

[AW1] 2016年度日本消化器外科学会賞授賞式

司会：山本 雅一（東京女子医科大学病院 消化器外科） 瀬戸 泰之（東京大学大学院 消化管外科学）

日時：2016年7月15日（金）15:00～15:50 会場：第1会場（あわぎんホール1F 大ホール）

**AW1-2 JSGS Art of the Year 2016（手術部門）
肝臓手術の開発と検証**

高山 忠利:1

1:日本大学附属板橋病院 消化器外科

肝細胞癌に対する第一選択の術式は系統的区域切除である。Makuuchi M が 1985 年に開発した、染色法を用いて担癌区域を同定し Couinaud の 1 区域を全切除する術式である。推奨の根拠は、小型肝癌であっても担癌区域に門脈侵襲や肝内転移が 40% に確認される事実による。長期成績は、区域切除の術後 5 年生存率 67% に対して腫瘍核出では 35% という大きな有意差を認めた。

尾状葉の肝癌に対して Takayama T は 1994 年に高位背方切除という尾状葉単独全切除術式を開発した。尾状葉は左右肝葉の背部に存在する領域であり、その切除には高度の手術技能が必要である。尾状葉を Spiegel 部・突起部・下大静脈部の 3 部に分類する。術式選択では、腫瘍局在と肝機能から見て尾状葉の単独切除または他領域との合併切除のいずれが妥当であるかを判断する。Spiegel 部・突起部の肝癌では、腫瘍が小型で局限している症例では、その単独切除を第一選択とする。一方、腫瘍が大型であったり尾状葉外への進展がある場合は、他の肝領域との合併切除術式を第一選択とする。すなわち、Spiegel 部の腫瘍では左葉切除・内側または外側区域切除との合併切除を選択する。突起部の腫瘍では後区域切除・S6 切除などの選択肢がある。下大静脈部の肝癌では、腫瘍と近接する他の肝領域との合併切除を第一選択とする。合併切除領域の設定は各症例の ICG 値を指標に、右葉切除・前区域または後区域切除・S8 または S7 切除などの選択肢がある。一方、肝予備能が他の肝領域の犠牲的切除を許さない症例 (ICG 値 20% 以上) においては、高位背方切除または経肝前方切除を選択する。筆者はこれまで尾状葉肝癌 156 例を切除したが、5 年生存率は 61% であり他領域に存在する肝癌の切除成績に匹敵した。

現在、系統切除を客観的に検証するため 10 年計画の無作為化比較試験を現在施行しており、近い将来その術式の正当性を示したい。