がん県民公開セミナー

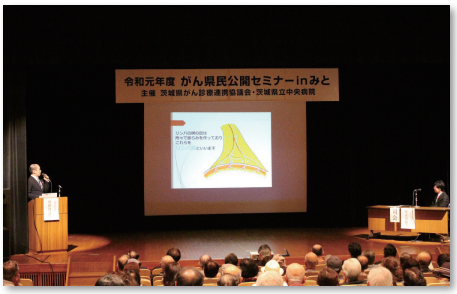
in みと

日時：令和元年11月2日（土）
13：30〜16：00
場所：茨城県総合福祉会館
コミュニティホール

プ ロ グ ラ ム

13：30　開　会

13：30～13：35　あいさつ
茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院　病院長　吉川　裕之



会場の様子

13：35～15：10　講　演
司　会　茨城県立中央病院　消化器内科部長
荒木　眞裕

講演１（13：35～14：05）
テーマ「肝臓がんの内科治療・外科治療」
講　師（内科）（株)日立製作所　日立総合病院　消化器内科　副院長
鴨志田　敏郎　先生
講　師（外科）東京医科大学茨城医療センター　消化器外科　主任教授
鈴木　修司　先生

講演２（14：05～14：35）
テーマ「胆道がんの内科治療・外科治療」
講　師（内科）　総合病院水戸協同病院　消化器内科　部長
鹿志村　純也　先生
講　師（外科）　茨城県立中央病院　消化器外科　医長
奥野　貴之　先生

休　憩（14：35～14：40）

講演３（14：40～15：10）
テーマ「膵臓がんの内科治療・外科治療」
講　師（内科）　筑波大学附属病院　消化器内科　講師
森脇　俊和　先生
講　師（外科）　総合病院土浦協同病院　消化器外科　部長
伊東　浩次　先生

15：10～15：20　ステージ変更

15：20～16：00　パネルディスカッション
座　長　茨城県立中央病院　消化器内科　部長
荒木　眞裕
コメンテーター　茨城県立中央病院　副院長兼がんセンター長
吉見　富洋
パ ネ リ ス ト　(株)日立製作所　日立総合病院　消化器内科　副院長
鴨志田　敏郎　先生
東京医科大学茨城医療センター　消化器外科　主任教授
鈴木　修司　先生
総合病院水戸協同病院　消化器内科
部長　鹿志村　純也　先生
茨城県立中央病院　消化器外科
医長　奥野　貴之　先生
筑波大学附属病院　消化器内科
講師　森脇　俊和　先生
総合病院土浦協同病院　消化器外科
部長　伊東　浩次　先生

会場の様子

16：00　閉　会

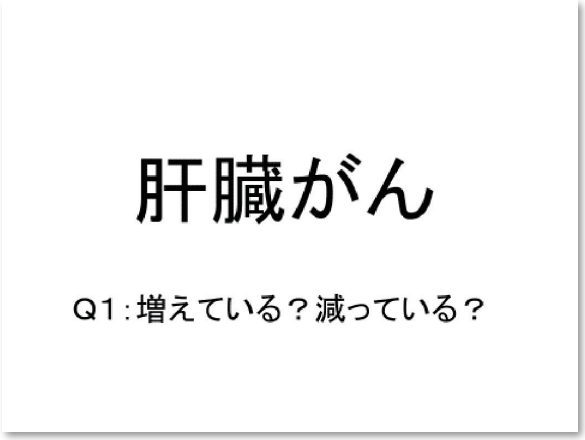
【講演１】

「肝臓がんの内科治療・外科治療」（内科治療について）

(株)日立製作所 日立総合病院 消化器内科 副院長
鴨志田 敏郎 先生

皆様こんにちは。お天気もいい中、足をお運びいただきまして誠に有難う御座います。私は、日立総合病院の鴨志田敏郎と申します。肝臓がんの内科治療、外科治療で、内科治療のほうを担当します。肝臓がん、実は肝細胞がんと胆管細胞がん、あと転移性肝がんというのがあるのですが、私の話す今日の内容は95％を占める肝細胞がんの話になります。胆管細胞がんと転移性肝がんにつきましては、この後、鈴木先生からお話いただきます。

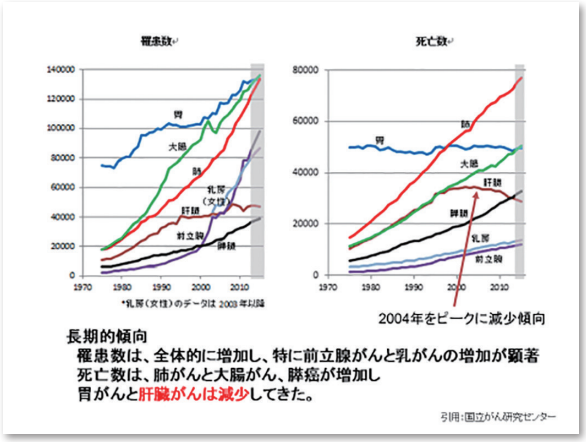
スライド１



スライド２

【スライド１】【スライド２】

肝臓がん、配布資料にこの答えがありますが、増えているか、減っているかという事です。

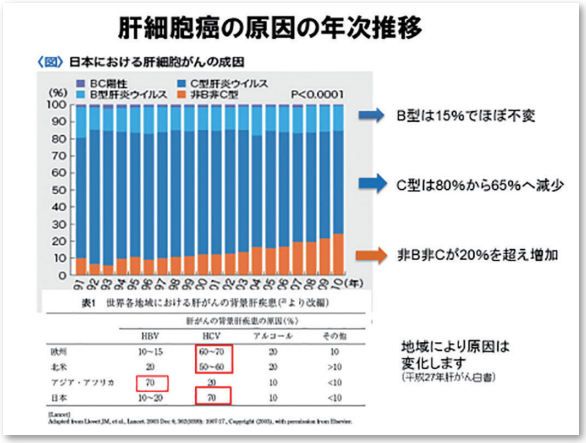


スライド３

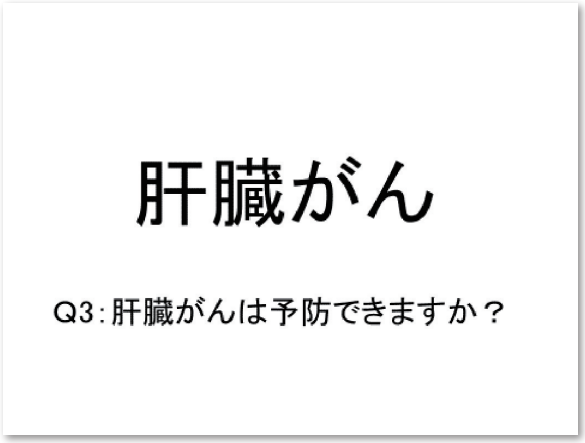
【スライド３】

日本人は高齢化してきてあらゆるがんが増えています。ただ、死亡数に関しては、胃がんは40年間毎年５万人が亡くなっていますが、最近は４万７千人、４万５千人と少し減ってきています。今日の話の肝臓がんですが、2004年、３万人を少し超えた辺りから減少傾向になっているということで、肝臓がん自体は減少傾向にありますが、これを撲滅したいというのが私たちの願いです。

スライド４



スライド５

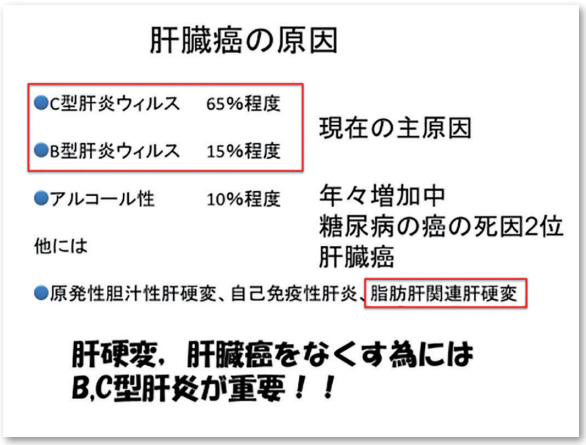


スライド７

【スライド４】【スライド５】

肝臓がんの原因に関しては、ウイルス性の肝炎でＢ型というのがあります。これがずっと15％で来ています。Ｃ型肝炎、かつて80％位肝臓がんの原因を占めていましたが、現在は65％位まで減少してきています。最近増えているのが、アルコール、糖尿病や脂肪肝からも肝臓がんが出てきて、これが今後問題になると思います。

日本は欧米と似ているかどうかということですが、日本と欧米、実はＣ型が多く、アジア・アフリカはＢ型が多いといった地域による原因の変化が見られます。



スライド６

【スライド６】

日本はＢ型・Ｃ型が現在の主原因であるということ、あと注目していただきたいのはやはり糖尿病や脂肪肝等が増えてきているので、今後注意が必要です。今日はＢ型・Ｃ型肝炎に関してお話を聞いて頂きます。

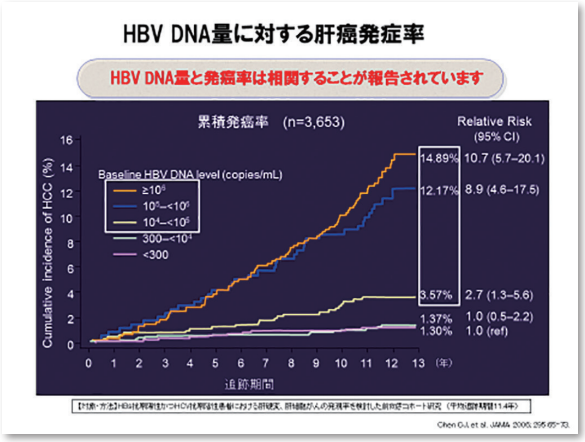
スライド８

スライド９

【スライド８】【スライド９】

その原因の一つであるＢ型肝炎ですが、Ｂ型肝炎はブランバーグ博士が1964年ぐらいに発見して、76年にこれでノーベル賞を貰っています。最初に報告した論文では白血病とか血友病との関連を報

告しています。同時期に、日本人で大河内先生がこの抗原を発見していて、肝炎との関連を報告しています。したがってブランバーグ博士のノーベル賞を後押ししたということは、ぜひ覚えていただければと思います。

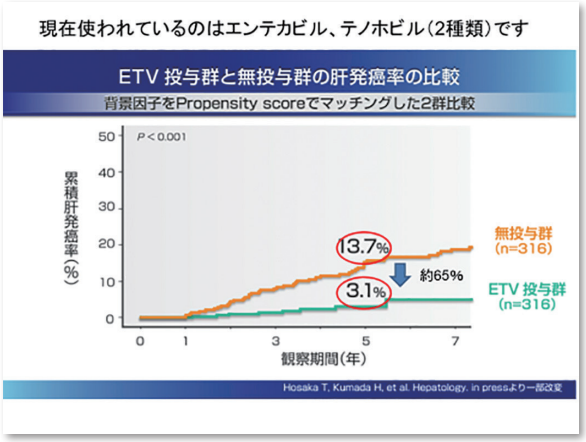


スライド10

【スライド10】

Ｂ型肝炎ウイルスを持っているとどのような人が発がんしやすいかということで、これは台湾のデータです。よく調べていくと、どうもウイルスが多い人はＢ型肝炎でもがんになりやすい傾向にあり、ウイルスの量と発がん量は相関すると言われています。

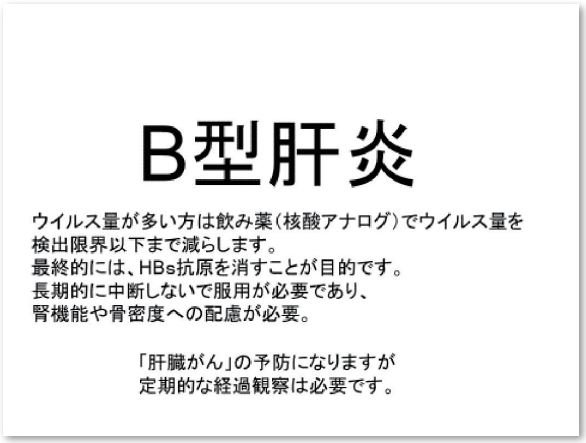
そのウイルスを現在きちんとなくすというのはなかなか難しいのですが、減らすお薬というのが出てきています。



スライド11

【スライド11】

これは日本の虎ノ門病院のデータですが、今、ウイルスを減らすようなお薬は主に３種類使われています。そのお薬を飲むと、無投薬の人だと５年後に13.7％、投薬すると3.1％の発がん率ということで、相対危険度を65％下げることができるということが言われています。

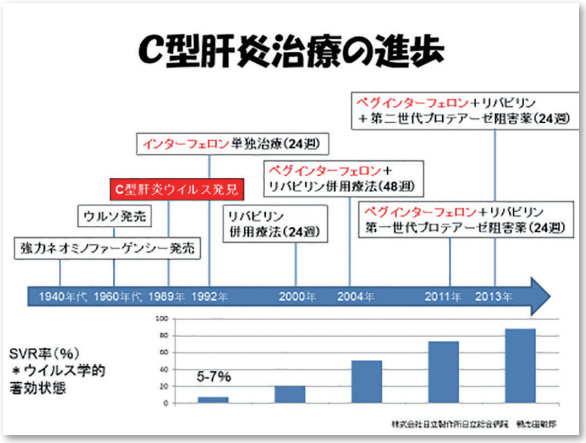


スライド12

【スライド12】

Ｂ型肝炎、ウイルス量の多い方は飲み薬でウイルスを減らしていき、最終的にはHBs抗原を消すことが目標ですが、結構これは長い時間がかかります。長期的に中断しない服薬が必要で、さらに腎機能や骨密度への配慮が必要ということです。予防にはなりますが、きちんと経過観察をしていくということも大切になります。

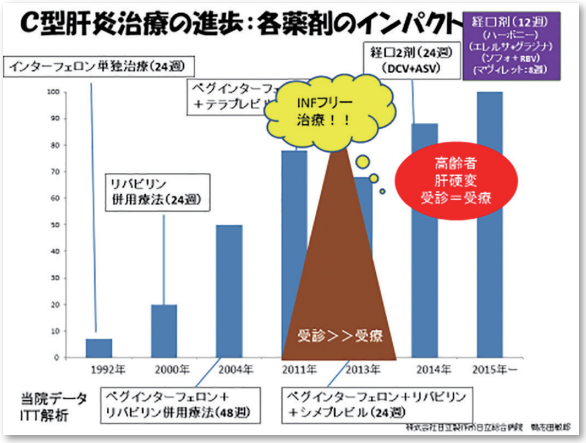
スライド13



スライド14

【スライド13】【スライド14】

次にＣ型肝炎の話です。Ｃ型肝炎は戦後、医療を受けて輸血をすると、実は二人に一人が肝炎になっていたという時代があります。それが輸血後肝炎とかnon-A・non-B肝炎と言われているものです。それがＣ型肝炎とわかったのは比較的最近の1989年です。この1989年というのは平成元年で、平成のうちにこの治療がどんどん進歩しました。ただ最初、発見の３年後に始まったインターフェロンの治療で治る人は10％弱ぐらいしかいなかったのですが、どんどん治療が進歩してきています。

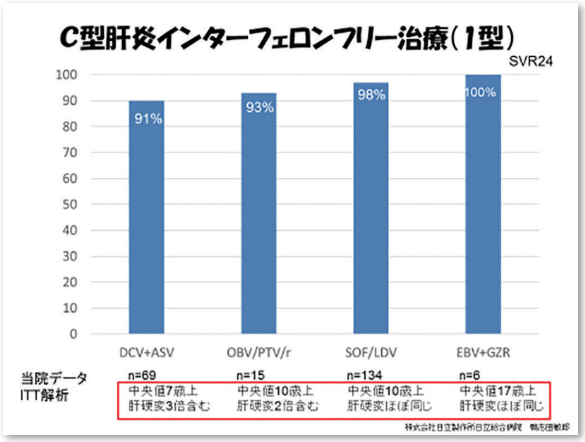


スライド15

【スライド15】

さらに、最近ではインターフェロンを使わない治療というのが登場しました。インターフェロンというのは、出てきて治療をしているときに副作用が非常に多いという報道が沢山されていました。実際に副作用の管理は大変でした。Ｃ型肝炎とわかって受診してもなかなかその副作用か怖くて治療を受ける人が少なかった、すごく壁がありました。この壁を打ち破ったのがインターフェロンを使わない、インターフェロンフリー治療というものです。これが2014年に出てきて、この薬によって、高齢の方でも肝硬変の方でも、受診をすれば殆どの方が治療を希望されるという時代になりました。

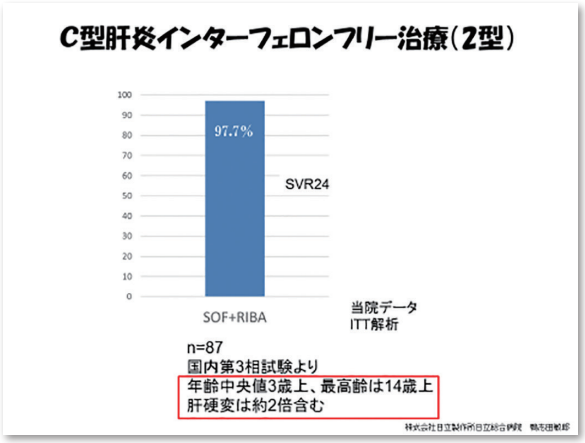
最近では12週、さらには慢性肝炎だと８週で治るというお薬も出ています。



スライド16

【スライド16】

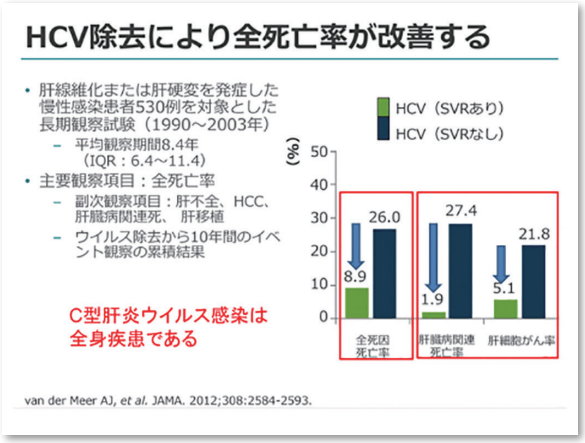
その治り方の率ですが、どんどんよくなってきて国内第Ⅲ相試験よりも10歳位高齢者で肝硬変を多く含む状態で治療してもほぼ、殆どの方のウイルスがなくなる、治癒するということになります。



スライド17

【スライド17】

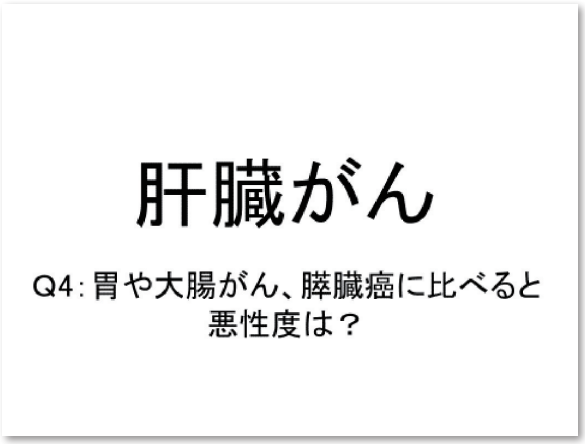
Ｃ型肝炎はⅠ型とⅡ型というのがありますが、Ⅱ型のほうでも98％位は治るという時代になりました。最近では、Ⅰ型Ⅱ型を問わず慢性肝炎だったら８週間で治ってしまう。さらに腎臓の力が落ちた方でも治るというような薬も出てきています。



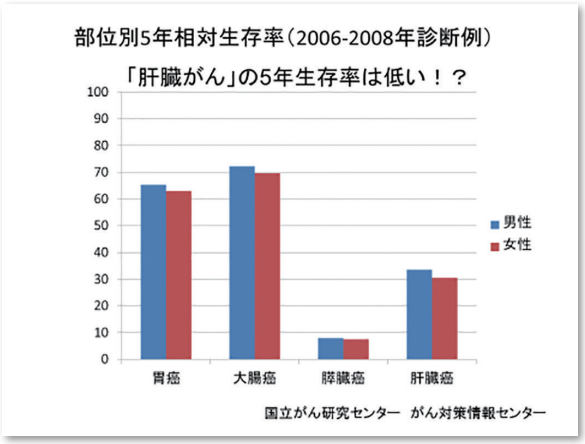
スライド18

【スライド18】

もう一つ、肝炎ウイルスを退治すると肝臓病で亡くなる方とか肝細胞がんになる方が減りますが、全死因の死亡率も減ります。C型肝炎ウイルスは全身に影響を及ぼし、腎臓や循環器系にも影響を及ぼしてしまうということなので排除したほうがいいというのは確かでしょう。



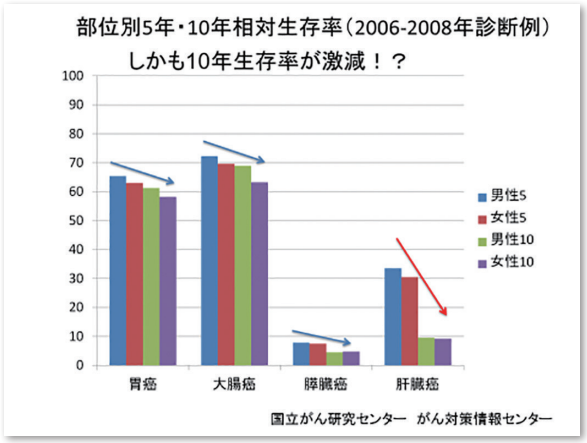
スライド19



スライド20

【スライド19】【スライド20】

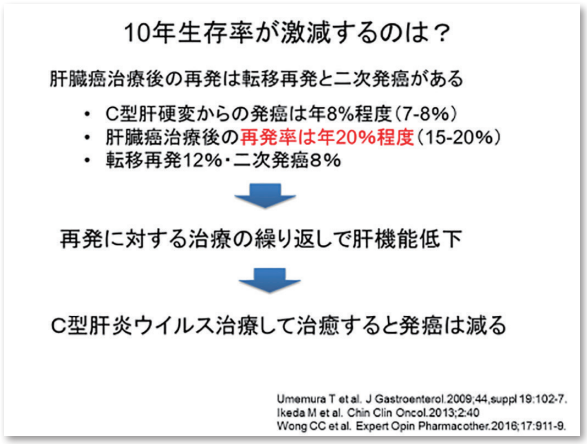
胃がんや大腸がんに比べるとやはり肝臓がんというのは治りにくく、膵臓がんよりは少し上ですが、治りにくいのは確かです。



スライド21

【スライド21】

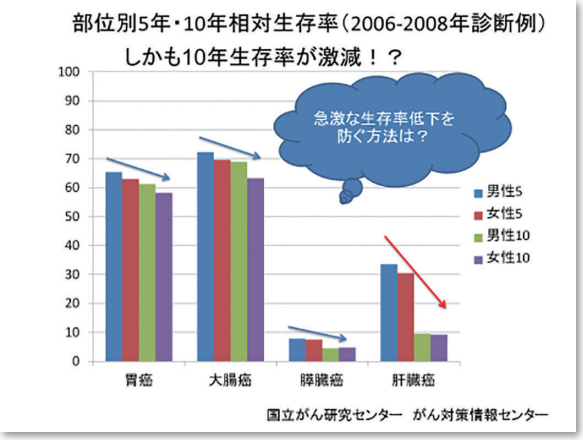
さらに特徴的なのが10年生存率、胃がん、大腸がん、膵臓がんですらこれぐらいの減り方ですが、肝臓がんはかなり急峻に10年生存率が激減する。これがもう一つの問題点だと思います。



スライド22

【スライド22】

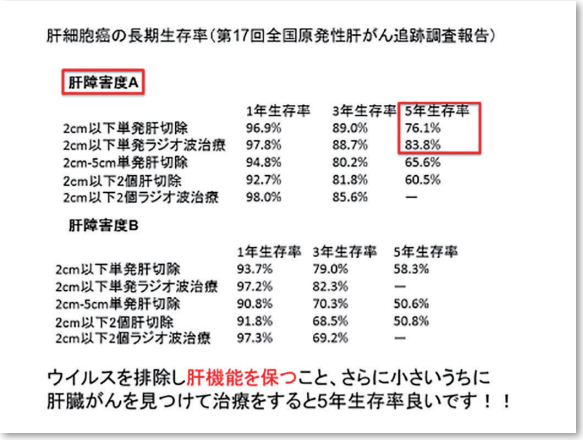
この理由として考えられるのは、C型肝炎で肝硬変になってしまうと肝臓がんになる率は年に８％と言われており、一度出来た肝臓がんを治療した後に再発するのが年に20％と言われています。肝硬変からの発がんが８％、肝臓の中の転移・再発で12％といわれます。この再発に対する治療を繰り返してしているうちに肝機能が低下してしまうので10年生存率が低いと言われています。ですから、ウイルスはできる早く排除して治療していくことが大事かと考えます。



スライド23

【スライド23】

この低下を防ぐ方法はないかということですが、やはりきちんと通院をして肝機能をよく保つということ、さらに、小さなうちにがんを発見すると５年生存率がかなりいいということが分かります。

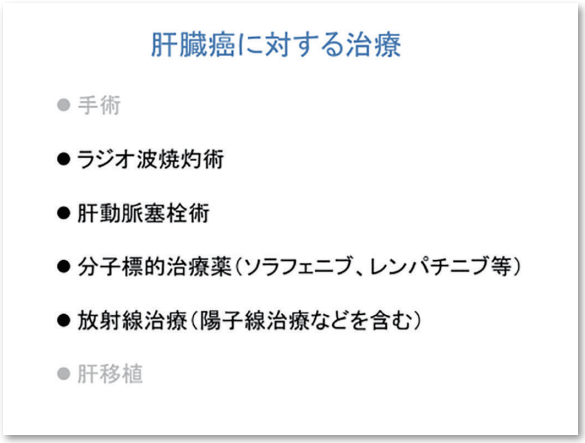


スライド24

【スライド24】

ウイルスを排除し肝機能を保つこと、さらに小さいうちに肝臓がんを見つけて治療すると５年生存率がいいということになります。

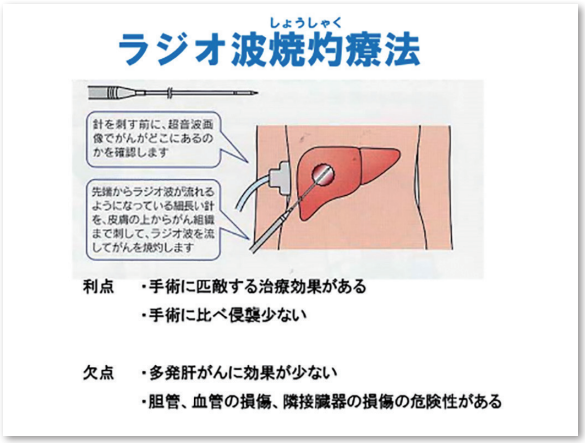
スライド25



スライド26

【スライド25】【スライド26】

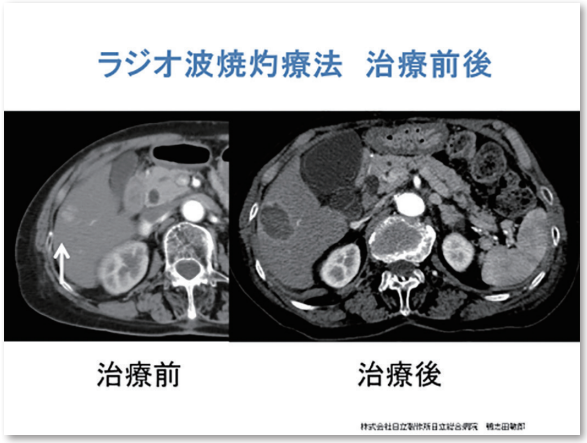
がんになった場合の内科治療です。手術に関しては鈴木先生のお話があると思いますが、ラジオ波焼灼術、肝動脈塞栓術、分子標的治療薬、放射線治療などがあります。



スライド27

【スライド27】

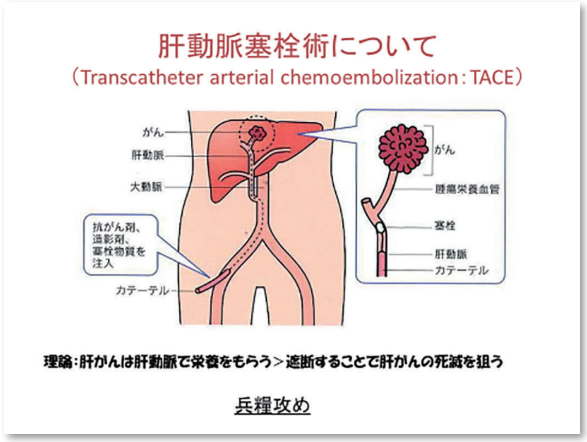
ラジオ波焼灼療法というのは肝臓がんに針を刺して、その周囲を含めて焼くというような治療です。



スライド28

【スライド28】

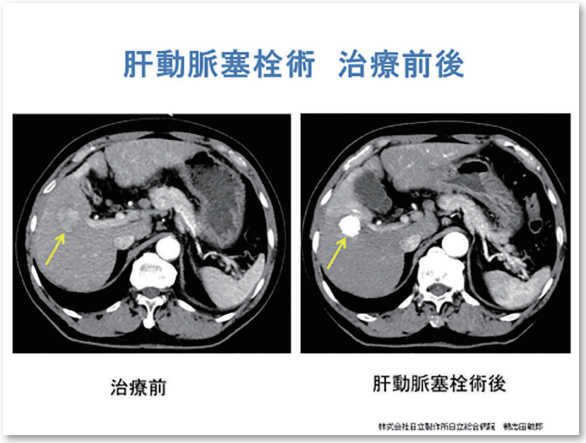
これが実際当院で行っている治療ですが、ここにがんがあり、それよりも少し大きめに焼いたというような治療になります。



スライド29

【スライド29】

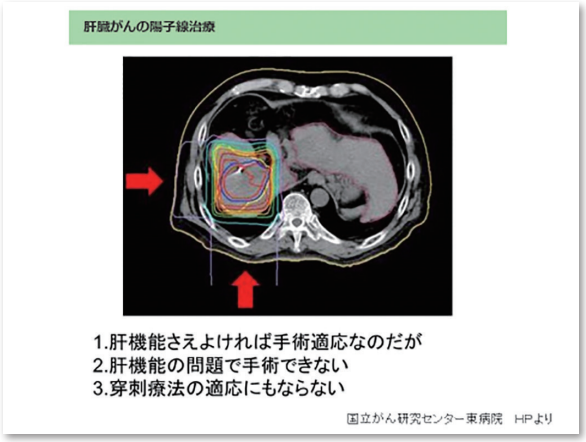
次に肝動脈塞栓術というものがあります。肝細胞がんは肝動脈から栄養をもらって大きくなると言われています。したがって、この栄養を送る動脈を詰めてしまう、いわゆる兵糧攻めになります。この治療法も有力な治療法の一つです。



スライド30

【スライド30】

これがその治療の前後ですが、ここにがんがあって、ここに白く写っているのが、がんが治療された後の状態です。



スライド31

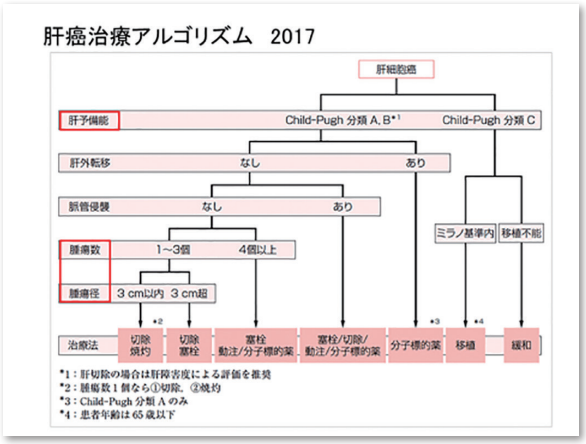
【スライド31】

もう一つは放射線治療、陽子線治療です。これは肝機能が悪い等で手術が出来ない場合や先ほどのラジオ波焼灼療法の適応にならないという場合に使われる治療です。

スライド32

【スライド32】

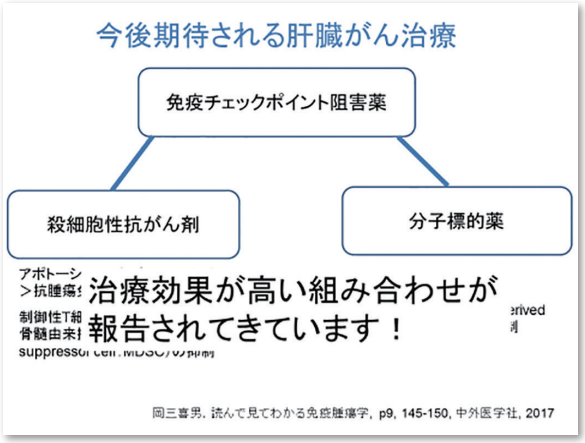
最近注目され始めたのが分子標的薬というものです。実際にこれは当院で経験した症例ですが、このがんが２カ月後にはほぼ消えてしまう。全員が全員、こういういい経過になるわけではありませんし、しかもこの後また再発してくることもありますが、こういう治療が注目され始めています。



スライド33

【スライド33】

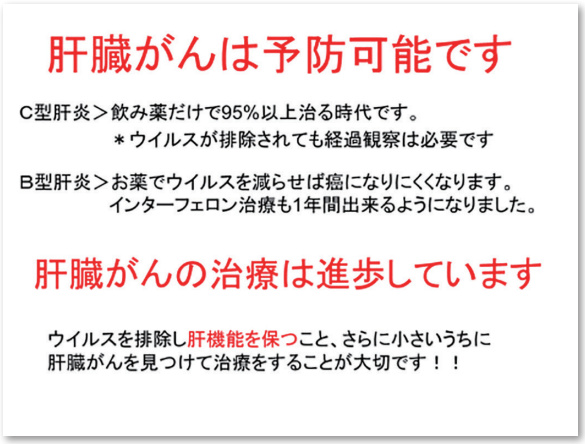
実際に治療というのはアルゴリズムというのが決まっており、肝臓の機能、あとは腫瘍の数や腫瘍の大きさによって様々な治療法が決められています。



スライド34

【スライド34】

分子標的薬が注目されていますが、色々な研究が進んでいて、単独ではなくて組み合わせをするとかなり効果が高いということも言われています。治療効果の高い組み合わせはどんどん出てきますので、今後この辺りも注目していくようになるかと思います。



スライド35

【スライド35】

予防可能ながんは少ない中で、肝臓がんは予防可能です。Ｃ型肝炎やＢ型肝炎はきちんと対処法があります。さらに肝臓がんの治療は進歩してきています。ウイルスを排除して肝機能を保つ、さらに小さいうちに肝臓がんを見つけて治療するということが、元気で過ごすための一番いいポイントになると思います。

７月28日が世界の肝炎デーといって、ウイルス肝炎をなくしましょうとアピールをする日になっていて、この日はブランバーグ先生の誕生日が７月28日ということで決まっています。今年も神栖で開催しました。肝臓、今日はウイルスの話だけをしましたが、糖尿病、脂肪肝を含めて肝臓を労

って健康長寿を達成できるようにしていきたいものです。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

○司会　荒木 先生

鴨志田先生ありがとうございました。

【講演１】

「肝臓がんの内科治療・外科治療」（外科治療について）

東京医科大学茨城医療センター 消化器外科 主任教授

鈴木　修司 先生

皆さんこんにちは。東京医大茨城医療センター消化器外科の鈴木です。ちょっと私の紹介をしますけれども、私は筑波大学を出た後、東京女子医大にいまして、茨城にまた戻ってきてまだ４年ちょっとです。15年６月から来ています。色々な学会の役員をやっていますけれども、特に膵臓学会、肝胆膵外科学会の評議員という役員と中でも特に膵臓に関してプロジェクト研究の責任者、膵癌でも特殊な残膵がん関係の責任者をやらせていただいています。

では雑談はこの辺までで、肝臓の外科の治療ですけれども、肝臓、豚や鳥のレバーと皆さんが言うのはこのことです。人間最大の臓器になります。

昔から肝臓というのは再生するということがギリシャ神話のときから既に言われています。人間で唯一再生する臓器です。しかし肝臓といっても枝葉のところの枝は大きくなりませんが、葉っぱである肝臓の細胞は再生する。全部完全に再生するかというとそうでもなく、大体その肝臓の機能により再生の大きさが違いますが、ある程度の大きさにまで再生します。

それと、東洋の医学で言うと五臓六腑というものになります。五臓というのは心臓、腎臓、肝臓、脾臓、肺であり、ざっと見て今回の内容の膵臓はないですね。膵臓というのは江戸時代、ここら辺はわからず、膵というのは日本人の造語です。肝臓は大きな臓器なので、昔の不案内の時代でもわかっていました。肝臓というのは体重の50分の１で、かなり大きく１㎏から1.5㎏の大きさがあります。

外科的な解剖でいうと、肝臓というのはクイノーさんというフランス人がわけましたが、大きく分けると右と左、尾状葉という小さい所がこの後ろにあります。その中でも右側では前後の区域、左側では内側と一番左側の外にある区域に細かく

分かれます。それぞれ二つずつ番号が上下に分かれていて、１から８番に分けて肝臓の手術というのを進めます。肝臓の右側を取ると、５、８、７、６、左側を取ると２、３、４という状況です。肝がんだと極めて、これだけ取るという手術もありますがブロック的に、区域、５から７とか５、８という亜区域という小さい区域で分けて取ります。

働きですけれども、主なことでいうと代謝、解毒、胆汁生成です。代謝というのは食べた物の糖を代謝に変え、腸管でブドウ糖になってグリコーゲンとして肝臓に蓄積されます。必要に応じてブドウ糖へ変換しますが、これが脂肪肝の原因になります。あとはたんぱく代謝ですね。腸管でアミノ酸がたんぱく合成して、血中のアルブミンとか血中の浸透圧、むくみの原因になるような成分の浸透圧を保つのがこの役割になります。次に脂質代謝、これは食べてよく太るもとになりますが、その脂肪酸、グリセロールを中性脂肪にして分解してくれるのも肝臓の働きです。肝臓が悪くなるとこの代謝機能が悪くなって色々な障害が出てきます。そして解毒ですが、特にアンモニア代謝が重要です。肝硬変が酷くなると肝性昏睡といって、便秘等で手が震えて悪くなるような方がいますが、これがその作用になります。

それと、胆道の話でも出てくると思いますが、胆汁というのは胆嚢で作っていません。肝臓で作られ、色々なところから集まり、肝細胞から胆管に集まり十二指腸に届いているので、肝臓で胆汁というのが作られています。そして小腸末端で再吸収されまた肝臓に戻ってきます。肝臓というのはこのように重要な働きをしています。

後で説明しますが、肝細胞からできるものを肝細胞癌、胆管からできるものを胆管細胞癌と言います。

これは鴨志田先生がおっしゃっていましたが、がんは全体で増加していますが、肝がんは減少傾向にあります。また、肝がんは死亡率としては改善傾向にあり、2000年をピークに下がっています。

スライド１

【スライド１】

肝臓がん、今日のお話としては三つですね。肝細胞癌、鴨志田先生がおっしゃっていましたが、肝臓の細胞から発生するのが肝細胞癌。肝臓がんといっても大きくはこの三つですが、肝臓の中の胆管から出来るのが胆管細胞癌。有名な芸能人がこれになりました。あと転移性肝癌。よく肝がんは原発性肝がんの治療をすると思われていますが、転移性肝癌の場合は元の臓器の治療をするのが普通です。例えば胃癌の肝転移であれば胃癌の治療をします。そのような転移性肝癌、他臓器からがんが転移するのを転移性肝がんと言います。95％が肝細胞癌で、残りの５％弱が、原発の中では胆管細胞癌が５％ということです。

まず、肝細胞癌ですね。これも鴨志田先生がおっしゃっていましたが、27年版の肝がん白書からいうとＢ型肝炎はほぼ変わっていませんが、Ｃ型肝炎が先ほどの色々な薬によって減少傾向です。non-B・non-Cというのが増えてきて、この中で多くを占めるのはNASHといわれる非アルコール性の脂肪肝炎という状態で、脂肪肝とは脂肪が違います。脂肪肝炎と脂肪肝って組織を見ると分かるのですが、脂肪肝炎から来る肝がんが最近では増えてきて、直近でいうと、４割近くはそういうnon-B・non-Cになってきています。

スライド２

【スライド２】

肝細胞癌の成因は、先ほど言ったＢ、Ｃ型肝炎の方が９割以上です。Ｂ型とＣ型とは、内容として肝がんになる特徴が少し違います。Ｃ型は慢性肝炎とか肝硬変を経て30年位で肝がんが発生しますが、Ｂ型は無症候キャリアや慢性肝炎、少し柔らかい状態から肝がんが発症する、若干そういう特徴の傾向の違いが出ています。

あと、NASHが増えたというのは先ほど申しましたが、それ以外にアルコールから来る肝がんが増えています。症状性は無症状で、腫瘤蝕知や黄疸などが出ますが、最初は無症状のことが多いです。物を言わぬ臓器とよく言われますが、そういう形で出ます。それに加えて血液とか超音波とかCTやMRIで診断します。

手術に関してですが、どんな肝硬変でも切れるかというと、そうではないです。肝臓は色々な機能を司っているので、手術で肝臓を取ってしまうと耐えられない肝臓の方がいます。それを測る指標というのが、私たちが使っているのがChild分類です。脳症や腹水、それに加えビリルビンやアルブミンといった血中の指標を見ています。最近、日本で行っているのは肝障害度という凝固系の一部因子を搭載した同じような項目の分類で、先ほど鴨志田先生がおっしゃっていたＡやＢというのは肝障害度のことで、５つの項目をスコア化して見てどうかということを言っています。

また、外科的にはそれだけでは足りなくて、どのぐらいの肝臓が切れるかというシミュレーションが必要になります。一つがこのアシアロシンチというもので、これを行っている施設も多いです。アシアロ糖たんぱくというのを注射してシンチグラフィーの中に入り、集積を見て肝機能がどの程度あるかを測定します。あとはICGと言っているものですね。緑の注射を打ち約15分後に採血し、血液の結果を見てどの程度肝臓が切れるだろうという検査です。

この機能を見る検査の後、どの程度肝臓を切れるかという予測モデルがありますが、大きく分けると２つあり、その１つは東大の幕内先生が作成した幕内基準というものです。それは簡単に、ビリルビンの数値でどうかということと、ICGという先ほどの緑の注射を打ち採血するようなデータで正常なのか、20％以下なのか、30％以下なのかでそれぞれ切れる大きさを大まかに分けて、指標として残肝予測でどのぐらい切れるかという指標をつくります。

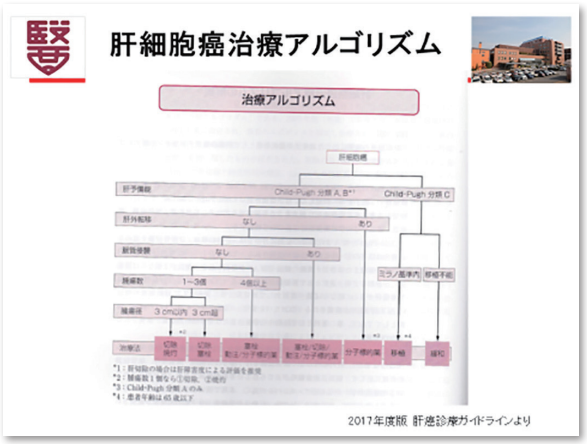
ただ、最近では富士フイルムがつくったSYNAPSE VINCENTというものがあります。これはCTを解析検査ができるもので、シミュレーションをして、腫瘍と取り巻く血流域を指定すると、肝臓の体積が分かるものです。そうすると体積計算ができ、残肝予測ICG測定という形になります。先ほどの幕内基準とこちらの基準でやる施設が大体多いです。

例えば全肝通りに計測すると1,065mlで、右の肝臓で計算すると617mlになる。あと前区域というのは、さっきの真ん中の区域です。それでこの区域を取ると167mlなので、この例のICGは少し悪いですが、予測ICGは良好で切除可能と判断します。こういう肝臓がいい人、悪い人のモデル、こういう線を引いてどの程度肝臓を切ると予測、取った後にICGがどうなるかという計測をします。いい肝臓でしたら40％と、あるいは50％までいけますが、悪い肝臓の人は40％までしか取れないということを、こういう指標でやります。最近ではこういうシミュレーションをして、どの位の肝臓を切り、どの門脈域、どの血流域を取ればどうなるかというのがわかるような時代になりました。昔に比べて緻密に肝臓を切れるような時代になっています。

また、筑波大から当院に来た大城講師が研究しているのが、それに加えてシミュレーション、つまり手術前リハーサルです。肝臓の変形を計測して術前にリハーサルができるような時代です。

さらに最近ではシミュレーションからナビゲーションという形で研究が進んでいます。どうナビゲーションするかですが、これは術中の、当院の映像ですが3Dセンサーを付けてキャプチャーをして、術中に切っている部位を見ながらどこを切

っているかとわかるようなものです。京都大はパナソニックと組んで、術中にお腹の中を投影してどこを切っているかというのがわかるようになっています。昭和大はマーカーを置いて切っている部位をナビゲーションするような、そういう意味では今、開発が進んできています。そのうちカーナビのように、間違ったところを切るとピッピッと鳴るような時代が来るかもしれないですね。今、肝臓の世界ではそういう研究が急速に進んでいます。



スライド３

【スライド３】

鴨志田先生が出されていましたが、肝がん研究会が中心で作られた肝がん診療ガイドラインというのが出ています。外科で立ち入れるのは肝障害度が良く、３個以内、そして脈管侵襲があって大きく切るところとありますが、外科的にはその辺が立ち入れます。基本として障害度Ａ、Ｂの肝臓の人で３個以内というのが外科的な手術の適応になってきます。

他の胆管、肝臓がんでは転移性肝癌と違って、肝細胞癌というのは結節外転移といって、腫瘍がある周囲に何個も転移を認めることがあります。ですので、その範囲の系統切除、亜区域、区域というブロックで取る。肝機能が許せば、取ったほうが予後はいいというのが示されています。これがガイドラインのもとになった研究で、それを区域で取ってくるというのが肝細胞がんの外科手術の適応となっています。

転移性肝癌はそこだけ取ればいいということですけれども、肝細胞癌に至っては、原発性肝癌の肝細胞によっては区域で肝機能が許せば取るような形が必要とされています。マージンは最低限でいいという話です。

手技的には二つあります。十二指腸があり、肝臓は幹分かれしていて、これは右肝臓が、右と真ん中と左とに枝分かれしていて、コーンのようになっています。この枝の区画を取ってくるという方法が東大と女子医大式の２つがあります。東大式だとここの色素にICGという緑の注射を入れ、そこの染まる領域の表面しか染まりませんが、そこを取れば、そこの必要な区間を取れるという形です。

一方、女子医大には高崎健先生が作成した肝門グリソン処理というものがあります。幹の根元を掘り出して、くくると幹の血流が止められ真っ黒になり、その領域を取るというやり方です。これがグリソンです。

例えば全体では、予後的には３割から４割の肝がんですが、切除だけでいうと、最近一番いいデータです。これは東大の長谷川先生ですが、大体５から７割の間位の５年生存率になっています。肝臓がんの切除をするとそういう形ですね。

スライド４

【スライド４】

胆管細胞癌は全体の４～５％です。ウイルスとの関連も一部報告がありますが、まだ不明とされています。大体黄疸で出る人が多く、皆さん肝がんと言うとこの胆管細胞癌は聞かないと思いますが、たちがあまり良くないです。三つのタイプに分かれていて、簡単にお話すると浸潤しているものや、大きな腫瘍をつくるものはたちが悪いです。これも同じような検査で診断します。形として腫瘤形成、大きな腫瘤を作り胆管沿いに浸潤するタイプと、胆管内に浸潤、胆管の中にがんが這っていくものに分かれます。胆管拡張がある程度CTでも分かるようなものが、さっきの肝がんと違うところです。胆管から発生したがんなのでこうい

う形になります。

スライド５

【スライド５】

基本的には外科手術が原則です。色々なタイプに分かれていますが、さっきの肝がんと違ってリンパ節転移があるというのがこの胆管細胞癌です。胆管細胞癌と言っても、基本的には胆管癌の一種なのでリンパ節転移があります。一つのタイプはほぼありませんが他のタイプに至っては30から80％と、かなり多くのリンパ節転移があるので、この胆管細胞癌の術前診断の疑いのときはリンパ節を一緒に取るような手術になります。先程の区画、区域切除、または両切除に加えてリンパ節を取る手術になるので、肝がんよりも少し大きな手術になります。

先に予後をお話しましたが、胆管内発育型だといいのですが、ほかのがん種に至ってはだいぶ悪いです。40％から50％と書いてありますが、基本的には20から50％の間を示している場合が多いです。切除不能の場合は胆管癌と一緒の放射線治療や化学療法になりますから、胆道癌と同じような治療になります。ただ、胆道癌でも化学療法は基本的には２種類しかないので、少し予後が不良になります。

スライド６

【スライド６】

最後に転移性肝癌です。肝臓以外に発生した悪性腫瘍が完全に転移した状態で、外科的適応としては多くは大腸癌です。胃癌の場合は10％程度が手術の適応になります。胆道癌や膵癌では予後に寄与できないため、手術ではなく化学療法がこれまでは主流でした。しかし、転移性肝癌の中でも、膵臓や胆道も今は化学療法の進歩によって、大体10％から30％の間で、化学療法で小さくしたりして、コンバージョン手術といって、小さくして手術で取れるという時代に最近では変わってきています。膵臓癌では特にコンバージョンの率が30、40％に及んでいて、胆道癌でも小さくして転移癌と一緒に取ったらいいよと出している施設も出るぐらいなので、ガイドライン上はこうですが、最近では抗がん剤治療でよくなれば一緒に取って３年生存、５年生存を見込めるような時代になっています。

胃癌でも、どの程度までやるかという問題になっています。最近の論文や報告によると、転移があっても化学療法を入れて４つまで一緒に取れば、５年後を望めるような、長期が望めるような論文まで出てきています。化学療法の進歩がかなり進行しているので、この辺は少し変わってくると思います。ガイドラインなので数年ごとの見直しになります。

大腸癌の適応を挙げましたけれども、ほかのがん種も同じような適応になっています。転移性の肝癌の場合、耐術、肝機能や原発が大丈夫かどうか、遺残なく除去できるかがあります。また、転移があって、転移がなしか制御可能、他にあっても、大きさが変わらないという転移だったら切除しても問題はないと言うことです。

転移性肝がんの場合は、先ほどの肝細胞癌や胆

管細胞癌と違って、転移のところだけ取れば、なるべく肝機能を残して次の抗がん剤治療に委ねる形になります。肝臓をたくさん取ってしまうと、抗がん剤が肝代謝の影響で入らなくなってしまいます。そういう影響でなるべく転移性肝がんの場合は肝臓を残すというのが基本になります。

スライド７

【スライド７】

今、申しましたとおり、奏功の良い場合も多いために、手術した事例も多くなっています。部分切除が原則で、系統切除ではなく、なるべく肝機能を残すような治療が転移性肝癌の特徴となります。

九州がんセンターのホームページから取りましたけれども、転移性肝癌でみると大体平均、どこの発表を見ても大体３から５割の間位の５年生存になってしまいます。ただ、先ほど申したように、肝臓の転移があっても抗がん剤治療がそれぞれに関してよくなってきていますから、これはもう底上げされているものだと思っています。

以上です。ありがとうございました。

○司会　荒木 先生

鈴木先生ありがとうございました。

【講演２】

「胆道がんの内科治療・外科治療」（内科治療について）

総合病院水戸協同病院 消化器内科 部長
鹿志村　純也 先生

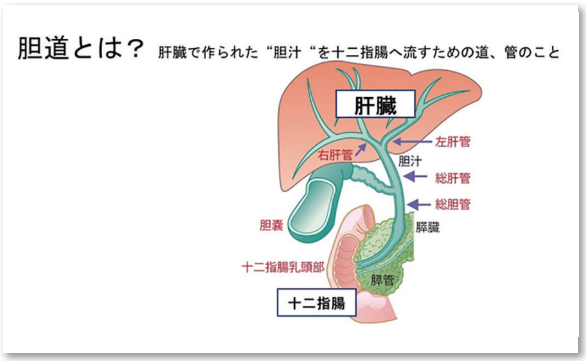
皆さんこんにちは。水戸協同病院の消化器内科の鹿志村と申します。今日は胆道がんの内科的治療ということでお話をさせていただきます。

本日のメニューですが、自己紹介、胆道といきなり言われても皆さんわからないかもしれないから胆道とは、あとは胆道を流れる胆汁とは、あとは胆道がんの症状と診断、胆道がんの内科的治療、それから最後にTake Home Messageという構成になります。

スライド１

【スライド１】

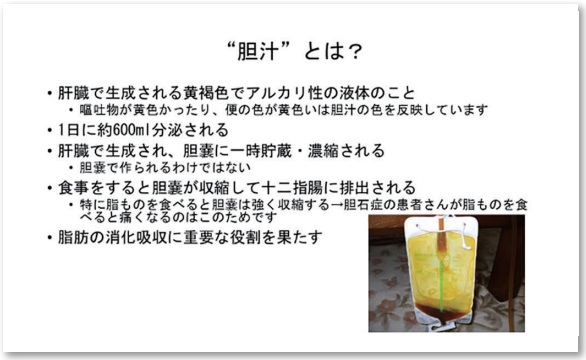
まず自己紹介です。鹿志村純也と申します。1986年に大学を卒業して、東北大学病院、山形の病院、いわきの病院という消化器内科の勤務を経て、2005年の４月から水戸の済生会病院に勤務しました。2016年の１月から、現在の勤務地である水戸協同病院に勤めています。



スライド２

【スライド２】

次は胆道とはということになります。胆道とは、と言われてもなかなかわからないと思います。胆汁というものがありますが、胆汁をつくるのは肝臓です。その肝臓でつくられた胆汁を十二指腸に向かって流していく。それの道が胆道です。肝管、総肝管、総胆管、胆道もここに付いていますね。こういう組み合わせで胆道というものができています。



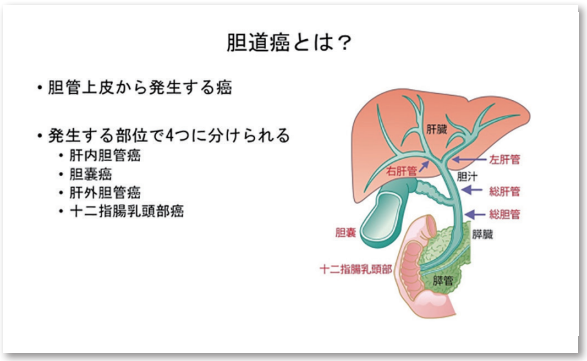
スライド３

【スライド３】

それでは胆汁とはどういうものでしょうか。胆汁とは肝臓でつくられている黄褐色のアルカリ性の液体のことです。皆さん吐くと黄色いものを吐きます。胃液と皆さん言っていますが、あれは胃液の色ではなく胆汁の色です。あとウンチの色が黄色っぽい色をしているのは、これは胆汁の色が反映されていて黄色いウンチが出てくるということです。１日に大体600cc位分泌されますが、健康状態とか体の状態によって400ccの人もいれば、1,000cc位出る人もいます。多く出ればいいというものではなく、沢山出るのはあまり良いことではない場合もあります。肝臓で生成されて胆嚢に行き貯蔵され濃縮されて蓄えられています。ですから、胆嚢で作られるわけではないので、よく胆石で、私、胆嚢を取ったけど、胆汁どうですかと

聞かれることがありますが、胆嚢というのはため込んでおく場所なので、取っても特に問題はありません。

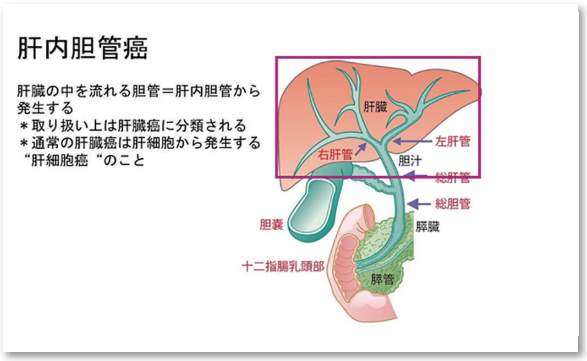
食事をすると、その胆嚢が収縮して十二指腸にこの胆汁が排泄されます。特に脂っぽいものを食べると胆嚢は強く収縮します。ですから、胆石症の患者さんで脂っぽいものを食べるとお腹がキュッと痛くなって胆石症の発作を起こすわけですが、それは脂物を食べると胆嚢が収縮するので、中の圧力が高まり、それで痛みが出るということになります。胆汁の働きは脂肪の消化吸収に重要な役割を果たしています。



スライド４

【スライド４】

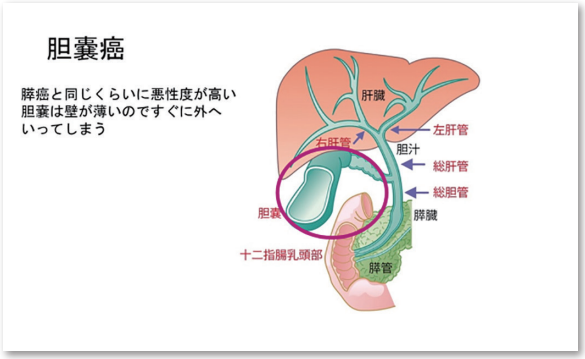
胆道がんというのはどういうことかというと、さっき鈴木先生もおっしゃっていましたが、胆管上皮といって、胆管の裏打ちをしている細胞があり、そこから発生するがんを胆道がんと言います。胆道がんは発生する場所によって約四つに分けられ、先ほどお話があった肝内胆管がん、肝臓の中に出来る胆管がんが肝内胆管がん。それから胆嚢にできるがん、それからこの肝外胆管がん、十二指腸乳頭部がん、これらに分けられます。



スライド５

【スライド５】

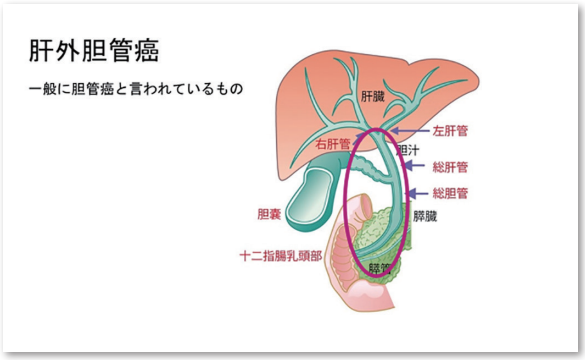
肝内胆管がんは肝臓の中を流れる胆管、肝内胆管がんから発生します。取扱上は、先ほどのお話の通り肝臓がんに分類されるということになります。通常の肝臓がんは肝細胞から発生する肝細胞がん、これは鈴木先生と鴨志田先生がお話してくれたところです。



スライド６

【スライド６】

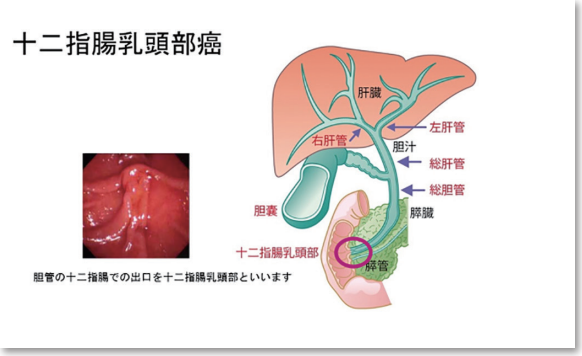
次は胆嚢がん、この袋です。胆汁をため込んでおく袋、ここにできるがんが胆嚢がん、膵がんと同じくらい悪いとされています。なぜかというと、胆嚢というのは壁が薄いので、すぐこの外側に出ていってしまうため、少したちが悪いとされています。



スライド７

【スライド７】

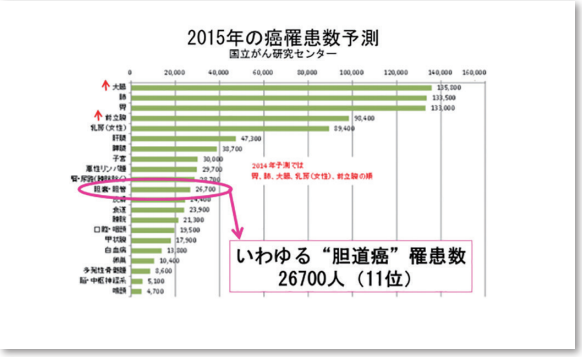
次は肝外胆管がんということで、肝臓の外の胆管です。一般的に胆管がんというとここを指すことが多いです。



スライド８

【スライド８】

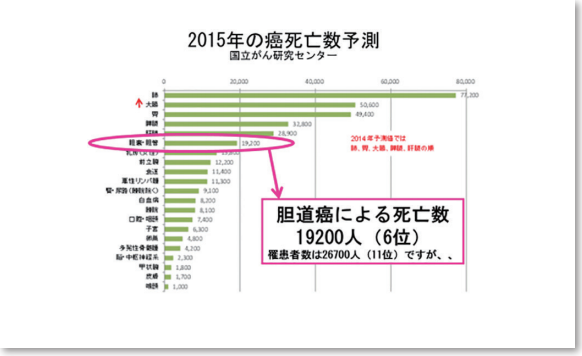
それからもう一つが十二指腸乳頭部がんと言います。胆管の出口、ここは十二指腸に出ていきますが、これは十二指腸のほうから見た内視鏡の写真です。少し乳頭部、おっぱいの先みたいな形をしているということで、胆管の出口、そこを十二指腸乳頭部と言います。そこにできたがんを十二指腸乳頭部がんと言います。



スライド９

【スライド９】

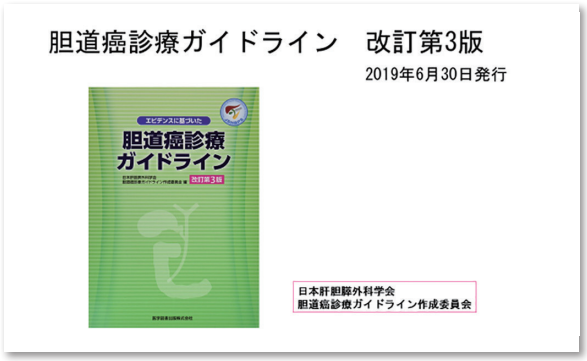
胆道がんというのはどのぐらいの頻度かということですが、がんセンターの発表ではがんをズラッと並べていきますと11番目に値するのが、この胆道がんです。１年間で２万6,700人がかかると2015年では報告されています。



スライド10

【スライド10】

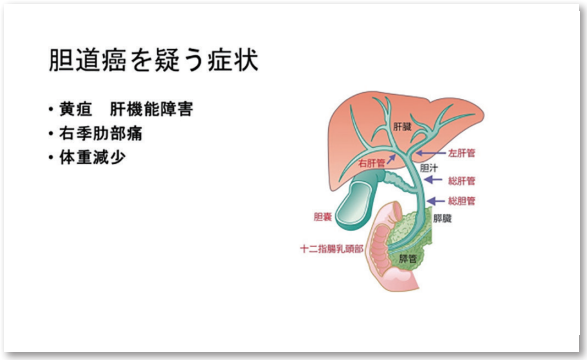
死亡者数はどうかと目を向けてみると、順番が上がります。発生数は11位でしたが６位、１万9,200人の方が死亡してしまうということで、膵臓とか肝臓というのは非常に死亡者数の多いがんが肝胆膵のがんだと言えます。



スライド11

【スライド11】

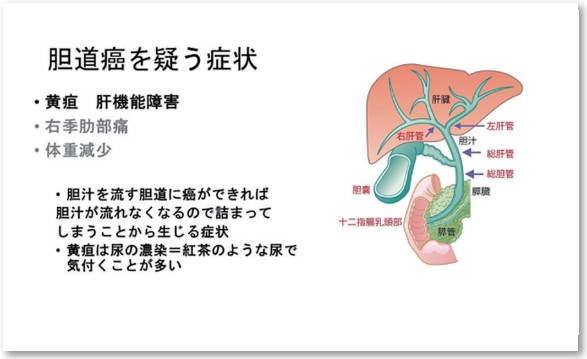
今日のお話、胆道がんのお話ですが、これは私が勝手に話しているわけではありません。日本肝胆膵外科学会というのがあり、そこでガイドライン作成委員会というのがあります。今回の示し元になっているのはこの改訂版の第３版、本年の６月30日に発行されたまだ新しい胆道がん診療ガイドラインに基づいたお話になっていきます。



スライド12

【スライド12】

まずは胆道がんを疑う症状ということで、これが主な四つのものになります。黄疸・肝機能障害、右季肋部痛。季肋部と言われても皆さんよくわからないと思うので後で説明します。がんですから体重減少、これが胆道がんを疑う症状ということになります。



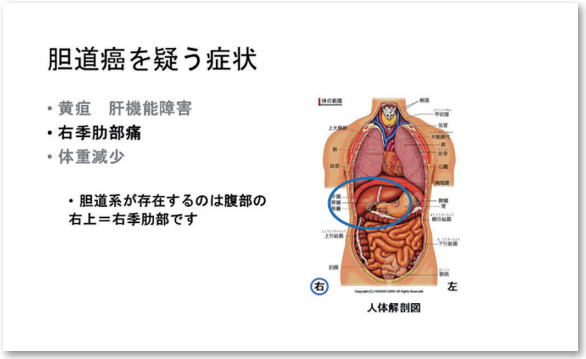
スライド13

【スライド13】

では、なぜ黄疸・肝機能障害が起こるのでしょうか。それは胆汁を流す胆道、ここにがんが出来れば胆汁が流れなくなり詰まってしまいます。詰まることによって圧力が肝臓に掛かり、黄色い汁が流れなくなり、体中回ることで出てくるのが黄疸と肝機能障害です。

よく黄疸というと黄色くなるということで、皆さんご存じと思いますが、本人は気付かないことが多いです。人間の目というのは非常に慣れてしまうので、毎日顔を合わせている人、もしくは自分の顔を毎日見ていても黄色くなってくることに気付きません。急に黄色くなるわけではく少しずつ少しずつ黄色くなるため、病院に来ていきなり真っ黄色い方であっても自分が黄色いということに気が付かない方も多々います。それから、連れてきたご家族に、ご主人黄色いですよねと言っても、そうですかとかおっしゃることもあって、人間の目って慣れてしまう、それが恐ろしいところです。

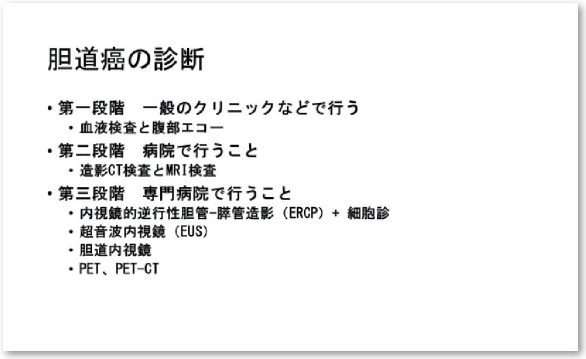
意外に気が付くところはおしっこの色です。尿の濃染ということで、黄疸のビリルビンというものがおしっこになって出てくるわけですけれども、それで紅茶のような色のおしっこが出て、これはおかしいと気付くことが多いです。多くの方たちはこれを血尿だと思い、意外に多いのは泌尿器科ので見て貰ってから消化器内科に回ってくる場合もあります。



スライド14

【スライド14】

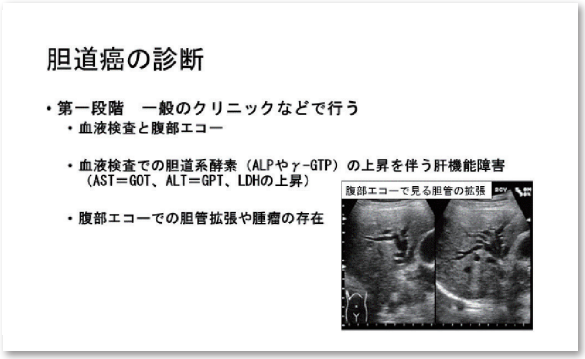
右季肋部痛ですが、この人体解剖図では肝臓、胆道がこのお腹のところの横隔膜の下の右側にあります。この部分を季肋部と言い、右季肋部痛はここにがんができて痛みが出るということになります。ということで、このような黄疸、肝機能障害に季肋部痛、体重の減少が胆道がんを疑う症状といいます。



スライド15

【スライド15】

それでは、診断を付けるのにはどうしていくでしょうかということで、まず第１段階、一般のクリニックなどで行います。近くの病院等で行う検査がこの第１段階、血液検査と腹部エコーです。次に、ある程度の病院で行う検査が造影CT検査とMRIです。その次に専門病院で行うのが内視鏡を用いた検査、細胞診、超音波内視鏡、胆道内視鏡、PET、PET-CTなどがあり、今回はこちらについて説明をします。



スライド16

【スライド16】

まず、一般のクリニックなどで行う検査で血液検査ということで、よく肝機能という言葉で表すALT、GPT、LDHの上昇や、それから胆道系の酵素を表すアルカリフォスファターゼやγ-GTPが上昇します。また、エコーを行うと肝臓の中の胆管が胆汁の詰まりによって広がっているのがわかります。

スライド17

【スライド17】

第2段階はCT、MRIを用います。CTとは放射線を使った検査、MRIとは電磁気の共鳴現象を使った検査で、がんの病変の存在診断や造影の態度による病変の正常診断をしようというのがこの検査になります。

スライド18

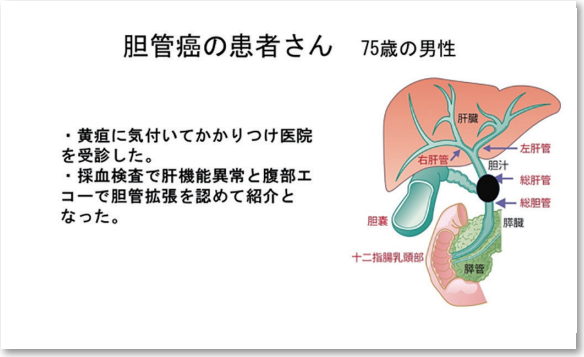
【スライド18】

胆道がんだということになると、専門病院での内視鏡を使った胆管の造影検査、あるいは胃や十二指腸から透かして胆道を見る超音波内視鏡検査を行います。

スライド19

【スライド19】

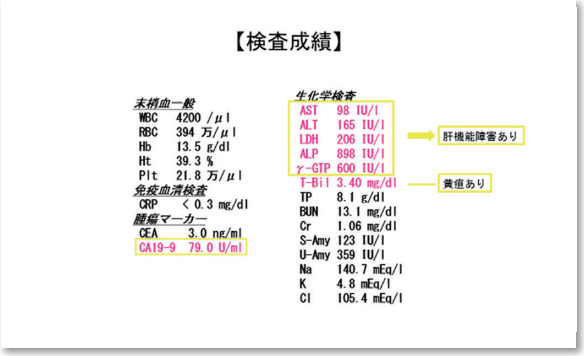
あるいは、これは胆道鏡といって親子ファイバーと言い、ファイバースコープと胃カメラのところに小さなベビーファイバーを入れ、胆管の中をのぞくといった検査を行うこともあります。



スライド20

【スライド20】

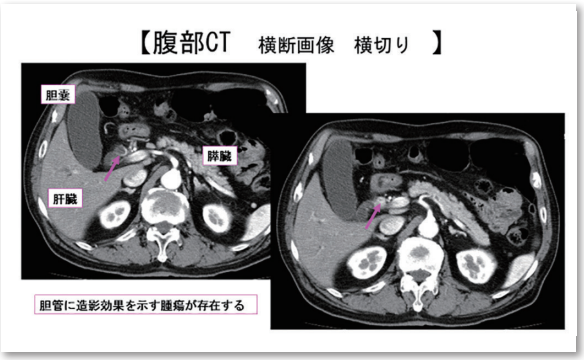
それでは、実際にある患者さんの例で説明していきたいと思います。私のところに75歳の男性の方がきました。結論から言えばここの部分にがんがありますが、黄疸に気付きかかりつけの医院を受診して採血検査を行ったところ肝機能異常と腹部エコーで胆管の拡張を認め、当院に紹介となった患者さんです。



スライド21

【スライド21】

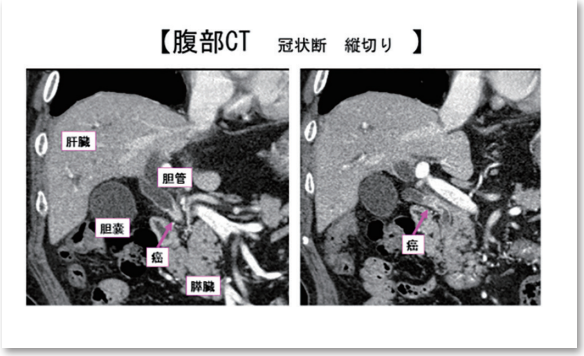
その患者さんの検査データを見ると、肝機能と言われるASD、ALT、FDH、アルカリフォスファターゼ、γ-GTPという酵素が上がっています。黄疸の指数、T-Bilが一般には1が正常のところ3.4、ちょっと黄色いです。もう一つ重要なのが腫瘍マーカーというものでCA19-9というもの、普通は37以下が正常ですが79ということで上昇しているというような検査結果でした。



スライド22

【スライド22】

これがCTですが、これはCTの横断画像、横切りの写真です。一般的には横切りの写真を見せられることが多いと思います。説明すると、ここが肝臓、腫れた胆嚢があります。そしてここが胆管でして、矢印に示すとおり、ちょっと白いこういうUの字になった部分があります。これががんです。さらに下のほうに行くと、このがんの部分がよく染まってきて白く見えています。胆管に造影効果を示す腫瘍が存在していることがここからわかります。



スライド23

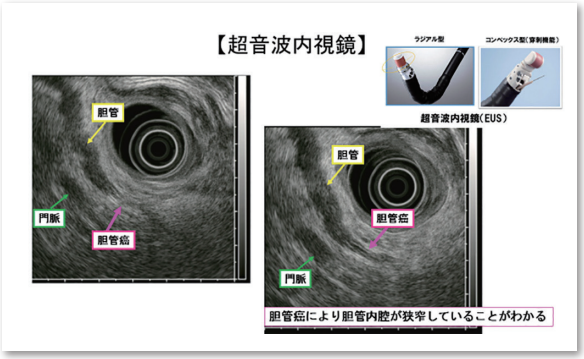
【スライド23】

CTというのは、実はいろいろコンピューターで操作をすると縦切りにできます。縦切り画像のほうが、冠状断と言い、わかりやすいと思います。肝臓、胆嚢、膵臓があって、ここが胆管、流れていく胆管があって、ここの白く見えているところが、ここががんです。縦切りにしたほうが皆さんもよく分かるかと思います。

スライド24

【スライド24】

次に、MRI検査を行いますが、これもさらにわかりやすいと思います。胆管と胆嚢が腫れているのがわかり、この狭窄しているところ、胆管が細くなっているところががんということになります。



スライド25

【スライド25】

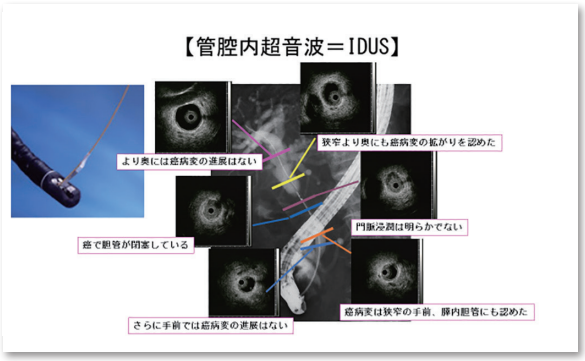
そして、この方は、次は超音波内視鏡検査を行いました。これは十二指腸のところから見ているわけですが、胆管が細くなっていくのがCTやMRIと同じようにわかります。さらに、このところにがんが白く盛り上がっており、その中に細く残った胆肝の中を胆汁がチョロチョロと流れている状況です。

さらにこの検査の大事なところは、大事な血管、腸で吸収を栄養に運んでいく門脈という血管がありますが、これとの兼ね合いを見ます。これが、手術ができるかどうか、どんな手術をすべきかということが分かりますが、胆管がんは門脈に浸潤していないということがこの検査からわかるという検査です。

スライド26

【スライド26】

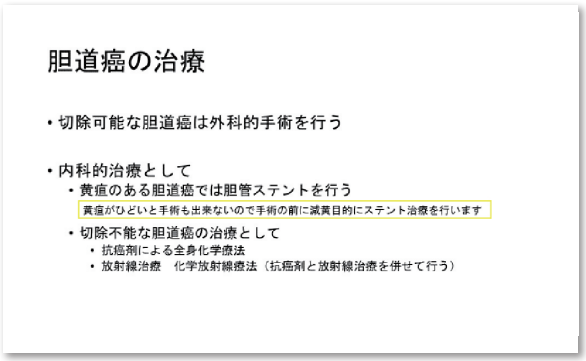
そして、次はERCPといって、これは私が専門にしていることですが、胃カメラを十二指腸から胆管の中に管を入れ、造影して細いところを確認します。確認するとともに、この部分をこすり細胞を採ってきてがん細胞があるということをここで確認します。



スライド27

【スライド27】

これはさらに管腔内超音波といってIDUSというものですが、胆管の中にこのような超音波のプローブを入れ観察していきます。がんの部分がはっきりわかり、また、がんがどこまで広がっているのかというのもこの検査でわかります。一見すると、ここら辺はがんがなさそうに見えますが、実際に見てみるとがんの成分がうっすらと上のほうまではびこっているのがわかります。さらに、下のほうも、この狭くなっているところだけではなくもう少し下までがんが来ているということが、この検査からわかります。



スライド28

【スライド28】

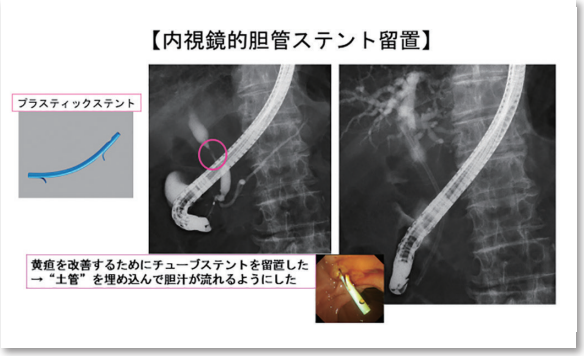
次は胆道がんの治療ということですが、切除可能な胆道がんは外科的に手術を行うというのが原則です。内科的治療としてはどんなことをやるかというと、黄疸のある患者さんというのは、黄疸があるとそれで手術ができないということもありますので、ステントという土管を埋め込むことによって黄疸を軽くする治療が内科のお仕事です。さらに切れない、切除できない胆道がんに関しては抗がん剤をやったり放射線を行ったりということで治療していくというのが胆道がんの内科的治療ですので、そちらのお話をしていきます。

スライド29

【スライド29】

これがステントというものです。ステントとい

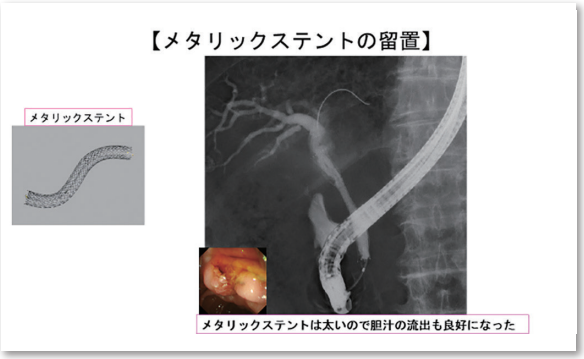
うのは胆汁を流す土管と考えてください。狭くなっているところにこの土管を埋め込んで胆汁が流れるようにするとのがステント治療です。ステントには二つの種類があり、プラスチックでできているステント、これはフラップ付き、これはピックテイル、豚のしっぽのように丸まっているものです。それからメタリックステントというのは金属でできた土管です。両方ともちょっと特徴がありますが、プラスチックステントは大体太さが2.7ミリから2.8ミリで非常に安いく、１万円程度です。メタリックステントは太さが８㎜や10㎜0と取れますが、値段が23万円と非常に高いというのが特徴です。ですから、いろいろ使い分けをします。



スライド30

【スライド30】

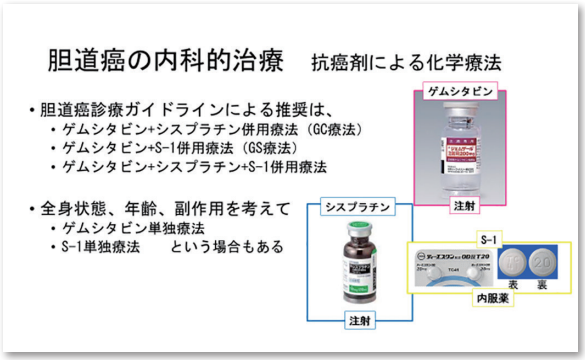
先ほどの患者さんですが、初めにはプラスチックステントを留置します。ここに管が入っていますが、土管を埋め込んで胆汁が流れるようにしました。ただ、この患者さんの場合には少し細くて十分な減黄効果、黄疸を引く効果がなかったのでメタリックステントに入れ替えました。



スライド31

【スライド31】

少し見にくいかもしれませんが、メッシュ状の金属ステントを入れて胆汁が流れるようにしてあげたというのがメタリックステントによる治療ということになります。



スライド32

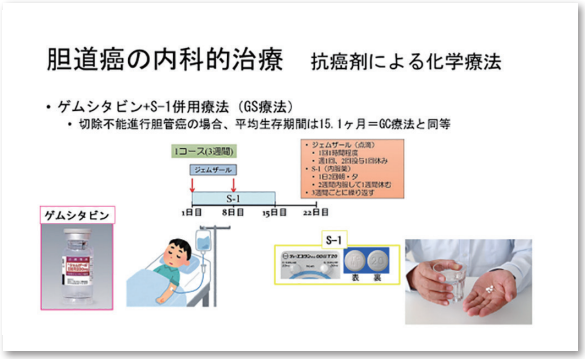
【スライド32】

次は、内科的治療の中の抗がん剤治療です。胆道がん診療ガイドラインによる推奨としてはゲムシタビン、ジェムザールを用います。また、シスプラチンを併用するGC療法、あるいはゲムシタビンとエスワンを併せて使うGS療法、あるいはこの３つを併せて使うというのが推奨されています。ただ、全身状態や年齢、副作用を考えゲムシタビン単独、あるいはエスワン単独という場合もあるため、それぞれの体調に合わせて選びます。

スライド33

【スライド33】

まず第１はGS療法ですが、ゲムシタビンとシスプラチン、という点滴の投与を１日行い、１週間休み８日目に再び投与するというサイクルを繰り返し行うのがGC療法です。切除不能進行胆管がんの場合には平均生存期間を13.4カ月まで延ばすことができるというのがこの治療です。



スライド34

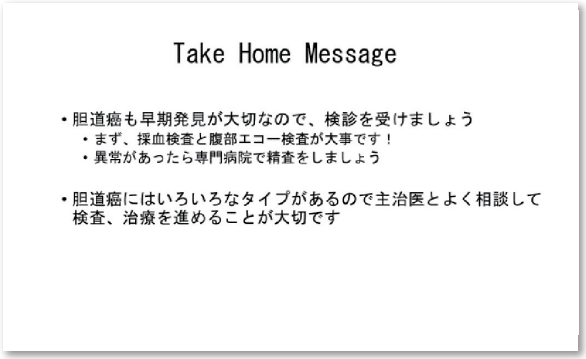
スライド35

【スライド34】

それに対しまして、次はGS療法といってゲムシタビンとエスワンという飲み薬を併せてやろうというのがGS療法というものです。これは毎日お薬を内服、朝と晩に内服しながらジェムザールという点滴を１日目と８日目に点滴するというもので、平均生存期間は15.1カ月とGC療法と同等の治療効果があるということがわかっています。

【スライド35】

もう一つは放射線治療と放射線化学療法になります。肝臓がんの場合にはガイドラインによれば明確な推奨は出来ませんが、今後の臨床研究に期待するという位置付けで放射線単独、あるいは放射線と共に抗がん剤、ゲムシタビンもしくはエスワンを内服しながら放射線をかけるという化学放射線治療を行うのが現在、治療として存在しています。



スライド36

【スライド36】

Take Home Messageですけれども、胆道がんも早期発見が大切なので検診を受けてください。まず採血検査とエコー検査が大事です。異常があったら専門病院で精査をしましょう。それから胆道がんには、今も話した通り、いろいろなタイプがあるので、主治医とよく相談をして検査・治療を進めていくことが大事です。

以上です。ありがとうございました。

○司会　荒木 先生

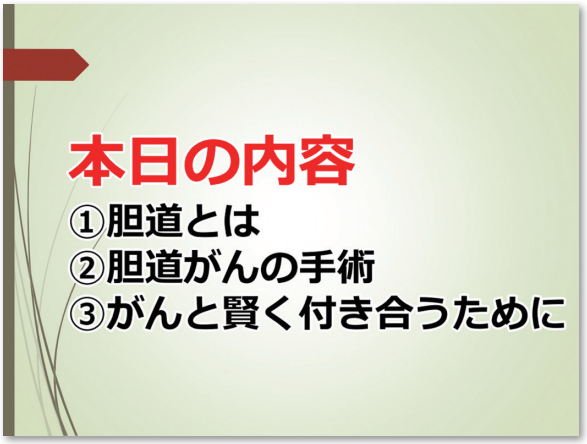
鹿志村先生ありがとうございました。

【講演２】

「胆道がんの内科治療・外科治療」（外科治療について）

茨城県立中央病院　消化器外科　医長
奥野　貴之 先生

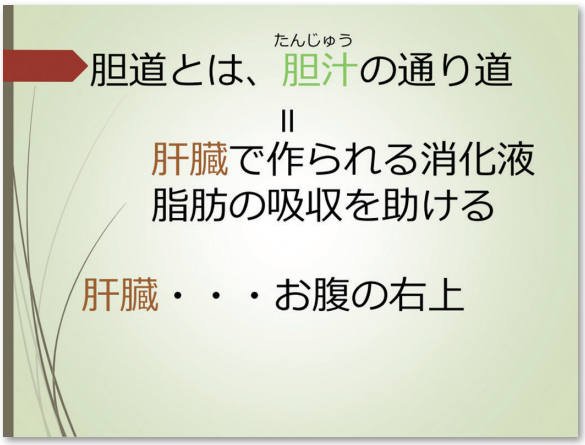
宜しくお願いします。茨城県立中央病院消化器外科の奥野貴之と申します。私のほうについては胆道がんの手術を中心にお話させていただきます。



スライド１

【スライド１】

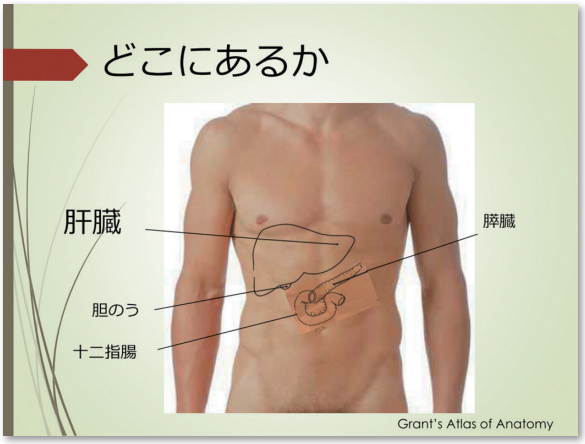
まず本日は胆道、先ほどから何回も出ていますが、胆道という、解剖についてスタートして、胆道にできるがん、胆道がんについて、そして胆道がんの手術についてお話します。最後に、がんということを診断された場合にどのような行動を取るのがいいかということもお話しします。



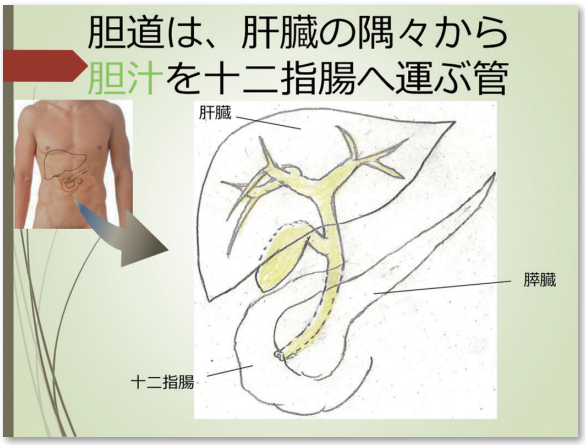
スライド２

【スライド２】

まず、胆道というのは胆汁の通り道です。



スライド３



スライド４

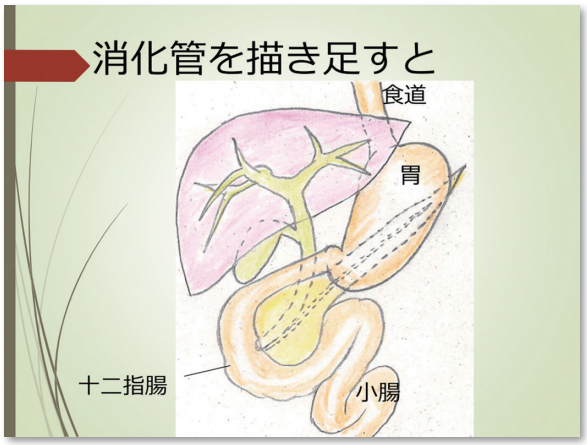
【スライド３】【スライド４】

私たちは物を食べると食道から胃を通って、肝臓で作られる胆汁という消化液とともに十二指腸を通って腸の中に食べ物が流れてお通じとして出てくる、その道を胆道と呼んでいます。

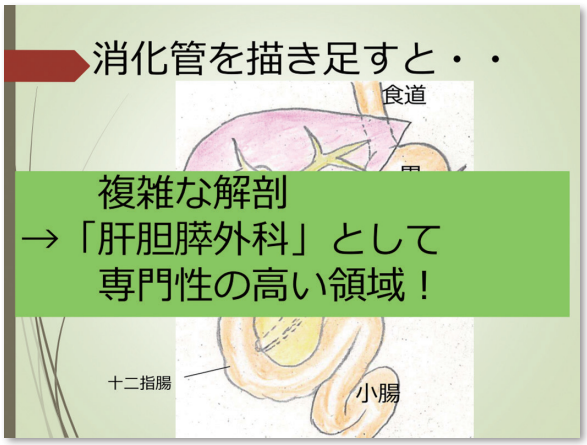
スライド５

【スライド５】

そしてこのところに出来るがんを胆道がんと呼んでいます。



スライド６



スライド７

【スライド６】【スライド７】

このように一本道ですが、実際には胆道を通るときには胆道の下のほうでは膵臓を貫通して十二指腸まで出てきます。また、この道も食道や胃があり、十二指腸が胆道の前を通って腸のほうに流れてくるといった解剖的には非常に複雑な領域になっています。肝胆膵外科として専門性が高く、手術の際に難しい領域です。

スライド８

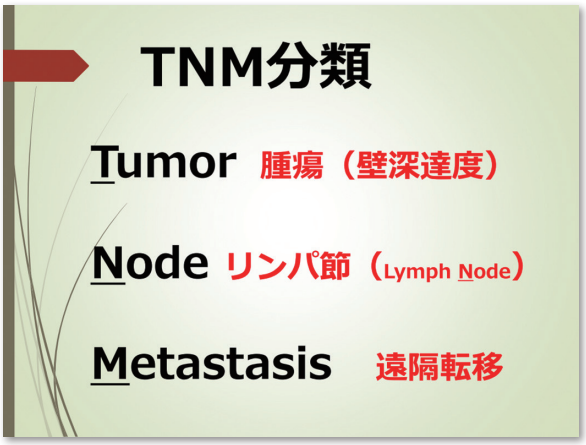
【スライド８】

胆道がんについてですが、胆道がんと診断された場合に私たちはステージ、病期の進み具合を考えてその治療を考えていきます。

スライド９

【スライド９】

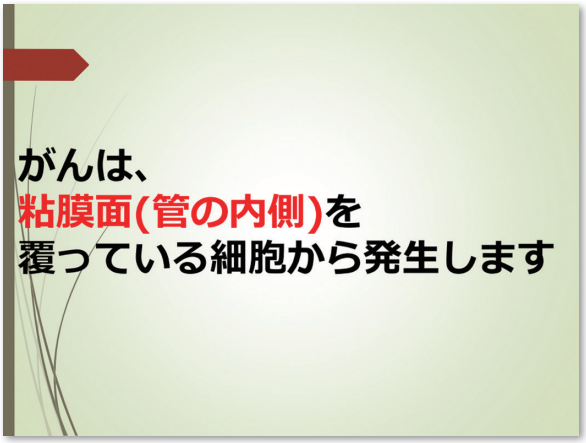
その際、T、N、Mという３段階を用いて進み具合を診断します。



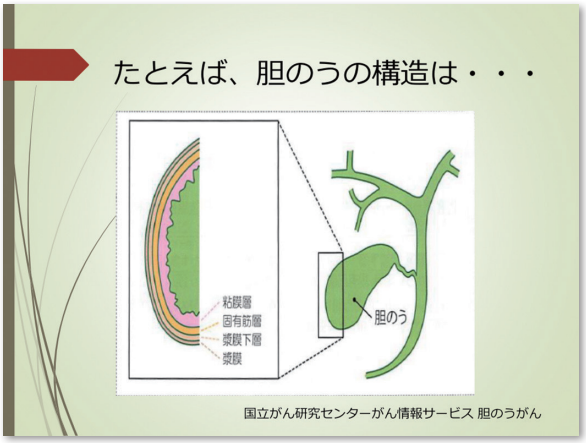
スライド10

【スライド10】

Tは腫瘍のそのものの大きさ、Nはリンパ節への転移の度合い、そしてMが遠隔転移、肝臓や肺への転移の段階を示すものです。この３段階を用いて病期の度合いを考えます。



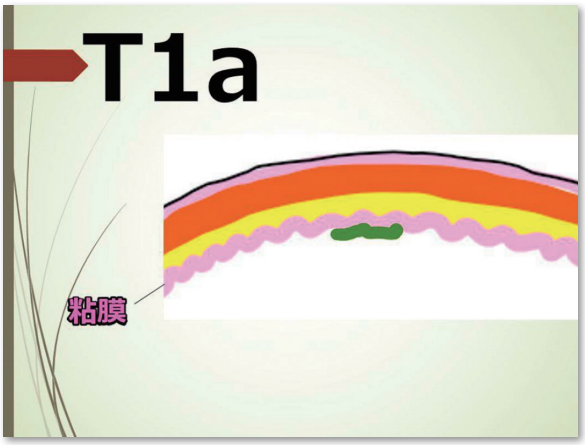
スライド11



スライド12

【スライド11】【スライド12】

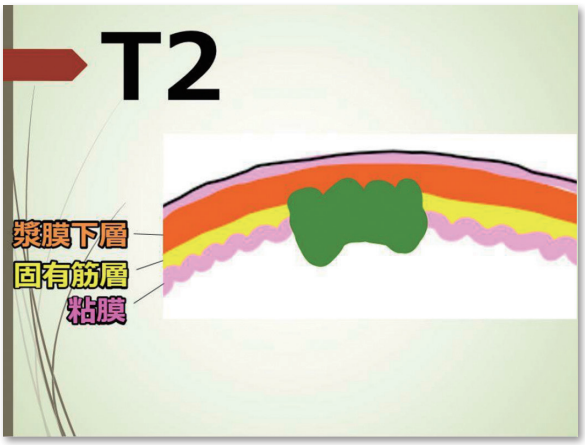
まずTについて、胆道というのは単なる壁ではなく内側に粘膜があって何層にもなる壁の構造です。



スライド13

【スライド13】

がんの細胞というのは一番内側の粘膜のところから発生して増殖します。



スライド14

スライド15

【スライド14】【スライド15】

がんというのは増殖速度が高いものなので、だんだん壁の中に食い込んでいきます。するとTの段階が１、２と上がってきます。

スライド16

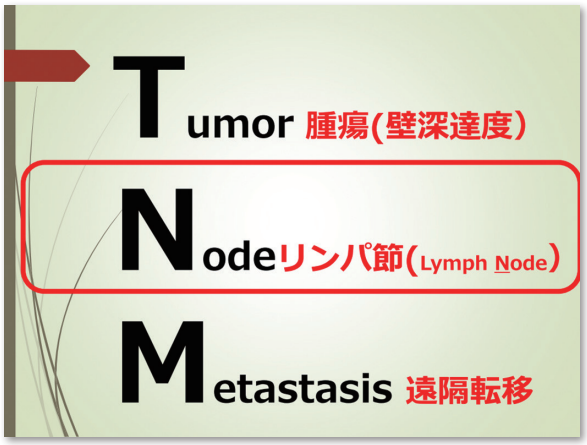
【スライド16】

そして、がんも大きくなると胆道の壁を破って周りの臓器、例えば肝臓などに食い込む性質を持っています。

スライド17

【スライド17】

周りの臓器に食い込むとさらにTの度合いは上がり、特に周りに肝臓の中の重要な血管などに入ればT4bとなります。Tの段階としては高いと私たちは考え治療に当たっています。



スライド18

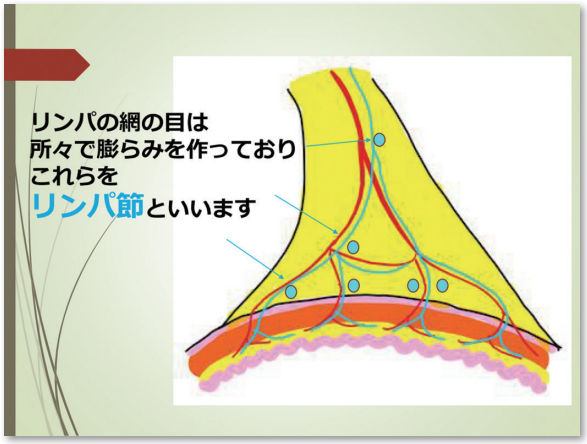
【スライド18】

続いてN、リンパ節ですが、人の体はンパの流れというのが全身にあります。

スライド19

【スライド19】

この流れは例えばがん細胞、流れているがん細胞を攻撃して殺してくれるという働きもあります。

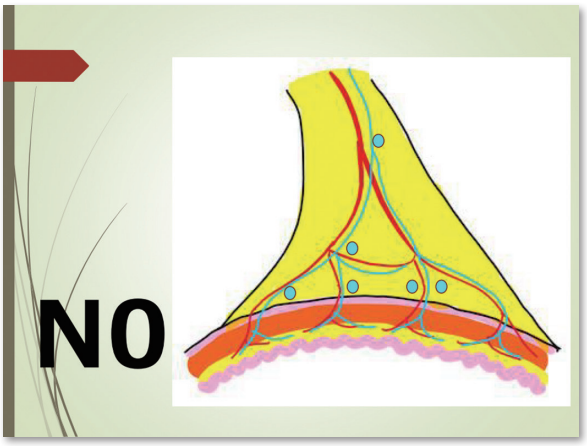


スライド20

【スライド20】

また、この胆道についてもこの周りにリンパが

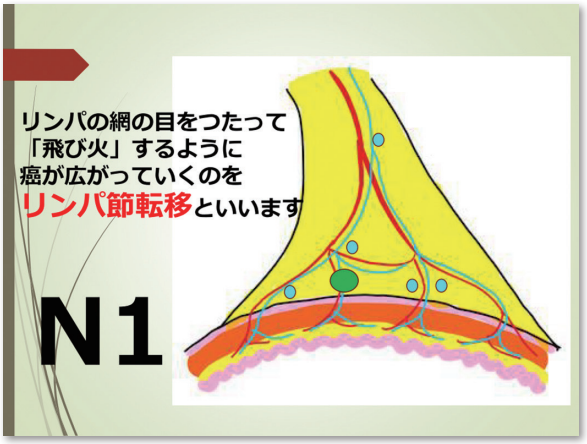
流れ、リンパ流というのがあります。



スライド21

【スライド21】

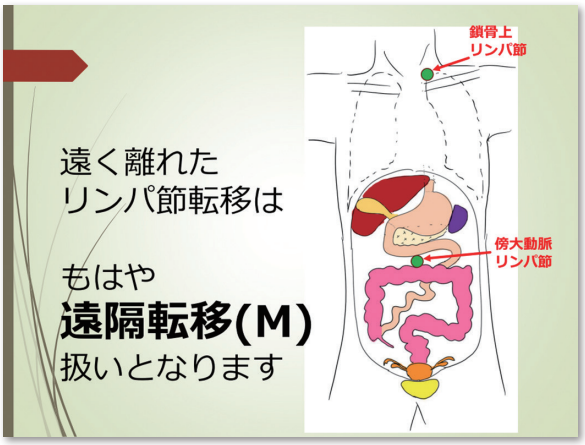
粘膜のところから肝臓がんが発生すると、がんの早い段階のうちは細胞の流れも少なく、リンパ節のところに転移しません。そういう場合はN0（ゼロ）と見ます。



スライド22

【スライド22】

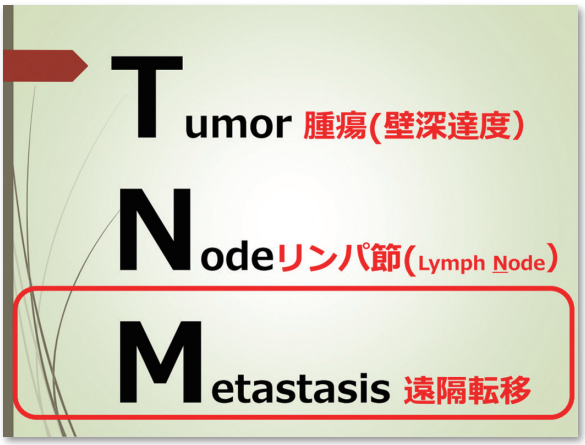
がんが成長すると流れる細胞の数が多くなり、リンパ節に転移をすることもあります。その状態のことをリンパ節転移と考えています。



スライド23

【スライド23】

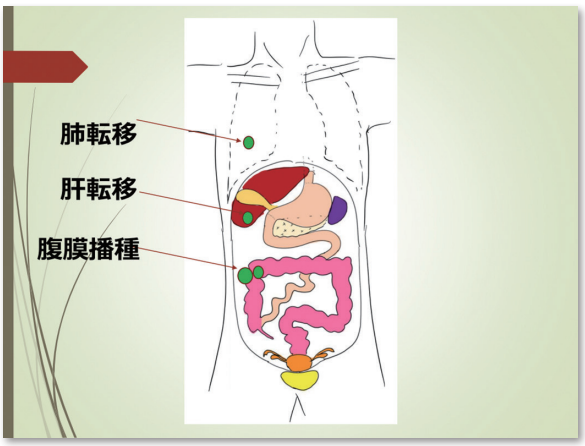
リンパ節転移が進むと体の遠くのリンパ節へ転移する、遠隔転移、Mという診断になります。



スライド24

【スライド24】

このM、遠隔転移ですが、肝臓や肺にがんの細胞が飛び、それが塊をつくるという状況になってきますと、例えば胆道の部分の手術をしてがんを取り除こうとしても取り残しが出来てしまいます。



スライド25

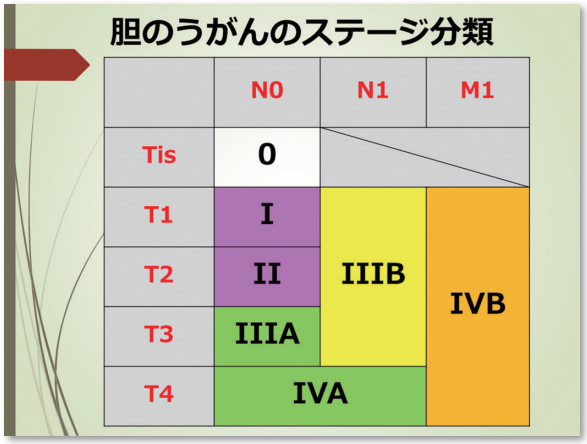
【スライド25】

このような場合にはこの転移した場所が取り残しになってしまい、手術よりも抗がん剤治療などの全身の治療のほうが、より治療としては望ましいと考えられます。

スライド26

【スライド26】

このようにＴとＮとＭ、三つの要素を使い私たちはがんの状態を把握しています。



スライド27

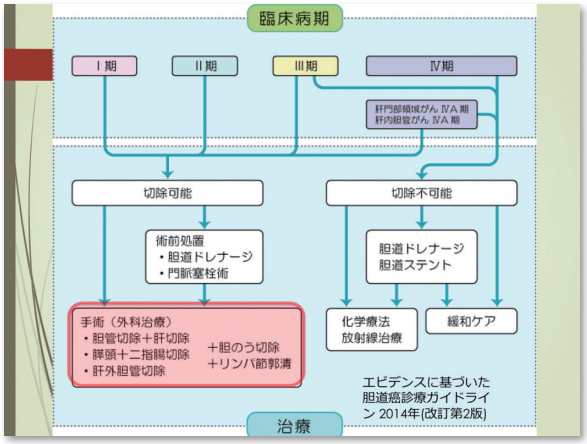
【スライド27】

こちらがＴでＮ、Ｍで、このようにステージを付けているという状態です。基本的にはこのN1までの辺りの範囲では、手術を中心としてがんの細胞を取る、がんの塊を取り切るということが治療の中心になります。一方で遠隔転移がある場合は、手術よりも抗がん剤などの治療が望ましいと考えて治療をしています。

スライド28

【スライド28】

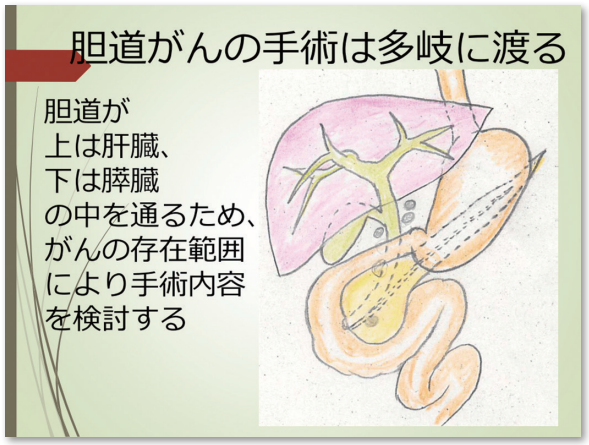
次に、胆道がんの手術についてお話しします。ガイドラインを基本的に目安に診療・手術に当たっているのが医師の現状です。



スライド29

【スライド29】

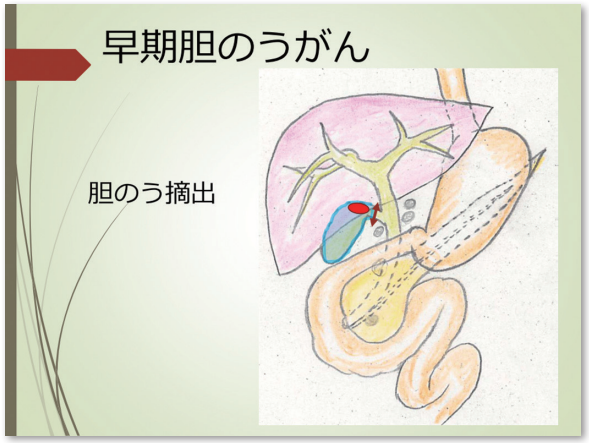
先ほどお話したⅠⅡⅢステージの場合は、患者さんの全身状態やがんの状態が人によって違うので別ですが、基本的には手術で塊を取り切る方法をとっています。Ⅳであっても手術で取り切る場合や、一方で仮に遠隔転移などがある場合では手術よりも化学療法など他の治療法が効果は高い、望ましいという場合もあります。



スライド30

【スライド30】

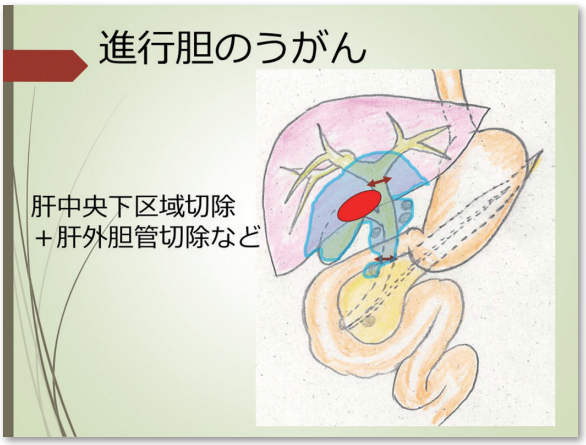
　また、胆道がんの治療ですが、胆道は長い一本道、肝臓から膵臓まで及ぶような一本道ですので、どこにがんができるかによって手術内容がだいぶ変わってくるというところが特徴です。



スライド31

【スライド31】

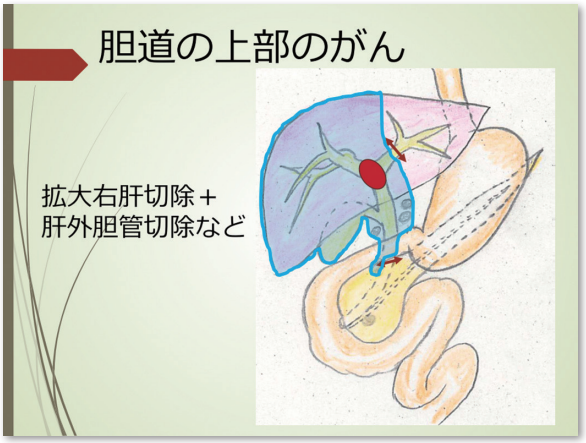
　例えば胆嚢に小さいがんができた場合というのは、そこを取るだけで十分効果が出ることもあります。



スライド32

【スライド32】

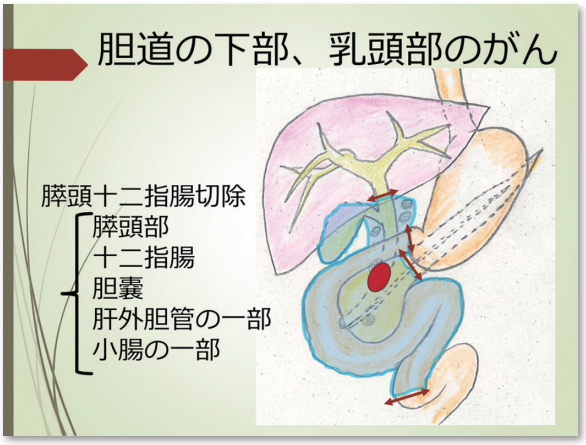
　大きくて後ろの肝臓に食い込んでいる場合やリンパ節に転移があるといったような場合には、胆のうと一緒に肝臓の一部を取る場合やリンパ節を郭清する手術が必要になる場合もあります



スライド33

【スライド33】

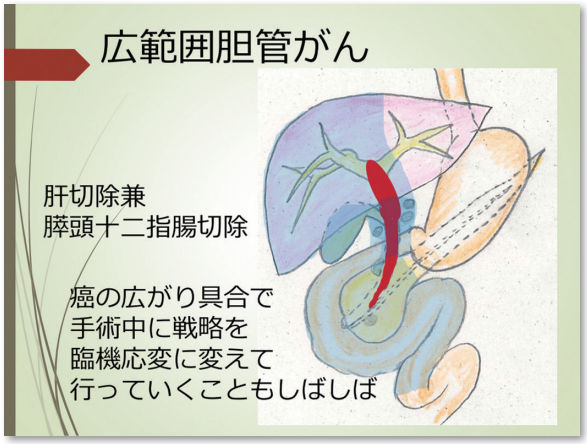
　また、肝臓側に胆道がんができれば、肝臓を一部取る手術が必要になります。



スライド34

【スライド34】

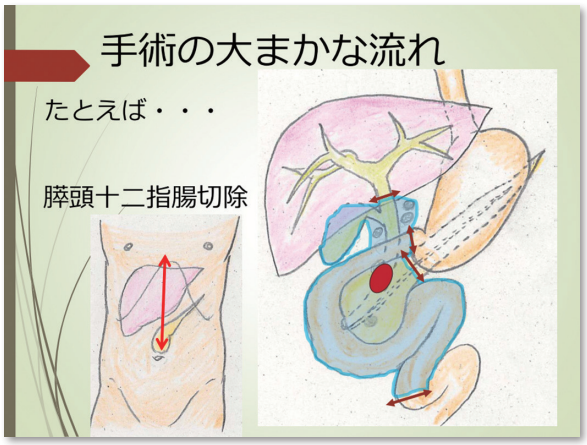
膵臓の側にできた場合は膵臓の半分と十二指腸をワンセットで取る、いわゆる膵頭十二指腸切除術という手術が必要になる場合があります。



スライド35

【スライド35】

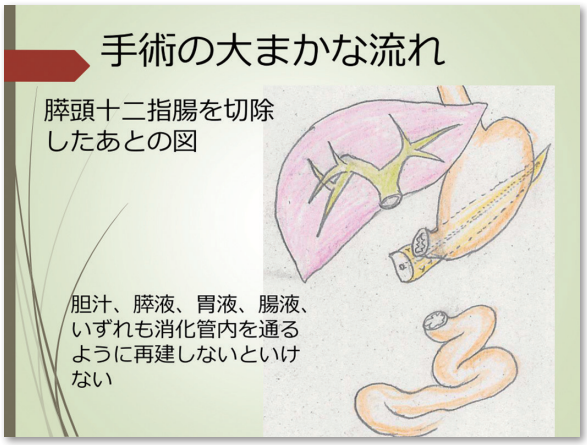
さらに、胆道の広い範囲、上から下まで広い範囲で病気が進んでいるという場合には、これを組み合わせて肝臓、さらに膵臓の半分、十二指腸を大きく取らなくてはいけません。患者さんにとってはかなり負担になる手術が必要になるということもあり、患者さんの全身の状態や手術の前の診断、場合によっては手術中に端っこのところを顕微鏡で見てどのような手術を行うのが最も良いか考えながら治療して手術を行っていくのが現状です。



スライド36

【スライド36】

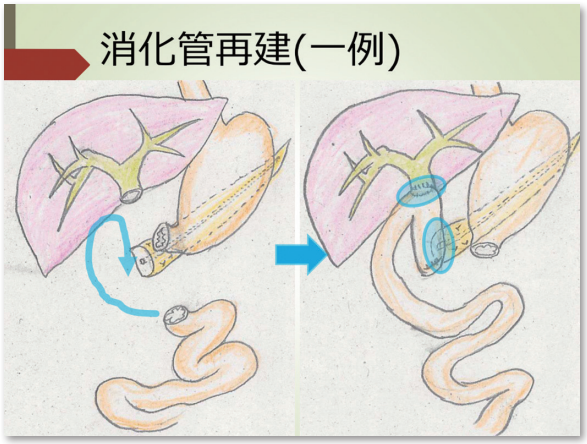
具体的な例を挙げれば、先ほどの膵頭十二指腸切除の場合ではおへその上に20㎝位の傷を開き、先ほどの胆管十二指腸膵頭の手術をします。



スライド37

【スライド37】

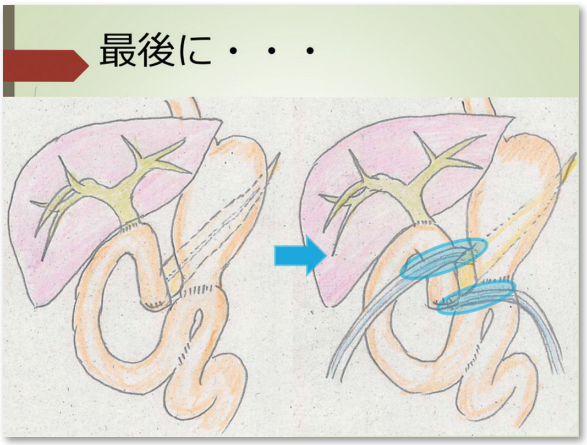
そうすると胃、膵臓、胆管が切れっ放しのままなので、この下のところの腸を膵臓、胆管のところに繋ぎます。



スライド38

【スライド38】

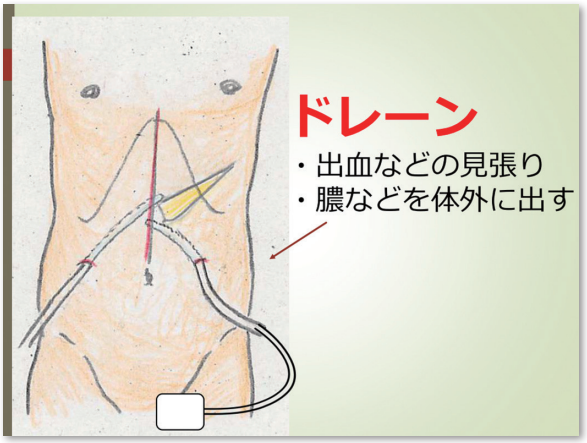
そうすると食べ物が出てくる胃のあたりが漏れてしまうので、胃も腸で再建して食べ物がここを流れていきます。膵臓から膵臓の液をこう流れて、胆汁消化の液が流れていき、食事ができるよう手術を行っています。



スライド39

【スライド39】

膵臓と腸のつなぎ目が場所によっては付き辛いということもありますので、ドレーンという管を縫い目のところに２本入れ、体の外に２本の管を付けて手術をするのが一般的です。



スライド40

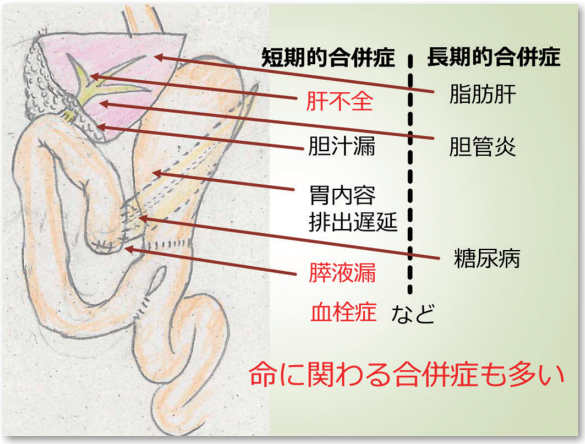
【スライド40】

例えばこのつなぎ目のところから膵臓の液が漏れてしまった場合でも、手術の後、早期に漏れていることを発見することが出来ます。そしてお腹の中に溜まったものを吸い出すことができるということで、一般的にはドレーンを埋めて手術をします。

スライド41

【スライド41】

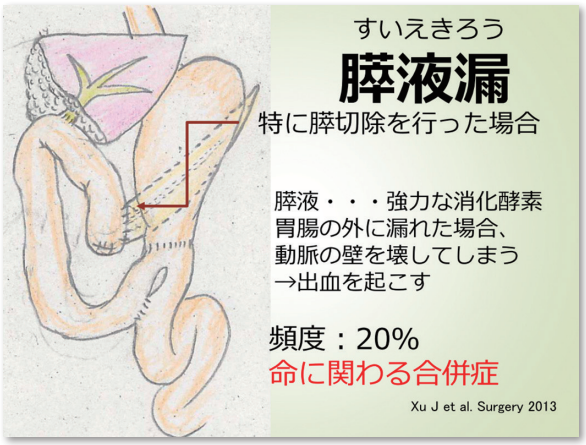
最後に合併症です。



スライド42

【スライド42】

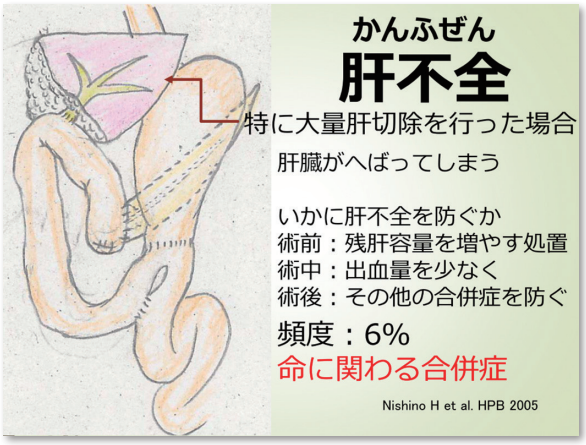
私どもはこの合併症を減らすように頑張って手術をしていますが、やはり合併症が手術には存在します。特にこの肝胆膵領域は、かなり解剖学的にも複雑な領域となっているので、合併症も大きなもの、命にかかわるようなものも多いということが特徴としていえるかと思います。



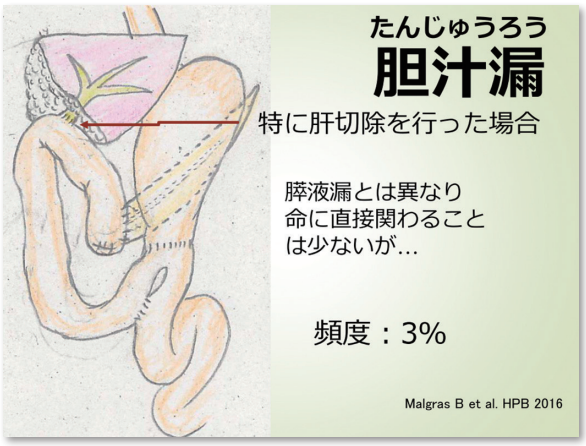
スライド43

【スライド43】

代表的なのは縫い合わせた膵臓と腸がすぐ綺麗に繋がってくれず、膵液が漏れ血管の壁などに掛かると血管の壁が溶けて出血をするような場合があります。そうするとやはり命にかかわる合併症になってくる可能性もあります。



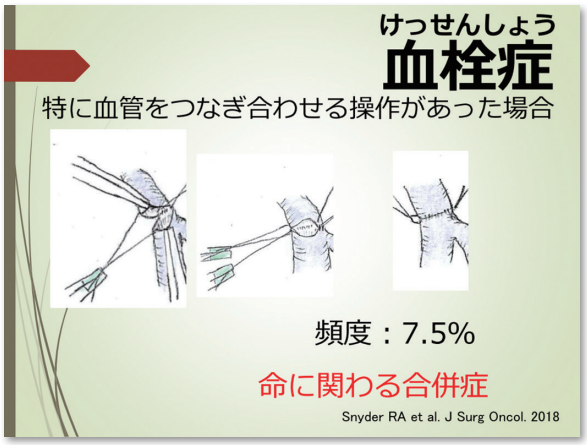
スライド44



スライド45

【スライド44】【スライド45】

他にも肝臓を切った場合は、残りの肝臓が疲れたことで起きる肝不全や、胆汁が漏れてしまう胆汁漏が起きてしまう可能性もあります。



スライド46

スライド47

【スライド46】【スライド47】

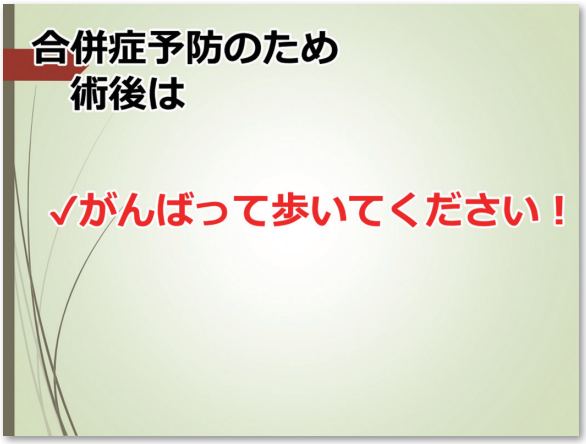
また、血管の中に血が溜まってしま出来た血栓が心臓に飛んでしまえば心筋梗塞、肺に飛んでしまえば肺塞栓ということで、こちらも重要な重い合併症になってくる可能性があるので気を付けて手術を行っています。

スライド48

【スライド48】
　その他にも、高齢化と喫煙者の方などは肺炎などに気をつける必要があります。

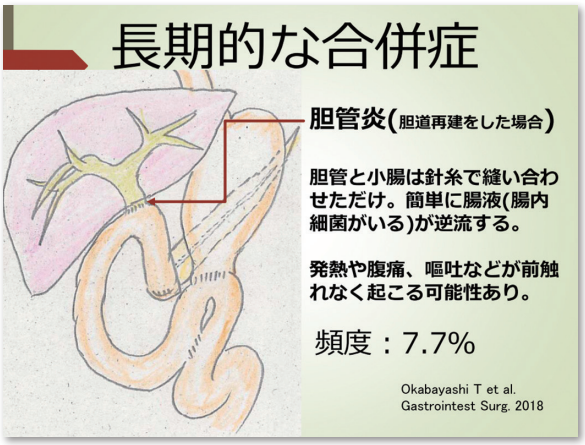
スライド49

【スライド49】
　勿論このような合併症を減らすように私たち医療者は、また看護師さんなども一緒に歩いてくれたりして頑張っていますが、患者さんの側にもぜひ頑張っていただきたいと思っています。

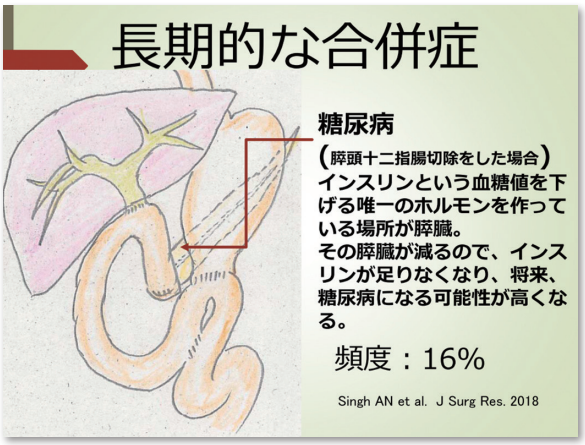


スライド50

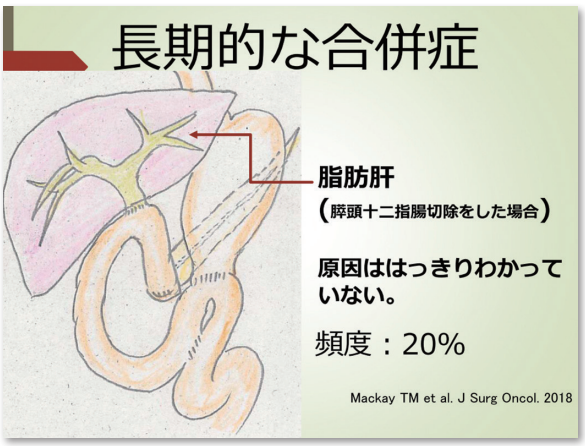
【スライド50】
　特に喫煙者の方は手術の前には禁煙を行うことや、虫歯の方は歯の治療をするなどを行うこと、加えて患者さんの皆さんはよく歩いてください。
　特に手術の後は、傷が痛くて歩けないことが多いですが、歩くことで先ほどの血栓や肺炎が起きにくくなるということが分かっています。また、ほかの合併症も出てくると言われていますので、手術の話をする際には皆さんによく歩いてくださいと言っています。



スライド51

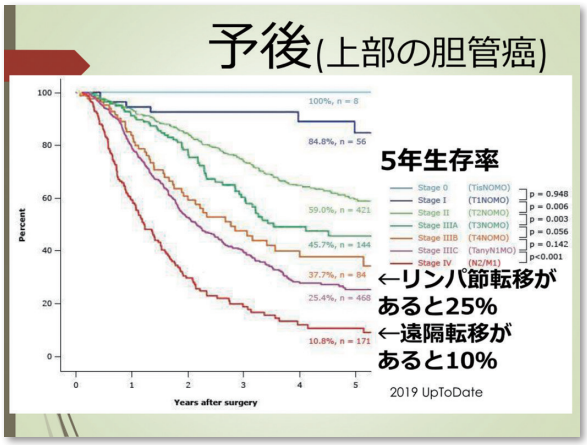


スライド52

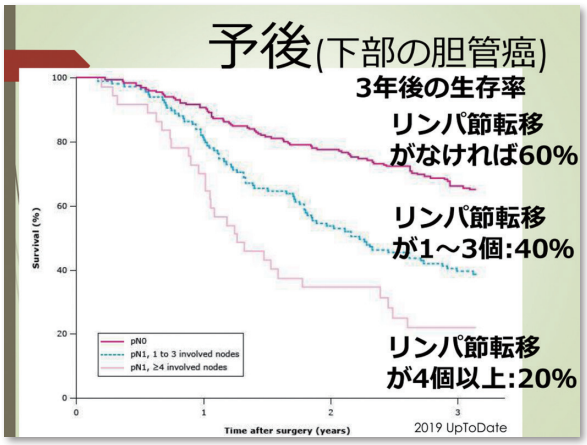


スライド53

【スライド51】【スライド52】【スライド53】
　そのような臓器ですので、年単位で合併症が起きるということがあります。



スライド54



スライド55

【スライド54】【スライド55】

また、その予後、再発について、例を上げて説明します。

先ほどのT1のN0、M0というのはこの線です。例えばこれがN1、M1となっていますが、下に線が下がるほどに再発しやすくなります。病気が進めば手術を行っても再発の頻度が上がるため、手術後も注意して見ていかなくてはいけません。

スライド56

【スライド56】

最後に、がんと診断された場合にどうしたらいいか、をお話しします。

スライド57

【スライド57】

現代は様々な情報がインターネットから得られます。例えばがん情報サービス、これは国立がん研究センターが日本のがんの情報を基に公正なデータを公開している、信頼できる情報が得られるデータベースです。

スライド58

スライド59

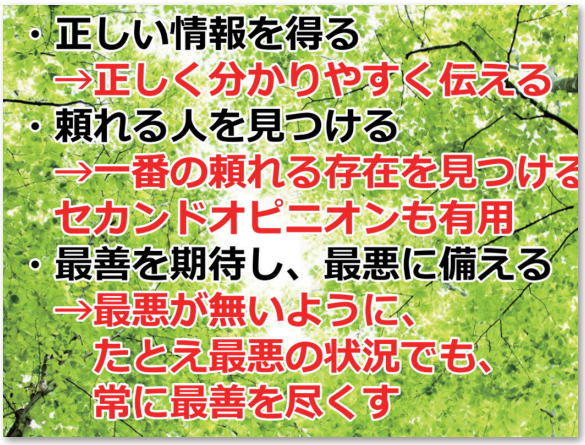
【スライド58】【スライド59】

　また、先ほど私たちが治療の指針にしているガイドラインというのもインターネット上で誰でも自由に見ることができます。一方で、広告が付いているような商業ベースの情報を見ると、治療としては何とも言えないものも多いかと思います。

スライド60

【スライド60】

　私達が所属する日本肝胆膵外科学会もホームページを出しています。このホームページを見ますと、日本の各都道府県の専門医や指導医、専門病院、指導病院が誰でも検索できます。



スライド61

【スライド61】

　このような情報を使い信頼できる、信頼関係の築ける主治医を見つける事が大事だと思います。

　また、この胆道がんというのは再発、合併症のあるがんです。信頼できる主治医を見つけたからといってそこで終わりよりも、その後も色々と付き合う必要があります。主治医の先生もしくは家族とよく相談しながら、悪いことが起きることを想定してそれに備え、起きた場合でも最善を尽くしていくことが治療していく上では非常に大事と思います。

　以上です。ご清聴ありがとうございました。

○司会　荒木 先生

　奥野先生、ありがとうございました。