

肝 瘍 吻 合 の 1 例

大阪医科大学外科学教室（指導：麻田栄教授）

権 藤 勇・鈴木 昭二・武内 敦郎

〔原稿受付 昭和33年1月13日〕

A CASE OF HEPATOENTEROSTOMY

by

ISAMU GONDO, SHOJI SUZUKI and ATSURO TAKEUCHI

Department of Surgery, Osaka Medical College

(Director: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

A man aged 58 was admitted on January 25, 1957, complaining of epigastric pain, vomiting and deep jaundice about 4 months' duration.

At laparotomy, a firm inoperable tumor was found in the region of the pylorus with extension to duodenum and also was found metastasis in the pancreas head and regional lymph nodes; the lower ductus choledochus was blocked, the gall bladder and ductus hepaticus expanded, and moreover, their contents were of the so-called white bile. Hepatoenterostomy with gastroenterostomy was performed (Fig. 1).

Postoperative course seemed to be successful; green bile was proved in his stomach within a few hours after the operation and icterus index decreased remarkably day by day (Table 1, 2). But, an attack of severe abdominal pain occurred on the 27th day and he died 4 days later.

At autopsy, there was noted a peritonitis acuta due to anastomotic insufficiency on the gastroenterostomy, we thought as the cause of death of this patient. But, there was no evidence of any less function of the hepatoenterostomy. Microscopically, the liver at the anastomosis showed the ductus biliferi capillaries to be expanded, the bile pigments existing in liver cells and the marked infiltration of small round cells in GLISSON's capsule which seemed to be caused by ascending infection (Fig. 2).

われわれは最近、胃癌転移のため総胆管下部が閉塞して高度の黄疸を呈した患者に、いわゆる肝腸吻合を実施して一応成功を収め、その後剖検を行い得た1例を経験したので、こゝに報告し御批判を仰ぎたい。

症 例

患者：58才，男子，農業。

主訴：嘔吐及び黄疸。

現病歴：昭和31年9月中旬より食欲減退と悪心を訴え、12月下旬より腹部膨満感と共に嘔吐を伴うように

なり、昭和32年1月12日胃癌の疑で本院内科に入院し、その時黄疸を指摘された。その後漸次黄疸が増強し、同時に左季肋部疼痛をも訴えるようになったので、手術を希望して1月25日当科に転科した。

既往歴、家族歴：特記すべきものを認めなかつた。

現症：体格中等、栄養衰え、全身皮膚及び可視粘膜は高度に黄染し、黄白色の舌苔を認めた。微熱があり、打聴診上心肺に異常を認めず、肺肝境界も正常であつた。腹部は全般にやや膨隆し、皮下静脈の怒張を認めた。心窩部に鶏卵大の腫瘤を触知し、表面凹凸不

整で弾性硬で圧痛及び移動性は殆んどみとめられなかった。右季肋下部にも手拳大、表面平滑、弾性軟、無痛性の胆嚢と思われる腫瘤をふれ、肝臓は右肋弓下乳線上で2横指触知し、表面平滑で圧痛を証明した。脾腎共に触知せず、ヴィルヒョウ及びシュニツラー氏転移も認めなかった。

臨床検査成績：血液は軽度の貧血を呈し、白血球数6700、ヘモグラムはほぼ正常で、出血時間は8分であった。尿中蛋白、糖、ウロビリノーゲン及びビリルビンはいずれも弱陽性。糞便は灰白色で潜血反応が中等度陽性。肝機能検査では黄疸指数136、C. C. F. 中等度陽性、Co. 及び高田氏反応弱陽性。心電図に異常を認めず、レ線写真上、胃幽門部に陰影欠損があつた。

当科転科後も次第に黄疸が高度となり、嘔吐及び左季肋部疼痛も増強した。

以上の所見から、胃癌とその転移による総胆管閉塞を考え、1月28日手術を施行した。

手術所見：上正中切開で開腹、少量の腹水を認めた。胃幽門部から十二指腸下行部にわたり鷲卵大の腫瘤があり、これは凹凸不整、弾性硬で脾頭部と癒着し、脾頭部も弾性硬で、更に大動脈周囲、大網及び腸間膜に多数のリンパ腺転移を認めた。肝臓は鬱血を呈して腫張し、胆嚢は手拳大となり、白色を呈し、壁の肥厚を認めたが、結石は存在せず、穿刺により無色透明粘液様のいわゆる白色胆汁を180cc吸引した。総胆管及び肝管も拡張しており、こゝからも穿刺により同様の白色胆汁を証明した。

以上の所見から、総胆管下部及び肝管上部に癌浸潤による閉塞があり、胆嚢及び胆道が一体として水腫の状態にあると考えられたので、癌瘍の根治的切除は不可能であるが、黄疸軽減のために肝腸吻合を、幽門狭窄に対して胃腸吻合を設置することとした。

そこで、肝左葉前縁部を1.5×2 cm 切除した所、その断面の小胆管から湧出して来た胆汁もやはり無色透明であつた。依つて黄疸の軽減は余り期待出来ぬかの如く思われたのであるが、図1のように肝切除断面とトライツ氏靱帯より約30mg 肛門側の空腸との間に肝腸吻合を、更にその肛門側20cm の部で胃空腸吻合を結腸の前方で設置し、ブラウン氏吻合を追加、肝腸吻合部近くにドレーンを挿入手術を終了した。

術後経過：約6時間後嘔吐したが、この時既に吐物は緑色を呈する胆汁様液体であつた。翌日尿中ウロビリノーゲン陽性となり、血清黄疸指数は62と半減し、7日目より食欲恢復し、9日目ドレーンを抜去した。

Fig. 1. The sketch of the operation.

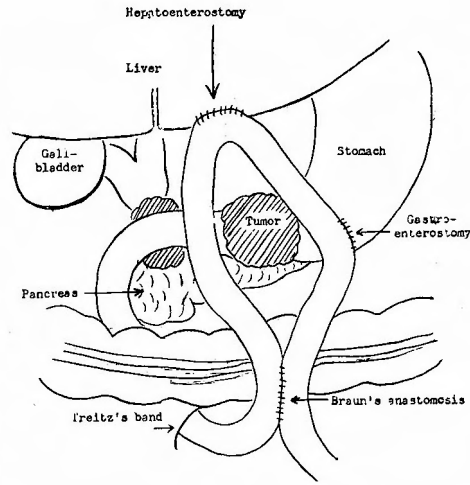


Table 1. The curve of icterus index.

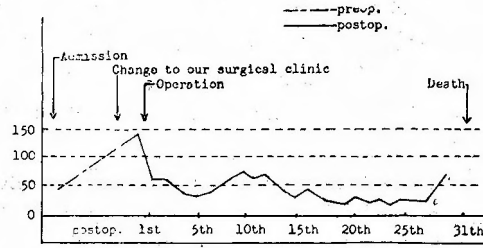


Table 2. Liver Function Test.

Test	preop.	postop.
Icterus Index	136	34
C. C. F.	3 + (+)	4 + (++)
Thymol Turbidity	6 (+)	5 (+)
Cobalt R.	R2 (+)	R6 (+)
Gros R.	1.27(+)	1.20(+)

黄疸指数は表1の如く次第に低下し、糞便も黄緑色となつた。然し表2の如く C. C. F., Co., 高田氏反応等その他の肝機能は余り改善されなかつた。

以上の如く術後の経過は一応良好と思われたのであるが、27日目俄かに発熱と共に急性腹膜炎の徴候が現われ、31日目に死亡した。

剖検所見：腹腔内に黄緑色胆汁様液体がやや多量貯溜し、胃幽門部、十二指腸は大網、脾頭部等の臓器と強く癒着して超手拳大の腫瘤塊をなし、これが後方から胃空腸吻合の輸入脚を圧迫し、そのため胃空腸吻合

の輸入脚を圧迫し、そのため胃空腸吻合部に縫合不全を生じており、直接の死因はかくして発生した急性腹膜炎であつたことが判明した。肝腸吻合部には異常を認めず、よくその機能が保たれていたものと推定された。肝臓には腫瘍の転移なく、胆嚢はやや腫大し、内容は淡黄褐色胆汁様液体で、胆嚢を圧迫すると、この液が肝実質内へ逆流するのが認められた。即ち、総胆管下部は閉塞していたが、それより上部胆道には手術時の推定に反してどこにも閉塞のないことを知った。

組織学的所見：主腫瘍は腺癌の像を呈し、臍頭部にその転移が認められた。肝臓には転移はなく、図2に示す如く肝細胞内に胆汁色素が存在し、小胆管内に胆汁栓塞があり、肝内胆管の拡張も認められ、即ち肝臓内に胆汁の鬱滞があつたことが立証された。肝腸吻合部では同時に円形細胞の浸潤が高度に認められ、これは上行感染によるものと推定された。

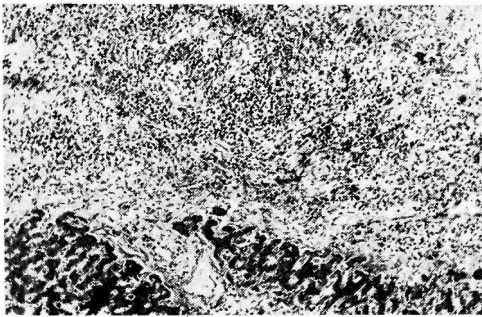


Fig. 2. Microscopic finding of the liver at hepatoenterostomy; bile pigments in liver cells and a marked infiltration of small round cells in GLISSON'S capsule. (H. E., $\times 100$)

考 察

(1) 肝腸吻合は昭和28年本庄¹⁾氏が提唱して以来、既に本邦に於て10例以上の追試があり、いづれも好成績が報告されている²⁾³⁾⁴⁾

われわれも閉塞性黄疸患者に本法を実施し、黄疸を軽減せしめ得て、概ね所期の目的を達したが、本法は

Longmire⁵⁾及びWilson⁶⁾等の提唱する肝内胆管空腸吻合に比し手術操作が簡単で、且つ侵襲も小さく、しかもほぼ満足すべき結果が得られるので、より推賞すべき術式と考えられる。

(2) 但し、本症例の組織学的所見に見られた如く、ある程度肝内に胆汁の鬱滞がなければ本法は吻合部がその機能を発揮せず、これを逆にいうと、本法によつては黄疸の完全な消退は期待し得ないようであり、一方又本症例の如く臨床発熱等がなくとも、病理学的に吻合部肝臓内に上行感染が起りうることは、当然のこと乍ら注目すべきであろう。

(3) いわゆる白色胆汁は胆嚢管閉塞時に胆嚢内に証明されることは周知の通りであるが、本症例の如く総胆管閉塞によつて胆汁が鬱滞して総胆管、更には肝内毛細胆管内の内圧が上昇し、そのため肝細胞機能が低下した場合、殊に Rous-MacMaster⁷⁾の唱える如く、胆嚢の水分吸収能の失調が同時に存在する場合にも出現するものと考えられる。而して、かかる白色胆汁が既述の通り、肝腸吻合後わずか数時間で正常色の胆汁に変化した事実はまことに興味深いと思われる。

む す び

肝腸吻合の1成功例を報告し、併せて若干の考察を試みた。

参 考 文 献

- 1) 本庄一夫、長谷川正義：肝腸吻合、臨床外科、3；129、昭28。
- 2) 土井達郎：肝腸吻合の経験、通信医学、2；128、昭29。
- 3) 平山完：肝腸吻合、名古屋市大学雑誌、4；271、昭29。
- 4) 白木存天：肝腸吻合、日本臨床外科医会雑誌、1；75、昭31。
- 5) Longmire, M. C.: Intrahepatic Cholangiojejunostomy with Partial Hepatectomy for Biliary Obstruction. Surgery. 24: 264, 1948.
- 6) Wilson, H.: Partial Hepatectomy with Intrahepatic Cholangiojejunostomy, Ann. Surg. 129: 756, 1949.
- 7) Walter Donath; Ueber die weisse Galle. Beitrage zur path. Anatomie. 37: 145, 1937.