

Title	<話題>進展様式に応じた膵癌治療 : QOLを配慮して
Author(s)	小切, 匡史
Citation	日本外科宝函 (1997), 66(3): 79-80
Issue Date	1997-07-01
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2433/202875">http://hdl.handle.net/2433/202875</a>
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

---

 話 題
 

---

## 進展様式に応じた膵癌治療—QOL を配慮して—

京都大学医学研究科腫瘍外科学 小 切 匡 史

教室では膵癌治療成績の向上をめざし、D2 郭清と膵外神経叢切除を基本とする膵切除術と、補助療法として術中照射を含む高線量放射線療法と化学療法を併用する集学的治療をおこなってきた。その成績についてはすでに本稿でも紹介している。我々はさらに、膵癌患者の多様な病態に応じ、QOL を維持しつつ、切除例では可能な限り根治性を追求し、非切除例では生存期間の延長を図るべく鋭意努力しており、その一端をここで紹介する。

## ①主膵管進展のある粘液産生膵癌

粘液産生膵癌は、膵癌取扱い規約では“膵管内乳頭腺癌”および“膵管内乳頭腺癌由来の浸潤癌”にほぼ相当するが、1982年の大橋らの報告<sup>2)</sup>以来、報告例が急増している。本疾患は主膵管に沿って進展する傾向を示し、手術では膵切離線の決定が問題となる。粘液産生膵癌は比較的前後予後がよいが、断端再発と考えられる症例を経験しており、術前や術中の膵管内 US・膵管鏡、あるいは迅速病理診断による慎重な進展度評価が重要である。しかし、症例によってはほぼ主膵管全長にわたり病巣が進展し、膵全摘術でなければ治癒切除が不可能な場合がある。粘液産生膵癌自験例17例中リンパ節転移は膵頭部背側のリンパ節転移1例のみであり、リンパ節転移は稀と考えられるため、そのような症例に対しては、我々は全胃を温存した膵全摘術をおこなっている。本術式では、胃大網動脈が切離されるため胃の動脈血流は左右の胃動脈に依存し、静脈還流に関しては胃大網静脈に加え通常左胃静脈も切離され、右胃静脈のみとなる。念のため術後は H<sub>2</sub> ブロッカーを投与するが、特に胃の血流障害によると考えられる合併症はない。全胃を温存することにより胃の貯留能が保たれ、血糖管理が比較的容易となり、下痢も少なく、術後の体重減少も通常の膵全摘症例に比べ明らかに軽度である。通常型膵癌に対する根治術としての膵全摘術は、術後の QOL の低下に見合うだけの延命効果が得られず、次第におこなわれなくなっているが、粘液産生膵癌では、長期生存を期待できることより、主膵管進展の著明なものに対しては、術後 QOL の維持につながる全胃幽門輪温存膵全摘術も検討されるべき術式と思われる。さらに、頻度は少ないが、膵癌以外でも膵全体におよぶ疾患、たとえば A-V malformation などの疾患に対しては本術式の適応となる場合がある。

## ②膵頭部まで進展し、門脈浸潤を伴う膵体部癌

膵体部癌では、膵頭部まで進展し、門脈浸潤を伴っている場合がある。このような場合、通常主膵管閉塞があり、尾側膵は随伴性膵炎のため委縮硬化しており、膵頭側亜全摘では術後高度の膵内外分泌機能障害をきたすことが必至と考えられることが多い。そこで我々は、膵頭部が正常で、胃十二指腸動脈に浸潤のない場合には、膵十二指腸動脈アーケードの血流を温存し、門脈合併切除尾

---

 MASAFUMI KOGIRE: Surgical treatment of the pancreatic cancer — balancing the radicality with the quality of life —  
 Department of Surgery and Surgical Basic Science, Kyoto University Graduate School of Medicine

Key words: Pancreatic cancer, Pancreatectomy, Radiation, Chemotherapy, Quality of life

索引用語: 膵癌, 膵切除, 放射線治療, 化学療法, QOL

側膵垂全摘術をおこなっている。この際、できるだけ全胃を温存する。現在まで3例に本術式をおこない、うち1例は膵内胆管も切除し、総胆管十二指腸吻合を追加した。総合的根治度 A、B と C とでは予後に有意の差があるが、本術式により3例全例 pw(-) とすることができ、総合的根治度 B となった。膵内外分泌機能もほぼ良好に維持され、退院時インスリンによる血糖管理を必要とした症例はなかった。本術式では膵を門脈より右側で切離するため、膵切離面が広がる。術中にセクレチンを静注し、切離面からの膵液の漏出のないことを十分確認し、少しでも不安があれば迷わず膵液瘻予防の目的で膵断端と空腸とを吻合すべきである。なお、本術式を行った3例の術後生存期間は5カ月～16カ月である。

### ③切除不能膵癌

1986年10月より1997年7月までの間に当科で開腹した膵癌症例206例中、非切除症例は111例、54%を占める(頭部68例、体尾部43例)。従って、切除不能膵癌に対しても合理的な治療法の確立が必要である。自験例を retrospective に検討すると、Stage IVa 非切除症例は14例あり、うち12例は動脈系高度浸潤が切除不能の主な因子であった。この群では1例を除く13例が術中照射 (IOR) を含む放射線治療を受けており、うち9例は化学療法も併用されていた。この群の50%生存期間 (MST) 10.7カ月は、動脈系に明らかな浸潤のある (A<sub>2</sub>・A<sub>3</sub>) Stage IVa 切除症例20例の MST 9.5カ月と有意の差がなく、最長25カ月の術後生存が得られている。また、QOL の指標のひとつとして、退院後の在宅期間を調査したが、両群間で差を認めなかった (8.1 v.s. 8.0 M)。従って、病巣非切除と IOR を含む放射線化学療法を組み合わせた積極的な集学的治療は、進行膵癌で特に遠隔転移のない動脈浸潤高度例で切除に匹敵する延命効果が期待でき、QOL を保った治療法として有効と考えている。教室では現在、5FU+少量 CDDP による術前放射線化学療法+IOR を非切除症例治療の第1選択としている。なお、遠隔転移のある症例ではこのような集学的治療をおこなっても有意の延命効果や QOL の改善は得られず、その治療は今後の課題と考えられる。

## 文 献

- 1) 細谷 亮：膵癌の集学的治療の現況。日外宝 64: 43-44, 1995.
- 2) 大橋計彦ほか：粘液産生膵癌の4例—特異的な十二指腸乳頭所見を中心として—。Prog Dig Endosc 20: 348-351, 1982.