

胆道炎を反復した十二指腸乳頭部癌の1例

東京女子医科大学第2外科 (主任：織畑秀夫教授)

萩原英夫・斎藤正光

中谷雄三・講師 山中爾朗

教授 太田八重子

(受付 昭和47年2月3日)

はじめに

十二指腸に発生する癌は比較的まれなものとされていたが、近年のX線検査、十二指腸内視鏡検査等による診断の進歩と共に、その報告も多く見られるようになってきた。われわれは最近胆石症の胆摘後に、反復する胆道炎を伴った十二指腸乳頭部癌を経験したが、これは Meltzer-Lyon 法による新鮮血の証明が端緒となり、Hypotonic duodenography を行ない、更に Duodenal fiberoscopy と直視下生検により組織学的診断を得ることができ、根治的手術を行なった例である。本例はその診断上比較的典型的な経過をとつたので文献的考察と共に報告する。

症 例

患者：K.S. 59才、男性。

主訴：右季肋部痛、発熱、食欲不振

既往歴：戦時中マラリアに罹患、昭和24年痔核切除を受ける、数年前変形性脊椎症といわれた。

家族歴：妹が子宮癌に罹患、その他特にない。

現病歴：昭和44年4月頃より右季肋部痛を訴え、近医に1週間入院し、疼痛寛解し退院。同年10月頃発熱と黄疸のため入院。12月17日某病院にて胆石症のため胆嚢摘出術を受ける。昭和45年秋頃より時々突発的に39°C台の発熱を認め、同病院において、術後癒着と診断される。同年暮頃より周囲の人に黄疸を指摘される。昭和46年1

月同病院において再開腹術を受けるも、癒着が強いため胆管まで到達できなかつたという。4月に退院したが、間歇的な発熱と食欲不振に悩まされる。4月20日当科を訪ずれ入院となる。

現症：体格中等度、栄養状態良好、皮膚色正常、眼瞼結膜にやや貧血が認められる。眼球結膜に黄疸は認められず、リンパ節の腫脹はなく、胸部理学所見にも異常はない。腹部には正中と右季肋部に既往手術癒着があり、右季肋部に軽度の圧痛を認めるが腫瘤は触れず、四肢に異常なく、反射も正常である。

入院時検査所見：赤血球数 335×10^4 、色素量10.4 g/dl、ヘマトクリット値30%、白血球数16,500、血小板数 25×10^4 、血液生化学検査で黄疸指数93、総タンパク量 7.2 g/dl、タンパク分画では Al 39%、 α_1 -G1 6%、 α_2 -G1 14%、 β -G1 14%、 γ -G1 27%、A/G 0.6、GOT 68u、GPT 50u、LDH 209u、Al-ph 28u、血清アミラーゼは32、尿アミラーゼは64で、便潜血反応は陽性(ベンチジン法)である。

Meltzer-Lyon 検査所見：A胆汁の黄疸指数は12.2、C胆汁の黄疸指数は21.3であり、A胆汁流出後硫苦40ml 注入したところ鮮紅色血液が約3ml 採取され、一部細胞診を行なったが、パペニコロ

Hideo OGIHARA, Masamitsu SAITŌ, Yūzo NAKAYA, Jirō YAMANAKA, Yaeko OHTA, Department of Surgery (Director: Prof. Hideo ORIHATA) Tokyo Women's Medical College: "A case of carcinoma of the papilla of Vater which repeated chronic cholangitis"

— II で、癌細胞を証明し得なかつた。

X線検査所見：胃X線検査では軽度の萎縮性胃炎を認めるのみで著変なし。低緊張性十二指腸造影では背臥位充盈像にて、十二指腸内側 Vater 乳頭上方に Vater 乳頭に連なる陰影欠損を認めた。また腹臥位二重造影にて腫瘤の大きさは十二指腸下行脚の約半分の長さで、西洋梨状に見られ表面は硬い。以上の所見より悪性腫瘍を疑った (Fig. 1)。



Fig. 1 Hypotonic duodenography showing protruded type tumor at the second portion of duodenum.

十二指腸内視鏡検査所見：十二指腸球部には十二指腸炎の像が見られ、胆汁の乗りが見られる。上十二指腸角から下行脚に向つて Scope を挿入すると、下行脚内側に腫瘍を認める。表面粗糙で、血管の透見像があり、周囲の十二指腸粘膜と明らかに異なり、出血しやすい。この腫瘍の頂上には臍窩らしきものが見られ、胆汁の流出を認めることから、総胆管の開孔部と判断され、内視鏡的には十二指腸乳頭部癌と診断した。腫瘍の周辺への浸潤は認められなかつた。腫瘍の直上と直下で直視下生検を施行し、病理組織学的に腺癌を証明し得た (Fig. 2, 3)。

手術所見：十二指腸乳頭部腺癌の診断のもとに正中切開にて開腹した。既往手術のため癒着が強



Fig. 2 Duodenal fiberoscopy revealed protruded mass at the papilla of Vater.



Fig. 3 Histological finding of the specimen of biopsy under direct vision. (H&E, ×100)

く、剥離に長時間を要した。臍は頭部の領域を充分含めた体部との境付近で切断し、体部の主膵管にカニューレージョンした。膵頭部切除、胃十二指腸切除を行ない、Whipple 法変法で、総胆管空腸端側吻合および膵空腸端側吻合 (カニューレ固定)、胃空腸端側吻合を施行した (Fig. 4)。

切除標本所見：腫瘍は Vater 乳頭に見られ、表面凹凸で、総胆管と膵管とは別個に開孔している。腫瘍は $2.0 \times 1.8 \times 1.0$ cm 大で周囲の粘膜に肉眼的な浸潤所見は認められない。剖面では乳頭

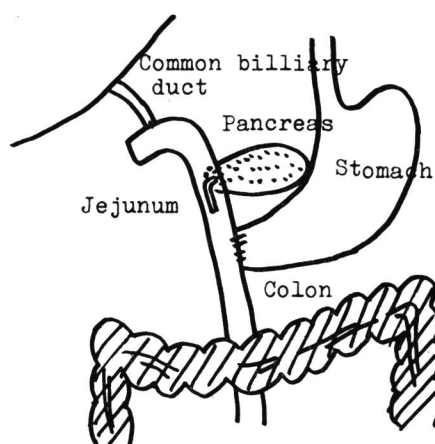


Fig. 4 Operative findings.



Fig. 5 Photograph of the surgical specimen. (The rightside showing the bulb.)

内の総胆管の出口に小粒子状の腫瘍が見られ、総胆管より発生した癌と考えた (Fig. 5).

病理組織学的所見: Vater乳頭部の腺癌であり、周囲リンパ組織への転移はみられず、総胆管と膵管に慢性炎症の像が見られた。膵、胃、十二指腸

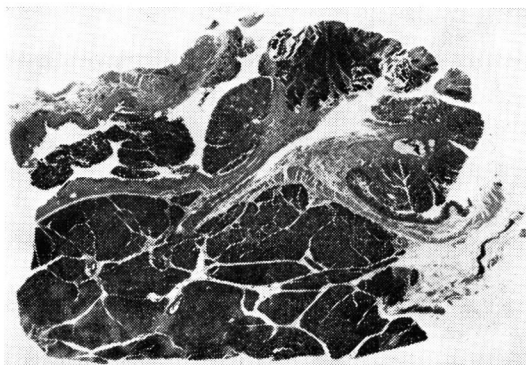


Fig. 6 Histological findings of the papilla of Vater.

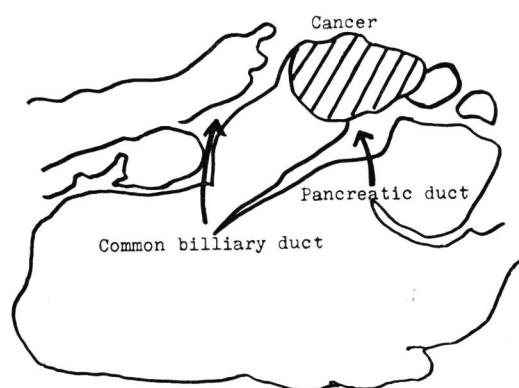


Fig. 7 Schema of fig. 6.

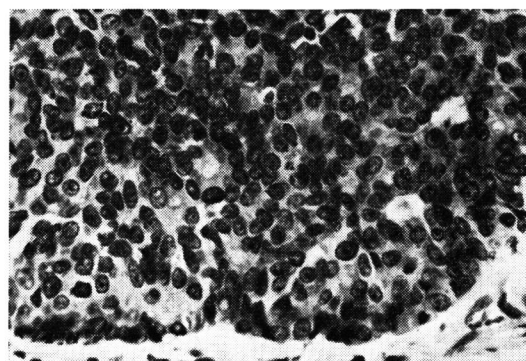


Fig. 8 Histological findings of the cancer of the papilla. (H & E. $\times 420$)

は二次的变化のみで腫瘍の浸潤は認められなかった。癌は Vater 乳頭の Adenoma から発生したものと考えられる。すなわち悪性変化したものと推定され、乳頭部全体の癌化ではなく膵管の開孔部近傍のみに、しかも粘膜内および粘膜下層に留まる癌であった (Fig. 6, 7, 8)。

術後経過: 術後約1週間経過順調であったが、術後7日目にガストログラフインによる胃X線検査により、胃空腸吻合部における流れが殆どみられなかったが、X線上膵空腸吻合部からの造影剤の腸管外漏出が認められた。ドレーンからも胆汁性・血性の多量の浸出液が排出され、縫合不全のための再手術のやむなきに至り、胃空腸端々吻合と総胆管および膵との空腸脚の Roux-Y 吻合と Witzel 腸瘻造設術を施行した。再手術後9日目に吐血・下血が大量に認められ、輸血しつつ3度目の手術を行なったが、術後出血が著しく失った。

考 按

1958年から1962年までの日本病理剖検集報告によると、剖検総数56,916例中、腸の悪性腫瘍は1.41%で、小腸悪性腫瘍は0.18%である。小腸の中では十二指腸に発生するものが最も多く88.5%を占める。十二指腸癌の発生部位についてみると、乳頭上部、乳頭部、乳頭下部に分けてみると、乳頭部癌が最も多いといわれている。

乳頭部癌の症状としては、黄疸が主症状であり、進行性に急速に高度の黄疸を来たすのが通例であるが、他方、出現消退を反復する出没型もかなりの症例に見られる。これは膵頭部癌では殆どが進行性であるのと異なり、本症の特徴と考えられる¹⁾。われわれの症例も胆摘後の経過をみると後者の型を示していた。また発熱は胆管炎によるものであり、悪心、食欲不振、腹部膨満感、倦怠感等も多い症状である。

診断的には以上の臨床像が最も重要であるが、簡便な方法は Meltzer-Lyon 法である。これによつて細胞診を行ないうるし、また十二指腸液が血性であることを証明すれば本症を疑う一つの根拠となるからである^{2)~4)}。われわれの症例でも十二指腸ゾンデのオリーブによる粘膜擦過によるのではないかと疑える出血を認め、これが乳頭部癌を疑う端緒となつたわけである。なお本法にて血液を認め胆汁を得ず膵酵素の存在を証明すれば乳頭部癌の確診が得られるといわれているが、われわれの症例の如く common channel でない場合には注意を要するものと考えられる。

最近では胃十二指腸X線検査に際して、無管式低緊張性十二指腸造影が行なわれたり、十二指腸ファイバースコープの進歩による直視下生検も日常的になり、正確な位置や組織学的診断まで得られるようになって来ている。われわれの症例でも術

前に組織学的診断を得ている。更には経皮的胆道造影、腹腔動脈撮影、超音波検査等の診断的手段も進歩し、臨床的所見の把握如何によつては今日乳頭部癌の発見は容易になつて来ているといえよう。

外科的治療としては、根治手術として腫瘍の部分切除、十二指腸の Segmental resection, Pancreatico-duodenectomy の3種があり、姑息的手術として種々の by-pass 手術がある。Pancreatico-duodenectomy は手術侵襲が極めて大であり、他の部位の癌の手術の予後に比して不良であるが、最近では積極的に本術式をとるべきであるとの意見が多くなつて来ている⁵⁾⁶⁾。姑息的手術の予後は根治的なものより更に悪い。われわれの症例は病理組織学的には早期のもので全く浸潤や転移を来たさず、Whipple 変法にて根治手術が行なえたが、術後膵空腸吻合部の縫合不全を併発したため、その後の再手術によつても回復し得ず失つてしまつた。

おわりに

胆嚢摘出術後約1年4ヵ月後に十二指腸乳頭部の粘膜下層にとどまる早期の Vater 乳頭部癌を発見し、術前の諸検査により組織診断まで得て根治的手術にもつて行けた59才男子の1症例について、診断と治療の面から考察し報告した。

文 献

- 1) 穴沢雄作：胃と腸 4 1383 (1969)
- 2) Hess, W.: Surgery of the biliary passages and the pancreas Van Nostrand (1964)
- 3) Miller, E.M. et al.: Surg Gynec Obstet 92 172 (1951)
- 4) Sharpe, W.S. et al.: Amer J Med Sci 202 238 (1941)
- 5) Cattell, R.B. et al.: Ann Surg 129 840 (1949)
- 6) Baum, M. et al.: Amer J Surg 115 519 (1968)