

転移性肝腫瘍が疑われた黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

新里 広大¹⁾、豊見山 健²⁾、金城 章吾²⁾、仲里 秀次²⁾、友利 健彦²⁾、
永吉 盛司²⁾、長嶺 信治²⁾、宮城 淳²⁾、大嶺 靖²⁾、石川 雅士³⁾

要旨：68歳男性、胸部レントゲンにて肺門リンパ節腫大を指摘され、精査目的で当院へ紹介された。胸腹部造影CTにて縦隔リンパ節の腫大、肝腫瘍、S状結腸壁の肥厚を指摘され、下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に2型腫瘍を認め、生検にてS状結腸癌と診断された。S状結腸癌、肝転移、縦隔リンパ節転移疑いと診断し、原発巣切除後に化学療法の方針となり、腹腔鏡補助下S状結腸切除術施行後化学療法も開始した。化学療法施行後、指摘されていた肝腫瘍は転移性肝腫瘍疑いにて待機的に腹腔鏡下肝部分切除術を行う方針となった。術前のDIC-CTでは、慢性胆嚢炎、もしくは胆嚢癌疑いの診断であり、肝床部切除を伴う胆嚢摘出術を行った。摘出標本は壁肥厚伴う萎縮胆嚢の所見であり、胆嚢内に10mm大の結石も認めた。迅速病理検査では悪性所見は認めず、永久病理標本においても黄色肉芽腫性胆嚢炎に相当する慢性胆嚢炎であった。術後経過は良好で、第13病日に退院となった。

Key Words：黄色肉芽腫性胆嚢炎、S状結腸癌、転移性肝腫瘍、胆嚢癌

はじめに

黄色肉芽腫性胆嚢炎 (xanthogranulomatous cholecystitis ; 以下 XGC) は亜急性胆嚢炎の範疇に属する特徴的な肉眼像と病理所見を呈する胆嚢炎の一つである。その発生機序は、胆石の嵌頓によって Rokitansky-Aschoff sinus から胆嚢壁内に胆汁が侵入し、組織球が貪食し、ついで xanthoma cell よりなる肉芽が形成され、引き続いて異物性炎症、繊維化が進んで行くと考えられている^{1) 2)}。

XGCは良性腫瘍であるが周囲臓器に浸潤傾向を示す為、胆嚢癌との鑑別が困難でそのほとんどが、外科的に切除され術後の病理診断でXGCと診断される。今回も胆嚢癌あるいは、S状結腸癌既往でもあったことから転移性肝癌との鑑別も必要となった一例を経験したので報告する。

症例) 68歳男性

主訴：胸部レントゲン異常 (肺門リンパ節腫大)

既往、内服薬：なし

現病歴：胸部レントゲン異常精査目的で当院内科へ紹介。胸腹部造影CT検査にて縦隔リンパ節の腫大、肝腫瘍、S状結腸壁の肥厚を指摘された (Fig.1 ~ 3)。

下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に亜全周性2型腫瘍あり、生検にてS状結腸癌と診断された。S状結腸癌、肝転移、縦隔リンパ節転移と診断

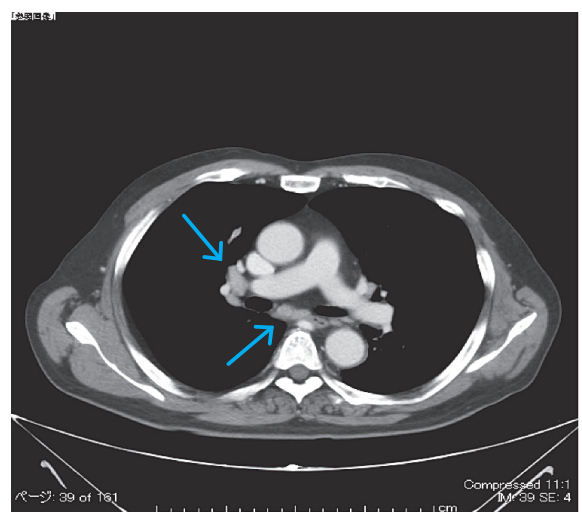


Fig.1 縦隔リンパ節の腫大を認める (矢印)

沖縄赤十字病院 初期臨床研修医¹⁾
沖縄赤十字病院 外科²⁾
沖縄赤十字病院 病理³⁾

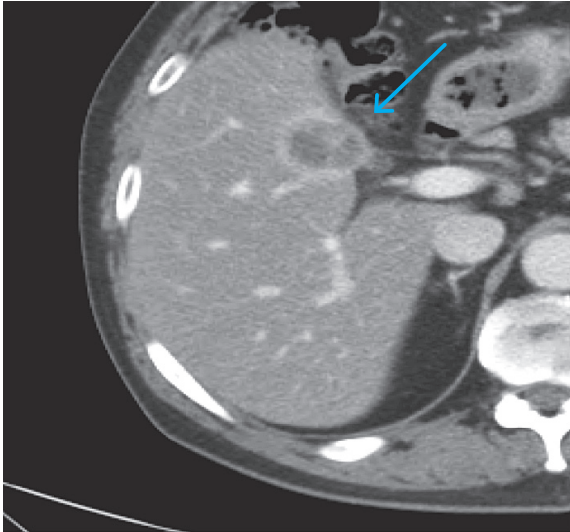


Fig.2 S5に33 x 19 mmの周囲に造影効果あり、内部に低吸収領域を伴う腫瘍性病変を認める

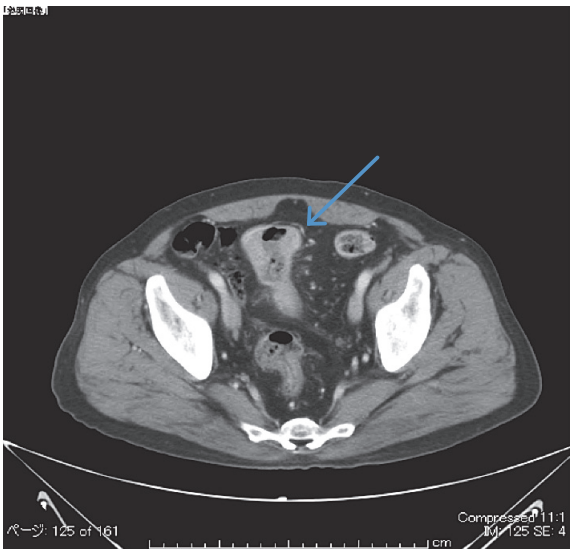


Fig.3 S状結腸に全周性に壁肥厚を認める

(T3, N1, M1b (M1, LYM1) cStage IV) し、原発巣切除後に化学療法の方針となった。その後、腹腔鏡補助下S状結腸切除術が施行され、病理結果は中分化腺癌 (pSS pN0 ly1 v0 pPM0 pDM0 pRM0) であった。領域リンパ節に転移が無かったことから、縦隔リンパ節転移の可能性は低いと考えた (Fig.4)。化学療法4コース施行後、肝腫瘍に著変を認めなかった。肝腫瘍は転移性肝腫瘍疑いにて待機的に腹腔鏡下肝部分切除術施行となった。

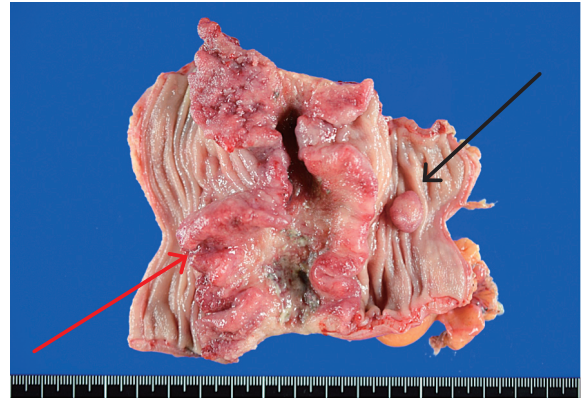


Fig.4 7 cm x 6 cm大 2型病変 (矢印) と1 cm大 1sp型病変 (矢印)

入院時現症)

身長 169cm, 体重 71.8kg

血圧 137/76mmHg, 脈拍 76 /分, 呼吸数 16回/分, SpO2 98% (室内気) 腹部は平坦・軟、明らかな圧痛はなく、その他リンパ節含め特記事項なし

入院時血液検査)

WBC $5.0 \times 10^3 / \mu\text{l}$, Hb 10.2g /dl, Ht 32.6 %, PLT $21.6 \times 10^3 / \mu\text{l}$, T-bil 1.0 mg/dl, AST 46 U/l, ALT 43 U/l, ALP 175 U/l, γ -GTP 114 U/l, BUN 15.7 mg/dl, Cre 0.75 mg/dl

腹部超音波検査 肝腫瘍内部は high low mix patternで胆嚢は認めなかった (Fig.5)。

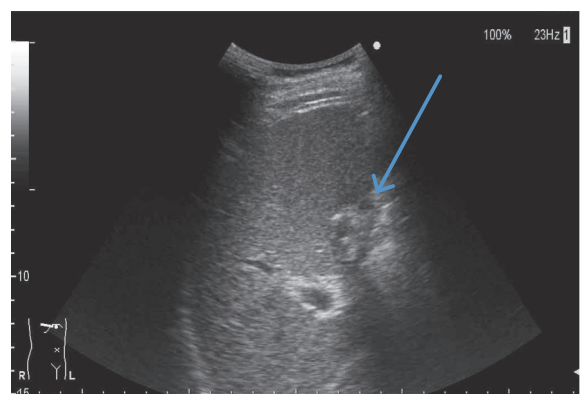


Fig.5 内部は high low mix patternで胆嚢は認めなかった

DIC-CT検査 胆嚢は同定できず、胆嚢管と思われる構造が肝 S5腫瘍に連続し、造影剤途絶していた (Fig.6)。

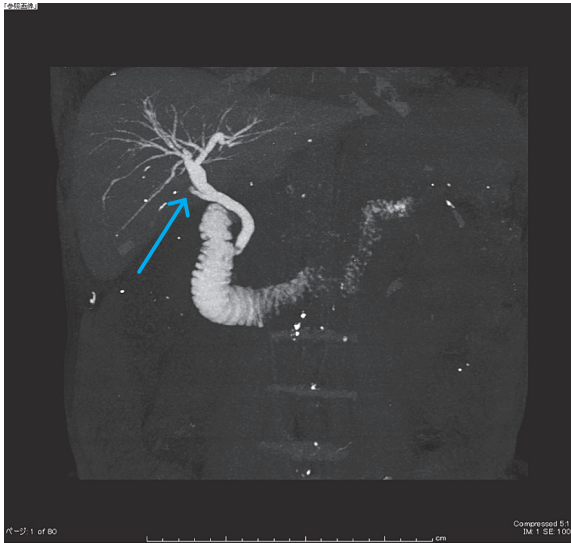
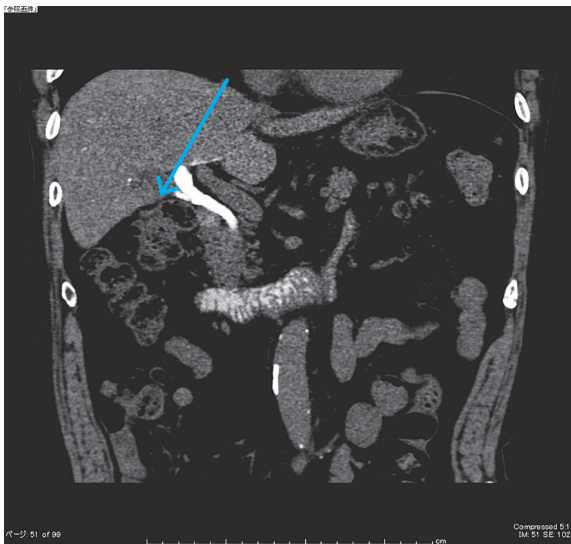


Fig.6 a. DIC-CTで胆嚢は同定できず、胆嚢管と思われる構造が肝 S5腫瘍に連続し、造影剤途絶していた。



b. 造影剤の途絶部位に低吸収領域を認める (矢印)

術中所見)

全身麻酔＋硬膜外麻酔下に両上肢外転、仰臥位で腹腔鏡下アプローチで手術を開始した。

臍部に10mmの縦切開をにおいてHasson法で開腹した。10mmトロッカー挿入し気腹後腹腔内を観察したところ、右上腹部腹壁に大網の癒着があり、また肝下面、胆嚢周囲にも高度の癒着を認めたが、腹水はなかった。心窩部正中、右上腹部、右側腹部にも5mmのトロッカーを挿入し、右上腹部の癒着、肝下面、胆嚢周囲を超音波凝固装置で剥離し、総胆管を確認した。胆嚢管を同定し、胆嚢と思われる部

位に腫瘍を認めた。しかしながら、鏡視下での剥離は困難と判断し開腹移行した。右肋骨弓下斜切開にて開腹した。胆嚢管を結紮切離し、断端を術中迅速病理に提出したが、悪性所見は無かった。腫瘍を可能な限り胆管から剥離した。

術中エコーでは通常の胆嚢部位に腫瘍があり、これ以外には肝腫瘍は認めなかった。

肝床部を一部つけ腫瘍を切除した。

摘出標本では壁肥厚と10mm大の結石を認め、萎縮胆嚢と思われた。術中迅速病理検査で、悪性所見を認めなかった。

術後経過)

術後経過は良好で第13病日に退院となった。永久病理診断でも胆嚢管断端に悪性所見は認めなかった。切除された胆嚢でも一部石灰化を伴い、壁の大部分は癒痕組織に置換されていた (Fig.7)。また、

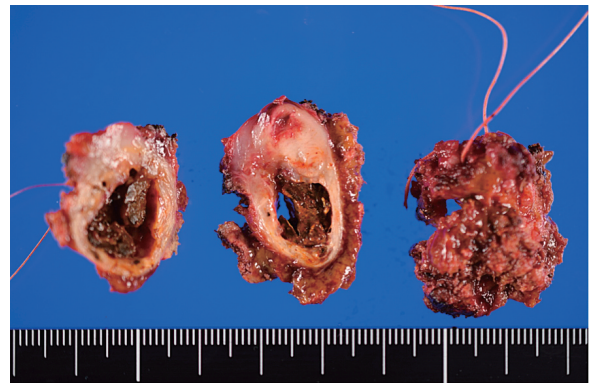


Fig.7 胆嚢の壁の大部分は癒痕組織に置換され、一部石灰化を認めた

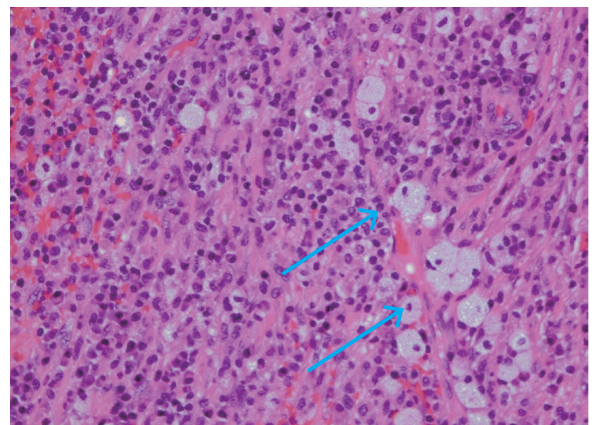


Fig.8 壁の内腔面や壁内には泡沫状の胞体を持つ組織球の種々の程度の増生や集簇像を認めた (矢印)

壁の内腔面や壁内には泡沫状の胞体を持つ組織球の種々の程度の増生や集簇像が見られ、XGCに相当する像をまじえる慢性胆嚢炎に相当する所見であった (Fig.8)。

考察)

XGCは1948年に Weismann らによって初めて報告された³⁾。本邦では島田らによって1975年に初めて報告され⁴⁾、1976年 McCoy らが初めてXCGという名称を用いた。その発生機序は、胆嚢内圧の上昇が大きく関係していると言われ、内圧上昇によりまず、胆嚢粘膜損傷や Rokitansky-Ashoff sinusの破綻がおこる。そこへ流入胆汁成分を組織球が貪食し、胆汁に由来する脂質や色素を含む泡沫状の xanthoma cellを主体とした肉芽種炎症がおこるとされている⁵⁾。XGCは30歳代から80歳代までと幅広い年齢層で発生し、そのほとんどは胆石合併例であり急性の胆嚢炎症が起きてから肉芽形成まで数週間～半年の経過をたどるとされている。しかしながら、XCGに特異的な臨床症状はほとんどない。

XCGは良性疾患であるが、その性質から周辺臓器に浸潤する場合があります、画像診断において胆嚢癌との鑑別が極めて重要になり過大手術を回避しなければならない。五島らは典型的なCT画像所見として、びまん性胆嚢壁肥厚、粘膜面の連続性が保たれる、壁内の低吸収域の結節、肝実質に浸潤がない、肝内胆管拡張を認めないとし、上記の5つのCT所見のうち3つ認める場合には、感度83%、特異度100%、正診率91%と報告している⁶⁾。しかしながら、そのほとんどは術中の迅速病理検査にて悪性所見ないことによって胆嚢癌と鑑別していることがほとんどである。本邦でのXCGと胆嚢癌の鑑別が困難であった81症例を検討した松村らの報告によると、術前でXCGと診断した症例は16例であり、胆嚢癌の診断は49例と半数以上であった⁷⁾。

本症例では、胸部レントゲンにて肺門リンパ節腫大を指摘されたことをきっかけに、精査の胸腹部造影CTにて縦隔リンパ節の腫大、肝腫瘍、S状結腸壁の肥厚を指摘され、S状結腸癌、肝転移、縦隔リ

ンパ節転移疑いと診断された。腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した際には、胆嚢周囲の癒着があり十分な観察は行えなかった。術前のDIC-CTでは画像上、胆嚢は同定できず胆嚢管と思われる構造が肝腫瘍に連続し造影剤途絶していた。そのことから転移性肝腫瘍より慢性胆嚢炎、胆嚢癌を強く疑った。肝床部切除を伴う胆嚢摘出術を行い、摘出標本は壁肥厚伴う萎縮胆嚢の所見で胆嚢内に10mm大の結石も認めた。迅速病理検査では悪性所見は認めず、永久病理標本においてもXCGに相当する慢性胆嚢炎であった。

XCGの約10%の症例で胆嚢癌が合併すると言われ、基本的な治療方針は外科的切除であるが、本症例のように術前の慎重な画像検査にて慢性胆嚢炎の可能性が高ければ術前の化学療法や拡大切除を回避できるかもしれない。

結語)

術前に転移性肝腫瘍と疑われた黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例を経験した。

肝転移を疑われかつ胆嚢の描出が不良の場合は、慎重な術前画像検査を行うとともに術中迅速病理検査を行うべきである。

参考文献

- 1) 豊川 秀吉, 権 雅憲: 黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断と治療. 胆道, 23: 649-653, 2009
- 2) 鳩田 紘他: 胆嚢の良性隆起性病変について. 外科診療, 17: 1012-1218, 1975
- 3) Weismann RE, McDonald JR: A study of intramural deposits of lipids in twenty-three selected cases. Arch Pathol, 45:639-657, 1948
- 4) 島田 鉦, 州崎 兵一, 他: 胆嚢の良性隆起物病変について. 外科, 17:1012-1018, 1975
- 5) 北川 晋, 中川 正昭, 他. 黄色肉芽種性胆嚢炎の臨床病理学的検討. 日消外雑誌, 91:1001-1010, 1990
- 6) Satoshi Goshima, Samuel Chang, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: Diagnostic performance to CT to differentiate

from gallbladder cancer. European Journal
of Radiology,74:e79-e83,2010

- 7) 松村 勝, 鳥越 貴行, 他. 胆嚢癌と鑑別困難
であった黄色肉芽性胆嚢炎の一例—本邦症例
81症例の検討. 胆道, 24:219-226,2010