原 著

胆嚢癌治癒切除例の臨床病理学的検討

—特に予後に影響する因子について—

大垣市民病院外科

神 田 裕 蜂須賀 喜多男 山 口 晃 弘
磯 谷 正 敏 加 藤 純 爾 松 下 昌 裕
小 田 高 司 原 川 伊 寿 久 世 真 悟
真 弓 俊 彦 村 上 文 彦

過去26年間に経験した胆嚢癌173例のうち肉眼的治癒切除例51例(29.5%)を対象としてその手術成績に影響する要因を検討した。治癒切除例全体の累積5年生存率は60.3%で、癌の壁深達度別に累積5年生存率を比較するとm 91.7%, ss・hinf(-) 58.0%, ss・hinf(+) 33.3%, se・hinf(-) 0%とm癌の成績が良好であった。壁深達度ss以上の34例について検討すると、浸潤型、低分化型腺癌、腺扁平上皮癌、INF γ 、胆嚢頸部に癌がみられた症例、binf(+)例、ly(+)例、v(+)例において成績が不良であった。治癒切除後の再発例では占居部位は癌が頸部に及ぶものも多く、再発形式は肝門部再発が多かったため、癌が胆嚢頸部におよぶものでは胆管切除とともに肝十二指腸間膜内リンパ節を十分に郭清すべきである。

索引用語：胆嚢癌，胆嚢癌予後因子，胆嚢癌手術

結 言

胆嚢癌は画像診断の発達した今日においても早期発見が困難であり、発見時には肝、結腸、十二指腸などの周囲臓器への浸潤や広範なリンパ節転移、遠隔転移などのために根治手術ができないことが多い。さらに、治癒切除できた場合でも癌の浸潤が筋層を越えると、その手術成績は著しく悪くなるとされている。そこで著者らは胆嚢癌の治癒切除症例の手術成績に影響する要因を検討した。

対象と方法

対象は昭和36年から昭和61年までの26年間に当科で経験した胆嚢癌173例のうち、肉眼的に治癒切除と判断した51例(治癒切除率29.5%)である。対象とした年齢は60歳、70歳台の女性に多く、男女比は9:42、平均年齢65.2歳であった(図1)。手術術式は胆嚢摘出術(以下胆摘と略す)24例、胆摘+肝床切除例16例、胆摘+胆管切除術4例、胆摘+肝床+胆管切除術例5例、胆摘+結腸大分切除術2例であった(表1)。この51例について臨床病理学的検討を行い、手術成績に影響する

図1 年齢と性

表1 手術術式

胆摘	24
胆摘+肝床切除	16
胆摘+胆管切除	4
胆摘+肝床+胆管切除	5
胆摘+結腸部分切除	2

昭和62年12月3日受付 63年5月31日採用

要因を検討した。なお、病理学的検索は一部の古い症例を除き、摘出標本の全割切片を作成して HE 染色で検鏡した。臨床病期分類、組織学的所見は胆道癌取扱い規約¹⁾に準じた。また生存率は他病死 2 例を含めて累積生存率で比較し、推計学的有意差検定は Z-検定を用いた。再発例については臨床症状、画像診断、検査所見、病理解剖所見を参考にして、再発形式を推定した。

結 果

肉眼的進行程度は Stage I 24 例、Stage II 13 例、Stage III 10 例、Stage IV 4 例で、その累積 5 年生存率は Stage I 84.6%、Stage II 30.0%、Stage III 25.4%、Stage IV 100% で (図 2)、Stage I と Stage IV の累積 5 年生存率は Stage II、Stage III よりも良好で推計学的有意差 ($p < 0.001$) を認めた。なお治癒切除例全体の累積 5 年生存率は 60.3% で、非治癒切除例には 5 年生存例はなかった。Stage IV の 4 例は肉眼的には大網や結腸への浸潤と考えられたが、組織学的には大網へ浸潤していた 1 例を除いた 3 例は癌が胆嚢

図 2 肉眼的進行程度別生存率

図 3 肉眼型と生存率

内にとどまっていたものであり、周囲臓器とは炎症性癒着であった。

癌の肉眼形態は乳頭型 14 例、結節型 1 例、乳頭浸潤型 9 例、結節浸潤型 8 例、浸潤型 13 例、特殊型 6 例であった。肉眼形態別に累積 5 年生存率を比較すると、乳頭型は 83.3%、乳頭浸潤型は 44.4%、結節浸潤型は 60.0%、浸潤型は 34.2%、特殊型は 100% と特殊型、乳頭型の成績が良好であり、乳頭浸潤型、浸潤型の成績が不良であった (図 3)。なお、結節型の 1 例は術後 3 カ月で死亡した。

癌の組織型は乳頭腺癌 (pap) 20 例、高分化型管状腺癌 (tub₁) 16 例、中分化型管状腺癌 (tub₂) 5 例、低分化型腺癌 (por) 6 例、腺扁平上皮癌 (as) 3 例、粘液癌 (muc) 1 例で、累積 5 年生存率は pap 76.9%、tub₁ 71.2%、tub₂ 33.3%、por 16.7%、as 0% の順であり、pap、tub₁ の成績が por、as に較べて良好で、推計学的有意差を認めた ($p < 0.05$, 図 4)。なお粘液癌の 1 例は術後 1 年 6 カ月生存中である。

癌の壁深達度は pm を越えるものでは、腹腔側と肝臓側の壁深達度を考慮して、肝内に浸潤があるものを hinf (+)、ないものを hinf (-) と定義し、両者を合わせて検討した。対象症例の壁深達度は m17 例、pm 0 例、ss・hinf (-) 25 例、ss・hinf (+) 3 例、se・hinf (-) 4 例、se・hinf (+) 1 例、si・hinf (-) 1 例であった。累積 5 年生存率は m 91.7%、ss・hinf (-) 58.0%、ss・hinf (+) 33.3%、se・hinf (-) 0% であり、se・hinf (+) の 1 例は術後 3 カ月で死亡、si・hinf (-) の 1 例は術後 1 年 6 カ月生存中である。m 癌の成績は他に較べてきわめて良好であった ($p < 0.05$) のに対して ss・hinf (+) 例や se・hinf (-) 例の成績

図 4 組織型と生存率

は不良で壁深達度と手術成績のあいだには大きな相関がみられた (図 5)。

つぎに早期癌を除く深達度 ss 以上の進行癌 34 例の予後に影響する因子についても検討を行った。

進行癌の肉眼形態は乳頭型 3 例、結節型 1 例、乳頭

図 5 深達度別生存率

図 6 肉眼型と生存率

図 7 占居部位と生存率

浸潤型 8 例、結節浸潤型 8 例、浸潤型 13 例、特殊型 1 例でその累積 5 年生存率は、乳頭型 50%, 乳頭浸潤型 44.4%, 結節浸潤型 60%, 浸潤型 34.2% で、結節型の 1 例は術後 3 カ月で死亡、特殊型の 1 例は術後 4 年 4 カ月生存中であった。浸潤型の成績が不良であったが、推計学的有意差は認められなかった (図 6)。

癌の占居部位別の比較は胆嚢頸部に癌の有るものと無いものを比較した。占居部位 Gf, Gb の 20 例の累積 5 年生存率は 59.1% であったのに対して、Gn, Gfbn の 14 例の累積 5 年生存率は 31.7% と不良であったが、推計学的有意差はみられなかった (図 7)。

組織型別にみると pap 9 例、tub₁ 12 例、tub₂ 4 例、por 5 例、as 3 例、muc 1 例であり、累積 5 年生存率は pap 65.8%, tub₁ 62.1%, tub₂ 33.3%, por 0%, as 0% と pap, tub₁ の成績が良好で por, as の成績が不良であった ($p < 0.001$, 図 8)。

浸潤増殖様式は INF β 24 例、INF γ 10 例で、その累積 5 年生存率は 53.0% と 30.0% であり、INF β のほう

図 8 組織型と生存率

図 9 浸潤増殖様式と生存率

図10 binfと生存率

図11 リンパ節転移と生存率

が良好であったが、推計学的有意差はなかった(図9)。

binfについて検討すると、肝十二指腸間膜に癌浸潤を認めた binf (+) 7例の累積5年生存率は28.6%、binf(-) 27例の累積5年生存率は52.4%と、binf(-) 例の方が良好であったが、推計学的有意差はなかった(図10)。

リンパ節転移について検討できたのは27例で、そのうちリンパ節転移が認められたのは7例であった。5例は12c, 12b₂など第1群リンパ節にのみ転移を認め、他の2例は8, 12p₂, 13aなどの第2群リンパ節に転移を認めた。リンパ節転移陽性の7例と陰性の19例の累積5年生存率は53.3%と60.3%で両群に差はなかった(図11)。

脈管侵襲の有無で累積5年生存率を比較すると、リンパ管侵襲(ly)についてはly (+) 27例の累積5年生存率36.6%に較べてly (-) 7例の累積5年生存率81.8%の方が良好であった($p < 0.05$, 図12a)。静脈侵襲(v)についてはv (+) 15例の累積5年生存率21.8%に較べてv (-) 17例の累積5年生存率68.9%の方が良

図12 脈管侵襲と生存率

好であった($p < 0.05$, 図12b)。神経周囲侵襲(pn)についてはpn (+) 10例の累積5年生存率34.0%とpn (-) 24例の累積5年生存率51.4%には差がなかった(図12c)。

推計学的有意差がみられた組織型とly, vとの相関関係をみると、組織型別にみたly (+)の頻度はpap 55.6% (4/9), tub₁ 83.3% (10/12), tub₂ 100% (4/4), por 100% (5/5), as 100% (3/3), muc 0% (0/1)であり、v (+)の頻度はpap 11.1% (1/9), tub₁ 50% (6/12), tub₂ 33.3% (1/3), por 100% (5/5), as 100% (2/2), muc 0% (0/1)であり、por, asはly, vの陽性率が高かった(表2a, b)。また組織型別にみたリンパ節転移の頻度はpap 0% (0/7), tub₁ 20% (2/10), tub₂ 75% (3/4), por 33.3% (1/3), as 0% (0/2), muc 100% (1/1)とpor, asはリンパ節転移の頻度は高くなかった(表2c)。

深達度ss以上の治癒切除例34例のうち、現在生存中

表 2 a 組織型と ly (n=34)

	pap	tub ₁	tub ₂	por	as	muc
ly (+)	5	10	4	5	3	0
ly (-)	4	2	0	0	0	1
陽性率	55.6%	83.3%	100%	100%	100%	0%

表 2 b 組織型と v (n=32)

	pap	tub ₁	tub ₂	por	as	muc
v (+)	1	6	1	5	2	1
v (-)	8	6	2	0	0	0
陽性率	11.1%	50%	33.3%	100%	100%	100%

表 2 c 組織型とリンパ節転移 (n=27)

	pap	tub ₁	tub ₂	por	as	muc
n (+)	0	2	3	1	0	1
n (-)	7	8	1	2	2	0
陽性率	0%	20%	75%	33.3%	0%	100%

のものは17例で、生存期間は9カ月から11年5カ月である。死亡例は17例で癌死15例、他病死2例であった。癌の再発は17例にみられたが、詳細不明の4例を除いた13例について再発型式を検討した。もっとも多い再発型式は肛門部再発で6例にみられ、以下腹膜転移4例、肝転移3例、肺転移1例の順であった(表3)。再発例の占居部位は頸部を占めるものが13例中8例と多く、とくに肝門部再発例の6例中5例で頸部に癌が及んでいた。肝門部再発の6例についてみると、n (+)

は1例のみであったが、3例は hinf(+), 3例は binf(+)で、4例は ly が中等度以上であった。血行性転移4例にはリンパ節転移陽性例はなかった。再発例の成績は不良で13例中12例が癌死しており、そのうち11例は初回手術後2年以内に死亡した。しかし、肺転移巣を切除しえた1例は初回手術後5年1カ月、肝転移、脳転移のため死亡した。

考 察

胆嚢癌の治療成績はきわめて不良で5年生存率は2.0~12.5%と報告されている^{2)~6)}。胆嚢癌の成績が不良な原因は、早期には特異的な症状が出現しないために発見が困難なこと、解剖学的には胆嚢は壁が薄く、容易に漿膜に露出したり、肝などの周囲臓器に浸潤しやすいことや豊富なリンパ流、血流に乗って転移しやすいことなどによるとされている。さらに患者が高齢者に多いことも積極的な手術に対するさまたげとなっている。

近年、US、CT を中心とした画像診断の発達は目ざましく隆起型の胆嚢癌については早期診断が可能になりつつある⁷⁾⁸⁾。中澤ら⁹⁾は超音波検査、超音波内視鏡、経皮経肝胆嚢内視鏡検査法により良好な成績を報告している。しかし、超音波検査による拾い上げ診断が困難な場合、特に、平坦型早期胆嚢癌に対してはこれらの画像診断もほとんど無力であり、切除後の病理組織学的検索で初めて診断されることが、いぜんとして多い⁹⁾。最近渡辺ら¹⁰⁾は摘出胆嚢の10~15分間ホルマリン固定後の肉眼的観察により、表在型早期胆嚢癌の多くは診断が可能であると述べている。しかし、それは

表 3 治療切除後の再発型式

	症例	再発型式	占居部位	組織型	深達度	リンパ節転移	術式*	R	転帰
1	M. S.	肝門部	GnC	pap	ss hinf(-)	?	G	0	3 M死
2	S. Y.	肝門部	Gb	por	ss hinf(+)	?	G+H	0	1 Y 5 M死
3	S. K.	肝門部	Gfbn	pap	ss hinf(-)	?	G	0	1 Y 10 M死
4	Y. W.	肝門部	Gn	tub ₁	ss hinf(-)	-	G+B	1	5 Y死
5	N. H.	肝門部	Gfbn	tub ₂	ss hinf(-)	+	G+H+B	1	7 M死
6	K. N.	肝門部	Gn	as	ss hinf(+)	-	G+H+B	1	9 M死
7	S. A.	肝転移	Gn	pap	ss hinf(-)	?	G+B	1	2 Y 2 M死
8	K. T.	肝転移	Gfbn	por	ss hinf(-)	-	G	0	1 Y 9 M死
9	T. M.	肝転移 腹膜転移	Gf	tub ₂	ss hinf(-)	-	G+H	0	1 Y 3 M死
10	K. N.	腹膜転移	Gfbn	tub ₁	ss hinf(-)	-	G	0	11 M死
11	H. O.	腹膜転移	Gf	tub ₁	se hinf(-)	?	G	0	1 Y 7 M死
12	S. T.	腹膜転移	Gb	por	se hinf(+)	-	G+H	1	3 M死
13	E. T.	肺転移	Gbf	pap	ss hinf(+)	-	G+H+B	2	5 Y 1 M死

* G…胆摘, H…肝床切除, B…胆管切除

胆嚢を摘出して初めてわかることなので、現段階においては術前に胆嚢癌の存在診断ができるのは、進行癌か us で偶然に発見される隆起型の早期癌である。

胆嚢癌の治療にあたっては、その進展様式を十分に考慮しなければならないが、Sons ら¹¹⁾は287例の剖検例を検討した結果、肝浸潤64.8%、結腸浸潤15.3%、十二指腸浸潤14.6%、膵浸潤6.3%と多くの症例に周囲臓器への直接浸潤を認め、血行性転移は肝66.2%、肺15.3%、骨9.4%の順で、リンパ節転移は門脈周囲リンパ節57.1%、大動脈周囲リンパ節28.2%、膵周囲リンパ節19.5%、腸間膜リンパ節11.1%の順であり、全体では92.3%に転移を認めたとして述べている。Fahim ら¹²⁾は、151例の切除例を検討して肝浸潤を34%に、リンパ節転移を25%に、静脈浸潤を13.1%に、神経浸潤を24%に、管内進展を4.0%に認めたとしている。このように胆嚢癌では広汎かつ高度な進行癌が多いことがその治療を困難なものとしており、切除率は20～48.5%⁴⁾¹⁴⁾¹⁶⁾¹⁷⁾と低く、治癒切除率はさらに低く15.7～32.0%と報告されている^{3)13)14)16)～18)}。著者らの検討でも治癒切除率は29.5%であり、70%以上の症例は姑息手術であった。

胆嚢癌では治癒切除例においてもその手術成績は不良であり、5年生存率はPiehler ら³⁾は16.9%、宮崎ら¹⁴⁾は26.7%、横山ら¹³⁾は29.0%と報告している。しかし、大内ら¹⁷⁾は治癒切除例40例の5年生存率44.6%と報告し、著者らの60.3%と同様に比較的良好な成績を示した。これは治癒切除例における早期癌の占める割合が他の報告に較べて大きいと思われる。胆嚢癌の予後が癌の壁深達度に大きく左右されることは周知の事実であり^{2)5)6)13)～19)}、早期癌で再発死亡する症例は非常に少ないとされている。

Nevin ら²⁰⁾は胆嚢癌の進行度を壁深達度、リンパ節転移、肝転移などから5段階に分類し、さらに組織型を高分化型、中分化型、低分化型の3つに分類し、これらが胆嚢癌の手術成績とよく相関することを示した。本邦でも宮崎ら¹⁴⁾は乳頭型または乳頭浸潤型、Stage I 症例の成績が良好とし、大内ら¹⁷⁾は乳頭状腺癌の成績が良好としている。小山ら²¹⁾は胆嚢癌の予後を規定する因子として深達度、リンパ節転移、脈管侵襲、肝側断端までの距離(hw)をあげ、川口ら²²⁾は第2群以上のリンパ節転移例、剥離断端(ew)陽性例、pn(+)例で予後不良としている。

著者らの治癒切除例全体の検討では肉眼的進行程度はStage IV、Stage I、Stage II、Stage IIIの順に成

績がよく肉眼的進行程度と手術成績は一致しなかったがこれはすでに述べたようにStage IVの4例のうち3例は病変が胆嚢にとどまるものであり、組織学的な進行程度からみれば手術成績と一致していた。癌の肉眼形態についての検討では乳頭型、特殊型の成績が良好であり、組織型についてはpap, tub₁の成績が良好であったが、これらの癌には深達度mの早期癌が多かったためと思われる。

そこで著者らは壁深達度ss以上の進行癌における治癒切除症例の予後に影響する要因を検討した。壁深達度についてはhinf(+)例やse例の成績が不良であり、癌が胆嚢にとどまっているss・hinf(-)例の成績が良好であった。癌の肉眼形態については推計学的有意差を認めなかったものの、浸潤型の成績が不良で、乳頭型、乳頭浸潤型、結節浸潤型の累積5年生存率はそれぞれ50%、44.4%、60%とほぼ同様であった。組織型別にみた5年生存率の検討ではpap 65.8%、tub₁ 62.1%、tub₂ 33.3%の順であり、por, asの成績は不良であった。por, asはly, vが全例で陽性であったので、このことが関係していると考えられた。分化型腺癌にはly, vの陰性例もみられ、かかる症例では長期生存も期待できると考えられる²³⁾。浸潤増殖様式はINFβの方がINFγより成績良好であり、浸潤傾向の強いものは予後不良と考えられた。癌の占居部位についてはGf, Gbの方がGnにかかるものより良好な成績が得られ、binf(-)がbinf(+)よりも成績が良好なことと関連があるように思われた。リンパ節転移については転移の有無で差はみられなかったが、リンパ節転移について検討できた症例が26例で、転移陽性例が7例と少なかったために、十分な検討ができなかったためと思われる。ly, vについてはそれぞれ陽性例の方が成績不良であったのに対して、pnについては陽性例と陰性例の累積5年生存率に差がみられなかった。胆嚢癌の進展にはly, vが重要な役割を演じ、pnはそれほど重要な進展経路ではないと考えられた。

治癒切除例の再発形式については治癒切除された症例が少なかったため今までに討論される機会は少なかった。著者らが検討した症例は進行癌の中でも比較的胆嚢に限局したものが多く、術式も単純胆嚢摘出24例、胆摘+肝床切除術16例、胆摘+胆管切除術4例、胆摘+肝床+胆管切除術5例、胆摘+結腸部分切除術2例であり、拡大肝右葉切除術や膵頭十二指腸切除術のような拡大手術を行った症例はなかった。そして、そのうちの再発例はm癌の1例と¹⁹⁾、ss以上の17例であっ

た、ss 以上で再発部位が明らかな13例では肝門部再発 6 例、腹膜転移 4 例、肝転移 3 例、肺転移 1 例がみられた。肝門部再発例 6 例のうち n (+) は 1 例のみであったが、hinf (+) が 3 例に、binf (+) が 3 例にみられ局所の癌進展が高度のものが多く、ly, v も高頻度に認められたために再発をきたしたと考えられる。また再発例13例中 8 例、肝門部再発例 6 例のうち 5 例が胆嚢頸部に癌を認めたことから、胆嚢頸部に癌が及んでいる場合には、すくなくとも胆管切除と肝十二指腸間膜内の徹底的なリンパ節郭清が必要である。組織学的な肝内進展についてみると hinf (+) 例の 4 例では全例に再発がみられた。hinf (+) 例では肝葉切除などの拡大手術を行っても成績は不良のことが多く、否定的な立場を取るものも多いが⁶⁾²⁰⁾、拡大手術により長期生存がえられた症例²⁴⁾²⁵⁾も散見されるようになっている。化学療法などの補助療法には有効な治療法がない³⁴⁾ので、十分に治癒切除できるものに対しては拡大手術も考慮すべきであろう。再発例の成績は惨憺たるもので著者らの経験では13例中11例は初回手術後 2 年以内に死亡した。唯一の生存例は初回手術後 2 年で肺転移をきたし、肺切除により長期生存がえられたものである²³⁾。

進行胆嚢癌に対しては現在のところ定型的な手術術式が確立されていないので、胆嚢癌の予後に影響する因子と適切な治療方法についてさらに詳細な検討が必要と思われた。

結 語

1) 胆嚢癌治癒切除例51例を対象として、手術成績に影響を与える要因を検討した。

2) 治癒切除例全体の累積 5 年生存率は60.3%で、癌の壁深達度別に累積 5 年生存率を比較すると m 91.7%, ss・hinf (-) 58.0%, ss・hinf (+) 33.3%, se 0%と m 癌の成績が良好であった。

3) 壁深達度 ss 以上の34例について検討すると、浸潤型、低分化型腺癌、腺扁平上皮癌、INFγ、胆嚢頸部に癌がみられた症例、binf (+) 例、ly (+) 例、v (+) 例において成績が不良であった。

4) 治癒切除後の再発形式は肝門部再発が多く、占居部位は癌が頸部に及ぶものが多かったのもので、癌が胆嚢頸部におよぶものでは胆管切除とともに肝十二指腸間膜内リンパ節を十分に郭清すべきである。

文 献

- 1) 日本胆道外科研究会編：胆道癌取り扱い規約，第 2 版，金原出版，東京，1986

- 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—380，1976
- 3) Piehler JM, Crichlow RW, Hampshire HN: Primary Carcinoma of the Gallbladder, Surg Gynecol Obstet 147: 929—942, 1978
- 4) Shieh CJ, Dunn E, Standard JE: Primary Carcinoma of the Gallbladder, Cancer 47: 996—1004, 1981
- 5) Kelly TR, Chamberlain TR: Carcinoma of the Gallbladder. Am J Surg 143: 737—741, 1982
- 6) Morrow CE, Sutherland DER, Florack G, et al: Primary gallbladder carcinoma: significance of serosal lesions and results of aggressive surgical treatment and adjuvant chemotherapy. Surgery 94: 709—904, 1983
- 7) 安井章裕，蜂須賀喜多男，山口晃弘他：US および CT による胆嚢癌の診断—切除標本との比較検討—，日消外会誌 15: 1597—1601, 1982
- 8) 中澤三郎，乾 和郎，内藤靖夫他：早期胆嚢癌の精密検査，胃と腸 21: 515—520, 1986
- 9) 竹本忠良：早期胆嚢癌の診断への歩みと現状，胃と腸 21: 475—481, 1986
- 10) 渡辺英伸，白井良夫，鬼島 宏他：胆嚢癌の病理—早期胆嚢癌の肉眼的特徴と検査法—肝胆脾 10: 527—534, 1985
- 11) Sons HU, Borchard F, Joel BS: Carcinoma of the Gallbladder: autopsy findings in 287 cases and review of the literature. J Surg Oncol 28: 199—206, 1985
- 12) Fahim RB, McDonard JR, Richards JC, et al: Carcinoma of the Gallbladder: a study of its modes of spread. Ann Surg 156: 114—124, 1962
- 13) 横山育三，持永端恵，田代征記他：胆嚢癌の臨床，胆と脾 2: 179—191, 1981
- 14) 宮崎逸夫，永川宅和：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—，胆と脾 4: 1177—1184, 1983
- 15) 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
- 16) Adson MA: Carcinoma of the Gallbladder Surg Clin North Am 53: 1203—1216, 1973
- 17) 大内清明，後藤浩志，大和田康夫他：組織型別にみた胆嚢癌の進展様式，日外会誌 87: 878—882, 1986
- 18) Tashiro S, Konno T, Mochinaga M, et al:

- Treatment of Carcinoma of the Gallbladder in Japan. *Jpn J Surg* 12: 98—104, 1982
- 19) 安井章裕, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘他: 胆嚢癌切除例の臨床病理学的検討, 日消外会誌 15: 1744—1757, 1982
- 20) Nevin JE, Moran TJ, Kay S, et al: Carcinoma of the Gallbladder: staging, treatment, and prognosis. *Cancer* 37: 141—148, 1976
- 21) 小山研二, 佐藤寿雄: 胆嚢癌の予後規定因子, 消化器外科セミナー10, p167—168, へるす出版, 東京, 1983
- 22) 川口英弘, 吉田奎介, 武藤輝一他: 術中術後に偶然発見された胆嚢癌に対する治療, 消外 8: 443—451, 1985
- 23) 神田 裕, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘他: 進行胆嚢癌における3年以上生存例の検討, 胆と膵 8: 637—643, 1987
- 24) Brasfield RD: Right hepatic lobectomy for carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 153: 563—566, 1961
- 25) 伊関文治, 牛山孝樹, 柴山和夫他: 拡大手術により5年生存のえられた肝浸潤進行胆嚢癌の2例, 日消外会誌 15: 842—846, 1982

CARCINOMA OF THE GALLBLADDER: A CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF CURATIVE RESECTION—WITH SPECIAL REFERENCE TO THE PROGNOSTIC FACTORS—

Hiroshi KANDA, Kitao HACHISUKA, Akihiro YAMAGUCHI, Masatoshi ISOGAI, Junji KATO,
Masahiro MATSUSHITA, Takashi ODA, Itoshi HAKAWA, Shingo KUZE,
Toshihiko MAYUMI and Fumihiko MURAKAMI
Department of Surgery, Ogaki Municipal Hospital

Clinicopathological findings of 51 curatively resected cases who had gallbladder cancer were reviewed. They represented 29.5% of all cases admitted to the Department of Surgery, Ogaki Municipal Hospital, from 1961 to 1986.

The cumulative five-year survival rate of all curative cases was 60.3%. According to the depth of cancer invasion, the cumulative five-year survival rate was as follows: mucosa 91.7%, subserosa and liver invasion (—) 58.0%, subserosa and liver invasion (+) 33.3%, serosa and liver invasion (—) 0%. The most significant prognostic factor was the depth of invasion.

Except for cases limited to the mucosa, the cumulative five-year survival rate was bad in the infiltrating type, poorly differentiated adenocarcinoma, adenosquamous carcinoma, cases invaded to the neck of the gallbladder, cases invaded to the hepaticoduodenal ligament, lymphatic-invasion-positive cases, and venous-invasion-positive cases.

Reurrences wer local recurrence, metastasis to the liver and lung, and peritoneal dissemination.

It was concluded that advanced gallbladder cancer carries poor prognosis, especially in cases with invasion to the neck of the gallbladder. We should thus perform bile duct resection and lymph node dissection in these cases.