

特集 5*

肉眼的進展様式からみた胆嚢癌の診断と治療についての検討

東京大学第1外科

野 呂 俊 夫 黒 田 慧

DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR CARCINOMA OF THE GALLBLADDER WITH SPECIAL REFERENCE TO THE MODE OF SPREAD

Toshio NORO and Akira KURODA

The First Department of Surgery, School of Medicine, Tokyo University

胆嚢癌の診断と治療の困難性は広く認められ、早期発見への努力がなされているが、胆嚢の解剖学的な位置関係や周囲の血管、リンパ管の複雑な走行により、胆嚢癌の進展様式はさまざまで、隣接臓器への浸潤、転移も早いので、発見時すでに切除不能の状態にあることが多い。今回は診断ならびに外科的治療に重要な関連をもつ胆嚢癌の肉眼的進展様式に着目して、その診断と治療について検討を加えることにする。

1. 肉眼的進展様式による胆嚢癌の分類 (表1)

(I): 胆嚢限局型: 癌が胆嚢に限局している。

(II): 肝浸潤型: 癌が肝内に向つて直接浸潤している。

(III): 胆管浸潤型: 癌が肝外胆管内へ浸潤している。

(IV): 胃腸管浸潤型: 癌が主に胃、十二指腸、結腸などの隣接臓器へ浸潤している。

(V): 混合型: (II)~(IV)の2つ以上を合併する。

(VI): 腹膜播種型: 腹膜播種を主要所見とする(以下、I, II, III, IV, V, VI型と略記する)。

2. 症例の概要 (図1)

1960年から1975年9月までに東大第1外科で経験した胆嚢癌は男性18例、女性23例、計41例で、年齢は44歳から79歳にわたり、平均年齢は62歳と、男女とも60歳台が最も多く、全体の50%をしめる。

3. 胆石症の合併について

胆嚢癌41例について胆石の有無が不明であつた15例を

表1 肉眼的進展様式からみた胆嚢癌の分類

分類	例数	%
I 胆嚢限局型	8	19.5
II 肝浸潤型	4	9.8
III 胆管浸潤型	7	17.1
IV 胃腸管浸潤型	5	12.2
V 混合型	15	36.6
VI 腹膜播種型	2	4.9

除いた残り26例について胆嚢結石の存否をみると、胆石を合併したものは17例、65.4%で、このうち胆石の性状が確認できた15例ではコレステリン系対ビリルビン系石の比は11:4であつた。一般の胆嚢胆石症における両者の比は68.5%:31.5%であつた。

* 第8回日消外総会シンポジウム
胆のう癌の診断と治療—5

表2 胆嚢癌の臨床症状(入院時)

症状	肉眼型							計 41
	胆嚢 局限型 8	肝 浸潤型 4	胆 管 浸潤型 7	胃腸管 浸潤型 5	混合型 15	腹 膜 播種型 2		
腹痛	100 (100)	100 (75)	43 (29)	40 (40)	73 (60)	50 (50)	71 (61)	
食不振	25 (0)	0 (0)	71 (71)	0 (0)	73 (27)	0 (0)	44 (22)	
体重減少	0 (0)	75 (0)	71 (14)	0 (0)	60 (7)	50 (0)	44 (5)	
悪心嘔吐	38 (38)	25 (0)	0 (0)	40 (40)	40 (0)	50 (50)	32 (15)	
発熱	63 (13)	25 (0)	29 (0)	40 (0)	47 (20)	0 (0)	41 (10)	
腫瘍	13 (0)	50 (0)	29 (14)	60 (20)	13 (7)	0 (0)	24 (7)	
黄疸	T.Bil. ≤15	13 (0)	0 (0)	14 (0)	20 (0)	20 (0)	0 (0)	15 (0)
	T.Bil. >15	0 (0)	0 (0)	86 (0)	0 (0)	63 (0)	0 (0)	34 (0)
	2月 以内	13 (0)	0 (0)	100 (0)	20 (0)	46 (0)	0 (0)	39 (0)
	2月 以上	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	27 (0)	0 (0)	10 (0)

() 初発症状 数字: %

4. 臨床的事項

(1) 病悩期間: 胆道系疾患に由来すると思われる症状発現後の期間とすると、病悩期間は1月未満から30年以上にわたるが、60%が6月以内であつた。切除例15例についてもそのうち10例が6月以内であり、胆石合併の有無による差も認められなかつた。

(2) 臨床症状(表2): 入院時の臨床症状としては、I型では腹痛、発熱、II型では腹痛、体重減少、III型では黄疸、食思不振、体重減少、IV型では腹部腫瘍、腹痛、悪心嘔吐、V型では黄疸、腹痛、食思不振、体重減少が比較的高率にみられた。

初発症状だけをとりあげると、全体としては腹痛が最も多いが、とくにIII型では食思不振が腹痛よりも多く、IV型では消化管通過障害による悪心嘔吐が腹痛と同頻度であることが注目された。

黄疸はとくにII型、ついでV型に多いが、血清総ビリルビン値15mg/dl以上の高度黄疸例は全体の34%をしめるのに対し、黄疸持続期間が2月以上のものは全体の10%に過ぎなかつた。

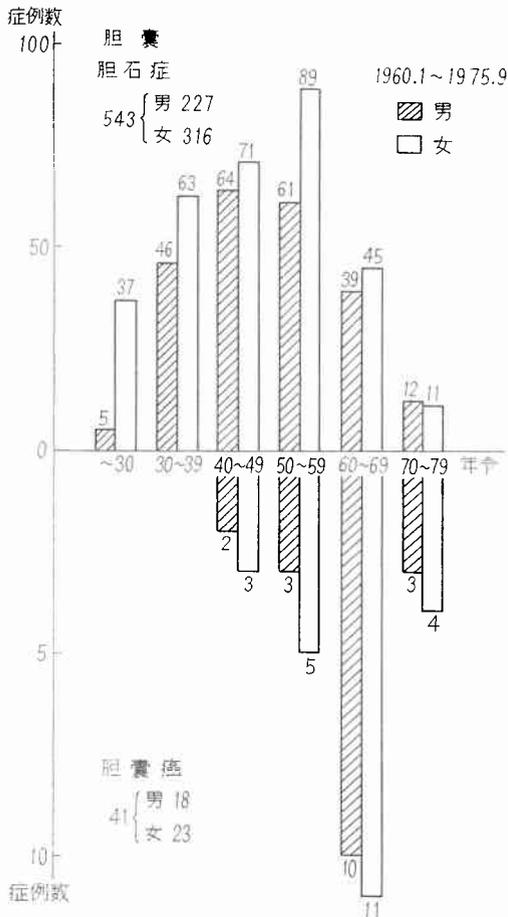
切除例15例については、黄疸は5例にみられ、そのうち1例(血清総ビリルビン値は15mg/dl以下)はI型で、黄疸は急性胆嚢炎によると思われた。他の4例はいずれ

もIII型に属する高度黄疸例で、肝外胆管への癌浸潤やリンパ節転移による胆管狭窄が黄疸の原因と思われた。

(3) 診断(表3): 術前に胆嚢癌と診断し得たのはII型2例、III型2例、IV型1例、V型4例、計9例、22.0%にすぎず、とくにI型では全例が胆石症または胆嚢炎と診断されて手術をうけ、術後の病理組織学的検査ではじめて診断が確定された。

レ線検査成績をみると、排泄性胆嚢造影では黄疸のない21例中、胆嚢陰性例は18例で、胆嚢が淡く、あるいは一部造影された造影不良例は2例、胆嚢の形態異常を認めたものは1例で、造影陽性例3例はいずれもI型の症例であつた。経皮経肝の胆道造影、内視鏡の逆行性胆道造影などの直接造影はIII~V型の11例に行われているが、いずれも胆嚢は造影されず、肝管または総胆管の狭窄、閉塞、陰影欠損、拡張などが主な所見であり、胆嚢癌を疑診するにとどまつた。低緊張性十二指腸造影はII~V型の17例に施行され、90%に十二指腸球部または下行脚の圧排、壁硬化、辺縁不整、狭窄などの所見を得たが、もちろん確診はできなかつた。選択的動脈造影はII~V型の12例に施行され、II型2例では胆嚢動脈の広狭不整(1例)、部分的濃染(2例)が、III型4例では胆嚢動脈の広狭不整(1例)、屈曲蛇行(2例)、部分的

図1 胆石症と胆嚢癌



濃染(2例)または胃十二指腸動脈の圧排(2例)が、IV型2例では胆嚢動脈の広狭不整(1例)、部分的濃染(1例)、胃十二指腸動脈の圧排(1例)、血管の増生(1例)が、またV型4例では胆嚢動脈の中断(2例)、部分的濃染(1例)、胆嚢動脈領域の拡大(1例)、胃十二指腸動脈の圧排(1例)肝固有動脈の浸潤(1例)、肝転移(1例)がみられた。12例中6例は胆嚢動脈の中断、広狭不整、部分的濃染などから胆嚢癌と診断し得た。

(4) 治療(表4)：姑息的にせよ胆嚢を切除し得たのは15例で、切除率は36.6%であつた。このうちI型8例はいずれも胆石症あるいは胆嚢炎として胆嚢摘出、胆嚢摘出および胆管ドレナージが行われ、いずれもリンパ節転移はなく、癌は胆嚢に限局しており、治癒切除と考えられた。II型2例では、胆嚢を含めた肝右葉切除が行われ、うち1例は切除肝断端に癌浸潤を認めたが、他の1例は治癒切除と考えられた。III型では7例中4例に胆嚢摘出、胆嚢摘出および胆管ドレナージあるいは胆管切除が行われたが、いずれも胆嚢管あるいは胆管の断端に癌浸潤を認めた。IV型では1例に胆嚢摘出および肝床楔状切除、胃十二指腸部分切除が行われ、治癒切除が得られた。

すなわち胆嚢癌全体では治癒切除率は41例中10例、24.4%であつた。

非切除例25例に対してはいずれも姑息的手術が行われた。黄疸軽減手術としては内外胆汁瘻がII, III, IV型のおのおの1例, 3例, 8例, 計12例に行われ、腸管通過障害に対しては胃空腸吻合がIV, V, VI型のおのおの3例,

表3 術前診断

診断名	肉眼型 (例数)	胆嚢限局型 (8)	肝浸潤型 (4)	胆管浸潤型 (7)	胃腸管浸潤型 (5)	混合型 (15)	腹膜播種型 (2)	計 % (41)
胆嚢癌		0	2	2	1	4	0	22.0
胆道癌				1		5		14.6
胆管癌						1		2.4
胆石症・胆嚢炎		8	1	1	1	1	1	31.7
閉塞性黄疸				3		3		14.6
幽門又は十二指腸狭窄					2	1		7.3
その他			1		1		1	7.3
正診率 %		0/8 0	2/4 50.0	2/7 28.6	1/5 20.0	4/15 26.7	0/2 0	9/41 22.0

表4 手術術式および切除率

() 内治癒切除

術式 型	切除例					非切除例			切除率 %
	胆摘	胆摘+胆管ドレナージなど	胆管!	胆合併摘除	+肝胃腸	胆汁瘻造設	胃空腸吻合	試験開腹	
胆嚢限局型 (8例)	7 (7)	1 (1)							100 (100)
肝浸潤型 (4例)				2 (1)		1		1	50.0 (25)
胆管浸潤型 (7例)	1 (0)	2 (0)	1 (0)			3			57.1 (0)
胃腸管浸潤型 (5例)					1 (1)		3	1	20.0 (0)
混合型 (15例)						8	2	6	0
腹膜播種型 (2例)							1	1	0
計 41例	8	3		4		11	6	9	36.6 (24.4)

表5 胆嚢癌の手術成績

遠隔不明例 6

	切除例 (15)		非切除例 (26)	
	直接死亡	遠隔成績	直接死亡	遠隔成績
胆嚢限局型 8	0	生存4 (7年11月, 4年9月, 1年10月, 9月) 死亡4 (2年11月, 1年10月, 6月, 3月)	—	—
肝浸潤型 4	2	—	0	死亡2 (2月, 3月)
胆管浸潤型 7	1	死亡3 (1年10月, 5月, 4月)	1	死亡1 (2月)
胃腸管浸潤型 5	0	死亡1 (15年)	1	死亡2 (3月, 3月)
混合型 15	—	—	3	死亡8 (2月, 2月, 2月, 2月, 5月, 6月, 7月, 8月)
腹膜播種型 2	—	—	1	死亡1 (2月)

2例, 1例, 計6例に行われた。試験開腹にとどまつたものはII, IV, VI型の各1例, V型の6例, 計9例であった。

(5) 成績(表5): 手術による直接死亡はII型2例, III型2例, IV型1例, V型3例, VI型1例, 計9例, 22.0%で, その原因となつた合併症のうちわけは, 腹腔内出血2例, ショック2例, 肺合併症2例, 横隔膜下膿瘍2例, 癌性胸膜炎2例などであつた。

直接死亡を除く切除例の遠隔成績をみると, I型では4例がおのおの7年11月, 4年9月, 1年10月, 9月生存中であり, 他の4例は3月~2年11月, 平均1年4月で再発死亡している。III型の3例はおのおの4月, 5

月, 1年10月, 平均10月で再発死亡し, IV型の1例は15年間生存した。

非切除例では直接死亡6例を除く20例中, 追跡し得た14例では, 最長8月, 平均3.4月で死亡した。

5年生存例2例について述べると, まずI型の7年11月生存中の例は46歳男性で, 30数年間に上腹部痙痛発作の既往が数回あり, 昭和42年9月同様の症状と発熱, 軽度の黄疸, 胆嚢造影陰性, 右上腹部圧痛などのために胆嚢炎として開腹手術をうけ, 切除胆嚢底部に2×2cmの結節型の隆起が認められ, 組織診断で癌と診断されたものである。他の1例は50歳の女性で, 20数年間に数回の上腹部痙痛発作があり, 昭和24年右上腹部に手拳大の腫

瘤を発見され、手術のために来院した。上記腫瘤と中等度の貧血以外にとくに所見はなく、開腹すると、胆嚢を中心に腫瘤を形成し、その一部は肝、胃幽門部、大網に癒着浸潤していた。そこで肝床楔状切除および胃十二指腸、大網をふくめた胆嚢部腫瘤摘出術が行われ、組織診断で胆嚢癌と判明したが、その後15年生存したものである。

5. 病理学的事項

組織像をみると、不明例3例を除き、38例中37例、97.4%は腺癌で、腺扁平上皮癌は1例にすぎなかった。

胆嚢癌の転移(表6)については、まず手術時の所見をみると、局所リンパ節転移は切除例ではⅢ型の1例に認めただけであるのに対し、非切除例ではⅡ型2例、Ⅲ

表6 手術時および剖検時所見

	手術時 (40例)	剖検時 (14例)		
肝転移	33%	86%	後腹膜	50%
肝直接浸潤	30%	100%	左鎖骨上窩	21%
リンパ節転移	48%	86%	縦隔	7%
肝十二指腸韧带内	78%	83%	喉窩	7%
脾後部	50%	58%	肺門部	7%
総肝動脈幹	50%	25%	旁気管	7%
腸間膜根部	22%	14%	上直腸	7%
隣接臓器浸潤	33%	86%	動脈周囲	7%
腹膜播種	5%	57%		
遠隔転移	17%	57%		

型2例、Ⅳ型2例、Ⅴ型11例、Ⅵ型1例、計18例に認められた。転移のみられたリンパ節の部位別頻度は肝十二指腸韧带内78%、脾後部、総肝動脈幹におおの50%であった。肝転移は33%、肝直接浸潤は30%に認められた。

一方、胆嚢癌14例の剖検所見をみると、局所および遠隔リンパ節転移は86%に認められ、このうち局所リンパ節転移は肝十二指腸韧带内83%、脾後部58%、総肝動脈幹25%であった。肝直接浸潤は100%、肝転移、隣接臓器浸潤はおおの86%に認められた。

胆嚢限局型8例の切除標本で癌の大きさと深達度の関係(表7)をみると、癌の大きさは長径0.3cmのものから胆嚢全体におよぶものであるが、深達度は固有筋層までにとどまるものと、漿膜下に及ぶものとがあつた。

癌の浸潤が筋層までにとどまっていた3例はいずれも7年11月、4年9月、1年10月生存中であるのに対し、癌のひろがり小さくても癌浸潤が筋層をこえて漿膜下にまで達していた5例では、9月生存中の1例を除き、他はすべて最長2年11月までに再発死亡しているのが注

表7 胆嚢限局型の病理組織と予後

No.	年齢 性	占拠部位 大きさ	深達度	肉眼型	組織型	予後
1	46 ♂	2 × 1.5 cm		結節型	乳頭腺管 腺癌	7年11月 生存中
2	62 ♂	2 × 1.5 cm			"	4年9月 生存中
3	69 ♀	0.2 × 0.3 cm		乳頭型	乳頭 腺癌	1年10月 生存中
4	67 ♀	全体		浸潤型	乳頭腺管 腺癌	9月 生存中
5	71 ♀				腺管 腺癌	2年11月 再発死亡
6	75 ♀	1.5 × 1.5 cm		乳頭型	乳頭腺管 腺癌	1年10月 再発死亡
7	49 ♂	3 × 3 × 3 cm		結節型	腺扁平 上皮癌	6月 再発死亡
8	56 ♀	3 × 2.5 cm			腺管 腺癌	3月 再発死亡

目された。

6. 考案

胆嚢癌の発生は年齢とともに増加し、男女とも60歳代に最も多く、胆石症の年齢分布のピークよりも約10歳高令側にかたよっていること、胆嚢癌においては胆石の合併が高頻度にみられ、しかも胆石の性状はコレステリン系石が圧倒的に多いことなど、教室例も内外の多数^{1)~4)}の報告とはほぼ同様の傾向を示している。

病恹期間については胆石症に比し一般に短いという報告⁵⁾⁶⁾が多いが、詳細に調べると、胆道系由来の長期にわたる症状が高頻度にみられることも注目されている⁴⁾⁶⁾。教室例では病恹期間は60%が6月以内で、胆石合併の有無による差は認められなかったが、進展様式別にみると、Ⅲ型では平均2.5月と他の型に比し短い傾向がみられた。これは他の型に比較して早期に黄疸が出現しやすいことによると考えられた。

症状については、腹痛が最も多く90~70%^{9)~10)}で、ついで体重減少が50~30%⁹⁾¹¹⁾、黄疸が40~30%⁹⁾¹¹⁾、食思不振が50~25%⁹⁾¹¹⁾と報告されている。

教室例では胆嚢癌全体としてみると、腹痛が最も多く、ついで黄疸、食思不振、体重減少、発熱、悪心嘔吐などとなるが、進展様式別にみると、腹痛はⅠ、Ⅱ型で【100%、黄疸はⅢ型で100%、Ⅴ型で73%、食思不振は

Ⅲ、Ⅴ型でおのおの71%、73%、体重減少はⅡ、Ⅲ、Ⅴ型でおのおの75%、71%、60%、腹部腫瘤はⅡ、Ⅳ型でおのおの50%、60%と他の型に比して高率に出現し、肉眼的進展様式により症状が異なる傾向がみられたことが注目される。

初発症状に限ると、Ⅰ、Ⅱ型では腹痛がほぼ全例にみられ、Ⅲ型では食思不振が腹痛より多く、Ⅳ型では悪心嘔吐が腹痛と同じ頻度にみられ、やはり進展様式によつて異なる傾向がみられる。このような症状の差異に関してはHolmes⁹⁾も胆嚢癌を3群に分けて報告している。

胆嚢癌の診断は一般にきわめて困難とされ、術前診断名は胆石症、胆嚢炎、肝外胆道癌、膵頭部癌、総胆管胆石、胃癌などさまざまにわたり、術前診断率は10%以下の報告^{8) 24)}が大部分で、良くても20%~30%台の診断率が報告^{13) 14)}されているに過ぎない。

教室例の診断率は22.0%であつたが、Ⅱ型が50%と最も高く、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ型ではおのおの29%、20%、27%で、Ⅰ型は全例胆石症または胆嚢炎とされた。

診断に用いられる各種検査法のうち、排泄性胆道造影法では胆嚢が造影されないという報告が^{7) 11)}圧倒的に多く、教室例でも黄疸のない21例中、胆嚢造影陽性例は造影不良例も含めて3例にすぎず、Ⅰ型の例でも大部分陰性であつた。これは胆嚢壁の癌浸潤あるいは随伴する胆嚢炎のために胆嚢の機能が廃絶したり、胆嚢管が閉塞したりしていることによると考えられる。しかし早期の胆嚢癌では、胆嚢内に可動性のない陰影欠損像を認めるという報告^{7) 16) 17)}もあり、本検査法の意義は軽視してはならないと思われる。

経皮経肝の胆道造影、内視鏡的逆行性胆道造影などによる直接胆道造影法では、胆嚢造影陰性所見に加えて、総胆管、総肝管さらには肝内胆管の狭窄、閉塞、陰影欠損などの所見が得られることが多く、胆嚢癌の確診は困難でも、その存在診断や胆管浸潤の有無を知るには有用で、とくに早期の癌の診断には不可欠の検査法と考えられる。低緊張性十二指腸造影では、十二指腸球部または下行脚に圧排像などの所見が施行例の90%にみられ、進行癌では本法の存在診断的意義は少なくなく、とくに胃腸管浸潤の有無、程度の診断には有用と思われる。

選択的動脈造影法は現段階では最も有力な診断法で、佐藤¹⁴⁾は本法で胆嚢癌の術前診断率が著しく向上したと報告しているが、教室例では、Ⅱ、Ⅲ、Ⅴ型など施行例の50%に診断を下し得た。また本法により胆嚢癌の進展様式もある程度推測し得る。

胆嚢癌（とくに早期の微小な病変）の診断はこれら検査法のすべてを駆使しても難かしく、現病歴、症状を含めた総合的な診断法の確立が望まれる。それとともに胆嚢造影陰性例に対する経皮的胆嚢直接穿刺造影法なども癌の人工的播種の危険性を十分認識した上で、今後検討されてよい方法と思われる。

胆嚢癌の病型ないし進展様式については、穴沢¹⁸⁾、牧野¹⁹⁾は胆嚢限局型、胆管浸潤型、隣接臓器浸潤型、腹膜播種型の4型をあげ、Fahimら²⁰⁾は進展様式として、肝転移、リンパ節転移、血行性転移、周囲臓器への連続浸潤、胆管内進展、神経性進展の6型と分け、肝転移は直接浸潤の型をとつて、限局性であることが多く、多発性の転移によりリンパの正常な流れが阻害されて肝へのリンパの逆流が起る場合か、あるいは、門脈とほとんど交通がないという胆嚢静脈の性格から、末期に後腹膜静脈への癌浸潤を介しておこる血行性転移の場合であるとしている。教室例のⅡ型4例中2例では肝床の近傍に限局した浸潤を認めた以外には転移を認めず、他の2例ではおのおの左葉、右葉に1個の転移を認めている。肝に多発性の転移を認めたものは、Ⅲ、Ⅵ型各1例、Ⅳ型2例、Ⅴ型4例、計8例で、そのうち5例では両葉に、残る3例では右葉のみに認められた。Ⅲ型の癌ではFahimら²⁰⁾も述べている如く、胆管内腔に沿つて進展する様式があるように思われる。この型のものは肉眼所見以上に広く胆管内を浸潤している場合があり、教室における切除例4例はいずれも切除断端に癌浸潤を認めている。Ⅳ型のごとく胃、十二指腸、結腸などの隣接臓器へ直接浸潤する例がかなり多いのは胆嚢癌の特徴の1つといえる。この型の場合でも隣接臓器の合併切除を行えば根治の可能性が残されていることが教室の長期生存例によつて示唆される。Ⅴ型は高度の進行癌でもはや切除の適応はない。Fahimら²⁰⁾の認めなかつたⅥ型は2例にみられた。

これら胆嚢癌の進展様式はPeifferscheid²¹⁾も指摘しているように、癌の発生部位によつても異なると思われ、癌が胆嚢頸部に発生すれば胆管に進展する頻度が高まろうし、肝床に近い部に発生した癌ならば、肝への直接浸潤が多くなるであろうと推定される。胆嚢癌にみられる肝転移、リンパ節転移の部位とその頻度について手術時および剖検時の所見を検討したが、諸家の報告^{22) 23) 28)}とほぼ同様であつた。

病理組織学的所見では、腺癌が圧倒的に多く、100~60%と報告^{11) 24) 25)}されており、他に腺棘細胞癌、扁平上

皮膚癌、類上皮癌、未分化癌などがあるが、教室例では腺扁平上皮癌の1例以外は全て腺癌であつた。

ここで比較的早期の癌であるI型の病理組織所見と予後との関係を見ると、7年、4年生存中の2例はHanserの肉眼分類では結節型に属し、組織型は乳頭腺管腺癌であり、癌の深達度はいずれも筋層までにとどまっている。癌の深達度と予後については、Applemanら²⁵⁾は21例の長期生存例中10例では癌が漿膜下までおよんでいたが隣接臓器には波及していなかつたとのべ、黒柳²⁶⁾は筋層までの浸潤にとどまる例ではリンパ節転移を認めず、予後は良好であるとのべている。教室例では漿膜下にまで癌浸潤のおよんでいる例は、その大小、肉眼型、組織型の如何にかかわりなく、短期生存中の1例を除き全例再発死亡している。胆嚢癌の予後が一般に癌の大きさよりも深達度により左右され、大きさと深達度との間には一定の関係を認めないという報告は他²⁷⁾²⁸⁾³⁹⁾にもある。

胆嚢癌の切除率は、姑息的切除も含めると24¹⁾~73²⁹⁾%、治療切除率は9²⁴⁾~32³⁰⁾%と報告されている。教室例では両者の値はおのおの36.6%、24.4%であつた。

胆嚢癌の手術術式としてはまず単純胆嚢摘出術があげられるが、この術式では胆嚢限局型でも5年生存率は0³²⁾~32³¹⁾%と低率であり、教室例でも8例中4例は2年11月以内に再発死亡している。これらの成績はこの術式が胆嚢限局型の癌の場合でも不十分な術式であることを示している。このことから肝床の部分切除が提唱され、行われてきたが、この術式については、Adsonら³³⁾の如く好成績を報告するものもある一方、全く無意味であると主張する報告²⁹⁾もある。この術式の評価はまだ定っていないが、早期の胆嚢癌に適応があるとする見解¹⁴⁾²⁵⁾³³⁾が少なくない。さらに大規模な拡大根治術式としては肝右葉切除があるが、この術式にも賛否両論²⁾¹²⁾¹⁵⁾³⁵⁾があり、成績も良好³⁵⁾³⁶⁾、不良³⁴⁾³⁶⁾さまざまな報告が行われている。教室例ではII型の2例に右葉切除が行われ、1例は切除断端に癌浸潤を認め、結果的には姑息切除となつたが、他の1例は(不幸にも術後死亡したが)、断端浸潤、リンパ節転移、他臓器への浸潤いずれも認めず、右葉切除の根治手術としての可能性を示しているといえる。しかしながら右葉切除は侵襲が大きく、一般に高令で全身状態が不良な症例が多い胆嚢癌では、本術式の手術適応は厳格に決定すべきであろう。

胆嚢癌の遠隔成績については5年生存率は0²⁴⁾³⁷⁾~9.7%⁹⁾と報告されており、治療切除例の生存率でも高々30%¹⁴⁾と不良である。教室例では全症例の5年生存率

は4.9%で、治療切除例における5年生存率は22.2%である。

まとめ

最近15年間の教室における胆嚢癌41例を対象にその肉眼的進展様式からみた診断および治療について検討した。胆嚢癌においては肉眼的進展様式によりやや症状を異にし、各種検査法の診断率にも差がみられるが、また肉眼的進展様式は癌浸潤の方向と程度を推定する参考にもなるので、診断上、外科的治療上有用であると考えられる。胆嚢癌の根治はきわめて困難であるが、胆嚢限局型で癌の深達度が固有筋層までにとどまる例では胆嚢摘出のみでも根治の可能性はある。しかしこの場合でも少なくとも局所リンパ節廓清は十分になされるべきである。胆嚢限局型で漿膜下浸潤を伴う例、肝浸潤型、胆管浸潤型、胃腸管浸潤型では局所リンパ節の廓清とともに他臓器合併切除が必要であり、それによつて根治が期待できる場合がある。胆嚢癌の早期発見への努力が重要であることは勿論だが、現状においても胆石症手術に際しては胆嚢癌合併の可能性を配慮することが治療成績向上につながると考える。

(石川浩一教授のご校閲を感謝する。)

文 献

- 1) 佐藤寿雄：外科治療，23：645，昭45。
- 2) 亀田治男，他：日本臨床，30：1966，昭42。
- 3) E.G. Ohlsson et al.: Acta. Chir. Scand., 140: 475, 1974.
- 4) J.B. Klein et al.: Arch. Surg., 104: 769, 1974.
- 5) 榎 哲夫，他：日本臨床，24：1068，昭36。
- 6) M.J. Solan et al.: Brit. J. Surg., 58: 593, 1971.
- 7) M.A. Hardy et al.: Amer. J. Surg., 102: 800, 1970.
- 8) K.W. Warren et al.: S.G.O., 126: 1036, 1968.
- 9) S.L. Holmes et al.: S.G.O., 133: 561, 1971.
- 10) G.O. Strauch: Surgery, 47: 368, 1960.
- 11) E.C. Andrews et al.: South. Med. J., 62: 573, 1969.
- 12) L.B. Pemberton et al.: Amer. J. Surg., 122: 381, 1971.
- 13) F. Nakayama et al.: Jap. J. Surg. 4: 96, 1974.
- 14) 佐藤寿雄，他：日本医事新報，2671，16，昭50。
- 15) 菅原克彦，他：外科，33：1239，1971。
- 16) K. Rabinov: Gastroenterol., 50: 808, 1966.
- 17) 大藤正雄，他：日消誌，66：146，1969。
- 18) 穴沢雄作：治療，55，1327，1973。
- 19) 牧野惟義：日本医事新報，2455：43，昭46。
- 20) R.B. Fahin et al.: Ann. Surg., 156: 114, 1962.

- 21) Reifferscheid, M.: Lang. Arch. Klin. Chir., **261**: 513, 1949.
- 22) Burdette, W.J.: Ann. Surg., **145**: 832, 1957.
- 23) Fahim, R.B. et al.: Arch. Surg., **86**: 176, 1963.
- 24) Keill, R.H. et al.: Amer. J. Surg., **125**: 726, 1973.
- 25) Appleman, R.M. et al.: S.G.O., **117**: 459, 1963.
- 26) 黒柳弥寿雄, 他: 日本医事新報, **2582**: 15, 昭48.
- 27) 榊原 宣, 他: 外科治療, **30**: 137, 1974.
- 28) 篠田正昭, 他: 京府医大誌, **80**: 445, 1971.
- 29) 中瀬 明, 他: 外科治療, **30**: 70, 1974.
- 30) Glenn, F. et al.: S.G.O., **99**: 529, 1954.
- 31) Gerst, P.H.: Ann. Surg., **153**: 369, 9161.
- 32) Ram, M.D.: S.G.O., **132**: 1044, 1971.
- 33) Adson, M.A.: Surg. Clin. North. Amer., **53**: 1203, 1973.
- 34) Pack, G.T. et al.: Ann. Surg., **142**: 6, 1955.
- 35) Blasfield, R.D.: Ann. Surg., **153**: 563, 1961.
- 36) Warren, K.W. et al.: Lahey Clin. Found. Boll, **16**: 241, 1967.
- 37) Johnson, I.W. et al.: Amer. Surgeon., **40**: 456, 1974.
- 38) Ackerman, C.A. et al: Cancer, C.V. Mosby Co., St. Louis 1962.
- 39) 黒田 慧, 他: 日外会誌, **76**: 1135, 1975.