Ⅱ 胆 道

# 2. 胆道良性腫瘍の診断

五島 聡
岐阜大学医学部附属病院放射線科

**健康診断の普及や画像診断装置の発展により，胆道系の小病変に偶発的に遭遇する機会は増加している。胆嚢病変はほかの消化管病変と比較して術前に組織診断をつけることが困難である場合も多く，総合的な画像診断は非常に重要である。胆嚢や胆管には非常に多くの病変が存在することが知られているにもかかわらず[1]（図1），胆嚢がんとの鑑別が難しい症例も多く経験され，切除されて初めて良性疾患であったと診断される場合も少なくはない。本稿では日常遭遇する頻度の高い疾患を中心に取り上げ，診断に重要な画像モダリティや胆嚢がんとの鑑別ポイントについて解説する。**

## コレステロールポリープ（図1）

コレステロールポリープは最も頻繁に遭遇する胆嚢の小型良性病変で，胆嚢ポリープ性病変のおよそ半数を占める。40～50歳代の女性に好発し，男女比は約3対1である[2]。偶発的に発見されることが多く，胆石や胆道結石との合併は少ない。組織学的には脂肪を貪食したマクロファージからなり，表面を正常胆嚢粘膜が覆い，胆嚢壁のどの部位にも発生しうる。真の腫瘍ではなく，コレステロールの蓄積症であるため，悪性転化の報告はない。多発例であることもまれではないが，単発例，多発例いずれも10mm以下と小型のことが多く，20mmを超える大型のものは非常にまれである。コレステロールポリープは通常有茎性で，超音波では胆嚢壁とポリープの間にエコーフリースペースが描出される。単純CTでの識別は困難であるが，単純MRIではT2強調画像やMRCP画像にて胆嚢壁の小型隆起性病変として描出される。コレステロールポリープは内部に豊富な血流を有することが知られており，造影MRIでは肝動脈相で均質かつ明瞭な早期濃染を呈することが胆嚢がんとの鑑別ポイントとなる。また微小な茎は描出されないため，胆嚢壁とポリープの間にはわずかなスペースが描出されることが多い。

## 胆嚢腺腫（図2）

胆嚢腺腫は比較的まれな胆嚢良性腫瘍であり，胆嚢切除例の0.5%に見られると報告される。家族性腺腫症の患者では，胆嚢腺腫がより高率に発生することが知られている。通常は無症状で，腹痛などのスクリーニングにおいて偶発的に発見されることが多い。サイズの大きなものではまれに胆嚢管閉塞を引き起こし，急性胆嚢炎症状を来す。頻度は少ないものの，腺腫内発がんも報告されている[3]。組織学的には管状，乳頭状，混合型を示し，管状腺腫が最も頻度が高い。有茎性もしくは無茎性で通常は20mm以下の小病変であるが，およそ10%において多発し，半数以上の症例で胆石を合併している。肉眼的には管状腺腫は分葉状の形態を示し，乳頭状腺腫ではカリフラワー状の形態を示す。

造影CTやMRIでは，胆嚢壁に増強効果を有する境界明瞭な結節として描出される。一般的に，コレステロールポリープや胆嚢腺腫などの良性ポリープ性病変では，ダイナミック造影では早期で濃染し，平衡相にかけてわずかにwash-outする傾向が見られるのに対して，胆嚢がんでは早期濃染した後も平衡相まで濃染が遷延すると報告されている[4]。進行胆嚢がんでは，粘膜面から発生したがん組織により画像上も正常粘膜面の連続性は保たれないが，胆嚢腺腫では比較的粘膜面が保たれるため，両者の鑑別は容易である。しかしながら，初期の胆嚢がんや腺腫内発がん病変では胆嚢腺腫と同様の画像所見を呈するため，これらの鑑別は困難である[5]。そのため，臨床上は高齢，胆石の併存，10mm以上の病変などの場合，高リスク症例として腹腔鏡下胆嚢摘出術が選択されることが多い。画像診断においては，胆嚢病変についての質的診断に加え，MRCPなどにより胆嚢管の解剖学的位置関係についても評価することが必要となる。

## 胆嚢腺筋腫症（図3）

胆嚢腺筋腫症は日常よく遭遇する胆嚢の腫瘍類似病変であり，病理学的には肥厚した胆嚢壁内にRASが増殖し，胆嚢粘膜上皮と筋組織の過形成を認める。通常は超音波検査にて偶発的に検出され，胆嚢がんとの鑑別目的にCTやMRIが撮影されることが多い。肉眼的にはびまん型，分節型，限局型（底部型）に形態的に分けられ，CTでもこれらの

〈0913-8919/16/￥300/ 論文 /JCOPY〉