●〈症例〉

B-Ⅱ再建例に対し結石除去術を施行した9年後に胆管癌を認めた1例

對田 尚^{1)*} 西川貴雄¹⁾ 露口利夫¹⁾ 中村昌人¹⁾
 坂本 大¹⁾ 杉山晴俊¹⁾ 酒井裕司¹⁾ 大塚将之²⁾
 宮崎 勝²⁾ 横須賀收¹⁾

¹⁾千葉大学医学部附属病院／消化器内科, ²⁾同／肝胆脾外科

*Corresponding author: tidalvolume83@gmail.com

〔Key Words〕 総胆管結石, 胆管癌, ダブルバルーン内視鏡

はじめに

総胆管結石治療後に胆管癌を来す症例は比較的稀であり, 文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 67歳, 男性。

主訴: 心窩部痛, 発熱。

既往歴: 47歳時, 出血性胃潰瘍に対し幽門側胃切除, BillrothⅡ法再建施行。54歳時, 総胆管結石に対し内視鏡的乳頭切開術および除去術施行。

嗜好品: 焼酎50mlを毎日, 47年間。

喫煙: 40本/日×47年間。

現病歴: 総胆管結石治療時に胆嚢結石を認めたが, 手術を希望せず, 以後胆石発作は認めず外来通院していた。2013年10月中旬より心窩部痛が出現し, 発熱も伴うようになり, 11月初旬当院受診し, 加療目的で入院した。

来院時所見: 38.1℃の発熱, 顕性黄疸および上腹部正中に軽度圧痛を認めた。

入院時血液検査所見 (Table 1): 肝胆道系酵素の上昇および炎症反応上昇, CA19-9上昇を認めた。

入院後経過: 胆嚢結石脱落による結石性胆管炎が疑われた。幽門側胃切除・BillrothⅡ法再建のため, ダブルバルーン内視鏡併用にてERCPを施行した。

ERCP: 胆管造影上, 左右肝管合流部から胆嚢管合流部に高度狭窄を認めた (Fig. 1)。

腹部造影CT: 左右肝管合流部から胆嚢管合流部にかけて, 造影効果増強を伴う壁肥厚および狭窄を認めた (Fig. 2)。

回転胆道造影: 肝内胆管は軽度拡張し, 右肝管に硬化所見を認めた (Fig. 3)。

PET-CT, 骨シンチグラフィ, EOB-MRIにて, その他遠隔転移の所見を認めず。胆汁細胞診からはadenocarcinoma, class Vの所見であり, 肝門部領域胆

Table 1 Laboratory data on admission.

<生化学>				<血算>	
GOT	81 U/L	CA	8.8 mg/dl	WBC	9,800/μl
GPT	68 U/L	MG	2.7 mg/dl	RBC	377万/μl
LDH	157 U/L	IP	3.4 mg/dl	HGB	11.4/dl
ALP	1447 U/L	AMY	18 U/L	HCT	33.6%
TP	6.2 g/dl	GLU	117 mg/dl	MCV	89.1 fl
ALB	3.3 g/dl	HbA1c	4.9%	MCH	30.2 pg
UA	4.0 mg/dl	HDL-CHO	30 mg/dl	MCHC	33.90%
UN	11 mg/dl	KL-6	140 U/ml	PLT	26.4万/μl
CRE	0.64 mg/dl	eGFR-08	69.3 ml/min		
T-BIL	6.2 mg/dl	CRP	7.8 mg/dl		
T-CHO	191 mg/dl				
C-BIL	4.3 mg/dl	<腫瘍マーカー>		<凝固>	
NA	137 mEq/l	CEA/E	1.9 ng/ml	PT-SEC	10.8 sec
K	3.9 mEq/l	CA19-9/E	1040.0 U/ml	PT-PER	105%
CL	104 mEq/l			PT-INR	0.98
G-GTP	902 mg/dl				
FE	60 μg/dl

Fig. 1 ERCP showing severe stenosis of the common hepatic duct.

管癌の診断となった。右肝管への浸潤を疑う所見がみられたが, CT volumetry上, 全肝容量(1,241cm³)に対し右葉容量(924cm³)が大きいことから, 左葉, 尾状葉切除を施行した。右肝管への浸潤所見を認め, 前後区域枝分岐レベルまで切除を施行した。

病理組織学的所見: BpdCGn, circ, flat-infiltrating type, 28×8 mm, tub2, pT2a, int, INFb, ly2, v1, ne3, pN1(#12/13, 1/4; #8, 2/4; #12c, 0/2), DM0, HM1(w), EM1(HA), PV0, A0, R1, pStageⅢBの病理組織学的診断であった (Color 1)。背景に胆管炎に伴う慢性の炎症所見を認めなかった。

患者は術後43日で退院となり, 以後外来にて補助化学療法を施行している。

Fig. 2 Abdominal enhanced CT showing enhancement of the bile duct (arrow). a : axial, b : coronal.

Fig. 3 Cholangiography via a nasal biliary drainage tube showing the wall irregularity in the right hepatic duct (arrow).

考 察

悪性胆管狭窄により胆管結石が形成される報告はしばしばみられるが、自験例のように胆石治療後しばらくの期間を経て胆管癌を発生する症例は稀で、胆管結石と胆管癌の合併症例の中でもその病態は異なるものと考えられる。

当院で経験した胆嚢結石を伴う総胆管結石治療後の長期経過について、1976～2006年の間で観察しえた564例中、胆管癌発生例は3例と頻度は稀であった¹⁾。既報例からは肝外胆管結石が胆管癌のリスク因子となる可能性は低いものとするが、慢性炎症を背景に発癌を来す可能性も示唆されている^{2,3)}。自験例においては、臨床経過や病理組織学的所見上、胆石治療や慢性炎症との関わりを証明し得なかった。また一方で胃切除後の場合、胆石再発および胆道癌発生のリスク上昇が指摘されており、その影響にも留意する必要がある⁴⁾。

胆管結石治療後の結石再発や無石性胆管炎の発症時には、胆道癌を念頭に置く必要があることを示唆した症例であった。

文 献

- 1) Fujimoto T, Tsuyuguchi T, Sakai Y et al : Long-term outcome of endoscopic papillotomy for choledocholithiasis with cholecystolithiasis. *Dig Endosc*, 22 : 95-100, 2010.
- 2) 隈元謙介, 星野正美, 菅野浩樹, 他 : 総胆管結石症を契機に診断された早期胆管癌の1切除例. *胆と膵*, 24 : 383-387, 2003.
- 3) 入野誠之, 伊藤康博, 建持岳史, 他 : 総胆管結石除石を契機に診断された胆管癌の4例. *胆と膵*, 33 : 283-289, 2012.
- 4) Lundegårdh G, Adami HO, Helmick C et al : Risk of cancer following partial gastrectomy for benign ulcer disease. *Br J Surg*, 81 : 1164-1167, 1994.

〈カラーはp. 12に掲載〉

A case of bile duct cancer developing 9 years after treatment of choledocholithiasis in a patient with a history of Billroth II gastrectomy

Takashi Taida ^{1)*}	Takao Nishikawa ¹⁾
Toshio Tsuyuguchi ¹⁾	Masato Nakamura ¹⁾
Masaru Sakamoto ¹⁾	Harutoshi Sugiyama ¹⁾
Yuji Sakai ¹⁾	Masayuki Otsuka ²⁾
Masaru Miyazaki ²⁾	Osamu Yokosuka ¹⁾

There are few reports of bile duct cancer detected during long-term follow-up after treatment of choledocholithiasis, which is a rare occurrence. We report one such rare case. A 67-year-old man with a history of Billroth II gastrectomy who had undergone endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis 9 years ago was referred to our hospital for recurrent cholangitis caused by choledocholithiasis. Double-balloon enteroscopy-assisted endoscopic retrograde cholangiopancreatography showed a stenosis in the common hepatic duct. Biliary cytology revealed that the stenosis was caused by an adenocarcinoma. There was no evidence of metastasis other than hilar lymph node metastasis, and left hepatic lobectomy was performed. Histopathological examination of the surgically resected specimen revealed a moderately differentiated tubular adenocarcinoma, pT1N1M0, pStage III B.

Although cases of bile duct cancer caused by choledocholithiasis are rare, malignancy should be suspected in patients presenting with recurrent cholangitis after treatment for choledocholithiasis.

¹⁾Department of Gastroenterology and Nephrology, ²⁾Department of General Surgery, Chiba University Hospital

*Corresponding author : tidalvolume83@gmail.com