

3. 両葉多発大腸癌肝転移に対する肝切除

Parenchymal sparing hepatectomy の立場から

橋本 拓哉*

*日本赤十字社医療センター肝胆膵・移植外科

vs.

Major hepatectomy の立場から

酒井 望*

*千葉大学大学院臓器制御外科学

Abstracts

肝切除は大腸癌肝転移に対して根治的治療法とされ、一般的には個数制限はないとされる。両葉多発肝転移の場合は、major hepatectomy を含む大量肝切除後の肝不全のリスクが問題であるが、術前門脈枝塞栓術や二期的切除などを含めた工夫が考案され、より積極的な肝切除へと適応が広がっている。しかしながら、転移個数が多く大量肝切除を要する症例での術後再発率は高く、再発後の治療も踏まえた治療方針が必要となる。

一方で、3D シミュレーションをはじめとする術前評価の進歩により、不必要な大量肝切除を回避し肝実質を可能な限り温存する parenchymal sparing hepatectomy という切除方法が可能となり、近年注目されている。再発後の再肝切除のみならず化学療法の施行まで考慮した場合、parenchymal sparing hepatectomy は合理的な治療方針といえる。

Abstracts

両葉多発大腸癌肝転移は個数、腫瘍径、局在により病態はさまざまであり選択される術式にも幅がある。両葉多発肝転移に対する major hepatectomy は Glisson 浸潤や再建不能な肝静脈浸潤がある場合には必須である。また、腫瘍学的には潜在性の微小肝転移も含め一括して切除できるというメリットがあり、とくに KRAS mutation を有する症例では予後の延長に寄与する可能性がある。

一方、選択される術式としては片葉切除または3区域切除+残肝の部分切除となることが多く、初回切除時にこのような拡大切除を行った場合、肝再発に対する再肝切除のチャンスが限定される可能性がある。また、残肝容量、機能により切除の可否が規定されることとなるが、残肝容量不足症例に対しては、門脈塞栓術、二期的肝切除、ALPPS といった手技を組み合わせた治療戦略を検討する必要がある。