

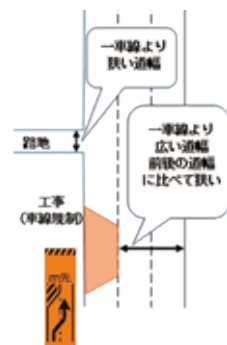
今回は「相対的」と「絶対的」の違いについて真剣に考えていた医局時代を思い出して考察してみたい。

肝内結石は関西ではほとんど見かけない。東北地方の宮城県栗駒地域と九州地方の長崎県五島列島で多く見られる疾患であるため、第一外科は「厚生省特定難治性疾患、肝内結石症調査研究班」の班員を長らく務めてきた。医局の先輩から、成因は「相対的」狭窄で、拡張胆管は結果でしかないと叩き込まれた。

●「相対的」狭窄とは

狭窄はズバリ狭いこと。片側3車線の大通りから、路地に入ると対面1車線になる。路地は大通り1車線より狭い、つまり狭窄（絶対的）である。しかし、3車線のうち工事で2車線になったらどうだろうか。2車線でも路地よりはかなり広い。大通りの流れの中で部分的“他に比べ狭い”相対的狭窄である。

狭い路地はスピードは落ちるが、大きな渋滞は生じない。車線規制されると必ず渋滞が生じる。特にスピードが出ている幹線道路ほど大渋滞となる。左右肝管の肝門部で生じた相対的狭窄による胆汁うっ滞に該当する。そして肝内結石が出来る。

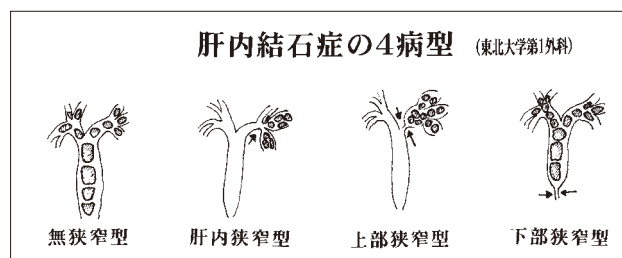


●本当に相対的なのか

結果から言うと、肝内結石症で肝切除病理標本の3次元構築から立証済み¹⁾である。肝内結石の原因となる狭窄部位は、隣接部位が大きく拡張しているために、一見狭く見えるが、正常肝での同部位の計測と比べれば、正常か広い内径をもつ「相対的」狭窄となっている。

●肝内結石はどこに出来やすいか

相対的狭窄部位により肝内結石の出来る場所から4分類（右図）し、治療法の選択を行ってきた²⁾。狭窄のない無狭窄型や下部狭窄型は、乳頭機能の問題で「乳頭不全」に起因するものが多い。昔の肝内結石に多く、最近ではほとんど見られない。昨今では肝門の狭窄（上部狭窄型）や肝内狭窄型が多くなっている。

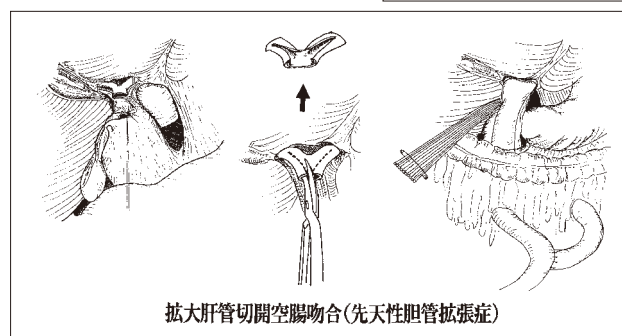


肝内結石治療は、原因となる相対的狭窄解除が根本的目標である。上部狭窄型は肝門部の狭窄解除を目標とし、拡大胆管切開（右図）による胆管空腸側々吻合³⁾を選択する。この「拡大」こそが相対的狭窄を解放するミソである。しかし肝内狭窄型での狭窄解除は無理、肝切除しかない。しかし、多くが肝内狭窄部位が一か所ではなく、左右両葉が見られることが多い。1回の手術では解決できず遺残結石を残し、胆道鏡切石など術後処置を必要とする場合がある。この“予定遺残結石”という問題を持つことが、肝内結石症が難治性疾患と言われる由縁である。



●先天性胆管拡張症での吻合法の工夫

前々回のブログで、先天性胆管拡張症の手術で「肝内結石という合併症につながる問題点」と述べた。先天性胆管拡張症の合併症は、胆管癌と肝内結石である⁴⁾。肝内結石の原因は、拡張総胆管と肝内胆管の間の相対的狭窄にある。通常の胆道再建で総肝管切離端と空腸を吻合すれば、相対的狭窄を残し、術後に肝内結石が発生する。そこで切離端の切開を肝内に向かって大きく切開「拡大肝管切開」し、大きな吻合口を確保した後に空腸と吻合する方法を考案した（右図）。



病態を踏まえて視点を変え、チョットした工夫が手術成績を向上させることを思い知った例である。

昔からある肝内結石症という難治性疾患にも、未だ解明されていない部分が存在する。

肝内結石の本質は相対的狭窄にあるが、いかなる疾患も病態を考え、疾患の本質を治療に結び付けることの重大性を改めて力説したい。

続き“予定遺残結石”への試行錯誤について触れようと思っている。

1) 高橋良延、高橋徹、伊勢秀雄、他：肝内結石症切除管の構築病理学的研究-肝内胆管、肝内門脈、肝実質の三次元コンピュータの画像解析-、日外会誌91：86-94、1990
2) 松野正紀、森安章人、伊勢秀雄：胆石症の治療体系、肝内結石症、肝胆膵27(5)：911-917、1993
3) 伊勢秀雄、他：肝内結石症に対する手術手技、外科治療、67：612-618、1992
4) 松野正紀、森安章人：先天性胆管拡張症、図説病態内科講座、肝・胆・膵：298-304、1994