

## 肝外胆管癌の治療

### —とくに占居部位別にみた治療法の検討—

北里大学外科

佐藤 光史    大宮 東生    吉田 宗紀  
辻 光昭    前川 和彦    内田 久則  
大場 正己    阿曾 弘一

#### EXTRAHEPATIC BILE DUCT CARCINOMA

#### —WITH SPECIAL REFERENCE TO THE SURGICAL TREATMENT IN RELATION TO VARIOUS LOCALIZATION OF THE TUMOR—

Koshi SATO, Harumi OMIYA, Muneki YOSHIDA, Mitsuaki TSUJI,

Kazuhiko MAEKAWA, Hisanori UCHIDA, Masatomi OBA and Koichi ASO

Department of Surgery, Kitasato University School of Medicine

肝外胆管癌自験例35例について検討し、次の結論を得た。1) 肝外胆管癌35例中手術例は28例であり、15例(53.6%)が切除可能であった。2) 肝門部胆管癌は4例とも肝切除を行い、上部胆管癌、三管合流部癌は胆嚢胆管切除で、中部、下部胆管癌は臍頭十二指腸切除で切除し得た。3) 非切除、非手術例でも積極的に黄疸軽減術を施行すべきである。4) 切除例では進行癌でも比較的長期生存例もあり積極的に切除すべきである。

索引用語：肝外胆管癌，肝切除術，肝門部胆管癌，臍頭十二指腸切除，Soupault 外瘻

#### はじめに

肝外胆管癌は黄疸を主訴とすることが多い。近年、直接胆管造影、超音波診断などの検査法の進歩により黄疸の鑑別診断や閉塞の部位を確実に把握することが比較的容易になってきた。しかし肝外胆管癌症例では症状が出現し確定診断がついた段階では進行していることが多く、また腫瘍の占居部位によって手術術式が違い、拡大手術を要することが多い。また放射線治療、化学療法などの補助療法を併用してもいまだその治療成績は極めて悪く、多くの課題を含み、今後治療成績の向上が望まれる分野である。われわれが経験した肝外胆管癌症例を分析し、腫瘍の占居部位別に分類し治療上の問題点につき検討し報告する。

#### 肝外胆管癌症例の分類

われわれが北里大学病院の10年9カ月間と東芝林間病院の2年間で経験した肝外胆管癌症例は35例であり、切除例15例、非切除例13例、非手術例7例であり、

癌の占居部位を胆道癌外科取扱規約にのっとり次の7群(I)肝管癌、(II)肝門部胆管癌、(III)上部胆管癌、(IV)三管合流部癌、(V)中部胆管癌、(VI)下部胆管癌、(VII)広範囲胆管癌に分類した。

肝管癌症例は1例もなかった。肝門部胆管癌は10例で切除例4例、非切除例5例であり切除率は44.4%であった。上部胆管癌は3例で1例が切除でき切除率33.3%であった。三管合流部癌は5例で切除例4例、非手術例1例であり切除率100%、中部胆管癌は7例で切除例3例、非切除例3例で切除率は50.0%であった。下部胆管癌は4例で切除例は3例、非切除例1例で切除率75.0%であったが広範囲胆管癌は6例中1例も切除し得なかった(表1)。

肝外胆管癌症例では腫瘍の占居部位により手術術式も違ってくるが、われわれが経験した切除例の腫瘍の占居部位の手術術式につき述べる。肝門部胆管癌切除例は4例で胆嚢胆管切除に肝拡大右葉切除を加えたも

表1 肝外胆管癌症例

	症例数	切除例	非切除例	非手術例	切除率
肝管癌	0	0	0	0	0%
肝門部胆管癌	10	4	5	1	44.4%
上部胆管癌	3	1	2	0	33.3%
三管合流部癌	5	4	0	1	100.0%
中部胆管癌	7	3	3	1	50.0%
下部胆管癌	4	3	1	0	75.0%
広範囲胆管癌	6	0	2	4	0%
計	35	15	13	7	53.6%

の3例、肝左葉切除を加えたもの1例であった。リンパ節郭清は肝十二指腸間膜内リンパ節、総肝動脈幹リンパ節、臍頭後部リンパ節郭清を原則とした。上部胆管癌切除は1例で胆嚢胆管切除、肝十二指腸間膜内リンパ節、総肝動脈幹リンパ節、臍頭後部リンパ節郭清を行った。三管合流部癌は4例で胆嚢胆管切除を行いリンパ節郭清は肝十二指腸間膜内リンパ節、総肝動脈幹リンパ節、臍頭後部リンパ節郭清を原則とした。中部胆管癌、下部胆管癌切除例はそれぞれ3例で臍頭十二指腸切除にて切除し得た。中部胆管癌症例においても臍内胆管にscirrhousに浸潤する傾向がみられ臍頭十二指腸切除が必要と思われる。リンパ節郭清は総肝動脈リンパ、肝十二指腸間膜内リンパ節、臍頭後部リンパ節、腸間膜根部リンパ節、臍頭前部リンパ節郭清を原則とした。術後はほぼ全例に制癌剤の投与を行い、肝門部胆管癌の肝拡大右葉切除を行った1症例に術後放射線体外照射を行った。また肝外胆管癌は黄疸を主訴とする症例が多く、黄疸が軽度であった症例以外は全例根治術の前に減黄のためにPTC-DまたはSoupault外瘻を形成した(表2)。

非切除例では患者の状態がよければ内瘻術を原則と

表2 切除例手術術式

症例数	手術術式
肝門部胆管癌 4	肝拡大右葉切除 + 胆嚢胆管切除 3 肝左葉切除 + 胆嚢胆管切除 1
上部胆管癌 1	胆嚢胆管切除
三管合流部癌 4	胆嚢胆管切除
中部胆管癌 3	臍頭十二指腸切除
下部胆管癌 3	臍頭十二指腸切除

したが、患者の状態がわるかったり癌腫のひろがりやが広範囲であった場合には外瘻とした。肝門部胆管癌は5例で左肝内胆管空腸吻合(Longmire手術)を1例に、Soupault外瘻を3例に施行した。上部胆管癌は2例で左肝内胆管空腸吻合(Longmire手術)を、もう1例はT-チューブを用い腫瘍を貫いてドレナージを施行した。中部胆管癌は3例で総肝管空腸吻合を1例に単開腹(術前にPTC-D施行)1例、Soupault外瘻を1例に施行した。下部胆管癌は1例で胆嚢胆管空腸吻合を、広範囲胆管癌は2例で左肝内胆管空腸吻合(Longmire手術)、ならびに単開腹がそれぞれ1例であった(表3)。

非手術例は7例であるが、肝門部胆管癌の1例にはPTC-Dを施行した。三管合流部癌の1例は他院でTチューブドレナージが施行された。中部胆管癌1例、広範囲胆管癌の4例は全例PTC-Dを施行した(表4)。

これらの肝外胆管癌の切除例15例と非切除例13例をstage分類すると肝門部胆管癌ではstage IIIは3例で1例が切除され、stage IVは6例で3例が切除可能であった。上部胆管癌のstage IIの1例は切除可能であったが、stage IVの2例は切除できなかった。三管合流部癌はstage IからIVまでそれぞれ1例ずつであったが全例切除可能であった。中部胆管癌はstage IIIは2例で1例は切除可能であり、stage IVは4例で2例が切除可能であった。下部胆管癌はstage Iの1

表3 非切除手術術式

症例数	手術術式
肝門部胆管癌 5	左肝内胆管空腸吻合 1 soupault外瘻 3 単開腹(PTC-D) 1
上部胆管癌 2	左肝内胆管空腸吻合 1 Tチューブドレナージ 1
中部胆管癌 3	総肝管空腸吻合 1 単開腹(PTC-D) 1 soupault外瘻 1
下部胆管癌 1	胆嚢胆管空腸吻合
広範囲胆管癌 2	左肝内胆管空腸吻合 1 単開腹 1

表4 非手術例胆管ドレナージ

症例数	胆管ドレナージ
肝門部胆管癌 1	PTC-D
三管合流部癌 1	*Tチューブドレナージ
中部胆管癌 1	PTC-D
広範囲胆管癌 4	PTC-D

\* 他院で施行

表5 肝外胆管癌 Stage 分類

	Stage	切除例	非切除例
肝門部胆管癌	III	1	2
	IV	3	3
上部胆管癌	II	1	
	IV		2
三管合流部癌	I	1	
	II	1	
	III	1	
	IV	1	
中部胆管癌	III	1	1
	IV	2	2
下部胆管癌	I	1	
	III	2	
広範囲胆管癌			1
計		15	13

表7 非切除例の予後

	症例	stage	生存期間		
			1年	2年	3年
肝門部胆管癌	M.O.	IV	—	—	↑
	S.H.	IV	—	↑	
	A.O.	III	—	↑	
	T.T.	IV	—	—	↑
	S.T.	III	—	—	↑
上部胆管癌	H.H.	IV	—	—	↑
	T.K.	IV	—	—	↑
中部胆管癌	S.O.	IV	—	—	↑
	C.I.	IV	—	—	↑
下部胆管癌	H.N.	III	—	—	↑
	K.M.	IV	—	—	↑
広範囲胆管癌	M.S.	IV	—	—	↑
	Y.H.	IV	—	—	↑

例と stage III の 2 例はともに切除可能であったが、stage IV の 1 例は切除できなかった。広範囲胆管癌は 2 例とも stage IV で切除できなかった (表 5)。

切除例の予後は肝門部胆管癌では 1 例が術後 2 年 6 カ月生存しているが、1 例は 2 年 6 カ月後に肝転移に伴う黄疸で、1 例は術後 6 カ月に癌性腹膜炎で死亡した。他の 1 例は術後 4 カ月に胆管空腸吻合部の吻合不全ならびに肝不全で死亡した。上部胆管癌の 1 例は術後の腹腔内出血、肝不全で術後 22 日目に死亡した。三管合流部癌は 4 例で 1 例は 2 年後の現在元気で生活しているが、他の 1 例は胆管癌手術時に胆嚢癌を合併しており胆嚢癌の再発で術後 1 年 9 カ月で死亡した。残りの 2 例は術後 3 年 9 カ月、1 年 5 カ月で再発死亡した。中部胆管癌は 3 例で 2 例は術後 3 年 4 カ月、2 年 2 カ月で生存しているが、他の 1 例は術後 4 カ月で再発死亡した。下部胆管癌は 3 例で 1 例は術後 3 カ月で他病死し、他の 2 例は術後の腹腔内出血ならびに隣管空腸吻合部の吻合不全と肺炎のため死亡した (表 6)。

非切除例の予後は極めて悪く、前述したように原則として外胆汁瘻または内胆汁瘻を形成したが全例術後

表8 非手術例の予後

	症例	stage	生存期間		
			1年	2年	3年
肝門部胆管癌	U.S.		—	—	↑
三管合流部癌	T.A.		—	—	↑
中部胆管癌	Y.K.		—	—	↑
広範囲胆管癌	S.I.		—	—	↑
	K.O.		—	—	↑
	F.T.		—	—	↑
	M.I.		—	—	↑

1 年 3 カ月以内に死亡した (表 7)。

非手術例も全例外胆汁瘻を作成したが、全例ともに術後 7 カ月以内に死亡した (表 8)。

次に各部位別の代表的な症例を呈示する。

症例 1 : Y.S. 58 歳, 男性。

主訴 : 黄疸。

現病歴 : 昭和 54 年 8 月頃より皮膚掻痒感が出現し、9 月下旬より黄疸が出現してきた。精査の目的で 10 月初旬に北里大学病院内科に入院した。

入院時身体所見 : 身長 160.0cm, 体重 57.0kg, 眼瞼結膜、貧血認めず、眼球結膜、黄染あり、胸部には異常所見は認めず、腹部正中線上で肝を 3 横指触知した。腫瘤は触知しなかった。

入院時検査所見 : 血液一般・赤血球  $495 \times 10^4$ , 血色素 13.5g/dl, 白血球 5600, 血液生化学・総蛋白 7.1g/dl, A/G 1.8, 総ビリルビン 3.6mg/dl, 直接ビリルビン 2.8mg/dl, GOT 97 $\mu$ , GPT 113 $\mu$ , 尿素窒素 16mg/dl, クレアチニン 0.8mg/dl, 血清アミラーゼ 71somogi 単位, Na 141mEq/l, K 3.9mEq/l, Cl 104mEq/l

入院後臨床経過 : 閉塞性黄疸の確定診断をするために入院後直ちに腹部超音波検査を行い著明な肝内胆管の拡張像が確認された。PTC にて左右肝管合流部より総肝管にかけて著明な狭窄像を認め肝内胆管の著明な拡

表6 切除例の予後

	症例	stage	生存期間			
			1年	2年	3年	4年
肝門部胆管癌	I.Y.	IV	—	—	—	↑
	Y.S.	IV	—	—	—	↑
	A.O.	IV	—	—	—	↑
	F.K.	III	—	—	—	↑
上部胆管癌	M.Y.	II	—	—	—	↑
	W.W.	IV	—	—	—	↑
三管合流部癌	K.F.	II	—	—	—	↑
	S.O.	I	—	—	—	↑
	K.T.	III	—	—	—	↑
中部胆管癌	T.Y.	IV	—	—	—	↑
	S.S.	IV	—	—	—	↑
	Y.S.	III	—	—	—	↑
下部胆管癌	T.M.	III	—	—	—	↑
	T.S.	III	—	—	—	↑
	S.U.	I	—	—	—	↑

857年4月30日現在

図1 症例1のPTC像。左右肝管より総肝管にかけて腫瘍による著明な狭窄像が認められる。

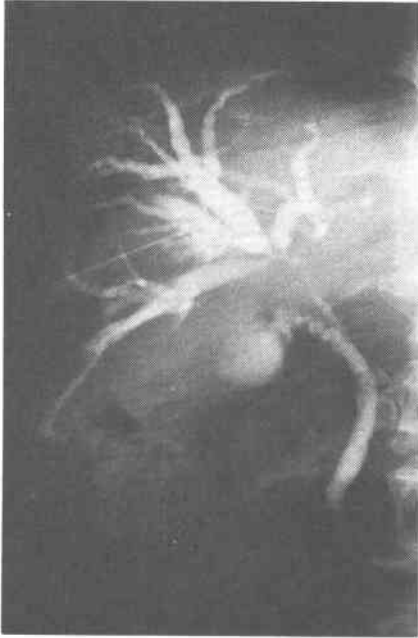
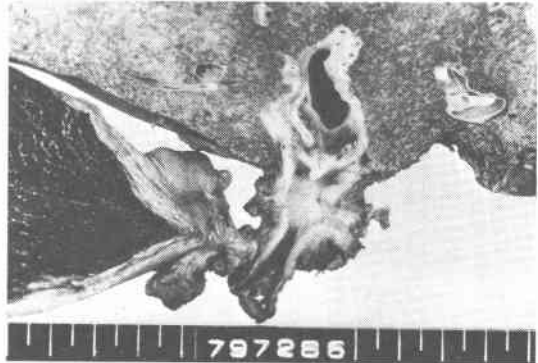


図2 症例1の切除標本。肝門部に3.2×3.0cm大の浸潤性の腫瘍が存在する。



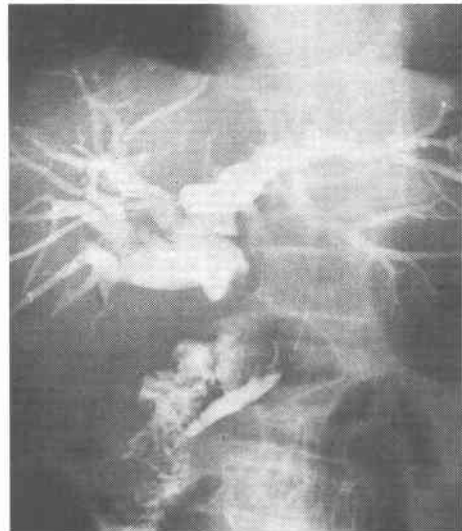
主訴：黄疸。

現病歴：昭和52年12月初旬より食欲が低下し時々吐くようになった。12月下旬より黄疸が出現し時々39~40°Cの高熱があり心窩部痛を伴うようになった。近医受診し治療をうけていたが黄疸が増強してきたため昭和53年1月に本院に入院した。

入院時身体所見：身長142.0cm。体重48.0kg。眼瞼結膜、軽度貧血あり。眼球結膜、強度の黄染あり。胸部、異常所見認めず。腹部：右上腹部に腫大した胆嚢と思われる圧痛を伴った腫瘤を触知す。四肢には異常所見は認めなかった。

入院時検査所見：血液一般・赤血球 $399 \times 10^4$ 、血色素

図3 症例2のPTCならびにERCの同時造影。腫瘍は三管合流部を中心に広範囲に浸潤して胆管を完全に閉塞している。



張像を伴っていた(図1)。CTにて肝門部の腫瘍像と肝内胆管の拡張像が認められた。腹部血管造影にて肝動脈、門脈などの主要血管には浸潤像は存在せず切除可能と判断し昭和54年10月29日に手術を施行した。

手術所見：両側肋骨弓下孤状切開に正中で剣状突起までの補助切開を加えめ開腹した。腫瘍は総肝管より左右肝管に浸潤性に増殖していた。肝拡大右葉切除、胆嚢胆管切除、総肝動脈幹リンパ節、肝十二指腸間膜内リンパ節、臍頭後部リンパ節の郭清を行なった。左肝内胆管は第1分岐部を越えて切除し断端を迅速病理検査に提出したが癌が存在するため左肝内胆管第2分岐まで切り足し4本の肝内胆管と空腸をRoux-Yで吻合した。

切除肝の大きさは15.5×7.5cm大で総肝管より左右肝管、右肝内胆管に浸潤性に増殖していた。組織学的には分化の良い腺癌で外膜まで浸潤しており神経周囲への浸潤も伴っていた。また門脈内に腫瘍塞栓が存在し切除肝断端近傍の胆管にまで癌浸潤が存在した。郭清したリンパ節に転移は存在しなかった。(図2)。

本症例は術後2年6カ月を経た現在元気で生活している。

症例2：W.W. 82歳、女性。

12.7g/dl, 白血球5600, 血小板 $28.5 \times 10^4$ , 血液生化学・総蛋白7.1g/dl, A/G 1.0, 総ビリルビン36.7mg/dl, 直接ビリルビン23.6mg/dl, GOT 55u, GPT 23u, Al-p 23K-A 単位, LDH 383u, 尿素窒素12mg/dl, クレアチニン0.7mg/dl Na 141mEq/l, K, 5.1mEq/l, Cl, 106 mEq/l, アミラーゼ71somogi 単位

入院後臨床経過：閉塞性黄疸の診断のもとに入院後直ちに PTC を施行した。肝内胆管は著明に拡張し総肝管の部で完全に閉塞し胆嚢も全く造影されなかった。黄疸を軽減する目的で PTC-D カテーテルを挿入し、さらに PTC-D よりの造影と ERCP を同時に行ったところ三管合流部に著明な陰影欠損を認めた(図3)。しかし腹部血管造影では肝動脈、門脈などの主要血管には浸潤像は認めなかった。PTCD よりの胆汁の細胞診にて class-V の異型細胞を認め胆管癌と診断した。図4のごとく総ビリルビンが10mg/dl 以下に減少した段階で手術を施行した。

図4 症例2の黄疸の推移。PTCD 施行後黄疸は著明に軽減している。

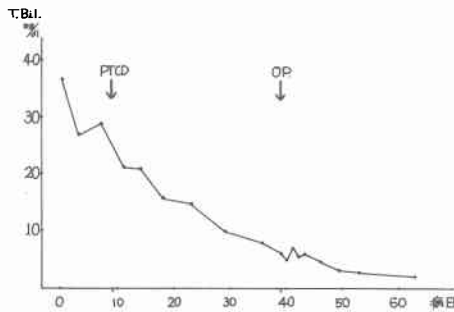
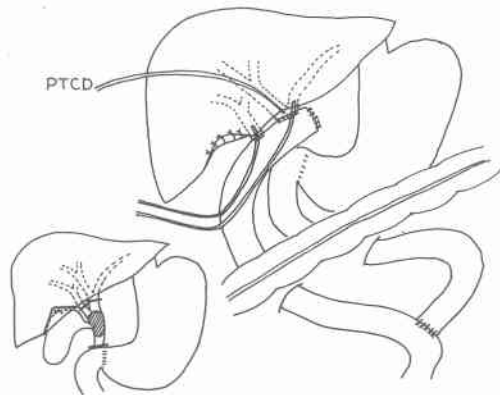


図5 症例2の手術術式。胆嚢、胆管切除、リンパ節郭清を施行し2本の胆管と空腸をそれぞれ吻合(Loux-Y)した。



開腹すると胆嚢は著明に腫大し三管合流部に母指頭大の固い腫瘤を触知し、肝十二指腸間膜内リンパ節(12)、総肝動脈幹リンパ節(8)、腹腔動脈周囲リンパ節(9)にそれぞれ数個ずつ転移と思われる固いリンパ節を触知した。また肝床部に転移と思われる数個の小結節が存在した。肝十二指腸靱帯を剥離し(12)(8)(9)(13)番のリンパ節を郭清し胆嚢胆管切除、肝床部分切除を行った。再建はトライツ靱帯より約40cmの空腸を切離し総肝管以外に肝右葉より総胆管につながったもう1つの胆管を認めたためこの2本の胆管を各々Roux-Y胆管空腸吻合を行った。スプリントカテーテルをおのおのの吻合部より肝内胆管に挿入しPTCDカテーテルは留置した(図5)。術後経過は良好で制癌剤の投与を行った術後1カ月で退院した。

切除標本を開くと三管合流部に4.0×3.0cm大の浸潤性で比較的平坦な腫瘤を認め外膜浸潤も存在した。また胆嚢底部より体部にかけて6.0×7.0cmの胆管癌と同様に比較的平坦な腫瘤が存在した。胆嚢頸部の粘膜には約4cmにわたり癌浸潤は認められなかった

図6(A) 症例2の切除標本。三管合流部を中心に4.0×3.0cm大の浸潤性の腫瘍が存在した。

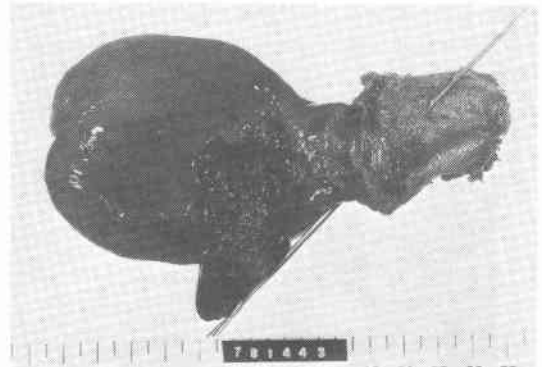
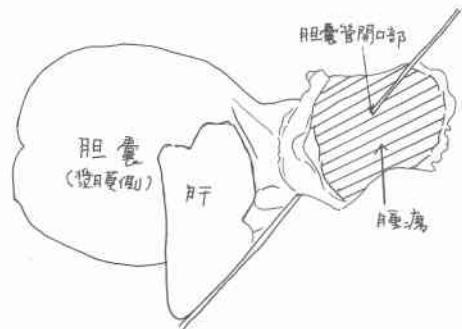


図6(B) 症例2の切除標本のシェーマ



(図6A, B). 組織学的には胆嚢胆管とも乳頭状の増殖を示す腺癌であり神経周囲, 血管内への浸潤が著明であった。また胆嚢頸部の正常粘膜の部分では粘膜下のリンパ管を通して著明な癌の浸潤を認めた。

本症例は術後3年9カ月に再発死亡した。

症例3. S.S. 42歳, 男性。

主訴: 黄疸。

現病歴: 昭和55年1月初旬より尿の色が濃くなり, 全身の皮膚の搔痒感が出現した。1月下旬より黄疸が出現し左季肋部痛も伴うようになってきたため当院に入院した。

入院時身体所見: 身長162.0cm, 体重68.5kg, 眼瞼結膜, 貧血認めず, 眼球結膜, 黄染著明, 胸部, 異常所見認めず。腹部, 肝, 胆嚢触知せず, 異常腫瘍も触知せず。四肢, 異常なし。

入院時検査所見: 血液一般: 赤血球 $454 \times 10^4$ , 血色素13.7g/dl, 白血球10900, 血漿板 $36.9 \times 10^4$ , 血液生化学・総蛋白7.1g/dl, A/G 1.2, TTT 3.1u, ZTT 6.1u, 総ビリルビン24.2mg/dl, 直接ビリルビン17.6mg/dl GOT 46u, GPT 62u, Al-P 19K-A 単位, LDH 294u, 尿素窒素 7 mg/dl, クレアチニン0.5mg/dl

入院後臨床経過: 入院後の腹部超音波造影にて肝内胆管の著明な拡張ならびに胆嚢の腫大を認めた。PTCにて左右の肝内胆管の著明な拡張を認め総肝管の部で

図7 症例3のPTC像。左右の肝内胆管は著明に拡張し中部胆管で完全に閉塞している。



完全に閉塞し胆嚢も描出されなかった。右肝内胆管よりPTCカテーテルを挿入した(図7)。PTCDカテーテルより流出した胆汁の細胞診では悪性細胞は確認できなかった。腹部血管造影では肝動脈, 門脈等の主要血管には浸潤像は認めず切除可能と判断した。総ビリルビンが10.0mg/dl以下に下がった段階で手術を施行した。

開腹すると腫瘍は三管合流部より膵内胆管にかけてうずら卵大の大きさに触知された。上腸管膜静脈との剝離も容易であったので膵頭十二指腸切除, 膵後部リンパ節, 上腸間膜周囲リンパ節, 肝十二指腸間膜内リンパ節, 総肝動脈周囲リンパ節を郭清した。再建はChild変法にて行った。

切除標本では腫瘍は総胆管から膵内胆管に広範囲に浸潤し, 一部膵の小葉間間質にも浸潤を認めた。組織学的には乳頭状に増殖した中分化腺癌で(8)(13)番のリンパ節転移を伴っていた(図8A, B)。術後制癌剤投与を行い退院し元気で生活していたが術後1年9カ月に肝転移, 黄疸, 敗血症で死亡した。

図8(A) 症例3の切除標本。腫瘍は中部胆管を中心に膵内胆管にまで広範囲に浸潤している。



図8(B) 症例3の切除標本のシェーマ像。



## 考 察

肝外胆道は左右肝管、上部胆管、中部胆管、下部胆管、さらに肝門部胆管、三管合流部に分けられる。したがって胆道癌は癌の発生部位によって左右肝管癌、上部胆管癌、中部胆管癌、下部胆管癌、肝門部胆管癌、三管合流部癌等に分類され、さらに広範囲に癌の浸潤が及ぶものもある<sup>1)</sup>。

Sakoは570例の肝外胆道癌症例を検討し総胆管癌が203例(35.6%)で一番多かったと報告されており<sup>2)</sup>、Kamal Kuwaytも62例の肝外胆管癌中総胆管癌が一番多かったと述べている<sup>3)</sup>。Longmire<sup>4)</sup>、木南<sup>5)</sup>、斉藤<sup>6)</sup>は上部胆管癌が一番多かったと報告しているが自験例では上部胆管癌と中部胆管癌がほぼ同数であった。

胆管癌症例では腫瘍の存在部位により手術術式が異なる。肝門部胆管癌では癌が総肝管に限局または左右肝管にわずかに浸潤している場合は左右肝管を含め第2分岐から遠位側は脾上縁までの胆嚢胆管切除でよいと思われるが、癌が左右の肝管に明らかに浸潤している場合、限局性に左右のいずれかの肝管または肝実質に浸潤しているときは患側の肝管とともに肝切除の適応となる<sup>7)</sup>。都築らは27例の上部胆管癌中16例(59%)を切除し、そのうち14例は肝切除を施行し2例には門脈合併切除も行なうたと報告している<sup>8)</sup>。また岩崎らは肝門部胆管癌症例26例中胆管切除術は4例、肝切除を伴った胆管切除例6例であったと述べている<sup>9)</sup>。われわれ肝切除を加えることにより肝門部胆管癌症例4例を切除し得た。中部胆管癌は脾上縁付近まで浸潤していることが多く根治性を求めるには脾頭十二指腸切除の適応となる症例が多く、自験例でも切除例3例とも脾頭十二指腸切除を施行した。下部胆管癌は脾頭十二指腸切除の適応となる。

胆管癌はSlow growingで高分化なものが多いかscirrhousに浸潤する傾向がみられ術前検査で浸潤の範囲を確実に把握することが困難な場合が多い。また胆管壁がうすいため早い時期に胆管壁をこえてしまうものが多く、さらに外膜にそって神経やリンパ管が豊富なためperineural invasionやリンパ管への浸潤をおこしやすい。長友らは病理学的に胆管癌、胆嚢癌、膵管癌の高分化腺癌にperineural invasionが強いと報告している<sup>10)</sup>。また林は壁の限局性ないしびまん性の硬化肥厚を示す胆管癌では壁内への連続性またはリンパ行性の拡がりを示すので切除線の決定は容易ではなく、術中の生検による判定も病理医にとって苦心するところであると述べている<sup>11)</sup>。

腫瘍の存在部位別に切除率を比較してみると上部胆管癌は木南ら<sup>12)</sup> 15.6%、金ら<sup>13)</sup> 16.7%、佐藤ら<sup>14)</sup> 21.3%、土屋ら<sup>15)</sup> 25.6%、吉田ら<sup>16)</sup> 25.6%と切除率が低率であるが近年肝切除を積極的に行うようになり切除率は向上しつつある。竜らは上部胆管癌29例中20例が切除し得た(切除率69%)と報告している<sup>17)</sup>。中部胆管癌の切除率は50%前後の報告が多く木南ら82.4%、金ら47.4%、佐藤ら38.0%、土屋ら56.0%、吉田ら44.0%で著者らは50.0%であった。下部胆管癌の切除率は比較的良好で60~80%が切除されており木南ら50.0%、金ら89.8%、佐藤ら56.9%、土屋ら75.0%、吉田は56.0%、著者らは50.0%であった。

胆管癌は黄疸を主訴とするものが多く、黄疸が著明な症例では術前にPTC-Dなどを施行し総ビリルビンが5~10mg/dl以下に減黄し根治手術を行うことが大切である。また非切除例でも積極的に胆道ドレナージを行ってやることで延命につながると思われる。患者の状態が許せば内瘻化した方が生理的で管理上も良い。内瘻術としては上部胆管癌ではLongmire-Sonford法<sup>18)</sup>による肝内胆管空腸吻合がよく用いられるが、中下部胆管癌の場合は胆管空腸吻合、胆道十二指腸吻合がよく用いられる。胆嚢胆管空腸吻合<sup>19)</sup>も高い位置で内瘻化できるため、内瘻を長期開存させることができ良い方法と思われる。また内瘻化できない症例で、PTC-DやSoupault外瘻などの方法を用い積極的に胆道ドレナージを行うことが必要である。

胆管癌の予後は悪く、自験例でも切除例15例中2年以上生存し得たのは6例であり、そのうち現在生存しているのは4例にしかすぎない。また非切除例では全例1年3カ月以内に、非手術例では全例7カ月以内に死亡した。諸家の報告でも5年生存率は極めて低く、今後の診断、治療の進歩が期待される。

## ま と め

1) 肝外胆管癌35例中手術は28例であり、15例(53.6%)が切除可能であった。

2) 肝門部胆管癌切除例は4例とも肝切除を行い、上部胆管癌、三管合流部癌は胆嚢胆管切除で、中部、下部胆管癌は脾頭十二指腸切除で切除し得た。

3) 非切除、非手術例でも積極的に黄疸軽減術を施行した。

4) 切除例では比較的長期生存例もあり積極的に切除すべきである。しかし再発死、合併症による死亡例も多く、今後の課題である。

本論文の要旨は第17回、第18回の日本消化器外科学会総

会で発表した。

#### 文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編：外科胆道癌取扱い規約，金原出版，1981
- 2) Sako K, Seitzinger GL, Garside E et al: Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. *Surgery* 41: 416-437, 1957
- 3) Kuwayti K, Baggenstoss AH, Stauffer MH et al: Carcinoma of the major intrahepatic and the extrahepatic bile ducts exclusive of the papilla vater. *Surg Gynecol Obstet* 104: 357-366, 1957
- 4) Longmire WD, McArthur MS, Bastounis EA et al: Carcinoma of the extrahepatic biliary tract. *Ann Surg* 178: 333-345, 1973
- 5) 木南義男, 宮崎逸夫, 倉知 圓ほか：肝内および肝門部胆管癌の手術成績と胆管癌多発例における臨床像の検討。日消外会誌 12: 908-913, 1979
- 6) 斉藤礼郎：胆管癌の臨床病理学的，実験研究。慈恵医大誌 95: 284-303, 1980
- 7) 中山和道, 吉田晃治, 池田明生ほか：肝門部胆管癌切除術（肝切除を伴わない）。日外会誌 79: 783-786, 1978
- 8) 都築俊治, 尾形佳郎, 飯田修平：上部胆管癌の外科一切除療法一。臨外 36: 1399-1404, 1981
- 9) 岩崎洋治, 岡村隆夫, 西村 明：上部胆管癌の外科一切除療法一。臨外, 36: 1391-1396, 1981
- 10) 長与健夫, 村上信之, 松岡幸彦：胆嚢癌, 胆管癌および膵管癌の局所神経侵襲について。癌の臨 22: 1406-1409, 1976
- 11) 林 活次：上部胆管癌の外科一病理からみた特徴一。臨外 36: 1371-1376, 1981
- 12) 木南義男, 高島茂樹, 永川宅和ほか：肝門部胆管癌の手術成績と型分類。日消外会誌 11: 379-383, 1978
- 13) 金 清一, 高三秀成, 横田 峻ほか：胆道系癌84例の臨床病理学的研究，病理学的予後因子の検討を主として。日消病会誌 76: 684-691, 1979
- 14) 佐藤寿雄, 小山 研, 山内英生ほか：早期胆道癌について。外科 42: 1511-1518, 1980
- 15) 土屋涼一, 角田 司, 野田剛稔ほか：肝, 胆, 膵癌。日消外会誌 13: 1247-1251, 1980
- 16) 吉田晃治, 岡部正之, 内藤寿則ほか：胆肝癌切除例の検討。外科 42: 1407-1417, 1980
- 17) 竜 崇正, 植松貞夫, 久賀克也ほか：上部胆管癌に対する肝切除術の経験。外科 41: 86-89, 1979
- 18) Longmire WP, Sanford MC, Baltimore: Intrahepatic cholangiojejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surgery* 24: 264-276, 1948
- 19) 永川宅和, 葉袋俊次, 浅野栄一ほか：悪性閉塞性黄疸の治療。日消外会誌 9: 466-473, 1976