

消化性潰瘍術後の胆石症

Cholelithiasis Following Peptic Ulcer Surgery: a prospective controlled study: J.R. Anderson, A. H.M. Ross, N. A. Din, W. P. Small (Brit. J. Surg. 67: 618~620, 1980)

1947年にMajoorらははじめて胆石と胃手術の関連について注目し、174人の胃切除患者で6人の胆石症を見つけた。その後も、消化性潰瘍の種々の手術後に胆石が増加すると数々の報告がある。

著者らはコントロールを置き、prospectiveな検討を行った。対象は、十二指腸潰瘍で手術した61例と内科治療を行った57例である。はじめに経口的胆嚢造影を行い、胆石を既に有する患者は除外した。治療後は、18カ月と3年後の2回X

線検査を行った。

その結果、消化性潰瘍の手術グループでは研究期間中に3例の胆石を発見、その頻度は4.9%であったのに比し、内科治療群では1例も認められなかった。

報告された頻度はまちまちで、Horwitzらは38%と述べ、Sapalaらは、胃切除後に6%、両側の幹迷走神経切断術後には21%にみられたと述べている。著者らのシリーズでは、幹迷走神経切断術とドレナージ後の例では胆石の発生をみなかった。1例は胃空腸吻合術3年後に胆石の発生をみた。術後3年での胆石発生率は4.9%で、いずれの例も無症状であった。もし胆嚢の造影不良が、胆石の証拠として認められるならば、その頻度は14.8%になる。

胆石発生が胃手術の結果ならば、

Claveらにより示唆されたごとく、術後5年以内に現れるだろう。このシリーズの3例に小さな石が術後に発生したことは、それを支持している。多くの報告が、迷切後または胃切除後に、胆嚢の容積が2倍に増加すると述べ、その収縮性の障害を示唆した。この研究でも、2例で胆嚢拡張をみたが、石は形成されなかった。このことは、胃切除後の胆石形成に、胆汁のうっ滞は大きな因子でないことを示している。この研究で、術後3年まで胆石の頻度が増加することがわかったが、なぜ発生しやすいかについて確定的な結論は得られなかった。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美 抄)

Coffee Break

十二指腸憩室合併胆石症に UDCA や CDCA が効くか

胆石はコレステロール結石とビリルビン結石に大別されるが、後者は更にビリルビン結石とビリルビンカルシウム結石に分けられる。そして、同一胆嚢内の結石はすべて同系の結石である。

コレステロール含量が20%以下のものをビリルビン結石とする。70%以上のものをコレステロール結石とする。この20~70%の間に入るものはほんの数パーセントの頻度でしかないらしい。

ビリルビン結石の成因はほとんどわかっていないのだが、胆嚢胆汁中に非抱合型ビリルビンが異常に多いことと関係があるのだと言われている。これには、グルクロン酸抱合型ビリルビンをグルクロン酸とビリルビンに分解する β -glucuronidase (*E. coli*によって産生される)が関与しているものと推定される。

ところで、傍乳頭十二指腸憩室と胆石を合併した患者の総胆管胆汁中にはたいてい細菌がみられ、主として *E. coli* である。また、Vater 括約筋の不全も合併している。だから、この場合、胆管の逆行性感染であると考えられる。

さて、胆石症と傍乳頭十二指腸憩室の合併はかなり高頻度に見られるが、特にビリルビン結石の場合に多いのである。

以上の諸所見から考えると、ビリルビン結石の成因と胆管逆行性感染と β -glucuronidaseと非抱合型ビリルビン過剰が1つのライン上に並んでくる。

さて、傍乳頭十二指腸憩室を合併した胆石症にウルソデオキシコール酸やケノデオキシコール酸が効かないことになるのではないのか。(M)