胆 囊 癌 症 例 の 検 討

新潟大学第1外科

川口 英弘 吉田 奎介 堤 敬一郎
高野 征雄 本間 憲治 阿部 要一
村山 裕一 塚田 一博 神谷岳太郎
武藤 輝一

CARCINOMA OF GALLBLADDER CLINICAL EXPERIENCE DURING RECENT 17 YEARS

Hidehiro KAWAGUCHI, Keisuke YOSIDA, Keiichiro TSUTSUMI, Yukio TAKANO,
Kenji HONMA, Yoichi ABE, Yuichi MURAYAMA, Kazuhiro TSUKADA,
Gakutaro KAMIYA and Terukazu MUTO,
The 1st Department of Surgery, Niigata University School of Medicine

過去17年間に経験した胆嚢癌78例について検討した結果つぎのことを確認した。① 全期間を通じての臨床成績は、術前診断的中率30.8%，治療切除率28.9%，5生率35.7%，胆のう結石合併率56.0%であった。② 動脈撮影法や直接胆道撮影法が普及した現在においても、術前診断的中率は向上したが、切除率の向上は認めがたかった。③ 60歳以上または多彩な症状を有する胆石保有者に対し、精査の上積極的に手術すべきである。④ 深達度と予後とは緊密な関係があるため、術中、胆のうの精査を徹底し、浸潤が漿膜下までの場合は、肝床合併切除＋リンパ節廓清、漿膜外までの場合は、積極的に拡大肝右葉切除などの広範合併切除＋リンパ節廓清を施行すべきである。

索引用語：胆嚢癌

1. はじめに

胆のう癌における治療成績は、現在においてもかならずしも満足できるものではない。これは、胆のう癌の早期診断—早期手術が現時点においても困難であるためと考えられる。早期診断が困難である理由としては、胆のうの解剖学的位置の特殊性、ならびに胆のう癌の症状発現の遅延、胆石症との鑑別が諸検査を用いてもかならずしも容易ではないこと等があげられる。今回、われわれは、胆のう癌の治療上最も困難な障害である術前診断、ならびに施行術式と予後、胆石症との関連性について retrospective に検討し、あわせて、治療成績向上のための問題点を検討したので報告する。

2. 対象および方法 (表1)

昭和37年より昭和53年12月までの、過去17年間に教室

表1 胆のう癌症例 (S 37~53)

手術施行例	76 例
非手術例	7 例
(剖検例	2 例)

で経験した83例の胆のう癌症例のうち、手術 (76例) ならびに剖検 (2例) で診断を確認した78例を対象とした。

年齢は、33歳から83歳までで、60歳以上は全体の63.3%，また50歳以上では全体の88.5%を占めた。男女比は、1:1.6で従来の報告どうり女性に多かった。これら78例を、われわれの教室にて動脈撮影ならびに直接胆道撮影が繁用されるようになった昭和50年前後と比較すると、前期 (昭和37年~49年) は、手術例52例であり、

後期（昭和50年～53年）は、手術例24例ならびに剖検2例の計26例である。切除例は、全期間を通じて23例であり、このうち非治癒切除1例が含まれるが、前期16例、後期7例であった。

3. 結 果

① 術前診断について（表2）

全期間を通じての術前診断的中率は、78例中24例（30.8%）であり、これを前期・後期でみると、前期では、52例中10例（19.2%）であり、後期では、26例中14例（53.8%）であった。切除例における術前診断的中率は、全期間を通じて23例中5例（21.7%）、前期では16例中1例（6.3%）ときわめて低率を示したのに対

表 2

胆のう癌症例の術前診断的中率

期 間	例 数	(%)	計 (%)
537-49	10/52	(19.2)	24/78
550-53	14/26	(53.8)	(30.8)

切除例の術前診断的中率

期 間	例 数	(%)	計 (%)
537-49	1/16	(6.3)	5/23
550-53	4/7	(57.1)	(21.7)

し、後期では7例中4例（57.1%）と高率であった。胆のう癌確定例の術前診断としては、胆のう癌24例（30.8%）、胆石症—総胆管結石症も含む22例（28.2%）、閉塞性黄疸8例（10.3%）、胆管癌5例（6.4%）、肝腫瘍—肝癌2例を含む5例（6.4%）、その他14例（17.9%）であり、これには膵癌、幽門部癌、十二指腸腫瘍等が含まれる。診断の根拠となった所見は、前期では、右季肋部の腫瘍触知10例、黄疸6例であり、後期では、それぞれ7例、5例であった。補助診断法の中で重要な所見を得られたものは、動脈撮影法6例、内視鏡的胆管膵管造影法（以下 ERCP と略す）4例、経皮経肝胆道造影法（以下 PTC と略す）6例、Echography または Computed tomography 1例であり、確定診断に最も有用であったものは、動脈撮影法であった。

② 術前検査法—特に動脈撮影法を中心に。

術前、胆道系の悪性腫瘍を疑い動脈撮影法を施行した胆のう癌症例は10例であり、それらの症例における動脈撮影陽性所見を検討した。結果は、表3のごとくで最も頻回に認められた所見は、胆のう動脈の中断であり、続いて、濃染、血管の侵蝕像、胆のう動脈領域の拡大、血管増生の順であった。これら10例の術前診断は、胆のう

表 3 動脈撮影所見（S50～53：10例）

胆のう動脈の中断	80%
胆のう動脈領域の拡大	20%
血管増生	20%
濃 染	50%
血管の侵蝕像	40%

所見陽性例のうち切除 1例

癌7例、胆管癌2例、膵癌1例であり、術前診断的中率は70%であった。術前診断が胆のう癌で、動脈撮影所見が陰性であった1例を除くと、結局、動脈撮影法のみで術前診断的中率は60%であった。しかし、治癒切除例は1例に止まり、この症例における動脈撮影陽性所見としては、胆のう動脈領域の拡大、ならびに胆のう動脈附近の濃染が認められた。つぎに ERCP であるが、胆のう癌症例8例に施行し、ERCP のみで診断がついた症例は1例で、動脈撮影法、PTC 等との総合判断で診断がついた症例は3例であり、結局8例中4例に ERCP が術前診断を決定するうえで有効であったと思われる。

③ 切除率、治癒切除率（表4）

胆のう癌症例の切除率は、全期間を通じて76例中23例（30.3%）、治癒切除率は76例中22例（28.9%）であり、これを前期、後期と比較すると、前期30.8%（治癒切除率30.8%）に比し、後期は29.2%（治癒切除率25.0%）とはほぼ同率であり、切除率に関しては、向上の傾向は認められなかった。

④ 進展様式についての検討（表5）

手術時、肉眼的にみた胆のう癌の進展様式を検討し

表 4 胆のう癌症例の切除率

(手術例 76例)

期 間	例 数 (%)	計 (%)
537-49	16/52 (30.8)	23/76 (30.3)
550-53	7/24 (29.2)	

治癒切除例 22例
治癒切除率 28.9%

表 5 胆のう癌の進展様式

(手術例 76例)

進展様式	例 数 (%)
肝内進展	39
直接浸潤 (34.2)	
転移 (26.3)	(51.3)
葉脈浸潤	38 (50.0)
リンパ節転移	19 (25.0)
腹膜播種	16 (21.1)
胆管浸潤	15 (19.7)

た。肝内進展は、39例(51.3%)と最も高率に見られ、このうち肝床面よりの直接浸潤は26例(34.2%)また肝転移は20例(26.3%)であった。つづいて、胆のうの腹腔側の漿膜浸潤が38例(50.0%)と高率であり、その他は、リンパ節転移19例(25.0%)、腹膜播種16例(21.1%)、胆管浸潤15例(19.7%)の順であった。切除例23例を除いた切除不能例53例について、切除不能と判定した根拠をみてみると、a)主に肝内進展によるもの(肝転移があるか、もしくは肝床を中心に、癌浸潤による明らかな腫瘤を形成しているもの):30例(56.6%)、b)主に腹膜播種によるもの(遠隔腹膜に多数もしくは、少数の転移を認めるもの):12例(22.6%)、c)主に漿膜浸潤によるもの(癌が他臓器へ浸潤しているもの):22例(41.5%)、このうち、肝内進展、腹膜播種が認められない症例は、8例(15.1%)のみであった。

⑤ 手術々式と予後(表6)

非治癒切除1例を含む切除例23例における手術々式と予後について検討した。胆のう摘除のみ施行した症例16例、胆のう摘除に胆管の合併切除を行ったもの1例、胆のう摘除に終末回腸の合併切除を行ったもの1例、胆の

表6 術式別にみた手術成績

() 生存中の例数						
手術々式	例数	～1年	1-2	2-3	3-5	5年～
胆のう摘除	16	6(1)	2	2	1	4(4)
胆管合併切除	1				1	
終末回腸合併切除	1	1				
肝床合併切除	2	1				1(1)
肝床・胆管・結腸合併切除	1		1(1)			
拡大肝右葉切除	2	1(1)	1(1)			
計	23	9(2)	4(2)	2	2	5(5)

う摘除に肝床合併切除を行ったもの2例、肝床・胆管・結腸の合併切除と第2群のリンパ節廓清を行ったもの1例、拡大肝右葉切除とリンパ節廓清を行ったもの2例(うち1例は、横隔膜への浸潤あり、一部横隔膜合併切除も行っている)であり、現在5例以上の長期生存例は、胆のう摘除のみの4例と、肝床合併切除の1例、計5例で、最長は9年8カ月であり、5生率は35.7%であった。また、平均生存期間は、切除例全体で約2年6カ月であり、非切除例では3カ月であった。

⑥ 深達度と予後(表7)

治癒切除例22例中、不明の1例を除いた21例について、組織学的に癌の深達度と予後について検討した。粘膜内に止まっていた症例はなく、筋層まで9例、漿膜下

表7 深達度と予後

深達度	例数	～1年	1-2	2-3	3-5	5年～
粘膜内	0					
筋層	9	3(1)		1	2	3(3)
漿膜下	8	4	1	1		2(2)
漿膜外	4	2(1)	2(2)			
計	21	9(2)	3(2)	2	2	5(5)

まで8例、漿膜外まで達していたもの4例であり、5年以上生存の5例は、いずれも漿膜下までの浸潤に止まり、これら5例は現在も生存中である。なお表7の()内の数は、現在生存中の症例数を示す。最近手術した症例では、漿膜外まで達していた症例のうち、1年以上の現在生存中の症例が2例あり、いずれも広範囲の合併切除を施行した症例である。平均生存期間は、“筋層まで”の9例では、約3年7カ月、“漿膜下まで”の8例では、約1年9カ月であった。

⑦ 胆のう癌と胆石症との関連について。

胆のう癌と胆のう結石症との関係を、胆のう癌確認症例78例と、同期間に教室で手術にて確認した胆のう結石症764例(胆石合併胆のう癌症例は、この数より除く)で、比較検討した。まず年齢分布を比較すると、図1のごとく、胆のう癌症例では60歳代にピークを認め全体の43.6%であり、このうち女性だけでも24.4%を占めた。

図1 胆のう癌・胆石症の年齢分布の比較

ついで50歳代の28.8%、70歳代の14.1%の順であり、全体の男女比は、1:1.6であった。これに対し胆石症では、50歳代にピークを認め28.4%、ついで40歳代24.7%、60歳代17.3%の順であり、胆のう癌の年齢分布と比較すると約10年若い方へのかたよりがみられ、全体にゆるやかな分布を示した。つぎに胆のう癌と胆石症の臨床症状を比較検討した。表8の()内の数値は初発症状、それ以外は入院時症状の発現頻度を示す。胆のう癌症例を、

表8 胆のう癌, 胆石症の臨床症状の比較

(入院時)

症 状	胆 の う 癌 (%)		胆 石 症 (%)
	非 切 除 例	切 除 例	
上 腹 部 痛	70.8 (82.5)	82.8 (73.9)	93.6 (97.4)
黄 疸	54.2 (8.3)	21.7 (4.3)	2.6 (3.8)
食 思 不 振	45.8 (29.2)	26.1 (13.0)	1.3 (2.8)
発 熱	25.0 (4.2)	34.8 (8.7)	3.8 (18.7)
腫 瘍	20.8 (4.2)	17.4 (17.4)	0 (2.8)
全 身 け ん 怠	14.6 (8.3)	4.3 (4.3)	0 (2.8)
悪 心・嘔 吐	6.3 (8.3)	4.3 (0)	3.8 (30.1)

() 初発症状

非切除例と切除例に分け、これらと胆石症の3者間で比較すると、上腹部痛は、入院時症状初発症状ともに、胆石症、胆のう癌切除例、胆のう癌非切除例の順であり、胆石症においては93%以上の値を示した。黄疸の発現頻度は、胆のう癌非切除例、胆のう癌切除例、胆石症の順であり、初発症状では3者間に大きな差は認められなかったが、入院時症状では明らかな差が認められた。食思不振の発現頻度は、胆のう癌非切除例、胆のう癌切除例、胆石症の順であった。発熱の発現頻度は、3者間に一定の関係は認めがたかった。腫瘍の発現頻度は、胆のう癌非切除例、胆のう癌切除例の順であり、胆石症ではほとんど認められなかった。胆のう癌切除例において17.4%と高率な理由としては、胆のうが水腫状に触れ、幸いにして比較的早期に手術をうけることができ症例が含まれていたためと考えられた。全身怠倦感、胆のう癌非切除例に若干頻度が高く、他2者ではほとんど差は認めなかった。悪心嘔吐は、胆石症の初発症状では、30.1%と高率に認めたが、入院時症状では3者間に大きな差は認めなかった。全体の傾向としては、胆石症において上腹部痛が圧倒的に高率を示し、その他の症状の発現頻度は低率であった。これに比し胆のう癌切除例では、入院時の上腹部痛が70.8%と最も高率であり、その他の症状の発現率も50~20%を示し、症状が多彩であるという傾向を示した。胆のう癌切除例においては、発熱を除くほとんどの症状の発現頻度が、胆石症と胆のう癌非切除例の中間的値を示した。つぎに、胆石症の胆のう癌合併頻度ならびに胆のう癌の胆石合併頻度を検討した(表9)。前述のとおり、当教室で過去17年間に手術にて確認した胆のう結石症は764例であり、また同期間に手術(切除例)または剖検にて胆のう結石の有無を確認した25例の胆のう癌症例中、胆のう内に結石が証明さ

表9 胆のう結石症と胆のう癌

年 齢	胆石合併胆のう癌	胆のう結石症	比率(%)
80 ~	1 (2)	1	50
70 ~	6 (11)	38	136
60 ~	4 (34)	132	29
50 ~	2 (22)	217	0.9
40 ~	1 (7)	189	0.5
30 ~	0 (2)	127	0
20 ~	0 (0)	57	0
10 ~	0 (0)	3	0
計	14 (78)	764	1.8

() 胆のう癌例

れた症例は14例であり、胆のう結石症例中の胆石合併胆のう癌の比率(胆のう結石合併胆のう癌症例数/胆のう結石症例数+胆のう結石合併胆のう癌症例数)は、全体で1.8%であった。これを年代別でみると70歳代では13.6%ときわめて高率であった。また、胆のう癌の胆石合併頻度は、前述のとおり胆石合併有無確認例25例中14例(56.0%)に胆のう結石を合併し、これに総胆管結石合併症例3例を加えると17例(68.0%)に、胆のう結石もしくは総胆管結石を合併していたことになる。また、合併した胆のう結石を、結石の種類でみると5:2の比率でコレステリン系石が多かった。

4. 考 察

近年、胆道系の検査技術は著しく向上した。しかし、胆のう癌の臨床成績は、諸家^{1)~11)}の報告にみられるとおり、いぜんとして不良である。今回のわれわれの検討でも、ほぼ同様な結果を得た。

まず術前診断についてみると、諸家の報告では、永川ら⁹⁾ 33.9%、野呂ら⁸⁾ 22.0%、古沢ら⁵⁾ 17.6~20%、山内ら⁴⁾ 37.8%、であり20~40%との報告が多く、著者らも30.8%であった。しかし、最近になりいろいろな補助診断法、特に動脈撮影法、ERCP等の導入により診断的中率も向上の傾向にある。佐藤ら¹⁾は、1960年代と1970年以降に分けて術前診断的中率を比較検討し、前期27.8%であったものが後期47.5%と向上したと報告している。著者らも、昭和50年前後で比較したが、前期19.2%、後期53.8%と著しい向上傾向を認めた。また、清水ら¹²⁾は、ERCPまたはPTC検査を施行し、14例中11例(79%)が術前診断可能であったと述べている。一方、切除例における術前診断的中率は、前期6.3%ときわめて低値を示したのに対し、後期では、57.1%(7例中4例)と高率であった。前期は、胆石症として開腹し術中に胆のう癌の診断がついた症例が多く、そのためこのような結果となったと考えられる。後期については症例数も少なく、この数値のみから直ちに結論するのは

危険と思われるが、胆のう癌を疑い補助診断法を積極的に施行することで、切除例においても、最近、術前診断の中率が上昇の傾向にあるのではないと思われる。

術前診断法として、最近繁用されるようになった動脈撮影法、ERCP、PTCによる術前診断の中率を比較すると、明らかに動脈撮影法が有効と考えられた。今回の症例中早期胆のう癌の症例はなく、早期胆のう癌の発見に動脈撮影法が有効であるかどうかの結論を導き出すことはできない。しかし、動脈撮影法にて、濃染、胆のう動脈領域の拡大の所見を有し、術前に胆のう癌と診断され、治療切除も可能であり、1年以上経った現在も生存中の症例を経験している。山内ら⁴⁾の報告では、くるみ大以上の大きさを有する胆のう癌に対し動脈撮影にて97%に正しい診断をくだすことができたが、それ以下の小病巣に対してはほとんど診断価値がなかったと述べている。いずれにしても、胆のう癌における動脈撮影所見として重要なものは、胆のう動脈の中断、濃染、血管増生、広狭不整、血管の侵蝕像、胆のう動脈の拡張、胆のう動脈の支配領域の拡大であり、今野ら¹³⁾は、胆のう癌の早期に出現する所見で重要なものとして“uneven thick wall sign”をあげている。動脈撮影法も最近では、super selective angiographyやpharmaco angiographyも行われており、またprostaglandin E₁使用拡大撮影法¹⁴⁾等の試みもされている。動脈撮影法に関しての、もう一つの問題は、その適応である。今回検討した症例は、前述したとおり、他検査にて胆道系の癌を疑った場合にのみ施行した。早期胆のう癌を発見しようとする場合、適応を拡大しなければならないが、胆道系疾患患者全例に施行することは不可能なので、われわれは、screening testとして、経口または静脈性胆道造影法を行い、胆のう造影陰性例もしくは、胆のう造影一部欠損症例に、原則として動脈撮影を施行する方針である。静脈性胆道造影法にて胆のう底部に一部欠損像を認めたが判然とせぬまま経過をおい、約2ヵ月後にPTCにて胆のう癌の診断をうけ、開腹したが、すでに切除不能であったという症例を過去に経験している。このような症例を再び経験することのないようにしたいと考えている。

つぎに、胆のう癌と胆石症との関連について検討したが、胆石症の症状がほとんど上腹部痛であったのに対し、胆のう癌では症状が多彩であり、胆のう癌非切除例、胆のう癌切除例、胆石症の3者の症状を比較した場合、黄疸、食思不振、腫瘍、全身倦怠の発現率は、胆のう癌切除例においても胆石症よりはるかに高頻度であ

り、これらの症状が認められた場合、胆のう癌を疑って、できるだけ早期に充分なる術前検査が必要と考える。また、胆のう結石症例中の胆石合併胆のう癌の比率を年齢別でみた結果では、70歳代で13.6%と高率であり、高齢者の胆石症の場合、胆のう癌の合併の可能性を充分考慮しなくてはならないと考える。

つぎに切除率であるが、諸家の報告では、佐藤ら¹⁾ 55% (76例中41例)、永川ら⁶⁾ 54% (67例中36例)、田代ら³⁾ 47.6% (42例中20例)、土屋ら⁹⁾ 51.7% (29例中15例)、霞ら⁷⁾ 40% (40例中16例)、野呂ら⁸⁾ 36.6% (41例中15例)、著者ら30.3% (76例中23例)であり、治療切除率(肉眼的に癌組織のとり残しがなく、一応治療の可能性のある切除率)は、佐藤ら¹⁾ 22% (76例中16例)、永川ら⁶⁾ 19% (67例中12例)、土屋ら⁹⁾ 41.4% (29例中12例)、野呂ら⁸⁾ 24.4% (41例中10例)、霞ら⁷⁾ 28% (40例中11例)、永津ら¹¹⁾ 26% (31例中8例)、著者ら28.9% (76例中22例)であり、20%前後とする報告が多い。診断技術の進歩した近年、治療切除率が向上したかどうかという問題に対し、佐藤ら¹⁾は、1960年代での治療切除率は28% (36例中10例)であり、1970年代では15% (41例中6例)であったと報告している。著者らの結果でも、昭和37年～49年では、30.8% (52例中16例)、昭和50年～53年では、25.0% (24例中6例)であり、かならずしも診断技術が治療切除率向上に貢献しているとは思えない。

進展様式をみると、肝内進展が最も高率に認められ(51.3%)、また、このために切除不能とされる症例が多い(56.6%)。漿膜浸潤のみで切除不能とされた症例が8例あり、積極的な広範合併切除により切除率の向上に努めるべきであると考えられた。

術式別でみた手術成績では、胆のう摘除のみの16例中4例と肝床合併切除2例中1例の計5例が、術後5年以上経った現在生存中であり、圧倒的に他術式に比し良好な成績となっている。いいかえれば、胆のう摘除のみで治療切除と認められる程度の小病巣において、術後成績がすぐれていたといえる。これに反し、最近行った、肝床・胆管・結腸合併切除の1例と拡大肝右葉切除の1例は、1年以上経った現在も生存中であり、今後の経過が注目される。

深達度と予後を比較検討すると、著者らの結果では、“筋層まで”の9例中3例(33.3%)に、また、“漿膜下まで”の8例中2例(25.0%)に5年以上の長期生存をみており、深達度別平均生存期間では、“筋層まで”約

3年7ヵ月，“漿膜下まで”約1年9ヵ月と明らかな差が認められ、深達度と予後とは、Nevin¹⁰⁾も指摘しているように、緊密な関係があると思われる。これら術式をみても、胆のう摘除のみか、または肝床合併切除＋リンパ節廓清であった。深達度が筋層もしくは漿膜下までの症例では、胆のう摘除もしくは肝床合併切除で約30%の症例が5年以上生存できることになる。しかし、他の消化器系の癌における成績からみると決して満足できる成績ではないように思われる。今後、胆のう癌の成績を向上させるために、いかなる治療方針をとるべきかが問題となる。菅原¹⁰⁾は、彼らのいう肝外Ⅰ型では、胆嚢摘出、所属リンパ節の廓清さらに癌浸潤のために胆嚢床部での剥離が困難であるようなさいは楔状切除ではなく右葉切除を断行すべきであると、また野呂⁸⁾は、胆嚢限局型で癌の浸潤が筋層にとどまる症例では胆嚢摘出のみでよいかもしれないが、この場合でも局所リンパ節廓清は充分行うべきであり、漿膜下浸潤あるいはそれ以上の浸潤のあるものでは、浸潤臓器の合併切除を行うべきであるとしている。田代³⁾は、粘膜内および粘膜下層までの浸潤では、肝床合併切除、筋層以上に達しているものでは、肝部分切除、リンパ節廓清、浸潤臓器の合併切除、開創照射あるいは術中抗癌剤動脈内注入が必要としている。霞⁷⁾は、乳頭型の限局型で、深達度が筋層までの場合のみ胆のう摘除でよいとし、肝床に肉眼的浸潤が認められない場合でも、浸潤型癌では肝床楔状切除を、また浸潤を有するものでは拡大肝右葉切除を行うべきとしている。土屋⁹⁾は、早期胆のう癌であっても、胆のう摘除に加えて、肝部分切除、所属リンパ節廓清を施行すべきとしている。われわれの今回の検討では、リンパ節転移率、転移度についてのデータが乏しいため廓清範囲についての明確な指針は求めたいが、“漿膜外まで”達していた症例に広範な合併切除を行い、1年以上の現在生存している症例を2例経験しており、これからみても積極的合併切除が必要であると考える。深達度が粘膜内のみの症例では、胆のう摘除のみで充分とする意見もあるが、術中の病理検索で深達度が粘膜内のみであると断定することは、かならずしも容易でないことを考え合わせると、術中、粘膜内から漿膜下までの浸潤と判定された胆のう癌に対しては、肝床合併切除ならびにリンパ節廓清を施行すべきと考える。また、浸潤が漿膜外まで達している胆のう癌に対しては、積極的に拡大肝右葉切除、浸潤臓器合併切除ならびに所属リンパ節廓清を施行すべきである。

5. 結 語

過去17年間に経験した78例の胆のう癌症例を retrospective に検討した結果、今後胆のう癌の治療成績向上のためには、診断面治療面において下記のことが重要と考える。

① 経口または静脈性胆道造影法にて、胆のう造影陰性もしくは一部欠損している症例に対し、胆のう癌を疑い、動脈撮影法を施行する。

② 60歳以上または多彩な症状を有する胆石保有者に対し、精査の上積極的に手術すべきである。

③ 深達度と予後とは緊密な関係があるため、術中、胆のうの精査を徹底し、浸潤が漿膜下までの場合は、肝床合併切除＋所属リンパ節廓清を、また、漿膜外までの場合には、積極的に拡大肝右葉切除などの広範合併切除＋所属リンパ節廓清を施行すべきである。

本論文の要旨は、第13回日本消化器外科学会総会（熊本）で発表した。

文 献

- 1) 佐藤寿雄：胆嚢癌の外科。日臨外会誌，38：13—17，1977。
- 2) 角原昭文：胆嚢癌，肝外胆管癌に就いて，第1篇。臨床的並びに病理的観察。日外会誌，63：551—575，1962。
- 3) 田代征記ほか：胆嚢癌の治療，とくに実験的胆嚢癌からみた胆嚢癌の治療方針。日消外会誌，9：186—192，1976。
- 4) 山内英生ほか：胆嚢癌の診断と治療—とくに血管撮影からみた胆嚢炎との鑑別を中心として—。日消外会誌，9：163—169，1976。
- 5) 古沢悌二ほか：胆嚢癌早期発見への道—とくに胆石症との関連において—。日消外会誌，9：151—156，1976。
- 6) 永川宅和ほか：胆嚢癌の診断と治療。日消外会誌，9：157—162，1976。
- 7) 霞富士雄ほか：胆嚢癌の治療，とくに進展様式からみた治療方針。日消外会誌，9：170—177，1976。
- 8) 野呂俊夫ほか：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。日消外会誌，9：178—185，1976。
- 9) 土屋涼一ほか：胆嚢癌の外科的治療—とくに2期的拡大根治手術について—。日消外会誌，9：193—198，1976。
- 10) 西岡伸也ほか：胆嚢癌の治療成績に関する検討。日消誌，71：511—522，1978。
- 11) 永津正章ほか：胆嚢癌の治療。消化器外科，1：131—139，1978。
- 12) 清水道彦ほか：胆嚢癌診断の現況—とくに直接

胆道造影所見を中心に一。日消誌, 74: 1735—1742, 1977.

- 13) 今野俊光ほか: 胆嚢癌の血管造影による診断の可能性について。手術, 31: 757—767, 1977.
- 14) 三好敦生ほか: 胆嚢陰性における Prostaglandin E_1 使用 Pharmacangiography と直接2倍拡大撮影法の検討。第13回日本消化器外科学会

総会(熊本), 1979.

- 15) Nevin, J.E., et al.: Carcinoma of the gall-bladder; staging, treatment, and prognosis. Cancer, 37: 141—148, 1976.
- 16) 菅原克彦ほか: 胆嚢癌の臨床—病型分類と外科治療面からの考察—。外科, 33: 1239—1245, 1971.