

PP-1-513 肝外胆管閉塞に対する肝外胆管切除の位置付けに関する検討

阿部秀樹, 塚田一博, 長田拓哉, 野澤聡志, 坂東 正
(富山医科薬科大学第2外科)

【目的】非結石性肝外胆管閉塞の治療における肝外胆管切除の治療上の役割・位置付けを明らかにする目的で以下の検討を行った。【方法】1995年から7年間に、当科で施行された肝外胆管切除は、13例であった。このうち、進行胆嚢腫に対する標準術式の一部として行われた例を除く10例を対象とした。【成績】10例はいずれも閉塞性黄疸を伴って発症していた。術前診断は、肝外胆管癌8例、肝門部胆管癌1例、胆嚢癌1例であった。切除後の病理組織学的検討によると術後診断は、肝外胆管癌5例、胆嚢癌(Farrarの基準外)2例、PSC2例であった。術後診断が癌であった8例について切除縁は、hm24例、hm11例、dm22例、dm11例であり、肝門切除縁への浸潤を多く認めた。8例のうち根治切除を目指した6例に限れば、術前胆道造影で病変を中心として造影されたcystic ductと同側ではすべての切除縁に癌浸潤を認めなかった。【結論】黄疸で発症した進行胆道癌に対する肝外胆管切除は、総合的根治度がcurAとなることが稀であったものの、PSCをはじめとする非腫瘍性疾患に対する亜区域以上の肝切除・脾頭十二指腸切除が回避された。

PP-1-514 ss胆嚢癌に対する拡大手術の意義についての検討

藤井義郎¹⁾, 佐藤 勉¹⁾, 上向伸幸¹⁾, 千島隆司¹⁾, 牧野達郎¹⁾, 山崎安信¹⁾, 須田 嵩¹⁾, 遠藤 格²⁾, 渡会伸治²⁾, 嶋田 敏²⁾
(済生会横浜市南部病院外科¹⁾, 横浜市立大学第2外科²⁾)

【目的】ss胆嚢癌の予後規定因子を検討して拡大手術の意義を明らかにした。【方法】対象は治療方針が原発巣切除を主体とする済生会横浜市南部病院の24例と、肝S4下S5, 肝外胆管切除, D2+16a2b1郭清(葉切除やPDを含む)を原則とする横浜市立大学附属病院第2外科の20例を併せた44例とした。検討項目は、性別, 肉眼型, 組織型分化度(高分化:pap, tub1, muc-w, 低分化:tub2,3, asc, aec), リンパ節転移, stage, 肝切除, 胆管切除, 根治度, 病院と, 項目別に生存率(Kaplan-Meier法)を比較することで予後規定因子を検討した。【結果】単変量解析による生存率の比較で、有意差を認めた因子は、リンパ節転移, stage, 根治度であった。病院間で生存率に有意差を認めず、拡大手術の遠隔成績の方が不良であったが、大学病院でより進行したstageの症例が多いためであった。多変量解析により有意差を認めた予後規定因子は、高分化組織型, stage, 大学病院の3因子であった。【結論】ss胆嚢癌に対する拡大手術は予後を改善させる1因子であり、意義があると思われる。

PP-1-515 animated MPR 像による肝門部・上部胆管癌進展度診断と術式選択

力山敏樹¹⁾, 海野倫明¹⁾, 奥本忠之²⁾, 片寄 友¹⁾, 柿田徹也¹⁾, 石橋忠司²⁾, 松野正紀¹⁾

(東北大学消化器外科¹⁾, 東北大学放射線科²⁾)

当科では1999年12月より肝門部・上部胆管癌症例全例にマルチスライスCTを用いて多断面断層再構築像(MPR)をシネ表示させたanimated MPR像を作成。各種進展様式を判定し切除可能性・術式選択に応用している。

1995年から2002年までに当科で経験した肝門部・上部胆管癌切除症例は49例で、animated MPR導入前33例中、非根治手術は10例(30.3%)であり、原因はhm2:6例, dm2:3例, em2:3例, n3 (+) ≤:1例であった(重複症例あり)。うち5例はT4症例で、A2≤が2例, PV2≤が4例に認められた。

animated MPR導入後の全症例を対象にMPRによる各種診断能を手術所見と比較検討した。胆管壁水平進展範囲診断能は正診率88.2%。大血管浸潤度診断は血管に垂直な最適断面で観察することにより血管外脂肪筋消失等による浸潤陽性判断が可能であり、門脈で感度83.3%、特異度100%。肝動脈で感度、特異度ともに100%と高い診断能を示し血管造影よりも有用であった。animated MPR導入後、非根治手術は16例中2例(12.5%、ともにhm2)と明らかに減少し、手術適応症例の判別、術式選択に対するMPRの有用性が示唆された。

PP-1-516 肝門部胆管切除, 右肝動脈再建で切除しえた, 右肝動脈浸潤, 進行肝門部胆管癌の1例

長澤圭一, 加藤岳人, 柴田佳久, 鈴木正臣, 尾上重巳, 松尾康治, 佐藤太一, 河原健夫, 田井中貴久, 小西由樹子
(豊橋市民病院外科)

症例は69歳女性。主訴、褐色尿。肝機能障害と高度黄疸を認めた。USでIHBDの拡張を、CTで肝門部に胆管壁肥厚を、ERCP, PTBDから同部に狭窄を認めた。PTCS生検から癌と診断。angioより右肝動脈のテーパーリングを認めた。KICG0.099, R15161%。肝右葉切除を予定術式としPTPEを行ったが、そのため全身状態が悪化した。保存的に改善。全身状態からmajor hepatectomyに耐えられないと判断し、肝門部胆管切除, 右肝動脈再建を予定術式に手術を施行。予定どおりの術式で切除できた。再建はRoux-en-Yで、4穴の肝管とretrocolicaで挙上した空腸と端側で吻合。中分化型腺癌Brcls intermediate type INββ ly1β v1β pn3β ss hinf0 ginf0 hm0 dm0 em0 n0。術後経過良好で、術後24日目に軽快退院。術後13日目CT上門脈は再疎通。腹部血管造影上右肝動脈前区域枝は閉塞。術後肝腫瘍等を認めなかったのは、門脈の再疎通や中肝動脈からの吻合枝の形成が考えられた。まとめ 肝機能や全身状態に問題がある場合でも、症例によって肝門部胆管切除を選択したほうが、患者さんのbenefitが大きい場合があり、まさにそのような症例を経験した。

PP-1-517 Roux-Y胆道再建術後の遠隔期に生じた空腸脚盲端障害による閉塞性黄疸の1例

多羅尾信¹⁾, 市橋正嘉¹⁾, 松友将純²⁾, 二村直樹³⁾, 立山健一郎³⁾
(杏嶺会 一宮西病院外科¹⁾, 羽島市民病院外科²⁾)

【症例】67歳, 女性。主訴: 黄疸。既往歴: 11年前に胆管結石, 乳頭機能不全のため総胆管切除・Roux-Y胆道再建術を施行。現病歴: 1週間前より発熱, 黄疸。現症: 黄疸, 右季肋部の膨隆, 圧痛を認める。検査: WBC 9800/mm, T. Bili 13.7mg/dl, ALP 3075U/l, γ-GTP 1209U/l。画像: CTで肝門部腸管の拡張, pneumobiliaを認め、PTCで造影剤がRoux-Y空腸脚の盲端側へ過剰に流入・拡大し、空腸脚に少量流れる。診断・治療: 空腸脚盲端側に胆汁が過剰に流入して空腸脚への流れが悪く、感染・黄疸を生じたと診断。手術: 空腸盲端・空腸脚端吻合術。術後経過: 術後1ヶ月でT. Bili 0.8mg/dlまで低下。術後1年6ヶ月の現在T. Bili 1.1mg/dlであり再発を認めない。なお術後のCTにて肝門部の腸管は縮小した。【考案】空腸脚盲端障害は稀である。原因は、初回手術時に盲端側空腸を長く取りすぎたためと推定する。【結語】Roux-Y胆道再建の遠隔期に生じた空腸脚盲端障害による閉塞性黄疸の1例を報告した。Roux-Y胆道再建の空腸盲端側は短い方がよいと考える。

PP-1-518 術前S状結腸癌と肝門部胆管癌の同時性重複癌して切除したS状結腸癌胆管転移の1例

尾方信也¹⁾, 長堀順二²⁾, 中川建夫³⁾, 田上啓史³⁾, 佐藤宏彦³⁾, 柏木豊³⁾, 田代征記³⁾

(国立高知病院外科¹⁾, 徳島大学臓器病態外科²⁾)

症例は65歳男性。主訴はめまい。2002年春の手術を受けるため受診していた近医でS状結腸癌を指摘され当科紹介受診。大腸内視鏡検査で肛門縁から48cmのS状結腸に2型腫瘍を認め生検でGroup V, CT検査で肝内に腫瘍を認めず左肝内胆管に拡張を認めた。MRCPで左肝内胆管が拡張し左肝管は左右肝管合流部までの1cm程の部分で急に途絶していた。肝門部胆管癌と診断した。6月24日S状結腸切除術を行った。中分化型腺癌で深達度はSS, No241 リンパ節に9/12転移を認めた。7月19日拡大肝左葉切除術を行った。S4肝表面に5mm大の白色結節を認めた。左肝管のB4a流入部に8mm大の乳頭状腫瘍を認め、この部で左肝管は完全に閉塞していた。肝表面の腫瘍は大腸癌肝転移であり、胆管への浸潤を認めなかった。左肝管の腫瘍は胆管外への浸潤はみられずB4方向に胆管に沿って進展していたが壊死および腫瘍増殖パターンが胆管癌と異なり、大腸癌の転移性腫瘍としては胆管内進展が典型的ではないので免疫染色を行った。cytokeratin7(-), cytokeratin20(+)であり消化管由来の腫瘍と考えS状結腸癌胆管転移と診断した。

PP-1-519 脾頭十二指腸切除術後肝梗塞の2例

橋 史朗, 日隅智憲, 大森治樹, 福岡正人, 木許健生, 林 悟, 斎藤寛

(新日鐵広畑病院外科)

肝梗塞は稀な術後合併症であるが、ひとたび発生すれば重篤な転帰をとることもあるとされる。肝臓は動脈と門脈の二重血流支配のため、肝梗塞が肝動脈血流不全単独で発生することは殆ど知られていないように思われる。肝梗塞は胃癌、膵頭部癌、胆管癌等だけでなく腹腔内胆嚢摘出術、肝移植等でも発生することが報告されており今後増加するものと思われる。我々は、脾頭十二指腸切除術後に2例の広範囲肝梗塞症例を経験した。1例は肝右葉切除術を追加することにより救命できたが、他の1例は術後第19病日に発生し第22病日には失った。2例ともに肝梗塞発生後の血管造影では肝動脈血流は極めて不良であり、門脈も肝右枝の閉塞を認めた。肝梗塞は稀であり報告数も少なく病因を含め解明されるべき事項が沢山残されているように考えられる。われわれの経験でも不可解な点が多々認められる。知見を増やすことは重要と考えられるので考察を加え報告する。

PP-1-520 リンパ節転移切除後に5年生存した肝内胆管癌の2例

小出紀正, 島田和明, 江崎 稔, 高橋 祐, 佐野 力, 小菅智男, 山崎晋

(国立がんセンター中央病院肝胆脾外科¹⁾)

症例1: 69歳, 男性。1995年10月前医で開腹胆嚢摘出術時に肝腫瘍を指摘。術中生検で肝カルチノイドと診断され当院を受診した。HBs抗体陽性。腫瘍マーカーはCA19-9が高値。CTで肝S4に5cmの腫瘍を認めた。12月15日肝拡大左葉切除術を施行した。組織所見では高分化型腺癌であった。1997年8月21日肝S6部分切除術, 肝十二指腸間膜内と縦隔内リンパ節摘出術を施行した。病理診断で肝, リンパ節転移と診断された。現在肝転移を認めているが通院中である。症例2: 71歳, 男性。1996年9月健診で脾頭部に腫瘍を指摘され当院を受診した。画像診断では肝S2に3cmの腫瘍と総肝動脈周囲リンパ節が3cmに腫大していた。9月26日肝左葉切除術, リンパ節郭清を施行した。切除標本では3cmの腫瘍を認め、近傍に肝内転移を認めた。組織所見では低分化型腺癌であった。総肝動脈周囲リンパ節にのみ転移を認めた。術後無再発である。