

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

助化学療法が確立されてきているが、膵癌が難治癌であることに変わりはない。過去10年間の当院における膵癌切除治療成績を検証し、膵癌診療成績の向上に繋がる可能性のある対策を考察する。

【対象と方法】2000年より2009年までに当科で切除（非治癒を含む）した膵管癌（通常型膵癌）連続58例を対象とし、手術成績、予後を検証した。手術適応は切除可能と判断した膵癌で、門脈浸潤は再建可能であれば切除しているが、肝動脈や上腸間膜動脈に明らかな浸潤を要するものは切除不能と判定。遠隔転移陽性例は原則的には切除していない。術前治療は行わずに、可及的早期に切除する方針としている。また、同意が得られた症例には術後補助化学療法を行っている。

【結果】手術術式は膵頭十二指腸切除40例、膵体尾部切除18例で、術後在院死亡が1例に生じた。全58例の術後生存率は1年64.6%、2年32.4%、3年22.9%、4年22.9%、5年22.9%で、5年生存が4例に得られた。進行度別では、Stage II以下の5例（0I例、I 3例、II 1例）は全例無再発生存中（82ヵ月、58ヵ月、44ヵ月、12ヵ月、7ヵ月）と予後良好であったが、Stage III 12例の術後生存率は1年66.7%、2年47.6%、3年35.7%、4年35.7%、5年35.7%、5年生存2例、Stage IV a 23例の術後生存率は1年73.2%、2年21.4%、3年10.7%、4年10.7%、5年10.7%、5年生存1例、Stage IV b 18例の術後生存率は1年43.2%、2年24.0%、3年0%と高度進行例では不良であった。Stage I以下の症例の診断契機は全て主膵管の拡張であった。Stage III以上の進行膵癌53例中、49例（92.5%）で何らかの術後補助化学療法が行われた。その期間別に検討すると、治療期間が6ヵ月以内の16例（短期群）のMST 7.5ヵ月、1年生存率18.8%、2年生存率0%であったのに対して、6ヵ月～1年の12例（中期群）ではMST 12.5ヵ月、術後生存率1年60.6%、2年12.1%、3年12.1%、4年12.1%、5年12.1%で、更に1年以上の21例（長期群）ではMST 26.6ヵ月、術後生存率1年100%、2年52.5%、3年27.0%、4年27.0%、5年27.0%と、

治療期間が長くなるにつれ、生存期間も延長した。

【考察】比較的早期に診断された膵癌であれば、外科切除により根治の可能性が高まることから、可能な限り早期に膵癌を診断することが診療成績の向上に最も寄与すると思われた。一方、高度進行例では外科切除のみで根治が得られる可能性は少ないと考えられることから、術後化学療法を可能な限り継続することが長期生存に繋がると思われた。術前治療の導入、術中、術後の更なる補助治療の確立が期待される。

特別講演

胆管炎性急性腎不全 — その特異的病態と対策 — 下越病院外科

清水 武昭

透析前の血清カリウム濃度が、急性腎不全時、問題になる。術中に心停止となると、良くて失外発症候群で、植物人間になってしまうか、死亡する。血清カリウムが上昇し、術中心停止する可能性があることが解っていて、手術を強行すれば、周術期管理ミスと言うことになる。この問題に際し、興味ある事が2点現出した。①胆管炎性急性腎不全症例の透析前カリウム濃度はむしろ正常で、 3.98 ± 0.96 mEq/Lであった。②DICの診断基準に照らせば、確かにDICであったが、出血傾向症状は、多く消化管出血が始まる第5病日以前には、何ら認められず、消化管出血もDICの結果発生した合併症とは思われなかった。この2点に加え、③来院時、ショックで、救急室にて死亡してしまった症例を、救急室からそのまま剖検室に入室した患者と遭遇するまで、来院時に死亡してしまう症例に気がつかなかった。以上の3点が、胆管炎性急性腎不全症例の特徴と考えられた。重症と思われた呼吸不全ARDSは全例、100%以下の酸素下の呼吸器管理、FOY+エラスポールで生存した。胆管炎性急性腎不全症例の12%が胆管炎性MOF症例となった。死亡例は6例、3.2%であった。