

肝切除術

当グループでは肝疾患に対し、肝切除術を中心とした治療を行っています。
対象疾患）肝細胞癌、肝内胆管癌、他臓器からの転移性肝癌、良性腫瘍

このうち主たる疾患である肝細胞癌についてご説明いたします。

肝細胞癌の特徴

わが国における肝細胞癌はほぼ 90%が C 型肝炎ウイルス(HCV、70%)あるいは、B 型肝炎ウイルス (HBV、15%)感染を背景に発症するため他臓器癌にはみられない次のような特殊性があります。

- ① 一般に肝臓はその機能に余裕があり最大 70%程度切除しても生存可能で、残存肝も数ヶ月で元の大きさまで再生するといわれています。しかし、肝細胞癌の発生母地である慢性肝炎や肝硬変は肝臓がすでに障害されているために機能的な余裕が少なく、癌の治療により肝機能不全に陥る可能性があるため切除を含めた治療そのものが制限される場合があります。
- ② 一度癌を根治できても（初回切除・ラジオ波・肝動脈塞栓術いずれを選択しても）、肝内他部位の再発が多い疾患です（全国的には 60-70%の症例で再発するといわれます）。

われわれは、患者さん個々に基づいた肝機能評価を行い、院内の肝臓内科や放射線科と協議の上、治療法を提示することにつとめています。

治療指針

日本肝癌研究会の「原発性肝癌取扱い規約」に基づき、腫瘍の肉眼的進行度と肝障害度（LD）の 2 項目で状態の評価を行います。肝細胞癌の治療としては切除、ラジオ波などの焼灼療法、肝動脈塞栓・注入療法、肝移植（対象が限定）が実施されています。われわれは肝癌診療ガイドラインに基づき治療方針を決定しています。

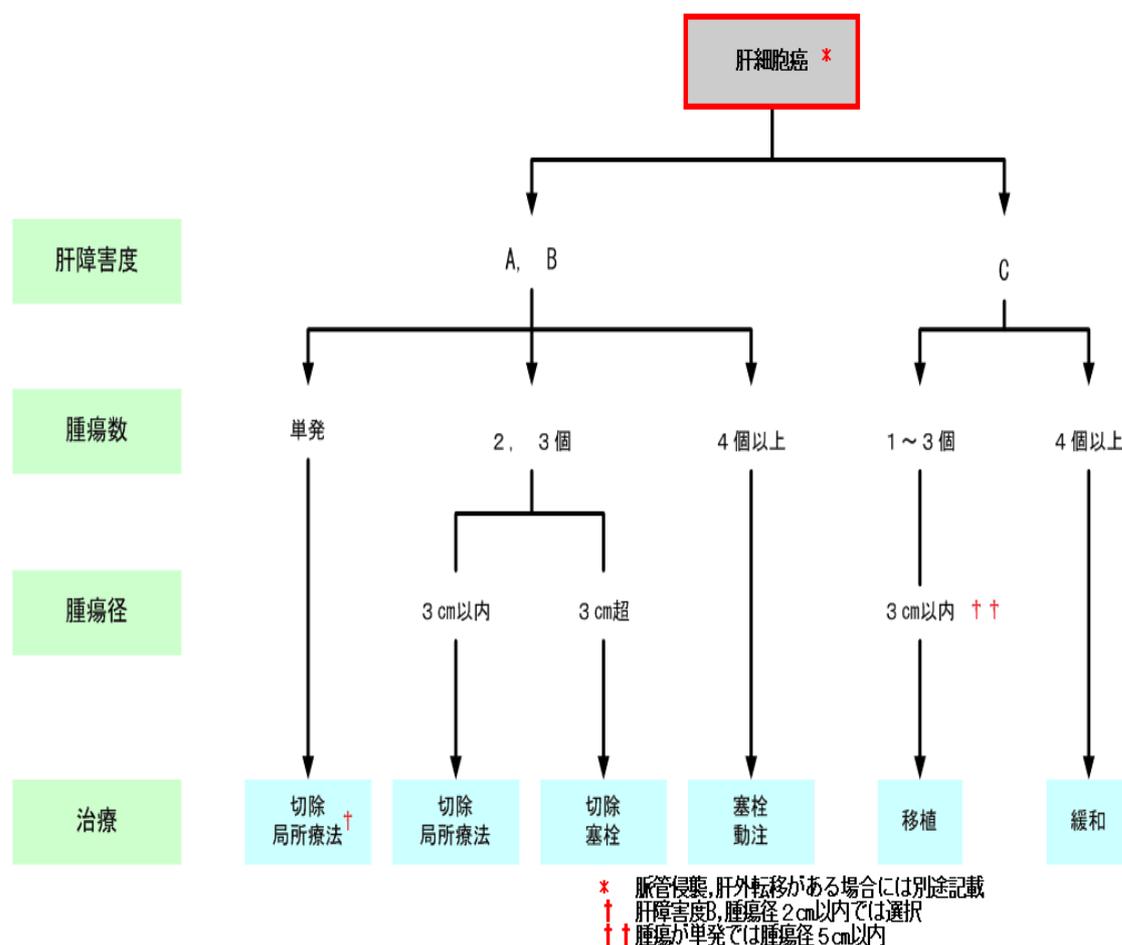
日本肝癌研究会 肝障害度分類（肝機能の指標）

項目	肝障害度		
	A	B	C
腹水	ない	治療効果あり	治療効果少ない
血清ビリルビン値(mg/dl)	2.0 未満	2.0 以上、3.0 以下	3.0 超
血清アルブミン値(g/dl)	3.5 超	3.0 以上、3.5 以下	3.0 未満
ICG R15 (%)	15 未満	15 以上、40 以下	40 超
プロトロンビン活性値(%)	80 超	50 以上、80 以下	50 未満

肝障害度 A と B の一部の方が切除術の適応となります。

上記に加え肝アジアロシンチグラフィーを導入してより肝機能評価が精密なものとなっています。

肝細胞癌治療アルゴリズム(肝癌診療ガイドライン 2005 年版より抜粋)



治療成績について

手術症例数は肝移植に関する症例を除き最近では年間 60—70 例実施しています。

第 17 回肝癌研究会の全国調査では、肝切除後の 5 年生存率(以下 5 生率)は 53.4%でした。また、ラジオ波焼灼・TAE(肝動脈塞栓療法)の 5 生率はそれぞれ 57.3%・22.6%でした。これは種々の大きさ・術式・肝予備能の患者さんを含んだ統計です。

当科での切除後生存率は 1 年生存率 88%, 1 年生存率 73%, 5 年生存率 56%でありました。術後の在院死亡率は 0.4%でした(1996 年～)。また、肝切除は出血の危険性の高い手術といわれてきましたが、2004 年より新しい手術手技や機器を導入した結果、出血量は平均 800ml 前後となり、手術の大部分の症例が無輸血で行われています(輸血率 8%)。また、肝臓は腹部内臓最大の臓器であることからみぞおちから左または右の脇腹にかかる大きな切開が必要なが少なくありません。新規手術補助器具の導入で従来の手術創より小さい切開での手術が可能になりました。また、腫瘍の存在部位によっては腹腔鏡手術を併用し、きわめて小さい創しか残らない場合もあります。

診療の実際（外来から入院治療まで）

治療方針を決めるために必要な検査は血液検査、肝シンチグラフィ、CT、MRI検査などです。これらがお済でない方は外来で通院されながらの検査が可能です。また、遠隔地にお住まいの方は短期間の入院による肝臓の評価のための検査も実施しています。これらの検査結果に基づき治療内容が決定した時点で治療日を設定し、その数日前に入院していただいています。経過が良好な方では術後2週前後で退院が可能となる場合が大部分です（合併疾患などによって個人差があります）。