

平成 25 年 第 2 回剖検検討会 (CPC)

症 例：胆管内小隆起から進行した中部胆管癌の一例
報告者：末次 智成 指導医：牧谷 光晴

【症 例】 年齢：79歳 男性 無職

【入院年月日】 2012年10月某日

【死亡年月日】 入院第19日

【主 訴】 腹部膨満感

【現病歴】

2011年6月に超音波検査で胆管に腫瘤を指摘されており、同年11月に内視鏡下に生検施行され胆管癌と診断されたが、手術希望はなく胆管閉塞した際は内視鏡的に加療を行う方針となっていた。2012年4月より動悸、腹部膨満感が出現し、同年9月よりその症状が強くなったため当院受診し、腹部CTにて腹部癍痕ヘルニアによる症状が疑われたが、数日後に再検し、ヘルニア内容物は大網であること確認したことに加え、腹水の増加を認めた。同時期より食思不振が出現し、10月某日当院内科再受診した。施行された血液検査で閉塞性黄疸の所見を認め、腹部CTにて胆管癌による胆管閉塞、胆嚢腫脹を認めたため、同日閉塞解除目的に入院加療となった。

【既往歴】

45歳：腎結石 50歳：穿孔性十二指腸潰瘍（胃切除Bil I 再建） 60歳：喉ポリープ手術 79歳：認知症

【内服】 ペラプリン錠5mg 3T分3 ドネベジル塩酸塩OD錠5mg 1T セロクエル錠100mg 0.5T

【生活歴】 飲酒：なし 喫煙：10本/日×60年

【入院時身体所見】

GCS:E4V5M6 BT:36.6℃ HR:85bpm BP:108/74mmHg RR:18bpm

【頭頸部】瞳孔4/4 眼球結膜充血(-) 黄染(-) 眼瞼結膜貧血軽度あり

咽頭発赤・腫脹なし 口腔内乾燥なし・白苔あり 頸静脈怒張なし 頸部リンパ節腫脹・圧痛なし

【胸部】呼吸音清 心音整 雑音なし

【腹部】平坦、軟 腸蠕動音正常 臍周囲に柔らかい腫瘤触れる 圧痛なし 肝3横指触知

【四肢】下腿浮腫なし 紫斑なし

【入院時検査所見】

【血液検査】

T-Bil：3.0mg/dl TP：7.4mg/dl Alb：2.7mg/dl ALP：2419IU/L AST：304IU/L ALT：359IU/L LDH：490IU/L γ -GTP：888IU/L CK：97IU/L Na：139mEq/L K：4.3mEq/L Cl：103mEq/L Ca：9.6mg/dl BUN：31.1mg/dl Cre：1.36mg/dl AMY：30U/L CRP：14.31mg/dl BS：139mg/dl WBC：9,800/ μ L (Neut%：85.5% Mono%：7.6% Lymph%：6.2% Baso%：0.2% Eosino%：0.2%)

RBC：506×10⁴/ μ L Hb：15.4g/dl Hct：44.4% MCV：87.7% Plt：14.2×10⁴/ μ L

【胸部Xp】CTR:50% CP Angle:dull葉間胸水あり

【腹部CT】

肝：辺縁dull 肝周囲に腹水あり 肝内胆管拡張あり

脾：脾腫なし 脾周囲腹水あり 脾静脈鬱滞なし

胆嚢：胆嚢著明に拡大 胆嚢内に数個結石あり 壁肥厚なし 拡張した胆嚢管・総肝管合流部付近に45mm大の腫瘤あり

腎：腎委縮なし 右腎盂軽度拡張

総胆管周囲、傍大動脈リンパ節腫脹あり

【プロブレムリスト】

#1. 中部胆管癌 #2. 閉塞性胆管炎 #3. 認知症 #4. 腹壁癒痕ヘルニア

【臨床経過】

第1病日入院後絶食、補液、抗生剤にて治療を開始した。第2病日閉塞解除目的にERCP施行されたが、乳頭周囲の浮腫強く乳頭の同定困難であったためPTCDへ移行した。心窩部より穿刺し、同部位に8.5Frフラワーを留置した。

第3病日採血データでは肝胆道系酵素は改善傾向を示しており、同日食事再開したが腹部膨満感は残存しており食事摂取は進まなかった。第4病日腹部エコー施行し胆嚢腫大を認めたため胆嚢穿刺し100ml程度胆汁を破棄した。

第6病日PTCDチューブが腹腔内まで抜けてしまったが造影で胆管が一部造影されたためガイドワイヤでさぐり、胆管内にガイドワイヤ留置できたためチューブを再挿入し肝門部に留置した。

第8病日PTCDルートを利用して経皮胆管ステント(φ8mm×50mm)を留置した。胆管の狭窄は上部胆管～中部胆管にかけて、狭窄長は4cm程度であった。

第9病日ごろより胆汁の脇漏れが目立つようになったためPTCDチューブ吸引すると胆泥が引けたため第11病日PTCDチューブ径を7Frから8.5Frに変更した。また経腸栄養も困難であると判断し、右内頸静脈にCV留置した。同日より腹満感、呼吸苦強くなり翌第12病日には喘鳴、肺雑音著明となった。BUN78.4mg/dl、Cre1.80mg/dlと著明な上昇を認め、アルブミン1.9mg/dlと低下傾向となった。低栄養、アルブミン低下による血管内脱水の影響と考えられたためネオパレン、25%アルブミン投与開始した。

第13病日にやや喘鳴改善したが、K6.4mEq/Lと上昇しており、輸液はK少なめ、Na多めの輸液に変更した。

第14病日には努力様呼吸となり下肢浮腫増強した。第16病日頃より湿性咳嗽、喘鳴増強、意識状態低下した。尿量も300ml/dayと減量した。

第17病日血圧低下傾向となり、第19病日朝より意識状態は悪く橈骨動脈微弱となり、10:00にJCS300、下顎呼吸出現し、血圧測定不可能となり11:17死亡確認した。

【臨床診断】

#1.中部胆管癌 #2.閉塞性胆管炎 #3.急性腎不全 #4.腹水・両側胸水(←低栄養による血管内脱水) #5.認知症 #6.腹壁癒痕ヘルニア

【病理解剖結果】

【主剖検診断】

中部胆管癌(低分化腺癌+乳頭状腺癌)、総胆管ステントおよび経皮的胆管ドレナージ状態

転移:肝、脾、胆嚢、脾、腹膜、後腹膜、左副腎、左右腎・尿管、十二指腸、残胃、腸間膜、心外膜、横隔膜、大網

同リンパ節転移:縦隔、肝門部、脾門部、脾周囲、腹部大動脈周囲、腸間膜

【副病変】

1. 急性肺炎、肺うっ血、肺水腫、無気肺(L540g、R550g)
2. DIC(多数の小血管血栓)
3. 胸水(L500ml、R500ml)、腹水(1500ml)
4. 胆嚢内膿瘍・ビリルビン結石
5. 左水腎症・水尿管症

6. 黄疸
7. 浮腫
8. 腹壁癒痕ヘルニア、正中・右下腹部・左側胸部の手術痕
9. 胃潰瘍術後B-1再建
10. 出血性膀胱

【考察】

胆管癌は治療が困難ながんの一つである。治癒切除がなされた場合の5年生存率は30～50%程度である。切除不能な進行胆道癌においては5年生存率はほぼ皆無である。切除不能な胆道がんに対してゲムシタビン（GEM）療法に比べてGEM+シスプラチン（CDDP）療法の有用性を示す第Ⅲ相試験が2009年に報告されているが、GEM群で8.3ヶ月、GEM+CDDP群で11.7ヶ月との報告であった。

本症例はドレナージ等の対症療法を行うのみで、手術・化学療法・放射線療法を行っていない自然経過の中胆管癌であった。肝周囲のみならず、心周囲や横隔膜、後腹膜を伝って左右腎・尿管にも腫瘍転移を認めた。

直接死因は急性肺炎等による急性呼吸不全であり、肺や腎臓に微小血栓が多発しており、DICが示唆される所見であった。また、腫瘍浸潤に起因する左水腎症・水尿管症による腎機能障害、肛門部腫瘍に起因する胆汁排出障害による肝機能障害も間接的に死因に影響を与えている事が病理学的にも考えられた。

【参考文献】

胆道癌取扱い規約（第6版）

エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン

がん診療レジデントマニュアル（第5版）

Valle JW, et al: Gemcitabine with or without cisplatin in patients(pts) with advanced or metastatic biliary tract cancer(ABC): Results of a multicenter, randomized phase III trial (the UK ABC-02 trial). Proc Am Soc Clin Oncol #4503, (2009)

Valle J, et al: Cisplatin plus Gemcitabine versus Gemcitabine for Biliary Tract Cancer. N Engl J Med (2010); 362:1273-1281

Okusaka T, et al: Phase II study of single-agent gemcitabine in patients with advanced biliary tract cancer. Cancer Chemother Pharmacol (2006)

Furuse J, et al: S-1 monotherapy as first-line treatment in patients with advanced biliary tract cancer: a multicenter phase II study. Cancer Chemother Pharmacol (2008)