

Session VI『肝・胆道・脾(2)』

20 肝胆道系悪性腫瘍における肝内微小転移巣に対する肝切除術式選択とその根拠

若井 俊文・白井 良夫・坂田 純
金子 和弘・畠山 勝義・味岡 洋一*
新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科学分野
同 分子・診断病理学分野*

【目的】肝胆道系悪性腫瘍における肝内微小転移巣に対する肝切除術式選択とその根拠を当科の切除成績から示す。

【方法】肝細胞癌、胆嚢癌、大腸癌肝転移における肝内微小転移を組織学的に検討し術後成績と比較した。

【成績】肝細胞癌：肝細胞癌切除例227例における腫瘍径別脈管侵襲の頻度は、 $\leq 2\text{cm}$ 3%、2.1-3cm 20%、3.1-5cm 38%、 $> 5\text{cm}$ 65%であり(EJSO 2008; 34: 900)、 $> 2\text{cm}$ の症例に対しては局所療法よりも肝切除が推奨される(WJG 2006; 12: 546)。系統的肝切除は独立した予後良好な因子であることから(ASO 2007; 14: 1356)、肝予備能が許せば系統的肝切除が推奨される。

胆嚢癌：組織学的肝内進展陽性であった42例中24例にグリソン鞘浸潤を認め、うち16例では癌先進部にリンパ管浸潤を認めた。肝内進展様式($P < 0.001$)および癌遺残の有無($P < 0.001$)が独立した予後規定因子であった。肝切除術式(胆嚢床切除 vs. 系統的肝切除)は予後に影響を与えていなかった($P = 0.6224$)。

大腸癌肝転移：肝外転移を伴わない大腸癌肝転移90切除例中52例(58%)に肝内微小転移を計294病巣認めた。微小転移の95%(278/294病巣)は1-cm未満に存在していた。肝切除離マージン0-cm、1-cm未満、1-cm以上は各々10例、51例、29例であり、3群における生存期間中央値は、各々18、33、89か月であった($P < 0.0001$)。多変量解析では、肝切除離マージンは生存、無再発生存ともに最も強い独立予後因子であった(各々 $P < 0.001$)。ハザード比は肝切除離マージンが増すごとに減少し、肝切除離マージン1-、2-

3-、5-、10-mmでは各々6%、11%、16%、25%、44%死亡リスクが減少した(ASO 2008)。

【結論】肝細胞癌における局所療法の適応は $\leq 2\text{cm}$ であり、系統的肝切除は独立して予後を改善する。胆嚢癌切除例における肝内進展様式は肝内直接浸潤+グリソン鞘内のリンパ行性進展が主体であり、胆嚢床周囲肝実質の切除が重要である。肝内微小転移の分布から、大腸癌肝転移に対する治療(肝切除、穿刺治療)の際にはマージンは1-cm以上の確保が望ましい。

21 ICG一近赤外線観察システムを用いた胆嚢癌手術

横山 直行・大谷 哲也・前田 知世
澤岬 安勝・野上 仁・山崎 俊幸
桑原 史郎・片柳 憲雄

新潟市民病院外科

浜松ホトニクス社製PDEシステムは、組織表面下の血流やリンパ流を、インドシアニングリーン(ICG)注射/近赤外線照射下に示現する装置である。当院では2006年から胆嚢癌手術に際し、各症例のリンパ行性進展範囲を、同システムを用いて術中判定(胆嚢癌病巣近傍の漿膜下にICGを0.1~0.2ml局所注射し、モニター上で白色蛍光として描出される肝・リンパ節へのICG還流領域を、切除範囲の指標とする)し、手術の個別化を図ってきた。本発表では、同術式の手技を供覧し、これまでの切除成績について報告する。また、本法で描出された胆嚢からのリンパ還流領域の分布の検討から、胆嚢癌に対する至適切除範囲、特に肝側切除領域について考察する。

22 経乳頭的切石術困難症例に対する経皮的総胆管結石治療

設楽 兼司・福成 博幸・佐原 八東
岡島 千怜・樋上 健・林 哲二
県立十日町病院外科

これまでPTCD・PTGBDルートからの胆管結石治療を行い報告してきたが今回さらに症例

を重ね、内視鏡的治療困難例、手術不能な超高齢者等のいわゆる胆道アプローチ困難症例に対する胆管結石治療の一選択肢になると思われるので報告する。

【方法】PTCD・PTGBDルートは内瘻後に10Frまで拡張し細経胆道鏡で胆管内を観察。十二指腸への排石を容易にするため経皮的に十二指腸乳頭をバルーン・ダイレーターにて拡張。結石が大きい場合はEHLによる碎石を胆道鏡下に施行。結石は広径バルーン・カテーテルにて十二指腸へ押し出す。この際、細い径のバルーン・カテーテルの腰を補強する目的で金属製のコイル・ワイヤー・シースを挿入しておく。最近5年間の症例に関しては最短4日、平均10.6日でtube抜去が可能である。

23 摘脾後に脾動静脈瘻を形成した1例

角南 栄二・黒崎 功*・畠山 勝義*
白根健生病院外科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科分野*

症例は78才、女性

【既往歴】1996年より統合失調症のため他院入所中。2002年9月特発性脾臓破裂による腹腔内出血のため当院にて脾臓摘出術施行。

【主訴および現病歴】2006年6月腹部USにて脾静脈拡張を指摘され同7月当科紹介。腹部CT/MRIにて左上腹部に、脾静脈と連続する ϕ 7cm大の腫瘤を認め脾静脈瘤と考えられた。同8月手術施行。前回処理した脾動静脈断端に ϕ 7cm大のスリルを伴う血流豊富な腫瘤を認めた。術中エコーで動脈性の血流を確認、脾動脈を遮断したところ血流も遮断されたことから脾動静脈瘻と診断した。脾動静脈をそれぞれ血紮切離し瘻孔を摘出した。

【まとめ】摘脾後の血管処理部位断端に動静脈瘻を形成した稀な1例を報告する。

24 後腹膜原発の巨大血管腫破裂例に対する緊急肝右葉切除

黒崎 功・皆川 昌広・北見 智恵
飯合 恒夫・岡村 拓磨・高野 可赴
畠山 勝義・富田 広*
近 幸吉**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科分野
県立坂町病院外科*
同 内科**

各種病態下における肝破裂に対しては昨今経動脈的塞栓術が適応される場合が多い。しかし、塞栓術が無効な場合や時間的余裕がない場合、緊急肝切除は唯一の治療手段となる。緊急肝切除では出血性ショックなどのために迅速な出血コントロールと肝切除の履行が重要である。本報告では巨大血管腫破裂例に対する、自動縫合器・Hanging maneuverを用いた緊急肝右葉切除の1例についてその手技をビデオにて報告した。

症例は65歳男性で、急速に増大する巨大肝血管腫として当科紹介。直ちに入院したが同日に外傷性刺激にて破裂、失血性のショック状態となった。直ちに手術室に搬送、手術を開始した。皮切後約20分でTotal vascular exclusionを施行し、Hanging maneuverのための肝テッピングおよび肝門処理から肝切離終了まで計40分であった。しかし、血管腫は後腹膜原発（右副腎）であり、さらに右・右下肝静脈を処理、怒張した副腎動脈を下大静脈背側で切離。皮切から90分で病変を摘出した。

II. 特別講演

最新の胆道3Dイメージと肝門部胆管癌手術

千葉県がんセンター センター長
竜 崇 正

MDCTによりボクセルレベルでのボリュームデータが得られるようになったことと画像解析ソ