した胆嚢癌は特異で、きわめてまれな例である。胆嚢癌の進展形式として、Fahimら<sup>11)</sup>によれば、肝転移や腹膜播種の頻度は低いのにに対し、肝をはじめ結腸、大網、十二指腸などの周囲臓器への直接浸潤が高率である。阿曾ら<sup>10)</sup>も胆嚢癌69例を検討し、肝への直接浸潤、肝内への散在性転移、胆管浸潤が多くみられ、腹膜播種の頻度は少ないと報告している。また、水本と三田<sup>12)</sup>は、胆嚢癌44例中肝内直接浸潤が32例(89%)と最も高く、胆管浸潤25例(69%)、リンパ節転移は検索可能であった23例中15例(65%)、十二指腸および

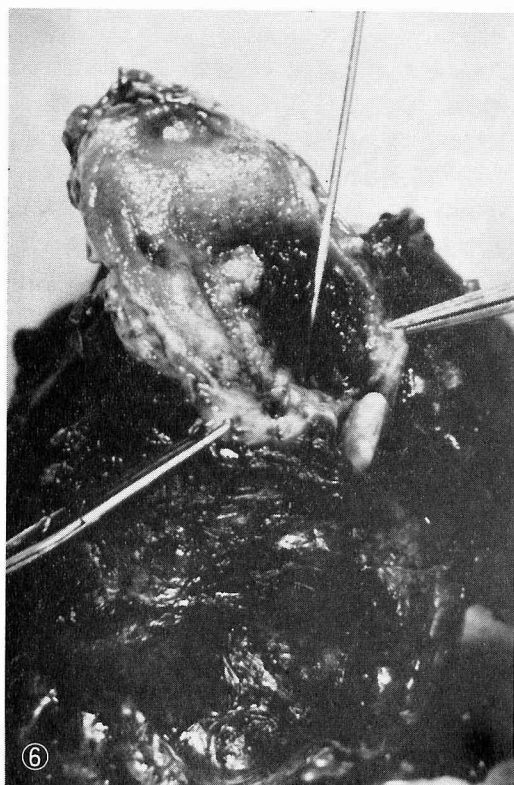
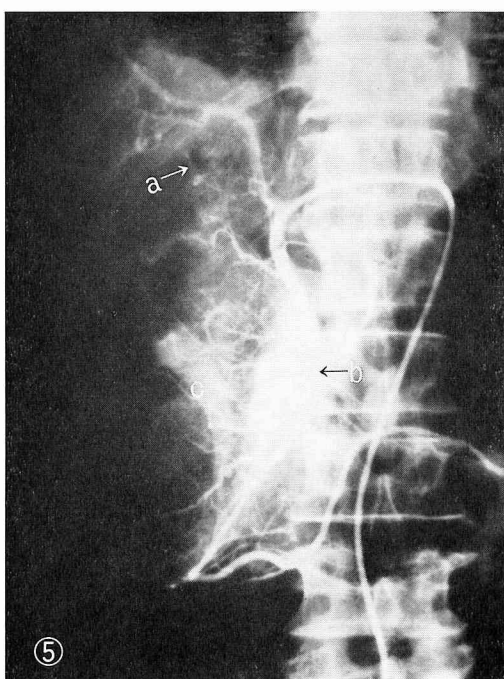
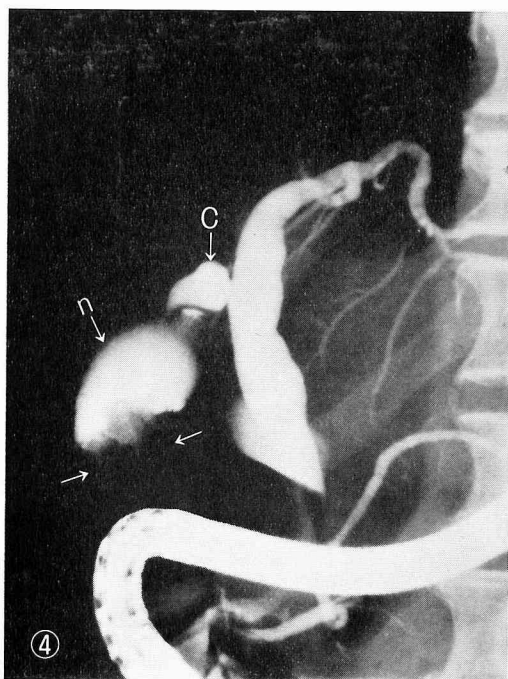


図4 症例2のERC像  
胆嚢底部(矢印)は造影されないが、胆嚢体頸部(a)胆嚢管(c)に浸潤像は認められない。

図5 症例2の超選択的腹腔動脈造影像  
胆嚢動脈(a)からの feeding artery のほかに、胃・十二指腸動脈(b)からの血流を受けた、血管豊富な胆嚢癌(c)である。

図6 症例2の切除標本  
胆嚢癌は胆嚢底部から壁外性に発育し、胃前庭部、十二指腸の一部、横行結腸へ浸潤し、これらの臓器を合併切除した。

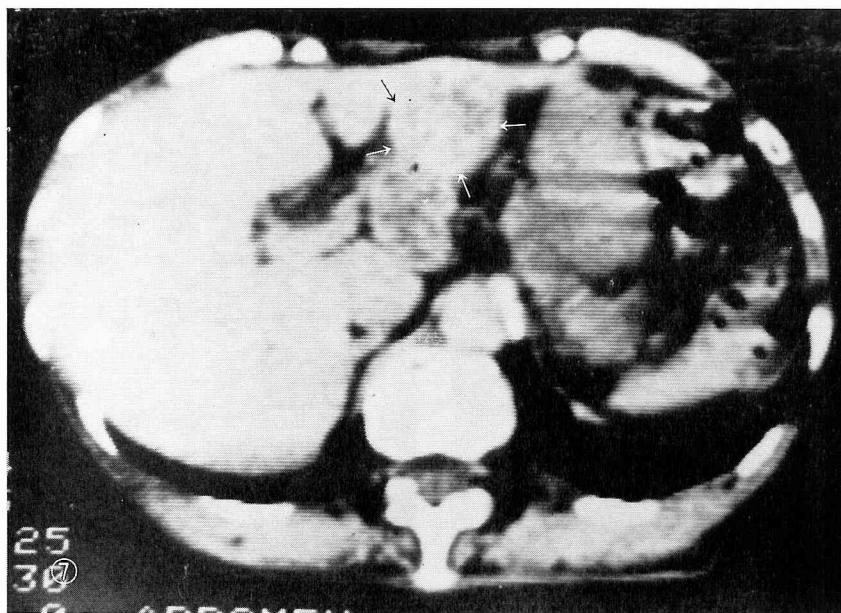


図7 症例3 CT スキャン像  
肝左葉に接して円形の low density area (矢印) が認められる。

横行結腸などの他臓器浸潤23例(64%)と多く、肝転移9例(25%)、腹膜播種6例(17%)と少ないと述べている。今回われわれが検討した結果でも、肝内への散在性転移や腹膜播種の頻度は少なく、隣接臓器とくに肝、胆管への直接浸潤が胆嚢癌の非治癒切除の大きな原因となっている。したがって、胆嚢癌の切除率、根治性を高めるためには、肝への直接浸潤例に対しては肝拡大右葉切除、または胆管浸潤を伴う場合には胆管合併切除などの術式の拡大が必要であるが、拡大術式にも限界があり、予後も必ずしもよくない<sup>3)</sup>。

リンパ節転移の頻度も胆嚢癌の予後を左右する重要な因子の1つである<sup>13)</sup>が、胆嚢癌切除例のリンパ節転移陽性率は、自験例と同様、これまでの報告でも54%<sup>13)</sup>、57%<sup>14)</sup>と高率である。リンパ節転移は胆管リンパ節、総肝動脈幹リンパ節、上臍頭後部リンパ節が多いが、症例3は胆管リンパ節、上臍十二指腸リンパ節、総肝動脈リンパ節には転移がなく、直接腹腔動脈基部のリンパ節へ転移したと考えられる。このことから、進行胆嚢癌ではリンパ節郭清はできるだけ広範囲に行うべきことは当然である。

宮崎と永川<sup>15)</sup>は治癒切除22例の進展様式と予後を検討し、5年以上生存例の4症例はすべて Stage I

であったが、Stage III の1症例が術後6年間生存していることに注目している。われわれの教室例では、治癒切除が行われた症例の術後 follow up 期間が短い、術後最低10カ月、最長4年5カ月の現在全例生存している。これらの症例の Stage 分類では、Stage I 2例、Stage II 1例、Stage IV 1例であった。Stage IV の症例は67歳女性で、癌病巣が胃前庭部に浸潤していたが、拡大胆摘、胃前庭部切除、第2群リンパ節郭清を行った。術後2年8カ月の現在元気に家庭生活を営んでおり、たとえ進行胆嚢癌でも根治性を高める術式を選択すべきである。

## V 結 論

過去10年間に信州大学第1外科で遭遇した胆嚢癌症例の進展様式を検討し、特異な発育を示した症例を報告した。われわれが遭遇した症例でも切除不能例が多く、その原因として、肝臓、胆管、十二指腸、横行結腸など近接臓器への直接浸潤が切除不能の大きな因子であり、胆嚢癌の治療成績向上のためには何よりも早期発見、早期治療の重要性を改めて強調したい。

(この論文の要旨は第25回日本消化器病学会大会で発表した。)

文 献

- 1) Piehler, J.M. and Crichlow, R.W. : Collective reviews. Primary carcinoma of the gallbladder. Surg Gynecol Obstet, 147 : 929-942, 1978
- 2) Kelly, T.R. and Chamberlain, T.R. : Carcinoma of the gallbladder. Am J Surg, 143 : 737-741, 1982
- 3) 佐藤寿雄：胆嚢癌の治療をめぐる 2, 3 の問題点. 外科, 38 : 373-380, 1976
- 4) 高田忠敬, 内山勝弘, 安田 喜, 佐藤裕一, 金山成保, 磯辺孝司, 吉川達也, 鈴木博孝, 羽生富士夫：胆嚢癌—肉眼型, 癌進展と予後—。胆と脾, 2 : 813-820, 1981
- 5) 日本胆道外科研究会編：外科胆道癌取扱い規約. pp. ①—⑩, 金原出版, 東京, 1981
- 6) 林 四郎, 草野充郎, 志賀知之：出血性胃潰瘍の手術に際して 発見された胆石症と その後の胆嚢癌の発現—83歳女性の臨床経過. Geriatric Medicine, 14 : 1105-1111, 1976
- 7) Wanebo, H.J., Castle, W.N. and Fechner, R.E. : Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion ? Ann Surg, 195 : 624-631, 1982
- 8) 横山育三, 田代征記, 今野俊光, 持永瑞恵, 中熊健一郎, 村田悦男：本邦における 胆嚢癌の外科療法の趨勢, 日消外会誌, 13 : 1362-1368, 1980
- 9) 伊藤信義, 高橋 徳：胆嚢癌の診断. 消化器外科, 5 : 165-172, 1981
- 10) 阿曾弘一, 佐藤光史, 大宮東生, 吉田宗紀：胆嚢癌の進展形式. 消化器外科, 5 : 173-180, 1981
- 11) Fahim, R.B., Mc Donald, J.R., Richards, J.C. and Ferris, D.O. : Carcinoma of the gallbladder : a study of its modes of spread. Ann Surg, 156 : 114-124, 1962
- 12) 水本龍二, 三田孝行：胆嚢癌の進展度と外科的治療. 腹部画像診断, 3 : 437-444, 1983
- 13) 伊関大治, 牛山孝樹, 別府倫兄, 和田達雄, 錦野光浩, 甲田安二郎, 登政 和：胆嚢癌切除例の検討. 日消外会誌, 16 : 607-612, 1983
- 14) 霞富士雄, 高木国夫, 小西敏郎, 坂元吾偉：胆嚢癌の治療, とくに進展様式からみた治療方針. 日消外会誌, 9 : 170-177, 1976
- 15) 宮崎逸夫, 永川宅和：胆道癌取扱い規約と胆嚢癌の予後. 消化器外科, 5 : 207-212, 1981

(59. 3. 15 受稿)