

## 症例報告

# 胆嚢胃瘻の一例

浜松赤十字病院 外科

林 淳弘, 西脇 眞, 奥田康一, 辻塚一幸, 清野徳彦,  
古賀 崇, 宇野彰晋, 保土田健太郎, 安藤幸史

### 要 旨

症例は74歳の女性, 以前より胆石症と診断されていたが放置していた。腹部 CT にて萎縮胆嚢および胆嚢内にガス像が認められた。胃内視鏡検査にて胃前庭部前壁の陥凹より胆汁の流出を認め胆道胃瘻が強く疑われた。ERCP では胆嚢管結石を疑わせる透亮像が認められた。

このため胆道胃瘻・胆嚢管結石の疑いにて開腹術を施行した。術中所見は胆嚢底部と胃前庭部前壁において強固な癒着を認め、交通が認められた。胆嚢摘出術, 胃楔状切除術を施行した。

切除標本では胆嚢底部と胃粘膜に交通が認められ胆嚢胃瘻が形成されていた。

胆嚢胃瘻は自験例も含めると本邦では42例の報告がある。内胆汁瘻は無症状ならば放置してもよいとの見解もあるが, 食物残渣が胆道系に侵入して胆管炎を発症させたり, 胆嚢癌の発生母地となる可能性があるため外科的治療が原則である。

### Key words

胆嚢胃瘻, 内胆汁瘻

### 緒 言

内胆汁瘻とは胆道と周囲臓器との間に生じた異常な交通路と定義される。その中で, 自然発生的に形成された特発性内胆汁瘻と外傷性内胆汁瘻に大別される。特発性内胆汁瘻のうち胆嚢胃瘻は比較的まれな疾患である。今回われわれは胆嚢胃瘻の一例を経験したので報告する。

### 症 例

患 者： 74歳, 女性  
主 訴： 右季肋部痛  
家族歴： 特記すべきことなし  
既往歴： 特記すべきことなし  
現病歴： 1999年2月27日に右季肋部痛を訴え当院を受診した。腹部超音波 (US) および CT にて萎縮胆嚢・総胆管結石と診断された。患者が手術を拒否したため, その後放置されていたが, 6月26日に再度右季肋部痛が出現したため来院,

精査加療目的にて入院となった。

(入院時現症)

体格は中程度で栄養は良好。

胸腹部理学所見では右季肋部に圧痛を認めるのみであった。

(入院時検査所見)

入院時の血液検査・尿検査所見上は明らかな異常所見は認められなかった (表1)。

表1 入院時検査所見

(末血検査所見)		(血液生化学検査所見)	
WBC	5780/μl	Na	146 mEq/l
RBC	391×10 <sup>4</sup> /μl	K	4.1 mEq/l
Hb	11.8g/dl	Cl	107 mEq/l
Ht	37.6%	TP	7.4 g/dl
PLT	22×10 <sup>4</sup> /μl	T-cho	286 mg/dl
		T-Bil	0.8 mg/dl
(腫瘍マーカー)		GOT	20 IU/l
CEA	1.4ng/ml	GPT	17 IU/l
CA19-9	30U/ml	ALP	137 IU/l
		γ GTP	17 IU/l

(腹部超音波所見)

入院時の腹部超音波検査では胆嚢に壁の肥厚と委縮が認められたが、胆嚢および総胆管内に結石は確認できなかった。

(腹部CT検査)

腹部CT上は矢印に示すように胆嚢内にガス像を認め内胆汁瘻が疑われた。また総胆管結石も認

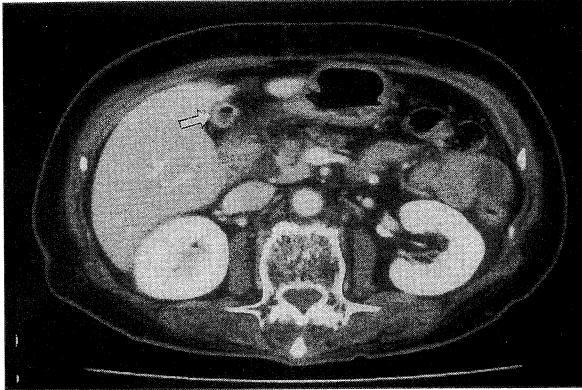


図1 腹部CT検査：萎縮した胆嚢内にガス像(矢印)を認めた。

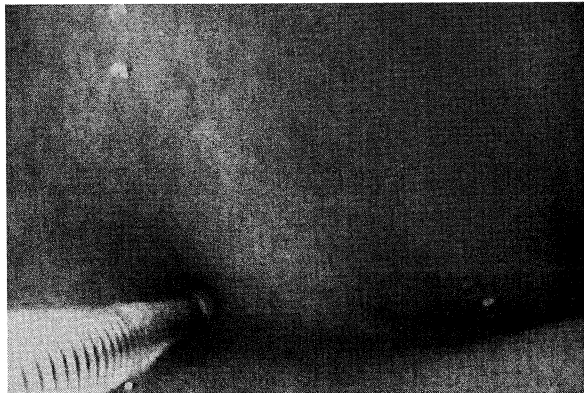


図2 上部消化管内視鏡検査：胃前庭部前壁の陥凹より胆汁の流出を認めた。

められた(図1)。

(上部消化管内視鏡検査所見)

胃内視鏡検査では胃前庭部前壁に陥凹を認め、同部位からの胆汁の流出を認めた。このため胆道胃瘻を形成しているものと考え、瘻孔造影を施行したが交通を確認することはできなかった(図2)。

(ERCP所見)

ERCPでは総胆管結石は認められず、胆嚢管に結石を疑わせる透亮像が認められた。ERCP上では明らかな胆道系と胃の交通は確認できなかった(図3)。

以上の所見より胆嚢管結石・胆道胃瘻の疑いにて開腹術を施行した。

(手術所見)

開腹時、胃前庭部前壁が胆嚢底部と強固に癒着・瘻孔を形成していた(図4)。胆嚢は高度の委縮を認め、瘻孔周囲の胃壁とともに胆嚢摘出および

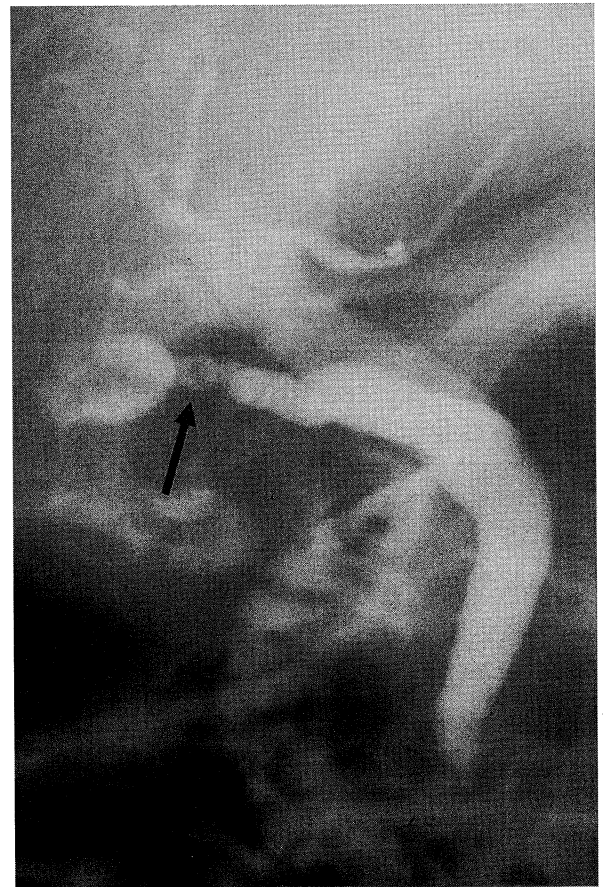


図3 ERCP:胆嚢管に胆嚢結石を疑わせる透亮像を認めた。

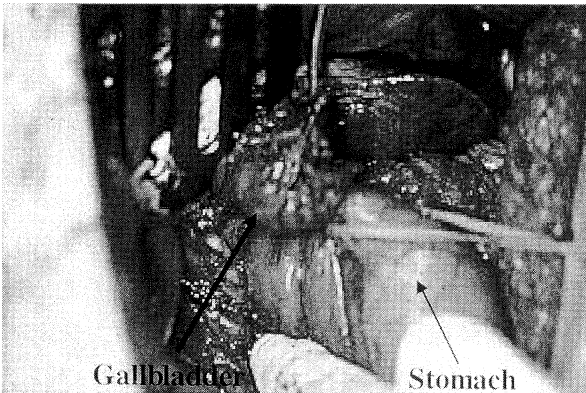


図4 術中所見：胃前庭部前壁と胆嚢底部の間にて強固な癒着が認められ、瘻孔を形成していた。

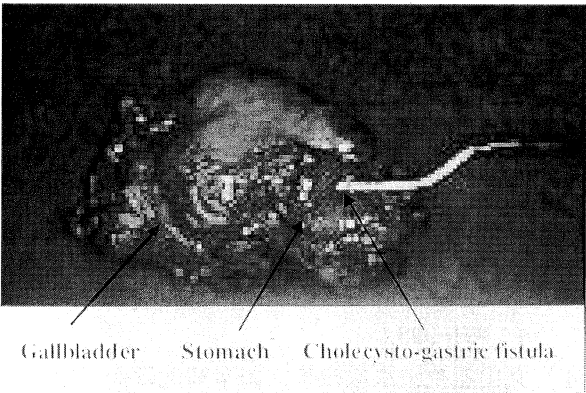


図5 切除標本：胃粘膜面に陥凹があり、胆嚢胃瘻の形成が認められた。

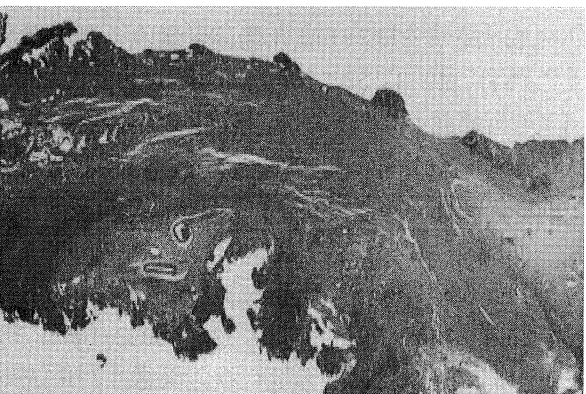


図6 病理組織学的所見：胃粘膜と胆嚢粘膜は連続性の移行・交通が認められ、移行部の筋層から漿膜にかけて炎症による繊維化がみられる。

胃楔状切除術を施行した。術中に胆道造影を施行したが胆嚢管および総胆管に結石像は認めなかった。

(切除標本)

胆嚢は3.6×3.3cm大であった。切除をした胃の中央に胆嚢底部との交通が認められる瘻孔があり、胆嚢胃瘻が形成されていた(図5)。

(病理組織学的所見)

病理組織学的所見では胃粘膜と胆嚢粘膜は連続性の移行・交通が認められ、筋層から漿膜にかけて炎症による線維化が認められた。

悪性所見は特に認められず慢性胆嚢炎の所見であった(図6)。

### 考 察

胆道と周囲臓器との間に発生した異常交通瘻を内胆汁瘻といい、自然発生的に形成された特発性内胆汁瘻と外傷性内胆汁瘻に大別されている<sup>1)</sup>。

特発性内胆汁瘻の発生頻度は胆道系手術症例の2.1%と報告されている<sup>2)</sup>。本邦では特発性内胆汁瘻のうち胆嚢十二指腸瘻が約60%と最も多く、次いで胆嚢結腸瘻が11%、胆嚢胃瘻は3.4~4.1%と報告されている<sup>2), 3)</sup>。

本邦の胆嚢胃瘻の報告例は、検索しえた範囲内で自験例も含めて42例であった。胆嚢胃瘻の原因は90%が胆石症に起因しており、そのほかには悪性腫瘍<sup>4)</sup>や胃潰瘍があるが頻度としては少ないものである。

平均年齢は60歳であり、男性より女性に多くみられ、男性の1.7倍である<sup>5)</sup>。

特異的な症状は無く、胆管炎や黄疸が主たるものである。

術前診断は腹部超音波、腹部CT、上部消化管内視鏡検査、ERCP、上部消化管造影、経静脈性胆道造影で行われる。しかし胆嚢胃瘻の術前診断は実際は困難なことが多い。

福永らの報告によれば23例の内胆汁瘻のうち、術前診断率は35%(8/23)であり胆嚢胃瘻の4例は全て術前診断できなかったと報告している<sup>2)</sup>。

術前診断しえた症例としては尾関<sup>5)</sup>らの報告があり、胃瘻孔造影にて胃と胆嚢間の交通を証明し術前診断に至った症例もあるが稀である。術前診断が困難な理由として次の様な理由があげられる。

(1) 腹部超音波検査や腹部 CT にて胆道系のガス像が認められる場合、胆嚢腸管瘻が疑われるが実際に瘻孔を確認する事は困難であること。

(2) 消化管内視鏡検査により瘻孔を確認することも可能だが、実際は困難な場合も多い。

また胆嚢胃瘻を証明するには内胆汁瘻を確認した後、胃と胆嚢間の交通を証明する必要がある。

瘻孔の証明には、胃内視鏡下の瘻孔造影が最も有効な診断方法である。しかし瘻孔造影は必ずしも容易でなく、瘻孔が描出されない場合も多い。

(3) 上部消化管造影で瘻孔が描出されることは理論上は可能であるが胆嚢胃瘻ではその報告例はない。

本症例では術前の腹部 CT にて胆嚢内のガス像が認められ、胃内視鏡検査にて胃前庭部前壁に胆汁の流出する瘻孔が認められたため瘻孔造影を施行したが胆嚢との交通を証明できなかった。本症例では手術時に初めて胆嚢胃瘻と診断できたが、本例のように瘻孔の存在部位を確認することが困難で手術時に診断のつく例も多い。

胆嚢胃瘻の形成機序については、結石が胆嚢管や胆嚢頸部に嵌入して引き起こされる胆嚢炎に続発するものと考えられる。結石の嵌入により胆嚢の腫大が起り、胆嚢壁の血行障害が引き起こされる。このため胆嚢壁は乏血状態となり、水分吸収障害も加わり血行障害が更に進展し壊死となる。また、隣接臓器にも炎症が波及し胆嚢との癒着が起きる。その部で胆嚢内圧の上昇のために結石が押し出され内胆汁瘻が形成されるといわれている<sup>9)</sup>。

しかしこれだけでは説明できない点もあり、不明な点も多い。

内胆汁瘻の治療に関しては、胆管炎症状のなければ上部消化管との交通は放置してよいとの見解もある<sup>9)</sup>。しかし、無症状であっても食物残渣が胆道系に侵入して重篤な逆行性胆管炎へ進展する可能性もある。

また、胃粘膜と胆汁酸の接触が胆嚢癌や胃癌の発生を誘発するという報告もある<sup>9)</sup>。

このため積極的な外科治療が勧められ、その内容

は下記の如くである。

<1> 胆嚢結石や総胆管結石に対して胆嚢摘出術、総胆管結石術を施行する。

<2> 瘻孔の閉鎖および穿通臓器の修復を施行する。

<3> 必要により胆管ドレナージを施行する。

本症例では胆嚢摘出術・胃楔状切除術を施行した。また本例では胃に病変を認めなかったため最小限の胃切除にとどめた。

## 参考文献

- 1) 古沢悌二, 久次武晴, 甲斐祥一ほか. 特発性内胆汁瘻. 外科診療 1973; 15: 330-336.
- 2) 福永裕充, 青木洋三, 勝美正治ほか. 特発性内胆汁瘻—自験例23例を含めた本邦症例の集計と文献的考察. 日本臨床外科医学会雑誌 1982; 43: 173-182.
- 3) 城所仂, 和賀井和栄, 中川浩之ほか. 特発性内胆汁瘻の診断と治療. 消化器外科 1981; 4: 991-998.
- 4) 丸山道生, 小原徹也, 岡本篤武ほか. 胆嚢胃瘻に併存した胆嚢癌の1例. 胃と腸 1998; 23: 908-914.
- 5) 東平日出夫, 今井直基, 尾関 豊ほか. 瘻孔形成過程を観察しえた端脳胃瘻の一例. 臨床外科 1998; 53: 1353-1356.
- 6) Craighead CC, St Ragmond AH. Duodenal fistula with special reference to choledochoduodenal fistula complicating duodenalulcer. Am J Surg 1954; 87: 523-533.
- 7) Puestow CB. Spontaneous internal biliary fistula. Ann Surg 1942; 115: 1043-1054.
- 8) 杉浦光雄. 機構ならびに機能異常. 石川浩一ほか編集. 肝臓・胆道Ⅱ. 現代外科学大系 38B. 東京: 中山書店; 1971. p.219-227.
- 9) 竹本正孝. 胆汁酸の胃癌発生促進作用に関する実験的研究. 日本外科学会雑誌 1987; 90: 49-58.