

Lemmel症候群による 急性胆管炎によって 意識障害を来した一例

名瀬徳洲会病院研修医2年目

杉山 昂

症例：88歳男性

【主訴】意識障害

【現病歴】

2年前に洞不全症候群にて意識消失有り、それにより外傷性くも膜下出血、硬膜下血腫あり、フォロー受けている方。また、ペースメーカーも留置されている。来院2日前から体調不良あり、前日から発熱。前日夕食までは摂取できていたが、夜からトイレ歩行困難になり、往診医により低酸素血症、発熱指摘され肺炎疑いにて救急搬送となる。

【既往歴】高血圧、外傷性SAH、硬膜下血腫、水頭症、洞不全症候群、ペースメーカー留置中(DDD60)、逆流性食道炎、白内障、緑内障

【手術歴】虫垂炎

【内服薬】バイアスピリン100mg1錠、タケプロン15mg1錠、アムロジピン5mg1錠

【社会歴】ex-smoker,娘と二人暮らしで杖歩行可能、認知症

来院時現症

Vital

BP 106/62mmHg, HR 84/min, SpO2 100%(mask 5L/min),
BT38.2°C→39.4°C, RR 32/min

Physical Examination

General:sick

Cons: JCS I -3(途中でⅢ-200程度にもなる)

Eye: icteric±、anemic—

Neck: stiffness—

Lung: clear

Abd: soft & flat, 圧痛に関しては評価困難, 右下腹部に手術痕

Labo Data

CBC

WBC	13590	/μ l
Hb	14.0	g/dl
Ht	39.5	%
Plate	7.8	万/μ l

Chemistry

BUN	18.3	mg/dl
CREA	0.98	mg/dl
Na	121	mEq/l
K	4.6	mEq/l
Cl	89	mEq/l
AST	58	IU/l
ALT	70	IU/l
LDH	193	IU/l
ALP	421	IU/l
γ-GTP	177	IU/l

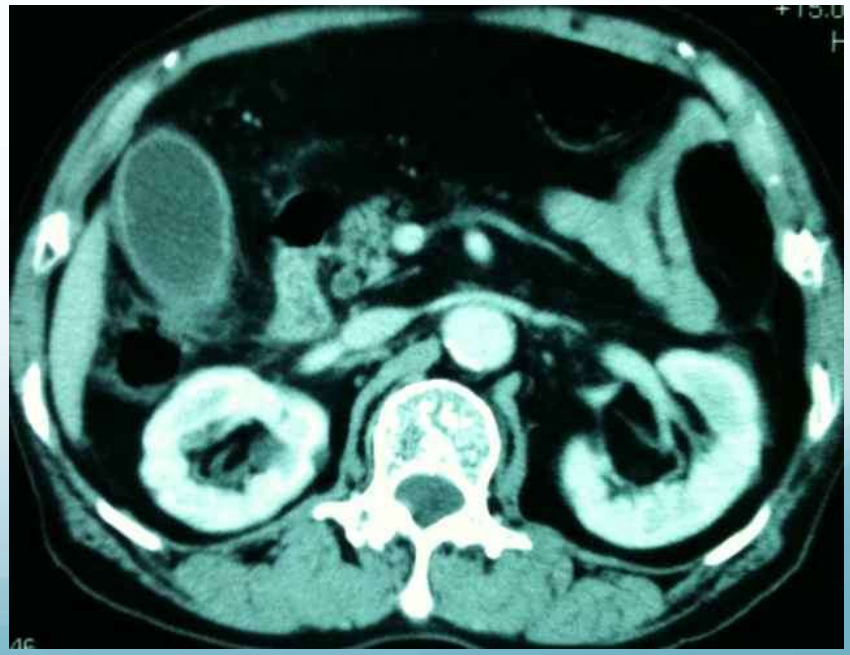
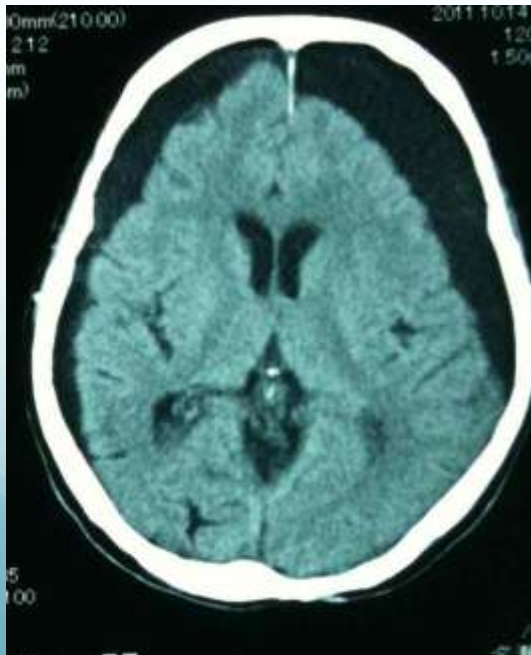
T-Bil	4.0	mg/dl
D-Bil	2.3	mg/dl
TP	6.0	g/dl
Alb	3.4	g/dl
CRP	14.72	mg/dl
血糖	128	mg/dl
S-Osm	255	mOsm/l
U-Osm	602	mOsm/l
随時尿-Na	7?	mEq/l
ウロビリノーゲン尿	2+	
ABG	(R32,O2 5L mask)	
pH	7.468	
pCO2	32.6	mmHg
pO2	133.0	mmHg
HCO3-	23.3	mmol/l
BE	0.7	mmol/l

画像所見1

- 胸部Xp: 明らかな肺炎像などの浸潤影無し
- 腹部エコー: 総胆管の軽度拡張あり、肝内胆管の拡張無し、胆嚢内にdebris認める
- 心エコー: 明らかなasynergyなし
- EKG: ペースメーカー電位、胸部誘導でT波増高あり

画像所見2

- 頭部CT: 両側(左優位)に硬膜下にLDAあり
- 胸腹部CT: 明かな肺炎像無し、胸水貯留無し、胆嚢壁の造影効果あり、軽度胆嚢壁肥厚、総胆管9mmと軽度拡張、総胆管内に明らかな結石像なし、乳頭部付近にairあり、明らかな腹水貯留無し



Problem List

- sepsis (3/4項目 発熱、低酸素、白血球異常)
- 意識障害
- 慢性硬膜下血腫
- 高ビリルビン血症
- 低Na血症
- 外傷性SAH既往
- 洞不全症候群 (ペースメーカー DDD60で留置)
- 総胆管拡張
- 認知症
- 高血圧
- 抗血小板剤内服中
- 白内障・緑内障

意識障害の鑑別

- 敗血症(胆管炎)
- 低Na血症
- 慢性硬膜下血腫
- 洞不全症候群

上記によるものなどが意識障害の原因と考えられる。低酸素、発熱、高ビリルビン血症・尿症あり、胆管炎による敗血症での意識障害が最も考えられた。CTでは明らかな胆石は認められないものの、胆石性の胆管炎考え緊急ERCP施行となる。

緊急ERCP

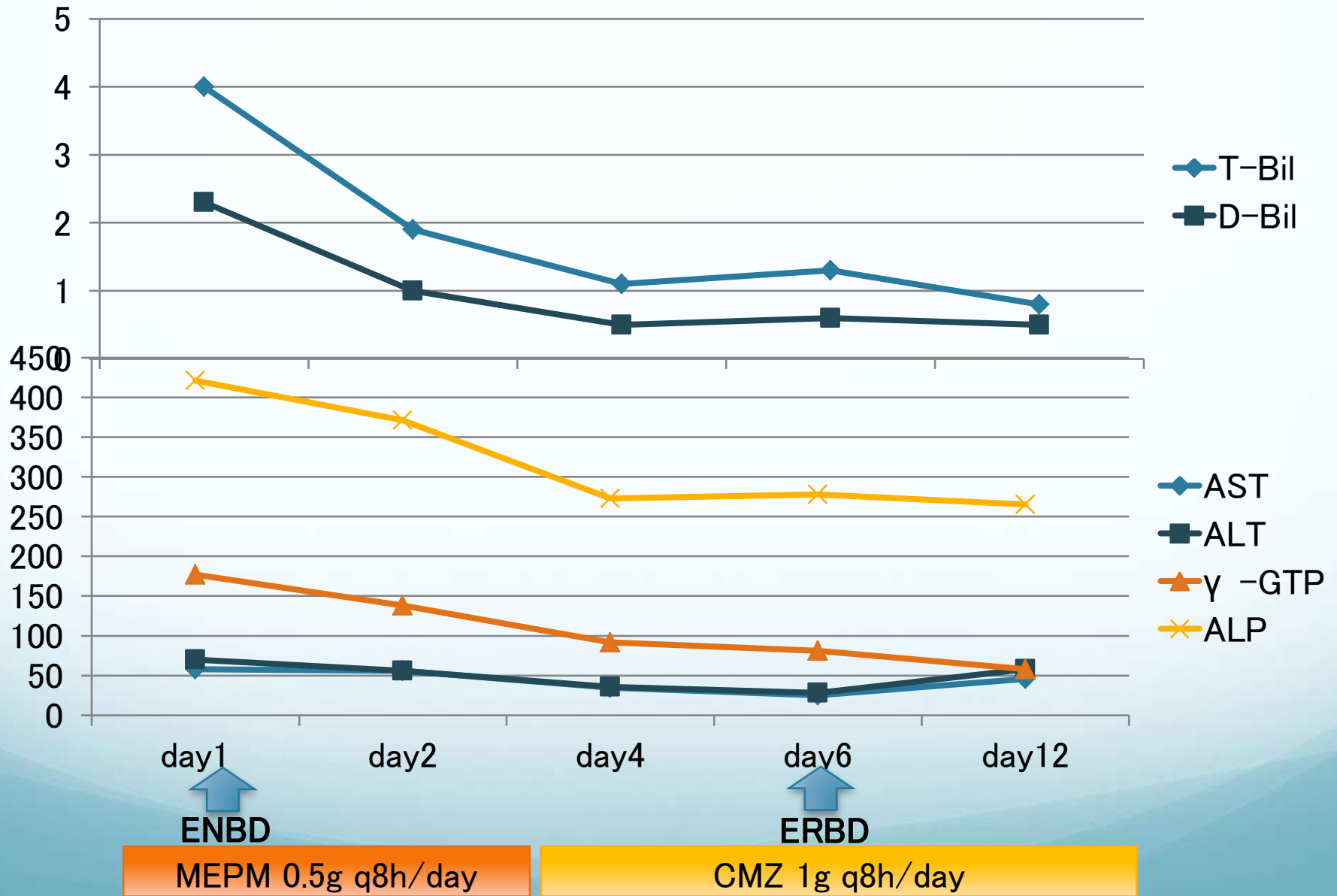


明らかな結石は総胆管内に認められず。乳頭部の近接部に比較的大きな憩室が認められた。閉塞機転として、傍乳頭憩室による圧排の可能性が考えられた。

臨床診断

Lemmel症候群疑い

入院後經過



急性胆管炎

【定義】

胆管内に急性炎症が発生した病態であり，その発生には①胆管内に著明に増加した細菌の存在，②細菌またはエンドトキシンが血流内に逆流するような胆管内圧の上昇，の2因子が不可欠となる。

急性胆管炎の診断基準

A.	① 発熱* 2. 腹痛（右季肋部または上腹部） ③ 黄疸
B.	④ ALP, γ -GTP の上昇 ⑤ 白血球数, CRP の上昇 ⑥ 画像所見（胆管拡張, 狭窄, 結石）
疑診：A のいずれか+B の2項目を満たすもの 確診：① A のすべてを満たすもの（Charcot 3徴） ② A のいずれか+B のすべてを満たすもの	

ただし，急性肝炎や他の急性腹症が除外できることとする。

*悪寒・戦慄を伴う場合もある。

急性胆管炎の重症度判定基準

重症急性胆管炎

急性胆管炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。

- ①ショック
- ②菌血症
- ③意識障害
- ④急性腎不全

中等症急性胆管炎

急性胆管炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「中等症」とする。

- ①黄疸(ビリルビン $>2.0\text{mg/dL}$)
- ②低アルブミン血症(アルブミン $<3.0\text{ g/dL}$)
- ③腎機能障害(クレアチニン $>1.5\text{mg/dL}$, 尿素窒素 $>20\text{mg/dL}$)
- ④血小板数減少*($<12\text{万/mm}^3$)
- ⑤ 39.0°C 以上の高熱

軽症急性胆管炎

急性胆管炎のうち、「重症」、「中等症」の基準を満たさないものを「軽症」とする

急性胆管炎の重症度の定義

重症:敗血症による全身症状をきたし、直ちに緊急胆道ドレナージを施行しなければ生命に危機を及ぼす胆管炎。

中等症:全身の臓器不全には陥っていないが、その危険性があり、すみやかに胆道ドレナージをする必要のある胆管炎

軽症:胆管炎を保存的治療でき、待機的に成因検索とその治療(内視鏡的処置, 手術)を行える胆管炎。



本症例は重症度では「重症胆管炎」であり、緊急胆道ドレナージの適応として妥当であったと考えられる。

急性胆管炎の原因

表1 急性胆管炎の成因

胆石
良性狭窄
先天性
術後（胆管損傷，総胆管空腸吻合の狭窄など）
炎症性（oriental cholangitis など）
悪性閉塞
胆管腫瘍
胆嚢腫瘍
乳頭腫瘍
膵臓腫瘍
十二指腸腫瘍
瘻炎
寄生虫の迷入
外的圧迫
乳頭の線維化
十二指腸憩室
血塊（血性胆汁）
胆管空腸側々吻合後の sump syndrome
医原性

特殊な胆管炎

- Mirizzi syndromeによる胆管炎
胆嚢頸部や胆嚢管結石により機械的圧迫や炎症性変化によって総胆管に狭窄をきたした病態。
Type I :胆嚢頭部または胆裂管にある結石と胆管周囲の炎症性変化により胆管が右方より圧迫された病態。
Type II :胆嚢管結石による胆管の圧迫壊死のため胆嚢胆管瘻 (bilio biliary fistula) をきたした病態。
- Lemmel syndrome
十二指腸傍乳頭部の憩室が胆管，あるいは総胆管(の開口部)を圧排させ，胆道・総胆管の通過障害を来すことにより生じる胆汁うっ滞，黄疸，胆石，胆管炎，膵炎などの一連の病態。

Lemmel 症候群

- 十二指腸憩室は剖検例の約20%に認められ、約80%が下行脚に存在するといわれる。また、加齢とともに発生頻度が高くなるとされる。傍乳頭の領域については通常乳頭を中心として半径2-3cm以内、もしくは1-2本の輪状ヒダ以内とする意見が多い。この領域での憩室は全十二指腸憩室の約70%を占めるとされ、臨床的意義も大きい。傍十二指腸憩室を有する症例のうち、胆嚢結石合併率は約30%、総胆管結石の合併率は約45%と報告されている。一方、急性膵炎の合併率は約12%、慢性膵炎の合併率は約5%と報告されている。膵炎の合併率は比較的低頻度となっているが、主膵管の拡張や壁不整などERP上の陽性所見はほぼ30%に達する。胆道疾患・膵疾患いずれも憩室を有さないものより発生頻度が高い。この要因として、1)傍乳頭憩室自体もしくは食物残渣の憩室内残留による胆管および膵管の圧迫、2)反復する憩室炎の波及による乳頭の機能不全、があげられる。

結語

- 重症胆管炎に対して、緊急胆道ドレナージを施行した事で全身状態を速やかに改善させる事が出来た。
- 胆管炎の原因として、傍乳頭憩室によるLemmel症候群の可能性のある症例を経験できた。

参考文献

- 科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン第1版
- 臨床消化器内科15巻9号Page1223-1229(2000.07)
- 消化器外科27巻13号 Page1915-1923(2004.12)