

ヘパトームによる胆道内出血の1例

金沢大学医学部第2外科学教室（指導：本庄一夫教授）

水野 襄一・北出 龍太郎

〔原稿受付 昭和38年4月5日〕

ONE CASE OF HEMOBILIA CAUSED BY LIVER CELL CARCINOMA

by

JOICHI MIZUNO, RYUTARO KITADE

From the 2nd Department of Surgery, Kanazawa University, Medical School
(Director : Prof. Dr. Ichio Honjo)

Laparotomy was performed on a man 75 year old who had a chief complaint of gradually increasing jaundice. Cause of jaundice was found to be due to a blood clot obstruction at the duodenal opening of choledochus which is caused by bleeding from liver cell carcinoma arising near the originating site of the left hepatic duct. The tumor being located in the porta hepatis it was considered impossible to perform hepatectomy. Accordingly, after the clot mass was removed, T tube was inserted from the choledochus to the right hepatic duct. Improvement of the jaundice was gradually observed thereafter. Some consideration was done upon this case with study in literatures.

緒 言

原発性肝癌は比較的稀なものであるが、本邦においては欧米諸国に比しその頻度は高く、全癌の7.5%程度と云われる。我々は最近肝門部に発生したヘパトームより胆道内に出血を来たして、その凝血が総胆管を閉塞した為に黄疸を発生した1症例を経験したのでここに報告する。

症 例

患 者：75才、男子。

主 訴：黄疸。

既往歴：特記すべき事はない。

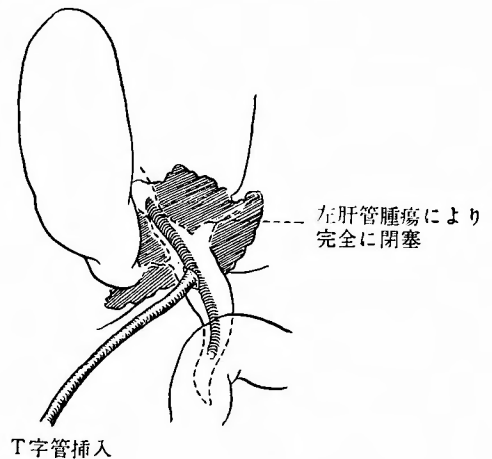
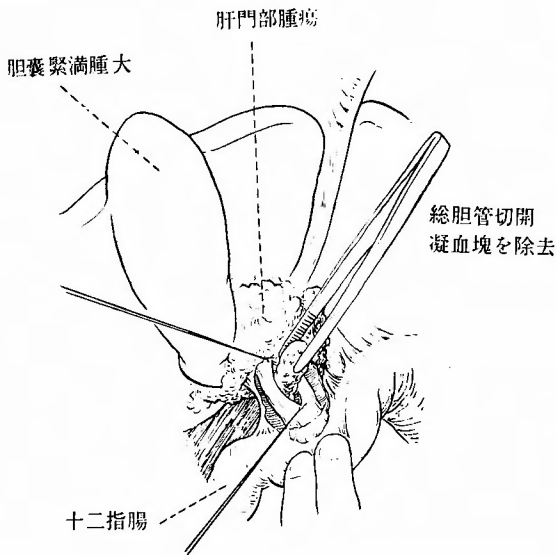
家族歴：患者の父親が胃癌で死亡している。

現病歴：生来健康であつたが、昭和37年12月26日に家族より黄疸を指摘され直ちに某病院に入院した。入院後38℃前後の発熱が2日認められたが、それ以外の時は平熱であつた。種々の内科的治療を受けていたが、漸次黄疸が増強し食欲もやや低下して来たので、昭和37年1月11日当科へ入院した。なおそれ迄に腹痛

その他胃腸障害は特に感じられなかつた。

初診時現症：全身所見、意識明瞭、体格栄養共に中等、全身に浮腫を認めず、顔貌は正常であるが、皮膚及び結膜に黄疸著明、やや貧血様である。脈搏数72、整、緊張良好、血圧138～75mmHg、呼吸数18、整である。頸部淋巴節腫脹ならびに舌苔なく、心肺に異常所見を認めない。肺肝境界は右乳線上第5肋間で正常である。局所所見、腹部は全般に柔軟、上腹部やや膨満し、右季肋下部に境界明確な胡桃大球状弾力性硬の腫瘤を触知する。腫瘤は呼吸運動と共に可動であるが、呼吸時固定不能である。振子運動は認められない。腹部に波動を触知し腹水の貯留を認める。なおブルンベルグ氏徴候、筋性防衛は共に認められず、肝、脾、腎いずれも触知し得なかつた。

臨床検査所見：赤血球数 385×10^4 、血色素量76%、白血球数7300、血液像其他正常である。肝機能検査では、血清蛋白5.4g/dl、モイレングラハト黄疸指数100、総ビリルビン23.6mg/dl、直接ビリルビン17.2mg/dl、間接ビリルビン6.4mg/dl、血清コバルト反応 $R_{0(2)}$ 、硫酸亜鉛試験8単位、チモール濁濁試験4.3単位、BSP試



驗(30分値)39.5%。血漿比重1030。尿は黄褐色透明，弱酸性，蛋白，糖共に陰性，ウロビリノーゲン加温陰性，ビリルビン陽性。尿は外観正常，黄褐色，虫卵陰性，潜血反応は術前隔日に検するも陰性であつた。

レ線所見：胸部に異常を認めず，腹部単純撮影にて著変を認めない。又胆道撮影を行なうも全く造影しなかつた。

心電図所見：正常。

手術所見：昭和38年1月19日全身麻酔下にコツヘル氏法にて開腹した。腹壁には広範囲に大網が癒着し，肝表面は腹壁と膜性に癒着していた。これを結紮切断すると腹腔内より稀薄な胆汁色調の腹水が流出したので吸引除去したところ約2500ccを得た。肝は大きさ略々正常で肝表面には腫瘍を認めないが，汚穢灰紫色で一見軽度の肝硬変様である。肝門部を観察すると腫瘍が認められ，両側肝管ならびに胆嚢管はほとんど腫瘍内に埋没していた。胆嚢は著明に腫大し，胆嚢壁は菲薄であるが，腫瘍浸潤その他異常は観察されない。穿刺により白色胆汁約130ccを得た。総胆管は径が正常の約2倍位に拡張しており，これを縦切開して内腔を検すると，内腔に充満せる凝血塊を認めた。この凝血塊が十二指腸への総胆管開口部を閉塞した為に黄疸が起り，又総胆管が拡張したものと思われる。この凝血塊を除去した後に，切開部よりネラトン氏カテーテルを肝門部へ向つて挿入した結果，左肝管は腫瘍浸潤の為に閉塞して全く挿入不能であり，右肝管も挿入に当り軽度の狭窄を認めたが一応挿入可能であつた。次に76%

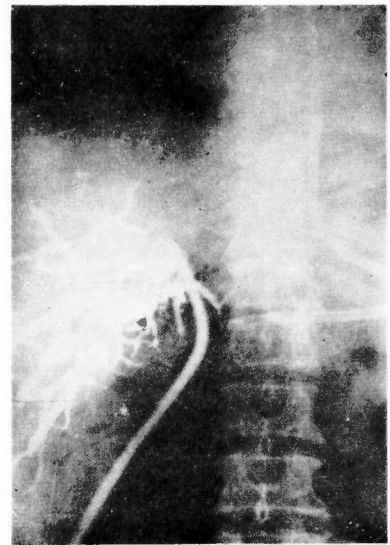


写真1 術中胆道造影(ウログラフィン)

ウログラフィン約40ccを注入してレ線撮影を行なつた結果，左肝管側は全く造影せず，右肝内胆管は通常より拡張した像を呈した。なお肝門部腫瘍は灰色で表面脆弱であり，肝実質内への浸潤程度は全く不明である。胃幽門部より十二指腸起始部にかけては，肝門部腫瘍と鞏固に癒着していたが，十二指腸乳頭部には何等異常が認められなかつた。さらに腹腔内全般を精査したが，淋巴腺の腫脹，腫瘍の転移乃至播種等は認められなかつた。よつて肝門部腫瘍の一部を試験切除し，総胆管切開部より右肝管に達する如くT字管を挿入し，

ウインスロー氏孔にゴムドレーンを挿入して腹壁を閉鎖した。なお術中出血量は比較的僅少で、術中経過は極めて順調であつた。

術後経過：術後は総胆管に挿入せるT字管より1日量400~500ccの胆汁排出が認められ、1週以後は約800~900ccであつた。モイレングラハト黄疸指数は術後漸次低下の傾向を示した。術後19日目にT字管より造影剤を注入して胆道撮影を行なつた結果、右肝内胆管

は正常な状態を呈した。又全身状態も逐次好転の傾向が認められている。

組織学的所見：試験切除片は定形的な肝細胞癌像を呈して居り、又凝血塊中には腫瘍細胞の混在が観察された。

考 按

ヘパトームの破裂によつて腹腔内出血を来たした事実は時おり報告されている。これはヘパトームの組織学的特徴即ち髄様実質性であり、柔らかく、腫瘍自体の発育が旺盛である事、等々の事実より容易に納得されるところである。欧米に於いては今迄に数例の報告がなされており、本邦では石黒の調査によると11例が報告されている。しかしながら本症例の如くヘパトームより胆道内に出血を来たした症例は乏しく、文献上数例に止まつている。1948年に Sandblom は肝皮下損傷にもとづく胆道内出血の1例を報告して、これを“Hemobilia”と命名した。一般にヘモビリヤの原因として次の5ツが挙げられる。即ち、1. 肝及び胆道の外傷、2. 肝動脈瘤の破裂、3. 胆道粘膜面の病変、4. 胆管炎、5. 肝癌又は胆道癌である。この中で最も多いのは肝動脈の動脈硬化性動脈瘤の破裂によるものであつて多数の報告があるが、肝癌の破裂乃至崩壊によるヘモビリヤは、1947年に Mallory, 1951年に Rudstrom, 1956年に Fisher, 1961年に Johns が夫々1例を報告しており、又本邦では松尾が1957年に本症例と全く同様の経過を呈した1部検例を発表している。ヘモビリヤの症状として Sandblom は、1. 吐血或いは下血、2. 胆道痙攣、3. 胆道閉塞、4. 胆嚢腫脹の4ツを挙げたが、これらの症状は毎常すべてが発現するとは限らず通常屢々遭遇する消化管内出血と鑑別する事は仲々容易でない。又ヘパトームは元来肝硬変症と合併している事が多く、その合併頻度は34~82%といわれており、肝硬変症の爲の食道静脈瘤破裂による吐血、下血と、ヘパトームによる胆道内出血との鑑別も重要である。Fisherの例は右季肋部疼痛ならびに黄疸、Johnsの例は上腹痛、松尾の例は上腹痛及び黄疸である。本症例は黄疸のみを主訴として来院した。以上の症状はヘモビリヤ以外の他疾患に際しても現われるのであるから、診断は結局開腹手術によらねば確定する事は不可能である。即ち、胆道を開いて出血或いは凝血塊の存在を認め、更にその血液中に腫瘍成分を確認する事によつて始めて診断し得る。従つてかかる症例はその治療にあたり、根治的には積極的に肝切除術が試みられねばな

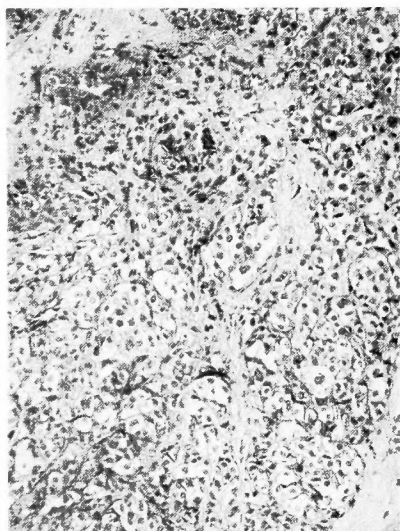


写真2 肝門部腫瘍（ヘパトーム）
×150

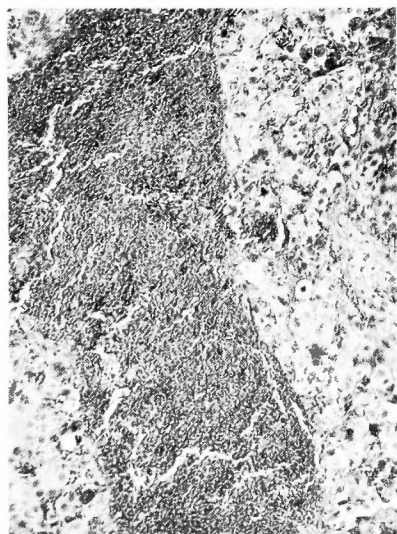


写真3 胆道内凝血 ×150

らない。本症例の如く肝門部を腫瘍が占拠して、剔出、切除共に不可能な場合には本症例の如くT字管挿入も1法であろう。

結 語

最近当科で経験した75才男子で、肝門部に発生したヘパトームよりの胆道内出血の為に、総胆管を閉塞して黄疸を発生した1症例を報告すると共に、若干の考察を加えた。

稿を終るに当り、御指導御校閲を賜わった本庄一夫教授に対し、心から感謝の意を表する。(本論文の要旨は昭和38年2月24日第119回北陸外科集談会に於いて発表した。)

文 献

- 1) Fisher, E. R. and Donald L. Creed : Clot formation in the common duct. *Arch. of Surg.*, **73**, 261, 1956.
- 2) Edmondson, H. A. and P. E. Steiner : Primary

- carcinoma of the liver. *Cancer*, **7**, 462, 1954.
- 3) Mallory, T. B. : Hepatoma with invasion of cystic duct and metastasis 3rd lumbar vertebra. *New England J. Med.*, **237**, 673, 1947.
- 4) Rudstrom, P. : Hemobilia (Hemorrhage into Biliary Tract) in malignant tumors of the liver. *Acta Chir. Scandinavica*, **101**, 243, 1951.
- 5) Sandblom, P. : Hemorrhage into the biliary tract following trauma : Traumatic Hemobilia. *Surgery*, **24**, 571, 1948.
- 6) Johns, W. A. and A. Zimmerman : Biliary obstruction due to Hemobilia caused by liver cell carcinoma. *Ann. of Surg.*, **153**, 706, 1961.
- 7) Grove, W. J. : Biliary tract hemorrhage as a cause of hematemesis. *Arch. of Surg.*, **83**, 67, 1961.
- 8) 石黒 稔 : 特発性破綻により腹腔内大出血を来たせる肝癌の一例. *日本外科宝函*, **30**, 579, 1961.
- 9) 松尾 巖 : 肝臓病 (医学シンポジウム第7輯), 210, 1957.