

いてはEUSが有用であったが、IDUS、EUSでの描出は困難で十分な評価ができたとは言い難かった。術前生検では低異型度腺腫が2例、高・低異型度腺腫が1例、腺腫内癌が1例であった。治療手技としては1例目のみ局注剤を用いたが、他の症例では局注剤を用いず、主にエンドカットにて切除を行った。術後の膵炎、胆管炎予防のため胆管ステント、膵管ステントを挿入した。約1週間後の切除面の確認時にステントを抜去した。合併症としては術中にわずかな出血を認めたが、スネア先端での凝固などで止血可能で、輸血を要する症例はなかった。胆管ステントを挿入しなかった1例で軽度の胆管炎を起こしたが、保存的に軽快した。乳頭部腫瘍に対するpapillectomyは症例を選択すれば安全に施行できると考えられ、また、全例スクリーニングの上部消化管内視鏡検査にて発見されており、可能な限り十二指腸乳頭部の観察を行うことが大切と考えられた。

11 良性胆道狭窄の治療成績

大谷 哲也・横山 直行・齋藤 英樹
片柳 憲雄・桑原 史郎・山崎 俊幸
狩俣 弘幸・長谷川智行

新潟市民病院外科

【目的】 良性胆道狭窄の治療上の問題点を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】 過去9年間の良性胆道狭窄37例を対象とした。成因は、術後胆管狭窄17例、慢性膵炎8例、Mirizzi症候群8例、その他4例(胆管炎1、胆管コレステロシス1、原因不明2)であった。術後胆管狭窄の初回手術は、胆嚢癌根治手術7例、胆石症に対する胆道再建術5例、DPPHR2例、PpPD2例、LC1例であった。良性胆道狭窄の分類はBismuth分類を用いた。

【成績】 (1) 術後胆管狭窄：胆嚢癌術後7例(type III：1、IV：5、V：1)中6例はPTBDを用いた経皮的アプローチで狭窄部拡張が施行された。他の1例は再吻合がなされた。胆石症術後6例(type II：4、III：1、IV：1)中5例は胆道再建術が施行された。Type IVの1例はPTBD後、

拡張術が施行された。PpPD後2例(type III)はPTBD後、拡張術が施行された。DPPHR後2例は胆道再建術が施行された。胆嚢癌術後の1例(type IV)は肝不全で死亡した。(2) 慢性膵炎：8例中6例は胆管空腸吻合術、2例はPpPDが施行された。胆管狭窄の再燃はなかった。(3) Mirizzi症候群：8例中7例は、開腹で胆管形成及びT-tubeドレナージが施行された。他の1例は腹腔鏡手術が施行された。術後胆管狭窄はなかった。(4) その他：胆嚢炎が原因で左右肝管の狭窄が認められた症例は胆嚢癌と診断され、拡大肝右葉切除、肝外胆管切除が施行された。胆管コレステロシスは術中生検がなされた。原因不明2例中1例は胆管空腸吻合術が施行された。他の1例は後区域胆管の狭窄で空腸と吻合がなされたが、肝膿瘍を形成し肝後区域切除が再度施行された。

【結語】 (1) 良性胆道狭窄は発生部位、成因別に適切な治療方針を決定することで有効な治療が可能となる。(2) 成因不明の症例では良悪性の鑑別が重要である。

12 異時性重複胆道癌の検討

横山 直行・土屋 嘉昭・野村 達也
中川 悟・薮崎 裕・瀧井 康公
梨本 篤・神林智寿子・佐藤 信昭
田中 乙雄

県立がんセンター外科

消化器癌術後に発生した異時性重複胆道癌について検討した。対象は胆道癌(胆嚢癌、胆管癌、十二指腸乳頭部癌)270例。異時性重複胆道癌は30例(11%)、内訳は胆嚢癌15例、胆管癌11例、乳頭部癌4例であった。先行消化器癌は、胃癌が最多(21例)であった。異時性重複胆嚢癌は、先行癌術後中央値20年と長期経過後に発見されていた。うち8例は、スクリーニング画像検査にてfStage I/IIで診断され、転帰良好であった。異時性重複胆管癌は、先行癌治療後中央値4年で診断されていた。全例が先行癌の経過観察中であったが、いずれも有症状で発見されfStage III以上の進