

PPB-2-097 膵臓門脈合併切除例の検討

吉田直優, 木山 茂, 宮原利行, 松尾 浩, 関野考史, 山田卓也, 竹村博文
(岐阜大学第1外科)

【目的】当科で膵臓門脈浸潤に対し, 門脈合併切除により根治的手術を施行し得た症例について検討した。【対象】当科で手術を施行した浸潤性膵癌45例中, 門脈合併切除により根治的切除を行った8例(うち2例に肝動脈切除を併施)を対象とした。【方法】生存期間中央値をStageIV門脈非浸潤例および膵癌非手術例と比較し, 検討した。【結果】平均年齢は62.0±19.5歳で, 男性6例, 女性2例であった。部位は膵頭部癌6例, 膵体尾部癌2例であった。平均手術時間493±90分, 平均門脈遮断時間11.0±4.9分, 平均出血量1423±790mlであった。術後T.Bil最高値の平均は2.4±0.38mg/dlであり, 肝不全例を認めなかった。生存期間中央値は7.4±5.0ヶ月であり, StageIV門脈非浸潤例の同期間の7.5ヶ月と同等の予後であった。膵癌非手術例の生存期間中央値は3.0ヶ月であり, 門脈合併切除例の方が有意に長かった(p<0.01)。肝動脈切除を併施した2例は術後2~3ヶ月で死亡し, 予後不良であった。【結語】膵臓門脈浸潤例において門脈合併切除により根治的切除が可能であれば, 切除により予後の改善が期待できる。2.門脈かつ動脈浸潤例は予後不良であり, 切除再建術の適応を慎重にすべきである。

PPB-2-098 全胃および脾温存全摘術を施行した膵頭部浸潤性膵癌の1例

原尾美智子, 菱沼正一, 富川盛啓, 尾澤 巖, 尾形佳郎
(栃木県立がんセンター外科)

【はじめに】通常, 膵癌に対する全摘術では, 胃前庭部, 脾は合併切除されるが, 今回, 全胃と脾を温存した全摘を施行し得た膵頭部癌の1例を経験したので報告する。【症例】61歳, 男性。主訴は心窩部痛。近医にて膵頭に腫瘍を指摘された。CTにて膵頭に約2cmの腫瘍を認め, 尾側膵管は拡張していた。膵外へ浸潤する所見は認めなかった。【手術手技】膵頭部癌の診断で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を予定するも, 術中迅速病理検査で膵断端は3回追加切除も癌陽性であったため全摘をせざるを得ず, 脾動脈を根部で, 脾静脈は門脈流入部で切離した。右胃および右胃大網動脈は切離し, 全胃・脾の血流は左胃動脈-短胃動脈を介して確保されると判断し, 脾を脱転せず, 残脾を尾側に向かい剥離, 脾動脈末梢を脾門部で切離し全摘を完了した。全胃, 残存十二指腸, 脾の色調に変化は認められず, 十二指腸・空腸端々吻合, 胆管・空腸端端吻合を施行した。術後5カ月の現在, 食事摂取状況は良好で, CT上再発は認められず, 腫瘍の大ききも正常である。【考察】根治性を得るために全摘が必要な症例において, 術後のQOLを考慮した本術式は安全かつ有用である。

PPB-2-099 他臓器合併切除を施行した膵頭部癌症例の検討

田澤賢一, 土屋嘉昭, 藪崎 裕, 瀧井康公, 佐藤信昭, 梨本 篤, 佐野宗明, 田中乙雄
(新潟県立がんセンター新潟病院外科)

【対象, 方法】対象は膵頭部癌104例(1992年3月-2003年12月), 他臓器合併群69例, 非合併群35例に大別, 切除臓器は門脈61例, 肝動脈13例, 横行結腸7例, 肝8例, その他3例。各群, 切除臓器別に臨床病理学的に検討。【結果】全対象で男:女=54:50, 平均年齢64歳, 平均最大腫瘍径4.2cm, 術式:TP9例, PD29例, PpPD65例, SSSPD1例。リンパ節郭清はD0+1:32例, D2:72例。組織学的stage分類はI:2例, II:8例, III:23例, IVa:44例, IVb:27例。他臓器合併群(非合併群)の3生率は14.2%(39.6%), 50%生存期間は9ヶ月(21ヶ月)(p=0.03)。門脈合併群の3生率は13.4%で, pPL(+), ne(+), ew(+)の頻度が高く(pPV(+):71.2%), 肝動脈合併群3生率は30.9%と良好(pA(+):30.7%)。結腸合併群の1生率は16.7%で, 合併症頻度が高い(85.7%)。肝合併群の3生率は12.5%も, 4生率0%。全再発症例は63例, 平均無再発期間13ヶ月。再発部位は肝, 腹膜, リンパ節の順に多く, 門脈合併群に腹膜再発が多い(26.2%)。【結語】他臓器合併切除を要する膵頭部癌は予後不良も, 門脈, 肝動脈, 肝切除などにより長期予後を望める症例もあり, 積極的切除の意義があると考えられた。

PPB-2-100 局所進行膵体尾部癌切除成績向上のための前方到達法によるリンパ節郭清手技の工夫

櫻井洋至, 伊佐地秀司, 谷口健太郎, 白井正信, 水野修吾, 小川朋子, 山際健太郎, 横井 一, 上本伸二
(三重大学第1外科)

教室では膵体尾部癌に対しリンパ流を考慮して膵脾脱転を行わずに, 膵切除の後, 上腸間膜動脈(SMA)・腹腔動脈(CA)周囲リンパ節郭清を先行させる前方到達法を行い, 術中腫瘍散布を最小限に留め, 確実なR0手術を目指す手技上の工夫をしている。症例:81歳, 男性。MDCT, DSAにてcT4の局所進行膵体部癌と診断。MMC/5FU/Isosovorin, /Gemcitabine併用療法4コース終了後の腫瘍縮小率は25.7%で, 効果判定SD。手術手技:胃結腸間膜, 胃脾間膜・短胃動脈を切離。横行結腸間膜浸潤のため降下縁より5cm離し結腸間膜を切離し, SMV, SMAを露出。総肝動脈にテーピングし8a, 8pを郭清し, 脾動脈を根部で結紮。膵頭部トンネリング後, 脾を門脈右縁で切離し, 脾静脈を根部で切離。14d, 14p, PLsmaを郭清し, SMA根部を露出, 頭部でCA根部を露出し, 7, 9の郭清と左腹腔神経節を切除。大動脈左側で左腎静脈, 左副前部を露出し, 16a2郭清。左腎被膜前面で左方に剥離を進めen blocに膵体尾部切除兼摘脾術を行った。結語:前方到達法は簡便で合理的なリンパ節郭清手技である。

PPB-2-101 血管合併切除を伴う膵切除術における血行再建のstrategy

高村博之, 太田哲生, 清水康一, 北川裕久, 萱原正都, 能登正浩, 谷 卓, 藤村 隆, 西村元一, 三輪見一
(金沢大学大学院がん局所制御学)

当科では2002年より膵癌を中心に局所の根治性を高める目的で門脈(PV)系, 上腸間膜動脈(SMA), 肝動脈(HA)の広範な合併切除グラフト再建術を伴う膵切除術を積極的に導入している。術式や術後管理の要点, 術後の消化管吸収能・運動能を含めた栄養評価について報告する。PV+SMA合併切除再建術を13例に, PV+HA合併切除再建術を7例に, PV切除再建術を3例に施行した。膵切除術の内訳は脾全摘(TP)3例, 膵頭十二指腸切除(PD)18例, 膵亜全摘2例であった。動脈再建グラフトには右大伏在静脈を, 門脈再建グラフトには左外腸骨静脈を使用。脾静脈は広範に切除するため再建していない。PV+SMA再建時はSMAのIschemic Preconditioningを行った後, SMAの再建を先行している。またPV+HAを再建する時は, SMAをクランプしPVの再建を先行している。合併症は動脈吻合部出血を2例に認めた。我々にとって本術式はstandardなものであり, 術後障害も以前の術式と相違なく膵癌の予後改善に寄与するものと考えられる。

PPB-2-102 膵管断裂に対する膵管空腸吻合術

大石英和, 江川新一, 石田晶玄, 阿部 永, 福山尚治, 砂村貞琴, 武田和憲, 松野正紀
(東北大学大学院消化器外科)

慢性膵炎や膵外傷の際に認められる合併症の一つに膵性腹水, 仮性膵嚢胞がある。その共通の病態は膵管断裂に伴う膵液漏出である。膵管断裂に対し膵管空腸吻合術を施行し, 著効を示した3症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例1は39歳女性, 他院にて十二指腸潰瘍に対し幽門側胃切除術を施行後, 膵管断裂を伴う仮性膵嚢胞を生じた。症例2は29歳男性, 馬を搬送中に腹部を蹴られ, 外傷性の膵管断裂による膵性腹水, 仮性膵嚢胞を生じた。症例3は30歳女性, 10年来アルコール多飲歴があり, 腹部CT上, 著明な腹水貯留を認め, さらに膵頭部に小嚢胞の集簇を認めた。アルコール性慢性膵炎による膵性腹水の診断を得た。3症例とも当科で膵管空腸吻合術を施行後, 順調に経過し, 社会復帰を果たしている。膵性腹水, 仮性膵嚢胞の治療の原則は保存的治療をまず行い, 無効の際には手術を選択する。3症例はいずれも膵管断裂が存在し, 保存的治療は無効であった。膵管断裂が明らかな膵性腹水, 仮性膵嚢胞に対しては膵管空腸吻合術が有効である。

PPB-2-103 器械を用いた膵切除の経験

荒巻政憲, 末廣剛敏, 平下禎二郎, 住吉康史, 増野浩二郎, 武内秀也, 渡邊昭博
(大分県立病院外科)

【目的】器械を用いた膵切除の有用性について検討した。【対象と方法】対象は2002年11月から2004年1月までに膵切除を行った12例。年齢は48~88歳, 男性9例, 女性3例, 術式は膵頭十二指腸切除(膵癌2例, 膵管内乳頭腺腫2例, 胆管癌2例, 十二指腸乳頭部癌2例), 尾側膵切除(膵癌3例), 分節膵切除(膵管内乳頭腺腫1例)。尾側膵切除2例と分節膵切除の頭側切離には自動縫合器(Linear Stapler TL60H)を使用した。安全装置をはずし改めて膵組織を締め込み目盛りのない2.5~3mm付近でファイアした。膵頭十二指腸切除8例, 尾側膵切除1例と分節膵切除の尾側切離には超音波凝固切開装置を用いた。膵管露出後, 膵吻合が必要な症例では節つき膵管チューブを挿入, 膵管とチューブを一括して3-0吸収糸で結紮固定し, 吻合のない症例では膵管を3-0非吸収糸にて結紮した。膵空腸吻合は膵切離断面・空腸漿膜密着吻合法(柿田法)にて行った。術後膵液瘻, 膵空腸縫合不全の有無について検討した。【結果】術後膵液瘻, 膵空腸縫合不全は1例も認めなかった。【結語】超音波凝固切開装置と自動縫合器による膵切除は術後合併症予防の面から有用な方法であると考えられた。

PPB-2-104 膵頭部の多房性嚢胞に対する膵頭後部部分切除術の一例

村田尚之¹⁾, 豊坂昭弘¹⁾, 石川英明¹⁾, 三和武史¹⁾, 洪 基浩²⁾, 湯浅精一³⁾, 安藤達也⁴⁾
(晋真会ベリタス病院外科¹⁾, ゆあさ内科²⁾, 協和会協立病院外科³⁾, 宝塚第一病院外科⁴⁾)

膵頭部の良性腫瘍に対して縮小手術が散見されるが, 尚部分切除術の報告例は少ない。今回膵頭部の嚢胞性腫瘍に対し, 膵頭後部部分切除術を行った1例を報告する。症例は51才, 女性。健診にて膵頭に異常を指摘され紹介受診。CT, MRI, ERCP, 血管造影施行。画像診断では膵頭後部に4m大の多房性嚢胞を認め, 中心部に石灰化を認めた。CT造影ではenhanceされず, MRCP及びERCPでは, 下部総胆管を取り巻くように多房性嚢胞を認めた。総胆管上部はやや拡張を示し, 下部は圧排狭窄様所見を示し, 主膵管の狭小化を認めた。嚢胞と膵管の交通は認めなかった。手術では総胆管を全長に渡り露出tapingし, 十二指腸乳頭部で主膵管を露出tapingし, 胆管膵管を温存し, 膵頭後部部分切除を行い腫瘍を全摘出した。組織学的には漿液性嚢胞腺腫であった。術後は胆管の狭窄および膵瘻を見たが, いずれも軽快した。本例の如き膵頭部の後部(背側膵の後部及び腹側膵の後部)の部分切除の報告はみられないので報告する。