

胆嚢腺筋症に合併した胆嚢癌の1症例

阿部 薫 夫, 酒井 信 光, 高屋 潔
森 洋 子, 平 泉 宣, 小栗 裕
大江 大, 佐山 淳 造, 平 幸 雄
長 沼 廣*, 矢島 義 昭**

はじめに

胆嚢腺筋症と胆嚢癌の合併は比較的稀とされている。しかしながら、胆嚢腺筋症に胆嚢癌が合併しているか否かで治療方針が異なり、またその術前診断が困難なだけに臨床で大きな問題となっている。今回我々は、胆嚢腺筋症を疑い手術を施行し、術中迅速診断で胆嚢癌の合併が明らかになった一症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：66歳，男性。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：以前より近医で腹部超音波検査上胆嚢の異常を指摘されていたため精査目的で当院消化器科受診した。胆嚢腺筋症が疑われたが、胆嚢癌を否定できなかったため手術適応にて当院外科紹介となった。

入院時現症：腹部は平坦・軟であり圧痛や抵抗はなく肝・脾・腎は触知せず、腫瘍も認めなかった。眼瞼結膜の貧血、眼球結膜の黄疸も認めなかった。

入院時一般検査成績：CEA 7.9 ng/ml (<5 ng/ml) と軽度上昇を認めたが、その他は正常範囲であった。

腹部超音波像：胆嚢底部の壁肥厚と small cystic area, echogenic spots を散在性に認め、

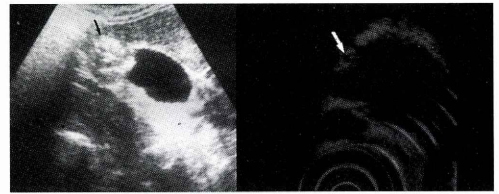


図1. 腹部超音波像

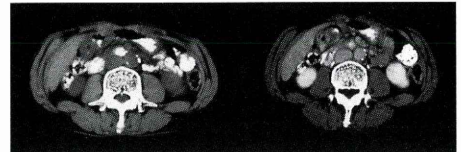


図2. 腹部CT像

Rokitansky-Aschoff sinus (以下RASと略す)の拡大と壁内結石の存在が疑われた。なお、胆嚢内腔に明らかな結石像は認められなかった。超音波内視鏡検査ではRASの拡大と壁の3層構造の消失を認めた(図1)。

腹部CT像：胆嚢壁の肥厚を認めたが、周囲との境界は明瞭で、肝床面への浸潤傾向はなかった(図2)。

ERCP所見：胆嚢底部に局限した不整な陰影欠損像を認めたが、総胆管・主膵管に異常は認めなかった(図3)。

血管造影所見：胆嚢底部の病変に一致し腫瘍濃染像を認め一部に血管の壁不整像を認めた(図4)。術前検査所見上、胆嚢腺筋症を強く疑ったが血管造影の結果から胆嚢癌も否定できなかったため、開腹下に胆嚢摘出術を施行した。

手術所見：胆嚢底部は全周性に肥厚し一部は硬

仙台市立病院外科

* 同 病理科

** 同 消化器科

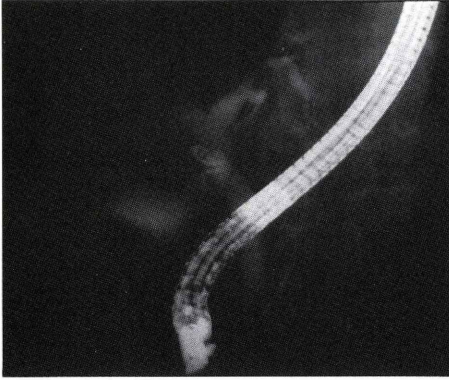


図3. ERCP像

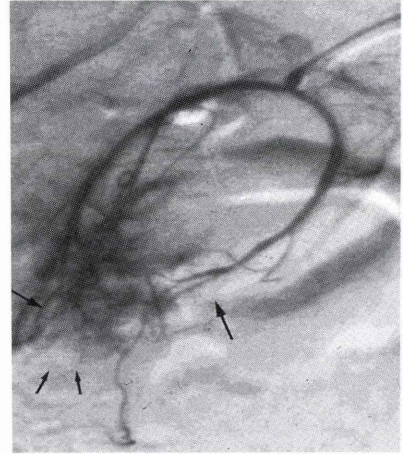


図4. 血管造影像

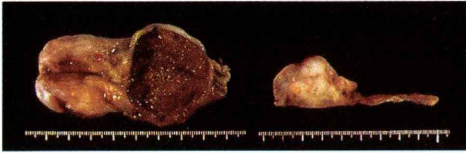


図5. 手術摘出標本肉眼像

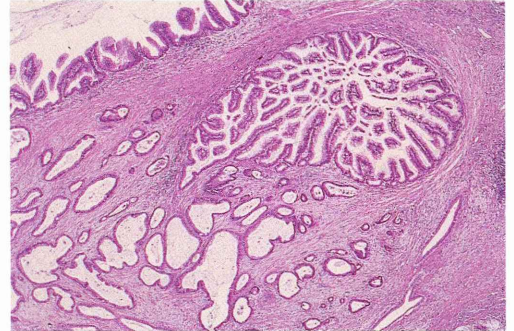


図7. 胆嚢壁RAS組織像 (HE, 中拡大): RAS内の上皮の乳頭状過形成を見る。

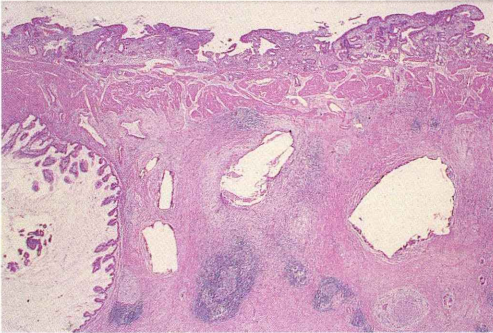


図6. 胆嚢壁組織像 (HE, 弱拡大): 胆嚢壁の肥厚と多数のRASを見る。

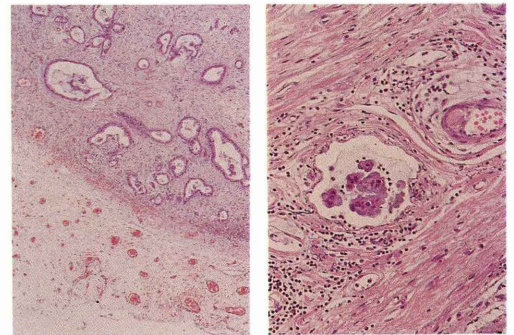


図9a. 胆嚢癌漿膜浸潤像 (HE, 中拡大)
b. 胆嚢癌リンパ管侵襲像 (HE, 強拡大)



図8. 胆嚢癌組織像 (HE, 強拡大)

く触知され、漿膜側に軽度の発赤が見られた。肝床面との癒着は軽度であった。硬く触知された結節は迅速診断で腺癌であった。このため肝床切除を追加した。迅速診断で胆嚢の肝床側に癌細胞の浸潤を認めなかったため肝実質の切離は胆嚢附着側から約1 cmとした。胆石の合併、総胆管、主膵管の合流異常はなかった。肝十二指腸間膜リンパ節、膵頭後部リンパ節、総肝動脈リンパ節が腫大しておりこれらを摘出した。なお肝転移、腹膜播種はなかった。

摘出標本所見：胆嚢底部の壁肥厚が認められ、この部に拡大したRASの増殖を反映した多数の空胞と一部に色素系結石が埋没していた。(図5)

病理組織所見：胆嚢壁は繊維性・筋性に肥厚し、多数のRASがみられ(図6)、RAS上皮の乳頭状増殖を示す過形成の像を認めた(図7)。更に近接した部分に高分化型腺癌の浸潤像が見られた(図8)。癌は漿膜下層まで浸潤しており(図9a)、リンパ管侵襲も認めた(図9b)。

術後経過：手術後経過は順調で第15病日に退院した。外来ではCEAが6~8と軽度高値で経過しているがその他特に異常は認めず、手術後2年2ヶ月経過し現在のところ再発の徴候はない。

考 察

胆嚢は、粘膜筋板の欠如とRASの存在という、他の消化管とは異なる形態を持っている。筋層を含めて壁が薄く、血管やリンパ管が入り組んでいることなど癌の進展の抑制には不都合な組織構造を有している。癌病変が胆嚢自体にとどまっている場合は高率に合併する胆石症や胆嚢炎の症状のみを呈するが、胆嚢を超えて進展すると腫瘤や黄疸などの症状を呈するようになる。このため胆石症として胆嚢摘出術をうけ偶然に癌が発見されたような早期の胆嚢癌を除くとその予後は著しく不良である。このため、より根治的治療を目指すために早期発見が必須であり、胆嚢腺筋症を含めた胆嚢良性腫瘍との鑑別診断が重要となる。

胆嚢腺筋症はRASの増殖と筋繊維の過形成から胆嚢壁が肥厚する病変で、1960年にJutrasらが報告した疾患群の一つである¹⁾。胆嚢底部に限

局するlocalized type (F型)、胆嚢体部や頸部にまたがって存在するsegmental type (S型)、胆嚢全体にわたって存在するgeneralized type (G型)の3型に分類される。本症の成因としては、①胆嚢内圧上昇説、②炎症性慢性刺激説、③増殖性、退行性病変説、などあげられているがまだ明確な定説はない²⁾。今回我々が経験した症例では腹部超音波検査で胆嚢底部に局限した壁肥厚を認めまた壁肥厚部のエコーレベルは高く、胆嚢腺筋症(F型)と胆嚢漿膜まで浸潤した進行癌との鑑別が問題となった。このため血管造影検査を施行したが胆嚢動脈に壁不整を疑わせる所見、胆嚢底部に濃染像を認めたため胆嚢癌を強く疑って手術を施行することとなった。結果的には胆嚢癌と胆嚢腺筋症が合併していることが明らかになったが、術前検討で胆嚢腺筋症が胆嚢癌なのか、あるいは胆嚢腺症と胆嚢癌が合併しているのか診断を確定するのはきわめて困難であった。画像診断を中心とした形態的特徴のみで診断を確定することは困難であり癌が疑われる場合は経皮経肝胆嚢内視鏡検査(PTCCS)で生検を行い病理組織診断を得るようにする術前検索も必要となっていくと考えられる。

胆嚢癌の胆石保有頻度は50~70%、一方、胆嚢結石手術例の2~5%に胆嚢癌が合併すると言われており胆石症と胆嚢癌の関連性については指摘されている³⁾。胆嚢癌と関連を持つ病変としては、他に先天性膵管胆道合流異常が注目されており、胆嚢癌の17%にこの合流異常を認め、合流異常の20~25%に胆嚢癌がみられる⁴⁾。胆嚢腺筋症の1.9%、特にS型の3.7%に胆嚢癌が合併していたとの報告⁵⁾もあるが、その因果関係については明らかではない。胆汁うっ滞、胆石、あるいは胆嚢内への膵液の逆流等による胆嚢粘膜への物理・科学的刺激が胆嚢癌発生の要因と考えられているが、胆嚢腺筋症は一般的には前癌病変ではなく、癌発生とは関係ないといわれている。しかし胆嚢微小癌背景粘膜の検討から、62.5%に化性上皮が見られるとの報告⁶⁾があり、本症例でもRAS上皮の乳頭状増殖が化性上皮発生の背景となり胆嚢癌合併に大きく起因した可能性が考えられる。

胆嚢腺筋症は腹痛などの自覚症状や結石を伴う例では胆嚢摘出の適応となるが、一般的に癌化しないとされていることから無症候性のもは経過観察されることが多い。しかし、胆嚢癌は胆嚢の固有上皮や化性上皮から発生するため胆嚢腺筋症をその発生母地の一つと考え、また胆嚢癌との鑑別が困難な例も見られることから無症候性でも本症例のように胆嚢癌が疑われる場合には外科的治療が優先されるべきと思われる。

おわりに

胆嚢腺筋症と胆嚢癌の合併は稀であるが、RAS上皮が胆嚢癌の発生母地となる可能性があり、その診断、治療に際しては十分な注意が必要である

文 献

- 1) Jutra JA 他: Hyperplastic cholecystosis. Amer J Roentgenol **83**: 795-827, 1960
- 2) 武藤良弘 他: Adenomyomatosis. 胆と膵 **4**: 1149-1162, 1983
- 3) 岡田周市: 胆石と胆嚢癌. 胆石症 (大藤政雄編). 南江堂: 228-232, 1990
- 4) 木村邦夫 他: 膵管胆道合流異常-胆嚢癌との関係. 消化器セミナー **27**: 153-160, 1987
- 5) 山崎裕史 他: 胆嚢の Adenomyomatosis. 治療 **67**: 167-171, 1985
- 6) 大橋泰博 他: 胆嚢前癌病変の病理. 腹部画像診断 **12**: 785-795, 1992