
 推奨度

- A: 行うよう強く勧められる。
 B: 行うよう勧められる。
 C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠はない。
 C2: 科学的根拠が無く、明確な推奨は出来ない。
 D: 行わないよう勧められる。
-

 エビデンスレベル

レベル I	システマティック・レビュー／メタアナリシス
レベル II	一つ以上のランダム化比較試験による
レベル III	非ランダム化比較試験による
レベル IV	分析疫学的研究(コホート研究や症例対象研究による)
レベル V	記述研究(症例報告やケースシリーズ)による
レベル VI	患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

6) 最終的な校正

各クリニカルクエスチョン解説を担当委員が修正し、平成18年10月20日に再び全体会議を行い、全クエスチョンを検討した。その結果、全36題のクリニカルクエスチョンとなった。また、同時に診断、治療アルゴリズムを作成した。

これらの最終案に対し、胆道外科研究会の Executive committee meeting での評価の結果、重要な Randomized Study や Systematic review の見落としをさける意味で平成18年11月に下記の文献検索を行い、クリニカルクエスチョンの解説に重要であると考えられるものを最終校正の段階での参考とした。

Cochrane library: key word "biliary" 59 件

MEDLINE: Search#1 "Biliary Tract Neoplasms"[MeSH] Limits: only items with abstracts, English, Publication Date from 1985 to 2006, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review 1136 件

Search#2 "Biliary Tract Neoplasms"[MeSH] OR "gallbladder cancer" OR "common bile duct cancer" Limits: English, Publication Date from 1985 to 2006, Humans 7491 件

Search#3 (((((((("Meta-Analysis"[MeSH Terms] OR meta-analysis[pt]) OR medline[tiab]) OR (((metaanalyses[tiab] OR metaanalysis[tiab]) OR metaanalytic[tiab]) OR metaanalytical[tiab]) OR metaanalytically[tiab])) OR "meta analysis"[All Fields]) OR (((overview[tiab] OR overview/literature[tiab]) OR overviewed[tiab]) OR overviewer[tiab]) OR overviewing[tiab]) OR overviews[tiab])) OR clinical trial[pt] OR multicenter study[pt] OR evaluation studies[pt] OR validation studies[pt] OR review[pt]) OR (systematic review[All Fields] OR systematic reviews[All Fields])) 1827246 件

Search #2 AND #3 NOT #1 314 件

7) 評価委員による評価

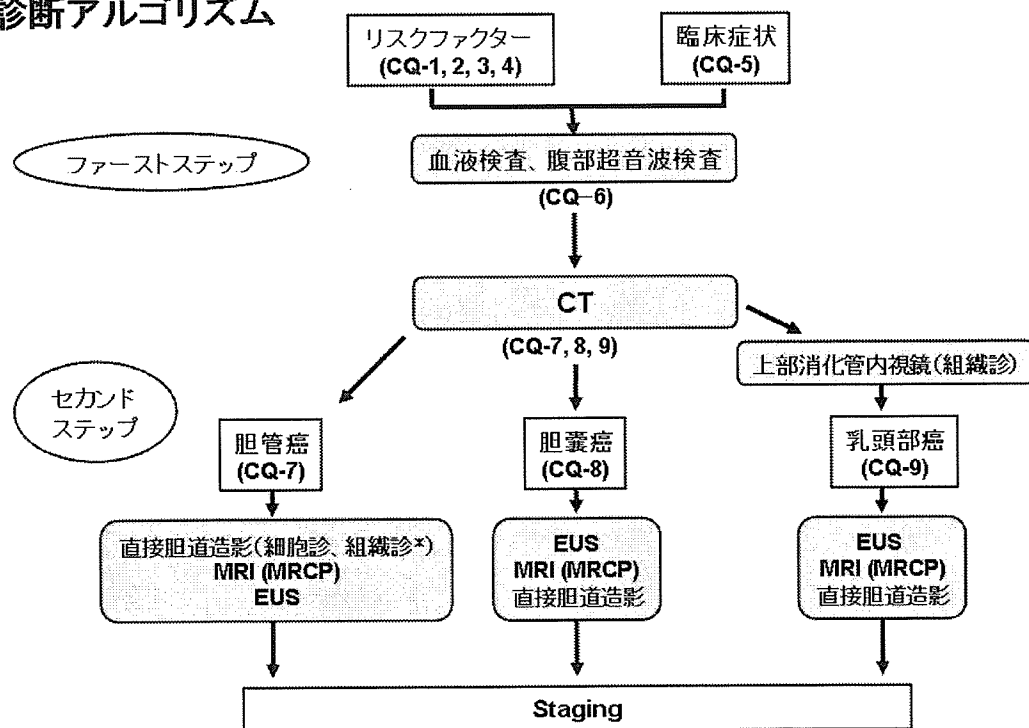
これらにより作成された最終案を評価委員の先生に査読を依頼し、最終版を作成する予定である。

8) 公聴会の開催

評価委員による評価の後、平成19年6月7日に第19回日本肝胆膵外科学会・学術総会において公聴会を開催し、広く本領域に関わる医師を中心とした皆様よりの意見を拝聴し、最終的な校正を行う予定である。

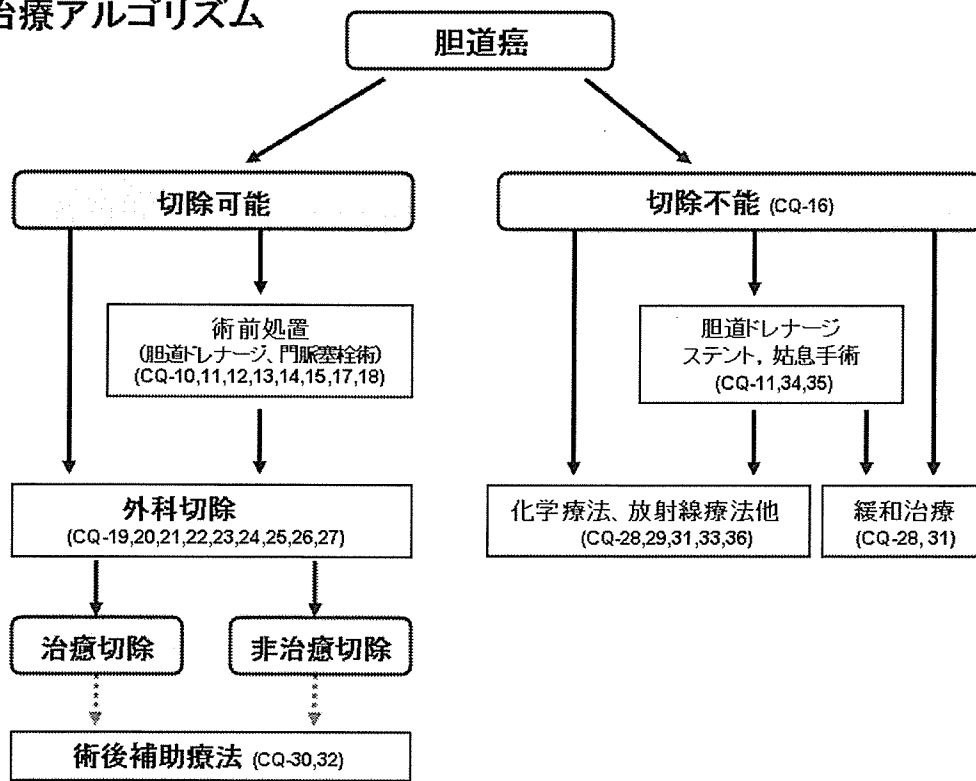
胆道癌診療アルゴリズム

診断アルゴリズム



*: 必要に応じて充分注意した上で行う。

治療アルゴリズム



クリニカルクエスチョン一覧（担当）

予防、疫学

はじめに

千々岩

（宮崎大）

- | | | |
|------|----------------------------|----------|
| CQ-1 | 胆道癌のリスクファクターはどのようなものがあるか？ | 千々岩(宮崎大) |
| CQ-2 | 膵・胆管合流以上におけるにおける予防的治療は必要か？ | 千々岩(宮崎大) |
| CQ-3 | 無症候性胆石症に対する胆嚢摘出術は必要か？ | 千々岩(宮崎大) |
| CQ-4 | 胆嚢ポリープに対する胆嚢摘出術は必要か？ | 千々岩(宮崎大) |

診断

はじめに

露口(千葉大)

- | | | |
|------|-------------------|---------|
| CQ-5 | 胆道癌を疑う臨床症状は？ | 塚田(富山大) |
| CQ-6 | 胆道癌診断のファーストステップは？ | 露口(千葉大) |
| CQ-7 | 胆管癌診断のセカンドステップは？ | 露口(千葉大) |
| CQ-8 | 胆嚢癌診断のセカンドステップは？ | 塚田(富山大) |
| CQ-9 | 乳頭部癌診断のセカンドステップは？ | 須山(順天堂) |

術前胆道ドレナージ処置

はじめに

椰野(名

大)

- | | | |
|-------|---------------------------------|----------|
| CQ-10 | 黄疸を有する患者に術前の胆道ドレナージは必要か？ | 吉川(荏原病院) |
| CQ-11 | 術前胆道ドレナージとして何が適切か？ | 太田(東女医) |
| CQ-12 | 肝門部悪性閉塞に対する胆道ドレナージは、片側肝葉か両側肝葉か？ | 椰野(名大) |
| CQ-13 | 区域性胆管炎の治療法は何が適切か？ | 椰野(名大) |
| CQ-14 | ドレナージ患者において胆汁監視培養は必要か？ | 吉川(荏原病院) |
| CQ-15 | 外瘻患者における胆汁返還は有用か？ | 椰野(名大) |

外科治療

はじめに

木村、宮

崎(千葉大)

胆道癌全般について

- | | | |
|-------|-----------------------------|---------|
| CQ-16 | 切除不能な胆道癌はどのようなものか？ | 木村(千葉大) |
| CQ-17 | 肝切除を伴う胆道癌症例において術前門脈塞栓術は有用か？ | 近藤(北大) |
| CQ-18 | 黄疸肝において残肝予備能の有効な指標はあるか？ | 宮崎(千葉大) |

胆管癌

- CQ-19** 胆管癌でどのような症例に対して肝外胆管切除術は推奨されるか？
木村(千葉大)
- CQ-20** 肝門部・上部胆管癌に対し尾状葉合併切除は必要か？
山本(東女医)
- CQ-21** 門脈浸潤例に対する門脈合併切除は行うべきか？
天野(帝京)
- CQ-22** 胆管癌切除後の予後にどのような因子が関わってくるか？
萱原(金沢大)

胆嚢癌

- CQ-23** 胆嚢癌を疑う症例に対しては腹腔鏡下胆嚢摘出術ではなく開腹胆嚢摘出術を行うべきか？
近藤(北大)
- CQ-24** 胆嚢摘出後にSS以上胆嚢癌が判明した場合に追加切除は必要か？
宮崎(千葉大)
- CQ-25** 胆嚢癌切除後の予後にどのような因子が関わってくるか？
木村(千葉大)

乳頭部癌

- CQ-26** どのような十二指腸乳頭部癌に対しての縮小手術は推奨されるか？
山本(東女医)
- CQ-27** 乳頭部癌切除後の予後にどのような因子が関わってくるか？
萱原(金沢大)

化学療法

- はじめに
がん東) 古瀬(国)
- CQ-28** 切除不能胆道癌に化学療法は有効か？
古瀬(国がん東)
- CQ-29** 有効な化学療法は何か？
古瀬(国がん東)
- CQ-30** 術後補助化学療法を行うことは推奨されるか？
平田(札幌医大)

放射線療法

- はじめに
川厚生) 斎藤(旭)
- CQ-31** 切除不能胆道癌症例に放射線療法は推奨されるか？
斎藤(旭川厚生)
- CQ-32** 胆道癌切除例に対する術中術後の放射線療法は行うべきか？
斎藤(旭川厚生)
- CQ-33** 胆道癌に対する放射線療法の際に化学療法との併用は推奨されるか？
斎藤(旭川厚生)

切除不能例に対する胆道ステント、IVR 療法

- はじめに
天堂) 須山(順)
- CQ-34** 切除不能例に胆道ドレナージは推奨されるか？
太田(東女医)
- CQ-35** 胆道ステントとしてはどのような方法が適切か？
須山(順天堂)

その他の補助療法

- CQ-36** 局所進行胆管癌の姑息治療として、photodynamic therapy は推奨されるか？
石原、宮川(藤田保健)

予防・疫学

はじめに

胆道癌患者の危険因子として胆石や膵液の胆道内逆流などによる胆道への慢性的持続的刺激や炎症が考えられ、原因疾患として原発性硬化性胆管炎(PSC)、膵・胆管合流異常、胆嚢結石、胆嚢腺筋腫症、肝蛭症などが挙げられる。特定の化学物質が関与している可能性も報告されている。また、これらから、胆道癌の前癌病変と考えられる病態も報告されている。

胆道癌は進行した場合一般的に予後不良であり、現在外科的切除以外に根治治療が期待できる治療法がない。危険因子や前癌病変を見いだすことにより早期発見を行うことは極めて重要である。胆嚢癌に関しては、胆道拡張のない膵・胆管合流異常症など発癌の危険性が高い場合は、腹腔鏡下胆嚢摘出術により予防的な治療を行うことも考えられる。

胆道癌の危険因子について、胆管癌、胆嚢癌、乳頭部癌に分けて検討した。

CQ-1	胆道癌のリスクファクターはどのようなものがあるか？
推奨	<p>胆管拡張型の膵・胆管合流異常や原発性硬化性胆管炎(PSC)は胆管癌の合併頻度は高く、胆管癌のリスクファクターである。</p> <p>膵・胆管合流異常のうち、とくに胆管拡張をともなわない膵・胆管合流異常は胆嚢癌のリスクファクターである。</p> <p>乳頭部癌のリスクファクターとしてエビデンスのあるものはない。</p> <p>食事内容と胆道癌発生に関しては、脂肪摂取が男性の胆管癌と女性の胆嚢癌でリスクファクターとされている。</p>
推奨度	C1

<p>ステートメント(文中にて参照した論文に対し、GLGL ver.4 を参考にエビデンスレベルを設定してください。I, II, III, IV, V, VI)</p>	<p>胆道癌は地域集積性があり、世界的にはチリと、日本をはじめとした東アジアやインドに多いと言われる¹⁾ (レベル V)。また、性別による発生頻度の違いも見られる。</p> <p>胆道癌のリスクファクターとして胆道への慢性的持続的的刺激や炎症が考えられている。また、前癌病変として胆嚢ポリープや胆嚢腺筋症の可能性も示唆されている。</p> <p>本項では胆管癌、胆嚢癌、乳頭部癌に分けてそのリスクファクターと前癌病変について述べる。</p> <p><胆管癌></p> <p>膵・胆管合流異常とPSC</p> <p>膵・胆管合流異常の全国集計から検討すると、拡張型の膵・胆管合流異常では胆道癌が10.6%合併し、このうち胆嚢癌が64.9%で胆管癌は33.6%であった²⁾ (レベル IV)。胆管癌の発生も高率で拡張型の膵・胆管合流異常は胆管癌のリスクファクターと考えられる。またPSCの5-10%に胆管癌を合併しており³⁻⁶⁾ (レベル V)、進行癌が多く予後も不良であることから胆管癌のリスクファクターとして嚴重な経過観察が必要である。胆管結石などによる慢性炎症と胆管癌の関連性を明確にした報告は無く、遺伝子についても検討がなされているものの明確な結論は得られていない⁷⁾ (レベル IV)。</p> <p><胆嚢癌></p> <p>膵・胆管合流異常</p> <p>胆嚢癌のリスクファクターとして膵・胆管合流異常に関する論文が多く報告されている。本邦における膵・胆管合流異常を対象とした全国集計の検討²⁾ (レベル IV)により胆管拡張をともなう群における胆道癌の発生頻度は10.6%、胆管拡張をともなわない群では37.9%であった。胆道癌のうち胆嚢癌の発生頻度は胆管拡張をともなう群では64.9%、胆管拡張を</p>
--	--

ともなわない群では 93.2%であった。胆管拡張をともなわない膵・胆管合流異常は胆嚢癌のハイリスクファクターである。膵・胆管合流異常における胆嚢において粘膜過形成, K-ras 遺伝子変異, p53 蛋白過剰発現が高頻度に認められており⁸⁾(レベル V), 逆流膵液と胆汁との混和によって生成された変異原物質に長期間暴露され, 遺伝子変化を起こしやすい病態を生じることによって, 胆嚢癌発生に深く関与すると推測されている。

胆石症

胆嚢癌に胆石が合併する頻度は高く, 40-70%と報告されている⁹⁾(レベル V)。しかし, 胆石症の長期経過観察例の報告において先行する胆石の存在により胆嚢癌発生頻度が有意に増加するという報告はみられない¹⁰⁻¹²⁾(レベル IV)。現時点では胆石と胆嚢癌との直接的因果関係は証明されておらず, 無症状胆石の場合, 長期間経過観察しても胆嚢癌が発生する危険は少ないといえる。

胆嚢ポリープ

胆嚢癌の発生母地病変として腺腫や異型上皮, 腸上皮化生の関与の可能性が報告されている。

多数の胆嚢切除例において胆嚢小隆起性病変を検討した報告によると腺腫組織のみのもものは径が 10mm 未満であり, 癌あるいは癌と混在するものは径が 10-20mm 以上であった^{13,14)}(レベル V)。また, 画像上増大傾向を認める場合や形状が広基性の場合には胆嚢癌の頻度が高かった^{15,16)}(レベル V)。

胆嚢ポリープが 10mm 以上で, かつ画像上増大傾向を認める場合, または大きさにかかわらず広基性病変では胆嚢癌の頻度が高いと考えられる。

胆嚢腺筋腫症

胆嚢癌や胆石症, 他疾患により切除された胆嚢 4560 例(男 2031 例・女 2529 例, 14-94 歳)を対象に胆嚢腺筋腫症と胆嚢癌の関連について検討した報告¹⁷⁾(レベル V)では, 分節型胆嚢腺筋腫症の底部側粘膜は前癌状態で, 特に 60 歳以上の高齢者においては分節型胆嚢腺筋腫症の癌合併率は高率であった。その発生過程は, 胆汁鬱滞により底部側粘膜の固有上皮が胃型化生上皮に変化し, これを母地に胆嚢癌が発生すると推測された。しかし, 一方で癌との関連や発生母地, 前癌病変としての可能性は明らかではないとする報告¹⁸⁾(レベル V)もみられ, 現時点で胆嚢腺筋腫症が胆嚢癌のリスクファクターであるとの見解の一致は得られていない。

<十二指腸乳頭部癌>

	<p>Kimura らは 576 例の高齢者の剖検例における十二指腸乳頭部の組織学的検討で、共通管部において細胞および構造異形(Group 3, 4)が胆管や膵管の十二指腸部や十二指腸粘膜部と比べ多く見られたことや、十二指腸乳頭部癌 60 例、十二指腸乳頭部早期癌 12 例の切除標本から発生部の推測を行い、やはり共通管がもっとも多いことを報告している。膵液と胆汁が混ざるところが最も癌の初発部として多いことから、活性化された膵液が癌発生に関与していることが推測される¹⁹⁾(Level IV)が、リスクファクターと言えるものの報告はない。また、発癌過程において adenoma-carcinoma sequence の存在が疑われており、adenoma は前癌病変と考えられている¹⁹⁾(Level IV)。</p> <p><食事内容と胆道癌></p> <p>松葉ら²⁰⁾(Level IV)は、1986 年から 6 年間で全国の約 12 万名から食習慣のデータを収集し、1988 年から 1997 年までの Cohort study から肝外胆管癌と胆嚢癌と食生活との関連を調べた。その結果、男性の胆管癌と女性の胆嚢癌で脂肪摂取がリスクファクターとして認められた。また、鮮魚の高摂取がこれらの予防因子として認められた。</p>
<p>参考文献</p> <p>バンクーバースタイルでの統一をお願いします。</p> <p>例) Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines : a proposal from the Conference on Guideline Standardization. Ann Intern Med 2003; 139(6):493-8</p>	<p>1) Matsukura N, Yokomuro S, Yamada S, et al. Association between Helicobacter bilis in bile and biliary tract malignancies: H. bilis in bile from Japanese and Thai patients with benign and malignant diseases in the biliary tract. 2002; 93: 842-847.</p> <p>2) Tashiro S, Imaizumi T, Ohkawa H, et al. Pancreaticobiliary maljunction: retrospective and nationwide survey in Japan. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2003; 10: 345-351.</p> <p>3) Rosen CB, Nagorney DM, Wiesner RH, et al. Cholangiocarcinoma complicating primary sclerosing cholangitis. Ann Surg. 1991; 213: 21-25.</p> <p>4) Rosen CB, Nagorney DM. Cholangiocarcinoma complicating primary sclerosing cholangitis. Semin Liver Dis. 1991; 11: 26-30.</p> <p>5) Callea F, Sergi C, Fabbretti G, et al. Precancerous lesions of the biliary tree. J Surg Oncol Suppl. 1993; 3: 131-133.</p> <p>6) Franco J, Saeian K. Biliary tract inflammatory disorders. primary sclerosing cholangitis and primary biliary cirrhosis. Curr Gastroenterol Rep. 1999; 1: 95-101.</p> <p>7) 向谷充宏, 木村康利, 本間敏男, 他. 胆管癌の疫学に関する最新のデータ. 臨床外科. 2002; 57: 204-209.</p> <p>8) 丹野誠志, 中野靖弘, 小泉一也, 他. 胆嚢粘膜過形成の発生時期と発癌に関する分子生物学的考察. 胆と膵. 2004; 25: 27-32.</p> <p>9) 江川直人, 神澤輝実, 鶴田耕二, 他. 胆石症と胆嚢癌の關係にみられる性差についての臨床的検討. 胆道. 2003; 17: 86-91.</p> <p>10) 山口高史, 大菅俊明. 胆石の非手術的治療法 胆石症の長期経過</p>

	<p>観察. 胆と膵. 1992;13:541-545.</p> <p>11) 田野博宣. 無症状胆石例の病態と臨床に関する研究. 東京慈恵会医科大学雑誌. 1990;105:429-447.</p> <p>12) 小川薫, 有山襄. 胆石症の自然経過と治療方針 とくに無症状胆石の経過と治療方針について. M B Gastro. 1992;2:23-28.</p> <p>13) 山際裕史. 胆嚢疾患の臨床病理(5) 胆嚢の腺腫. 臨床病理 1986;34:729-732.</p> <p>14) 山際裕史. 胆嚢腺腫 Solitary adenoma と Combined adenoma の比較. 消化器科. 1986;5:557-561.</p> <p>15) Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. Can J Gastroenterol. 2002;16:187-194.</p> <p>16) 新井田達雄, 吾妻司, 吉川達也, 他. 【検診で発見される胆嚢ポリープの取扱い方】 経過観察をどう行うか 専門施設に送るべきタイミングはいつか. 消化器の臨床. 2001;4:697-700.</p> <p>17) 生天目信之. 分節型胆嚢アデノミオマトーシスの底部側粘膜は前癌状態である. 新潟医学会雑誌. 2003;117:719-726.</p> <p>18) 長浜隆司, 有山襄, 須山正文, 他. 胆嚢 Adenomyomatosis と胆嚢癌との関連. 胆と膵. 1996;17:463-466.</p> <p>19) Kimura W, Futakawa N, Zhao B. Neoplastic diseases of the papilla of Vater. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2004;11:223-231.</p> <p>20) 松葉剛, 稲葉裕, 黒沢美智子, 他. 胆管・胆のうがんと食生活との関連 癌の臨床. 2003;49:665-670.</p>
--	---

CQ-2	膵・胆管合流異常における予防的治療は必要か？
推奨	胆管拡張型では胆管癌の合併頻度は高く、予防的な胆嚢摘出と肝外胆管切除が推奨される。また胆管非拡張型は胆嚢癌のリスクファクターであり、予防的胆嚢摘出術が推奨される。
推奨度	B

ステートメント (文中にて参照した論文に対し、GLGL ver.4 を参考にエビデンスレベルを設定してください。I, II, III, IV, V, VI)	本邦における膵・胆管合流異常 1627 例を対象とした全国集計の検討から、胆管拡張型の膵・胆管合流異常では胆道癌が 10.6% 合併し、このうち胆嚢癌が 64.9%, 胆管癌も 33.6% と胆管癌も高率に発生している ¹⁾ (レベル IV) ことから予防的胆嚢摘出および肝外胆管切除をおこなうべきである。現在、胆管拡張型の膵・胆管合流異常に対する標準的治療は胆嚢摘出術、肝外胆管切除術、肝管空腸吻合術と考えられている。一方で、胆管非拡張型では胆道癌が 37.9% 合併しているが、そのうち胆嚢癌の合併が 93.2% と大部分を占めた ¹⁾ (レベル IV)。このことから高率に認められる胆嚢癌に対して少なくとも予防的胆嚢摘出はおこなうべきである。胆管非拡張型に対する肝外胆管切除に関しては、胆管癌の合併がきわめて少なく、胆管粘膜の癌関連抗原の発現を認めなかったことから肝外胆管切除は必要ないという意見 ²⁻⁵⁾ (レベル IV) や、一方では合流異常のない胆道癌と比較すると胆管癌の合併が高率で小児や若年者が多いこと、遺伝子異常が非拡張胆管でも認められることから肝外胆管切除をおこなうべきであるという意見もある ^{6,7)} (レベル IV)。このように、胆管非拡張型の膵・胆管合流異常に対する治療方針に関しては必ずしも統一された合意が得られていないのが現状である。
参考文献 バンクーバースタイルでの統一をお願いします。 例) Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines : a proposal from the Conference on Guideline Standardization. Ann Intern Med	1) Tashiro S, Imaizumi T, Ohkawa H, et al. Pancreaticobiliary maljunction: retrospective and nationwide survey in Japan. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2003; 10: 345-351. 2) 小林進, 落合武徳. 胆管非拡張の治療方針 胆管非切除の立場から. 胆と膵. 2004; 25: 37-40. 3) 大内田次郎, 千々岩一男, 園田幸生. 他. 胆管拡張を伴わない合流異常 胆嚢摘出の是非と問題点. 臨床消化器内科. 2002; 17: 1481-1486. 4) 高尾尊身, 今村博, 愛甲孝. 胆管拡張を伴わない膵胆管合流異常と胆嚢癌 予防的手術は理論的か. 臨床外科 2003; 58: 151-156. 5) 小林進, 大沼直躬, 落合武徳. 成人例と小児例の比較 胆道癌予防手術の適応. 小児外科. 2004; 36: 543-547. 6) 渡辺泰宏, 土岐彰, 佐々木潔, 他. 治療 胆管拡張を伴わない合流異常 分流手術の是非と問題点 小児. 臨床消化器内科. 2002; 17: 1467-1472. 7) 松原俊樹, 船曳孝彦, 落合正宏, 他. 治療 胆管拡張を伴わない合

2003; 139(6):493-8	流異常 分流手術の是非と問題点 成人. 臨床消化器内科. 2002; 17: 1473-1479.
-----------------------	--

CQ-3	無症候性胆石症に対する胆嚢摘出術は必要か？
推奨	現時点では胆石症と胆嚢癌との直接的因果関係は証明されていない。無症候性胆石症の場合、長期間経過観察しても胆嚢癌が発生する危険は少ないといえる。
推奨度	C 1

<p>ステートメント （文中にて参照した論文に対し、GLGL ver.4 を参考にエビデンスレベルを設定してください。I, II, III, IV, V, VI）</p>	<p>胆嚢癌に胆石が合併する頻度は高く、40-70%と報告されている¹⁾(レベル V)が、先行する胆石の存在により胆嚢癌発生頻度が有意に増加するという報告はみられず、現時点では胆石と胆嚢癌との直接的因果関係は証明されていない。</p> <p>211 例の胆石症を長期経過観察した報告²⁾(レベル IV)によると、全例に胆嚢癌の発生は認めなかった。しかし、胆嚢癌症例 59 例のうち胆石が先行したと思われる症例が 2 例認められ、胆石合併胆嚢癌 28 例中無症候性胆石が 24 例と多かった。また、胆石症 1,479 例を経過観察した報告では、無症候性胆石 501 例の 6 ヶ月から 20 年間の観察で、胆嚢癌を合併した症例は認めなかった³⁾(レベル IV)。無症候性胆石に胆嚢癌が合併する頻度は胆石のない胆嚢に胆嚢癌が発生する頻度と差が無く⁴⁾(レベル IV)、無症候性胆石の場合、長期間経過観察しても胆嚢癌が発生する危険は少ないといえる。</p> <p>胆嚢壁の石灰化あるいは陶器様胆嚢については胆嚢癌の合併が多いとする報告^{5,6)}(レベル IV)と全く因果関係を認めないとする報告⁷⁾(レベル IV)があり、見解は一致していない。</p>
<p>参考文献 バンクーバースタイルでの統一をお願いします。 例) Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines : a proposal from the Conference on Guideline Standardization.</p>	<p>1) 江川直人, 神澤輝実, 鶴田耕二, 他. 胆石症と胆嚢癌の関係にみられる性差についての臨床的検討. 胆道. 2003;17:86-91.</p> <p>2) 山口高史, 大菅俊明. 胆石の非手術的治療法 胆石症の長期経過観察. 胆と膵. 1992;13:541-545.</p> <p>3) 田野博宣. 無症状胆石例の病態と臨床に関する研究. 東京慈恵会医科大学雑誌. 1990;105:429-447.</p> <p>4) 小川薫, 有山襄. 胆石症の自然経過と治療方針 とくに無症状胆石の経過と治療方針について. Gastro. 1992;2:23-28.</p> <p>5) Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. Surgery. 2001;129:699-703.</p> <p>6) Tazuma S, Kajiyama G. Carcinogenesis of malignant lesions of the gallbladder. The impact of chronic inflammation and gallstones. Langenbecks Arch Surg. 2001;386:224-229.</p> <p>7) Towfigh S, McFadden DW, Cortina GR, et al. Porcelain gallbladder is not associated with gallbladder carcinoma. Am Surg .2001;67:7-10.</p>

Ann Intern Med 2003; 139(6):493-8	
---	--

CQ-4	胆嚢ポリープに対する胆嚢摘出術は必要か？
推奨	胆嚢ポリープが 1cm 以上で、かつ画像上増大傾向を認める場合、または大きさににかかわらず広基性の場合、胆嚢癌の頻度が高い。
推奨度	B

ステートメント (文中にて参照した論文に対し、GLGL ver.4 を参考にエビデンスレベルを設定してください。I, II, III, IV, V, VI)	胆嚢癌の発生母地病変として腺腫もしくは異型上皮が重視され、さらに最近では腸上皮化生の関与が注目を集めている。 胆嚢切除例 1,280 例を検討した結果、15 例の腺腫を認めた。腺腫組織のみのものはいずれも 1 cm 未満であり、癌化は径が 0.7 cm のものから 6.5 cm のものにみられたが、2 cm をこえるとほとんど癌化していた。腺腫の発生母地としては腸上皮化生が重要と考えられ、周囲粘膜に 80%にみられ、隣接して dysplasia のみられたものは 53.3%であった ¹⁾ (レベル V)。胆嚢切除例 1350 例の検索の結果、16 例の腺腫を認めた。このうち腺腫のみは 6 例、癌と混在したものは 10 例であった。2cm をこえると 80%の症例が癌と混在し、腫瘍周辺粘膜の腸上皮化生や dysplasia は腺腫例にくらべて、癌との混在例に著しく頻度が高かった ²⁾ (レベル V)。胆嚢ポリープの診断で胆嚢摘出術がおこなわれた 44 例を検討した報告 ³⁾ (レベル V)によると、ポリープの径が 10mm 以上、単発であること、年齢が 60 才以上であれば胆嚢癌の頻度が有意に高かった。また、画像上増大傾向を認める場合や形状が広基性の場合には胆嚢癌の頻度が高いと報告されている ⁴⁻⁷⁾ (レベル V)。したがって、胆嚢ポリープが 10mm 以上で、かつ画像上増大傾向を認める場合、または大きさににかかわらず広基性の場合胆嚢癌の頻度が高く、胆嚢摘出術が推奨される。
参考文献 バンクーバースタイルでの統一をお願いします。 例) Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines : a proposal from the Conference	1) 山際裕史. 胆嚢疾患の臨床病理(5) 胆嚢の腺腫. 臨床病理. 1986;34: 729-732. 2) 山際裕史. 胆嚢腺腫 Solitary adenoma と Combined adenoma の比較. 消化器科. 1986;5:557-561. 3) Chijiwa K, Tanaka M. Polypoid lesion of the gallbladder: indications of carcinoma and outcome after surgery for malignant polypoid lesion. Int Surg. 1994; 79: 106-109. 4) Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. Can J Gastroenterol. 2002; 16: 187-194. 5) 新井田達雄, 吾妻司, 吉川達也, 他. 【検診で発見される胆嚢ポリープの取扱い方】 経過観察をどう行うか 専門施設に送るべきタイミングはいつか. 消化器の臨床. 2001; 4: 697-700. 6) Mainprize KS, Gould SWT, Gilbert JM. Surgical management of polypoid

on Guideline Standardization. Ann Intern Med 2003; 139(6):493-8	lesions of the gallbladder. Br J Surg. 2000; 87: 414-417. 7) Akatsu T, Aiura K, Shimazu M, et al. Can endoscopic sonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? Dig dis Sci. 2006; 51: 416-421.
---	--

診断

はじめに

胆道癌のハイリスク群は前項に解説したが、その早期診断のための系統だったアルゴリズムはなく特異的腫瘍マーカーも存在しない。

肝外胆管癌および乳頭部癌の多くは閉塞性黄疸を機に診断される。まれに黄疸出現前に腹痛、発熱などの胆管炎症状が出現したり、無症状でも肝胆道系酵素の異常から診断されることもある。一方、胆嚢癌は腹痛や黄疸が出現した時点で進行癌である事が多く、臨床症状から早期診断することは困難である。

画像診断のファーストステップは腹部超音波検査であり、胆道閉塞や胆嚢腫瘍の存在が疑われればCT(本章におけるCTは基本的に造影CTを指す)による質的診断が推奨される。直接胆道造影(PTC、ERCP)で得られる情報の多くはMRCPでも得ることが可能となったが、本法は精密な胆管水平進展度診断には欠かせない検査法である。CT(可能であればMDCT)は遠隔転移の有無や局所進展度診断など、手術適応を評価するためにも行う必要がある。この他術前精査法として、超音波内視鏡検査、胆管生検(細胞診)、胆道鏡検査など優れたmodalityがあげられるが、全ての検査を行う必要はなく個々の症例毎にその適応を考慮すべきである。

CQ-5	胆道癌を疑う臨床症状は？
推奨	黄疸、胆道系酵素の上昇、持続する右上腹部痛を認めた場合、胆道癌を念頭におき検査を行う。
推奨度	B

<p>ステートメント(文中にて参照した論文に対し、GLGL ver.4 を参考にエビデンスレベルを設定してください。I, II, III, IV, V, VI)</p>	<p>胆管癌の初発症状は90%が黄疸である^{1,2)}(レベルVI)。その他搔痒感、軽度の上腹部痛、体重減少などが半数以上の症例で認められる¹⁻³⁾(レベルVI)。黄疸を伴わない症例では腹痛44%、発熱17%、食思不振11%、全身倦怠感11%が初発症状として認められるが、無症状症例が27%であったとする報告がある⁴⁾(レベルIV)。</p> <p>胆嚢癌の最も多い臨床症状は右上腹部痛で79-89%⁵⁻⁷⁾に認められる。ついで悪心嘔吐が52-53%^{5,6)}、その他、体重減少、黄疸、食思不振、腹部膨満感、搔痒感、黒色便が上げられる⁵⁾(レベルIV)。これらの症例の中には胆嚢結石症や膵・胆管合流異常の合併症例も多く、そのために生じた諸症状である事も否めない。従って、上記諸症状は胆嚢癌に起因する特異的な症状とは言い難い。一方、無症状で発見された症例は32-38%^{8,9)}とする報告があり(レベルIV)、その場合の発見動機として、検診時の異常、他疾患治療時の全身検索などがあげられる。</p> <p>乳頭部癌の臨床症状としては黄疸、発熱、腹痛が多く、ついで全身倦怠感、体重減少、食思不振、背部痛などである。黄疸は72-90%¹⁰⁻¹²⁾(レベルIV、VI)、に認められると報告されており、黄疸が変動することもあるのが特徴である¹⁰⁾(レベルVI)。発熱44-56%^{11,13)}(レベルIV)、腹痛は35-45%^{11,12)}(レベルIV)との報告がある。</p>
<p>参考文献 バンクーバースタイルでの統一をお願いします。 例) Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al.</p>	<p>1) Thuluvath PJ, Rai R, Venbrux AC, et al. Cholangiocarcinoma: a review. Gastroenterologist.1997;5:306-315. 2) Yeo CJ, Pitt HA, Cameron JL. Cholangiocarcinoma. Surg Clin N AM. 1990;70:1429-1447. 3) Lazaridis KN, Gores GJ. Cholangiocarcinoma. Gastroenterology. 2005;128:1655-1667. 4) Sugiyama M, Atomi Y, Kuroda A, et al. Bile duct carcinoma without</p>

<p>Standardized reporting of clinical practice guidelines : a proposal from the Conference on Guideline Standardization. Ann Intern Med 2003; 139(6):493-8</p>	<p>jaundice: clues to early diagnosis. Hepato-Gastroenterol. 1997;44:1477-1483.</p> <p>5) Wanebo HJ, Castle WN, Fechner RE. Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion? Ann Surg .1982;195:624-631.</p> <p>6) Malik IA. Clinicopathological features and management of gallbladder cancer in Pakistan: A prospective study of 233 cases. J Gastroen Hepatol. 2003;18:950-953.</p> <p>7) Al-Quadah MS, Daradkeh S, Sroujeh AS, et al. Gallbladder carcinoma in Jordan. Hepatogastroenterol .2005;61:5-7.</p> <p>8) 乾和郎、中澤三郎、芳野純治、他. 早期胆嚢癌—診断の立場から胆と膵. 1990;11:1121-1127.</p> <p>9) 松本由朗、茂垣雅俊、三浦和夫、他. 胆嚢癌の臨牀的検討—特に膵胆管合流異常との関係について— 山梨医大誌. 1989;4:73-81.</p> <p>10) Trede M. Periapillary and pancreatic cancer. In: Blumgart LH, eds. Surgery of the Liver and Biliary Tract, 2nd edn. New York: Churchill Livingstone. 1994;997-1008.</p> <p>11) 渋谷正、永井志郎、田中啓三、他. 早期乳頭部癌の臨牀的検討—診断の立場から— 胆と膵. 1990;11:1141-1146.</p> <p>12) Dijkum EJMN, Terwee CB, Oosterveld P, et al. Haes JCJM. Validation of the gastrointestinal quality of life index for patients with potentially operable periampullary carcinoma. Br J Surg. 2000;87:110-115.</p> <p>13) Kamisawa T, Tu Y, Egawa N, et al. Clinicopathologic features of ampullary carcinoma without jaundice. J Clin Gastroenterol .2006;40:162-166.</p>
--	---