

琉球大学学術リポジトリ

[症例報告]原因不明の総肝管良性狭窄の一例

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学医学部 公開日: 2010-06-30 キーワード (Ja): キーワード (En): benign stricture, common hepatic duct, perforation 作成者: 出口, 宝, 正, 義之, 武藤, 良弘, 篠崎, 卓雄, 栗原, 公太郎, 川崎, 康彦, 山田, 護, Deguchi, Shigeru, Sho, Yoshiyuki, Muto, Yoshihiro, Shinozaki, Takuo, Kurihara, Kotaro, Kawasaki, Yasuhiko, Yamada, Mamoru メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002015783

原因不明の総肝管良性狭窄の一例

出口 宝 正 義之 武藤 良弘 篠崎 卓雄
栗原公太郎 川崎 康彦 山田 護

琉球大学医学部第一外科

要 旨

総肝管良性狭窄は種々の原因で発生し、その多くは原因が炎症性である Mirizzi 症候群の名称の下に一括して報告されている。最近当教室において、原因が明確ではないが、総肝管穿孔に起因すると推定された稀な総肝管良性狭窄の一例を経験したので報告する。症例は66歳の男性で、肝門部腫瘍の疑いで入院、手術を施行した。肝内胆管の拡張像と硬化像、高度な萎縮胆嚢および総肝管と十二指腸の癒着などの病変が存在していて、胆道造影上特徴的形態は総肝管の狭窄は短く全周性ではなく、正面像で高度の狭窄を示しているのに側面像では狭窄を認めなかったことであった。術後6ヶ月の胆道造影でも同様の所見であった。

緒 言

総肝管狭窄には種々の原因があって、その原因の術前診断が困難な症例に遭遇する。そのうちの良性狭窄も種々の原因によることが報告されている^{1)~6)}。最近当教室において術前診断が困難で、狭窄の原因が不明であったが、検討の結果、総肝管穿孔に起因すると考えられた比較的稀な総肝管良性狭窄の一例を経験したので報告する。

症 例

患者：66歳、男性
主 訴：上腹部痛
家族歴：特記事項なし
既往歴：昭和20年頃腹痛と発熱を伴う黄疸に

て1ヶ月間入院

現病歴：昭和59年5月頃より晩酌時に1時間ほど続く上腹部痛が出現、近医を受診したが異常ないと言われ放置していた。その後も年に1~2回上腹部痛が出現するため、他医を受診し、精査され、肝門部腫瘍の疑いで当科へ紹介され入院した。

入院時現症：体格中等度、栄養良好、貧血(-)、黄疸(-)、右上腹部に肝を2横指触知、その他異常所見なし。

入院時検査成績：TP 6.8g/dl, A/G 1.44, T-Bil 0.9mg/dl, D-Bil 0.3mg/dl, SGOT 24IU/l, SGPT 17IU/l, ALP 7.4KA·U, γ -GTP 21IU/l, LAP 175GR·U, LDH 340IU/l, Amy 1205IU/l, RBC $467 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 15.6g/dl, WBC $5.8 \times 10^3/\text{mm}^3$ と LAP のみ軽度上昇を示した。腫瘍マーカーは AFP 1.4ng/ml, CEA 6.5ng/ml, CA 19-9 16.2U/ml といずれも正常値を示した。

内視鏡的逆行性膵胆管造影 (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, 以下 ERCP) 像：総肝管は14mmと軽度の拡張像と、肝内胆管の著明な拡張像および軽度の硬化像がみられた。肝門部では狭窄および境界不明瞭な陰影欠損がみられ、胆嚢管、胆嚢は造影されなかった (Fig. 1-a)。

コンピューター断層撮影 (Computed Tomography, 以下 CT) 像：肝内胆管の拡張がみられたが肝門部に明らかな腫瘍像は認められなかった。また、選択的血管造影において胆嚢動脈が造影されなかったが、その他異常所見はなかった。以上所見より、肝門部腫瘍及び Mirizzi 症候群の疑いで昭和61年4月23日手術を施行した。

手術所見：総肝管に十二指腸(幽門輪より5cm 肝門側、前面)の癒着を認めたが、他に癒着は



1-a ERCP

1-b 術中Tチューブ造影

Fig. 1 胆道造影像

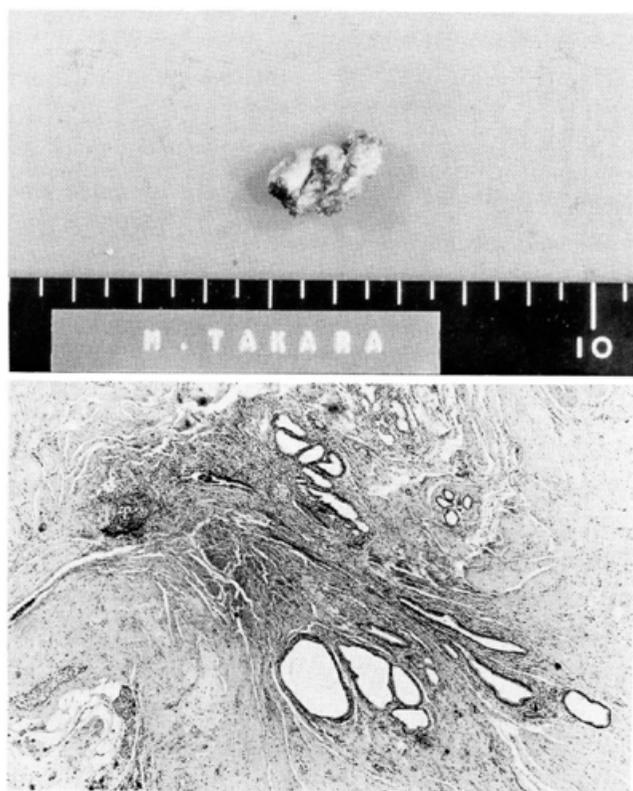


Fig. 2 胆嚢所見

上(2-a) 摘出標本

下(2-b) 病理組織学的所見

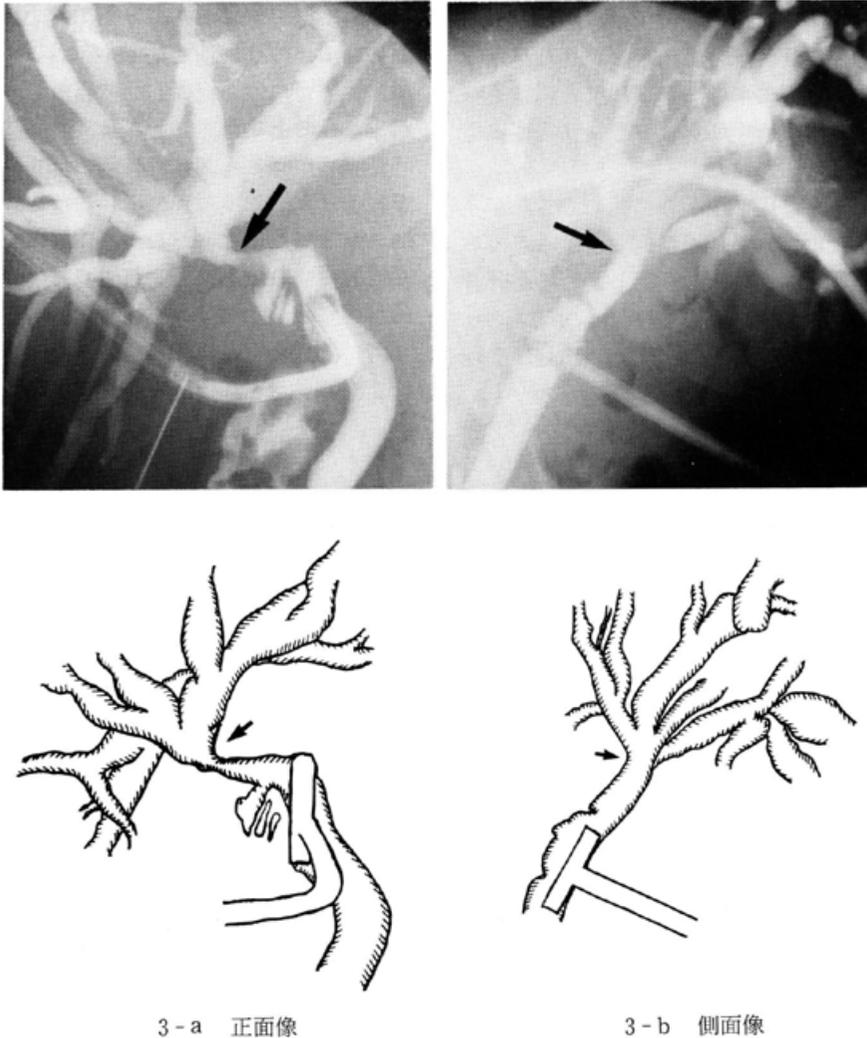
認めなかった。術中超音波検査で肝及び肝門部に腫瘍無く、肝床に高度の萎縮胆嚢を認めた。総肝管と高度に癒着した十二指腸を剝離したところ、胆嚢は小指頭大に硬く萎縮していたが、癒着はなく正常な位置に存在していた。総肝管癒着剝離面は線維化を伴っていたが、壁の硬化、肥厚は認めなかった。他方、十二指腸の剝離漿膜面も線維化がみられたが、陳旧性潰瘍性病変は見られなかった。胆嚢摘出術と総胆管切開を行い、Tチューブを留置し、術中Tチューブ胆道造影を施行した。総肝管に狭窄を認めるものの、胆石像および入院時ERCP像にみられた

境界不明瞭な陰影欠損は認めなかった (Fig. 1-b)。

摘出標本 (Fig. 2-a)：胆嚢は長さ約2 cmで硬く萎縮しており、内腔がほとんどない程狭小化しており、胆石は認めなかった。

病理組織学的所見 (Fig. 2-b)：胆嚢の粘膜は剝離し、全層性に線維性結合織の増生がみられた。

術後経過：術後2週目にTチューブ造影を施行、正面像で総肝管に狭窄を認めるが (Fig. 3-a)、側面像では狭窄を認めなかった (Fig. 3-b)。肝内胆管の拡張像および硬化像は術前と変化はな



3-a 正面像

3-b 側面像

Fig. 3 Tチューブ造影

かった。肝機能、胆道系酵素に異常なく、術後1ヶ月目にTチューブを抜去、退院した。術後6ヶ月目のERCP像では総肝管狭窄は若干改善されているが、総胆管の拡張、肝内胆管の拡張および硬化像に変化はみられなかった。

考 察

自験例の特徴は、黄疸の既往歴、十二指腸の総肝管への癒着と高度な萎縮胆嚢の手術所見、胆道造影像上で肝内胆管の拡張および硬化像があり、総肝管の狭窄部が短く正面像では強いが、側面像では狭窄を認めないという点であった。自験例は術前の胆道造影像が十分に造影されなかったため悪性病変を否定出来なかったが、術中造影像上、陰影欠損像および高度の辺縁不整像を認めず、また術中所見よりも良性病変による総肝管狭窄と思われた。

良性胆道狭窄は中下部胆管に認めることが多く、上部胆管においては悪性病変によるものが圧倒的に多いとされている⁷⁾⁸⁾。しかし、総肝管狭窄も種々の良性病変が原因^{1)~6)}として報告されており、それら良性総肝管狭窄には Mirizzi 症候

群に代表される炎症性狭窄、胆道損傷によるもの、先天性に起因するものに大別される。自験例は Mirizzi 症候群との鑑別を要したが、Mirizzi 症候群は胆嚢胆石の為に胆嚢管閉塞と炎症の波及により、総胆管の狭窄をきたし、胆道造影像上広範囲になだらかに圧排された狭窄像を示すことが多いとされており⁹⁾、自験例の所見は同症候群とは胆管像が異なっていた。

自験例の成因を推測するのは困難であるが、この症例でとりあげるべき病的所見は総肝管への十二指腸の癒着と同部肝管の圧迫様狭窄であった。したがって、相互に癒着していたこの両者に狭窄の原因を求めるのが妥当といえる。十二指腸の癒着部は潰瘍の好発部位ではなく、同部には潰瘍の癒着性変化⁹⁾もみられなかった。他方、総肝管には非特異的な結合織の増生が見られるだけであった。ところが、最近経験した総肝管胆石による総肝管穿孔例¹⁰⁾ (pin hole 様の穿孔部は大網で被覆)の総肝管狭窄像とこの症例の像は酷似していた。すなわち正面像では総肝管の狭窄像があり、側面像では狭窄像がみられない全周性でない狭窄像が特徴的であった (Fig. 4)。一般に肝外胆管の穿孔は緊急手術を

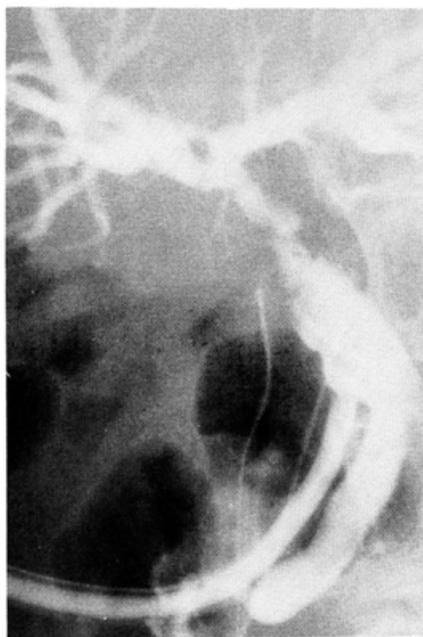


Fig. 4 総肝管穿孔例における胆道造影像

要するため、この症例のように胆管狭窄を来たすまでには至らないので胆管穿孔とその結果続発する胆管狭窄を知る上で貴重な症例と考える。ここに記載した自験例も既往歴より胆管胆石により総肝管の穿孔が起り、同部を十二指腸が被覆し、穿孔部の癒痕治療のため肝管の狭窄を来たしたものと推定できる。その結果、肝内胆管の拡張と胆嚢萎縮をもたらしたと思われる。胆嚢萎縮の原因として筆者らの症例より検討してみると、胆嚢管閉塞(通常胆石嵌頓による)、胆管胆石、内胆汁瘻であった(Table 1)。また山瀬¹¹⁾は肝内胆管の硬化像を示す症例の大多数が胆管胆石例であるとし、胆石が認められない例は胆石がかつて存在していた可能性が強いとしている。さらに、総肝管の穿孔の原因は胆管胆石に起因することが多い¹²⁾¹³⁾。この点を考え合せると自験例は入院1ヶ月におよぶ黄疸の既往があり、高度な萎縮胆嚢および肝内胆管の拡張と硬化像を示すことより、かつて胆石が存在したと考えられ、術中所見において総肝管のみに十二指腸の癒着がみられ、胆道造影上の狭窄部と一致していることより、かつて存在した胆石が嵌頓を起こし、その結果、管内圧の上昇⁶⁾、壁の圧迫壊死⁷⁾、あるいは穿孔が起り、同部位を十二指腸が被覆したものと推定した。

自験例において反省すべき点は、このような症例に対して手術の適応があったか否かであるが、術前の胆道が十分に造影されていなかったために、悪性病変を否定できず手術を施行したことで、術前検査、特にERCP、PTCの十分な造影などに加えてPTCSおよび直視下生

検を行い、良悪性の鑑別をつけるべきであったと考える。自験例は術後6ヶ月を経過しても胆道造影上の所見に変化はなく、血液生化学的にも異常は認めない。このように黄疸がなく、血液、生化学的に異常を示さない良性胆道狭窄は進行性でなければ手術の必要はないと考える。

ま と め

稀な総肝管良性狭窄の一例を経験し報告した。萎縮胆嚢、総肝管の狭窄像、肝内胆管像、手術所見より総肝管穿孔による胆道損傷が原因と考えられた。自験例のように黄疸がなく非進行性の狭窄では、良性病変と確診できれば外科的治療は必ずしも必要でないと思われる。

文 献

- 1) 永川宅和：胆嚢癌の肝門部浸潤と誤診した Mirizzi 症候群の1例，腹部画像診断，4：69～72，1984。
- 2) 山本義樹，梶川 学，浅井俊夫，秋山直彦，中澤三郎，内藤靖夫：癌と鑑別が困難であった上部胆管良性狭窄の1例，腹部画像診断，4：62～64，1984。
- 3) 田代征記，多田隈和雄：胆管壁形成異常を伴う炎症性肝門部胆管狭窄の1例，腹部画像診断，4：79～82，1984。
- 4) 永川宅和，富田富士夫，関野秀雄，秋山高儀，太田哲生，小西一郎，東野義信，新村康二，泉良平，浅野栄一，小西孝司，宮崎逸夫：Mirizzi 症候群の型(Type)分類と臨床像，胆と膵，5：1492～1434，1984。
- 5) 神谷順一，二村雄次，早川直和，豊田澄男，宮田完志，弥政洋太郎：経皮経管胆道鏡検査で経過観察した外傷性総胆管狭窄の1例，日消外会誌，15：1420～1423，1982。
- 6) 遠藤 巖，長嶺信夫，山藤信夫，正義之，外間 章，赤松 隆，山城則亮，加藤繁次：Mirizzi 症候群—総肝管良性狭窄—の検討，日消外会誌，11：757～763，1978。
- 7) 中沢三郎，服部外志之：胆道系悪性腫瘍のX線

Table 1 胆嚢萎縮と胆石・内胆汁瘻の関係

胆石の部位	症例数
胆 嚢*	26
胆嚢, 胆管	13
胆 管	5
内 胆 汁 瘻	7

(最近の胆摘症例 888 例より)

*胆石による胆嚢管閉塞有り

- 診断, 臨放誌, 17: 229~242, 1972.
- 8) 大藤正雄, 大野孝則, 土屋幸治, 税所宏光: 経皮的胆道造影—肝・胆道・膵の診断, 医学書院, 東京, 1980: 61~65.
 - 9) Pineda OH, Wels PB: Spontaneous internal biliary fistula, obstructive and nonobstructive types: Twenty year review of 55 cases, *Ann Surg*, 175:75~80, 1972.
 - 10) 普久原勉, 正義之, 武藤良弘, 栗原公太郎, 山田 護, 出口 宝: 総肝管穿孔の1例, 腹部救急診療の進歩, 7: 235~237, 1987.
 - 11) 山瀬裕彦: 肝内胆管像に関するX線学的研究—走行および硬化像, 拡張像—, 日消外会誌, 75: 337~349, 1978.
 - 12) Satake K, Ikehara T, Shim K, Asai T, Ueyama K, Yoshika M, Takemura H: A large retroperitoneal encapsulation of bile duct, *Am. J. Gastroenterology*, 80: 279~283, 1985.
 - 13) 宮田昭海, 林田政義, 森 英昭, 天野 実, 中田剛弘, 前田潤平, 平 稔, 岩田 亨, 深堀知宏: Biliobiliary fistulaの外科的治療経験, 消化器外科, 9: 1687~1690, 1986.
 - 14) 武藤良弘: 胆嚢疾患の臨床病理, 医学図書出版, 東京, 1985: 109~116.
 - 15) T.J. Muscroft, M.D. Middleton: Spontaneous common bile duct stricture: an illustrated case report, *Br. J. Surg.* 68: 139~140, 1981.
 - 16) J.W. Braasch, K.W. Warren, P.K. Blevins: Progress in Biliary Stricture Repair, *Am J Surg.* 129: 34~37, 1975.
 - 17) A.J. McAllister, N.F. Hicken: Biliary Stricture: A Continuing Study, *Am J Surg.* 132: 567~571, 1976.

BENIGN STRICTURE OF COMMON HEPATIC DUCT CAUSED POSSIBLY BY OLD PERFORATION: REPORT OF A CASE

Shigeru Deguchi, Yoshiyuki Sho, Yoshihiro Muto, Takuo Shinozaki,
Kotaro Kurihara, Yasuhiko Kawasaki, and Mamoru Yamada

The First Department of Surgery
Ryukyu University School of Medicine, Okinawa

Key words: benign stricture, common hepatic duct, perforation.

Abstract

A case of benign stricture of common hepatic duct possibly due to its perforation in a 66-year-old man is presented.

The patient was referred to Ryukyu University Hospital on April 7, 1986, with a possible diagnosis of common bile duct cancer. His past history revealed that he had been hospitalized for jaundice during one month about 40 years ago. On admission, the patient appeared healthy with no abnormal physical findings. ERCP demonstrated the stricture and filling defect of the common hepatic duct and dilatation of the intrahepatic ducts. At surgery, the first loop of the duodenum was tightly adherent onto the strictured common hepatic duct, and the gallbladder was markedly atrophic. There was no stone within the gallbladder and bile ducts. Following cholecystectomy, T-tube cholangiography showed stricture of the common hepatic duct on the anteroposterior view, but did not disclose any stricture of it on the lateral view. This cholangiographic finding was identical to that of perforation of the hepatic duct recently experienced in our clinic. Based on these data and literature review the cause of the stricture was possibly considered to be the result of perforation of the common hepatic duct. The patient has been doing well 10 months after surgery.