

不良例では術前門脈塞栓術を導入して以来在院死亡はなくなった。全体の累積5年生存率は41.7%で、予後不良因子は組織学的リンパ節転移・肝臓側の胆管断端癌陽性 hm2・剥離面陽性 em2であった。癌陰性の hm0・em0の成績は良好であったが、hm1・em1はhm2・em2と同様に予後は不良であった。hm2・em2陽性例に腹膜播種の再発形式が多く見られた。hm2症例には術後照射療法も併用している。非切除2例で胆管ステント+照射療法を2例に経験したが最長1年6ヶ月で死亡した。しかも胆管炎のコントロールが困難で入院を繰り返しQOLは悪かった。肝門部胆管癌の外科的治療は根治性も重要であるが、閉塞性胆管炎領域を手術的に切除または解放することであり、ステント治療は禁忌である。

13 進行胆道癌に対する門脈切除を伴う肝臓同時切除 (ビデオ)

黒崎 功・島山 勝義・若井 俊文
高久 秀哉・大矢 洋・長倉 成憲
伊達 和俊・小川 洋・高野 可赴
横山 直行・二瓶 幸栄・白井 良夫
佐藤 好信・山本 智

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

当科における進行胆道癌に対する肝臓同時切除(2区域以上の肝切除+膵頭十二指腸切除)は1984年以来21例に施行された。対象となった胆道疾患は、胆嚢癌・胆嚢管癌12例(内1例に肝細胞癌の合併を含む)、胆管癌9例であった。術死・入院死亡は2例(9.5%)であった。肝切除のタイプは(拡大)右葉切除19例、右3区域切除1例、左葉切除1例であり、膵切除は膵頭十二指腸切除(PD)が10例、全胃温存PD(PPPD)が11例であった。手術時間は760分(中央値)、術中出血量1900ml(中央値)、耐術例の術後在院期間66日であった。

II. 特別講演

「肝門部胆管癌の外科治療」

— 難治例へのアプローチと合併症対策 —

名古屋大学大学院

医学系研究科器官調節外科学教授

二村 雄次

肝門部胆管癌を難治癌としている様々な困難な要因として

- ①局所解剖
- ②進展度診断
- ③術前療法-閉塞性黄疸, 区域性胆管炎
- ④黄疸肝切除-残肝機能
- ⑤局所脈管浸潤
- ⑥感染症

などが挙げられる。

これらを克服するため、対応策として①肝門部の外科的局所解剖の理解, ②肝内区域・亜区域胆管枝に沿った癌の進展度診断に基づいた肝区域切除術式の立案, ③経皮経肝選択的胆管ドレナージによる減黄と区域性胆管炎の治療, ④分肝機能評価と経皮経肝門脈枝塞栓術(PTPE), ⑤定期的胆汁細菌検査と抗生剤の選択, ⑥胆汁還元によるvacterial translocationの予防などが挙げられる。

しかし、これらを行っても更に局所高度進行例や減黄不良例に対する対応策が必要となる。

局所高度進展例に対する三区域切除などの広範肝切除対策としての三区域門脈枝塞栓術, 減黄不良例に対する徹底的な胆管ドレナージとPTPE, さらに動脈塞栓術または胆管ablationによる残肝機能向上を計る。また、局所脈管浸潤例に対しては門脈時には動脈の合併切除再建により切除率の向上を計る。

最も基本的な合併症対策は感染症対策であると言ってよい。①術中からの抗生剤投与, ②術後ドレナージ液の定期的細菌検査, ③術後早期からの経腸栄養の開始と外瘻胆汁の還元, が有効である。