The Japanese Society of Gastroenterological Surgery

PP112012 腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された胆嚢癌症例の検討

牧田英俊，村上雅彦，加藤貴史，町田 健，大塚耕司，普光江嘉広，草野満夫
(昭和大学病院外科)

【目的】腹腔鏡下胆嚢摘出術(LSC)後に胆嚢癌と診断された症例を検討.【対象】LSCで胆嚢癌であった10例.【結果】病理診断はm癌1例，fm癌1例，ss癌8例．m・fm癌は無治療で106/78ヶ月生存中．ss癌5例に追加手術施行．3例腹膜再発死亡(7/23/67ヶ月)，1例肝再発10ヶ月生存中，1例無再発57ヶ月生存中．ss癌3例無治療経過観察，1例26ヶ月腹膜再発死亡，2例15/1ヶ月無再発生存中.【考察】追加手術時に腹膜播種・PSIはみられなかった．1例に1年以内に腹膜再発がみられた．これらより，初回LSCは直接的・時間的にも予後に影響を与えなかった．術前診断の困難さからみて，肥厚型の慢性胆嚢炎例においては，LSC時に術中胆嚢損傷に注意し，Endo-catch等に胆嚢を収納し腹腔外に摘出すべきである.【結語】進行胆嚢癌では開腹術が基本であるが，LSCで胆嚢癌と診断された場合，ss以下では待期的に追加手術を行っても，開腹術と同等の予後が期待されるものと思われた.

PP112013 胆摘後に診断された胆嚢癌症例の検討

貫井裕次，霜田光義，坂東 正，南村哲司，長田拓哉，大西康晴，田澤賢一，塚田一博
(富山医科薬科大学第2外科)

＜目的と対象＞胆摘後に胆嚢癌と診断される症例は少なくないが，その再手術の適応や術式については一定の見解が得られていない．今回，胆摘後に診断された胆嚢癌症例5例につき，その治療成績から治療方針につき検討した．＜結果＞胆摘後病理診断による癌の深達度は全例ssで，4例に肝床切除＋胆管切除による追加切除を施行，1例では肝床周囲の癒着と膿瘍のため，リンパ節郭清と膿瘍ドレナージのみを施行した．切除後病理所見で3例に癌の遺残を認めず，1例は遺残胆嚢管内に，もう1例はNo.12,8リンパ節に癌を認めた．現在4,4,24,28,100ヶ月無再発生存中である．＜まとめ＞胆摘後に胆嚢癌と診断された症例の追加切除標本には癌を認めないことも多いが，病理診断でss胆嚢癌と判明した場合にはなんらかの追加切除を行うべきであり，肝床切除＋胆管切除(＋リンパ節郭清)を基本として癌の進展様式に沿ったバランスの良い術式を選択することが重要であると考えられた.

PP112014 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に胆嚢癌と判明した症例の検討

山本英夫[1]，早川直和[1]，川端康次[1]，岩田博英[1]，上遠野由紀[1]，中矢宏[1]，椰野正人[2]，二村雄次[2]
(国家公務員共済組合連合会東海病院外科[1]，名古屋大学第一外科[2])

＜目的＞LC後組織診断で胆嚢癌と判明した症例について検討．＜対象＞10年間に行ったLC1370例中，術後組織検査で胆嚢癌と判明した5例．＜結果＞m1例，mp1例，ss3例．mpとm癌は再手術を行わなず，ss癌3例にはD2＋16に加え肝S4aS5・胆管切除，肝床・腹壁瘻孔切除，胆管切除を行った．mとss癌の2例が無再発生存中(4年8月，9月)．ss癌1例は再手術19ヶ月後にポートサイト再発と思われる腹壁再発で再切除(2年生存中)．ss胆嚢管癌症例，mp癌は局所再発で死亡(13月，1年4月)．＜まとめ＞再発は局所再発2例・ポートサイト再発1例で，LC後胆嚢癌と判明した症例にはポートサイトの切除も考慮する必要がある.

PP112015 胆嚢癌に対するtotal biopsy目的での腹腔鏡下胆摘術の検討

佐伯修二，大原正裕，大枝 守，大下純子，沖田理貴，桐原義昌，向田秀則，平林直樹，久松和史，亀田 彰，多幾山渉
(広島市立安佐市民病院外科)

[目的]当科では術前胆嚢癌が疑われる症例に対しtotal biopsy目的で腹腔鏡下胆摘術(全層切除)を行い意義を検討した.[対象と方法]1993年1月より肝浸潤を認めない胆嚢癌を疑う症例にtotal biopsy目的で腹腔鏡下胆摘術を試みた6例について検討した.[結果]平均年齢71.6歳，全症例女性であった．術中に腹腔鏡下にUSを行い，Hinf0,S03に対し腹腔鏡下胆摘術を行った．3例は術中腹腔鏡下超音波検査にて肝浸潤い開腹に移行し肝床部切除，リンパ節郭清を行った．腹腔鏡手術3例の深達度はm,mp,ss各1例，ss症例は患者の希望にて追加切除を行えなかった．平均生存期間3年，開腹症例も同様にm,mp,ss各1例であった．平均生存期間2年.[まとめ]胆嚢癌に対し適切な追加切除を念頭におく腹腔鏡下胆摘術は問題ないと思われた.

PP112016 先行した腹腔鏡下胆摘術で治療方針を決定したss胆嚢癌の3例

大野義一朗，濱砂一光，菊地修司，太田智行
(東京民医連東葛病院外科)

ss胆嚢癌の術式として肝切除＋PDの有用性が提唱されている．しかし臨床の現場では胆嚢癌は深達度の術前診断が難しいばかりでなく胆嚢隆起性病変の質的診断自体が術前には困難である．胆嚢腫瘤の診断で腹腔鏡下胆摘術を先行し術後病理結果を考慮して治療方針を決めたss胆嚢癌3例について報告する.【症例】74～80才の女性3例．胆嚢腫瘤と壁肥厚に対し確定診断のため腹腔鏡下胆摘術を施行した．術後病理検査で深達度ssの胆嚢癌であった．このうちhinf0,binf0,脈管浸潤陰性，12cリンパ節転移陰性の2例は追加手術を施行せず．術後5年及び3年6ヶ月現在再発なく健在.他の1例はhinf1a,binf0,血管浸潤・神経浸潤と12cリンパ節転移を認め，1ヶ月後に追加手術を行った．術中迅速病理でリンパ節転移は12b,13aで陽性，6,8で陰性だった．肝S5S4a切除＋幽門輪温存PDを施行した．術後縫合不全，肝膿瘍を併発したが軽快し術後1年現在再発なく健在.

PP112017 胆道癌に対する肝切除兼血行再建の意義と適応

遠藤 格[1]，藤井義郎[1]，神谷紀之[1]，杉田光隆[1]，増成秀樹[1]，三浦靖彦[1]，田中邦哉[1]，関戸 仁[1]，渡会伸治[1]，嶋田 紘[1]，吉田豊一[2]
(横浜市立大学第2外科[1]，横浜市立大学形成外科[2])

胆道癌に対する肝切除兼血管合併切除再建(合切)施行症例の治療成績と予後規定因子の検討から，合切の適応を明らかにした．肝切除を伴う胆道癌82例中，合切を施行した19例(動脈5例，門脈5例，門脈＋肝動脈9例)を対象とした．合切症例の治癒切除率68.4%(13/19)で主な非治癒因子は剥離面陽性であった．術後合併症は門脈血栓2例，再建肝動脈閉塞による肝膿瘍2例であった．合切症例の疾患別5年生存率は肝門部胆管癌17.8%，胆嚢癌0%，胆管細胞癌0%で，最長生存期間は85ヶ月，15ヶ月，16ヶ月であった．肝門部胆管癌の予後規定因子は，n2以上のリンパ節転移，術後照射非施行であった．胆嚢癌・胆管細胞癌に対する肝切兼合切の意義はみられなかったが，肝門部胆管癌のうち，第2群以上のリンパ節転移がない症例には合切を行う意義があると考えられた.

PP112018 進行胆管癌に対する血管合併拡大手術長期生存例の検討

東山 洋，花房徹兒，有本 明，内藤雅人，野村明成，木下浩一，井ノ本琢也，鍛 利幸，亥埜恵一，中島康夫，浮草 実
(大阪赤十字病院外科)

1997年1月よりの3年間に施行した胆管細胞癌手術22例中3例に，血管合併拡大切除術を施行し，2例の2年以上生存を経験したので報告する(症例1)計4回の手術にて8年8か月生存中のリンパ節転移陽性左肝内胆管癌，女性．31歳時に肝左葉切除，胆摘，リンパ節郭清．高分化型腺癌，im2,n3.36歳，37歳3か月，37歳11か月で再発手術．現在39歳10か月で再発あるも生存中．(症例2)65歳，男性．左肝内胆管癌．肝左葉切除，肝動脈，門脈再建，胃部分切除．中分化型腺癌，im2,n0,vp3．術後4か月で，残肝に多発性再発を来たし死亡．(症例3)66歳，女性．肝門部胆管癌にて，拡大肝左葉切除，右肝動脈再建．中分化型腺癌，n1．術後2年2か月，無再発生存中．進行胆管癌でも拡大リンパ節郭清を伴う血管合併拡大切除により，長期生存する可能性が示唆された.

PP112019 肝門部および上部胆管癌切除例における胆管断端癌浸潤陽性例の再発様式の検討

山藤和夫，朝見淳規，守瀬善一，竹島 薫，林 憲孝，戸倉康之
(浦和市立病院外科)

【目的と方法】肝門部および上部胆管癌切除例における胆管断端癌浸潤陽性例の再発様式からhmおよびdmの意義について検討した．方法は当科における肝門部および上部胆管癌切除例20例のうちhm_2またはdm_2となった症例を胆管断端癌浸潤陽性例として，その再発形式と時期を検討することにより行った．なお術後放射線治療は行っていない.【結果】胆管断端癌浸潤陽性例は11例で，hm_2が11例，dm_2が4例であり，全例が再発をきたした．hm_2の11例のうち2年以内の早期再発した8例では肝管断端部の局所再発は1例のみであったが，3年以降の晩期再発した3例では2例が肝管断端部再発であった．dm_2の4例は全例が膵頭十二指腸領域の局所再発をきたし，1例を除いて2年以内の早期再発であった.【総括】肝門部および上部胆管癌切除例においてhmは長期予後に，dmは短期予後に影響する可能性が示唆された.

NII-Electronic Library Service