

黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

香川医科大学放射線医学教室 (主任：田邊正忠教授)

児島 完治, 森 泰胤, 合田 文則, 川崎 幸子
玉井 豊理, 大川 元臣, 田邊 正忠

香川医科大学第一外科学教室

河 本 知 二, 田 中 聰

香川医科大学第一病理学教室

小 林 省 二

(昭和63年9月7日受稿)

Key words : 胆嚢炎, 黄色肉芽腫性胆嚢炎, 慢性胆嚢炎, CT, 超音波

緒 言

黄色肉芽腫性胆嚢炎は, 組織学的に黄色泡沫状の組織球浸潤を特徴とする比較的まれな胆嚢の炎症性疾患である。近年CTや超音波検査(US)により, その報告は増加しているが, 壁の不規則な肥厚のため, 胆嚢癌との鑑別が困難なことが多い疾患である。今回我々も, 画像診断上胆嚢癌とほとんど区別できなかった黄色肉芽腫性胆嚢炎を経験したので, 文献の考察を加えて報告する。

症 例

72歳 女性。
主訴 右上腹部仙痛発作。
既往歴 特記すべきことなし。
現病歴 昭和62年5月7日夜突然の右上腹部仙痛, 発熱, 嘔吐のため近医を受診。USにより胆石症と診断され, 6月16日手術目的で香川医大第一外科に入院した。入院時, 腹痛, 発熱, 黄疸は認めなかった。
理学的所見: 血圧100/60mm Hg, 脈拍も整で右上腹部に圧痛なく, 腫瘍も触知しなかった。
血液生化学検査:
白血球数6500, 赤血球数397万, ヘモグロビン

12.0 g/dl, ヘマトクリット36.9%, 血小板数41.7万, CRP0.8mg/dl, 総タンパク6.9 g/dl, アルブミン3.3 g/dl, BUN9.4mg/dl, クレアチニン0.8mg/dl, ビリルビン0.7mg/dl, GOT22u/l, GPT18u/l, ALP1016u/l, LDH357u/l, γ -GTP58u/l, コリンエステラーゼ342u/l, ZTT9.4u, CEA (Zゲル法) 2.4ng/ml, CA19-9 25u/ml, α フェトプロテイン1以下 ng/ml

画 像 診 断

[US] (Fig. 1)

胆嚢内腔は肝実質と同様の実質性エコーで占められている。胆嚢壁は低エコーにみえ厚い。胆嚢底部では肝との境界が不明瞭となっている。写真には写っていないが, 頸部に音響陰影を伴う結石がみられた。胆管の拡張はみられなかった。胆嚢の所見は, びまん型の胆嚢癌が強く疑われた。

[上部消化管造影] (Fig. 2)

胃幽門部に狭窄を認めるが, バリウムの通過は比較的良好である。十二指腸球部後方で上方からの圧排所見を認める。周囲からの浸潤が疑われた。

[逆行性膵管胆道造影] (Fig. 3)

胆管に拡張はみられないが, 総胆管に直径約

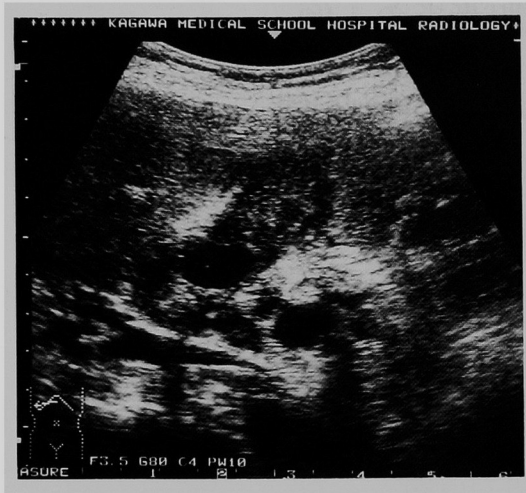


Fig. 1 胆嚢超音波像

胆嚢内腔は肝実質と同様の実質性エコーに占められる。胆嚢壁が低エコーにみえ厚い。胆嚢底部では肝との境界が不明瞭である。

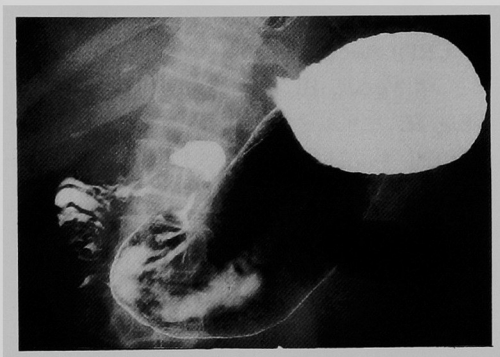
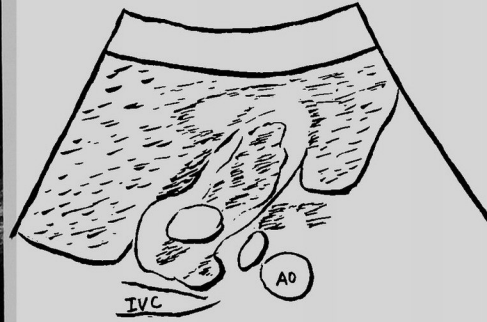


Fig. 2 上部消化管造影

胃幽門部に狭窄を認める。十二指腸球后部は上方から圧排されている。

3 mm, 胆嚢管に直径約 2 mm の結石を認める。胆嚢は造影されない。肝内胆管の偏位や狭窄は認めない。

〔CT〕 (Fig. 4 a. b)

単純 CT で、胆嚢壁の著明な肥厚がみられ、胆嚢頸部に直径 1 cm 大の結石を認める。造影 CT では、不規則に肥厚した壁の濃染像を認める。周囲の膵、胃前庭部も強く濃染されている。また頭側のスライスでは、肝との境界は不明瞭であった。

以上の画像診断より、胆嚢癌の疑いで手術が

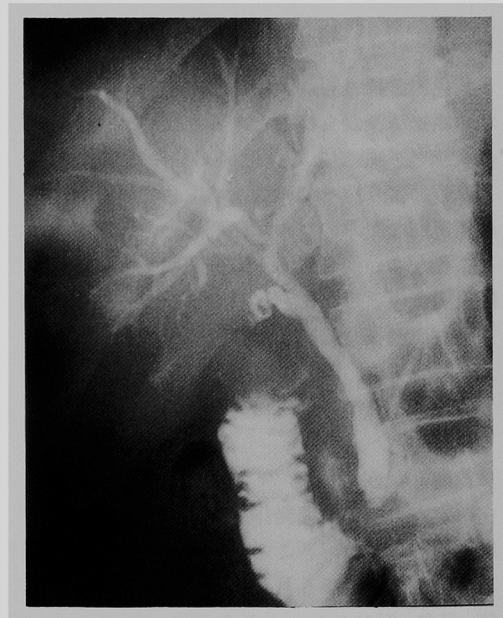


Fig. 3 逆行性膵管胆道造影

胆嚢管に結石を認め胆嚢は造影されない。総胆管末端にも結石を認める。胆管に拡張や狭窄、偏位等認めない。

おこなわれた。手術所見では、胆嚢は硬く胆嚢底部は大網、十二指腸と強く癒着していた。胆嚢壁の一部の迅速病理により、黄色肉芽腫、悪

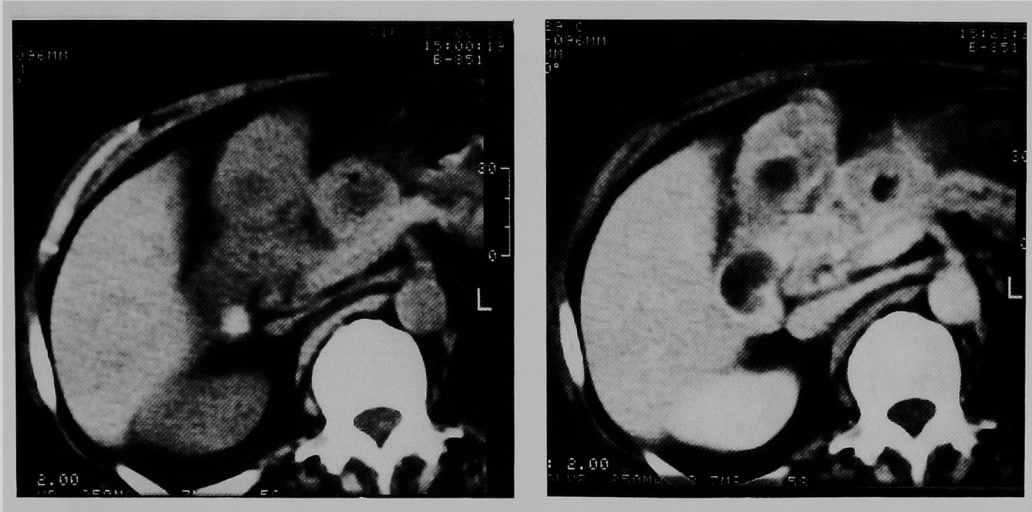


Fig. 4 a. b CT像

単純CT(a)で、胆嚢壁の著明な肥厚がみられ、胆嚢頸部に結石を認める。造影CT(b)では、不規則に肥厚した壁の濃染像がみられ、周囲の膵頭部、胃前庭部も強く濃染されている。

性所見なしと診断され、胆嚢摘出術、総胆管結石摘出術が施行された。

病理所見

肉眼的には、胆嚢壁は著明に肥厚し内腔には白色胆汁と黄色壊死組織がみられた。顕微鏡所見弱拡大では(Fig. 5 a)、筋層から漿膜側に比較的境界明瞭な黄色の肉芽腫の増殖を認めた。強拡大(Fig. 5 b)では、多核巨細胞を含む多数の黄色泡沫細胞の増殖が主体を占め、同時にリンパ球、プラズマ細胞の浸潤を伴い、一部に線維芽細胞の増殖を認めた。黄色肉芽腫性嚢炎と診断された。

考察

黄色肉芽腫性胆嚢炎は、その特異的な病理所見によって特徴づけられる比較的まれな胆嚢の慢性炎症性疾患である。すなわち、炎症細胞浸潤、黄色泡沫組織球増殖、癥痕化を伴う線維芽細胞増殖を特徴とし、その割合は様々で、線維化の著明なものから広汎な炎症所見を呈するものまで、種々の形態を呈する¹⁾。従って、その病理診断名も“Granulomatous cholecystitis”“Lipoid granuloma”“Ceroid-like histiocytic granuloma”等の様々な名称が用いられてい

る¹⁾²⁾。その頻度は胆嚢摘出術の0.7~10.6%にみられると報告されている^{2)~4)}。

成因については、結石と慢性炎症による胆汁のうっ滞に伴い、壁の変性や壊死が発生し、胆嚢壁内に微小膿瘍が形成される。その結果黄色肉芽腫の発生、壁の著明な肥厚が起こるといわれている^{1)~4)}。さらに、漿膜面の穿孔により、肝、横行結腸、十二指腸に癒着を発生する²⁾³⁾。そのため、腫瘤形成あるいは、他臓器への浸潤様変化を呈するため、画像診断において胆嚢癌との鑑別が非常に困難となっている。

USによる最初の報告は、Bluthらにより右上腹部の内部に高エコーをもった境界不鮮明な腫瘤様変化としてとらえられている⁵⁾。CT所見は、Düberらが最初である⁶⁾。US、CTともに周囲との境界不鮮明な著明な壁肥厚をもった胆嚢といった非特異的な所見しかなく、胆嚢癌との鑑別はほとんど困難である⁷⁾⁸⁾。

我々は施行しなかったが、血管撮影についての報告では、武藤らは²⁾、8例中7例に胆嚢動脈の拡張蛇行を認め、その分岐は不規則で大小不同の辺管増生や狭窄像を認めている。また、Hanadaらは³⁾、4例中2例は胆嚢動脈の拡張があるも不整がみられず、悪性病変を否定しているが、2例では不整と狭窄を認め強く胆嚢癌を

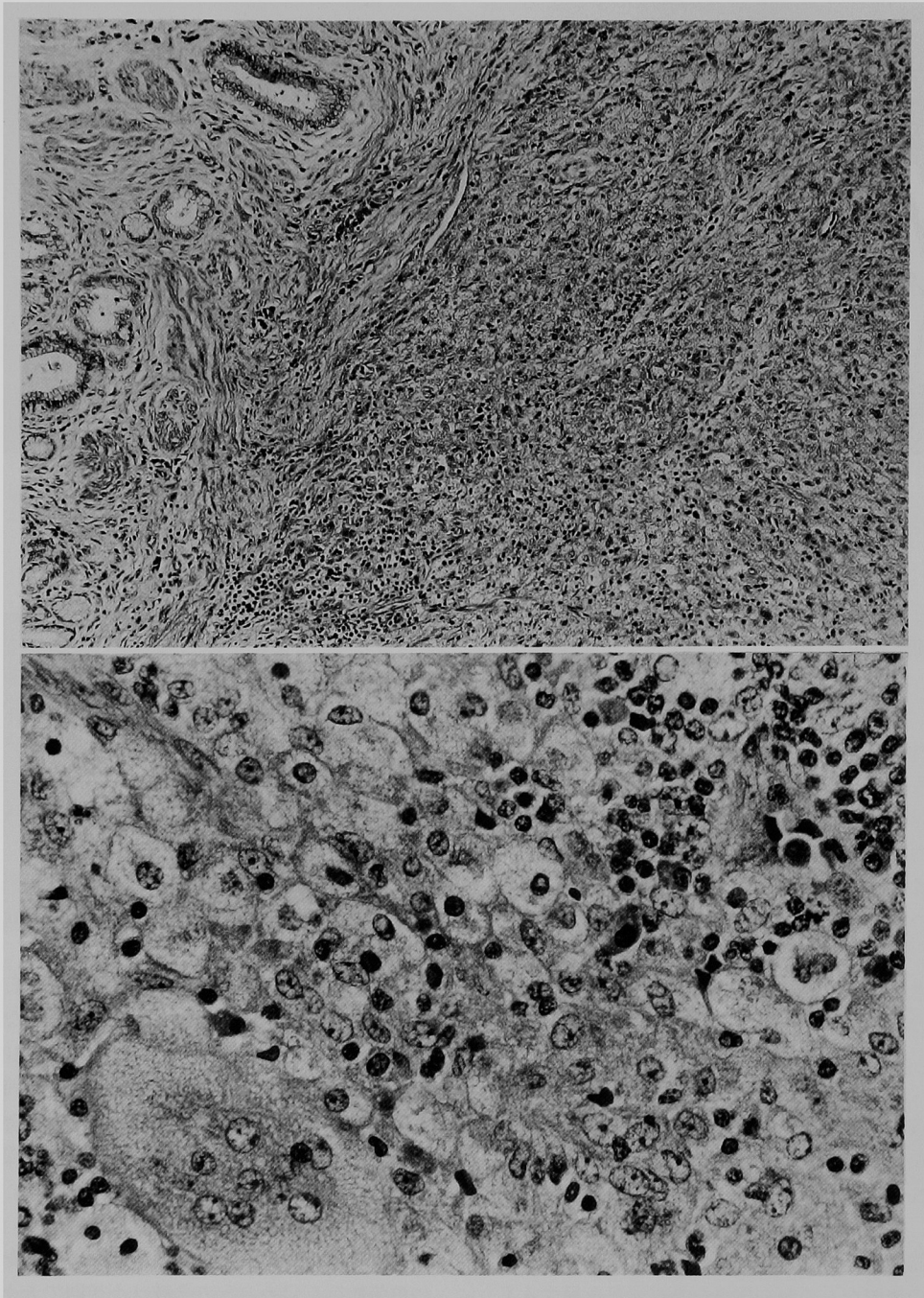


Fig. 5 a. b 病理組織像

弱拡大($\times 33$)(a)では、筋層から漿膜側に比較的境界明瞭な黄色肉芽腫の増殖を認める。強拡大($\times 132$)(b)では、多核巨細胞を含む多数の黄色泡沫細胞の増殖が主体を占める。同時にリンパ球、プラズマ細胞の浸潤と、一部に線維芽細胞の増殖を認める。

疑っている。すなわち、血管撮影により鑑別が可能な症例と、血管撮影をもってしても不可能な症例があると考えられる。

画像診断での胆嚢癌との鑑別点として、リンパ節転移、胆管の変化がないことがいわれている⁸⁾が、黄色肉芽腫性胆嚢炎でも、リンパ節腫大の報告もあり³⁾、絶対的な鑑別の根拠とはいえない。

我々の症例では、US、CTともに著明な壁肥厚、周囲への浸潤を疑わせる所見に加えて、胃幽門部の狭窄、十二指腸球后部の圧排がみられ、

術前診断として胆嚢癌の診断もやむをえなかったと思っている。しかしながら、retrospectiveに考えると、これ程広汎な浸潤を呈したにもかかわらず、臨床所見に乏しく、腫瘤を触知せず、胆道の変化などがみられなかったことは、悪性でない可能性も考える必要があったことを示していたのかも知れない。

結 論

画像診断上、胆嚢癌と鑑別が非常に困難な疾患である黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例を報告した。

文 献

- 1) Goodman ZD, Ishak KG : Xanthogranulomatous cholecystitis. *Am J Surg Pathol* (1981) **5**, 653—659.
- 2) 武藤良弘, 内村正幸, 脇 慎治, 林 輝義, 鮫島恭彦, 松元定治, 立花 正, 門野 寛, 岡本一也 : 胆のう癌に類似する胆のう炎の臨床病理学的検討。日消外会誌 (1979) **12**, 245—252.
- 3) Hanada K, Nakata H, Nakayana T, Tsukamoto Y, Terashima H, Kuroda Y, Okuma R : Radiologic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. *AJR* (1987) **148**, 727—730.
- 4) 渋谷宏行, 阿部章彦, 恩村雄大 : Xanthogranulomatous checystitis—41例の臨床病理学的検討一。胆と脾 (1984) **5**, 185—190.
- 5) Bluth EI, Katz MM, Merritt CRB, Sullivan MA, Mitchell WT : Echographic fisdings in xanthogranulomatous cholecystitis. *J Clin Ultrasound* (1979) **7**, 213—214.
- 6) Düber C, Störkel S, Wagner Pk, Müller J : Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking carcinoma of the gallbladder : CT findings. *J Comput Assist Tomogr* (1984) **8**, 1195—1198.
- 7) Cossi AF, Scholez FJ, Aretz HT, Larsen CR : Computed tomography of xanthogranulomatous cholecystitis. *Gastrointest Radiol* (1987) **12**, 154—155.
- 8) De Gaetano AM, Breda M, Maresca G, Danza F, Vecchio F, Colagrande C : Xanthogranulomatous cholecystitis : Echographic and CT patterns. *RAYS (Roma)* (1985) **10**, 63—67.

A case of xanthogranulomatous cholecystitis
Kanji KOJIMA, Yasutane MORI, Fuminori GOHDA
Yukiko KAWASAKI, Toyosato TAMAI, Motoomi OHKAWA
Masatada TANABE, Tomoji KOHMOTO¹⁾, Satoshi TANAKA¹⁾
and Shohji KOBAYASHI²⁾

Department of Radiology, Kagawa Medical School

1) First Department of Surgery, Kagawa Medical School

2) First Department of Pathology, Kagawa Medical School

1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun,

Kagawa 761-07, Japan

(Director : Prof. M. Tanabe)

A case was presented of xanthogranulomatous cholecystitis which resembled carcinoma of the gallbladder on ultrasonography (US) and CT. The findings of US and CT showed a markedly thick-walled gallbladder with poor definition of boundaries which was similar to the infiltration of carcinoma of the gallbladder. Although a rare entity, xanthogranulomatous cholecystitis should be considered in the differential diagnosis of carcinoma of the gallbladder.