

# 琉球大学学術リポジトリ

[原著]Mirizzi 症候群：  
総肝管良性狭窄症に対する直接胆道造影の有用性

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学保健学部 公開日: 2014-07-18 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 遠藤, 巖, 長嶺, 信夫, 中村, 康孝, 仁熊, 浩, 正, 義之, 外間, 章, Endo, Iwao, Nagamine, Nobuo, Nakamura, Yasutaka, Nikuma, Hiroshi, Sho, Yoshiyuki, Hokama, Akira メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016500">http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016500</a>

## Mirizzi 症候群

—— 総肝管良性狭窄症に対する直接胆道造影の有用性 ——

琉球大学保健学部附属病院第二外科

遠藤 巖 長嶺 信夫 中村 康孝 仁熊 浩

第一外科

正義之 外間 章

Mirizzi 症候群は Mirizzi により syndrome anatomofunctionell として記載されたものの1つであり<sup>1)</sup> 総肝管の良性狭窄症である。胆嚢頸部ないし胆嚢管に大きな胆石が嵌入し、その周囲に生ずる炎症性変化とあいまって、総肝管を圧迫、狭窄し、胆管炎をくり返すものである。<sup>1, 2)</sup>

なお、胆嚢管が総肝管に接して走行すれば本症が起り易いことになる。<sup>1, 2)</sup> 実際には、さほど少ないとは思われないが報告例は少ない。

本症候群は、時として術前も手術時も悪性腫瘍と鑑別困難なことがあり、最近も、悪性腫瘍を剔出するつもりで肝門部迄肝管を切開してから本症に気付き、胆道再建術を行なったと云う教育用映画を拝見したことがある。

また、本症の見逃しは胆剔後愁訴例の原因となるという報告もあり<sup>3)</sup> この面からも重要である。

我々は本症の3例を経験し、直接胆道造影の有用性を痛感した。

### 症 例

症例1 46才、女子、8年前、胆嚢結石症の為、胆嚢剔出術をうけている。当時の執刀医の報告によると胆嚢管は肝門部附近から出ており、ここ迄剝離して胆嚢を剔出した。剔出胆嚢にはうずらの卵大の結石3個が入っていた。術前経皮経肝胆道造影(以下PTC)や術中胆道造影は施行しなかったということであった。

術後経過は良好であったが、1年前から上腹部、右季肋部に疼痛が現われ、次第に激しくなってきた。黄疸の既往は無い。

来院時、黄疸は無く、血清総bilirubin値は 0.7 mg/dl, SGOTは140U, SGPTは170U, Alkaline

phosphataseは17.4KAUであった。

PTC(図1)を施行したところ、三管合流部に高度の狭窄があり、胆管は糸の如く細くなっている。一見、全周性狭窄であるが、胆管の輪郭の曲線を右縁と左縁とで比較検討すると、右からの圧迫像である。悪性腫瘍の浸潤を思わせる壁の不整は無い。

開腹してみると、胆嚢頸部が遺残して、中には直径1.5cmのコ系石が詰まっております(図2)、胆嚢周囲膿瘍の為、総肝管は瘢痕組織の中に埋れていた。遺残胆嚢、胆嚢管を剔出、総肝管前壁を瘢痕組織から開放しTチューブを下方から狭窄部を通して肝門部迄挿入、留置した。組織学的には胆嚢は炎症性細胞浸潤強く、粘膜の一部は剝離して肉芽組織におきかえられていた。総胆管壁には線維化と軽度の炎症をみとめた。3ヵ月後Tチューブを抜去した後に直接胆道造影を行なったところ(図3)、肝門部になお多少の変化を認め、胆管外からの圧迫によるものと思われた。

しかし、術後11ヵ月目のPTCでは(図4)狭窄の全く無い正常胆管像を得た。

症例2 70才、男子、1ヵ月前から黄疸を伴う胆石様発作を5回経験している。黄疸と貧血のため前医で、40mlの輸血を受け、胆嚢癌の疑診を下された。入院時、理学的には右季肋部に軽い圧痛がある他は著変をみない。

来院時、血清総bilirubin値0.9mg/dl, SGOT33U, SGPT30U, Alkaline phosphatase11.4KAUであった。

PTCを施行したところ正面像(図5a)で、肝内胆管がかなり拡張し、胆管狭窄像は肝門部にあって、一見、全周性であり、胆嚢頸部、胆嚢管はこれと離れて下方に写っているため肝門部の悪性腫瘍も考えら

れた。しかし、狭窄部胆管の左側輪郭は鮮明であるのに右側輪郭はぼやけていた。第二斜位像(図5b)でも胆管は後方から圧排されているので、この輪郭の不明瞭化は胆管が後方から圧迫され、前後に扁平になっていることを示すと考えられた。

開腹すると、胆嚢は大網に包まれて大きな塊となり、高度の炎症性癒着で総肝管を狭窄していた。

胆嚢を別出し、胆嚢管から胆道外瘻を作成し、術後、時折、直接胆道造影を施行した。術後3週間目(図6)ではまだ胆道狭窄は高度であったが2ヵ月後(図7)には好転し、3ヵ月後には(図8)軽快していた。なお別出胆嚢は組織学的には、高度の線維化、潰瘍、壁内膿瘍の形成を示した。

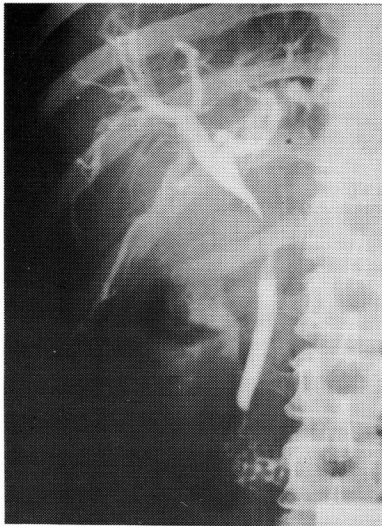


Fig. 1 Case 1. PTC before the operation.

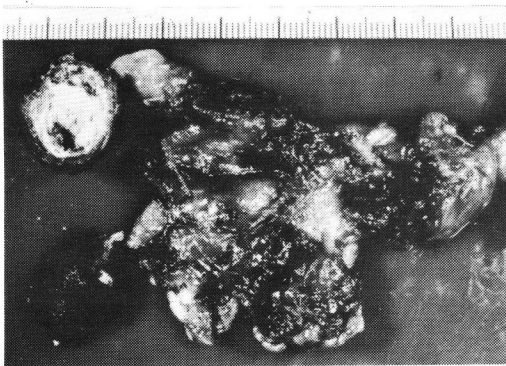


Fig. 2 Case 1. Gallbladder remnant with a gallstone.

症例3 61才、女子。2ヵ月前から無痛性、無熱性に黄疸が出現し、黄疸指数200に達した。近医で加療したが、黄疸消失に到らないので来院した。

入院時、肝は右乳線上2横指、表面平滑、辺縁鈍無痛性に硬く触れ、胆嚢は触れなかった。血清総bilirubin値3.4、直接2.7各mg/dl SGOT 120U、SGPT 94U、Alkaline phosphatase 94KAUであった。

PTCを施行したところ(図9)総肝管の下部が右前方から直径約3cmの滑らかな半円形に強く圧迫されて、ほとんど閉塞されていた。

胆嚢管の一部も造影されたが、その断端像も平滑で悪性腫瘍の浸潤を思わせる壁の不整はみられなかった。

開腹すると、胆嚢は炎症性に肥厚、瘢痕化して甚しく萎縮し、頸部に小鶏卵大のコ系石1個が嵌入して肝管を圧迫していた。胆嚢管は総肝管と強く癒着して識別困難だった。脾は硬く触れた。胆管内胆汁は暗褐色、透明で、胆砂、胆泥はみられなかった。(図10a,b)

胆嚢別出術を施行した。病理組織学的には、胆嚢に高度の炎症性変化をみた。

術後経過は順調で、7日後には肝機能は血清総bilirubin値0.4mg/dl、SGOT 29U、SGPT 24U、と正常化したが、Alkaline phosphatase値はなお25.9KAUであった。しかし1ヵ月後にはAlkaline phosphatase値も14.7KAUと低下し、患者は社会復帰した。

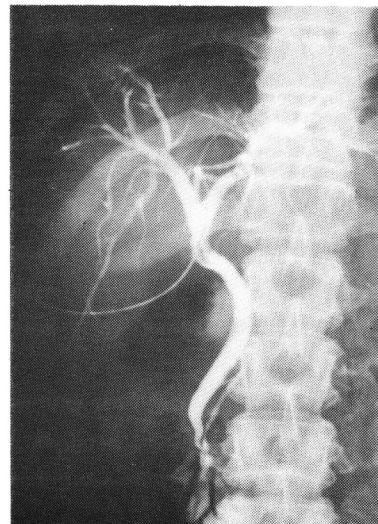


Fig. 3 Case 1. Direct cholangiography three months after the operation.



Fig. 4 Case 1. Direct cholangiography eleven months after the operation.



Fig. 6 Case 2. Direct cholangiography three weeks after the operation.



Fig. 5 Case 2. PTC before the operation.  
(a) The frontal view.

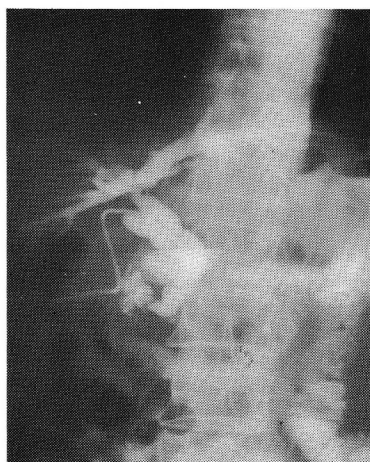


Fig. 7 Case 2. Direct cholangiography two months after the operation.



(b) The lateral view.

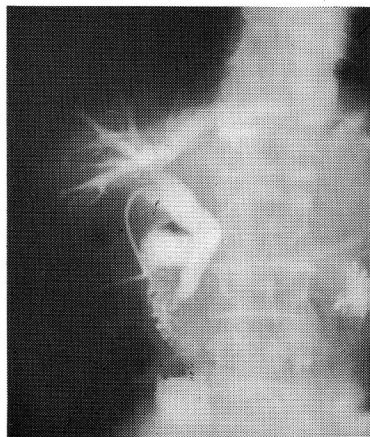


Fig. 8 Case 2. Direct cholangiography three months after the operation.

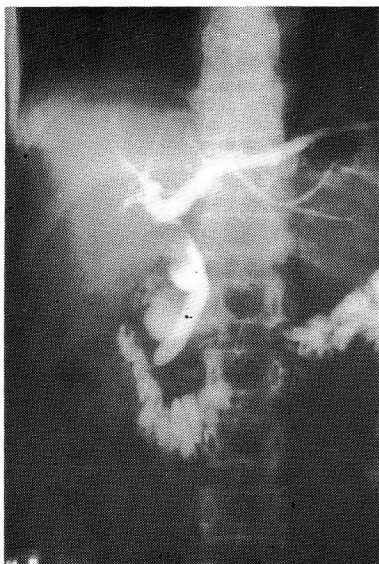


Fig. 9 Case 3. PTC before the operation.

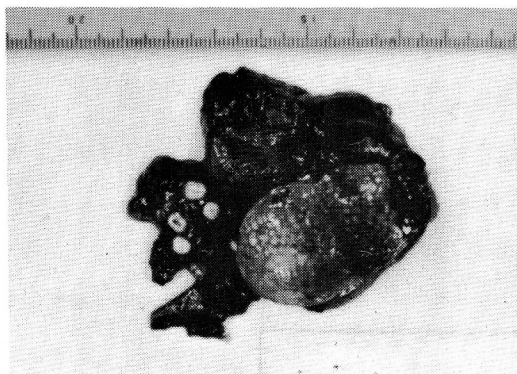
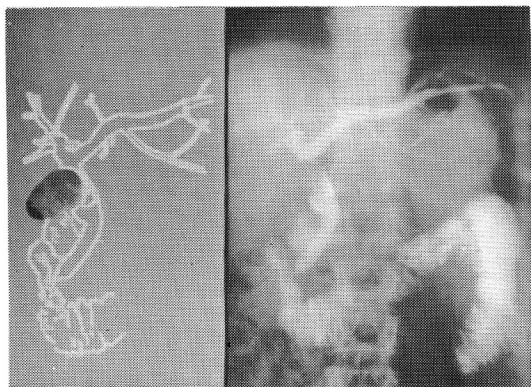


Fig. 10 (a) Case 3. Gallbladder with a big stone.



(b) Case 3. Relationship between the stenosis and the gallstone in the neck of the gallbladder is shown.

## 考 案

本症の見逃しによる胆膵後愁訴例があることは既に知られており Hess は本症の 9 例中 6 例が再手術例であったと述べている<sup>3)</sup>が、我々の症例 1 も本症の見逃しによる胆膵後愁訴例であった。初回手術時の執刀医が、胆嚢底部から剝離を始めて胆嚢管で切断したと記録しているところから考えると、この症例は、胆嚢腺筋腫症 Adenomyomatosis の annular type で、胆嚢体部に著しくくびれを有し、このくびれ迄を摘出したものかとも推量される。術前の間接胆道造影で胆管系の像が不鮮明であれば、無黄疸の胆道疾患に対しても躊躇無く術前 PTC を行なう習慣があれば肝外胆管の変形が発見されたであろうし、また術中胆道造影が行なわれていれば、胆嚢遺残が発見されて初回手術時に治癒せしめ得た症例であろうと惜まれる。

胆道造影上、本症の狭窄部は一見、悪性腫瘍による全周性狭窄に似る事もあるが、症例 1 においては狭窄部より離れた健常部の胆管の輪郭のカーブを上方から下方へ、下方から上方へと結んでみることによって右からの圧迫像であることが判った。また症例 2 においては狭窄部の左縁が鮮明であるのに右縁が不鮮明であるのは右方からの圧迫があることを示すものであることを、同時に撮影したレ線側面像から知った。

なお、総肝管狭窄部の形状について Clemett らは理論上必ずしも右方からの圧迫像を示すとは限らないと述べている<sup>2)</sup>。確かに胆嚢管の種々なる分岐形を考えると後方からの圧迫、左方からの圧迫による Mirizzi 症候群も考えられるが現在のところ、いずれの報告例も右方からの圧迫像を示し、1, 2, 3, 5, 6, 7) 著者らの症例もそうであった。

## ま と め

- 1) 我々は本症の 3 例を経験したが、そのうち 1 例は本症の見逃しによる胆膵後愁訴例でこれは術前の間接胆道造影のみでなく、術前、術中に直接胆道造影を行ない、胆道系の鮮明な像を得なければ避け得たものと思われた。
- 2) 胆道造影上、本症の狭窄部は悪性腫瘍の全周性狭窄に似ることが少なくないが、狭窄部よりはなれた健常部の胆管の輪郭のカーブを上方から下方へ、下方から上方へと結んでみることで、左側縁が鮮明であるのに、右側縁が不鮮明である

ことなどから慎重に判定すれば右からの圧迫像を示していることが判る。

- 3) 本症でも肝門部狭窄の形をとることがある。

#### 文 献

- 1) Dietrich, F.K.: Die Hepatikusstenose bei Gallenblasenhals- und Zystikussteinen. *Brunns' Beitr. Klin. Chir.* 206, 9-22, 1963.
- 2) Clemett, A. R., Lowman, R. M.: The Roentgen Features of the Mirizzi Syndrome. *Am. J. Roent. Rad. Nucl.* 94, 480-483, 1965.
- 3) Hess, W.: Surgery of the Biliary Passages and the Pancreas. D. Van Nostrand Company, New York 1965.
- 4) Hayes, M. A., Goldenberg, I.S., and Bishop, C.C.: The Developmental Basis for Bile Duct Anomalies. *Surg. Gynec. & Obst.* 107, 447-456, 1958.
- 5) 長瀬正夫: Mirizzi 症候群。日本臨床35, 876-877, 1977.
- 6) 中西徹, 鳥巢隆資, 浦上慶仁, 岸清一郎, 鴻池尚, 赤木郷, 榎田俊明: 血管造影で悪性病変を疑わせた Mirizzi Syndrome の1例。臨床放射線 21, 451-456, 1976.
- 7) 山崎岐男, 黒川茂樹, 稲越英機: 胆管造影時の Mirizzi Syndrome について, 臨床放射線 14, 951-957, 1969.

## Abstract

**Mirizzi Syndrome****—On the Use of Direct Cholangiography  
for the Diagnosis of Benign Stricture of  
the Common hepatic Duct induced by  
Cholecystolithiasis—**

Iwao ENDO, Nobuo NAGAMINE, Yasutaka NAKAMURA, Hiroshi NIKUMA

Second Department of Surgery, College of Health Sciences, University of the Ryukyus

Yoshiyuki SHO, Akira HOKAMA

First Department of Surgery

Three cases of Mirizzi syndrome are studied by direct cholangiography.

One of them was the patient of postcholecystectomy complications induced by overlooking this syndrome during the initial operation.

On the direct cholangiogram, one case showed narrowing of the common hepatic duct near the porta hepatis, and one case revealed a tapered narrowing-like stenosis. Those findings resembled malignancy but closer examination could differentiate this syndrome from malignancy.

It is the opinion of the authors, therefore, that the direct cholangiogram, which is done preoperatively or operatively, will reveal extrahepatic bile duct well and will be effective to differentiate from malignancy and to avoid overlooking this condition.