胆嚢癌の外科的治療成績の検討

中 村 茂, 阪 上 昌三郎, 木 村 盛 彦
 福 田 敬 宏, 一 色 重 雄, 清 水 幸 夫
 小井田 時 廣

群馬県立がんセンター 外科

(昭和62年7月8日 受付)

はじめに

胆嚢癌の手術成績は、胃癌、大腸癌などと比較すると依然として不良であり、1983年の宮崎ら³⁾の全国集計による治癒切除例の5生率で26.7%と低迷しているのが現状である。

胆嚢癌の手術成績向上のためには、まず早期発見が肝要であることは論をまたないが、胆嚢癌の多様な進展様式を知ること、更にそれに基づいた適切な術式の選択が極めて重要であると思われる。

そこで、我々は過去14年間に経験した胆嚢癌56症例を、胆道癌取扱い規約¹⁾に基づいて肉眼的進行度、進展様式、手術成績および予後の面より検討し、胆嚢癌治療の現況並びに問題点について若干の文献的考察を加えて述べてみたい。

対 象

1972年4月より1986年3月までの14年間ににおける胆嚢癌初回手術42例(切除18例, 非切除24例), 非手術剖検例9例および他施設からの二次症例5例の計56症例を対象とした。胆嚢癌手術42例は同期間の胆嚢手術247例の17%にあたる(表1)。

表1 胆嚢癌症例

	G.C.C ('72.4~'86.3)
手術例	42 (75%)
非手術→剖検例	9 (16.1%)
二次症例(他医で胆摘)	5
計	56

結 果

1) 性別と年齢分布(図1)

図1 Age Distribution of Gallbladder Ca. (56 cases) G.C.C ('72.4~'86.3)

性別は男性15例, 女性41例で男女比は1:2.7, 年齢分布は46歳から85歳にわたっており, 60歳代が最も多く, 平均年齢は64歳。

2) 症状(表2)

胆嚢癌に特有なものではなく, 初発症状では右季肋

表2 症 状 (54例) G.C.C ('72.4~'86.3)

初 発		入 院 時	
1. 右季肋部痛	54.4%	1. 黄 疸	38.9%
2. 上腹部膨満感	11.1	2. 右季肋部痛	29.6
3. 食思不振	7.4	3. 腫瘤触知	27.8
4. 掻痒感	5.6	4. 嘔 吐	13.0
倦怠感	5.6	5. 肝腫大	5.6
5. 黄 疸	3.7	6. 腹 水	3.7
背部痛	3.7	倦怠感	3.7
その他	3.7	その他	3.7

部痛が57.4%で最も多く,入院時主訴では黄疸が38.9%で最も多く,次に腫瘍触知27.8%および嘔吐13%などがみられた。

3) 腫瘍の占居部位 (表3)

胆嚢全体が61.5% (32/52) で過半数を占め, ついで胆嚢底部8例, 体部7例, 頸部4例で, 胆嚢管は1例である。

表3 腫瘍の占居部位 G.C.C ('72.4~'86.3)

部 位	症 例
胆 嚢 底 部 (Gf)	8 (15.4%)
体 部 (Gb)	7 (13.5%)
頸 部 (Gn)	4 (7.7%)
胆 嚢 管 (C)	1 (1.9%)
胆 嚢 全 体	32 (61.5%)
52	

4) 肉眼形態分類と Stage (表4)

肉眼型では, 浸潤型が63.3% (31/49) で最も多く, 殆んどが Stage IVである。次に乳頭浸潤型12.2% (6/49), 結節浸潤型10.2% (4/49), 一方, 予後の良い乳頭型は8.2% (4/49) で, St. I 2例, St. II 1例にみられた。

表4 胆嚢癌の肉眼形態分類と Stage

G.C.C ('72.4~'86.3)

Stage 型	I	II	III	IV	
乳 頭 型	2	1		1	4 (8.2%)
結 節 型			1		1 (2.0%)
乳頭浸潤型				6	6 (12.2%)
結節浸潤型		2		3	5 (10.2%)
浸 潤 型			1	30	31 (63.3%)
特 殊 型				2	2 (4.1%)
	2	3	2	42	49

5) 肉眼的進行度 (Stage) (表5)

手術例42例のうち Stage I は4.8% (2/42), St II は7.1% (3/42), St. IIIは4.8%, St. IV83.3% (35/42) で, 進行癌である St. III, IVで88.1%を占めた。また, 手術例42例のうち前期8年に18例, 後期6年に24例と, 手術例は増加しているものの Stage 別では特に差はみられなかった。

6) 切除例の Stage 分類 (表6)

切除例18例のうち Stage I は11.1% (2/18), St. IIは16.7% (3/18), St. IIIは11.1%, St. IVは61.1% (11/18)であった。また, 治癒切除は7例で, 治癒切除率は対切除例の38.9%であった。

表5 胆嚢癌の肉眼的進行度 (Stage)

G.C.C ('72.4~'86.3)

Stage	手 術 例		計
	前 期 ('72.4~'80.3)	後 期 ('80.4~'86.3)	
I	1 (5.6%)	1 (4.2%)	2 (4.8%)
II	1	2 (8.3%)	3 (7.1%)
III	1	1	2 (4.8%)
IV	15 (83.3%)	20 (83.3%)	35 (83.3%)
	18	24	42

表6 胆嚢癌切除例の Stage 分類

G.C.C ('72.4~'86.3)

Stage	I	II	III	IV	計
治 癒 切 除	2	1	2	2	7 (38.9%)
非治癒切除	0	2	0	9	11 (61.1%)
	2 (11.1%)	3 (16.7%)	2	11 (61.1%)	18

胆嚢癌の外科的治療成績の検討

表7 切除率および手術術式

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

	前 期 (8 Y) '72. 4 ~ '80. 3	後 期 (6 Y) '80. 4 ~ '86. 3	計
手 術 例	18	24	42*
切 除 率	27.8% (5/18)	54.2% (13/24)	42.9% (18/42)
治癒切除率	11.1% (2/18)	20.8% (5/24)	16.7% (7/42)
胆摘+肝床切除	0	2	2
〃 + 結腸右半切除	1	0	1
〃 + ドレナージ	3	3	6
胆摘	1	3	4
姑息的胆摘(他臓器転移)	0	5	5
非切除率	72.2% (13/18)	45.8% (11/24)	57.1% (24/42)
外胆汁瘻・内〃	3	5・2	10
胃・空腸吻合	4	3	7
試験開腹	5	1	6
その他	1	0	1
直 死 率	33.3% (6/18)	8.3% (2/24)	19% (8/42)

* 二次症例5例は含まず。

表8 Histologic types

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

	Resected cases	Operated	Autopsy	Total
1. Adenocarcinoma	18	22	9	49 (92.5%)
Adeno-ca.				
2. Anaplastic ca.	0	1	0	1
Squamous cell ca.				
3. Islet cell ca.	0	1	0	1
4. Carcinoid	1	0	0	1
5. Squamous cell ca.	0	1	0	1
	19	25	9	53

7) 切除率および手術術式 (表7)

手術例42例のうち拡大胆摘2例、結腸右半切除1例を含む胆嚢摘出例は18例、全体の切除率は42.9% (18/42) で、前期の切除率27.8% (5/18) から後期は54.2% (13/24) に増加している。また、治癒切除率は対手術例の16.7% (7/42) で、前期11.1% (2/18) から後期20.8% (5/24) と増加傾向がみられる。一方、非切除24例には、内・外胆汁瘻造設、胃空腸吻合などがなされた。また、直死率は前期の33.3% (6/18) から後期は8.3% (2/24) に減少している。

8) 組織型および胆石合併率 (表8, 9)

組織型では、腺癌が92.5% (49/53) にみられ、他にカルチノイド、島細胞癌、扁平上皮癌などが各1

表9 胆石合併率

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

胆嚢結石	68.8% (コ系石78.8%)	31例
胆嚢+総胆管結石		2
胆石なし		15

例に認められた。次に、胆石合併率は68.8% (33/48) で、うち78.8%はコ系石であった。

9) 肉眼的進展形式 (表10)

胆嚢癌の肉眼的進展様式では、肝、胆管さらには十二指腸、横行結腸など3臓器以上に亘って進展した混合型が56.9% (29/51) で最も多く、これは殆ん

表10 胆嚢癌の肉眼的進展形式

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

	切除例	非切除	剖 検	計
胆 嚢 限 局 型	4(22.2%)	0		4(7.8%)
肝 ・ 浸 潤 型	2	1	1	4
胆 管 ・ 浸 潤 型	4	2		6(11.8%)
消化管・浸潤型	2	3(12.5%)		5(9.8%)
混 合 型	5(27.8%)	16(66.7%)	8(88.9%)	29(56.9%)
腹 膜 播 種 型	1	2		3
	18	24	9	51

表11 肉眼的 Stage と予後

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

Stage	例数	因 子			予 後
I	2	S ₀ S ₀	Hinf ₀ Hinf ₀	N ₀ N ₀	2 Y 5 M † 1 Y 2 M 生
II	3	S ₁ S ₁ S ₀	Hinf ₀ Hinf ₀ Hinf ₀	N ₁ N ₁ N ₀ Binf ₁	1 Y 1 M † 1 Y 7 M † 10M †
III	2	S ₂ S ₁	Hinf ₁ Hinf ₀	N ₁ N ₀ Binf ₂	2 Y 7 M † 1 Y 4 M 生
IV	35	S ₂₋₃ (100%) Hinf ₁₋₃ (91.4%) Binf ₁₋₃ (51.4%)		N ₁₋₃ (42.9%) H ₁₋₃ (37.1%) P ₁₋₃ (28.6)	6.1±5.9M* † 前: 5.5M n=10 後: 6.5M n=17

* 耐術者27例の平均生存期間

どの症例が進行癌であり、特に浸潤型が多いためと思われた。一方、予後のよい胆嚢限局型は7.8%(4/51)にみられるのみであった。

10) 肉眼的 Stage と予後 (表11)

手術例42例のうち Stage I の2例は、いずれも So, Hinfo, No, 1例は2 Y 5 M, 局所再発, 肝転移で死亡したが, 他の1例は1 Y 2 M健存中である。Stage IIの3例のうち2例は, 癌性腹膜炎で10M, 1 Y 7 Mで死亡, 他の1例は1 Y 1 M肝硬変で他病死した。Stage IIIの2例のうち1例は, 2 Y 7 M局所再発, 肝転移で死亡, 他の1例は1 Y 4 Mで健存中である。Stage IVの35例のうち耐術者の27例の平均生存月数は6.1Mで, 前期と後期では特に差はみられなかった。

11) 手術および遠隔成績 (表12)

手術例42例のうち切除例は18例, 切除率42.9%, 治癒切除7例および非治癒切除11例の1年累積生存率は, それぞれ85.7%, 27.3%。治癒切除の2生率は51.4%で, 2例が1 Y 4 M, 1 Y 2 Mで健存中,

表12 Survival Curves of Resected Cases in Gallbladder Ca.

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

しかし, 非治癒切除には2年以上の生存例はなかった。次に非切除例16例の平均生存月数は4.7Mであった。

表13 胆嚢癌治療切除症例

G.C.C. ('72.4~'86.3)

No.	氏名	年齢・性	部位	大きさ	肉眼型	Stage	因子	術式	胆石	予後	死因
1	T. K	54・F	底部	小鶏卵	乳頭	I	pm, n ₀ hinf ₀ , tub ₂	胆摘・T字管 放治・3900rad	+(ビ)	2 Y 5 M	局所再発 肝転移 消化管出血
2	Y. S	69・F	全	鶏卵大	浸潤	III(II)	ss, n ₁ , pn ₀ , hinf ₁ , tub ₁	胆摘・肝床切除 放治・2400rad	+(ビ)	2 Y 7 M	局所再発 肝転移
3	M. T	63・F	体部	鶏卵大	結節浸潤	II	ss, n ₁ pap.	胆摘	+	1 Y 7 M*	癌性腹膜炎
4	U. S	71・F	底体	〃	〃	IV	ss, n ₂ hinf ₃ γ, tub ₁	胆摘・肝床切除 胆管切除	+	3 M	癌性腹膜炎 化のう性胆管炎
5	S. S	67・F	底部	〃	浸潤	IV	si tub ₁	胆摘・横行結腸 十二指腸部分切除	+	1 Y 5 M	癌性腹膜炎 DIC
6	K. S	68・F	胆のう管 (CBm)	2×1.5cm	結節	III(II)	ss, Binf ₂ (binf ₁) n ₀ , pn ₃ , ly ₂ , v ₁ , bw ₀ tub ₁	胆摘 胆管切除	-	1 Y 4 M 生	
7	O. K	78・F	頸部	3.5×2.5 cm	乳頭	I	pm, n ₀ bw ₀ , tub ₁	胆摘 胆床切除	+	1 Y 2 M 生	

( ) : 組織学的進行度

12) 治療切除例の再発形式 (表13)

Stage I の2例のうち、症例1は54歳の女性、術前診断は胆石症兼胆嚢炎、胆嚢底部に小鶏卵大の乳頭型、pm, n₀ にもかかわらず術後1 Y 2 Mで局所再発し、放照射治療がなされたが、術後2 Y 5 M、肝転移、消化管出血で死亡した。Stage IIの症例3は、63歳の女性、術前診断は胆嚢癌の疑い、体部に鶏卵大の結節浸潤型、ss, n₁, pap., 胆摘後1 Y 7 Mの癌性腹膜炎で死亡した。Stage IIIの2例のうち症例2は69歳の女性、鶏卵大の浸潤型でss, n₁, hinf₁, 拡大胆摘、放射線治療がなされたが、術後1 Y 10 M局所再発し、術後2 Y 7 M肝転移で死亡した。次にStage IVの2例のうち症例4は71歳の女性、拡大胆摘、胆管切除後3 M経て癌性腹膜炎、化膿性胆管炎で死亡した。症例5は67歳の女性、術前診断は胆石症兼胆嚢・十二指腸・結腸癌、術中の迅速標本では嚢孔部に悪性所見を認めなかったため、胆摘、消化管部分切除がなされた。しかし、術後1 Y 5 M、癌性腹膜炎とDICで死亡した。結局、主な再発形式は、癌性腹膜炎で、次に局所再発と肝転移によるものであった。

考 察

近年、術前・術後管理の著しい進歩により胆嚢癌の手術術式は拡大の傾向にある。胆嚢癌の切除率について、1975年佐藤ら²⁾が行った全国集計では切除率40.9%、治療切除率15.7%で、1983年宮崎ら³⁾の全国集計では切除率41.9% (1622/3875)、治療切除率19.8% (769/3875) という結果が報告されている。自験例でも、前期の11.1%から後期20.8%と治療切除率の向上がみられる。一方、吉川ら⁴⁾の報告では、1968年から1982年までの治療切除率は26.5% (35/132) と佐藤らの報告に比べ可成り向上している。

この治療切除率の向上は、診断技術及び麻酔学の進歩もさることながら手術術式の拡大に負うところが大きい。特に、拡大肝右葉切除や脾頭十二指腸切除 (以下 PD)、更には拡大肝右葉切除+PD などが積極的に行われるようになってきたことによる。しかし、このような術式の拡大が手術成績の向上に直接結びついているとは言い難く、期待されたほどの治療効果があがっていないのが現状のようである³⁻⁶⁾。

最近、胆嚢隆起性病変に対する超音波診断⁷⁻⁹⁾の著しい進歩により、早期発見、早期手術例は増加し

表14 胆嚢癌非治癒切除症例

G.C.C. ('72. 4 ~ '86. 3)

No	氏名	年齢・性	部位	大きさ	肉眼型	Stage	因子	術式	胆石	予後	死因
1	K. K	62・F	全	鶏卵大	浸潤	IV	S ₂ , Binf ₃ Hinf ₁ , N ₂	胆摘・T字管	+(コ)	1 Y 1 M	肝転移
2	F. B	78・M	体部	〃	結節浸潤	II	S ₁ , N ₁	胆摘・総胆管 十二指腸吻合	—	1 Y 1 M	肝硬変 (Ph-ca?)
3	T. Y	58・F	底体	手拳大	浸潤	IV	S ₃ , H ₀ 腹壁浸潤	胆摘 結腸右半切除	+(コ)	7 M	癌性腹膜炎 肝転移
4	A. H	70・F	頸部	小鶏卵	〃	IV	S ₂ , Binf ₃ Hinf ₂ , N ₁ , P ₁	胆摘・肝門部 腫瘍貫通T字管	+(コ)	8 M	癌性腹膜炎 イレウス
5	H. S	67・M	全	鵝卵大	〃	IV	S ₃ , Binf ₃ Hinf ₃ , H ₂	胆摘	—	2 M	癌性腹膜炎
6	S. S	63・M	全	10×8 cm	乳頭浸潤	IV	S ₂ , H ₁	胆摘・肝床切除 肝右葉部分切除	—	6 M	肝転移
7	N. S	53・F	底部	5×3 cm	〃	IV	S ₂ , H ₀ , P ₂ Hinf ₀ , N ₁	胆摘	+(コ)	1 Y 7 M	〃 癌性腹膜炎
8	S. T.	56・F	全	6×4 cm	浸潤	IV	S ₃ , Binf ₃ Hinf ₃	胆摘・左肝内 胆管外瘻	—	6 M	肝転移 癌性腹膜炎
9	H. K	72・M	全	鶏卵大	乳頭	II	H ₀ , Binf ₁ pm, bw(c) ₁	胆摘	—	10 M	癌性腹膜炎 DIC
10	N. G	66・F	全	14×6 cm	特殊 (カルチノイド)	IV	S ₃ , H ₂ Hinf ₃ , N ₃	胆摘	—	3.6 M	肝転移
11	M. F	61・F	体底	3×3 cm	乳頭浸潤	IV	S ₂ , H ₂ Hinf ₃ , n ₁	胆摘	—	5 M	〃

ているものの、相変らず80%以上が進行胆嚢癌で占められている現在、癌の進展様式を知り、個々の症例に応じた適切な術式を選択していくことは極めて重要と思われる。

周知のごとく、胆嚢癌は胆嚢の解剖学的位置関係、粘膜筋板の欠如、Rokitansky-Ashoff sinus の存在あるいは周囲のリンパ管、血管および神経の複雑な走行などのため早期に進展し周囲臓器へ浸潤する。その進展様式は一般に肝、胆管や十二指腸、横行結腸などへ直接浸潤、肝十二指腸間膜への間質浸潤による肝内部及び肝内浸潤、腹膜播種やリンパ行性および血行性転移などに分けられる¹³⁾。

手術例42例の肉眼的進行度をみると、Stage I : 2例(4.8%)、St. II : 3例、St. III : 2例、St. IV : 35例(83.3%)で Stage IVが圧倒的に多い。Stage

IV35例の肉眼的近展様式は S₂₋₃ 100%、Hinf₁₋₃ 91.4%、Binf₁₋₃ 51.4%、N₁₋₃ 42.9%にみられ、肝転移が37.1%、腹膜播種が28.6%であり、肝、胆管、消化管などへの直接浸潤が主な進病様式であった(表5, 10, 11)。

自験例を Stage 別に手術の根治度との関係でみると、St. I の2例は全例治癒切除しえたが、St. II の3例中2例にNおよび Binf 因子のため非治癒切除となったのは初期の症例であった。St. IIIの2例は拡大胆摘、胆管合併切除により治癒切除された(表13, 14)。St. IVの35例では、治癒切除は2例(5.7%)にすぎず、非治癒切除9例(25.7%)および非切除24例(68.6%)であった。

次に、手術術式についてみると、治癒切除7例では、単純胆摘2例、拡大胆摘3例、胆摘+胆管およ

び横行結腸合併切除各1例であり、また、非治癒切除11例では、胆摘9例（うち肝門部腫瘍貫通丁字管2例、内胆汁瘻1例、外胆汁瘻1例）、胆摘+右半結腸切除1例、胆摘+肝部分切除1例であった（表13, 14）。

さて、非治癒切除11例の非治癒切除となった理由（重複例を含む）をみると、胆管浸潤（Binf）が5例（45.5%）で最も多く、ついで肝転移（H）が4例（36.4%）で、一方、腹膜播種（P）およびリンパ節転移（N₂₋₃）は、それぞれ2例（18.2%）のみであり主要因ではなかった。また、非切除24例の切除不能となった主な理由を検討すると、肝直接浸潤（Hinf）の高度なものが83.3%にみられ、同時に Binf および H 因子を伴う高度進行癌症例であった。次に Binf 因子のみが54.2%、C 因子が29.2%、P 因子が25%に認められた。

次に、手術の根治度別に遠隔成績をみると、治癒切除7例では、2生率51.4%で2例が1 Y 4 M, 1 Y 2 M で健存中であるのに対し、非治癒切除11例では、1生率27.3%で2年以上の生存例はない。ついで非切除16例の平均生存月数は4.7 M で、そのうち、NCS, 5-FU と OK-432 の長期投与により術後2 Y 1 M 生存した73歳、男性の1症例を経験している。

一般に、胆嚢癌の手術術式については、リンパ節廓清を伴った胆摘、拡大胆摘、拡大肝右葉切除が主な術式であるが、さらに進展様式によって、胆管な周囲の浸潤臓器の合併切除が行われており、最近では、更に拡大肝右葉切除+PD⁴⁻⁶⁾なども行われている。

大内ら⁹⁾によると、Stage I で拡大胆摘術4例の5生率が100%であるのに対して、Stage I で単純胆摘12例の5生率は57%と悪く、m癌でも6例中2例が、pm, ss 癌では6例中5例が死亡していることから、Stage I こそ拡大胆摘術の適応にすべきであると述べている。

Stage II 以上では脈管浸襲を殆どどの症例で認めること、さらに、Stage III, IV では hw を陰性となしうる症例が少ないことより、胆嚢床を2 cm 切除する術式では不充分であるとして、吉川ら⁴⁾は Stage III, IV では拡大肝右葉切除+PD が理想的であるとし、これにより27%の治癒切除率をあげている。また、土屋ら¹⁰⁾は中下区域、前下区域の選択的肝区域切除を標準術式としている。しかし、持永ら¹¹⁾は先進部から最大で15mm 離れたグ鞆内にリンパ管

浸襲を認めたと報告しており、また、佐藤ら¹²⁾は巨大な肝浸潤以外では拡大肝右葉切除は行わず、癌の先進部より2 cm 前後離れた位置での CUSA を用いた非定型的切除で充分ではないかと述べている。

一般に、no の Stage I でも、また、n₁ 陽性の Stage II でも R₂ のリンパ節廓清は必要である。Stage III, IV 症例では、n₂ 陽性例が多いことから R₃ の廓清が必要であり、吉川ら⁴⁾、土屋ら¹⁰⁾はそのために PD を併施することが望ましいとしている。しかし、Stage IV の症例では、肝床部浸潤以外に、リンパ管および神経周囲浸潤を伴うことが多く¹³⁾、拡大肝右葉切除同時施行は、大きな手術侵襲を伴う一方、残存肝、N₄ リンパ節、腹膜などへの癌遺残の可能性もあり、安全性、根治性の点から一定の限界があるので、超拡大手術の適応については、集学的治療を含めて、今後、慎重な検討が必要であると思われる。

ま と め

過去14年間に経験した胆嚢癌56症例を胆道癌取り扱い規約に基づいて分類し、臨床的検討を行ない次の結論を得た。

1) 胆嚢癌初回手術例は42例で、切除例は18例、切除率42.9%であった。治癒切除例は7例で、治癒切除率は対切除例の38.9%であった。

2) Stage 別では、I 2例、II 3例、III 2例（11.1%）、IV 11例（61.1%）で、切除18例のうち72.2%は St. III～IV の進行癌であった。

3) 肉眼形態的には、胆嚢全体に及んだ浸潤型が63.3%（31/49）で最も多く、すでに、肝、胆管、消化管などへ進展した症例が過半数を占めた。

4) 漿膜浸潤度および肉眼型と予後の間には密接な関連がみられ、乳頭型で深達度が筋層までの症例は、比較的予後良好であった。

5) 遠隔成績では、治癒切除7例の2生率は51.4%で、一方、非治癒切除11例には2年以上の生存例はなかった。また、非切除で耐術者16例の平均生存期間は4.7カ月であった。

6) 手術術式では、Stage I には原則として拡大胆摘術を、また、Stage II 以上には浸潤臓器合併切除と R₂₋₃ のリンパ節廓清が必要と思われる。

7) 再発形式では、癌性腹膜炎と局所再発が多いことから、超拡大手術と集学的治療については、今後の課題としたい。

文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編： 外科・病理胆道癌取扱い規約, 金原出版, 1986.
- 2) 佐藤寿雄： 胆嚢癌の治療をめぐる 2, 3 の問題点, 外科, 38 : 373, 1976.
- 3) 宮崎逸夫, 他： わが国における胆嚢癌治療の現況—アンケート集計結果から—, 胆と膵, 4 : 1171~1176, 1983.
- 4) 吉川達也, 羽生富士夫, 他： 胆嚢癌の治療—胆嚢癌拡大手術の意義, 胆と膵, 4 (9) : 1251~1261, 1983.
- 5) 大内清昭, 佐藤寿雄, 他： 胆嚢癌治癒切除例の検討—とくに Stage 別にみた予後を中心に—, 日外会誌, 87 (7) : 774~780, 1986.
- 6) 水本龍二, 他： 胆嚢・胆管の治療, 癌の臨床, 32 (10) : 1249~1257, 1986.
- 7) 土屋幸治, 他： 胆嚢癌早期診断の実際, 胆と膵, 4 : 1193, 1983.
- 8) 天野秀雄, 他： 隆起性早期胆嚢癌と良性胆嚢隆起性病変の鑑別診断, 胆と膵, 2 : 209, 1983.
- 9) 伊藤 徹, 他： 胆嚢隆起性病変をどうするか, 診断上の問題—エコーでどこまで鑑別できるか—, 臨床外科, 41 (1) : 25~30, 1986.
- 10) 角田 司, 土屋涼一, 他： 胆嚢癌の標準手術式, 消化器外科, 5 : 183, 1982.
- 11) 持永瑞恵, 横山育三, 他： 胆嚢癌の転移形式に関する臨床的並びに実験的研究, 日外会誌, 76 : 1139, 1975.
- 12) 佐藤寿雄, 小山研二： 胆嚢癌に対する拡大根治手術, いわゆる拡大胆摘術の遠隔成績の反省から, 消化器外科, 5 : 191, 1982.
- 13) 永井秀雄, 森岡恭彦, 他： 剖検例からみた胆嚢癌の進展様式, 胆と膵, 4 : 1229~1241, 1983.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN 56 PATIENTS
WITH GALLBLADDER CARCINOMA**

**SHIGERU NAKAMURA, SYOZABURO SAKAUE, MORIHIKO KIMURA,
TAKAHIRO FUKUDA, SHIGEO ISSHIKI, YUKIO SHIMIZU,
TOKIHIRO KOIDA**

Division of Surgery, Gunma Cancer Center,
Ohta, 373, Japan.

Fifty-six cases of gallbladder carcinoma treated in our center during the past 14 years (1972-'86) were investigated clinicopathologically according to General Rules for Surgical and Pathological Studies on Cancer of Biliary Tract, published by the Japanese Society of Biliary Surgery, and the results of surgical treatment for 42 cases were examined, and the following results were obtained.

1) The primary surgical cases were 42 and the resected cases were 18 (42.9%) of the 42. The curative resection cases were 7 (38.9%) of the 18.

2) According to the macroscopical Stages, patients of Stages I, II, III and IV were 2, 3, 2 and 11, respectively. Thirteen (72.2%) of 18 cases were markedly advanced Stages III-IV.

3) With respect to macroscopical appearance, the infiltrative type was the most frequent, in 31 (63.3%) of 49.

4) Most patients in Stage I had tumors of the papillary type with cancer-infiltration to muscle layer. These showed better prognoses, but in Stages II, III and IV, most tumors were infiltrative or nodular types with positive serosal, vascular or perineural invasion. These had poorer prognoses.

5) The 2-year survival rate of 7 cases with curative resection was 51.4%. In 11 cases with non-curative resection, no one survived more than 2 years after the operation.

These results show that extended cholecystectomy with wedge-resection of the liver bed and radical lymphnode-dissection (R2) are indicated in Stage I, and more radical procedures or combined multidisciplinary therapy should be applied in the advanced Stages of this disease.

Key words : Gallbladder carcinoma, Stage.