

て切除術を施行，胸骨後経路にて胃管再建した。その後異常なかったが，1991年3月嚥下困難，前胸部痛出現。GTFにて再建胃管癌と診断され，5月20日に手術施行した。胸骨正中切開にてアプローチしたが，胃管癌は心嚢に直接浸潤していたため心嚢を合併切除した。再建は横行結腸を用い胸壁前経路で行った。

本症例では，初回手術後の定期的検査がなされておらず発見が遅れてしまった。食道癌先行の異時性重複癌では再建胃管癌が最も頻度が高いという報告もあり，挙上胃管癌において，切除できた症例の中に最長7年9ヶ月と長期生存例もあることを考えると，食道癌の術後の再発の検索に加えて胃管の定期的検索が必須であると思われる。

20) 吐血にて発見され脾門部に巨大腫瘤を形成した nonfunctioning islet cell carcinoma の1手術例

山田 敬之・家里 裕
 沢田 富男・山田 保 (小千谷総合病院) (外科)
 谷口棟一郎・横森 忠統 (同 病理)
 五十嵐俊彦 (新潟大学病理部)
 江村 巖 (新潟大学病理部)

門脈圧亢進をきたし，吐血を発症したホルモン非生産う島細胞癌を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する。

症例は70才男性で吐血を主訴に来院，胃内視鏡及び胃透視にて胃穹隆部に静脈瘤を認め，腹部CTでは脾門部に10cm大の腫瘤を，肝前上区域に低濃度域を認めた。腹部血管造影では，側副血行路の発達と脾静脈の完全閉塞を認め，更に脾門部にて血管新生に富む腫瘤濃染像と，肝に多発性腫瘍濃染像を認めたため，脾癌(肝転移)の診断にて手術を施行した。腫瘍は脾尾部を中心とする手掌大の脾癌で，脾，横行結腸と一塊であったため，脾体尾部，脾，横行結腸合併切除を施行した。肝転移に対しては，埋め込み型動注リザーバーを留置して，5Fu, ADRによる動注療法(局所温熱療法併用)を施行し継続中である。病理診断はホルモン非生産う島細胞癌であり，電顕にて神経内分泌顆粒を認めた。

21) 乳癌における腫瘍マーカーの combination assay

佐野 宗明・赤井 貞彦 (新潟県立がんセンター) (ター外科)

乳癌関連の腫瘍マーカーであるCEA, CA15-3, NCC-

ST-439, BCAの4種類について再発乳癌に対する monitoring marker として有用について検討した。これら4種を同時測定できた再発症例87例，外来観察中で非再発例135例を対象とした。4種単独での評価はST439とCA15-3の陽性率が高く，BCAはfalse positiveが多く，陽性適中度も低かった。combination assayの結果，2種類ではCA15-3とST439，3種類ではCA15-3とST439とCEAの組み合わせが陽性率，陽性適中率ともに高かった。再発形式別でみると，骨と肝の陽性率が高く例数はまだ少ないがcombination assayでは陽性率は100%に達した。しかし，肺転移や軟部組織の転移に対して腫瘍マーカーの陽性率は低く腫瘍マーカーのみでは不十分と考えられた。今後の展望として，再発治療は画像診断以前に腫瘍マーカー主導で開始され，効果判定もマーカー値を指標に行われれば，再発治療の効果は飛躍的に向上すると考える。

22) 癌外科治療における再建手術

波利井清紀(東京大学医学部形成外科)

癌の外科治療において，根治を目的とするための臓器や組織の切除はしばしば広範囲におよび，手術後の機能障害や著しい外貌の変形のため患者のQOLを考慮した治療法の開発が望まれるようになってきたが，後遺障害できるかぎり少なくするための再建手術は形成外科の手術を導入することになり著しく進歩している。

このような再建手術は切除と同時に終わる一次再建と，後日改めて行われる二次再建に分けられる。一次再建は腫瘍切除が大きな欠損を残し深部の重要な臓器，器官が露出するような場合の修復や，頸部食道など生命の維持に直接必要な器官の再建を目的に行われる。これに対し，二次再建は腫瘍切除が著しい外貌の変形を残したり，放射線照射で機能障害を招来した場合などに行われる。

再建に用いられる形成外科手術は，主として皮弁の移植による皮膚や粘膜欠損部の修復と，微小血管吻合による遊離組織移植などを利用した器官再建術に分けられる。これらは以下の領域を中心に行われているので，症例を示しながらその進歩を紹介する。

1. 頭頸部癌切除後の再建
2. 乳房，胸壁の再建と乳癌術後の乳房再建
3. 会陰，腹壁の再建術
4. その他，機能障害の再建