

原 著

教室における膵癌治療の現況

神谷順一*, 早川直和*

1. はじめに

膵癌の外科治療成績は、他の消化器癌に比較して極めて不良である。当科においても1975年以来、十分な膵切除、広範なリンパ節郭清、徹底的な神経叢郭清を治療方針として膵癌に臨んできたが、十分に満足できる成績は得られていない。

しかし最近では、体部小膵癌や粘液産生膵癌で高率に3年以上生存例を経験しており、今後の治療成績向上が期待される。

ここでは、膵癌切除術式の変遷を軸に、腫瘍の占居部位別に教室の手術成績を紹介し、あわせて良好な予後を期待できる膵癌についても述べる。

2. 教室における膵癌治療成績

2-a. 全症例の概要

1975年から1988年6月までの12年6ヶ月間に切除した膵癌(膵管癌)は101例である。この間の非切除例は40例で、切除率は72%であった。

切除した101例のうち、16例は腹膜播種や肝転移などにより、絶対非治癒手術となったが、残る85例は相対非治癒切除以上の“根治手術”であった。

切除例の腫瘍主占居部位は、頭部80例(根治68例)、体尾部18例(根治14例)、全体3例(根治3例)である。

切除例の累積生存率は、膵頭部癌全例で1年44%、2年21%、3年14%、4年10%、5年10%であり、膵体尾部癌では1年52%、2年52%、3年35%である(図1)。

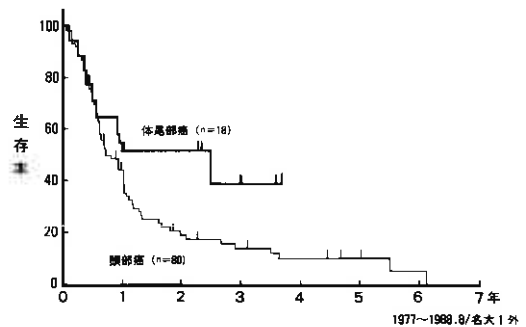


図1 膵管癌切除例累積生存率

2-b. 膵頭部癌

1983年までの前期においては、膵全摘を膵頭部癌の基本術式としており、現在までに29例に施行した。リンパ節郭清は1975年の第一例目から広範に行い、1980年からは徹底的な神経叢郭清も施行している。

1981年から門脈合併切除を施行し、1983年には下大静脈、左腎静脈の合併切除も行い、これにより根治切除率の向上をみた。

前期に膵頭部癌に対し膵全摘を採用したのは、体尾部における癌遺残をなくし、予後を改善したいという観点からである。実際に、教室における膵全摘例29例中6例(21%)で体尾部への癌浸潤が証明されている。なお、この他に体尾部への著明な萎縮や尾部仮性嚢胞で膵全摘を余儀なくされた症例をそれぞれ1例経験している。

膵頭部癌の体尾部浸潤に関しては、切除標本の膵管造影像と病理所見の対比検討から、主膵管拡張が著明で分枝が十分に造影されない症例では、

*名古屋大学第一外科

主膵管にそった浸潤を伴っていることが明らかになっている。従って、術前のCTや超音波検査で、著明な体尾部主膵管拡張を指摘された症例では、術前や術中に膵管穿刺造影を行い、この所見で膵切除範囲を決定している。

膵全摘例の累積生存率は、全症例で1年生存率31%、2年17%、3年10%、4年10%、5年10%と満足できるものではなかった(図2)。また、術後のquality of lifeも良好とはいえず、1984年以降は膵頭切除を基本術式とし、今日に至っている。

膵頭切除においても、膵全摘施行時と同程度のリンパ節や神経叢の郭清が可能であり、51例中33例に施行している。このうち13例では、門脈あるいは上腸間膜静脈を合併切除し、うち1例では下大静脈も合併切除した。

膵頭切除例の累積生存率は、全例で1年生存率53%、2年23%、3年16%、4年8%であり、1年から3年では全摘よりやや良好である(図2)。しかし、4年では差を認めなかった。

1年から3年にかけて膵頭切除例の累積生存率がやや良好なのは、後に述べる粘液産生膵癌が3例生存中であること(膵全摘例では1例のみが生存中)や、近年のやや進行程度の少ない症例が含まれているためである。

累積生存率では膵頭切除と膵全摘に大きな差は認めないが、quality of lifeは明らかに膵頭切除例のほうが良好であり、膵切除範囲に関しては今後、術前に腫瘍の浸潤範囲を精密に診断し、膵全摘をできるだけ回避する方針である。

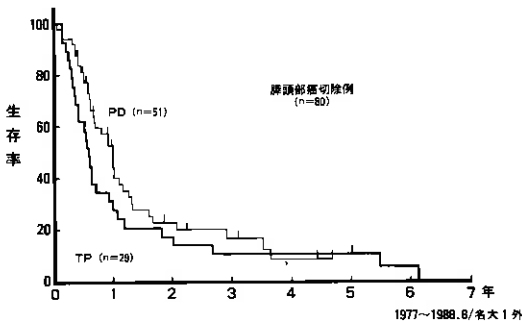


図2 PDとTP

2-c. 膵体尾部癌

膵体尾部癌切除例は18例で、16例に体尾部切除を、2例に膵全摘を施行した。リンパ節と神経叢郭清は、膵頭部癌と同じく徹底的におこなっており、脈管合併切除も3例施行している(腹腔動脈2例、門脈1例)。

教室における膵体尾部癌の手術成績は、他施設に比較して良好であるが、これは長径20mm以下の小膵癌4例と粘液性嚢胞腺癌2例(ともに粘膜内癌)が生存しているためである(図1)。これらの症例は、軽度の腹痛や腹部不快感、糖尿病の悪化といった症状や、職場検診における胃透視での胃外性圧迫所見をきっかけに発見されている。

膵体尾部癌は、一般に膵頭部癌より予後不良と考えられている。教室の成績は、この通念に反しているが、膵癌についての関心の高まりや画像診断法の進歩により、治療成績が改善傾向にあるものと考えている。

3. 良好な予後を期待できる膵癌

3-a. 小膵癌

教室で経験した、長径20mm以下の小膵癌(嚢胞型を除く)は7例である。占居部位別には頭部3例、体部3例、尾部1例であり、頭部小膵癌の第1例は1983年に、体部は1984年に、尾部は1988年にそれぞれ経験している。

頭部癌では、2例が黄疸を主訴とし、1例は他疾患による入院時の腹部超音波検査で、頭部に嚢胞を指摘されたことが診断の契機となっている。体尾部では、腹痛や腹部不快感、糖尿病の悪化を主訴とし、血清アミラーゼの高値や腹部超音波検査で主膵管拡張あるいは腫瘍を指摘されたことが診断のきっかけになっている。

この7例は長径20mm以下であるものの、病理組織学的には全例リンパ節転移や神経浸潤を認め、頭部の3例ではさらに十二指腸や胆管への浸潤を伴うなど、進行癌と考えざるをえない所見を伴っていた。このため現時点では、小膵癌であっても通常の進行癌と同様の郭清が必要であると考えている。

小膵癌根治切除例の累積生存率は、1年83%、

2年50%，3年50%と比較的良好である（図3）。癌の占居部位別では、体尾部癌では3例が2年以上生存中であるのに対し、頭部癌ではいずれも1年半以内に肝転移で死亡している。これは、頭部小膵癌のほうがりんば管侵襲や静脈侵襲が高度であったことに起因すると考えられるが、その原因は不明である。

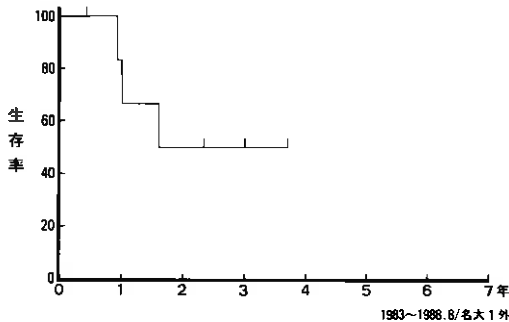


図3 小膵癌切除例累積生存率

3-b. 粘液産生膵癌

粘液産生膵癌は、癌研究会附属病院外科の高木らが提唱した概念である。粘液の産生能が特に著明であるために、典型的な症例では、狭窄のない著明な主膵管拡張、十二指腸乳頭の腫大および大きく開大した乳頭開口部からの粘液排出といった臨床像を呈している。この膵癌は、以上の特異な臨床像と共に、予後のよいことが特徴的とされている。

教室では、retrospectiveには1979年に1例を切除しており、1982年に粘液産生膵癌と術前診断し切除した症例を経験している。現在までに8例の切除例を経験し、粘膜内癌の3例が3年以上生存中であるが、進行癌であった3例は、2月、7月、12.5月で死亡している。また、2例の粘膜内癌は他病死した。全症例の累積生存率は、1年62%、2年から5年38%である（図4）。

粘液産生膵癌の存在診断は、特徴的な臨床像から比較的容易であるが、性状診断の面では2つの大きな問題点を有している。ひとつは、粘液の影響で腫瘍進展範囲の診断が困難であることである。

そのため教室では、通常の膵管造影で膵の切除範囲を決定できない症例に対して、術中膵管鏡検査を行い切除範囲を決定している。

第2の問題点は、良悪性の鑑別が極めて困難なことである。教室では、粘液産生膵癌と全く同じ臨床像を呈した粘液産生膵病変として、腺腫3例と上皮過形成3例を経験している。これらの鑑別診断は、病理診断的にも容易でなく、今後の課題と考えている。

いずれにせよ、粘液産生膵癌の臨床像を呈する症例は、膵切除術の適応と考えている。現時点でも、進行した粘液産生膵癌とその他の粘液産生膵病変との鑑別は可能であり、進行癌に対してのみ、リンパ節や神経叢の徹底的な郭清を行うようにしている。

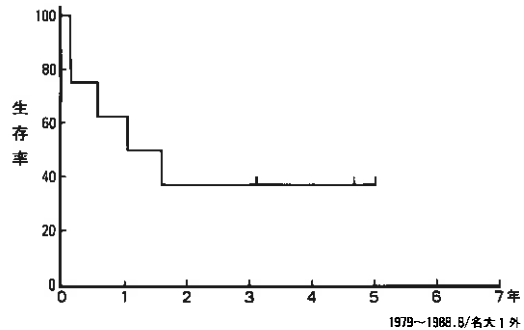


図4 粘液産生膵癌切除例累積生存率

4. おわりに

膵癌の外科治療成績は全体としては依然として不良であるが、膵癌に対する関心の高まりや画像診断法の進歩により、良好な予後を期待できる症例が増加している。さらに症例を重ね、より合理的な術式を確立したいと考えている。

【文 献】

- 1) 二村雄次 他：膵頭部に対する拡大手術—膵全摘術 胆と膵7：71-78, 1986
- 2) 二村雄次 他：粘液産生膵癌の進展様式と外科治療 胆と膵7：747-7539, 1986