

## 話 題

### 癌再発と切除術式の反省

鈴木 敏

第89回日本外科学会総会(1989年3月東京)において、ワークショップ「膵・胆道系癌の再発例の問題点」がとりあげられ、各演者の報告にひきつづき発言の指定をうけた。この発言に備え、あらかじめ癌切除術施行後の再発について憶いをめぐらすことを強いられた。

もとより外科医にとって再発のない癌根治手術は永遠の宿題であり、無限の憧憬でもある。メスを手にするいずれもが、まず癌病巣の完全除去を志向しこれに挑戦するのである。ところが首尾よく病巣切除が果した筈であるのに、膵・胆道系癌などにおいては術後早晩再発が発来し、せっかくの切除術が長期生存へと直結しないことも少なくない。かかる場合の初回切除手術の反省材料として再発巣の吟味解析は極めて重要であり、今回のワークショップの論点もその辺におかれた。

一般に術後再発のチェックは、腫瘍マーカーと画像による追跡がよく、稀には second look operation によることもないわけではないが、不幸な転帰に至ったときには剖検による徹底的究明が最も理想的である。今回参加した演者も多くが手術例の剖検所見を重視し、再発巣の局在、拡がり、組織像などから初回手術のあり方を反省し、再発防止のための対応策に言及しているのが目立った。

しかしここで留意すべきは、再発巣のすべてが原発巣切除時にとり残した癌細胞から直接発来したとは限らないことである。すなわち、術後に再発巣として確認している病巣の中には、この遺残組織よりの直接再発巣以外に、この遺残再発巣をもとにして形成された第2、第3の再発巣——これをあらたに孫再発巣と呼びたい——も混在しうるということである。

原発巣切除にあたっては、術中もみ出しによる転移巣なども含めて、組織のレベルであれ細胞のレベルであれ、どこかにとり残しが存在すると、術後恐らくはそれが肉眼的再発巣として認知されるに及ぶ。これが遺残再発巣であり、いわば狭義の再発巣でもある。この病巣切除後の遺残再発巣の種類は、局所再発単独か、遠隔地再発単独か、局所・遠隔合併再発かのいずれかである。

他方、孫再発巣の方は、遺残再発巣の中の局所再発巣を原点として、血行転移、腹膜転移、リンパ節転移などの形で形成されることが多く、逆に遠隔遺残再発巣から局所孫再発が形成されることと想像される。ただ、遠隔遺残再発巣から再び遠隔孫再発巣が発現することは大いにありえよう。は少ない例えば遺残肝転移巣をベースにして第2、第3の肝内孫転移巣が成立したり、遺残リンパ節転移巣から孫リンパ節転移や孫腹膜転移が発生するときである。

いずれにしても、外科医が癌切除術式の反省材料としてまずとりあげるべきは遺残再発巣であって、孫再発巣ではない。残念ながら今回のいずれの演者もこの面への十分なる洞察がなされていない。

TAKASHI SUZUKI: Analysis of Mode of Cancer Recurrence

Professor of Department of Surgery II, Yamaguchi University Medical School, Ube 755, Japan

索引語: 膵頭十二指腸切除, 癌再発, 膵・胆道癌, 局所再発, 上腸間膜動脈。

Key words: Pancreatoduodenectomy, Cancer recurrence, Pancreato-biliary cancer, Local recurrence, Superior mesenteric artery.

いように私には感ぜられた。

次の問題点は、ではいかにして遺残再発巣と孫再発巣を見分けるかである。一般には容量的により大なるものをして遺残再発巣とみなすというのが通念でもあるが、厳密なる区別となると判断に迷うことも少くない。また極めて稀ながら重複癌の形であらたに癌が原発する可能性なども勘案すると一層混乱するのを否めない。

術式を反省する立場にたてば、遺残再発巣の中でもとくに局所再発巣の解析はゆるがせにできない。周知のごとく膵・胆道系癌の根治術式として施行される膵頭十二指腸切除後の局所再発は、しばしば膵切離断端部周辺に発来する。この局所再発に至った癌遺残が、残膵か、リンパ節か、神経組織か、門脈壁か、周辺間質組織か、術中もみ出しにより接種された局所か、これらからのいずれに由来したものかも検討しなければなるまい。またかりにこの局所再発の本態がリンパ節にあったとしても、それが14番か、11番か、9番か、16番かなどを明確にしないと、初回手術時の郭清のあり方を反省する上の好材料となりにくい。部検所見など再発末期の段階でこれらを見極めるのはおおむね困難であるので、できれば術後早期より血中CA19-9値の変動などを参考にCTかUSで経時的にチェックするのがよい。とはいうものの、病巣切除後の、とくに局所の画像読影はかなり煩雑であるのを認めないわけにはいかない。MRIやEUSなど新しい画像が、上述した再発巣成立過程をどこまで明確に描出してくれるか、そして腫瘍マーカー値ともからめてどこまで術者に術式反省情報を提供してくれるかに関してもなお未定である。外科医の求める診断が、決して術前段階のみに限定されるものではないこともここに言及しておきたい。

さて膵頭十二指腸切除後の局所再発巣のなりたちが不明確であったとしても、この局所再発を予防する手段としての上腸間膜動脈(以下SMA)にそう郭清操作の重要性についてはまず異論のないところである。このSMAにそう郭清に際してはリンパ節のみならず神経組織の切除も必要とされている。では実際にこの神経組織をどこまで郭清するのがよいかとなるとこれまた曖昧におかれたままである。最近ではこのSMA郭清範囲について半周郭清とか全周郭清とかの表現さえなされているものの、その郭清層の深さ、つまりSMA壁との関係はどうなのか、右腹腔神経節、左腹腔神経節、これらに入る内臓神経などにはメスを加えているのかなどとなると、まだ理論の根拠や規準もなく術者まかせである。

私が、目下採用しているこの部の郭清手技についていえば、乳頭部癌、胆道癌、十二指腸癌における膵頭十二指腸切除の場合には、SMAの右側壁外膜そのものにそってその附着部をはずす恰好で膵頭神経叢第2部すべてをリンパ節もろとも切離し、ひきつづき右腹腔神経節は残してその附着部で同様膵頭神経叢第1部も全切除する。ところが膵頭部癌切除の場合には、もうひと回り外郭よりmesenteric approachによりSMAに達し、ついで左腎静脈前壁にそい脾と脾体尾部を右方に授動転回していき、共に持上ってくるSMAのみをその外膜面で全長全周に亘り遊離する形で露出する。そうすればSMA周辺組織はすべて脾組織背面に附着した姿で一塊除去できる。この間左腹腔神経節は温存するが、右腹腔神経節は内臓神経を切離して一括除去する。なお門脈もこの中に包み込んで合併切除している。またこれらの切離操作の要所ではすべて電気メスを用い、もって郭清断端に遺残しているかもしれない癌細胞の、熱凝固壊死に心掛けている点も特徴的であろうか。

以上、癌切除後の再発をめぐる雑感を洩らした次第である。