

放送 毎週木曜日 21:30~21:45

ラジオNIKKEI

# 虎ノ門医学セミナー

～より良い地域連携医療をめざして～

企画・制作：虎の門病院・医師と団塊シニアの会  
提供：総合メディカル株式会社



よい医療は、よい経営から

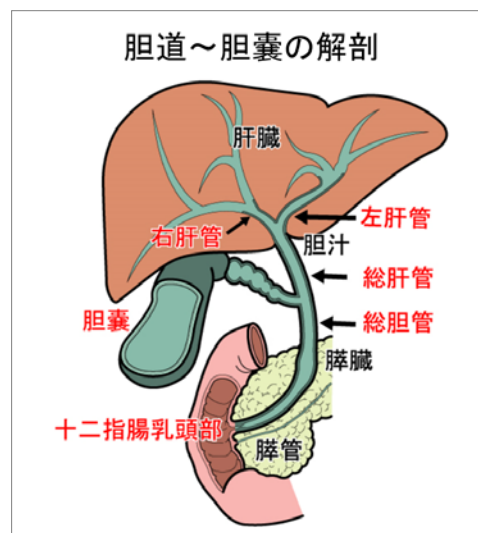
総合メディカル株式会社

2016年11月10日放送

## 「胆嚢がんの診断と治療」

虎の門病院 消化器外科 部長  
橋本 雅司

胆嚢は肝臓の下面にへばりついている袋のような臓器です。肝臓でつくられた胆汁という、脂肪分を細かく砕く消化液は、肝臓を出ると胆管を通過して十二指腸に流れ込み食物と混じり消化を助けます。胆嚢は胆管から枝分かれした袋で胆汁を一時的に貯めておく臓器です。食事をするとそれに反応して収縮し、胆嚢は貯めておいた胆汁を排出します。胆嚢、胆管、十二指腸乳頭部までを含めて胆汁の通り道ということで胆道と呼ばれます。胆嚢にできた癌を胆嚢癌といいます。胆嚢癌、胆管癌、乳頭部癌を合わせて胆道癌と呼ばれます。胆道癌として集計された死亡者数は年々増加傾向で、2011年では男性の癌死亡原因の第8位、女性の第7位でした。また、胆嚢癌を含む胆道癌には地域により発生率に差があり、南米のチリやボリビア、わが国を含む東アジアやインドに多いことも特徴です。



胆嚢癌の発生の危険因子として、膵胆管合流異常があります。膵胆管合流異常とは、膵管と胆管が十二指腸の手前で合流する先天性の形成異常です。膵液と胆汁の逆流が起こることによって、胆道や膵臓にさまざまな病態を引き起こします。そのため膵胆管合流異常では、予防的な胆嚢摘出術が検討されます。胆嚢癌の40～75%に胆嚢結石が合併すると報告されていますが、胆嚢結石と胆嚢癌の直接的な因果関係は確認されていません。すなわ

ち、胆嚢結石が胆嚢癌の明らかな危険因子とは言えません。胆嚢腺筋腫症という胆嚢壁が肥厚する良性疾患も胆嚢癌の危険因子とは言えません。生活習慣や食事と胆嚢癌との関連については、今のところ明らかなものはありません。

一方、胆嚢ポリープは胆嚢の粘膜の隆起病変の総称で、その殆どがコレステロールポリープがです。しかし、大きさが 10mm 以上や、増大傾向を認める場合、あるいは大きさに関わらず富士山のような広い基部の形のものでは胆嚢癌の可能性があり、胆嚢摘出術が推奨されます。

胆嚢癌が胆嚢壁内にとどまっている段階では無症状であることが多く、検診などの腹部超音波検査以外で発見されることは稀です。胆石症による胆嚢摘出術の術前検査や、切除した胆嚢内に偶然発見されることもあります。進行するにつれて、みぞおちや右脇腹の痛み、悪心嘔吐、黄疸、体重減少などの症状がでることもありますが、進行しても全く症状がなく、健診の腹部超音波検査で偶然に発見されることもしばしばあります。

黄疸とは皮膚や目の白い部分が黄色くなる状態ですが、胆嚢癌が進行し胆道を塞いでしまうと、胆汁が肝内に滞り胆汁の成分が血液中に流出することで起こります。胆汁に含まれているビリルビンが血液中に増えるためです。これを閉塞性黄疸といいます。

診断は胆嚢癌を疑う場合、まず血液検査と腹部超音波検査を行います。血液検査では、胆嚢癌に特異的な腫瘍マーカーはありませんが、CEA や CA19-9 という腫瘍マーカーが上昇することがあります。胆道閉塞が発生すると血液中のビリルビンが増加したり、胆道系酵素の ALP や  $\gamma$ -GTP の数値が上昇したりします。

腹部超音波検査は簡便で非常に有用な検査です。体外からプローブを腹壁にあてるだけで、外来でも比較的簡単に検査ができます。胆嚢癌の大きさや形状に加えて、肝臓への進展や胆管の閉塞などが分かります。血流を表示するドップラーエコーや超音波用の造影剤を使うことで精度が上がります。

胆嚢に腫瘍が認められた場合、CT 検査や MRI 検査を行い、癌の存在や広がり調べます。CT 検査は体の周囲から X 線をあて、体を断面図としてみる検査です。癌の存在部位や進展を捉えることができます。また造影剤を用いることで、癌をよりはっきりさせることができ、癌が周囲の臓器や血管に浸潤しているかや他臓器への転移の有無などの進展度診断に有用です。

MRI 検査は磁気を使って様々な撮像法で撮影する検査です。CT と同様に胆管の拡張や病変の存在部位・広がり・他臓器転移を診断できます。さらに MRI の胆管膵管撮影 (MRCP) は、撮影して得られた情報から胆道、膵管の画像を構築する撮像法で病態把握に大変有用

### 胆嚢癌の診断

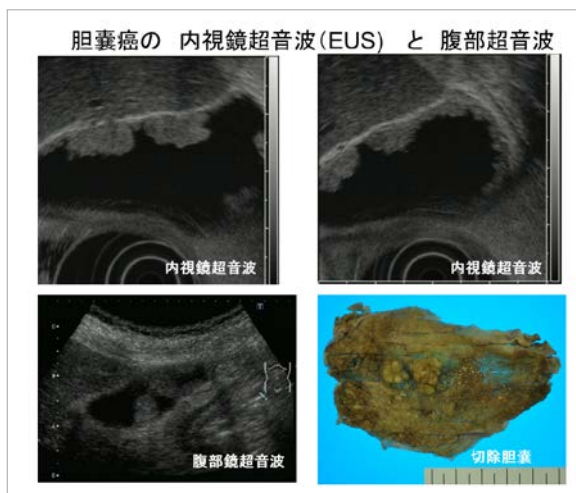
- 症状が現れにくい
- 血液検査：腫瘍マーカー、胆道系酵素の上昇
- 画像検査
  - 腹部超音波(エコー検査)ー ドップラーエコー
  - CT検査ー 造影剤併用
  - MRI検査ー 胆道膵管撮影(MRCP)
  - 内視鏡超音波検査(EUS)
  - 直接胆道造影ー 胆道ドレナージ術
  - PET検査

です。

早期の胆嚢癌などを疑う場合には、超音波内視鏡検査（EUS）という検査をします。胃カメラの先に超音波検査装置がついていて、内視鏡検査と同様に胃や十二指腸まで進めて、胆嚢の近くから超音波検査で詳しくみることができます。

直接胆道造影は、胆道にカテーテルを挿入し、胆道内の癌の広がりを調べることができます。この検査とともに黄疸の処置として、流れなくなった胆汁を下流の十二指腸や体外に導出するドレナージという処置を行うのが普通です。

胃癌や大腸癌などと異なり胆嚢癌の場合は組織検査を行うことはほとんどなく、超音波・CT・MRIなどの画像検査で診断することになります。全身的な転移を評価するための検査としてPET検査がありません。



胆嚢癌の治療には胆嚢癌のその場での進展状況、リンパ節転移、遠隔転移などを評価して決めます。胆嚢癌の治療では手術が唯一の治すことができる治療です。癌が胆嚢壁のどこまで浸潤しているか、また胆嚢の壁を越えて、肝臓や胆管など周囲臓器や血管にどの程度まで及んでいるかによって手術の術式が決められます。

胆嚢の内側の粘膜や固有筋層にとどまっているステージ I では胆嚢摘出術を行います。胆嚢ポリープと診断されて胆嚢摘出術が行われ、病理診断の結果でがんが判明した場合でも、I期であれば一般には追加切除は行われません。しかし、癌が胆嚢の漿膜下層または肝臓と接している結合組織に浸潤している場合、癌を露出させないように肝臓を付けるようにして摘出し、周囲のリンパ節を切除します。

### 胆嚢癌の治療

- 手術一進行度で様々な術式
  - 単純な胆嚢摘出術から、胆管切除、胆嚢床切除～拡大肝葉切除までの肝切除併用
  - 周囲臓器の合併切除: 大腸、十二指腸、膵臓など
- 化学療法
  - ゲムシタビンとシスプラチン併用療法
- 閉塞性黄疸・胆管炎に対する胆道ドレナージ術
  - 内視鏡的、経皮経肝的
  - スtent留置
- 緩和ケア

癌の進展によっては単純な胆嚢摘出のみから肝臓の半分以上に及ぶ切除まですることや、大腸や十二指腸などの他臓器の合併切除術を行うことがあります。術式が様々であることが、胆嚢癌の外科治療の特徴です。さらに広範囲に肝臓を切除する場合には術前に門脈塞栓術を行い、残す肝臓を大きくしておくこともあります。手術後の回復過程や起こり得る

合併症も手術方法によって異なります。

手術だけでは目に見えない癌が潜んでいる可能性を考えて、手術後に補助とし抗癌剤の治療を追加することもあります。標準的な治療としては確立していません。

手術ですべての癌を取り除くことができない、あるいは手術に耐える体力がない、などの理由で手術による治癒が難しい場合は、化学療法すなわち抗癌剤治療を行います。ゲムシタビン+シスプラチン併用療法が

標準治療として確立しています。また癌が進行していて胆管炎や胆道狭窄による肝機能障害を起こしている場合、胆汁の流れを良くする胆道ドレナージ術や胆道ステント留置を行い、胆汁がうまく流れるようにします。

手術・化学療法・放射線治療といった積極的に癌を攻撃する治療は行わずに、疼痛コントロールなどクオリティオブライフの維持を目的とした緩和ケアに専念する場合があります。

癌の再発は、治療の効果により目に見える大きさの癌がなくなったあと、再び癌が発見されることをいいます。再発は、いろいろな部位に起こります。切除した部位に出る局所再発、腹膜に出る腹膜播種、肝臓などにできる遠隔転移などです。再発様式により起こる症状もさまざまで、治療も状況に合わせて行われますが、化学療法を施行することが一般的です。

胆嚢癌が治癒したと考えられる5年生存率は、全国集計によればStage Iで88%、Stage IIで69%、Stage IIIで42%、Stage IVaで22%、Stage IVbで6%であり、治療困難な癌の1つと言えます。

