
 話 題

膵 癌 に 対 す る 集 学 的 治 療

真 辺 忠 夫

近年、診断技術の進歩とともに癌の病態が徐々に明らかになり、消化器癌とくに胃癌、大腸癌など管腔臓器癌の治療成績は非常に向上し、例えば stage I の胃癌では手術療法のみではほぼ100%近い5年生存率が得られるようになってきた。しかしながら実質臓器癌、とくに膵癌においては(CTを含む画像診断、腫瘍マーカーなどを駆使しても早期診断は極めて難しく、診断時にはすでに進行癌の様相を呈している場合が極めて多い。いわゆる小膵癌(直径2cm以下)の発見頻度は最近徐々に増えつつあるが、この場合でも膵癌全体からみるとその割合はごくわずかであり、教室例では膵癌全体の5%にすぎない。しかも小膵癌例の70%は黄疸を伴っており、胆道近傍に発生し、胆管閉塞による黄疸がきっかけとなって発見されている。腫瘍が主膵管を閉塞し、これによって膵炎様の腹痛が起り、検査をすゝめていくうちに小膵癌が見つかった例もあるにはあるが、この場合でも腹痛そのものは多くの場合、一過性であり、医師を訪れることも少く、たまたま受診したとしても余程膵癌に関心の深い医師に巡りあわない限り看過されるのが通例である。いいかえれば黄疸が出ない限り小膵癌の発見の糸口はつかめないといっても過言ではない。したがってほとんどの膵癌は診断時、すでに腫瘍径2cm以上の進行癌であり、切除可能例は教室例では、小膵癌を含め37%(膵頭部癌38%、膵体尾部癌39%、膵全体癌11%)にすぎず、他の63%は切除不能膵癌である。しかも切除可能膵癌のうち肉眼的レベルで治癒切除がなされる症例は、膵癌全体の10%に満たない。すなわち、膵癌の90%以上は診断された時点ですでに手遅れの状態といえよう。さらに悪いことには治癒切除がなされた症例といえどもその予後は、管腔臓器癌と比較すると極めて不良であり、長期生存例は数えるほどしかいないのが現状である。この理由としては、膵癌の進展様式が神経周囲侵襲や、リンパ管侵襲、結合織浸潤といった血管系、後腹膜に網目のようにどこまでも連なり広がっている間質浸潤を中心とするものが主であり、手術的除去が極めて難しいことにあると考えられる¹⁾。

このような膵癌の現状を打破するためには手術療法に加え何らかの手段が必要である。癌の集学的治療は手術療法、化学療法、免疫療法、放射線療法、温熱療法など、それぞれの特徴を生かし、適切に組合せて行う癌制圧療法である。この集学的治療は単に生存率の向上をめざすばかりではなく、患者の quality of life をも考慮に入れた治療法として、近年、主として治癒切除の難しい進行癌に対して積極的に行われている。

膵癌はそのほとんどが膵管腺癌であり、そのことが予後不良の重要な理由の一つになっている。しかも、この膵管腺癌は乏血性であり、抗癌剤、放射線に対する感受性も低い。そのため膵癌は化学療法や放射線療法には適さないとされてきたが、最近のペータロン、ライナックなどによる放

TADA0 MANABE: Combined Modality Treatment for Cancer of the Pancreas.

Assistant Professor of First Department of Surgery, Faculty of Medicine, Kyoto University.

Key words: Cancer of the Pancreas, Combined Modality Treatment, Radiotherapy.

索引語: 膵癌, 集学的治療, 放射線療法.

放射線療法は周囲組織への影響を最小限に抑えて局所に大量照射が可能であり、膀胱に対してはかなりの効果を発揮することが我が国および米國で報告されるようになってきた。われわれも放射線科との協力のもとに、主に膀胱進行例に対して放射線を用いた集学的治療を行っている²⁾。術中照射としては、開腹時、切除可能例では切除後に肝門部から上腸間膜動脈根部を含め直径約7~10 cmの範囲に、切除不能例に対しては、胆管腸吻合などのby-pass手術後に、腫瘍部分に対してコーンを用いてベータトロン25~30 Gyの照射を行っている。しかし術中照射のみでは腸管への放射線の影響を無視出来ず、十分な照射野が得られない。その上、前述のような膀胱の進展様式を考慮すると、より広い範囲への照射が必要となる。これをカバーするために手術前、手術後に、腫瘍部およびその周囲に対してライナックによる外照射を、術前後合せて平均60 Gy追加照射を行う。1回1.5~2.0 Gy/日の分割、多門照射のため腸管、腎などの周囲臓器への影響はほとんどみられない。

このような放射線併用療法の結果を、門脈系、動脈系(腹腔動脈、肝動脈、上腸間膜動脈)への浸潤例について検討してみると、放射線を併用しない切除のみの場合には1年生存率25.9%、2年生存率3.2%であったのが、切除に放射線療法を併用した場合には1年生存率33.5%、2年生存率20.1%に向上し、姑息手術例においても放射線療法を併用しなかった例の1年生存率6.4%、2年生存率0%が姑息手術に放射線療法を併用した場合には1年生存率25.0%、2年生存率13.0%に向上している。しかも姑息手術例では90%の症例で術前にみとめられた腹痛、背部痛などの症状が消失し、約60%の例で腫瘍の縮小効果がみとめられるなど performance status に対する改善効果も著しい。膀胱切除再発例から再発様式を検討してみると、手術例では局所再発が比較的多いにもかかわらず、放射線療法併用例では局所再発は免がれている例が多いことから放射線治療の局所効果はかなり期待しうると考えられる。米國では進行膀胱に対してby-pass手術後、放射線療法に加え化学療法を併用しているが、その効果は切除例に優るとも劣らない結果が得られている。ただ、進行膀胱を対象としている限り、集学治療をもってしてもその予後には限界がみられ、ほとんどの症例は肝転移、肺転移などの遠隔転移で死亡しており、3年の壁を破ることは極めて難しい。今後はより一層、早期癌の発見に努めるとともに、進行癌に対しては米國で行われているように、手術療法に加え、放射線療法、化学療法、免疫療法などの全身療法を併用した方向での集学的治療による総合的な対策によって膀胱が一日も早く克服されることを期待したい。

文 献

- 1) 真辺忠夫, 宮下 正, 他: 膀胱外科治療上の問題点 とくに Rp, V 因子の検討から. 日外会誌 87: 1169-1172, 1986.
- 2) 真辺忠夫, 永井利博, 他: 膀胱に対する術中照射療法. 日癌治 20: 776-783, 1985.