

肝 嚢 胞 の 1 例

昭和39年10月26日 受付

信州大学医学部丸田外科教室

大 矢 清

A Case of Polycystic Liver

Kiyoshi Ohya

Prof. Maruta's Surgical Clinic, Shinshu University

肝嚢胞に関する報告は本邦においても少なくないが、その多くは寄生虫性肝嚢胞、すなわち肝包虫による嚢胞であつて、真性非寄生虫性肝嚢胞は稀である。

私は最近丸田外科教室において嚢胞腎を合併した肝嚢胞の1例を経験したので報告する。

症例 53才、女性

主訴：上腹部腫瘍

既応歴：腹部外傷や高熱を経験したことなく、又黄疸にも罹患したことはない。家畜に接する機会も特でない。

家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：1962年春、上腹部の腫瘍に気付いたが、全身倦怠感、食後の膨満感があるほか特に愁訴がないので放置していた。ところが1963年3月、嘔気、嘔吐があつたので某医に受診し、上腹部の腫瘍に穿刺を受け肝嚢胞の診断を下され、丸田外科へ紹介された。

現症：栄養は中等度で貧血はなく、黄疸もない。脈拍は緊張良好、整、舌は湿潤、聴打診上肺に異常所見はなく、肺肝境界は第6肋間で、心音にも異常を認めない。上腹部は軽度に膨隆し、図1の如く右乳線上で約10cmにわたつて腫瘍を触知し、表面凹凸不平で、硬度は硬く、更に左側腎を触知する。右腎は腫瘍の為に触知不明。腹壁の皮膚には静脈の怒張は見られず、下肢に浮腫を認めない。

入院時検査成績。赤血球 464×10^4 、血色素75%、白血球3400、血沈1時間値10mm、尿比重1033、蛋白(+), 糖(-), 糞便潜血反応(-), 虫卵(-), 肝機能検査では T. T. T. 1, Z. T. T. 6, C. C. L. F. (-), Gros 6, B. S. P. 45/5, 黄疸指数4, G. O. T. 10, A/G比1.0, 血清蛋白6.3で、ウロビリノーゲン陽性のはかいずれも正常である。梅毒血清反応陰性、心電図に右脚ブロックがみられる。血圧は164/100mmHgで軽度の高血圧がある。

胃X線透視では図2の如く胃は腫瘍により後方に圧排されているが、通過障害なく、腫瘍は明らかに胃外のものである。注腸バリウムによるX線検査では横行

結腸は腫瘍により下方に圧排され、気腹を行つてみると腫瘍は図3の如く分葉状に分れ、右横隔膜は二横指挙上していることが明白となつた。腫瘍の呼吸性移動は左右共に正常である。

排泄性腎盂撮影により両側腎盂の拡大を認め(図4)、多尿及び高血圧のある所から嚢胞腎の合併も考えられたが、腫瘍は腎とは関係がない。

以上の所見から、肝嚢胞の診断を下し、1963年3月25日手術を施行した。

開腹所見：図5の如く腫瘍は左右両葉の肝に発生した多発性嚢胞で、大きさは小豆大から成人手拳大に及び、薄い線維性ないし比較的厚い浮腫性の壁からなつている。更に腹腔内を精査すると両側腎の肥大を認め、表面に示指頭大の嚢胞を多数触知した。手術は肝嚢胞の一部を試験切除したのみで終了した。

肝嚢胞の穿刺液は淡黄色透明ないし無色透明な液であつた。その性状を検査すると表1の如くである。

表1 本例の嚢胞内容

比	重	1012~1020
蛋	白	400~2640mg/dl
コ	ハ	(-)
包	虫	(-)
色	色	淡黄色~水様透明
	pH	7.4
	糖	(-)
胆	汁	(+)又は(-)

組織学的所見：嚢胞の内面は胆管上皮と類似した一層の立方上皮で覆われ、ほかには間質中に軽い円形細胞浸潤を見るに過ぎないので真性肝嚢胞と診断される(図6)。

考 按

肝嚢胞の分類に関しては、Virchow^①を初め Sc-haak^②、日下部^③、三宅^④、等多くの学者により諸説が唱えられており、意見の一致を見ないが、例えば三

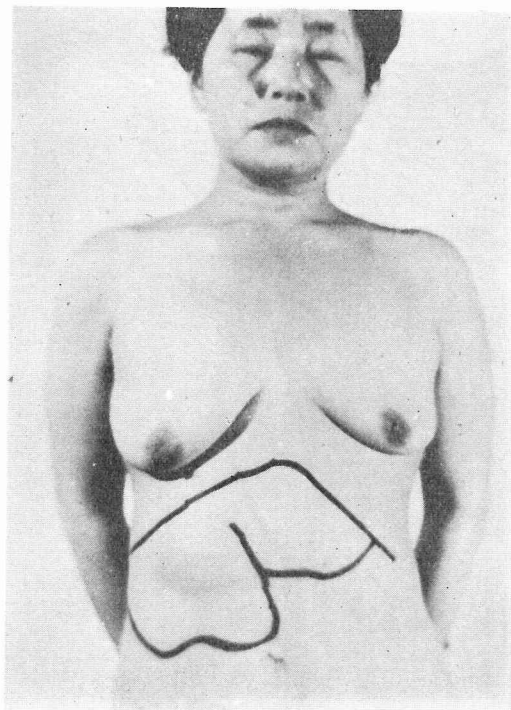


図 1 実線は触診による腫瘤縁を示す。

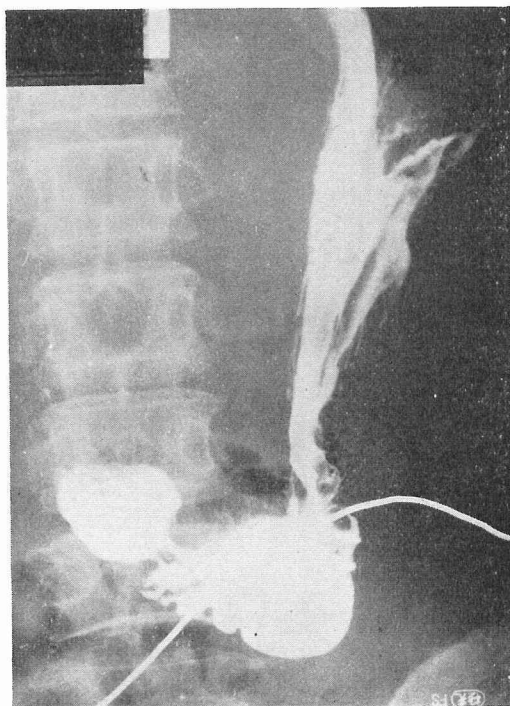


図 2 胃は腫瘤により後方に圧排されこいる。十二指腸球部正常，実線は腫瘤を示す。

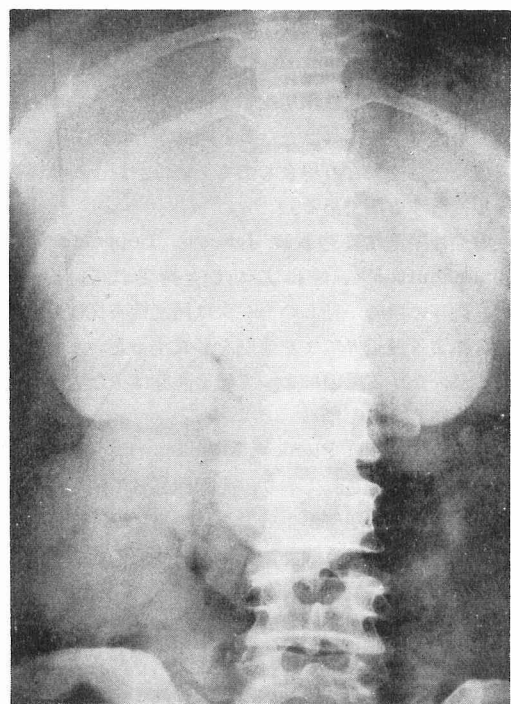


図 3 気腹像により腫瘤は分葉状構造が明白である。

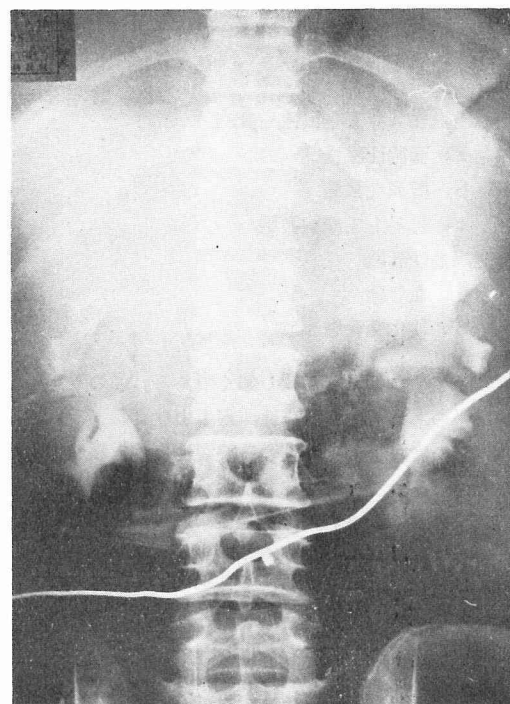


図 4 排泄性腎盂撮影像
両側腎盂の拡大を示す。実線は腫瘤縁。

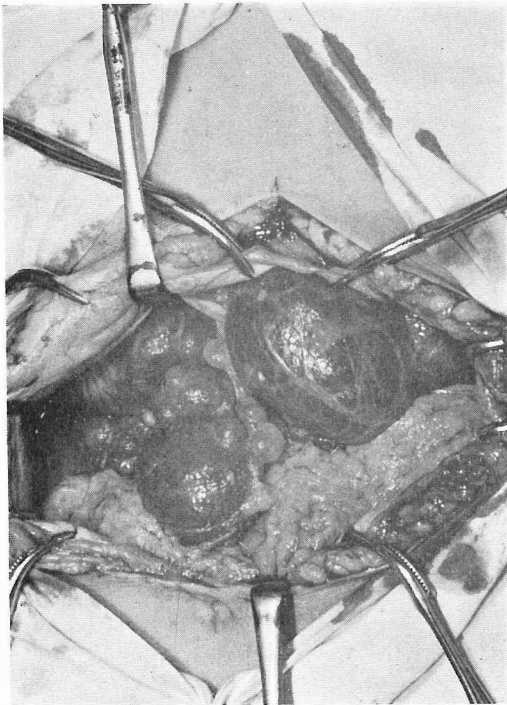


図5 開腹所見
左右の肝には大小様々な嚢胞が見られる。



図6 嚢胞壁の組織学的所見。

表2 肝嚢胞の分類(三宅)

- A, 寄生性嚢胞
 - 肝包虫嚢胞
- B, 真性(非寄生性)嚢胞
 - a. 嚢胞性腺腫
 - b. 貯溜性嚢胞
 - c. 線毛上皮細胞嚢胞
- C, 偽性嚢胞
 - a. 血管腫
 - b. 軟化性嚢胞

宅^④の分類によれば表2の如くである。このうち外科的興味のあるものは、真性非寄生性嚢胞で、大きくなるものは胆管より発生する貯溜性嚢胞と嚢胞性腺腫の二つであつて、その他の肝嚢胞は一般に稀で、臨床的意義はすくない。又その発生原因についても真性腫瘍説、貯溜性嚢胞説、先天性畸形説等の諸説があり、原因は必ずしも単一でないようである。

真性腫瘍説ないし嚢胞性腺腫説は Siegmund^⑤によつて初めて唱えられ、Hippel^⑥, Hoffmann^⑦, Langenbuch^⑧, 三宅^⑨, 日下部^⑩等により支持されているが、これは先ず胆管が増殖し、これが次第に嚢胞性拡張を来して多房性嚢胞を形成し、更にこれ等が癒

合して単胞性嚢胞になるというのである。その理由として、嚢胞の内面に梁状隆起を窺わせるものがあり、これ等は小嚢胞の癒合の遺残であるとし、更に一部には上皮細胞の腺腫性増殖を示す部分があるという。ただし嚢胞の発育が高度となると内面から圧迫されて腺腫性増殖像を失ふ場合もあるという。以上が本学説の根拠とする所である。

貯溜性閉塞性嚢胞説は Jones^⑩, Leppmann^⑪, Bland-Sutton^⑫, 等によつて支持されている学説で、既存の胆管が結石の介在又は閉塞性炎症性狭窄や腫瘍による圧迫等により嚢胞を形成するというものであるが、かかる原因によつて起る嚢胞は少ないとする学者もある。

先天性畸形説は Plenk^⑬, Moschcowitz^⑭, 大塚^⑮等によつて支持されており、先天性異常の結果、輸胆管と関係のない胆管が生じ、これが胆汁のうづ滞の為に拡張を起すという説で、本症が胎生期の発生異常の結果生ずる嚢胞腎の合併が多いこと(約50~80%)、嚢胞の存在部位が迷走胆管の存在部位に一致していること等を論拠としている。本例も嚢胞腎を合併しており、組織学的所見より嚢胞は胆管の拡張と考えられ、腺腫性の増殖は見られない所から、著者は本例を先天性異常の結果生じた貯溜性嚢胞であると考えている。

本嚢胞の内容は発生原因より初期には胆汁よりなるが、次第に吸収される一方、滲出物、漏出液等が混入するので、種々の透明度、粘調度を呈し、又化学的組成も変化するものとされている。著者の症例においては各嚢胞により内容液の性状は淡黄色透明ないし水様透明で、比重は1012から1020、蛋白含有量は400~2640mg/dl、胆汁を証明し得たのも又は証明し得ないもの等全くいろいろであった。一方寄生虫性嚢胞の内容は表3の如く、コハク酸、包虫鈎、包虫頭を含有し、

表3 肝包虫嚢胞の内容

比	重	1002~1010
蛋	白	(-)
コ	ハク	(+)
包	虫鈎	時に(+)
色	頭	透明
	調	中性
	pH	(+)時に(-)
	糖	(-)
胆	汁	(-)

ときに糖を証明するが、これ等の所見は著者の症例には認められなかつたから、著者の症例は明らかに非寄生虫性嚢胞と考えられる。

真性肝嚢胞を文献的に考察すると年令では40才以上の年令層に多く、しかも女性に多いとされ、その性別頻度は Mandred^⑩は5:1 Wakley^⑪は4:1、内田^⑫は4:1としている。著者の症例は53才の女性であった。

本症には特有な症状はなくただ嚢胞が増大するに従つて周囲臓器を圧排するようになり、上腹部の圧迫感、食後の膨満感、或いは肺及び心臓を圧迫する結果、呼吸困難、全身倦怠感、歩行時の不快感、疼痛等が現われて来るに過ぎない。内田^⑫は嚢胞の左右への移動性が本症の特徴であると主張しているが、多発性の嚢胞には該当しない。

肝機能に障害を認めることは案外少なく、内田^⑫は本邦例36例のうち29%に認めるのみであつたと述べている。従つて本症の診断は一般に容易でないが、幸い本例は諸種の検査により術前に肝嚢胞の診断を下すことが出来たものである。

結 論

本例は多発性肝嚢胞で組織学的には真性肝嚢胞と考えられるもので、しかも上皮の増殖像を欠如し、嚢胞腎を合併している所から、真性肝嚢胞の中の先天性貯溜性嚢胞と考えられる。

文 献

- ①Virchow; 綿貫より引用, 外科治療, 5; 6, 1 昭36.
- ②Schaak; Archiv f, Klin, Chir., 125; 186, 1923.
- ③日下部; グレンツゲビート, 1; 970, 昭2. ④三宅(徳); グレンツゲビート, 3; 904, 昭4. ⑤Sieg-mund; Virchows Archiv, 115; 155, 1889. ⑥Hippel; Virchows Archiv, 123; 473, 1891. ⑦Hoffmann; Mittel, d, Grenzgeb, Med, Chir., 10; 476, 1902. ⑧Langenbuch; 小西より引用, 外科の領域 6; 9, 887, 昭33. ⑨三宅(速); 東京医事新誌, 1647, 1, 明43. ⑩Jones; Ann, of Surg., 77; 68, 1923. ⑪Leppmann; Zeitschr, z. Klin, C-hir., 54, 446, 1900. ⑫Bland-Sutton; Brit, Me-d, J., 2; 1167, 1905. ⑬Plenk; Virchows Arch-iv, 201; 335, 1910. ⑭Moschowitz; D. C. Geistより引用, A. M, A. Archiv of Surg., 71; 6, 867, 1955. ⑮大塚; 日外会誌, 33; 1383, 昭8. ⑯Mandred; Gastroenterology, 20; 78, 1952. ⑰Wakley; 内田より引用, 博愛医学, 5; 210, 昭27. ⑱内田; 博愛医学, 5; 210, 昭27.

ABSTRACT

A case of polycystic liver which developed in a 53 years old woman and was simultaneously accompanied by polycystic kidney was reported.

Histologically, this case showed a finding of true cystic liver and appeared to be congenital retention cyst among true cystic liver, because it did not show a finding of epithelial proliferation and was accompanied by polycystic kidney.