

# 尾状葉全切除をともなう拡大肝左葉切除を行った 無黄疸の早期肝門部胆管癌の1例

八千代病院外科

金井 道夫 七野 滋彦 佐藤太一郎 秋田 幸彦  
加藤 岳人 片山 信 三浦 由雄 山本 英夫

名古屋大学第1外科

二村 雄次 神谷 順一

## A CASE REPORT OF EARLY HILAR CARCINOMA RESECTED BY EXTENDED LEFT HEPATIC LOBECTOMY WITH TOTAL CAUDAL LOBECTOMY

Michio KANAI, Shigehiko HICHINO, Taichiro SATOH,  
Yukihiko AKITA, Takehito KATOH, Makoto KATAYAMA,  
Yoshio MIURA and Hideo YAMAMOTO

Department of Surgery, Yachiyo Hospital

Yuji NIMURA and Junichi KAMIYA

Ist. Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine

索引用語：肝門部胆管癌，早期胆管癌，尾状葉全切除

### I. 諸言

近年，胆道系悪性腫瘍の治療成績は向上しつつあるが，肝門部胆管癌は依然として予後不良例が多い。われわれは無黄疸の粘膜内肝門部胆管癌を術前診断し，尾状葉全切除をともなう拡大肝左葉切除を施行し，根治切除し得たので報告する。

### II. 症例

症例：39歳，男

主訴：なし

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：1980年7月，上行結腸癌にて，当科で，右半結腸切除術を受けた。pm, n<sub>0</sub>, H<sub>0</sub>, P<sub>0</sub>で絶対治癒切除であった。

現病歴：1982年7月12日，無症状だったが，肝機能検査でGOT 140U, GPT 362U, ALP 30.3K-A-Uと上昇し，7月19日入院した。T. Bil 1.8mg/dlであった。

入院時現症：体格栄養良。体温36.7℃。黄疸，貧血なし。腹部異常所見なし。

入院時検査成績：GOT 43U, GPT 85U, T. Bil 1.7 mg/dl, D. Bil 0.6mg/dl, ALP 17.5K-A-U, LAP 750U,  $\gamma$ -GTP 528Uと胆道系疾患を疑った(表1)。

腹部超音波検査(以下U.S)：肝門部を中心とした胆管狭窄と肝内胆管の拡張を認めた(図1)。

経皮経肝胆道造影(以下PTC)：肝門部を中心に右肝管に5mm, 左肝管に3mm, 総肝管に10mmにわたる狭窄像を認めた。また，右肝管径は，10mm, 左肝管径は7mmと拡張していた(図2)。そのため左右の肝内胆管にそれぞれ，PTC drainage(以下PTCD)を施行した。胆汁細胞診はclass Vであった。

表1 Laboratory findings on admission

Hb	15.8 g/dl	TTT	2.5 U
RBC	$532 \times 10^4 / \text{mm}^3$	ZTT	4.5 U
Ht	48.6 %	GOT	43 U
WBC	$6300 / \text{mm}^3$	GPT	85 U
Plt.	$17 \times 10^4 / \text{mm}^3$	LDH	210 U
T.P	6.7 g/dl	ALP	17.5 K-A-U
Alb	4.7 g/dl	T.Bil	1.7 mg/dl
FBS	80 mg/dl	D.Bil	0.6 mg/dl
CEA(sand.)	2.4 ng/dl	LAP	750 U
AFP	1.0 ng/dl	$\gamma$ -GTP	528 U
ICG 15 K=0.19		T.Chol.	187 mg/dl

<1984年8月13日受理> 別刷請求先：金井 道夫

〒170 東京都豊島区上池袋1-37-1 癌研病院外科

図1 Echo：肝門部を中心とした胆管狭窄(↓)と肝内胆管の拡張を認める。

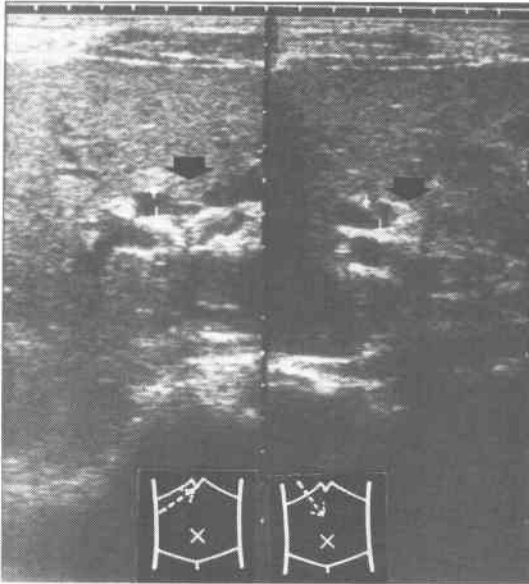
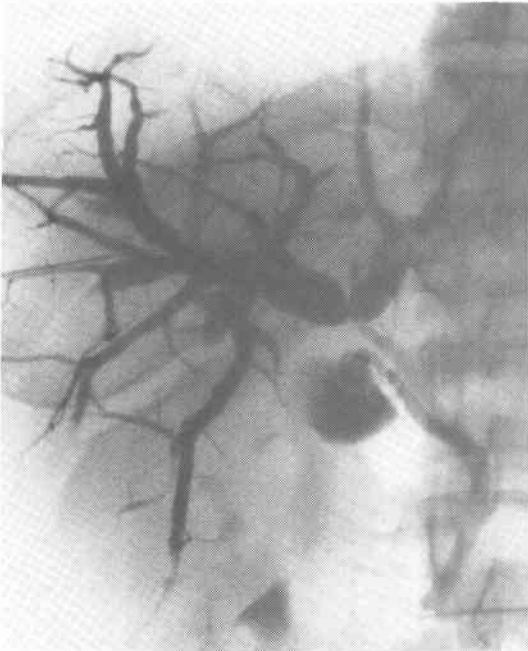


図2 PTC：肝門部の狭窄像を認めた。右肝管径10mm。左肝管径7mmと拡張している。



経皮経肝胆道鏡検査 (Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy 以下 PTCS)：左右肝管の PTCD catheter を漸次太い径のものに交換し、PTCD 施行後

図3 PTCS：左右肝管合流部に発赤した不整な粘膜を認める。

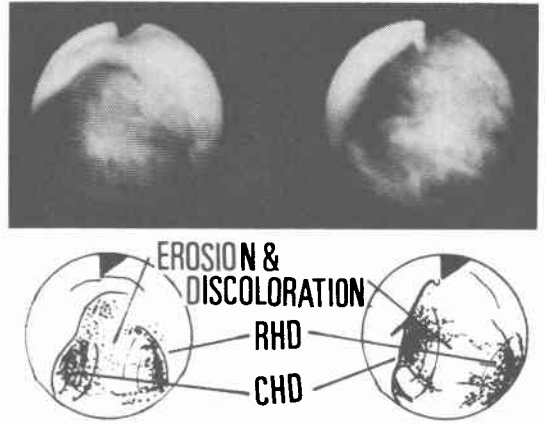
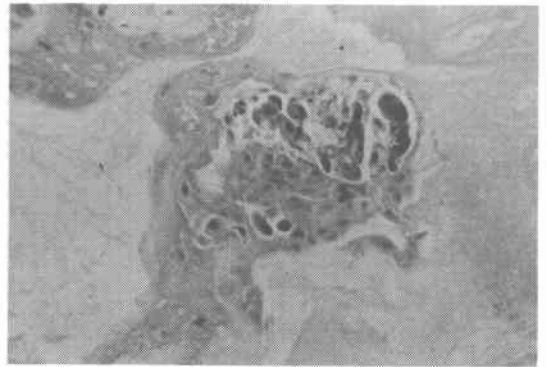


図4 PTCSによる直視下生検：異型細胞の小集団を認め腺癌と診断した。



21日目に左右肝管より、それぞれPTCSを施行した。左右肝管合流部の狭窄部に一致して、発赤した不整な粘膜を認めた(図3)。直視下生検で腺癌と診断した(図4)。

血管造影像に異常所見はなく切除可能な肝門部胆管癌と診断し、10月22日手術を施行した。

手術所見：P<sub>0</sub>, S<sub>0</sub>, N<sub>0</sub>, H<sub>0</sub>で肝浸潤はなく、肝門部に癒着も認めなかった。肝左葉を授動した後尾状葉の背側の短肝静脈を結紮切離し、下大静脈より剝離した(図5 a)。肝切離をCantlie線の右側で行なった。中肝静脈は根部、右肝管は3本に分岐する部位で切離した。尾状葉は門脈の後面を通し左へ脱転し、尾状葉全切除を行なった(図5 b)。再建はRoux-Yにて、右肝管空腸端側吻合を行なった。

切除標本肉眼所見：左右肝管合流部を中心として、

図5. a 尾状葉背側の短肝静脈を結紮切離し, 下大静脈より剝離した.

図5. b 尾状葉は門脈の後面を通し, 左へ脱転した.

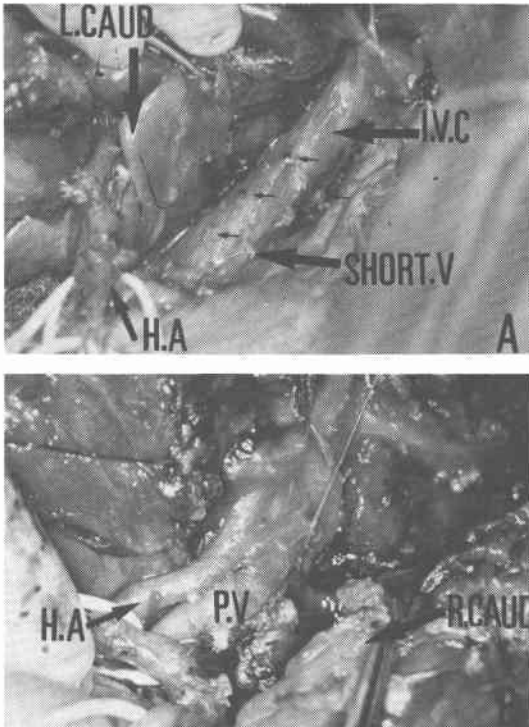


図6 左右肝管合流部を中心に25mmの狭窄部を認める. 左右の尾状葉胆管枝は狭窄部のほぼ中央で分岐している.

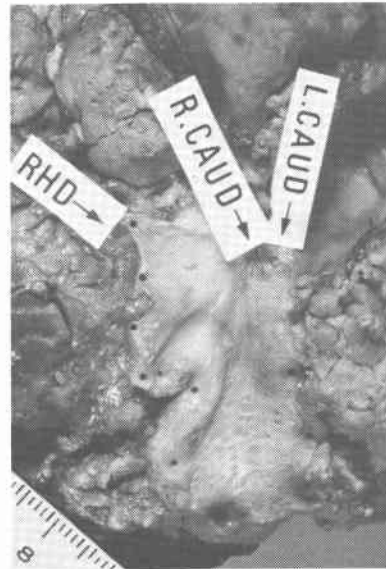


図7 粘膜内に高分化型管状腺癌を認める.



25mm にわたる狭窄部を認めた. 狭窄部の一部に粘膜の不整な顆粒状隆起を認めた. 左右の尾状葉胆管枝は, 狭窄部のほぼ中央で分岐していた (図6).

病理組織所見: 狭窄部に一致して, 粘膜にびらんを認め, 粘膜下に炎症性肉芽組織のびまん性増殖をともなう高度な線維化を認めた. 粘膜の一部に結節状の隆起があり, 高分化型管状腺癌を粘膜内に認めた (図7).  $s_0$ ,  $ly_0$ ,  $v_0$ ,  $hinf_0$ , 神経浸潤もなく  $dw_0$ ,  $hw_0$ ,  $ew_0$  で絶対治療手術であった.

術後経過は良好で, 18ヵ月後の現在, 再発の徴候はない.

### III. 考 察

肝門部胆管癌 (以下本症) は Klatskin<sup>1)</sup> らの報告により, slow growing とされたが<sup>2)</sup>, 一般に, 黄疸を主訴とし, 進行例が多く, 近接する門脈や肝動脈がすでに浸潤を受け, 根治切除が難しいのが現状である<sup>2)3)</sup>.

早期胆管癌の定義は, いまだ統一をみないが<sup>4)</sup>, 癌が筋層内にとどまり, リンパ節転移遠隔転移を認めないものとする, 無黄疸の早期胆管癌 (本邦報告例) は

自験例を含め10例にすぎない<sup>5)6)</sup> (表2). この10例は, 1) 軽度の肝機能異常を7例に認めた. 2) 4例にU.Sを施行し, 3例に肝内胆管の拡張を認めた (症例5, 9, 10). 3) 直接胆道造影で7例を診断し得た. 4) 長径35mm以下の隆起型が多い. 5) 予後は比較的良好. などの特徴を認めた. 胆管癌に対する適切な screen-

表2 無黄疸早期胆管癌 (本邦報告例1984, 4)

症例	主訴	肝機能異常	術前診断	部位	大きさ (mm)	肉眼型	組織型	深達度	術式	予後
1. 48 名	右季肋部痛	ALP	Ca?(ERCP)	Bi	50?	結節状	乳頭状	pm	胆管切除	11ヶ月生
(目黒, 1979)										
2. 78 名	食欲不振	ALP, GOT, GPT	stone(ERCP)	Be	30×33	乳頭状	乳頭管状	sm	胆管切除?	?
(奥村, 1979)										
3. 54 名	全身倦怠感	ALP, GOT, GPT	Ca(ERCP)	Bi	10×25	乳頭状	乳頭管状	m	P.D.	18ヶ月生
(藤己, 1979)										
4. 73 名	右季肋部痛	ALP, GOT, GPT	Ca(ERCP)	Bi	10×20	結節状	腺癌	pm	P.D.	36ヶ月生
(榎川, 1979)										
5. 61 名	心窩部痛	?	Ca(?)	Bi	30×35	乳頭状	乳頭状	pm	P.D.	6ヶ月生
(亀, 1979)										
6. 60 名	左季肋部痛	ALP, LAP, 7-GTP	Ca(ERCP)	Bi	3×15?	腺癌	腺癌	sm	P.D.	10ヶ月生
(山田, 1979)										
7. 60 名	無症状	(-)	Ca(ERCP)	Bmi	15×14×12	乳頭状	乳頭管状	m	胆管切除	?
(林, 1981)										
8. 66 名	右季肋部痛	?	?	Bi	5×5×4	乳頭状	乳頭管状	m		
(児玉, 1981)										
9. 65 名	無症状	ALP, LAP, 7-GTP	Ca(ERCP)	Bisr	20×20	乳頭状	乳頭状	sm	肝左葉切除	2ヶ月生
(木田, 1983)										
10. 39 名	無症状	ALP, GOT, GPT	Ca(PTC)	Bisr	3×3×3	顆粒状	高分化型	m	肝左葉切除	18ヶ月生
(貞藤, 1984)									十尾状葉全切除	

唆された。

IV. 結 語

無黄疸の粘膜内肝門部胆管癌の, 1例を報告し, 診断と手術に関し, 考察を加えた。

稿を終えるにあたり, 御指導頂いた癌研外科高木国夫先生に深謝いたします。

文 献

- 1) Klatskin G: Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. An unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *Am J Med* 38 : 241-256, 1965
- 2) 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
- 3) 岡村隆夫, 岩崎洋治, 轟 健ほか: 肝門部胆管癌の治療-とくに切除術を中心として-. *外科* 38 : 867-873, 1976
- 4) 渡辺英伸, 山際若雄, 岩下明徳ほか: 早期胆道癌の定義と診断. *胃と腸* 17 : 608-612, 1982
- 5) 林 英樹, 山田則行, 並木正義ほか: 多中心性に発生したと思われる粘膜内胆管癌の1例. *胃と腸* 17 : 619-623, 1982
- 6) 太田博郷, 中野 哲, 綿引 元ほか: 無症状にて発見された肝門部早期胆管癌の1例. *胆と脾* 4 : 817-820, 1983
- 7) 二村雄次, 早川直和, 豊田澄男ほか: 経皮経肝胆道内視鏡. *胃と腸* 16 : 681-689, 1981
- 8) 竜 宗正, 植松貞夫, 渡辺義二ほか: 上部胆管癌の再発形式の検討. *日癌治療会誌* 15 : 819-827, 1980
- 9) 二村雄次, 神谷順一, 前田正司ほか: 肝門部の癌に対する尾状葉切除の合理性について. *日外会誌* 84(臨増) : 310, 1983
- 10) 長谷川博, 山崎 普, 幕内雅敏ほか: 肝管癌に対する尾状葉の en bloc 亜全切除の工夫. *日消外会誌* 15 : 925, 1982

ing 法のない現在, ALP, GOT, GPT, LAP,  $\gamma$ -GTP などの軽度の異常に注意を払うとともに, U.S を routine 化し, より積極的に直接胆道造影を行うことが, 早期診断には必要と思われる. 本例では PTCS による内視鏡診断, 組織診断<sup>7)</sup>が, 良性胆道狭窄や結腸癌の転移による胆管狭窄との鑑別上非常に有用であった。

本症に対する手術成績は, 第17回日本学会総会の集計によれば切除率60%台, 治癒切除率30%台にとどまっている. また, 術後再発例のうち, 局所再発例が60%を占めるとの報告もあり<sup>8)9)</sup>, 十分な胆管切除や浸潤を受けた門脈, 肝動脈の切除のため, 積極的に種々の拡大手術が試みられている。

一方, 尾状葉は肝門部のすぐ裏側に位置し, 左右の尾状葉の胆管枝は左右肝管合流部付近に合流することが多いため, 肝門部の胆管癌により容易に浸潤を受けられると思われる. 二村は, 肝合併切除を行った本症の病理組織所見と術後再発例の検討から, 尾状葉からの再発と尾状葉全切除の重要性を指摘している<sup>9)</sup>. 尾状葉切除の定型術式は, いまだ確立されていないが, 長谷川は尾状葉を左右肝管合流部と en bloc に亜全切除した1例を報告している<sup>10)</sup>. 本例では, 肝左葉とともに尾状葉全切除を行ったが, 左右の尾状葉胆管枝, 合流部は, 狭窄部に含まれており, 尾状葉切除の合理性が示