

肝臓外科の対象疾患と当院の特色

良性疾患である胆石症、膵・胆管合流異常症、および肝臓がん（原発性肝がんおよび転移性肝がん）、胆道がん（胆嚢がんおよび胆管がん）、膵臓がんを取り扱っています。

肝胆膵領域の疾患は、内科的処置が診断および治療に重要で、当院でも、常に消化器内科と連携を図りながらすみやかな診断、治療を行うように心がけています。

以下、各疾患の特徴および当院で行っている治療についてご説明します。

1、胆石症

肝臓で作られた胆汁の流れ道である胆嚢および胆管にできた結石の総称です。

胆嚢結石症に対しては、胆嚢結石に伴う何らかの症状がある方が治療の適応となります。無症状の方の多くは積極的な治療の対象にはなりません。ただし無症状の方でも、①胆嚢の壁が厚くなっている、②胆嚢が萎縮している、③胆嚢内の大きな結石や多数の結石のため腹部超音波検査で胆嚢の壁を正確に評価することができない、などの所見が認められる場合は治療の対象となります。

治療は手術が第一選択となります。中でも5mm～1cmの小さな穴をお腹に開けて手術を行う腹腔鏡下手術が第一選択です。お腹の傷が小さく、手術後の回復も早く、早期に退院・社会復帰が可能です。4か所の穴を開けて行う手術を主に行っていますが、胆嚢の炎症が軽度～認められない方、整容性を重視される方に対しては、へそに1か所のみ穴を開けて手術を行う単孔式手術も行っています。当院では術後3～4日で退院としています。

ただし胆嚢の炎症のため周辺の臓器（肝臓や腸管など）と癒着している場合や、胃の手術を受けたことのある方では、開腹胆嚢摘出術を行わざるを得ないことがあります。炎症が高度で、胆嚢が壊死、穿孔を起こして周囲に膿がたまった状態になった場合もやはり開腹手術となります。

2012年度に当院で胆嚢摘出術を受けられた方が107例で、このうち術中に腹腔鏡から開腹手術へ変更になった方が6例、最初から開腹手術を行った方が20例で、いずれも高度の炎症のために腹腔鏡下での手術が困難であった方が開腹手術を受けられていました。

総胆管結石症に対しては、内視鏡的治療を第一選択とし、内視鏡的治療が不成功に終わった症例、胃切除後で内視鏡的治療が不可能な症例、および総胆管結石をくりかえし発症する症例に対して、手術的に総胆管切開、結石摘出、あるいは胆管空腸吻合術を行っています。

2、肝臓がん

肝臓原発である原発性肝がんと他部位が原発（大腸など）で肝臓への転移を来した転移性肝がんは大別されます。

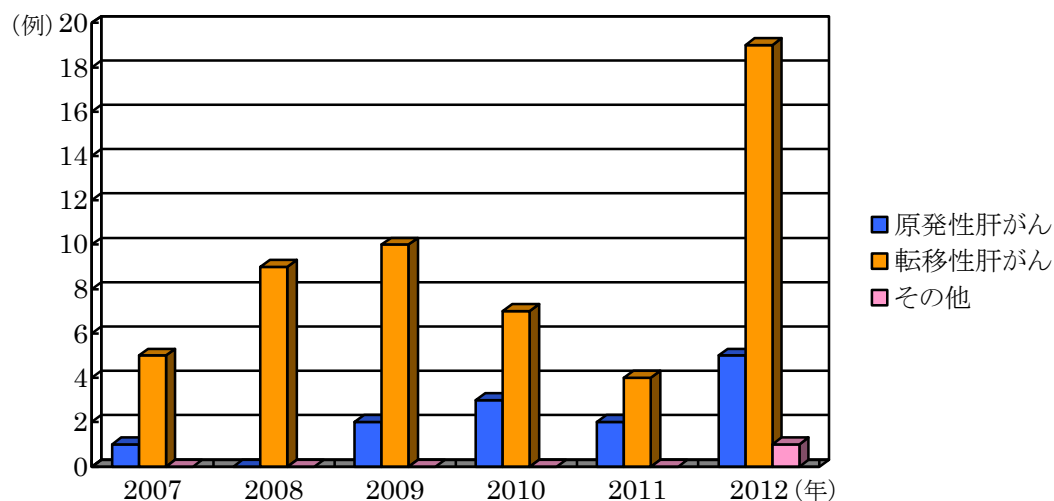
原発性肝がんは、ウイルス性肝炎、肝硬変を基礎疾患として有している方に発症する例

が多いため、治療に際しては、がんの存在部位のみならず、肝機能もあわせて評価し、切除適応、術式を決定する必要があります。また、肝細胞がんは門脈を介して肝内転移を来す性質があるため、腫瘍の栄養血管が支配する領域を切除する系統的切除がより根治性を高める術式であることがわかっています。当科では、術式決定に際し、3次元CTを積極的に活用し、腫瘍と血管の位置関係を確認し、さらに各門脈枝が栄養する肝臓の容積をコンピューターで算出して、安全で、かつ根治性の高い治療を行うことをこころがけています。術後は、がんの再発チェックに加え、肝炎に対する治療、経過観察も必要となるため、消化器内科と連携して術後経過観察、治療を行っています。

転移性肝がんの原発部位は多数ありますが、そのうち外科的切除の適応となるのは、大腸がんがほとんどを占めています。近年、抗がん剤の進歩に伴い、切除可能な転移性肝がんが増加しています。当科では大きな転移、複数の転移のある方に対しても、積極的に抗がん剤治療を行い腫瘍の縮小をはかった後、肝切除を行うことで、予後の改善、根治を目指しています。さらに、術後も、再発予防のために化学療法を行っています。

腫瘍が肝外側区域、肝下面に存在する場合には、傷が小さく、術後回復が早い腹腔鏡下肝切除の適応となる方もいます。2010年より腹腔鏡下肝切除が保険適応となり、2012年以降、他院で腹腔鏡下肝切除術の経験を積んだ肝胆膵外科専門医の赴任とともに腹腔鏡下肝切除を行うための機器の整備等を進め、導入を開始しています。

肝切除件数の推移



3、胆道がん

肝臓で作られた胆汁の流れ道である胆嚢および胆管にできたがんを総称して胆道がんといいます。胆道がんは肝門部上部胆管がん、中下部胆管がん、ファーター乳頭部がん、胆嚢がんに分けられます。胆道は上部では肝臓に、下部では膵臓に接し、また肝臓へ入る重要な血管が胆道に隣接しているため、手術は、肝切除や膵頭十二指腸切除のような難易度の高い手術を必要とする場合が多くなりますが、積極的な手術が根治の可能性のある唯一

の治療法です。そのため当科では、消化器内科、放射線科と連携して、速やかに診断を行い、進行度に応じた適切な治療方針を決定しています。

肝門部、上部胆管がんに対しては、肝切除+肝外胆管切除を、中下部胆管がんに対しては、膵頭十二指腸切除を標準術式としています。胆嚢がんに対しては、進行度に応じ、胆嚢、胆管、肝切除、膵頭十二指腸切除を組み合わせる癌の取り残しのない切除術式を選択しています。

切除困難例に対しても、塩酸ゲムシタビンを中心とした化学療法を行い、腫瘍の縮小が得られ、根治切除可能となった症例に対しては根治切除を行っています。

術後は、リンパ節転移陽性例や膵臓への直接浸潤陽性例などの進行例に対しては塩酸ゲムシタビンによる補助化学療法を行い、予後の改善につとめています。

4、膵臓がん

膵臓がんは死亡者数第 5 位の、難治性のがんの一つですが、遠隔転移がなく膵臓の周囲の主要動脈に浸潤が無い場合、手術により根治できる可能性があります。膵頭部に腫瘍がある場合は膵頭十二指腸切除を、膵体尾部に腫瘍がある場合は膵体尾部切除を行います。

しかし、手術のみで根治を得られる症例は限られています。そのため、膵臓がんと確定診断された方には原則全例に塩酸ゲムシタビンもしくは S-1 による術後補助療法を行っています。また、主要血管や神経叢に近接もしくは浸潤していて根治切除が行えるかの境界領域にある方に対して、2013 年より術前化学放射線療法を導入し、治療成績の向上を目指しています。

一方、膵臓には膵管内乳頭粘液性腫瘍や嚢胞性腫瘍、神経内分泌腫瘍といった、より顔つきのおとなしい、予後の良好な腫瘍も発生します。これらに対しては、術後の機能温存を図るべく、通常型膵臓がん に比べ切除範囲を縮小した手術（脾温存膵体尾部切除、膵分節切除、腫瘍核出術など）も行っています。

胆道がん、膵臓がん切除件数の推移

