

胆管癌との鑑別が困難であった 硬化性胆管炎による良性狭窄の1例

岸 法 磨¹ 杉 山 祥 晃¹ 齋 藤 敦¹ 太 田 勝 久¹
相 馬 学¹ 松 崎 伸 幸¹ 阿 部 真 美¹ 藤 井 常 志¹
長谷部 千登美¹ 菊 池 智 樹² 小 幡 雅 彦² 安孫子 剛 大³

Key Word: 胆管癌, 良性胆管狭窄

はじめに

胆管狭窄を生じる良性疾患には原発性硬化性胆管炎(PSC), IgG4関連胆管炎, 繰り返す逆行性胆管炎, 回虫, 外傷, さらにMirizzi症候群, Peribiliary cystなどに続発する二次性の胆管炎などが挙げられ¹⁾²⁾, しばしば胆管癌との鑑別に苦渋する症例に出会う。

今回, 胆管癌と診断し, 手術を施行したが, 切除組織所見で良性胆管炎であった1例を経験したので報告する。

I 症 例

患者: 70歳代, 女性

主訴: 特になし

既往歴: 高血圧, 骨粗鬆症

現病歴: 高血圧にて近医通院中, 血液検査にて肝胆道系酵素上昇を認めたため当科紹介された。

家族歴: 特記事項なし

入院時現症: 身長 146.3cm, 体重 43.9kg,

血圧 121/62mmHg, 脈拍 76/分, 体温 35.8℃, 黄疸, 腹痛など特記すべき身体所見は認めなかった。

血液検査所見: 肝胆道系酵素(ALT, ALP, γ -GTP)の上昇を認めた。また, 腫瘍マーカーはDUPAN2の上昇を認めた(表1)。

腹部造影CT検査: 下部胆管にリング状に造影効果を認め, 肝内胆管・上部胆管に軽度拡張を認めた。また, 膵臓には明らかな腫瘍や主膵管拡張は認めなかった(図1)。

MRCP検査: 下部胆管に先細り状の狭窄を認めた(図2)。膵管拡張は認めなかった。

US検査: 肝内胆管拡張(図3a)と総胆管内に淡い高エコー像を認めた(図3b)。

ERCP検査: 胆管造影すると, 下部胆管に不整な狭窄を認めた。胆管狭窄部より生検・ブラシ擦過細胞診施行し, 胆管狭窄に対して胆管ステント(7Fr 7cm)を留置して終了した(図4)。

胆管ブラシ細胞診, 胆管生検の病理組織結果ではともに悪性所見を認めなかった(図5a, 5b)。

以上の画像所見から下部胆管癌の診断で, 本人・ご家族と相談の上, 外科的切除の方針となり, 亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。

手術所見: 門脈と膵頭部が強固に癒着しており, 剥離に時間を要したが, 予定通り亜全胃温存膵頭十二指腸切除と腸瘻造設を施行し終了した。手術時間は661分, 出血量は1014ccであった。

切除標本肉眼所見: 下部胆管が広範囲で狭窄していた(図6)。また膵臓にも腫瘍など異常所見を認めなかった。病理組織所見: 胆管上皮に異型なく, リンパ球・形質細胞などが浸潤し, 炎症所見を呈するのみであった。また, 胆管周囲の脾にも特に異常所見を認めず, 最終病理診断は硬化性胆管炎であった(図7)。

術後経過は良好で, 術後出血, 膵液漏など術後合併症を生じることなく, 退院とした。

II 考 察

胆管は非特異的な炎症により狭窄像や壁肥厚像を呈することがあり, 術前画像診断が進歩した今日でも良悪性の診断が困難な場合がある。今回のような胆管狭窄をきたす疾患の鑑別としては, 胆管癌, 原発性硬化性胆管炎(PBC), IgG4関連胆管炎, Mirizzi症候群, Peribiliary cystなどが挙げられる¹⁾²⁾。本症例では血清IgG4が正常で, 病理所見上IgG4陽性形質細胞を認めなかったこと, 胆管造影にて数珠状・枯れ葉状所見などがなく, 狭窄部が下部胆管に限局していたことから, IgG4関連胆管炎・PSCは否定的であった³⁾。また, 傍乳頭憩室や肝臓・胆管に嚢胞性病変を認めなかったことから, Mirizzi症候群, Peribiliary cystも否定的であった。また, CT検査などの画像診断にて良性狭窄を考える所見としては, ①狭窄の範囲が短い, ②内腔が比較的平滑, ③壁肥厚の程度が軽度あるいは造影効果が

軽度, ④胆管癌で認められるような血管浸潤の所見を認めないなどが挙げられ, 本症例では浸潤所見などは認めないものの, 造影CT検査にて下部胆管にリング状に造影効果を示す狭窄像を限局的に認めていることから, 良性の胆管狭窄よりは胆管癌による狭窄を疑いERCP検査を施行した。ERCP検査による胆管狭窄部の病理組織所見は, 炎症細胞の混じった粘液と異型に乏しい腺上皮のみで悪性所見は認めなかったが, 画像所見にて悪性所見を疑っていたため手術の方針となった。術後病理診断では, 炎症に伴うびらんが多い胆管であるが, 腺管上皮の異型は目立たなかった。下部胆管は硬化性に肥厚し, リンパ球主体の慢性炎症細胞浸潤を示していた。IgG4陽性形質細胞はほとんど認めず, いわゆる硬化性胆管炎の所見であり, PBCを示唆する積極的な所見も明らかではなく, 非特異的な硬化性胆管炎が疑われた。以上から硬化性胆管炎の原因として考えられるのは, 腹部エコーにて胆管に淡い高エコー像を認めていたことから, 胆管胆泥による炎症性狭窄などが考えられた。

今回の症例のように, 胆管癌として手術を行った症例の中に術後病理診断で悪性所見を認めない症例がまれにあることが知られ, 悪性胆道狭窄の診断で切除術が施行された症例の5~10%程度と報告されている⁴⁾。なお, 本症例ではERCP検査にて胆管生検・ブラシ擦過細胞診ともに施行したが, 病理組織結果にて悪性所見を認めなかった。しかし, 胆管ブラシ擦過細胞診は感度45%, 特異度97%とされ, 感度が低いことが胆管癌の診断には大きな問題であることが報告されている⁵⁾。また, 胆管生検は得られる検体が小さいために診断には限界もあるが, 擦過細胞診に比較して感度, 特異度ともに高く, 特に偽陽性が少ないことがその利点とされる, 胆管狭窄部から合計4か所以上の生検を施行しても痛陰性であれば良性と診断可能という報告も見られ⁶⁾, 本症例においても1回のERCP検査による組織採取で終わるのではなく, 複数回の生検, もしくは再度ERCP検査を施行し, 組織を採取する必要があったと考えられた。しかし, 細胞診や生検で陰性であっても, 画像診断的に悪性腫瘍が疑われれば, 予後を考えると外科的切除が施行される場合が多いのが現状である。

Ⅲ 結 語

今回われわれは胆管癌との鑑別が困難であった硬化性胆管炎による良性胆管狭窄の1例を経験したので報告した。

本論文は, 第121回日本消化器病学会北海道支部例会(札幌市, 2017年9月2日)において発表した。

表1. 血液検査所見

WBC	7000 / μ l	T-P	7.0 g/dl	CEA	2.8 ng/ml
RBC	481 $\times 10^4/\mu$ l	Alb	4.0 g/dl	CA19-9	5.1 U/ml
Hb	13.9 g/dl	T-Bil	0.5 mg/dl	DUPAN2	1300 U/ml
MCV	85.6 fl	D-Bil	0.3 mg/dl	SPAN1	9.8 U/ml
MCH	28.9 pg	ALP	537 IU/l		
Plt	24.6 $\times 10^4/\mu$ l	AST	29 IU/l		
		ALT	64 IU/l		
		LDH	182 IU/l		
		γ GTP	1050 IU/l		
		AMY	12 IU/l		
		CRP	0.23 mg/dl		



図1. 造影CT検査:下部胆管にリング状に造影効果を認めた(図矢印)

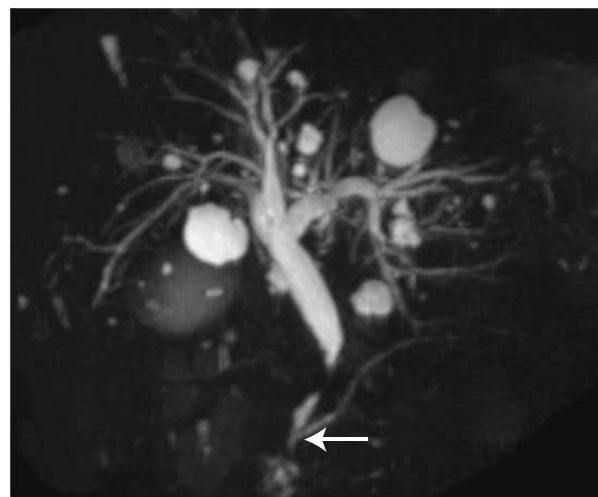


図2. MRCP検査:下部胆管に先細り状の狭窄を認めた(図矢印)



図3a

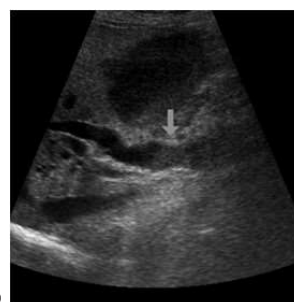


図3b

US検査:
肝内胆管拡張と総胆管内に淡い高エコー像を認めた



図4. ERCP検査:胆管造影すると下部胆管に不整な狭窄を認めた

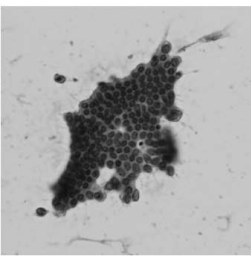


図5a

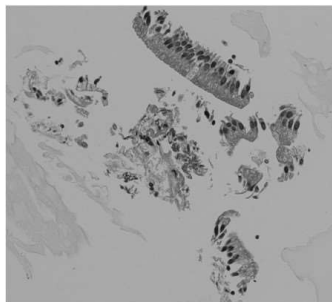


図5b

胆管ブラシ細胞診, 胆管生検:
細胞に異型なく, 悪性所見を認めなかった

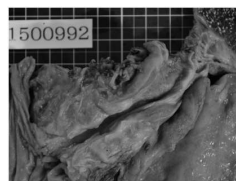
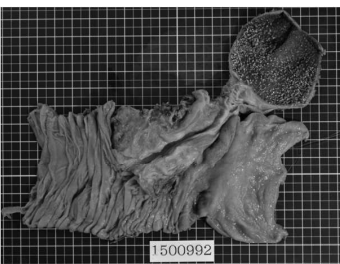
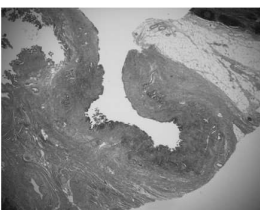
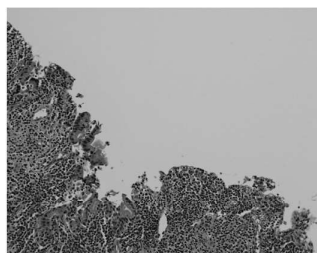


図6. 切除検体組織標本:下部胆管に広範な狭窄を認めた
(図矢印)



弱拡大



強拡大

図7. 切除病理組織所見:胆管上皮に異型なく, リンパ球・
形質細胞などが浸潤し, 炎症所見を呈するのみであった