

入を来たした。CTでは膵頭部膵管に迷入していた。5日後、把持鉗子、バスケットカテーテル、バルーンカテーテルを用いたが、膵体尾部へ押し込む形になり回収不能であった。10日後、Soehendra stent retrieverをEPSに押し付けるも完全な同軸化が得られず内腔へ十分に先進しなかったが、回転によりEPS断端内腔が拡張され110Q造影カテーテルをステント内腔に挿入し追従させることで回収しえたので報告する。

13 ステンとリトリーバーを用いた膵管・胆管狭窄に体するドレナージの工夫

関根 厚雄・水野 研一・中村 厚夫
八木 一芳

県立吉田病院内科

慢性膵炎の膵管狭窄や先天奇形に伴う膵液の排液障害は膵炎発症の原因の一つである。ERCP下における狭窄部の拡張方法には、バルーン拡張や専用の拡張ステントを使用することが一般的であるが、狭窄が高度であるとデバイスそのものが狭窄部を超えることができない事例に遭遇することがある。これらの困難例に対し迷入胆管ステント回収用のリトリーバーを用いガイドワイヤーを軸にして狭窄部を拡張し、適切なサイズのステントを留置し膵液ドレナージをはかっている。合併症も無く慢性膵炎ドレナージ法として有用な手技の一つとして確立されつつある。胆管狭窄例も提示する。

14 周囲浸潤のために、胆管、下大静脈、十二指腸にステント留置術を行い、胃—小腸バイパス術も施行した、膵鉤部癌の1例

森 茂紀・菅原 聡・渡辺 史郎
佐藤 攻*・角田 和彦*・細井 愛*
加村 毅**・森田 俊***
菊地千鶴男****

信楽園病院内科

同 外科*

同 放射線科**

同 病理***

新潟大学医歯学総合病院心臓血管

外科****

症例は57歳、男性。糖尿病にて通院中、H21.4月腹部違和感出現。CT、MRIにて広範囲後腹膜浸潤を伴った膵鉤部癌が疑われた。開腹生検でAdenocarcinomaの診断。TS-1 + GEM、GEM + CDDPを行ったが、腫瘍は増大。12月閉塞性黄疸、下大静脈閉塞による浮腫出現し、胆管メタリックステント、下大静脈メタリックステント留置術を施行。H22.3月胆管ステント閉塞のため、チューブステントを追加。6月、十二指腸閉塞症状が出現し増強し、十二指腸にメタリックステント留置したが思うような効果が得られず、外科的バイパス術を施行。本症例のような膵鉤部癌は腫瘍の著しい浸潤増大傾向の割りに遠隔転移を来たしにくいのではと考えた。本症例は、早期に胆管、十二指腸バイパス術を行っていれば、もう少しよいQOLが得られた可能性があり、示唆に富む症例と考え報告する。

15 膵腸吻合におけるロストチューブ法の検討

河内 保之・矢田 裕子・佐藤 優
黒崎 亮・川原聖佳子・牧野 成人
西村 淳・新国 恵也

長岡中央総合病院外科

膵頭十二指腸切除術の膵空腸吻合における膵管ロストチューブ法は外瘻と比較して①チューブ閉塞や屈曲によるトラブルが少ない。②チューブは自然脱落するため、抜去に伴う吻合部の損傷がない。③入院期間の短縮が期待できる。などの

利点がある。当科でもこれまでに47例に行った。しかし、長期にわたり、自然脱落しない症例も経験した。

今回、術後定期検査で行う腹部CTから、各時期における脱落の頻度を明らかにした。当院で術後経過観察がなされ、かつ、術後6カ月以上経過した症例は34例であった。術後6カ月までに吻合部からの脱落が確認できたのは22例(65%)であった。1年以上脱落していない症例は4例(12%)であった。また、一時的な高アミラーゼ血症を1例認めたが、遺残したチューブによるトラブルはなかった。

Session V・『膵胆道疾患治療の現状と将来』

16 T2(SS)胆嚢癌に対する肝切除術式の検討

金城 達也・土屋 嘉昭・野村 達也
松木 淳・金子 耕司・神林智寿子
丸山 聡・中川 悟・瀧井 康公
藪崎 裕・佐藤 信昭・梨本 篤
田中 乙雄

県立がんセンター外科

当施設でのSS胆嚢癌症例をとおして肝切除の意義について検討した。

【対象】1992年～2010年までのSS胆嚢癌症例40例。術式、病理組織学的所見をもとに検討した。男性23例、女性17例、年齢40～85歳(中央値72歳)、観察期間1～152ヶ月(中央値24.5ヶ月)、5生率50.3%。術式は胆摘(＋胆管切除)20例、胆嚢床切除8例、肝S4aS5以上の切除＋胆管切除11例、膵頭十二指腸切除1例。肝S4aS5以上の切除(A切除)と胆嚢床以下の切除(B切除)では5生率に有意差はなかった。pHinf0($p = 0.026$)、pN1($p = 0.024$)が予後規定因子であった。pN1以下の症例でもA切除とB切除では累積生存率に有意差はなかった。pN1以下のSS胆嚢癌では適切な肝切除範囲の選択により過大手術を回避できる可能性が示唆された。

17 膵・胆道癌における術前減黄術の現状と将来

土屋 嘉昭・野村 達也・金城 達也
松木 淳・金子 耕司・神林智寿子
丸山 聡・中川 悟・瀧井 康公
藪崎 裕・佐藤 信昭・梨本 篤
田中 乙雄

県立がんセンター外科

術前減黄術は手術合併症の予防・術前診断の目的で通常行われており、清水先生の減黄率b値はリスク判定に有用であった。今回、過去10年間の肝葉以上の肝切除(Hr)と膵頭十二指腸切除術(PD)が行われた症例(膵全摘・HPD症例は除外)の術前減黄術の意義について検討した。

【結果】減黄なしHr16例・PD116例。PTBD Hr40例・PTBD PD104例。ERBD Hr3例・ERBD PD21例。ENBD Hr1例・ENBD PD11例。PTBDの合併症はチューブ逸脱など24例で17%。ERBDの合併症は閉塞など7例で37%。PTCDを行った中下部胆管癌3例に瘻孔再発が見られた。全減黄後の術後重篤合併症はb値不良3-4群でHr 5/9例56%、PD 2/15例13%。術直前高度黄疸例(T.Bil 5～11.9mg/dl)での手術例はHr1例、PD28例でありPD症例では術後重篤合併症に減黄なし＋減黄良好(T.Bil < 5mg/dl)と差は見られなかった。

【結語】中下部胆管癌では術前減黄は瘻孔再発予防のためERBDが望ましい。膵頭十二指腸切除術の術前減黄はT.Bil 10mg/dl以下では不要である可能性がある。肝切除を行う肝門部胆管癌では十分な減黄と胆管炎のコントロールが必要である。

18 膵癌切除治療の当院の現状と将来への提言

青野 高志・鈴木 晋・金子 和弘
田中 亮・佐藤 友威・岡田 貴幸
武藤 一朗・長谷川正樹

県立中央病院外科

【目的】膵癌診療ガイドラインが改訂され、膵癌治療における外科切除治療の位置付け、術後補