

第 35 回 九州肝臓外科研究会 学術集会 プログラム・抄録集

日時 : 平成 26 年 2 月 1 日 (土) 13:00~18:42
会場 : 大塚製薬グループビル 7F 会議室
〒812-0023 福岡市博多区奈良屋町 13-13
TEL : 092-291-0101

- セッション 1. 「忘れえぬ症例の振り返り (1)」: 10 演題
- セッション 2. 「術後管理の標準化: 肝切除後ドレーン」: 8 演題
- セッション 3. 「ディベート: 肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である」
: 2 演題
- セッション 4. 「忘れえぬ症例の振り返り (2)」: 10 演題
- セッション 5. 「九州肝臓外科研究会研究成果発表」: 1 演題
- セッション 6. 「合併症の経験の共有: 難治性胸腹水」: 6 演題
- セッション 7. 「腹腔鏡下肝切除—みんなに教えたい私の工夫 (ビデオ)」: 7 演題

当番世話人: 調 憲 (九州大学大学院 消化器・総合外科 准教授)

共催: 九州肝臓外科研究会 / 株式会社大塚製薬工場

プログラム

開会の辞 アンサーパッドの動作確認	13:00-13:05
セッション1.「忘れえぬ症例の振り返り(1)」	13:05-14:05
セッション2.「術後管理の標準化:肝切除後ドレーン」	14:05-15:01
セッション3.「ディベート:肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である」	15:01-15:46
休憩(10分)	15:46-15:56
セッション4.「忘れえぬ症例の振り返り(2)」	15:56-16:56
セッション5.「九州肝臓外科研究会研究成果発表」	16:56-17:09
セッション6.「合併症の経験の共有:難治性胸腹水」	17:09-17:51
セッション7.「腹腔鏡下肝切除—みんなに教えたい私の工夫(ビデオ)」	17:51-18:40
閉会の辞	18:40-18:42

《第35回九州肝臓外科研究会学術集会 参加者へのお知らせ》

* アンサーパッドを使用した全員での discussion を予定しています。

- 入場時にアンサーパッドを各自で 1 個ずつお持ちください。
- 退室時には必ずアンサーパッドの返却をお願いします。

■司会および演者の先生方へ

* 司会の先生方は、担当セッション開始前に次司会席に着席下さい。

* ご発表の先生方は、発表時刻の 30 分前にスライド受付を済ませて下さい。

* 発表時間は、セッションおよび演題により異なります。下記の内容よりご確認ください。

発表時間の厳守をお願いします。

セッション1.	「忘れえぬ症例の振り返り(1)」 (発表時間:4分、質疑応答:2分)	13:05-14:05
セッション2.	「術後管理の標準化:肝切除後ドレーン」 (発表時間:5分、質疑応答:1分、討論:8分)	14:05-15:01
セッション3.	「ディベート:肝細胞癌の切除における標準術式は 系統的切除である」 (発表時間:10分・5分、討論:15分)	15:01-15:46
セッション4.	「忘れえぬ症例の振り返り(2)」 (発表時間:4分、質疑応答:2分)	15:56-16:56
セッション5.	「九州肝臓外科研究会研究成果発表」 (発表時間:10分、質疑応答:3分)	16:56-17:09
セッション6.	「合併症の経験の共有:難治性胸腹水」 (発表時間:5分、質疑応答:1分、討論:6分)	17:09-17:51
セッション7.	「腹腔鏡下肝切除 —みんなに教えたい私の工夫(ビデオ)」 (発表時間:5分、質疑応答:2分)	17:51-18:40

* セッション2・3・6の討論ではアンサーパッドを使用します。

* 動画を使用される方、Mac をご使用される方は、トラブル防止のため、PC をご持参下さい。

* 会場には、ミニ D-sub15 ピンケーブルを用意致します。これ以外の形状の出力端子の場合はアダプタをご自身でご持参下さい。

* 上記以外の方は、会場の PC を利用可能です。

事務局にてご用意致します PC の動作環境は、Windows 7、PowerPoint 2003、2007、

2010 及び 2013 となります。事前に動作環境でご確認の上、データは USB メモリーでご持参下さい。

調 憲 (第 35 回九州肝臓外科研究会学術集会 当番世話人、
九州大学大学院 消化器・総合外科)

セッション1. 「忘れえぬ症例の振り返り(1)」

13:05-14:05

(発表時間:4分、質疑応答:2分)

司会：高見裕子 (国立病院機構九州医療センター 肝胆膵外科)
別府 透 (熊本大学 消化器外科学)

1) 「肝動脈血栓症により失った左三区域切除を行った傍肝門部領域胆管癌の一例
～今なら...」

長崎大学 大学院 腫瘍外科

○七島篤志、阿保貴章、高木克則、荒井淳一、日高重和、永安 武

2) 「腹腔鏡下肝嚢胞開窓術で左肝管を損傷し再手術を行った一例」

鹿児島大学 消化器・乳腺甲状腺外科学¹、鹿児島大学医学部 臨床腫瘍²

○迫田雅彦¹、上野真一²、飯野 聡¹、樋渡清司¹、南 幸次¹、蔵原 弘¹、又木雄弘¹、
前村公成¹、新地洋之¹、夏越祥次¹

3) 「多発肝転移を伴う十二指腸カルチノイドに対し二期的肝膵十二指腸切除を行い、
長期生存が得られた一例」

琉球大学 医学部 附属病院 第一外科

○石野信一郎、白石祐之、尾下陽大、堤 綾乃、西巻 正

4) 「高度進行成人肝未分化肉腫の外科治療—われわれが学んだこと」

熊本大学 大学院 消化器外科学

○別府 透、林 洋光、新田英利、中川茂樹、岡部弘尚、小森宏之、橋本大輔、
近本 亮、石河隆敏、馬場秀夫

5) 「肝血管肉腫の1切除例」

大分大学 医学部 消化器・小児外科学講座¹、大分大学²

○渡邊公紀¹、岩下幸雄¹、川崎貴秀¹、小森陽子¹、内田博喜¹、矢田一宏¹、
太田正之¹、猪股雅史¹、北野正剛²

6)「大量肝切除術後に発症した門脈血栓症に対し、血栓除去術を施行し救命しえた一例」

福岡大学 医学部 消化器外科

○大石 純、乗富智明、山内 靖、和田義人、山下裕一

7)「HCC 肝外転移に対しソラフェニブ治療後に外科切除を施行した一例」

鹿児島厚生連病院 外科

○安藤 慶、小倉芳人、野元優貴、江口裕可、益満幸一郎、中島三郎、前之原茂穂

8)「直腸癌術後約 10 年目に発症した多発肝細胞癌の一例」

宗像医師会病院 外科

○力丸竜也、芝原幸太郎、園田耕三、前川宗一郎

9)「肝切除を要した肝放線菌症の一例」

大分県立病院 外科¹、大分県立病院 消化器内科²

○梅田健二¹、足立英輔¹、米村祐輔¹、多田和裕¹、神代竜一¹、小川 聡¹、
板東登志雄¹、得丸智子²、西村大介²、加藤有史²

10)「6 回の手術と集中治療にて救命できた高エネルギー外傷による深在性複雑肝破裂の 1 例」

九州大学病院別府病院 外科¹、製鉄記念八幡病院 外科²、九州中央病院 外科³

○杉町圭史¹、東 秀史²、北川 大³、戸島剛男²、矢野博子²、池部正彦²、
江口英利¹、三森功士¹

セッション2. 「術後管理の標準化:肝切除後ドレーン」

14:05-15:01

(発表時間: 5 分、質疑応答:1 分、総合討論:8 分)

司会: 岡本好司 (北九州市立八幡病院 消化器・肝臓病センター)

小倉芳人 (鹿児島厚生連病院 消化器外科)

1)「肝切除後ドレーン管理の工夫」

国立病院機構 長崎医療センター 外科

○蒲原行雄、北島知夫、堀川修一、森田 道、濱田聖暁、野中 隆、永吉茂樹、
徳永隆幸、前田茂人、藤岡ひかる

2)「当院における原発性肝癌に対する肝切術後のドレーン管理」

九州がんセンター消化器外科

○金城 直、池田泰治、前原伸一郎、大垣吉平、山口将平、江頭明典、南 一仁
山本 学、藤也寸志、岡村 健

3)「当科の肝切除後ドレーン抜去に関わる術後胆汁漏，臓器/体腔 SSI の検討」

宮崎大学第1外科

○矢野公一、近藤千博、甲斐真弘、藤井義郎、大谷和広、永野元章

4)「肝区域切除および肝葉切除後のドレーン留置の必要性について」

九州医療センター 肝胆膵外科

○龍 知記、高見裕子、立石昌樹、和田幸之、才津秀樹

5)「肝切除術後管理におけるドレーンの必要性の検討」

福岡市民病院 外科

○森田和豊、内山秀昭、竹中賢治

6)「肝切除後ドレーンの臨床的意義に関する検討」

九州大学大学院 消化器・総合外科

○別城悠樹、山下洋市、調 憲、松本佳大、吉屋匠平、井口友宏、二宮瑞樹、
池上 徹、吉住朋晴、前原喜彦

7)「肝癌に対する待機的肝切除術後のドレーンは必要か？～胆汁漏の観点から」

飯塚病院 外科

○皆川亮介、梶山 潔、丸山晴司、井口詔一、廣瀬皓介、武谷憲二、中ノ子智徳、
吉田倫太郎、古賀 聡

8)「肝切除における腹腔内ドレーン挿入の意義と術後抜去時期の検討」

済生会福岡総合病院 外科

○原田 昇、松浦 弘、岡留健一郎

セッション3. 「ディベート:肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である」

15:01-15:46

(発表時間:10分・5分、討論:15分)

司会:江口 晋(長崎大学 移植・消化器外科)

奥田康司(久留米大学 肝胆膵外科)

1)「肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である(肯定派)」

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 移植・消化器外科(第2外科)

○日高匡章、高槻光寿、曾山明彦、足立智彦、北里 周、丸屋安広、平山昂仙、
前川恭一郎、黒木 保、江口 晋

2)「肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である(否定派)」

九州大学大学院 消化器・総合外科(第二外科)¹

九州大学大学院 形態機能病理学²、九州大学大学院 臨床放射線科部門³

○山下洋市¹、調 憲¹、相島慎一²、井口友宏¹、二宮瑞樹¹、池上 徹¹、
吉住朋晴¹、西江昭弘³、池田哲夫¹、前原喜彦¹

休憩

15:46-15:56

セッション4. 「忘れえぬ症例の振り返り(2)」

15:56-16:56

(発表時間:4分、質疑応答:2分)

司会:北原賢二(佐賀大学 一般・消化器外科)

乗富智明(福岡大学 消化器外科)

1)「転移性肝癌との鑑別が困難であった肝腫瘤性病変の2例」

九州がんセンター 消化器外科

○前原伸一郎、池田泰治、金城 直、大垣吉平、山口将平、江頭明典、山本 学、
南 一仁、藤也寸志、岡村 健

2)「進行肝細胞癌に対して Downstaging 後、生体肝移植に至らなかった一例」

聖マリア病院 外科

○緒方俊郎、吉富宗宏、渡邊元己、竜口崇明、岩永彩子、今泉拓也、黒田久志、
田中将也、真栄城兼清、藤堂 省

3)「術後急速に再発進行した Vv3 肉腫様肝細胞癌の一例」

大分赤十字病院 外科

○富野高広、實藤健作、福澤謙吾、小川雄大、岩城堅太郎、甲斐成一郎、岡本正博、白水章夫、若杉健三

4)「原発性肝肉腫の 2 例」

大分赤十字病院 外科

○中園裕一、福澤謙吾、富野高広、實藤健作、岩城堅太郎、岡本正博、甲斐成一郎、白水章夫、本廣 昭、若杉健三

5)「経横隔膜的に開心し下大静脈腫瘍栓を摘出した肝細胞癌の 1 例」

飯塚病院 外科

○井口詔一、皆川亮介、廣瀬皓介、武谷憲二、中ノ子智徳、吉田倫太郎、丸山晴司、古賀 聡、梶山 潔

6)「若年女性に発生した巨大肝細胞癌に対し体外肝切除を行った一例」

九州大学大学院 消化器・総合外科

○今井大祐、吉住朋晴、池上 徹、二宮瑞樹、井口友宏、山下洋市、川中博文、池田哲夫、調 憲、前原喜彦

7)「進行肝細胞癌に対して外科の役割を再認識した症例 - ダウンステージ後切除」

久留米大学 医学部 外科学

○高木克明、奥田康司、白濱貴久、福與健二郎、御鍵和弘、丸山祐一郎、酒井久宗、川原隆一、安永昌史、木下壽文

8)「門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対しマイクロ波凝固壊死療法: MCN を行った一例」

伸和会 延岡共立病院 外科¹、宮崎大学第 2 内科²

○赤須郁太郎¹、椎葉淳一¹、岩切久芳²

9)「StageIVb 肝細胞癌に対して sorafenib とラジオ波凝固療法で完全奏効を得た 1 例」

熊本大学大学院 消化器外科学

○武山秀晶、新田英利、村端秀映、阿部真也、林 洋光、近本 亮、石河隆敏、別府 透、馬場秀夫

**10)「術前門脈塞栓術(PE)と肝動脈塞栓術(TAE)で完全腫瘍壊死が得られた
肝細胞癌の1切除例」**

北九州市立八幡病院 消化器・肝臓病センター 外科¹、救命救急センター²

○野口純也¹、岡本好司¹、馬場雅之¹、松本 彩¹、久永 真¹、榎屋隆太¹、
山吉隆友¹、井上征雄²、木戸川秀生¹、伊藤重彦²

セッション5.「九州肝臓外科研究会研究成果発表」

16:56-17:09

(発表時間:10分、質疑応答:3分)

司会：上野真一（鹿児島大学 臨床腫瘍学）

「肝内胆管癌における術前リンパ節腫大と予後の関連性に関する検討」

長崎大学 移植・消化器外科

○足立 智彦

セッション6.「合併症の経験の共有:難治性胸腹水」

17:09-17:51

(発表時間:5分、質疑応答:1分、総合討論:6分)

司会：七島篤志（長崎大学 腫瘍外科）

近藤千博（宮崎大学 腫瘍機能制御外科）

1)「肝細胞癌術後に難治性胸水をきたした3症例」

福岡大学病院 消化器外科

○石井文規、乗富智明、山内 靖、大石 純、和田義人、山下裕一

2)「RFA 治療部の横隔膜穿孔により難治性胸水を来したと考えられる3例」

久留米大学病院 外科¹、佐賀社会保険病院²

○白岩祥子¹、塩田浩二²、安永昌史¹、清松和光²、奥田康二¹、木下壽文¹

3)「肝右葉切除後に腹水コントロールに難渋した一例」

佐賀大学 医学部附属病院 一般・消化器外科

○古賀浩木、武居 晋、佐藤博文、奥山桂一郎、井手貴雄、北原賢二、能城浩和

4)「肝切除後の致命的な MRS 腹水感染」

熊本大学 消化器外科¹、熊本大学附属病院 消化器癌集学的治療学²

○新田英利¹、別府 透²、東 孝暁¹、阿部真也¹、林 洋光¹、今井克憲¹、
橋本大輔¹、近本 亮¹、石河隆敏¹、馬場秀夫¹

5)「肝細胞癌に対する肝切除後難治性腹水の危険因子に関する検討」

九州大学 消化器・総合外科

○松本佳大、調 憲、山下洋市、吉屋匠平、井口友宏、二宮瑞樹、池上 徹、
吉住朋晴、川中博文、前原喜彦

6)「肝臓手術後の大量腹水症例に対する腹水濾過濃縮静注法 CART の使用経験」

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○丸屋安広、曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、前川恭一郎、
木下綾華、夏田孔史、江口 晋

セッション7. 「腹腔鏡下肝切除—みんなに教えたい私の工夫(ビデオ)」 17:51-18:40

(発表時間:5分、質疑応答:2分)

司会：白石祐之（琉球大学 消化器・腫瘍外科）

太田正之（大分大学 消化器・小児外科）

1)「完全腹腔鏡下肝切除:脈管処理、肝実質切離の工夫。」

九州大学 先端医工学¹、消化器・総合外科（第二外科）²

○池田哲夫¹、山下洋市²、井口友宏²、二宮瑞樹²、今井大祐²、王 歆林²、
別城悠樹²、木村光一²、松本佳大²、調 憲²

2)「肝右葉 S7 および S8 病変に対する鏡視下切除経路の工夫」

鹿児島大学 消化器乳腺甲状腺外科¹、鹿児島大学 保健学科²、

鹿児島大学 臨床腫瘍学³

○樋渡清司¹、迫田雅彦¹、飯野 聡¹、南 幸次¹、蔵原 弘¹、又木雄弘¹、
前村公成¹、新地洋之²、上野真一³、夏越祥次¹

3)「胸腔鏡下肝部分切除の1例」

大分大学 医学部 消化器・小児外科学¹、大分大学²

○内田博喜¹、岩下幸雄¹、渡邊公紀¹、川崎貴秀¹、小森陽子¹、矢田一宏¹、
太田正之¹、猪股雅史¹、北野正剛²

4)「門脈臍部アプローチによる腹腔鏡下肝部分切除術」

佐賀県医療センター好生館 消化器外科

○三好 篤、鶴安 浩、江川紀幸、山地康太郎、姉川 剛、篠崎由賀里、
隅 健次、田中聡也、佐藤清治

5)「腹腔鏡下肝切除—肝切離における工夫—」

久留米大学 医学部 外科学

○安永昌史、福與健二郎、御鍵和弘、白濱貴久、高木克明、丸山祐一郎、
酒井久宗、堀内彦之、奥田康司、木下壽文

6)「腹腔鏡下肝切除

—完全鏡視下、ハイブリッド、HALS の使い分けと手技のポイント—」

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、夏田孔史、木下綾華、
黒木 保、江口 晋

7)「肝ドーム下 S7/8 病変に対する左側臥位での肋間ポート併用下完全腹腔鏡下 肝切除術の有用性」

熊本大学大学院 消化器外科学

○林 洋光、別府 透、新田英利、阿部真也、橋本大輔、近本 亮、石河隆敏、
馬場秀夫

閉会の辞

18:40-18:42

調 憲 (第 35 回九州肝臓外科研究会学術集会 当番世話人、
九州大学大学院 消化器・総合外科)

抄 録 集

セッション1.「忘れえぬ症例の振り返り(1)」

1) 肝動脈血栓症により失った左三区域切除を行った傍肝門部領域胆管癌の一例 ～今なら...

長崎大学 大学院 腫瘍外科

○七島篤志、阿保貴章、高木克則、荒井淳一、日高重和、永安 武

71 歳男性。肝門部 3cm の腫瘍性病変を認め左右肝管は閉塞していた。ICGR15 10.8%、LHL15 0.94 で肝予備能良好。肝左葉は萎縮し機能的肝容積は 4%。左右門脈浸潤、前区域胆管浸潤から肝左三区域切除+門脈合併切除とした。腫瘍は右肝動脈と近接し剥離に難渋した。左肝流入血行処理後に左中肝静脈を先行切離し肝離断開始したが切除肝うっ血が顕著になり止血困難な出血性ショックに陥った。肝離断を終え門脈環状切除再建を行ったが残肝色調異常を感じながら閉腹した。19 時間 28 分、出血量 6370ml。術後 1 日目高度なアシドーシスと肝動脈血流消失を認め広範な動脈血栓を認めた。血栓溶解による動脈出血を契機に術後 5 日目に在院死された。病理診断は t4n0 で治癒度 B の切除。7 年前の症例で、手術手技、術中診断 (判断)、動脈再建術の技術など現在では対処しうる点が多く認められ、肝臓外科医として悔やまれ忘れえぬ 1 例である。

2) 腹腔鏡下肝嚢胞開窓術で左肝管を損傷し再手術を行った一例

鹿児島大学 消化器・乳腺甲状腺外科学¹、鹿児島大学医学部 臨床腫瘍²

○迫田雅彦¹、上野真一²、飯野 聡¹、樋渡清司¹、南 幸次¹、蔵原 弘¹、
又木雄弘¹、前村公成¹、新地洋之¹、夏越祥次¹

2005 年、腹腔鏡下肝嚢胞開窓術にて左肝管を損傷した一例を報告する。72 才女性、主訴は腹満感。画像上 7 個の肝嚢胞を認め、最大は 15cm で肝内側区域から前区域を占拠。肝門部血管は嚢胞の背側に変位。単純性肝嚢胞の診断で腹腔鏡下開窓術を施行。嚢胞は肝内側～前区域腹側面に突出し表面に索状構造物あり。内容液を穿刺吸引後、嚢胞壁を LCS で切開。索状物を横断した際、胆汁流出を認める。流出部付近に主要血管系は認めず流出部をクリップで閉鎖し手術終了。POD3 ドレーンより胆汁性排液を認めたが保存的に経過観察。以後、POD10 まで 1 日 300ml 程度の排液が続き炎症所見増悪もあり DIC-CT 施行。左肝管の途絶を確認し、同日再手術施行。左肝管にクリップが掛かっており脆弱化した断端から胆汁が漏出していた。左肝管-空腸吻合を予定していたが、縫合不全が懸念されたため肝左葉切除施行。再手術後は合併症なく自宅退院。本症例における Pitfall と偶発症対策を供覧する。

3) 多発肝転移を伴う十二指腸カルチノイドに対し二期的肝臓十二指腸切除を行い、長期生存が得られた一例

琉球大学 医学部 附属病院 第一外科

○石野信一郎、白石祐之、尾下陽大、堤 綾乃、西巻 正

・十二指腸カルチノイドには現在有効な化学療法などが無く、手術による完全切除が唯一の根治的治療である。肝転移に対しても、完全切除が可能であれば手術が第一選択となる。我々は肝転移を伴う十二指腸乳頭部カルチノイドに対し肝臓十二指腸切除を行い、長期無再発生存を得た一例を経験したので報告する。

・症例は 60 代男性。近医で肝腫瘍を指摘され、肝生検まで施行したが確定診断できず経過観察となっていた。2 年後に肝腫瘍の増大を認め当院紹介。上部内視鏡で十二指腸乳頭部にも腫瘍を認め、生検でカルチノイドであった。肝転移を伴う十二指腸カルチノイドと判断し手術の方針としたが、肝転移は右葉に多発し左葉 S2、S4a にも存在したため 2 期的手術とした。まず S2 病変部分切除と右門脈結紮術を行って肝左葉肥大を図り、その後拡大肝右葉切除(右葉+S4a 切除)および膵頭十二指腸切除を施行した。現在術後約 8 年、無再発生存中である。

4) 高度進行成人肝未分化肉腫の外科治療—われわれが学んだこと

熊本大学 大学院 消化器外科学

○別府 透、林 洋光、新田英利、中川茂樹、岡部弘尚、小森宏之、橋本大輔、
近本 亮、石河隆敏、馬場秀夫

52 歳女性。腹部と両下肢は著明に緊満、背部の持続性鈍痛あり。呼吸苦のため臥床は困難。PS 3~4。右肝に 23cm の巨大腫瘍を認め、門脈を著明に圧排、右肝・中肝・下大静脈の描出なく側副血行路著明、すでに外側区域に out-flow block あり。救命のため H17 年 4 月、拡大肝右 3 区域切除を施行(約 4kg)。免疫組織染色で肝未分化肉腫と診断。術後 23 日目に PS 0~1 で退院。H18 年 5 月に単発再発に左尾状葉切除施行。H18 年 12 月、肝 S3 の 2 個の再発を肝部分切除。肝動注化学療法や全身化学療法は無効。術後 4 年までに肝切除±RFA 3 回、RFA 単独 1 回を追加。PS 0~1 を維持して 5 年生存された。成人肝未分化肉腫の長期生存は極めてまれ。『患者の天真爛漫さと家族の理解』、『治療チームの情熱』、『低悪性度腫瘍』、『少ない手術合併症』、『良好な全身予備能』により、意味のある長期生存が可能であった。

5) 肝血管肉腫の1切除例

大分大学 医学部 消化器・小児外科学講座¹、大分大学²

○渡邊公紀¹、岩下幸雄¹、川崎貴秀¹、小森陽子¹、内田博喜¹、矢田一宏¹、
太田正之¹、猪股雅史¹、北野正剛²

【はじめに】肝血管肉腫は急速な増大、症状悪化のためきわめて予後不良であり、切除率は20%との報告がある。今回我々は術後短期間での局所再発に対して追加切除を行った1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。平成25年5月に腹痛が出現、近医受診し肝腫瘍破裂の診断。同日肝動脈塞栓術（TAE）にて緊急止血したのちに肝部分切除術を施行された。病理検査にて肝血管肉腫、断端陽性と診断された。退院時のCTにて腫瘍残存を指摘され当院紹介となった。当院CTでさらに腫瘍増大（腫瘍倍加時間11日）を認めたため、拡大肝左葉切除術を施行した。術後は合併症なく術後16日目に退院となった。

【術後経過】術後1ヵ月目より化学療法（PTX）を施行しており、術後5ヵ月目のCTでは再発の所見なく経過している。

【結語】肝血管肉腫局所再発に対しても可能であれば追加切除を考慮すべきと考えられた。

6) 大量肝切除術後に発症した門脈血栓症に対し、血栓除去術を施行し救命しえた一例

福岡大学 医学部 消化器外科

○大石 純、乗富智明、山内 靖、和田義人、山下裕一

肝切除術後門脈血栓症は、発生頻度は低いが致命的となる重篤な合併症の一つであり、早期診断と適切な治療が不可欠である。今回我々は大量肝切除術後に発症した門脈血栓症に対し血栓除去術を施行し救命できた症例を経験したので報告する。症例は73歳女性。内側区域を主座とする8cm大の胆管細胞癌の治療目的で当院紹介となった。手術は右3区域切除術・肝外胆管切除術・胆管空腸吻合術を施行した。術後2日目よりせん妄が出現したが、血中アンモニア値は軽度の上昇にとどまっていた。またバイタルは安定しており、腹部症状はみられなかった。術後5日目に高アンモニア血症を伴う昏睡状態となった。超音波検査および腹部造影CT検査により、門脈本幹が血栓によって完全閉塞していることが判明し、同日緊急で血栓除去術を施行した。術直後から残肝内の門脈血流は再開した。意識障害は改善し、また血中乳酸値およびアンモニア値も速やかに正常化した。

7) HCC 肝外転移に対しソラフェニブ治療後に外科切除を施行した一例

鹿児島厚生連病院 外科

○安藤 慶、小倉芳人、野元優貴、江口裕可、益満幸一郎、中島三郎、前之原茂穂

肝癌診療ガイドラインによると肝外転移に対してはソラフェニブ治療もしくは緩和治療が推奨されている。今回 HCC 肝外転移に対しソラフェニブ治療を施行後、外科切除を行い寛解が得られた 1 例を経験したので報告する。

症例は 81 歳の男性で背景肝は nonBnonC。1998 年 3 月に肝細胞癌、腎細胞癌の二重複癌に対し肝中央 2 区切除術、右腎摘出術を施行。その後肝内多発再発を認め TAE、PEIT を施行。2001 年 8 月には右肋骨転移を認め肋間動脈より TAE を施行後、2002 年 5 月に外科切除術を施行。2002 年には胸壁転移を来し化学療法、放射線療法を施行、2006 年に肋間動脈、内胸動脈より TACE を施行。2011 年 8 月よりソラフェニブを開始したが徐々に増大傾向を認め、病変が局所に限局していたため胸壁転移巣摘出術を施行した。本症例では外科的切除にて AFP は正常範囲内へ低下し、現在明らかな再発を認めず長期生存を得ている。

8) 直腸癌術後約 10 年目に発症した多発肝細胞癌の一例

宗像医師会病院 外科

○力丸竜也、芝原幸太郎、園田耕三、前川宗一郎

直腸癌術後約 10 年目に多発肝腫瘍を認め、肝細胞癌と診断し手術を施行した一例を経験したので報告する。症例は 83 歳男性。10 年前に直腸癌に対して、腹会陰式直腸切断術を施行した(pA1, pN0, fStage II)。術後 5 年間は当科外来にて経過観察し、再発認めなかったため、以降は近医にて 2 型糖尿病・高血圧の治療を受けていた。血液検査にて肝機能異常を認め、腹部超音波検査にて肝腫瘍を指摘され、当院紹介受診された。胸腹部 CT 施行したところ、以前より指摘され血管腫が疑われていた肝 S8 の腫瘍が 15mm から 45mm へ増大し、他にも 1cm 以下の多発腫瘍を認めた。造影パターンでは転移性肝癌というよりは、混合型 HCC や肉腫様変性を来した HCC や血管肉腫などが考えられた。肝炎ウイルスは陰性であったが、腫瘍マーカーの上昇も認めたため多発 HCC と考え、肝部分切除術・胆嚢摘出術を施行した。術後病理検査では、HCC と診断された。現在のところ再発所見は認めていない。

9) 肝切除を要した肝放線菌症の一例

大分県立病院 外科¹、大分県立病院 消化器内科²

○梅田健二¹、足立英輔¹、米村祐輔¹、多田和裕¹、神代竜一¹、小川 聡¹、
板東登志雄¹、得丸智子²、西村大介²、加藤有史²

症例は64才女性。関節リウマチがありプレドニゾロンとメトトレキサート内服中であった。子宮穿孔に対して子宮卵巣摘出術を施行された。その8か月後に右季肋部痛を主訴に受診した。CRPの上昇と、腹部CTでは肝右葉に多房性の嚢胞性病変と、左鼠径部に低吸収域の腫瘍性病変を認め、肝膿瘍と左下腹部膿瘍の診断となった。両者に対して経皮肝膿瘍ドレナージと経皮下腹部膿瘍ドレナージを施行し、膿瘍の培養では両者から *Actinomyces israelii* が検出された。感受性のあるペニシリン系抗生剤の長期投与および動注投与も行ったが、寛解と増悪を繰り返した。内科的治療による完治は困難と考え、発症から1年後に肝部分切除を施行した。切除後膿瘍の再発は見られていない。肝放線菌症は比較的稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

10) 6回の手術と集中治療にて救命できた高エネルギー外傷による深在性複雑肝破裂の1例

九州大学病院別府病院 外科¹、製鉄記念八幡病院 外科²、九州中央病院 外科³

○杉町圭史¹、東 秀史²、北川 大³、戸島剛男²、矢野博子²、池部正彦²、
江口英利¹、三森功士¹

【症例】32歳男性。2tのクレーンと100tの鉄の間に胸腹部をはさまれ当院救急搬送。来院時 JCS: I -1, SBP70mmHg, HR130/min。CTにて肝損傷 Ib型(被膜下中心性破裂)と診断し緊急TAEを行った。数時間後ICUにて腹腔内出血の急激な増加があり緊急開腹術を行った。推定20000mlの大量出血を認め damage control surgery、ガーゼパッキングを行い仮閉腹した。翌日再開腹し、右葉外側の挫滅した肝実質を切離しパッキングした。術後に reperfusion syndrome と sepsis にて急激な呼吸・循環不全を来し人工呼吸・CHDFにて治療を行った。受傷6日目より肝不全を来し血漿交換を開始した。その後集中治療と合計6回の手術により回復し受傷6ヶ月後無事に自宅退院した。

【考察】時期を逸しない damage control surgery、肝切除後合併症の経験を生かした術後管理と全身集中治療により、救命困難と予測された重症の複雑性深在性肝外傷症例を救命することができた。

セッション2.「術後管理の標準化:肝切除後ドレーン」

1)肝切除後ドレーン管理の工夫

国立病院機構 長崎医療センター 外科

○蒲原行雄、北島知夫、堀川修一、森田 道、濱田聖暁、野中 隆、永吉茂樹、
徳永隆幸、前田茂人、藤岡ひかる

背景) ドレーンは排液総ビリルビン値 (TB)と細菌検査を行い TB3mg/dl 以下又は血清値 3 倍未満かつグラム染色菌陰性で 4 日目以後に抜去している。

方法) 2008 年から 2013 年 8 月の腸切併施、完全鏡視下、感染併発を除く肝切除を基準導入前 (I 群 ; n=201)、導入後 (II 群 ; n=142)に分け背景因子、手術因子、臓器体腔 SSI、留置期間、抜去後追加処置を比較。II 群の長期留置例 (7 日以上) 内訳と対応も検討。

結果) 糖尿病が II 群で有意に増加 (I 群 30%、II 群 55%、 $p<0.03$)。臓器体腔 SSI は I 群 11%、II 群 1%と有意に減少($p<0.01$)。平均留置期間 I 群 8 日、II 群 5 日で 7 日以内抜去は II 群で有意に増加 (I 群 55%、II 群 94%、 $p<0.05$)。抜去後追加処置は I 群のみ 6%に発生。II 群長期留置例は TB 高値/菌陰性 7 例、TB 基準内/菌陽性 1 例、前者は TB 基準内を確認後抜去、後者は抗菌薬投与後抜去し全例軽快。

結語) ドレーン管理標準化後、留置期間短縮、臓器体腔 SSI は減少した。

2)当院における原発性肝癌に対する肝切術後のドレーン管理

九州がんセンター消化器外科

○金城 直、池田泰治、前原伸一郎、大垣吉平、山口将平、江頭明典、南 一仁
山本 学、藤也寸志、岡村 健

【目的】当院では術後に閉鎖式ドレーンを挿入し、翌日抜去を基本としているが、その妥当性に関して検討した。

【対象・方法】対象は 11 年 4 月から 13 年 8 月までに当院で施行した原発性肝癌に対する肝切除症例 60 例(肝細胞癌 50 例,肝内胆管癌 10 例)とし、ドレーン抜去時期にて 3 群(1 日目 D1 群、2 日目 D2 群、3 日目以降群 D3 以降群に分け、背景因子、術後合併症(grade II 以上)に関して比較した(ドレーン挿入なし 4 例)。

【結果】3 群間に年齢、性別、Child Pugh 分類、B/C/NBNC、血小板数に有意差を認めなかった。D2 群(n=17)、D3 群(n=13)は D1 群(n=26)に比べ、手術時間、出血量が多く、S4、5、6、尾状葉切除や消化管吻合、胆道再建が多く含まれた。術後出血は D2 に 1 例、D3 に 2 例(grade II 2 例/III 1 例)、胆汁瘻は D3 に 2 例に認めた(grade II 1 例/III 1 例)。D1、D2 群ではドレーン抜去後に出血、胆汁瘻は認めなかった。

【結語】ドレーン性状を確認しドレーンを早期に抜去しても術後経過は問題ない。

3) 当科の肝切除後ドレーン抜去に関わる術後胆汁漏, 臓器/体腔 SSI の検討

宮崎大学第1外科

○矢野公一、近藤千博、甲斐真弘、藤井義郎、大谷和広、永野元章

当科では、原則肝切除術後3日目にdrain抜去の方針としている。

目的:ドレーン抜去に関わる胆汁漏の基準と術後臓器/体腔SSI (OS-SSI) の危険因子を検討。
方法:当科で肝切除を行った88例をretrospectiveに検討。ISGLSの胆汁漏GradeB以上を他の症例と比較した。OS-SSI発生例と非発生例で、術前、術中、術後の因子を比較した。

結果:GradeB以上の胆汁漏は5例で、このうちPOD3 drain T-bilが基準を満たしていたのは1例のみであった。OS-SSIは8例で、単変量解析では、BMI、POD3の血中WBC・drain WBC、手術時間が有意な危険因子であった。多変量解析ではBMIとPOD3 drain WBCに有意な傾向を認めたが、差はなかった。

結論:drain抜去までにdrain T-bilからの予測は困難であるが、drain WBCからOS-SSIの予測は可能かもしれない。

4) 肝区域切除および肝葉切除後のドレーン留置の必要性について

九州医療センター 肝胆膵外科

○龍 知記、高見裕子、立石昌樹、和田幸之、才津秀樹

現在当科では、部分、亜区域、外側区域、左肝切除では原則ドレーンは非留置としている。今回surgeon preferenceとしている外側以外の区域切除と右肝切除（以下major hepatectomy）においてドレーンの必要性を検討した。

【対象】2010年1月から2013年末までに施行した胆道再建、消化管吻合を伴わないmajor hepatectomy47例をドレーン留置群（A群）28例（後区域切除13例、右肝切除15例）、ドレーン非留置群（B群）19例（後区域切除16例、右肝切除3例）に分け術後合併症についてretrospectiveに比較検討した。

【結果】肝障害度などの術前患者背景、手術時間、出血量などの術中因子に有意差は認めず。Clavian-Dindo分類GradeIII以上の術後合併症はA群で6例(21.4%)、B群で1例(5.3%)であった。術後在院日数中央値はA群で16日、B群で11日と両群間に有意差を認めた(P=0.0043)。

【結論】後区域切除および右肝切除においてはドレーンは必ずしも必要でないと思われた。

5) 肝切除術後管理におけるドレーンの必要性の検討

福岡市民病院 外科

○森田和豊、内山秀昭、竹中賢治

【背景・目的】肝切除術後管理におけるドレーンの必要性をretrospectiveに検討する。

【対象・方法】2013年5月から2013年12月までの胆道再建を伴わない肝切除症例22例を対象とした。肝切除終了時に閉鎖式ドレーンを1本挿入し、術後1日目朝に肉眼的に出血や胆汁漏などの異常がなければ、ドレーンを抜去することを原則とした。

【結果】22例中20例で術後1日目朝に腹腔内ドレーンを抜去し、抜去後も出血や胆汁漏、腹腔内膿瘍を認めなかった。この20例においてGrade 3以上の合併症は胸水貯留の2例のみであり、術後在院日数は14±6日であった。2例（前区域切除でGlisson断端の針穴からminorな胆汁漏が認められた症例。心房細動に対する術後抗凝固療法が必要であった症例）については、2日目以降もドレーンを留置した。

【結語】術中所見で肉眼的に胆汁漏がない症例においては、ドレーンは不要である。

6) 肝切除後ドレーンの臨床的意義に関する検討

九州大学大学院 消化器・総合外科

○別城悠樹、山下洋市、調 憲、松本佳大、吉屋匠平、井口友宏、二宮瑞樹、池上 徹、吉住朋晴、前原喜彦

【はじめに】肝癌診療ガイドライン（2013年度版）では「待機的肝切除において腹腔ドレーンは必ずしも必要としない（グレードB）」とされている。

【対象・方法】2009年～2013年の他臓器合併切除・胆道再建を含まない肝切除術322例を対象とした。ドレーンが合併症のモニタリングやドレナージなど臨床的に有用であった症例の術前・術中因子を検討した。

【結果】ドレーンが有用であった症例は29例（9.0%）であった。内訳は、胆汁漏：14例、出血：7例、胸腹水ドレナージ：5例などであった。単変量解析では、T3/4、手術時間、出血量、術中輸血、2区域以上の切除、術中胆汁漏（リークテスト陽性を含む）、肝虚血時間に有意差があり、多変量解析では出血量(カットオフ値800ml)、術中胆汁漏ありが独立因子であった。

【まとめ】術中操作が複雑で出血量が多く、術中胆汁漏を認める症例にはドレーン留置が必要である。

7) 肝癌に対する待機的肝切除術後のドレーンは必要か？～胆汁漏の観点から

飯塚病院 外科

○皆川亮介、梶山 潔、丸山晴司、井口詔一、廣瀬皓介、武谷憲二、中ノ子智徳、
吉田倫太郎、古賀 聡

【目的】肝切除後の胆汁漏はいまだ解決されていない合併症であり、その対策が肝切除の短期成績向上には必須である。胆汁漏対策の観点からドレーンの必要性を検討した。

【方法】2004年～2013年に肝細胞癌に対し肝切除を行った457例を対象とした。当科では全例離断面にドレーンを留置しており、術後3日目に胆汁漏がない場合抜去している。胆汁漏の定義はドレーン排液の総ビリルビン値5mg/dL以上または血清値の3倍以上とした。

【成績】胆汁漏を56例(12.3%)に認めた。14例は無治療で軽快、24例はドレーン管理で軽快、18例に侵襲的処置を要した。胆汁漏の危険因子は手術時間300分以上、前区域・中央2区域切除術であった。

【結論】胆汁漏を合併しても約68%が侵襲的処置を行わずに軽快しており、ドレーンの有用性が示唆された。危険因子を満たさない症例ではドレーン非留置でも良い可能性があるが、今後の慎重な検討が必要である。

8) 肝切除における腹腔内ドレーン挿入の意義と術後抜去時期の検討

済生会福岡総合病院 外科

○原田 昇、松浦 弘、岡留健一郎

【はじめに】肝癌診療GLで肝切除術における腹腔内ドレーンの留置については必ずしも必要としないと明記された。一方で肝硬変例術後腹水貯留や胆道再建、グリソン鞘露出等の胆汁漏高危険症例に対するドレーンの意義の検討が必要である。

【対象・方法】肝切除術40例に対してA正常肝、B肝硬変、C胆道再建及びグリソン鞘露出症例3群でドレーン留置適応、抜去時期と基準、合併症をretrospectiveに検討した。

【結果】40例中37例にドレーン留置し、適応は出血、胆汁漏の可能性のあるものとし、A : B : C群17 : 8 : 12例、平均留置2.2 : 2.8 : 10.3日でC群はA、B群と比較し有意に延長した ($p<0.05$)。抜去時期は出血、胆汁漏がなく、腹水については薬物コントロール可能と判断された2日目以降とした。周術期死亡率0%、術後胆汁漏をC群3例に認めた。

【まとめ】胆道再建及びグリソン鞘露出症例におけるドレーン管理の必要性が示唆された。

セッション3. ディベート:肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である

1) 肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である(肯定派)

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 移植・消化器外科 (第2外科)

○日高匡章、高槻光寿、曾山明彦、足立智彦、北里 周、丸屋安広、平山昂仙、
前川恭一郎、黒木 保、江口 晋

肝細胞癌(HCC)は腫瘍径が増大するにつれて、経門脈的に進展し肝内転移を引き起こす事が知られている。また、C型肝炎を背景とする障害肝では持続的炎症により多中心性発生による発癌形式が挙げられる。

HCCの経門脈的進展を考慮した術式である亜区域切除はMakuuchiらにより考案され、系統的肝切除は、HCCの進展経路を考慮すると合理的な術式である。日本肝癌研究会の全国調査を検討したEguchiらの報告によると特に2-5cmのHCCでは系統切除群で非系統的切除と比較して、有意に無再発生存率が低下していた。背景肝機能などの因子が許せば、潜在性vp, imを切除する意味で系統切除が有用であると考えられる。

今回、肝細胞癌切除の標準術式は系統的切除である、を、背景肝の違い、腫瘍因子など様々な観点から論じたい。

2) 肝細胞癌の切除における標準術式は系統的切除である(否定派)

九州大学大学院 消化器・総合外科 (第二外科) ¹

九州大学大学院 形態機能病理学 ²、九州大学大学院 臨床放射線科部門 ³

○山下洋市 ¹、調 憲 ¹、相島慎一 ²、井口友宏 ¹、二宮瑞樹 ¹、池上 徹 ¹、
吉住朋晴 ¹、西江昭弘 ³、池田哲夫 ¹、前原喜彦 ¹

HCC に対する系統的切除の理論的根拠とされる「HCC は経門脈的に進展・転移する」という事象の正当性を画像診断・病理診断・分子生物学的アプローチから評価する。確かにHCCはvvよりもvpを伴う事が多いが、これは肝静脈・門脈の腫瘍辺縁数や構造に起因する可能性があり、進展様式を反映するものかは不明である。また、CTHAにて多血性HCCの血流動態を評価すると、HCC周囲へドレナージされる症例(コロナ濃染)が多数で、担癌門脈域全体が造影されるような症例は希である。これはHCC周辺の肝類洞→微細門脈→肝静脈への還流と考えられ、imがHCC辺縁5-10mmに集中する事を裏付けている。またimが担癌門脈域に多いというエビデンスはない。HCCの転移を規定するkey moleculeは同定されていないが、CTCなどでHCCの循環細胞を評価すると、門脈血中より肝静脈血中に多い。以上より、HCCに対する系統的切除の理論的根拠は乏しく、推奨されない。

セッション4.「忘れえぬ症例の振り返り(2)」

1) 転移性肝癌との鑑別が困難であった肝腫瘤性病変の 2 例

九州がんセンター 消化器外科

○前原伸一郎、池田泰治、金城 直、大垣吉平、山口将平、江頭明典、山本 学、
南 一仁、藤也寸志、岡村 健

【はじめに】 転移性肝癌との鑑別が困難であった 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】 40 代女性。結腸癌術後。Stage IIIa に対し術後補助療法として mFOLFOX6 を施行中、CT にて肝 S5, S4/8 に low density area を認めた。EOB-プリモビスト MRI の肝臓相にて欠損像として認めたが、FDG-PET では集積は認めなかった。転移性肝癌の可能性が否定できず肝部分切除を施行。術後病理検査にて腫瘍は認めず類洞の拡張とうっ血を認めた。

【症例 2】 50 代男性。結腸癌術後。術後 Stage IIIa にて補助療法として 5FU/LV を施行。術後 5 年半にて腫瘍マーカーの軽度上昇と CT にて S4、S8 に low density area を認めた。EOB-プリモビスト MRI の肝臓相にて欠損像として認め、FDG-PET では集積を認めた。転移性肝癌の診断にて手術施行するも病理結果は epithelioid granuloma であった。

【まとめ】 転移性肝癌の診断においてはさまざまな状況を念頭において診断・治療を行う必要がある。

2) 進行肝細胞癌に対して Downstaging 後、生体肝移植に至らなかった一例

聖マリア病院 外科

○緒方俊郎、吉富宗宏、渡邊元己、竜口崇明、岩永彩子、今泉拓也、黒田久志、
田中将也、真栄城兼清、藤堂 省

【症例】 63 歳、女性。C 型肝硬変、肝細胞癌(HCC)の症例。6 年前より HCC に対して RFA、TACE を施行。1.5 年前に S4 HCC (45mm, Child 9 点) を認め、家族より肝移植の提案があったが本人は同意せず TACE を施行。その後、S4 HCC 再発を認め TACE、PEIT を追加。腫瘍のコントロールがつかず生体肝移植を希望され当院受診。来院時、HCC は S4:45mm、S6:16mm、S8:10mm (ミラノ基準外)、AFP 3551 ng/ml、PIVKA-II 732 mAU/ml、肝機能は Child C (10 点)、MELD 14 であった。TACE による Downstaging 後 1 カ月、S4 腫瘍は縮小し、ミラノ基準内となったが、3 カ月後腫瘍が増大、ミラノ基準外となり生体肝移植は断念した。

【まとめ】 進行肝細胞癌では患者に十分に説明の上、早期に肝移植の専門外来の紹介受診を考慮することが肝要と思われる。

3)術後急速に再発進行した Vv3 肉腫様肝細胞癌の一例

大分赤十字病院 外科

○富野高広、實藤健作、福澤謙吾、小川雄大、岩城堅太郎、甲斐成一郎、岡本正博、
白水章夫、若杉健三

【はじめに】元来 HCC の肉腫様変化は稀だが、IVR の普及と共に増加している。肉腫様 HCC は血行性/リンパ行性転移が高頻度で急速に浸潤性に増大する予後不良な形態である。

【症例】80歳女性。肝腫瘍精査にて当科紹介。AFP:16.46ng/dl、PIVKAlI:880mAU/ml。右肝静脈腫瘍栓を伴う S4/5/8 を中心とした最大径 11.2cm の腫瘍と右肺 S10 に結節を認め、HCC(T4N0M1、stageIVb)の診断。TAI を施行するも腫瘍は増大傾向で、拡大肝中央二区域切除術(S4/5/7/8/尾状葉切除)+B6 胆道再建+下大静脈腫瘍栓除去術を施行。切除標本では spindle cell を認め、肉腫様 HCC と診断。術後経過良好であったが、46POD に腹腔内播種再発、肝内多発転移、下大静脈腫瘍栓を認め、ソラフェニブの投与を開始するも PD となり、99POD に死亡退院。

【結語】術後急速に再発進行した Vv3 肉腫様 HCC に対しソラフェニブを投与した一例を経験した。肉腫様 HCC に対するソラフェニブ投与の報告は無くここに報告する。

4)原発性肝肉腫の2例

大分赤十字病院 外科

○中園裕一、福澤謙吾、富野高広、實藤健作、岩城堅太郎、岡本正博、甲斐成一郎、
白水章夫、本廣 昭、若杉健三

原発性肝肉腫は間葉系組織や血管系より発生する非上皮性悪性腫瘍である。WHOの肝腫瘍組織分類では1. 類上皮性血管内皮腫、2. 血管肉腫、3. 未分化肉腫、4. 横紋筋肉腫、5. その他に細分化されている。本邦では原発性肝癌の0.1%以下と言われており非常にまれな疾患である。予後は不良であり肝未分化肉腫の場合、非切除例の平均生存期間は約4ヶ月、切除例においても約14ヶ月とされる。当院では肝未分化肉腫および肝血管肉腫をそれぞれ経験した。共に外科的切除および全身化学療法を行い、肝未分化肉腫は4年の長期生存を得たが、肝血管肉腫では8ヶ月経過後の現在、癌性胸膜炎のためBSCで経過フォロー中である。原発性肝肉腫に対しての治療において、全身化学療法の意義は確立しておらず、可能な限りの外科的切除での対応が望ましいと考えられる。

5) 経横隔膜的に開心し下大静脈腫瘍栓を摘出した肝細胞癌の1例

飯塚病院 外科

○井口詔一、皆川亮介、廣瀬皓介、武谷憲二、中ノ子智徳、吉田倫太郎、丸山晴司、
古賀 聡、梶山 潔

はじめに：Vv3肝癌は外科手術以外に根治的治療法はない。肝上部での下大静脈遮断が困難な場合は従来開心操作でのアプローチがなされてきた。今回我々は非開胸・経横隔膜的心嚢切開による下大静脈アプローチで腫瘍栓を摘出したVv3肝癌症例を経験した。症例：63歳男性。定期検診で肝酵素上昇を指摘され、精査で右肝静脈から下大静脈に進展する腫瘍栓を伴った6cm大の肝細胞癌を認めた。ICG15分値が15.5%、左葉のvolumeが21.7%であり、右下肝静脈を認めたことから前区域+S7切除術を施行した。腫瘍栓は胸腔内下大静脈まで進展しており、経横隔膜的に開心し心嚢内で下大静脈をクランプしTotal Hepatic Vascular Exclusionを施行、腫瘍栓と切離肝を一塊に摘出した。考察：非開胸・経横隔膜的心嚢切開での下大静脈アプローチによる腫瘍栓摘出術は、従来法に比べ侵襲が少なく手技も簡便であり、有用な方法と思われた。

6) 若年女性に発生した巨大肝細胞癌に対し体外肝切除を行った一例

九州大学大学院 消化器・総合外科

○今井大祐、吉住朋晴、池上 徹、二宮瑞樹、井口友宏、山下洋市、川中博文、
池田哲夫、調 憲、前原喜彦

[症例]HBVキャリアーの10代女性。不明熱、全身倦怠感を契機に肝前・内側区域・尾状葉を占拠する最大径19cmの巨大HCCを指摘された。術前volumetry上、左3区域切除後の残肝容積は十分だったが、下大静脈は腫瘍に全周を囲まれ腹側に著しく圧排され、通常の手技では肝脱転、肝切除は困難と考えられた。そこで、術後肝不全発症時に備え、母を生体肝移植のドナー候補として評価した上で、体外肝切除を選択した。

[手術]V-Vバイパス下に下大静脈を含めた全肝摘出後、バックテーブルにて左3区域切除と下大静脈、右肝静脈の形成を行い、肝上下大静脈、門脈、動脈の順に再建し、胆管空腸吻合を行った。冷虚血時間5時間8分、無肝期6時間4分、手術時間19時間22分、出血量25000mlだった。術後経過は良好で、術後43日自宅退院し、術後6年後現在も無再発生存中である。

[まとめ]若年者の巨大HCCに対し体外肝切除により根治的手術が可能で無再発生存を得ている症例を経験した。

7) 進行肝細胞癌に対して外科の役割を再認識した症例 -ダウンステージ後切除

久留米大学 医学部 外科学

○高木克明、奥田康司、白濱貴久、福與健二郎、御鍵和弘、丸山祐一郎、酒井久宗、川原隆一、安永昌史、木下壽文

大型多発、大血管浸潤を伴うHCCに対する治療成績は切除においても不良。しかし、今回提示する症例は巨大多発HCCで、IVR治療によるダウンスタージング後に切除し長期生存が得られた。進行癌治療における外科切除のポテンシャルを再認識し、集学治療の在り方を示した例として忘れられない症例である。

【症例】78歳、男性。HCCは右葉に存在し、径20cmで右側腹腔全体を占拠し、肝内転移も認めた。当初、切除不能と判断したが、内科医により18か月にわたりHAI→Chemolipiodolization (CL)→TACE→CLが行われ、主腫瘍の縮小、新病変の出現なくダウンスタージングが得られたため切除を安全に行った。患者は化学療法開始後5年1か月、切除後3年5か月無再発で健在である。

【結語】進行癌に対する集学治療の戦略は、そのゴールを切除、移植とすべきで、また内科/放射線科との連携が大事。

8) 門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対しマイクロ波凝固壊死療法:MCN を行った一例

伸和会 延岡共立病院 外科¹、宮崎大学第2内科²

○赤須郁太郎¹、椎葉淳一¹、岩切久芳²

<はじめに>

門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌は極めて予後が悪く、外科的治療の適応外となることも少なくない。今回、我々は門脈腫瘍栓ごと肝細胞癌にMCNを行い1年3ヶ月の生存をしている症例を経験したので報告する。

<現病歴>

男性 手術時年齢64歳。肝障害と肝腫瘍にてH.16年に近医より紹介。HBsAg(+)。初回治療H.16年 9月 開腹下MCN(5個)。以後、H.24までに経皮的RFA計10回、開腹、開胸下MCN計2回の治療を行っている。 H.24年8月 AFP 5986.6ng/ml PIVKA-II 489mAU/mlと上昇、S7を中心とする再発病変と門脈右枝に一致して存在する腫瘍栓を認めた。8月23日、腫瘍栓ごとMCNを行い、術後CTにて腫瘍栓を含めてablationされていることを確かめた。その後、肝動注化学療法と1回の経皮的RFAを経て現在生存中である。

<結語>

Ablation治療の潜在的能力を示唆するものではないかと考えられた。

9) StageIVb 肝細胞癌に対して sorafenib とラジオ波凝固療法で完全奏効を得た

1 例

熊本大学大学院 消化器外科学

○武山秀晶、新田英利、村端秀映、阿部真也、林 洋光、近本 亮、石河隆敏、
別府 透、馬場秀夫

【症例】62歳男性。平成22年8月肝S6,7,8に約10cm主腫瘍および複数の肝内転移と右門脈腫瘍栓、多発肺転移を伴うstageIVbの肝細胞癌に対しsorafenibを開始(途中、手足症候群のため400→200mg)。原発巣は著明に縮小、平成23年9月には、肝内転移、門脈腫瘍栓および肺転移も消失。腫瘍マーカーもAFP 376.9→39.3、AFP-L3 64.6→4.5、PIVKA-II 151680→47と低下。右肝切除を予定し(ICG;22%、機能的切除率50%)右門脈塞栓を先行したが安全域に達しなかったため、同年12月残存するviable lesionに対して開腹ラジオ波凝固療法を施行。術後に創感染、難治性腹水貯留を認めたが軽快し36病日退院。マーカーはそれぞれ、6.0、0、24と正常値。現在治療開始63ヵ月、術後25ヶ月無再発生存中である。

【結語】遠隔転移を伴う肝細胞癌でもsorafenib投与、down stagingできれば、適切な外科的治療を行うことで長期生存や治癒が期待できる。

10) 術前門脈塞栓術(PE)と肝動脈塞栓術(TAE)で完全腫瘍壊死が得られた 肝細胞癌の1切除例

北九州市立八幡病院 消化器・肝臓病センター 外科¹、救命救急センター²

○野口純也¹、岡本好司¹、馬場雅之¹、松本 彩¹、久永 真¹、榎屋隆太¹、
山吉隆友¹、井上征雄²、木戸川秀生¹、伊藤重彦²

肝細胞癌手術適応拡大のためにPEを行うが、稀に手術待機中原発巣コントロール不良例を経験する。今回PE後にTAEを追加、根治術を施行した症例を経験した。73歳男性。食欲不振、全身倦怠感にて近医受診。腹部エコーにて肝腫瘍を疑われ、当院紹介。画像検査で肝右葉前区域を主座とする10cm超の腫瘍を認め、HCV抗体陽性、AFP26550ng/ml、PIVKA II 16896mAu/mlと異常高値より肝細胞癌と診断。根治切除として拡大肝右葉切除術が必要と判断。肝障害度A、Child-Pugh分類GradeAであったが、残存肝容量予測約40%、C型肝炎による肝障害から術前PEの適応と判断。PE後に肝左葉肥大と右葉萎縮を認めたが残存肝容量は不十分であり、病勢コントロールと更なる残存予定肝増大を期待しTAE追加。これにより著しい肝右葉萎縮を得、根治術を施行。組織学的には完全腫瘍壊死であった。術前PEとTAE併用につき、文献的考察をふまえ報告する。

セッション6.「合併症の経験の共有:難治性胸腹水」

1) 肝細胞癌術後に難治性胸水をきたした3症例

福岡大学病院 消化器外科

○石井文規、乗富智明、山内 靖、大石 純、和田義人、山下裕一

当施設で最近経験した術後難治性胸水の3症例について検討した。術後10日以上胸腔ドレーンの留置を必要とした症例と術後30日以内に穿刺ドレナージを必要とした症例を難治性胸水と定義した。症例1は60歳の男性で、C型慢性肝炎を背景とした肝S8の3cm、単発の肝細胞癌に対して肝S7及びS8背側の亜区域切除術を施行した。術後に右胸水貯留を認め、利尿剤の投与及び複数回の穿刺を行い軽快した。症例2は69歳の男性で、C型慢性肝炎、2型糖尿病を背景とした後区域を主座とする11cmの肝細胞癌で、後区域及び前区域背側切除術を施行した。術後に胸腔ドレーンの再留置と利尿剤の投与を行った。症例3は68歳の男性で非B非C、2型糖尿病によるNASHを背景とした肝右葉を主座とする肝細胞癌に対して右肝切除術を施行した。術後10日間の胸腔ドレーン留置と利尿剤投与を必要とした。これら3症例はいずれも右開胸あり、肝障害度Aであったが、病理組織診断で肝の線維化を認めた。

2) RFA 治療部の横隔膜穿孔により難治性胸水を来したと考えられる3例

久留米大学病院 外科¹、佐賀社会保険病院²

○白岩祥子¹、塩田浩二²、安永昌史¹、清松和光²、奥田康二¹、木下壽文¹

肝細胞癌に対するラジオ波焼灼術(RFA)は、低侵襲治療として広く普及しているが、穿刺そのものに伴う合併症に加えて、焼灼熱の波及による他臓器損傷、肝梗塞などの合併症もよく知られている。しかし、焼灼部近傍の横隔膜穿孔やそれに伴う難治性胸水の報告はまれである。我々はRFA治療後に難治性胸水を来し、さらに経過中横隔膜穿孔部からのヘルニアを発症し、手術的修復術を行った3例を経験した。これらの症例のRFA焼灼部はS8(2例)、S6で、腫瘍径は12-17mmであり、全例比較的高度の肝硬変を有していた。横隔膜穿孔部は術前MD-CTにて確認できた。穿孔部修復術後に胸水は消失したことから、RFA治療後から横隔膜損傷があり、損傷部より腹水が胸腔内に入っていた可能性が考えられた。RFA後に保存的治療抵抗性の胸水が生じる場合は、横隔膜損傷、穿孔の可能性を検討する必要があると考えられた。

3) 肝右葉切除後に腹水コントロールに難渋した一例

佐賀大学 医学部附属病院 一般・消化器外科

○古賀浩木、武居 晋、佐藤博文、奥山桂一郎、井手貴雄、北原賢二、能城浩和

症例は60歳男性。S8に2個、S6に1個と肝右葉に多発する腫瘍を認め当科紹介。精査の結果、肝細胞癌の診断で右葉切除を行う方針とした。背景肝はB型慢性肝炎で肝予備能はChild-pughA、ICG15分値:12%であった。残肝容積は30.9%と小さく、PTPE施行後に右葉の増大を待って(残肝容積:43.1%)、肝右葉切除術施行。術中所見では門脈本幹内に血栓を認めたため摘出した。術後は抗凝固療法を行い、創感染や胆汁瘻など認めず経過したが、ドレーン排液は1000~2000mlと多量であった。細菌培養陰性でありPOD7にドレーン抜去。その後次第に腹部膨満著明となり、体重は83kgまで増加(術前:68kg)。水分・塩分制限と利尿剤投与、CART・腹水穿刺+アルブミン製剤投与、胸水穿刺などを行い、次第に体重は減少し術前と同等まで低下した。コントロール可能となったためPOD55に退院の運びとなった。今回我々は術後腹水コントロールに難渋した症例を検討したので報告する。

4) 肝切除後の致命的なMRS腹水感染

熊本大学 消化器外科¹、熊本大学附属病院 消化器癌集学的治療学²

○新田英利¹、別府 透²、東 孝暁¹、阿部真也¹、林 洋光¹、今井克憲¹、

橋本大輔¹、近本 亮¹、石河隆敏¹、馬場秀夫¹

【目的】肝切除後腹水貯留はときに経験する合併症の1つである。ひとたび腹水感染を起こすと細菌性腹膜炎となり、致命的となりうる。今回、肝切除後の感染腹水症例の成績について検討した。

【対象・方法】2006年4月~2013年12月の期間に肝切除術(胆管空腸吻合は除く)を施行した920例のうち、術後腹水貯留に対して腹水穿刺を施行した74例を対象とした。細菌培養検査にて陰性であった32例を陰性群、陽性であった42例を陽性群とした。

【結果】1. 陽性群の在院死亡率(24%、10/42例)は陰性群(6%、2/32例)より有意に高かった(p=0.018)。同時期の肝切除後全体の在院死亡率は(1.8%、17/920例)であった。2. 多変量解析では、在院死の独立危険因子はmethicillin resistant Staphylococci(MRS)腹水感染のみであった(HR5.23 p=0.014)。

【結論】術後MRS腹水感染例は致死率が極めて高く、腹水ドレナージや抗菌剤治療以外にも新たな打開策が必要である。

5) 肝細胞癌に対する肝切除後難治性腹水の危険因子に関する検討

九州大学 消化器・総合外科

○松本佳大、調 憲、山下洋市、吉屋匠平、井口友宏、二宮瑞樹、池上 徹、
吉住朋晴、川中博文、前原喜彦

【はじめに】肝細胞癌（HCC）に対する肝切除後の腹水は、治療に難渋することがある。

【対象・方法】術前に Acoustic radiation force impulse（ARFI）にて肝硬度を計測した HCC に対して major hepatectomy(Hx)群(一区域切除超:15例)と minor Hx 群（区域切除以下: 45例）を対象とし、Clavien-Dindo 分類ⅢA 以上の腹水発症の危険因子を検討した。

【結果】背景では major、minor 群各々、平均腫瘍径 6cm、2.6cm であり、肝機能には差はなかった。腹水合併の危険因子は major 群：残肝率 60%以下、minor 群 ARFI 1.61m/s 以上、出血量 468ml 以上であった。

【まとめ】残肝率が 60%以下の major Hx の場合は percutaneous transhepatic portal embolization 等による残肝容積の確保、minor Hx の場合は ARFI 値が 1.61 以上では、出血量の低減が腹水の予防に有用である可能性がある。

6) 肝臓手術後の大量腹水症例に対する腹水濾過濃縮静注法 CART の使用経験

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○丸屋安広、曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、前川恭一郎、
木下綾華、夏田孔史、江口 晋

CART は難治性大量腹水症例に対して腹水を採取し濾過・濃縮し静脈に再投与する方法である。肝切除術後や生体肝移植術後の難治性大量腹水に対して CART を施行した経験を報告する。生体肝移植後 4 例、肝切除後 3 例に施行。肝移植例では、グラフト容量/レシピエント標準肝容積比 34.8-53%で、施行時期は移植後 1-4 か月と様々であった。移植後早期の比較的強い免疫抑制下でもエンドトキシン血症等の合併症は認めず、全例安全に施行できた。CART により利尿の改善や腹部膨満が軽減されリハビリテーションが進み、早期退院へと繋がった症例を認めた。理論的にはアルブミン製剤と同等の効果が期待でき、医療資源の節約や同種血由来の感染のリスクがないという利点がある。難治性腹水の改善には、根本的には十分な肝再生や肝機能回復が必須ではあるが、CART は、それらを得られるまでの bridging therapy の一つと成り得ると思われた。

セッション7.「腹腔鏡下肝切除—みんなに教えたい私の工夫(ビデオ)」

1) 完全腹腔鏡下肝切除: 脈管処理、肝実質切離の工夫。

九州大学 先端医工学¹、消化器・総合外科(第二外科)²

○池田哲夫¹、山下洋市²、井口友宏²、二宮瑞樹²、今井大祐²、王 歆林²、
別城悠樹²、木村光一²、松本佳大²、調 憲²

肝臓は人体最大の器官、分厚いところでは腹腔の最も腹側から最も背側にまで及び、しかも **Fragile** で出血しやすく、ほとんどの部分は胸郭と横隔膜に囲まれている。肝臓は膠原線維性の線維性結合組織からなる被膜(結合組織層)に覆われている、被膜は 2 か所で開放され、1 つは門脈茎が流入する肝門で、もう 1 つは肝静脈流出部であり、肝門では境界は門脈-胆管鞘に続き、肝静脈の部位では下大静脈の被膜に連続している。Glisson 鞘は肝被膜由来ではありえず門脈、胆管、動脈に沿って分岐し、最終的に肝細胞索と血管系を隔てている薄い組織に連続している。肝実質の断面は何所で切っても門脈、胆管、動脈の **triad** を鞘で覆った上に皮膜を被った肝実質がある。一方、肝被膜は肝静脈そのものであり肝静脈を剥離するという事は静脈の壁を引き裂いていることになる。内視鏡手術の蟹の爪の様な鉗子でどう扱えば良いのか、その工夫を検討した。

2) 肝右葉 S7 および S8 病変に対する鏡視下切除経路の工夫

鹿児島大学 消化器乳腺甲状腺外科¹、鹿児島大学 保健学科²、
鹿児島大学 臨床腫瘍学³

○樋渡清司¹、迫田雅彦¹、飯野 聡¹、南 幸次¹、蔵原 弘¹、又木雄弘¹、
前村公成¹、新地洋之²、上野真一³、夏越祥次¹

【はじめに】鏡視下肝部分切除は部位によりアプローチ方法および難易度が異なる。今回腹腔鏡下に切除した S7 頭側病変と、胸腔鏡下に切除した S8 ドーム下病変の 2 例を提示する。

【症例 1】未分化肉腫に対して緊急拡大左葉切除術を施行後、当初より認められた S7 頭側 1.5cm 大の血管腫疑い病変に対し、肝内転移を否定する目的で二期的に切除を行った。側臥位、肋弓下 4 ポートに加え、経胸腔ポートを 1 本追加し、腹腔鏡下にアプローチ。部分切除で腫瘍を摘出した。

【症例 2】77 歳女性。肝 S8 ドーム下に 1.7cm 大の肝細胞癌に対して、側臥位、肋間の 4 ポートで胸腔鏡下にアプローチ。エコーで経横隔膜的に腫瘍を確認、腫瘍直上の横隔膜を切開し部分切除を行った。

【まとめ】S7 頭側病変や S8 ドーム下病変に対しては腹腔鏡でアプローチするか胸腔鏡でアプローチするか悩むことが多い。今回異なった経路でアプローチを行った 2 例を経験したので報告する。

3) 胸腔鏡下肝部分切除の1例

大分大学 医学部 消化器・小児外科学¹、大分大学²

○内田博喜¹、岩下幸雄¹、渡邊公紀¹、川崎貴秀¹、小森陽子¹、矢田一宏¹、
太田正之¹、猪股雅史¹、北野正剛²

【はじめに】腹腔鏡下肝切除術は急速に普及しその適応は拡大されているが、横隔膜直下の腫瘍や開腹歴を有する症例には困難な場合もある。今回、我々は胸腔鏡下肝部分切除の1例を経験したので報告する。

【症例】76歳、男性。アルコール性肝障害に対して経過観察中、71歳時に膵管内乳頭粘液性腺癌に対して幽門輪温存膵頭十二指腸切除術、75歳時に肝細胞癌を指摘され RFA+TACE を施行した。その後、肝 S7、RFA 部位に一致して 30mm 大の腫瘍を認め肝細胞癌再発が考えられた。幽門輪温存膵頭十二指腸切除術後であること、また横隔膜直下の病変であることより胸腔鏡下手術を選択した。胸腔鏡下肝部分切除の手技をビデオで供覧する。手術時間 310 分、出血量 510ml であった。手術後の経過は良好で術後 11 日目に退院した。

【結語】開腹歴のある横隔膜直下の肝腫瘍に対して胸腔鏡下手術は選択肢となりうると思われた。

4) 門脈臍部アプローチによる腹腔鏡下肝部分切除術

佐賀県医療センター好生館 消化器外科

○三好 篤、鶴安 浩、江川紀幸、山地康太郎、姉川 剛、篠崎由賀里、
隅 健次、田中聡也、佐藤清治

腹腔鏡下肝切除術のさらなる普及および根治性の向上には腹腔鏡下系統的肝切除術の手技の習得が必須となる。門脈臍部アプローチで行なう左傍正中領域の肝切除術は腹腔鏡下系統的肝切除術を導入する際の手技習得において非常に有用である。

<実際の手術手技> 肝円索、鎌状間膜を切離後に、肝円索を肝離断用ポートの方向へ牽引しながら門脈臍部を展開する。肝離断に関しては肝表面は超音波凝固切開装置で行い、深部に関しては肝円索を牽引しつつ肝円索から連続するグリソンを CUSA を用いて露出し、周囲の剥離を行なう。その後、腫瘍支配領域のグリソンを数本処理し、demarcation line に沿って肝離断を行ない標本を摘出する。このアプローチはグリソンの露出が容易に行なえるため、系統的肝切除とくに亜区域切除に必要な CUSA を用いたグリソン周囲の剥離操作の手技習得に有用である。実際の手術手技をビデオで供覧する。

5) 腹腔鏡下肝切除—肝切離における工夫—

久留米大学 医学部 外科学

○安永昌史、福與健二郎、御鍵和弘、白濱貴久、高木克明、丸山祐一郎、
酒井久宗、堀内彦之、奥田康司、木下壽文

【はじめに】当科では腹腔鏡下肝切除にソフト凝固付きサクションを用いており、肝離断時に有用であるのでその成績を報告する。

【対象と方法】2013年11月までに腹腔鏡下肝切除術を施行した92例中、完全鏡視下での32例を対象とした。肝離断時止血操作にソフト凝固付きサクションを使用した群(N=10)と、それ以外のデバイス(TissueLink他)を使用した群(N=22)で比較検討した。

【結果】術中出血量ではソフト凝固付きサクション群 $41.1 \pm 55.7\text{g}$ に対し、使用しない群 $152.1 \pm 37.6\text{g}$ と有意に減少したが($p=0.045$)、手術時間や術後在院日数、術後合併症で明らかな差は認められなかった。

【考察】肝実質離断・破碎に優れた SonoSurgX や高い凝固止血能を有するソフト凝固付きサクションを用いることで良好な視野確保が可能となり、腹腔鏡下肝切除において有効なデバイスとなり得ると思われた。

6) 腹腔鏡下肝切除

—完全鏡視下、ハイブリッド、HALS の使い分けと手技のポイント—

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、夏田孔史、木下綾華、
黒木 保、江口 晋

腹腔鏡下肝切除では、完全鏡視下、ハイブリッド、HALS 各々の特徴をよく理解し、症例に応じて適切に使い分ける事が重要と思われる。各手技における当科での手技・工夫について報告する。完全鏡視下切除は、主に外側区域切除、部分切除に施行している。ビニールチューブを用いて Pringle 法のセッティングを行い、切除時には気腹圧を 12mmHg に設定する。Sealing device による切離を基本としているが、接線方向となる切離面からの出血に対する処置には、生理食塩水滴下ボール型電極の併用にて、良好な止血が得られる。複雑な系統切除や大血管に近接するような腫瘍に対する切除、再建を要する切除は、鏡視下肝授動、上腹部正中切開による直視下肝切離のハイブリッド法が有用である。オムニトラクトで安定した術野を確保し、hanging maneuver や two-surgeon technique など従来開腹手技で確立された手技を用い、精緻で安全な切除が可能である。HALS 手技は、肝授動時の愛護的操作、癒着症例に対する速やかな剥離などで有用である。

7) 肝ドーム下 S7/8 病変に対する左側臥位での肋間ポート併用下完全腹腔鏡下肝切除術の有用性

熊本大学大学院 消化器外科学

○林 洋光、別府 透、新田英利、阿部真也、橋本大輔、近本 亮、石河隆敏、馬場秀夫

【緒言】肝ドーム下の肝 S7・S8 といった部位に対する腹腔鏡下肝切除はアプローチの難しさが指摘されている。われわれは肝 S7・S8 の病変に対して、完全左側臥位での肋間ポート併用下完全腹腔鏡下肝切除を行っており、その手技と工夫を供覧する。

【症例 1】67 才、男性、アルコール性肝硬変。肝 S8 に 19mm 大の肝細胞癌再発症例。

【症例 2】81 才、男性、C 型肝硬変。肝 S7 に 20mm 大の肝細胞癌再発症例。

【手技と工夫】体位は完全左側臥位とし、5 ポート(2 本はバルーン付き肋間ポートとして使用)で手術施行。肝右葉授動後に腫瘍を同定した。切除肝側に支持糸をかけて、肝切離は主に CUSA を用いて行った。切除肝はエンドキャッチで回収し体外へ取り出した。横隔膜下にドレーンを 1 本留置(胸腔ドレーンはなし)し、手術を終了。

【考察】肝 S7 もしくは S8 といった肝ドーム下病変に対して、完全左側臥位での肋間ポートを併用することにより完全腹腔鏡下肝切除が容易になると考えられた。