胆道（含む胆嚢）癌の外科的治療成績**

Evaluation of Surgical Treatment for Carcinoma of the Biliary Tract

吉 川 達 也* 江 口 礼 紀*
TATSUYA YOSHIKAWA, M. D. REIKI EGUCHI, M. D.
今 泉 俊 秀* 羽 生 富 士 夫*
TOSHIHIDE IMAIZUMI, M.D. & FUJIO HANYU, M. D.

教室で1968年1月から1986年12月までに経験した胆道癌症例は660例で、切除例は330例、切除率50%である。胆道癌の部位別切除率は乳頭部癌の94%を筆頭に、下部胆管癌・中部胆管癌の順に比較的良く切除されているが、胆嚢癌・胆管癌では40%前後の、低い切除率であった。胆道癌切除例の生存率は、5生率でみると乳頭部癌が最も良好で、下部胆管癌・胆嚢癌・肝門部胆管癌・中部胆管癌の順に、それぞれ50%・45%・25%・11%・5%であった。

胆道癌は各部位により、進展様式・手術術式・再発様式・治療成績など、異なった問題があるので、各部位別に1, 2の問題点について述べた。乳頭部癌では、14番リンパ節の十分な郭清、胆管癌では surgical margin を陰性にする事、胆嚢癌ではこれに加え広範リンパ節郭清のための努力が必要で、縮小手術を云々する時期ではないことを強調した。

索引用語：胆管癌、乳頭部癌、胆嚢癌、外科治療成績

Key words : carcinoma of the bile duct, carcinoma of the papilla of Vater, carcinoma of the gall bladder, evaluation of surgical treatment

はじめに

胆道癌は胆道癌取扱い規約¹⁾で、乳頭部癌・胆管癌・胆嚢癌の三つの癌を含めたものと規定されているが、これらの胆道癌の外科治療成績は、癌の部位によってかなりの差異がみられる。

胆道癌の中にあって、乳頭部癌は切除率は高く、進行度の低いものも少なくないため、最も治療成績は良好である。一方、胆嚢癌と胆管癌、うち肝門部胆管癌は解剖学的特性や制約、あるいは進

展様式の特性から、診断された時点では進行例が多く、切除率は肝癌と並んで、他の消化器癌に比し極めて低く、たとえ切除できても非治癒切除に終わることが多いことより、外科治療成績は極めて不良である。

従って、胆道癌の外科治療成績や問題点は一様には論じられないことから、本稿では、乳頭部癌・胆管癌・胆嚢癌の各々について、当センターでの外科治療成績と、二、三の問題点について述べる。

1. 自験例の概要

教室で1968年1月から1986年12月までに経験した胆道癌症例は660例で、その内訳は表-1の如くである。その部位別切除率は、乳頭部癌の94%を筆頭に、下部胆管癌・中部胆管癌の順に比較的良く切除されているが、胆嚢癌・肝門部胆管癌では40%そこそこの、極めて低い切除率となっている

* 東京女子医科大学消化器病センター外科
Department of Surgery, The Institute of
Gastroenterology, Tokyo Women's Medical
College

* 第241回順天堂医学会学術集会 [May 28, 1987]
(July 16, 1987 受付)

表-1 胆道癌の切除成績

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

	症例数	切除例	切除率（％）
胆嚢癌	305	123	40％
肝門部胆管癌	113	43	38％
原発不明肝門部癌	31	1	3.2％
中部胆管癌	47	29	62％
下部胆管癌	65	45	69％
乳頭部癌	95	89	94％
広範囲胆管癌	4	0	0％
計	660	330	50％

図 1 胆道癌切除例の生存率（K.M.法）
（1968. 1～'86. 12）

表-2 乳頭部癌95例

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

I. 切除例	89例（79）	切除率＝93.7％
1. 膵頭十二指腸切除術	85例（77）	
2. 膵全摘術	1例（1）	
3. 乳頭部切除術	3例（3）	
II. 非切除例	3例	
III. 非手術例	3例（3）	治癒切除例

（表-1）.

次に胆道癌切除例の生存率は、5 生率でみると乳頭部癌が最も良好で、下部胆管癌・胆嚢癌・肝門部胆管癌・中部胆管癌の順となっている（図-1）.

2. 乳頭部癌

当教室で経験した乳頭部癌切除例は89例，切除

表-3

胆道癌規約（stage）				
	I	II	III	IV
リンパ節転移	N（-）	N（+）	N（+），N（+）	N（+）
腹膜転移	P ₀	P ₀	P ₀	P _{1~3}
肝転移	H ₀	H ₀	H ₀	P _{1~3}
膵臓浸潤	Panc ₀	Panc ₁	Panc ₂	Panc ₃
十二指腸浸潤	D ₀	D ₁ ，D ₂	D ₃	—

組織学的進行度（stage）				
	I	II	III	IV
リンパ節転移	n ₀	n ₁ （+）	n ₂ （+），n ₃ （+）	n ₄ （+）
腹膜転移	p ₀	p ₀	p ₀	p _{1~3}
肝転移	h ₀	h ₀	h ₀	h _{1~3}
膵臓浸潤	panc ₀	panc ₀	panc _{1α}	panc _{1β~3}
十二指腸浸潤	d ₀	d ₁ ，d ₂	d ₃	—

表-4 乳頭部切除例の stage

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

stage	症 例	％
I	11	13％
II	32	38％
III	12	14％
IV	30	35％
計	85	100％

乳頭部切除例 3 例 重複癌（膵頭部癌）13例を除く

図-2 乳頭部癌切除例の stage 別生存率（K. M. 法）
（1968. 1～'86. 12）

率93.7%，治癒切除は79例，治癒切除率83.2%で，他の胆道癌とは違い良好な切除成績を示している(表-2)。

1) 切除例の stage

胆道癌取扱規約による乳頭部癌の組織学的進行度分類は，未だ規定されていないが，われわれは，panc 因子を重視する立場から，panc 1 を更に深達度が脾間質までの α ，実質までの β に分け，肉眼的進行度より一つづつ下げ，表-3の如く規定している(表-3)。

これによるわれわれの乳頭部癌切除例の組織学的進行度は表-4の如くで，stage 1, 2 で50%を占め，他の胆道癌に比し，比較的早期の症例が多くなっているのが特徴である(表-4)。

2) stage 別の遠隔成績

切除例の stage 別累積生存率をみると，stage 1 の5生率は100%と極めて良好な成績であるが，stage 2 以下では癌死がみられ，特に stage 4 では5生率6%と，膵頭部癌同様に極めて成績不良となっている(図-2)。

3) 再発様式

stage 別の再発様式についてみると，主なものは14番リンパ節再発と，肺肝骨などの遠隔転移，特殊型として手術操作による術中散布と思われる腹膜播種などで，いずれも stage が進むにつれ

表-5 乳頭部癌の stage 別再発形式

stage	検出例	再発例	再発率	14番リンパ節再発率	肺・肝・骨転移率	特殊型*
I	9	0	0%	0(0%)	0(0%)	0(0%)
II	24	6	25%	2(8%)	3(13%)	1(4%)
III	6	3	50%	1(17%)	1(17%)	1(17%)
IV	20	17	85%	7(35%)	5(25%)	5(25%)
	59	26	44%	10(16%)	9(15%)	7(12%)

* 他医にて，胆汁外瘻，経十二指腸的生検後の再発

て，頻度が高くなっている(表-5)。

再発までの期間を stage 別にみると，stage 2, 3, 特に stage 2 では，術後2年半以上の比較的長い期間を経てからの，14番リンパ節再発例が少なからず認められた。これらの症例の多くは，標準的膵頭切除が行われた R 1 症例であった。stage 3, 4 では肝転移を中心とした遠隔転移で，2年以内の早期に死亡しているものが目立った(図-3)。

以上に述べた手術成績の検討から，乳頭部癌においては，14番リンパ節の郭清に重点をおいた R 2 郭清が重要であり，これにより特に stage 2 あたりの遠隔成績向上が期待される。

3. 胆管癌

1) 切除例の手術術式

切除例117例の術式は，部位および進行度に応

乳頭部癌治癒切除例の予後 (1986. 12)

図-3 乳頭部癌治癒切除例の予後 (1986. 12)

表-6 胆管癌の切除術式

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

占居部位	術 式	症例数	直死例 (直死率)
肝門部胆管癌 Br・Bl・Bs Bh * *	拡大肝葉切除 * ☆	15例	1例
	肝葉切除 * ☆	4	
	肝門部肝切除☆	7	1
	肝門部胆管切除 *	17	4
	小 計	43例	6例 (14%)
中部胆管癌 (Bm)	肝門部肝切除	1	1
	中上部胆管切除	6	
	膵頭十二指腸切除	22	3
	小 計	29例	4例 (14%)
下部胆管癌 (Bi)	膵頭十二指腸切除 *	45例	6例 (13%)
計		117例	16例 (14%)

* 血管合併切除を含む (6例)

☆膵頭十二指腸切除付加例を含む (3例)

* * 肝門胆管癌肝門部浸潤例

じて多種多様の術式が選択された。肝門部癌では当然、肝切除が行われることが多く、更に膵頭十二指腸切除が付加されることもあり、中下部胆管癌では圧倒的に膵頭十二指腸切除が行われている。血管合併切除は6例に行われた。部位にも係わらず約14%の直死率がみられ、他の消化器癌手術に比して、まだまだ高い死亡率といわざるをえない (表-6)。

2) 切除例の stage

進行度をみてみると、stage 3, 4 の進行例が58%・25%と全体の83%を占め、特に肝門部胆管癌でその傾向が顕著である (表-7)。

3) stage 別遠隔成績

stage 別生存率をみてみると、stage 1 の5生率85%に対し、stage 2 から急激に不良となり、stage 4 ではわずか10%にすぎない (図-4)。

4) 治癒切除率と治癒度別遠隔成績

われわれの症例では、組織学的にみた治癒切除率は全体で23%に過ぎず、なかでも肝門部胆管癌43例は1例を除き、全例組織学的非治癒切除に終わっており、外科治療上の大きな問題点である (表-8)。

表-7 胆管癌切除例の stage

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

stage	占 居 部 位			計	%
	肝門部	中 部	下 部		
I	2	3	5	10	8.5%
II	3	2	5	10	8.5%
III	28	20	20	68	58%
IV	10	4	15	29	25%
計	43	29	45	117	100%

図-4 胆管癌切除例の stage 別生存率 (K. M. 法)
(1968. 1～'86. 12)

表-8 胆管癌の治癒切除率

東京女子医大消化器病センター（1968. 1～'86. 12）

	絶対的 治癒切除例	相対的 治癒切除例	絶対的 非治癒切除例	相対的 非治癒切除例
肝門部胆管癌 43例	1		33	9
中部胆管癌 29例	1		11	17
下部胆管癌 45例	24	1	9	11
計 117例 (100%)	26	1	53	37
	27 例 (23%)		90 例 (77%)	

治癒度別生存率をみると、治癒切除と非治癒切除の間に明らかな差異がみられた (図-5)。

5) 組織学的非治癒切除となった因子

組織学的に非治癒切除となった因子をみると、肝側胆管断端 hw 因子では、hw 0 は44.5%にとど

図-5 切除例の治癒度別生存率 (K.M.法)

表-9 胆管癌の肝側胆管断端における組織学的判定

東京女子医大消化器病センター (1968. 1~'86. 12)

	hw ₀	hw ₁	hw ₂
肝門部胆管癌43例 (100%)	6(14%)	7(16%)	30(70%)
中部胆管癌 29例 (100%)	9(31%)	15(52%)	5(17%)
下部胆管癌 45例 (100%)	37(82%)	3(7%)	5(11%)
計 117例 (100%)	52例 (44.5%)	25例 (21.5%)	40例 (34%)

り, hw₁・hw₂がそれぞれ21.5%・34%である。下部胆管癌ですらもhw(陽性)になる例もみられ, 中部および肝門部胆管癌では, 断端陽性例が極めて多いという結果であった(表-9)。

次に剥離面における組織学的切除端ewについてみると, ew(0)は全体で25.5%にとどまり, hwと同様の傾向を示した(表-10)。

ともすればなおざりにされている因子であるが, 十二指腸側胆管断端(dw)の問題もある。膵頭十二指腸切除がなされなかった例では, 中部胆管癌では7例中7例, 肝門部胆管癌ですらも41例中21例にdw陽性の結果であった(表-11)。

6) 再発様式

以上の結果を反映して, 術後再発様式を検討し

表-10 胆管癌の剥離面における組織学的判定

東京女子医大消化器病センター (1968. 1~'86. 12)

	ew ₀	ew ₁	ew ₂
肝門部胆管癌43例 (100%)	1(2.5%)	29(67.5%)	13(30%)
中部胆管癌 29例 (100%)	3(10%)	19(66%)	7(24%)
下部胆管癌 45例 (100%)	26(58%)	15(33%)	4(9%)
計 117例 (100%)	30例 (25.5%)	63例 (54%)	24例 (20.5%)

表-11 胆管癌の十二指腸側胆管断端における組織学的判定
(膵頭十二指腸切除症例を除く)

東京女子医大消化器病センター (1968. 1~'86. 12)

	dw ₀	dw ₁	dw ₂
肝門部胆管癌41例	20	8	13
中部胆管癌 7例		4	3
計 48例 (100%)	20例 (42%)	12例 (25%)	16例 (33%)

表-12 胆管癌の再発形式

—再発が確認された31例—

東京女子医大消化器病センター (1968. 1~'86. 12)

	局所再発	肝転移	腹膜播種	リンパ節転移	その他の遠隔転移
肝門部胆管癌16例	14 (88%)	6 (38%)	4 (25%)	7 (44%)	8 (50%)
中部胆管癌 6例	5 (83%)	3 (50%)	0 (0%)	3 (50%)	2 (33%)
下部胆管癌 9例	4 (44%)	7 (78%)	0 (0%)	1 (11%)	2 (22%)
計 31例	23 (74%)	16 (52%)	4 (13%)	11 (35%)	12 (39%)

ても肝門部, および中部胆管癌では高率に局所再発を示し, 比較的治癒切除が得られた下部胆管癌では, 局所再発は少なく, 肝転移が高率にみられた(表-12)。

7) 進展様式

切除112例の癌先進部位の組織学的長軸進展で

表 13 胆管癌先進部位の組織学的検討

(東京女子医大消化器病センター 1968. 1～'86. 12)

I 長軸進展

進展法	先進層	直接浸潤	脈管侵襲	神経侵襲
	粘膜表層	23 (21%)	23	
	粘膜固有層	7 (6%)	1	6
	線筋層	70 (62%)	33	36
	外膜を含む			1
	壁 外	12 (11%)	6	6
計	112例 (100%)	57 (51%)	48 (43%)	7 (6%)

II 側方進展

進展法	直接浸潤	脈管侵襲	神経侵襲
症例数			
112例 (100%)	45 (40%)	34 (30%)	33 (30%)

限局型 (検討 27 例)

肉眼的判定 (癌浸潤端より切除断端までの肉眼的距離)

組織学的判定	0 cm	0.5 cm	1.0 cm	1.5 cm	2.0 cm	3.0 cm	3.0 cm～
hw ₂		●●					
hw ₁		●	●●●				
hw ₀			●●	●●	●●●●	●●	●●●●●●●●

浸潤型 (検討 69 例)

	0 cm	0.5 cm	1.0 cm	1.5 cm	2.0 cm	3.0 cm	3.0 cm～
hw ₂	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○	○○	○○○○			
hw ₁	○○	○○○○○ ○○○○○ ○○	○○○○○	○○	○○		
hw ₀		○○	○○○○○	○○○○○ ○	○○○○○	○	○○○○○ ○○

図-6 肝側切除断端の肉眼的判定と組織学的判定

東京女子医大消化器病センター (1968. 1～'86. 12)

は、壁内の線筋層を進展するものが圧倒的で、進展様式は直接浸潤はさることながら、リンパ管侵襲で代表される脈管侵襲によるものが43%と多くみられ、側方進展に関しても、脈管侵襲は30%、神経侵襲は30%となっており、特にこの神経周囲浸潤は、他の消化器癌ではあまりみられない、膵胆道癌における特徴的な進展様式である(表-13)。

8) 胆管切除断端の肉眼判定と組織学的判定

手術に際し最も問題となるのは、肉眼的な切離線の決定である。肝側胆管断端 hw に関する肉眼判定と、組織学的判定の対比をしてみると、肉眼型が限局型のものは腫瘍の肉眼的辺縁から、切除断端までの距離が1 cm以上になり、はじめて全例 hw0 となり、浸潤型では2 cm以上とることによってはじめて、全例 hw0 となっていた(図-6)。十二指腸側胆管断端 dw においても、ほぼ hw と類似の結果であった。胆管癌手術において、癌腫辺縁から2 cm以上離れて胆管を切除することは、解剖学的制約から困難なことも少なくないが、可能な限り追求切除し、時には肝切除・膵頭十二指腸切除もあえて行うという姿勢が肝要と思わる。

4. 胆嚢癌

1) 切除例の手術術式

切除例は手術例193例中123例64%であるが、治癒切除となると32%に過ぎない。

切除例の手術術式をみると、多様な進展様式のために様々な術式がとられている。このうち肝切除兼膵頭十二指腸切除といった手術が、34例にとられていることがわれわれの施設の特徴である。血管合併切除は7例に施行されている。切除例に対する治癒切除はほぼ半数であった(表-14)。

2) 切除例の stage と stage 別遠隔成績

胆嚢癌切除例114例の stage をみると、表-16の如くで stage 3, 4 で、合わせて61%と多くは進行癌症例であった(表-15)。

stage 別生存率をみると、stage 1 は良好な成績を示しているが、stage 2 になると歴然とした差がみられ、stage 3, 4 に至っては惨憺たる成績を示している(図-7)。

表-14 胆嚢癌の切除術式

東京女子医大消化器病センター (1968~'86. 12)

術 式	切除数 (治癒切除数)
胆 摘	40 (22)
胆摘 + リンパ節郭清	6 (6)
胆摘 + 胆管切除 *	9 (5)
〃 + その他の臓器合併切除	2 (1)
肝床切除	12 (8)
肝床切除 + 胆管切除 *	7 (4)
(拡大) 肝右葉切除	3 (1)
〃 + 胆管切除	7 (1) 血管合併切除1
膵頭切除	3 (0) * *
肝床切除 + 膵頭切除 * *	18 (5) 血管合併切除2
(拡大) 肝右葉切除 + 膵頭切除 ***	16 (9) 血管合併切除4
計	123 (62)

* その他の臓器合併切除を含む

* * 膵頭部癌との重複癌、胆管癌との重複癌の2例を含む

* * * 胆管癌との重複癌1例を含む

表-15 胆嚢癌切除例の stage

東京女子医大消化器病センター (1968~'86. 12)

stage	症 例	%
I	26	21%
II	22	18%
III	15	12%
IV	60	49%
計	123	100%

図-7 胆嚢癌切除例の stage 別生存率 (K.M. 法)

(1968~'86. 12)

表-16 肝内進展様式 36例

肉眼的 肝内進展方向	hinf	α	β	γ	計
肝門部型		0	3	13	16
肝床部型		9	11	0	20
計		9	14	13	36

表-17 肝十二指腸間膜内進展様式
- 32例 -

進展様式		例数
間質内進展	間質直接浸潤	28例 (93%)
	リンパ管侵襲	30例 (94%)
	静脈侵襲	21例 (70%)
	神経周囲浸潤	27例 (84%)
	胆管浸潤	26例 (87%)

リンパ節転移
53/78 68%

図-8 胆嚢癌切除例のリンパ節部位別転移
- 78例 -

3) 切除例の進展様式

われわれが進行胆嚢癌に対し、積極的に拡大手術を行ってきた結果、胆嚢癌における進展様式が次第に明らかになってきた²⁾³⁾。胆嚢癌切除例の主な進展様式をみると、肝浸潤43%・肝十二指腸間膜浸潤39%、その他の他臓器浸潤24%・リンパ節転移68%などであった。

肝内での進展様式を組織学的にみると、限局性・膨張性進展を示すもの（仮に $\text{INF } \alpha$ ）と、浸潤性進展を示すもの（仮に $\text{INF } \gamma$ ）、その中間を示すもの（仮に $\text{INF } \beta$ ）とに大別された。肝浸潤を肝門部に浸潤をみる肝門部型と、肝床側に浸潤をみる肝床部型に分けて、肝内での進展様式をみると、肝床部型では、 $\text{INF } \alpha$ 、 β といった、ほぼ限局性膨張性の進展を示す傾向がみられた。肝門部型では、 $\text{INF } \gamma$ の浸潤性進展の傾向がみられ、多くはグリソンに沿って、肝門部から肝内深く進展していた（表-16）。肝浸潤例の病理組織学的な検討から、肝床部型では、肉眼的肝内進展先進部から2 cm離れた肝切除で、根治性を損うことはないと思われたが、一方肝門部型では、拡大肝右葉切除が必要であると考えられた。

次に、肝十二指腸間膜浸潤例の進展様式をみると、リンパ管侵襲・静脈侵襲・神経周囲浸潤は、それぞれ94%・70%・84%と高頻度にみられた（表-17）。ひとたび肝十二指腸間膜浸潤がおこれば、肝門部から臍頭部後面に連続する脈管や、神経に富んだ疎な間質内を長軸方向へ、一気に進展してしまうことが推測された。従って、理論的には臍頭十二指腸切除、時には拡大肝右葉切除、更に徹底すればそれらと、肝十二指腸間膜の一括切除が必要と考えている。

次にリンパ節転移状況についてみると、78例中リンパ節転移は53例68%と高率にみられ

リンパ節	転移率(%)
3	1.3
4	3.8
5	2.6
6	3.8
7	0
8	18
9	0
10	0
11	1.3
12	a ₁ 3.8
	a ₂ 6.4
	b ₁ 10
	b ₂ 41
	c 12
	p ₁ 2.6
	p ₂ 5.1
	h 5.1
13	a 33
	b 0
14	a 7.7
	b 1.3
	c 1.3
	d 3.8
15	0
16	5.1
17	a 6.4
	b 1.3

14%

表-18 深達度、占居部位とリンパ節転移率

占居部位 深達度	Gn	Gfb2領域	Gf又はGb 1領域	合 計
ss	50%(6/12)	100%(6/6)	14%(1/7)	52%(13/25) (n ₂ : 46%)
se sei hinf	83%(34/41)	0%(0/3)	100%(2/2)	78%(36/46) (n ₂ ~: 89%)

た。リンパ節の主な転移経路として、12b から 8 への流れと、12b から13さらに14への二つの流れが重要と考えられた (図-8)。

更に脾頭切除がなされ、3群までのリンパ節が実際に郭清された34例に限って転移状況をみると、14領域は32%の高い転移率を示した。また 12b 1, b 2 のいずれかに転移のみられた21例での 13a, 14への転移は、それぞれ67%・38%と極めて高率であった。

従って、12b 1・12b 2 のいずれかに転移のみられる症例では、13a 14の郭清の必要からも脾頭十二指腸切除が不可欠であるといえる。

次に腫瘍の深達度、および占居部位とリンパ節転移についてみてみると、深達度 se 以上のものでは部位による大差はなく、78%に転移がみられ、その89%は2群以上の転移であった。一方、深達度 ss では全体で52%に転移がみられ、うち2群が50%を占めたが、占居部位がGnにかかるもの、Gf・b の2領域にわたるものに、50~100%と高頻度であった (表-18)⁴⁾。

4) 胆嚢癌に対する手術方針

現時点でのわれわれの、胆嚢癌に対する手術方針を述べる。肝床切除兼脾頭十二指腸切除をすべきとするものは、肉眼的 stage 1, 2 のうち、S 1 が迅速生検で ss 以上のもので、占居部位が、Gn あるいは Gf・Gb の 2 領域にわたるもの、さらに⑩リンパ節転移陽性のものと考ええる。従来、諸家により、標準術式とされてきた肝床切除 R2 郭清の適応症例は、極めて限定さるべきものと考えている。stage 3, 4 では、全例肝切除兼脾頭十二指腸切除を行うべきであるが、肝切除の範囲は肝への浸潤様式により、肝床切除から区域切除、最大

拡大肝右葉切除と症例に応じて決定すべきと考えている。時として、最も極限的な手術として、右三区域肝十二指腸間膜脾頭十二指腸切除も考慮する。

しかしながら、stage 3, 4 といった高度進行例では、外科治療のみではおのずと限界がある。一方、stage でいえば 1, 2, 深達度でいえば ss あたりが最も外科治療成績の向上が期待できる進行度と思われ、この時期での発見が強く望まれるとともに、進展様式に応じた適切な手術が要求され、外科医の責任は大である。

おわりに

以上、乳頭部癌・胆管癌・胆嚢癌の外科治療成績と、それぞれについての一、二の問題点について述べた。

胆道癌においては、外科治療以外に有効な治療法がない現状で、しかも、局所再発が極めて多い事実を考えると、外科医としては、乳頭部癌では 14リンパ節の十分な郭清、胆管癌では surgical margin を陰性にする、胆嚢癌ではこれに加え、広範リンパ節郭清のための努力が必要であり、縮小手術を云々する時期ではないことを強調したい。

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第2版。金原出版、東京、1986
- 2) 吉川達也、羽生富士夫、中村光司、他：胆嚢癌の治療－胆嚢癌拡大手術の意義。胆と脾、4：1251~1261, 1983
- 3) 羽生富士夫、吉川達也、中村光司、他：胆嚢癌の拡大手術。肝胆脾、10：585~592, 1985
- 4) 羽生富士夫、吉川達也：胆嚢癌の進展様式と手術術式。肝胆脾、14：367~373, 1987