

4. 三管合流部領域に画像上局限した胆管癌に対する手術

拡大肝切除の立場から

高橋 祐*

*がん研有明病院消化器外科（肝胆膵外科）

vs.

膵頭十二指腸切除の立場から

安保 義恭*

*医療法人溪仁会手稲溪仁会病院外科

Abstracts

【背景】三管合流部胆管癌に対する根治術として肝膵同時切除、肝切除・胆管切除（拡大肝切除）、膵頭十二指腸切除、胆管切除の4術式が挙げられる。われわれは本疾患に対し拡大肝切除を積極的に施行してきた。

【対象】過去10年間で画像上肝浸潤・膵浸潤のない三管合流部胆管癌（旧規約BmとBs）68例を対象とし、34例（50％）で拡大肝切除を施行した。

【結果】術後成績は在院死1例（3％）、重症合併症14例（41％）であり、ほか3術式と同等であった。根治切除率（R0、R1粘膜内癌）82％、3年・5年生存率は59％、35％であり、他術式と差は認めなかった。R1切除が予後不良因子であった。

【結論】三管合流部胆管癌に対する拡大肝切除の優越性は認めなかったが、十分な安全性、予後が担保でき、ひとつの治療オプションとなり得る。現段階ではR0切除が可能な術式を立案すべきである。

Abstracts

三管合流部領域癌に対する膵頭十二指腸切除術（PD）について述べる。画像上、腫瘍が三管合流部に局限していても、胆管や胆嚢管へ水平進展する場合は胆管切除のみならずPDや肝切除を要する可能性がある。また、周囲組織への浸潤、とくに膵臓への浸潤が疑われればPDが必要となる。PDを行う際の注意点は肝側胆管の切離部位である。肝側へは上皮内進展も少なからずみられるため、術前に肝門側の進展度診断を行うとともに、切除マージンを確実にとるために肝門部胆管切除（肝門板切除）を行うことが必須である。この際、肝門部の脈管と十分に剝離するために胆管切離を標本摘出の最後に行うことが肝要となる。また、胆道再建が深い位置で複数となることもあり、膵再建手技とあわせて、胆管縫合不全を起こさない慎重な胆道再建手技が必要とされる。