

た。当院の膵腫瘍に対する診断はCT, USまたは臨床的に膵腫瘍が疑われた場合は外来でEUSを行い、腫瘍の存在を確認し、次に入院しERCPを行い膵液細胞診を行う、その後細胞診で癌と診断できない場合は患者の了解を得てEUS-FNAを行う様にしている。症例数は少ないが当院の現況を報告する。

### 10 急速に増大した膵腫瘍の1例

森 茂紀・丹羽 恵子・菅原 聡  
 角田 和彦\*・田島 陽介\*・佐藤 攻\*  
 加村 毅\*\*・木村 格平\*\*\*  
 信楽園病院 内科  
 同 外科\*  
 同 放射線科\*\*  
 同 病理\*\*\*

症例は75歳男性。H20.7.30腸閉塞にて癒着剥離術施行。そのときのCTでは膵に異常を認めなかった。同年10月頃から上腹部痛出現。H21に入り症状悪化。十二指腸潰瘍の再発疑いにて治療がなされるも改善せず、2.20入院。GIF：潰瘍の再発なし、胃幽門前庭部付近で壁外性の圧排あり。CT：膵体部にφ7cmほどの、わずかに造影効果を有する腫瘍を認めた。膵管癌以外の特殊な膵癌と考えた。3.3膵頭十二指腸切除術を施行した。腫瘍は白色で非常に脆い性状であった。組織学的には、膵腺房細胞癌であった。本症例は非常に発育が速く診断に苦慮したが、画像診断学的にも、病理組織学的にも貴重な症例と考え報告する。

### 11 当科における切除不能膵癌2年以上生存例の検討

太田 宏信・関 慶一・樋口 和男  
 窪田 智之・石川 達・吉田 俊明  
 上村 朝輝・渡辺 孝治\*  
 済生会新潟第二病院消化器科  
 水戸済生会病院消化器内科\*

Gemcitabine (以下GEM), S-1により膵癌の

治療成績は向上したが、依然として切除不能膵癌の長期生存は困難である。今回当院で経験した2年以上生存した切除不能膵癌4例を検討した。全例stage IVaで、治療はGEMによる全身化学療法であった。

〔症例1〕55歳、男性。膵頭部癌でEMS留置。GEMで治療していたが、治療開始後2年目に癌性腹膜炎出現。その後食道静脈瘤破裂、stent閉塞を繰り返し、治療開始後3年目に胃静脈瘤破裂で死亡。

〔症例2〕77歳、女性。膵体尾部癌に対し2年間GEMで治療。その後CPT-11に変更したが癌は更に増大。2年4ヶ月で癌死。

〔症例3〕75歳、女性。膵頭部癌でEMS留置。S-1で治療を開始したが、下痢と嘔気が出現し中止。その後2年間GEMを継続。仙骨骨転移に対し放射線治療を施行。治療開始後2年2ヶ月経過したが、現在無症状で外来通院中。

〔症例4〕74歳、女性。膵頭体部癌。GEMを開始したが、点滴後に顔面や手背に浮腫が出現するためステロイドを併用しながら治療を継続。肺転移、肝転移も出現しているが2年1ヶ月目の現在外来通院中。

【結語】全例stage IVa症例であった。IVb症例の長期生存のためには化学療法の更なる進歩が必要である。

### Session IV 『術後管理・治療』

#### 12 膵頭十二指腸切除術後の膵管吻合部狭窄に対する内視鏡治療の経験

横尾 健・冨樫 忠之・岩崎 友洋  
 川合 弘一・鈴木 健司・青柳 豊  
 塩路 和彦\*・成澤林太郎\*・中平 啓子\*\*  
 新潟大学大学院医歯学総合研究科  
 消化器内科学分野  
 新潟大学医歯学総合病院光学医療  
 診療部\*  
 亀田第一病院外科\*\*

症例は70歳の女性。2003年9月に十二指腸

乳頭部癌にて膵頭十二指腸切除が施行された。2005年6月に急性膵炎を初発。2007年9月、2008年1月には重症急性膵炎を発症し、繰り返す急性膵炎の原因精査のため当科紹介となった。CTにて残膵の膵管拡張を認め膵管空腸吻合部狭窄が疑われた。SIF-Q260を用いて輸入脚盲端までの挿入に成功したが膵管吻合部は同定できなかった。CTを再検し、前額断にて膵管の走行を確認したところ、輸入脚内での反転観察が必要と考えられた。オーバーチューブの側孔よりXP-260Nを挿入。輸入脚内で反転観察を行うことにより、pin-hole状の吻合部が確認でき5Fr膵管ステントの留置に成功した。約2日で膵管ステントは自然逸脱したが、ブジー効果が得られたと考え経過観察とした。

2009年3月に急性膵炎を発症。吻合部の再狭窄と考え、再びSIF-Q260とXP-260Nを用いて、5Fr膵管ステントの再留置を行った。

SIF-Q260を用いてオーバーチューブを留置した後XP-260Nを併用するcombination endoscopyは今回のような術後症例以外にも応用できる有用な手技と考えられ報告する。

### 13 膵頭十二指腸切除術後ドレーン管理

#### ～Wakayama managementを目指して～

青野 高志・鈴木 晋・木戸 知紀  
寺島 哲郎・佐藤 友威・岡田 貴幸  
武藤 一郎・長谷川正樹

県立中央病院外科

【背景】膵頭十二指腸切除（以下、PD）術後のドレナージの可否は術後経過を左右する。腹部外科手術後の予防的ドレーンの長期留置は逆行性感染の原因となることから、早期抜去が推奨されてきたが、PD術後に生じ得る膵液瘻はその管理が十分に行われないと、致命的な経過を辿る可能性があることから、長期留置を容認することで、患者様の安全性が担保出来ると考えていた。近年、膵液瘻の国際基準が発表され<sup>1)</sup>、ドレーンアミラーゼ値の測定を行うことで、その存在を確実に把握することが可能となった<sup>2)</sup>。更に、high

volume center (Wakayama Medical University) から、PD術後早期にドレーンを抜去することが術後腹腔内感染や膵液瘻の発症を減ずることが明らかにされた<sup>3)</sup>。

【目的】high volume center でない当施設において、PD術後ドレーン早期抜去の可能性を模索する。

【対象と方法】1999年4月以降、当科でPDを行った132例のうち、ドレーンアミラーゼの測定をルーチンに行うようになった2007年7月以降のPD連続29例を対象とし、術後ドレーン管理を従来の方法（膵液瘻の有無やドレーン性状に関わらず、ルーチンに術後1週間後でドレーンを交換し、その後の経過に応じて、交換・抜去した）で行っていた2009年2月までの19例；C法（conventional management）と和歌山変法（術後膵液瘻所見のない症例のみ術後4病日にドレーンを抜去。膵液瘻所見のある症例は従来法で管理）で行った2009年3月以降の10例；W法（Wakayama management）それぞれで、術後ドレーンアミラーゼ値の経時的推移から膵液瘻を評価し、臨床経過を検証した。

【結果】C法では、膵液瘻が9例（47.4%）に生じ、グレードA；1例、B；7例、C；1例であったが、W法では膵液瘻は4例（40.0%）で、グレードA；3例、B；1例、C；0例であり、臨床的に問題となるグレードB以上の膵液瘻はC法；42.1%に対して、W法；10.0%と低率に抑えられた。C法では初回ドレーン交換時（8±1病日）に89.5%と高率にドレーン感染が見られたが、W法ではドレーン感染は30.0%であり、感染徴候に対して抗菌剤を使用した症例はC法；12例（63.2%）であったのに対して、W法；1例（10.0%）であった。C法でもW法でも、術後に再ドレナージを要するような膿瘍、液体貯留を生ずる例はなかったが、術後ドレーン留置期間はW法で膵液瘻なし；4日、グレードA膵液瘻；8±1日、グレードB；27日であったのに対して、C法では膵液瘻なし；13±4日、膵液瘻グレードA；9日、グレードB；29±10日、グレードC；41日と長期に及んだ。