

## S2-18 浸潤性膵管癌に対する拡大手術の適応と限界—長期予後とQOLからみた進行膵癌の治療戦略

三重大学第1外科  
伊佐地秀司, 川原田嘉文

本邦では浸潤性膵管癌に対して根治性を求めて拡大手術や超拡大手術が施行されてきたが, いまだ治療成績は不良である. そこで長期予後とQOLから膵癌に対する拡大手術の適応と限界を検索し, 進行膵癌に対する治療戦略につき検討した. 【対象】1976年9月~1997年12月までの浸潤性膵管癌(嚢胞腺癌, 膵管内乳頭腺癌を除く)手術例は166例で, 切除例は80例(48.2%). 部位別の切除率は膵頭部癌130例中62例(47.7%), 膵体尾部癌36例中18例(50.0%). 1981年4月までの標準手術(D1リンパ節郭清)を行っていた初期34例と, 1981年5月以降の拡大手術(D2リンパ節郭清や血管合併切除を伴う膵切除)を行うようになった後期132例に分け検討した. さらに1994年7月以降は拡大手術に加え, QOLを重視した術式を選択しており, その治療成績も比較した. 膵癌の分類は規約第4版に従い, 生存率はKaplan-Meier法を用いた. 【成績】手術的進行度(Stage)は145例(87.3%)がStageIVの進行癌で, IVa41例(24.7%), IVb104例(62.6%)であった. Stage別切除率はStageI(4例), II(2例), III(15例)はいずれも100%で, StageIVは40.7%(IVa75.6%, IVb26.9%)であった. 1. 拡大手術の意義: 切除率は初期29.4%, 後期53.0%と後期で有意に向上した. 標準手術10例と拡大手術70例(うち門脈合併切除29例)で根治度B以上の治癒切除率をみると, 標準手術20%, 拡大手術65.8%であった. 3,5年生存率は拡大手術19.5%, 15.1%, 標準手術10%, 0%と拡大手術で有意に良好であった. 2. 拡大手術の適応と限界: 後期の進行癌について検討. StageIVaでは治癒切除21例の3,5年生存率は15.3%, 10.2%であったが, 非治癒切除(根治度C)6例は全例術後1年5カ月以内に死亡し(1生率16.7%), bypass手術の9例と予後に差を認めなかった. StageIVbでは治癒切除6例の1生率は50%(全例2年以内に死亡), 非治癒切除14例の1生率は8.9%で, bypass手術13例の1生率9.6%と全く差はなかった. 3. 進行膵癌の術式の選択とQOL: 1994年7月以降, StageIV症例のうち拡大手術によっても治癒切除が望めない症例に対して biliary bypass with antrectomy or gastric partition(B-A手術群)を施行しており, これとPDが施行され非治癒切除となったStageIV症例(PD群)を比較した. 術後平均生存日数はB-A群8例173日, PD群11例181日と全く差はなかったが, 術後平均入院日数はB-A手術群では42日と, PD群の115日に比べ有意に短かった. 【結語】進行膵癌に対してはすべてに拡大手術を施行すべきではない. 非治癒切除が予想される症例では, 切除そのものも難しく, たとえ切除しても予後やQOLは極めて不良であり, むしろQOLを考慮してB-A手術などの姑息手術を選択すべきと考えられた.

## VS1-1 頸部食道癌に対する喉頭温存術式

慶應義塾大学外科

小澤壯治, 安藤暢敏, 北川雄光, 北島政樹

【目的】喉頭合併切除を伴う頸部食道癌根治術は術後の発声機能の喪失によりQOLを大きく損なう. 頸部食道癌の中には口側切離線を工夫することにより喉頭を温存できる症例が存在し, さらに術後の補助療法を併用すれば遠隔成績の向上も期待できる. 教室ではQOLの維持と根治性を目的とした喉頭温存術式を適応を選び施行しているため, その手術手技と成績を喉頭合併切除術の成績と合わせて報告する.

【頸部食道癌手術成績】1981~97年までの17年間の食道癌入院総症例は738例で, Ceを主占居部位とする58例(8%)中の42例に対して切除術を施行した. 腫瘍がCeに限局する14例に頸部食道切除術/遊離空腸移植術を, 胸部食道に副病変が存在する28例に非開胸食道抜去術/胃管・結腸再建術を, また前者2例, 後者1例において喉頭を温存した. 5年生存率は31%, 第2群リンパ節転移率は49%で, 第1群の24%, 第3群の34%に比べて高率であった. 再発形式が明かな17例において上縦隔リンパ節再発5例(29%)に対し, 頸部リンパ節再発は9例(53%), 臓器再発(肺転移は全例)は8例(47%)と高率であった. したがって頸部食道癌では第2群のリンパ節郭清と補助療法による肺転移の制御が重要となる.

【喉頭温存術式の適応】癌腫が食道入口部より3cm以下ないし背側に存在し深達度A0であること, 反回神経麻痺が無いこと, 術後の誤嚥を覚悟しこれを乗り切るために70歳以下であることが条件と考えている.

【症例提示と成績】症例は66歳男性. 食道入口部から3cm肛門側の食道左壁に存在する0-Ipl型癌. 手術は両側反回神経を頭側に輪状咽頭筋まで追ひ頸部リンパ節を郭清し, さらに106rR/Lを頸部創より見える範囲で摘出した. 腫瘍を食道左壁に触診で確認し, 食道切開を加え直视下にヨード染色を行いながら約1cmの切除断端を確保して口側・肛門側食道を切離した. 再建はJ2を血管茎とする空腸を左上甲状腺動静脈をdonar vesselとして顕微鏡下に血管吻合を行ない, 口側/肛門側食道と手縫いで端々吻合した. 組織所見はsm3, n3(+), ow(-)であった. 術後は反回神経麻痺のため第2病日に気管切開を施行したが, 術後第4週より経口摂取を開始し得た. これまでに喉頭温存術をsm癌3例に施行し, 2例は術後照射を行い無再発であるが, 1例は肺不全のため術後2年6か月で無再発死亡した.

【結論】喉頭温存術式の利点は発声機能の保持であり, 欠点は術後の一過性喉頭機能不全と根治性の低下である. 前者への対策は一時的な気管切開と積極的なりハビリ, 後者には術後補助療法が必要である. 以上の点を考慮し適応を選べば頸部食道癌に対してQOLの維持と根治性を目的とした喉頭温存術式が可能である.