

【講演3】

「膵臓がんの内科治療・外科治療」 (内科治療について)

筑波大学附属病院 消化器内科 講師
森脇 俊和 先生

皆さんこんにちは。筑波大学付属病院消化器内科の森脇と言います。私のほうからは膵臓がんの内科治療ということでお話をさせていただきます。

膵臓がんの内科治療とは

- 化学療法＝**抗がん剤**で治療すること
 - －内服薬や点滴薬での治療
 - ⇔ 局所治療(手術、放射線)
- 放射線と同時に行うこともあります
 - －化学放射線療法

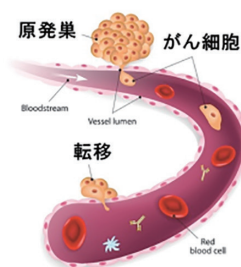
スライド1

【スライド1】

内科治療は、この一つです。化学療法と言います。化学療法が内科の治療になります。化学療法というのは、皆さんの親しみのある言葉にしますと、抗がん剤を用いた治療です。抗がん剤は、大きく分けると飲み薬と点滴があります。いずれも投与の仕方が違うだけで、飲み薬というのは吸収されて体全身に回りますし、点滴であると血管を伝って全身にお薬が流れまして、いずれも全身の治療です。

一方、局所治療というのは、見えているところ、あるいはその周りを治療する。手術であったり、放射線治療です。抗がん剤治療は全身の治療です。膵臓がんの場合は放射線と一緒にすることもあります。放射線は局所治療ですけれども、局所治療と全身治療を併せる化学放射線療法という方法を使うこともあります。

がん細胞は 血流やリンパ流に乗って飛んでいく

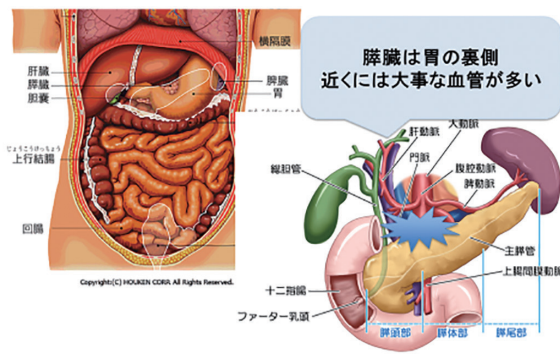


スライド2

【スライド2】

実際、がん細胞というのは何で色々な所にてくるかですが、血管は体中にいっぱいあります。リンパ管もそうですが、がんがあると、血管のほうにこぼれ落ちて、がん細胞が血管あるいはリンパ流に乗って広がっていきます。これが大きければ大きくなるほど危険性が出てきます。がんは目に見えている所だけの治療で終わらないこともあります。

局所進行:周囲の血管や神経を巻き込む

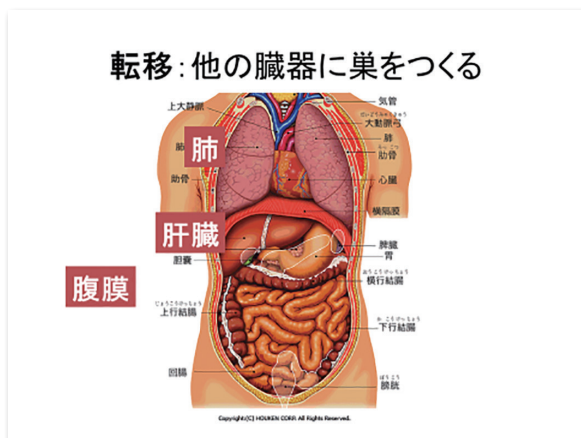


スライド3

【スライド3】

がんの広がりというのも、大きく分けると二つあります。元々のがん自体がその場でどんどん大きくなってきて、周りの血管とか、あるいは内臓のほうに広がってくる、そういうのは局所進行と言います。膵臓は、先ほども出ていましたけれども、胃の後ろ側、どちらかという背中の中にあります。背中の中には、実は太い血管や神経が背骨の近くにありますが、神経などが非常に多い複雑なところに存在する臓器でありまして、がんが広がってくれば、大事な血管のほうに広がっていく。浸潤と言われることもあります。あるいは

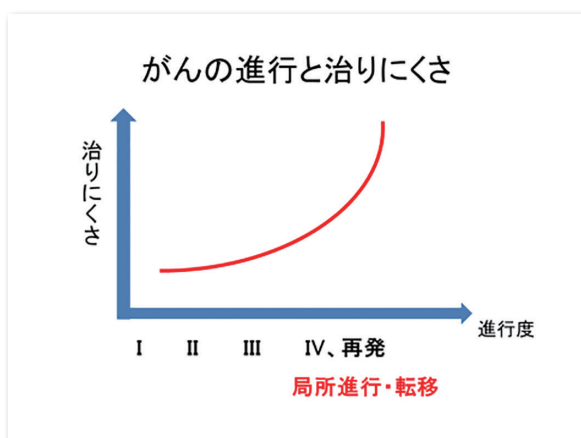
神経のほうに広がってくる。膵臓がんの方はたまに痛みが出ることがありますが、神経とかに広がってくると痛みを発してきます。



スライド4

【スライド4】

もう一つは転移です。転移というのは先ほどお見せしたように、血管あるいはリンパ流、そういったものにがん細胞が散ると、血管は全部つながっていて、心臓を介して全身に回りますので、全身に、例えば肺や肝臓に転移してくると、がんが巣をつくります。例えば膵臓のがん細胞が血流に乗って肺にくっつくと、そこで巣をつくっていく。そうすると、肺転移となります。転移性肺がんとか転移性肺腫瘍というような言い方もします。あと肝臓のほうに出てきます。あとは少し特殊ですが、腹膜という内臓を包む膜があります。そういったところに、少し違う形で、例えばがんがこぼれ落ちて腹膜に広がることもあります。また、ほかの脈管を伝って腹膜に広がることもあります。



スライド5

【スライド5】

がんの広がり度で、病気の進行具合が決まってき

ます。これは横軸がステージと言われるもので、進行度と書いています。上は治りにくさを書いていきますけれども、病気が進んでくると、例えば局所進行、周りの臓器とかに広がってくる、または転移となると、進行度が上がります。再発の場合もここに入るのですが、そうすると早い段階で見つかるよりも非常に治りにくいです。これはどのがん種でもそうなのですが、膵臓がんもやはり同じで、病気が進むと非常に治りにくい。つまり全身にがんが出てくる可能性が多いので、見えてるところだけを取っても結局は、がん全体を治療しているわけではないということになるのです。

おすすめする人とは？

- ✓病気の進行具合の点から
- ✓体調と持病の点から

スライド6

【スライド6】

それでは実際に、化学療法、抗がん剤治療をお勧めする人についてです。病気の進行具合の点と、あと体調と持病です。何かしらの病気を持っている方もいらっしゃいますので、そういった点からお話したいと思います。

おすすめする人とは？

- ✓病気の進行具合の点から
- ✓体調と持病の点から

スライド7

【スライド7】

病気の進行具合です。

病気の進行具合の点から

1. 「再発させない」を目指す方
2. 「悪化させない」を目指す方

スライド8

【スライド8】

一つは再発させないことを目指す方、もう一つは悪化させないことを目指す方、大きく分けるとこの二つになります。

1. 「再発させない」を目指す

手術できた方

完全に切除できたが、転移する可能性がある



スライド9

【スライド9】

再発させないというのはどういうことか、これは手術できた方です。後で外科の先生からお話がありますが、腓臓がんで手術できた方は抗がん剤治療の適応になります。先ほど出ましたけれども、手術をしたけれども、実は目に見えない、画像には出てこないようながん細胞が全身に回っている可能性もあります。そういったがん細胞をやっつけるために全身治療が必要になるのです。その全身治療というのが抗がん剤治療ということになります。手術できた方は、可能であれば抗がん剤治療を手術の後に受けたほうがいいです。

「再発させない」を目指す おすすめする抗がん剤治療

1. エスワン(内服薬)
- もしくは
2. ゲムシタビン(点滴)

・ 治療期間:6ヶ月間

スライド10

【スライド10】

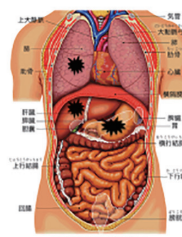
では、実際どういうお薬が現時点でお勧めされているかと言いますと、この2剤どちらかです。商品目はTS-1とかという名前ですが、S-1という飲み薬か、ゲムシタビンという点滴です。この二つどちらかです。最近、日本で報告された結果を見ると、ゲムシタビンよりS-1のほうがいいのではないかという報告もあります。後で体調のこととか色々お話しますが、どちらかを使い分けます。治療期間は6ヶ月間です。手術して治療を始めて半年間です。

2. 「悪化させない」を目指す

切除困難、あるいは再発した方

- ・ 周囲の大事な血管や神経を巻き込んでいる方
- ・ 切除範囲外に転移している方

※完治させるのは非常に難しい



スライド11

【スライド11】

もう一つ、今度は悪化させないを目指す。つまり手術が難しい方です。切除困難、手術が周りの大事な臓器に広がったり、転移をしている場合は手術が非常に困難です。技術的にはできるかもしれませんが、先ほど申し上げたように、体中にごん細胞が巡っている可能性があります。目に見えている所を例え取ったとしても、それが治療効果につながってこない可能性があるのです。その場合は切除をしないわけです。切除困難、あるいは

は手術をしたけれども再発してしまったという方です。こういった方はできるだけ悪くならないように、悪くなるのを遅らせるということを指すために抗がん剤治療が適応になってきます。



スライド12

【スライド12】

こういった方にはどのような抗がん剤があるかという、何種類かあります。抗がん剤は1種類よりは何種類か加えたほうが、やはり効く可能性が出てくるので、多剤併用療法というのですが、何種類かお薬を組み合わせる治療する方法が色々研究開発されております。ただし、お薬の数が増えれば、効果も期待できるのですが、副作用も出やすいですので、その辺のバランスが難しいわけです。

現時点でお勧めされている治療というのが、ここに書いてある四つです。一つはゲムシタビンという薬とナブパクリタキセルという薬がありまして、これは両方とも点滴になります。この二つの組み合わせでやる。あるいは英語で書いてある、ヨーロッパの方が考えた治療ですけれども、FOLFIRINOXという治療法で、これはこの四つの薬を組み合わせた治療法になります。どちらが本当にいいかということはまだわかっていないのですが、大体どちらも同じ位の効果が期待できるということが言われております。ほかにゲムシタビン単剤ですね。1種類だけでやる。あるいはS-1というお薬。先ほど手術の後にやりましょうと言った治療方法も、この悪化させないを目指す治療の一つになります。局所だけに進んで手術ができない方は放射線と併用するということがあります。これらの治療法があって、患者さんに合わせて治療を選択してやっていくことになります。

治療期間は基本的には効果が続く限りです。あ

るいは副作用でなかなか続けられない場合まで続けることが原則になっております。

**副作用
個人差があります。**

共通	白血球減少、血小板減少 吐き気・吐く 下痢 口内炎 食欲低下 だるさ など。。。
特徴的	脱毛：ナブパクリタキセルやイリノテカン 手足のしびれ：オキサリプラチン 涙目：エスワン など。。。

予防・治療・減量などで対応します。

スライド13

【スライド13】

副作用は色々あります。すごくまれなものまで入れればたくさんあります。主なもので、共通しているのが血液の成分、特に白血球とか血小板が下がりやすい。あとは吐き気、吐いてしまうとか下痢、口内炎といった消化器症状です。消化器に関連する副作用が出やすいことが言われております。あとは薬によって特徴的な副作用もあります。例えばナブパクリタキセルやイリノテカンという薬を使うと髪の毛が抜けやすくなります。オキサリプラチンとか、ナブパクリタキセルもそうですが、手足のしびれが出やすかったり、あるいはS-1という飲み薬だと涙道といって涙の流れるところに障害が起こったりして涙目になってしまうとか、色々副作用があります。僕らがやることは、こういった副作用が出ますよというお話をすることと、予防できるものはできるだけ予防する。あと患者さんの状態に合わせます。つらい副作用で続けるということとはなかなかしません。やはり続けられないと駄目なので、患者さんの体調もありますので、減量とか、あるいはスケジュール期間を空けたりして、患者さんの負担ができるだけにならないような形の治療で対応していくことをやっております。

おすすめする人とは？

✓病気の進行具合の点から

✓体調と持病の点から

スライド14

【スライド14】

あとは、体調と持病の点から少しお話させてもらいます。抗がん剤治療というのは誰でもできるわけではないのです。先ほどのように副作用がどうしても出やすいです。体調があまりに悪いと副作用がすごく出やすいことがわかっておりますので、体調を見て、体調を知っておくということが大事です。

体調は悪くないですか？

- ・体調があまりにも悪いとデメリット（副作用↑）が上回ることがあります。

－身の回りのことが出来ない

－半日以上、横になっていないと辛い



スライド15

【スライド15】

一つの指標として、ここに書いてありますけれども、例えば体調が悪くて自分の身の回りのことができない、あるいは半日以上横になっていないとつらいという場合は、抗がん剤をやるには非常に体調が悪い部類になりますので、抗がん剤をやるかどうかを考える必要があります。

持病は悪くないですか？

- ・大事な臓器の持病が安定していないとデメリットが上回ることがあります。

－内臓（特に心臓、腎臓、肝臓）が弱っている

－おくすりでコントロール出来ていない



スライド16

【スライド16】

それと、あとは持病です。持病が悪くないかということです。抗がん剤というのは全身を回りますので色々な臓器に影響が及ぶ可能性があります。元々内臓が弱っていると、抗がん剤をやったことによってさらに弱ってしまって命にかかわってしまうということも十分あり得ます。内臓が大丈夫かどうか、あるいは薬で十分コントロールできているかどうか。できていなければ抗がん剤はなかなか難しいです。ですから、僕らは患者さんの状態とか色々見ながら決めていくわけです。

メリット と デメリット (効果) (副作用など)

⇒お勧めする治療法を提案します。
(あなたにとっての標準治療)



スライド17

【スライド17】

強い治療を頑張って受けたいと思う方もいらっしゃるかもしれませんが、やはりメリットとデメリットというのがあります。患者さんの状態に合わせて治療法を担当医と相談してやっていく必要があります。色々お薬を出しましたけれども、やはり両方のバランスを考えて標準治療を決めていく。その方にとっての標準治療というのを決めていくことが大事だろうと思います。

抗がん剤を受ける上で一番大事なこと



ご静聴いただきましてありがとうございました。

スライド18

【スライド18】

これは最後になりますけれども、がんと言われて皆、うれしい人はいないと思うのです。やはりつらいですし気も落ちるのです。ただ、治療を受けるからにはしっかり前向きになって治療を受けてほしいです。昔の報告で、病は気からとも言いますが、気分が落ち込んでいる方というのは気分が落ち込んでいない方に比べて治療成績が悪いという報告もありますので、やはり治療を受けるからにはしっかり前向きになって治療を受けていただきたいと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

○司会 荒木 先生

ありがとうございました。

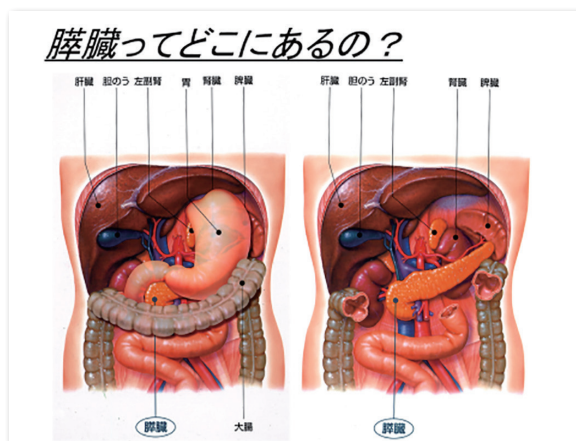
【講演3】

「膵臓がんの内科治療・外科治療」 (外科治療について)

総合病院土浦協同病院 消化器外科 部長

伊東 浩次 先生

膵臓がんの外科治療のお話をさせていただきます。土浦協同病院の伊東と言います。よろしくお願いします。

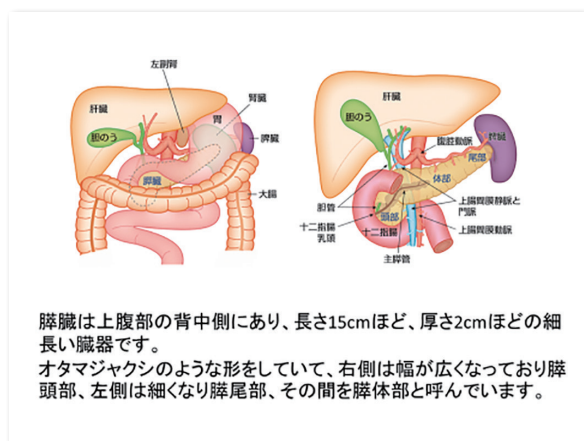


スライド1

【スライド1】

まず膵臓はどこにあるのかというお話はいっぱいあったので、もう皆さんおわかりだと思います。お腹の中、右の上のほうに肝臓という大きな臓器があります。その下に胆のうという袋が付いています。左側を見ますと胃袋があります。胃袋から十二指腸、小腸につながっていくのですが、膵臓はちょうど黄色く見えています。胃の、この陰のところに少し見えています。胃の後ろに横たわっているわけです。胃を取り払ってみると、全体像がわかります。横に細長い、右側の頭のほうが少し大きくなっていて、少し厚くなっています。このように横に細長い形をしていて、背中の中にある臓器です。

これをCTで見えます。CTというのは体を輪切りにして足のほうからのぞいています。そうすると、膵頭部が見えています。ここですね。これが膵臓です。ちょうどこのところに細長く映っていた臓器が膵臓です。



スライド2

【スライド2】

おさらいしますと、膵臓はちょうどこのところに横に走っているのですが、おたまじゃくしみたいな形をしています。右側は膵頭部と言います。おたまじゃくしの頭のところ、頭と体部、尾部というふうに、便宜上三等分して名前を付けています。膵頭部は十二指腸とくっ付いています。

先ほどから肝臓の話がありますが、肝臓で胆汁という消化液をつくっています。胆汁がこの緑色の管の中をずっと走ってきまして、途中で胆のうという袋を出しているのですが、ずっと流れてきまして膵臓の中を走ります。胆道、胆管を通ります。最後は十二指腸乳頭というところに注ぎます。だから、この辺の手術をするときには胆道、胆管も当然いじらなくてははいけません。

手術が必要な膵臓の腫瘍とは

- ✓浸潤性膵管がん(通常型膵がん)
- ✓膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)
- ✓粘液性嚢胞腫瘍(MCN)
- ✓神経内分泌腫瘍(NEN)
- ✓その他(ACC SPNなど)

膵臓がんとは一般的に浸潤性膵管がんを指し、膵臓腫瘍の中で最も多く、予後不良のがんです

スライド3

【スライド3】

手術が必要な膵臓の腫瘍になります。今回は膵臓がんということで、一番上に赤く書いているのが、通常、膵臓がんと言われているものです。膵臓の腫瘍でも色々なものが手術されます。通常、膵臓がんというと、この浸潤性膵管がん、通常型

膵臓がんといい、膵臓の腫瘍の中では一番多くて、予後が一番悪いです。全てのがんの中で一番予後が悪いのですが、通常は、膵臓がんはこの通常型膵臓がんというものを指します。

膵臓がんの手術

がんの存在する場所によって以下の手術が行われます

- ✓膵頭十二指腸切除術
- ✓膵体尾部切除術(尾側膵切除術)
- ✓膵全摘術

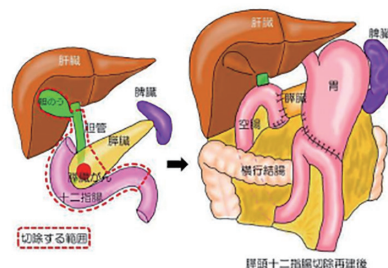
主に膵頭十二指腸切除術と膵体尾部切除術が行われます
がんや病変が膵全体に広がるような場合、まれに膵全摘を行うこともあります

スライド4

【スライド4】

膵臓がんの手術は、先ほど工藤先生からお話がありましたけれども、存在する部位によって手術が幾つかあります。主に上の二つです。膵頭十二指腸切除術というものと膵体尾部切除術、尾側膵切除術と言いますが、この二つの手術を主にやります。まれに、がんが膵臓の全体に及ぶような場合に、膵全摘をする場合もあります。主に、この二つです。それぞれの手術を見ていきます。

膵頭十二指腸切除術



膵頭部癌の際に施行される手術で、膵頭部、十二指腸、胆のう、下部胆管、周囲のリンパ節を一塊として切除する術式。本邦では右図のような再建法が多くなされています。

スライド5

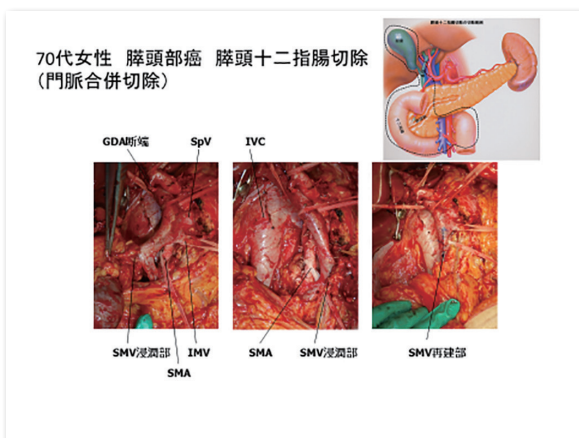
【スライド5】

膵頭十二指腸切除は先ほど工藤先生のお話と同じ術式になってしまうのですが、膵頭部にがんがありますから膵頭部を取る。十二指腸も膵頭部とくっ付いていますから、一緒に取らなければいけない。それから胆管も膵臓の中を走っていますので、胆管も切る。胆のうも一緒に取ってしまいま

す。胆のうを残しておくとは後々、胆のう炎や胆石の原因になってしまいます。このように大きく切ります。

これを今度はつながなくてはいけないのです。小腸をグッと持ってきて、まず胃の後ろにある脾臓とくっ付けて、次に胆管とくっ付けて、最後に胃とくっ付ける。先ほどの工藤先生の絵だと、ブラウン吻合といって小腸と小腸をつなぐこともあります。このような形で、取る臓器も大きくてつながるものも多いので、手術時間が結構かかります。6時間とか、長いと本当に8時間、10時間かかるときもあります。

脾臓十二指腸切除というのは、脾臓を切って、胃も、胃というか十二指腸で切られて、胆管、胆のうを取って、小腸も切ってつなぐということです。小腸をグッと上に持ってきて脾臓とつないで、胆管とつないで、胃あるいは十二指腸とつなぐ。脾臓は後ろに、先ほど出ていた門脈という血管があります。静脈の血管があり、この血管は近いため、よく浸潤されてしまって、一緒に取ることは、脾臓がんの手術の場合にはよくあります。

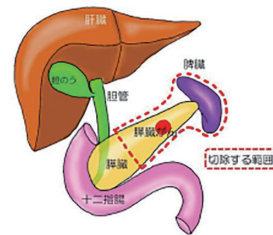


スライド6

【スライド6】

これは実際の手術の写真ですが、ここのところを取っているのですが、ここに、さっき言った門脈という青い血管があります。この血管が、ここのがんに食われているわけです。だから、ここを切ってつないでいるという手術をすることがあります。

膵体尾部切除術(尾側膵切除術)

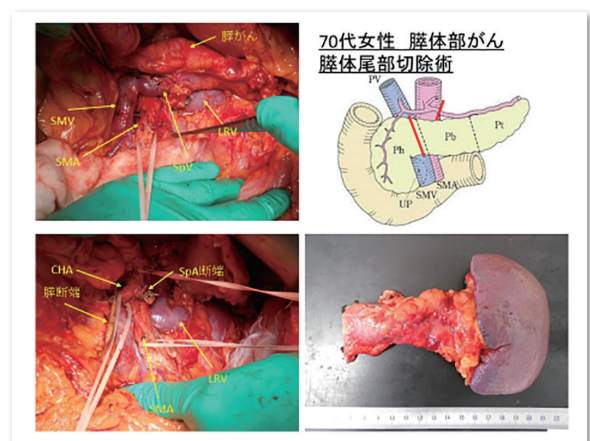


膵体尾部のがんに施行される手術。脾臓を栄養する血管や周囲のリンパ節も切除するため、脾臓も同時に切除されます。再建(臓器と臓器をつなぐこと)が不要で、手術時間も3-5時間くらいです

スライド7

【スライド7】

膵体尾部切除、今度は尾側です。左側のがんがある場合は、取るだけです。消化管をつないだりという必要がないので、取るだけの手術ですが、脾臓に行く、栄養する血管があるのですが、それも一緒に取るので、リンパ節などを一緒に取る関係もあって、脾臓も一緒に取ってしまいます。このような形で膵体尾部と脾臓を取るという手術をします。再建がないので手術時間も3時間から4時間というような、比較的短い時間で済みます。脾臓に行く血管を切り、脾臓も一緒に取ります。裏で脾臓から帰ってくる静脈も切ってしまう。こちらは取るだけですので、時間も短いです。こういう手術をします。



スライド8

【スライド8】

これは実際の手術の写真です。ここに脾臓がんがあって、これがさっき言った脾臓から戻ってくる静脈があって、ここはもう切った後です。動脈を切った後の断端がここで、脾臓は切れています。今はステープラーというホチキスみたいなもので切ってしまいます。このように切って、裏のほう

の腎臓に行く静脈とか腎臓が見えているという状況です。

腹腔鏡下手術について



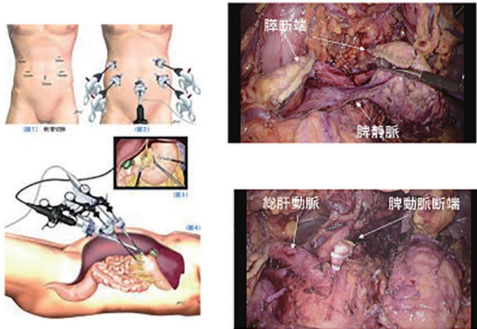
- ✓腹腔鏡下手術はおへそからカメラを腹腔内に入れガスで膨らませ、4-5本の細い鉗子を入れて手術を行う方法です
- ✓現在、一般的に膵臓がんでは尾側膵切除のみ腹腔鏡下手術の保険適応が認められています
- ✓膵臓がんに対する腹腔鏡下手術では日本全体でもまだまだ症例数が少ないのが現状で、主治医から十分説明を受けたうえで手術を受けることをお勧めします

スライド9

【スライド9】

最近では腹腔鏡下手術というのがはやって、膵臓でもされています。腹腔鏡の手術というのはおへそからカメラを入れて、ガスで膨らませて、四、五本の細い鉗子を入れて手術を行う方法です。現在、一般的に膵臓がんでは尾側膵切除のみ腹腔鏡下手術の保険適用が認められています。膵臓がんに対する腹腔鏡下手術は日本全体でもまだまだ症例数が少ないのが現状で、主治医から十分説明を受けた上で手術を受けることをお勧めします。

腹腔鏡下尾側膵切除



スライド10

【スライド10】

おへそからカメラを入れて鉗子を四、五本入れて、お腹の中をカメラで見ながら鉗子で手術をする。簡単なビデオを流します。先日やった腹腔鏡の膵臓がんの手術が2分弱位です。門脈という静脈の上で、もう膵臓が剥離されています。そこにステープラーですね。こういうホチキスみたいなものを挿入して、ゆっくりかんで切ってしまいま

す。上のほうに胃がつり上がっていますが、このようにステープラーで切ってしまいます。膵臓のここを切られています。その下にある脾静脈というの、ステープラーで同じように切ってしまいます。

そうすると、あと動脈のところです。肝臓に行く動脈と、先程言った脾臓のほうに行く動脈ですね。胃に行く動脈が見えています。脾臓に行く動脈を切ってしまっ、後ろを剥がしていけば切除できます。切るときには安全第一ですからクリップを二重に掛けます。はさみで切ってもいいのですが、ベッセルシーリングシステムといって、これも血管をシールできるのですが、こういったものでシールをしながら、ある意味、三重で血管を止めながらできるだけ安全に手術を行っています。

ここを取ると、裏には副腎とかこのような臓器が見えています。このような形で取れます。これは切れている断端です。取ったものは脾臓も含めて全部こういうビニールの袋に入れて、回収して、おへその傷を少し開けて取り出すという手術を行います。これが腹腔鏡下の尾側膵切除になります。

手術に伴う合併症は (膵臓の手術特有の合併症について)

- ✓**膵液漏** 膵臓の断面から膵液が漏れる
- ✓**腹腔内出血** 漏れた膵液が血管と溶かして出血する
- ✓**胃内容排出遅延** 胃から食物が一時的に排出しにくくなる
- ✓**糖尿病** 膵臓の一部が切除され、インスリンの分泌が減るために発症する
- ✓**下痢** 膵周囲の神経を切除する必要がある場合に起こる

膵頭十二指腸切除術の死亡率は2.9%、膵体尾部切除術では約1%程度

スライド11

【スライド11】

手術に伴う合併症は、これも先ほど工藤先生が詳しくお話してくれているので簡単にお話しますと、膵臓は膵液という、食べた肉などを溶かす消化酵素を含む消化液を作っていますので、それが断端から漏れるわけです。漏れると血管などを溶かしてお腹の中で出血する、腹腔内出血。これが一番怖い合併症です。あとは排出遅延と書いてありますが、先ほど言っていた胃の動きが悪くなってしまってなかなか食べられないという合併症があります。これは致命的ではないのですが、なかなか患者さんにとっては不快な合併症だと思います。

す。

それから糖尿病です。これは膵臓の一部が切除されるのでインスリンの分泌が少し減るために糖尿病になる。あと下痢です。特に膵臓がんの場合には神経を取らなきゃいけない場合もあるので、膵臓の周囲の神経をあまり取ると、そういうときに少し下痢が起こる。下痢が起こると、術後の抗がん剤などが入らない問題点があります。このような合併症が膵臓の手術に特有な合併症です。

全国統計では膵頭十二指腸切除術の死亡率は2.9%、膵体尾部切除術では約1%位と言われております。100人手術すると3人位の方が日本全国で不幸な転帰を取っているということです。こういうことも大きな病院では最近は本当になくなってきて、今一番手術で変わったことといえば、こういう手術の合併症が減ったということです。当院でも、膵頭十二指腸切除で、膵液が漏れて亡くなったというのはもう百何十例ずっと続けてありませんので、こういったことはだんだん改善しているんだと思います。

ボーダーライン膵がんとは
(borderline resectable 膵がん)



- ✓膵がんは手術の観点から**切除可能膵がん**、**切除不能膵がん**、**ボーダーライン膵がん**の3つに分類されます
- ✓膵臓のまわりには門脈、総肝動脈、上腸間膜動脈、腹腔動脈といった大切な血管があります。ボーダーライン膵がんではがんが、こうした血管に接しているため、いきなり手術を行っても**がんが残ってしまう可能性が高い**と考えられています

スライド12

【スライド12】

最近よく言われるのは、ボーダーライン膵臓がんです。これは何かというと、膵臓がんは手術の観点から切除可能膵がんと切除不能膵がんとボーダーライン膵がんと三つに分類されます。切除可能というのは手術できて切除できるわけです。切除不能というのは肝転移とかがあって、あるいは大きな血管などにがんがくっついてしまって切除できない。その中間のものをボーダーラインと言いますが、どういうことかということ、技術的には切除できるのですが、切除をしても膵臓の周りの大きな血管の周りなどにがんが見えないレベルで、顕微鏡レベルで、肉眼的には取れていても残

ってしまう可能性が高いものをボーダーライン膵がんと言っています。今、外科ではこの三つを分類して治療するというのが流れになっています。

膵がんに対する治療方針

➤切除不能膵がん

⇒6~8か月以上の化学療法(化学放射線療法)の後、腫瘍が縮小し病勢がコントロールされている場合、手術を行うことがあります

➤ボーダーライン膵がん

⇒術前に化学療法(化学放射線療法)を行ってから手術を行うことが勧められます

➤切除可能膵がん

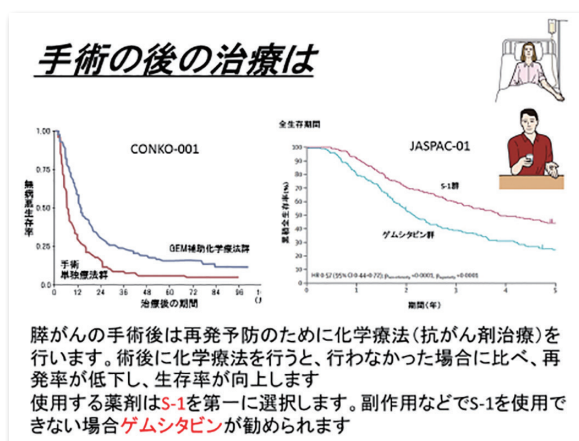
⇒最初から手術を行いますが、最近の報告で術前に化学療法を行うこともあります

スライド13

【スライド13】

治療方針をどうするかというと、切除可能と言われれば、やはり手術で切除をします。ただ、最近の東北大学などの報告では、術前に化学療法をやると少しいいという報告も出てきています。ただ、基本的には手術です。ボーダーラインの場合は、手術前に化学療法です。化学療法というのは抗がん剤です。手術前に抗がん剤を、あるいは抗がん剤と放射線を併せて2、3カ月やってから手術を行うことが今、勧められています。これがボーダーライン膵がんです。

それから切除不能の場合には、最近抗がん剤が効く場合もあります。切除は最初できないわけですが、抗がん剤あるいは放射線をやって、腫瘍が縮小して病勢がコントロールされている場合には手術を行うことがあります。このような治療方針になっています。

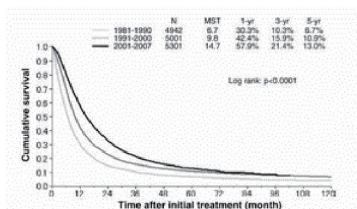


スライド14

【スライド14】

手術後の治療は、先ほどお話がありましたとおり、手術後は抗がん剤です。膵臓がんは予後が本当に不良ですので、通常型の膵臓がんであればほぼ全例に近い位抗がん剤をやることになっています。これは生存曲線といって、手術したときは100%、これは無再発の生存率ですけれども、手術単独ではこのように成績が落ちて、60カ月、5年でこんなに落ちてしまう。本当に膵臓がんは成績が悪いのです。それが抗がん剤をやると少しよくなります。その抗がん剤の種類が、先ほどのS-1とかゲムシタビンという抗がん剤です。S-1は飲み薬、ゲムシタビンは点滴ですけれども、こういったのをやったほうがいいです。S-1が飲めれば、日本のデータでは、やったほうがいいです。飲める人には手術後はS-1という抗がん剤を6カ月間飲んでもらいます。消化器の副作用が多いですから、どうしても副作用とかで飲めない人にはゲムシタビンという注射の治療をすることが求められます。

膵臓がんの治療成績は



膵臓がんの治療成績は年代ごとに少しずつ改善していますが、これは手術によるものではなく、新規抗がん剤治療によるものが大きいと考えられています

スライド15

【スライド15】

膵臓がんの治療成績です。これは年代別の治療、生存曲線です。80年代、90年代、2000年代とだんだんよくなっていますが、これは手術によるものではないです。手術はここ10年20年、ほとんど変わってないです。先程見せた手術の術後の写真は、10年前の手術の写真です。今成績がよくなっているのは、やはり新規抗がん剤治療によるものが大きいと考えられています。

膵臓がん治療における手術の限界

	イタリア		米国 ジョンズ ホプキンス大学		メイヨー クリニック		日本	
	標準	拡大	標準	拡大	標準	拡大	標準	拡大
症例数	40	41	146	146	40	39	51	50
手術時間(分)	372	397	354	394	378	450	426	547
術中輸血量(単位)	1.95	2.07	0.5	0.5	-	-	2.1	2.4
切除したリンパ節数	13.3	19.9	17	29.5	15	96	13.3	40.1
術後合併症数	22.7	19.3	11.3	14.3	13	16	43.8	42.4
合併症率	18 (45%)	14 (34%)	42 (29%)	64 (43%)	8% 下痢	42% 下痢	0 下痢	49% 下痢
手術関連死亡率*	2 (5%)	2 (5%)	6 (4%)	3 (2%)	0 (3%)	0 (3%)	0 (2%)	1 (2%)
予 後	両群で差なし		両群で差なし		両群で差なし		両群で差なし	

*手術後の合併症により死亡した症例

がんが残らないように切除することは重要ですが、予防的により広い範囲の組織を切除する拡大手術しても成績の向上はありません
膵臓がん治療では、手術だけでは限界があります

スライド16

【スライド16】

膵臓がんの手術の限界について、がんが残らないように切除することは大事ですけれども、予防的に広い範囲の組織を切除する拡大手術をしても成績の向上はありません。各国で標準手術、拡大手術と、それぞれやったのですが、予後がここに書いてある通り、両群でいずれもきちんとした研究をした結果、このように差がない。むしろ拡大手術をすると少し合併症が増えてしまうというデータもあり、膵臓がんは拡大手術をしても成績の向上にはつながらないです。だから、手術だけでは限界があります。

膵臓がんの手術で一番変わったと言えば、先ほど言ったように合併症がここ10年15年、すごく減ったということと、あとは腹腔鏡が少し入ってきたということで、腹腔鏡というアプローチの差です。開腹でやるか腹腔鏡でやるかというのは、これはアプローチなので、決してがんを治す、治さないには、正直それほど影響はないだろうというふうに思います。一番大事なことは現時点では、手術だけでは限界があります。

これからの膵臓がん外科治療

- ✓術前、術後に補助療法(抗がん剤や放射線治療など)を組み合わせる手術する
- ✓がんが残らないように切除することは重要ですが、合併症の起こらないような手術を行い、術後補助化学療法を早期に行う

スライド17

【スライド17】

これからの膵がんの外科治療はどういうことか
というと、一番大事なことは手術前、手術後に抗
がん剤とか放射線治療を組み合わせる手術を行う
こと。手術が唯一の根治療法であることは変わり
ないですから、手術を入れなければ治らないとい
うこともあります。ただ、それだけではなかなか
成績の向上にはつながりませんので、必ず手術前
あるいは手術後、抗がん剤を組み合わせる、放射
線をうまく組み合わせることが大事だと思います。

それから、がんが残らないように切除すること
は大事ですが、合併症が起こらないような
手術を行って、術後なるべく抗がん剤治療を早期
に行うこと。先ほど言ったTS-1とかゲムシタピ
ンの治療を行うことが大事だと思います。以上で
す。

○司会 荒木 先生

伊東先生ありがとうございました。これで講演
の部分は終わります。

◎パネルディスカッション（敬称略）

司会 茨城県立中央病院 消化器内科 部長 荒木 真裕
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
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
総合病院水戸協同病院 消化器内科 部長 鹿志村 純也
茨城県立中央病院 消化器外科 医長 工藤 宏樹
筑波大学附属病院 消化器内科 講師 森脇 俊和
総合病院土浦協同病院 消化器外科 部長 伊東 浩次

○司会

後半のパネルディスカッションに移らせていただきます。講演いただいた講師の先生と、あと当院副院長兼がんセンター長の吉見にコメンテーターとして参加いただきます。

まず事前にファクシミリでご質問を受けておりますので、肝胆脾の順番、時間があればその他のお話もしようかと思うのですが、まず肝胆脾の質問で、取りあえず発表してくださった講師の先生からお返事をいただき、その他それぞれ意見があればおっしゃっていただいてということで行きたいと思います。

まず肝臓から行きたいと思います。まず多発でない肝臓、肝がんに対しても、症例は少ないようですが重粒子線治療が行われています。肝がんに対する重粒子線治療をどのように考えますかということですが、重粒子についての専門の先生があまりいないので、私が昔やっていた関係で少しお答えさせていただきます。筑波大学に陽子線治療というのがございます。これは30年ほど歴史がございまして、陽子線治療は全国に幾つかあるのですが、筑波大はその中でも陽子線治療を非常に熱心にやっています。陽子線はエネルギーを当てたい部分に集中させると非常に効果がありまして、その部分にエネルギーを集中させることで周りへの影響を小さくすることによって副作用を減らすという効果がございます。

重粒子は、エネルギーは高いのですが若干集中の度合いが落ちるということと言われていますので、筑波大の先生は陽子線で十分だろうというふうにおっしゃいます。重粒子の先生はもちろん重粒子がいいんだということをおっしゃるので、もちろんその部分に十分エネルギーがかかって副作用がなければ効果は出るようになります。そのようにお考えいただければと思いますが、ほかに先生方ご意見よろしいでしょうか。

それから、肝臓がんの質問はその程度ですが、ほかに会場から肝臓がんについて、何かご質問等ございますか。思い付いたところで、後からでも結構でございます。よろしいですか。

続きまして胆道がんが質問としては来なかったので、膵臓がんの話に行きます。ここ1年の間に身内で義理の母が膵臓がん、実の母が87歳で胆管がん、妹が肺がんとして続けに発症して入院しております。私も乳がんマンモで引っ掛かり、現在も筑波メディカルセンターの上野先生に定期的に診ていただいておりますというご意見です。これは身内にがんの方が多いということですが、森脇先生、何かコメントございますか。

○森脇

そうですね、身内の方にがんが多いということなので、やっぱりご本人も心配されているんじゃないかということだろうと思います。多くはないのですが、やはり遺伝性のがんというものも存在しています。通常、親から子に移るがんというのはそんなに頻度は多くないのですが、少なからずありますので、そういった可能性ももちろんゼロではない。膵臓とか胆管とかそういったところのがんができていいるのもあるので、そういった方は定期的に人間ドックとか検査を受けたほうがいだろうと思います。

○司会

ありがとうございます。ほかにコメントはよろしいですか。

あと、水戸の病院で鹿志村先生にお世話になっております。膵臓がんについて詳しく知りたく存じます。よろしく願います。これは講演をしていただいたところですが、鹿志村先生から何か膵臓がんに関してコメントございますか。

○鹿志村

今日は胆道がんの話をさせてもらいました。僕のほうで化学療法をやっている患者さんは、膵臓がんのほうがむしろ多いです。ケースバイケースということもありますが、私の考えでは抗がん剤治療をしている患者さんの体の中にできるだけ多くの抗がん剤を入れてあげるのが効かせるためのコツだと考えています。例えば1回の量を少なくする。投与間隔を空ける。そういうことをしながらも、できるだけたくさんの抗がん剤を入れるということがとても大事だと考えています。主治医の先生たちとよく相談しながら、あとはご自分で無理をなさらないことです。たくさん抗がん剤を入れようと思って、本当はもう、すごく気持ち悪くて食事もできない、体重も減っているというのに頑張りすぎるという方もいらっしゃいます。そこはよく主治医の先生にお話をしながら、ご自分の日常生活をきちんと伝えるということがとても大事だと考えています。

あとは、先ほどの身内にがんが多いということの話ですけれども、やはり皆さん、年を取れば取るほどがんは出てきやすくなるので、たとえ身内にがんの患者さんがいなくても検診を受けるということはとても大事ではないかと思います。できれば人間ドックのような、画像検査も含めてやっていただいたほうがいいのではないかと思います。よく、うちはがん家系じゃないのに何でがんになったのでしょうかとおっしゃる方もいるのですが、がん家系というのは、証明されているのは多くはないので、人間、年を取ればある程度どこかにがんが出てきます。私の胆道がんの中でお話をしましたけれども、きちんと検診を受けていただくというのがとても大事ではないかと考えています。以上です。ありがとうございます。

○司会

ありがとうございます。ほかにコメントはよろしいですか。では、吉見先生。

○コメンテーター

膵臓がんに関してですが、膵臓がんは非常にたちが悪いです。多分、私はここで一番最年長ですけれども、なかなか、手術をたくさんさせていただいても治った方というのは本当に多くないです。ただし、治っていただけた方がいらっしゃるのも事実です。今から思い出しますと、傍大動脈というリンパ節に転移があった人がいたのです。この人は手術で治ったのですね。というか、5年生存して、その方は今も再発なくお元気です。

それから膵頭部がんで、Adenosquamous というものがあるのですね。繊維扁平上皮がん。これは膵臓がんの中でもどちらかというとなたちが悪いと言われているがんですが、これは私、手術をさせていただいて、その後、隣の荒木先生に、化学療法その他をお願いしたのです。荒木先生に診ていただいているときに、リンパ節に再発したのです。放射線を荒木先生は選択されてそのリンパ節にかけたら、そのリンパ節転移が消えてしまったんですね。その方もいまだに元気です。その方はその後、大腸がんになられて大腸がんの手術もお受けになりましたが、今は元気です。

ただ、問題はどの方がそういう、どちらかというガイドラインに載らないような状態の治療からメリットが得られるかというのが、我々医療スタッフがわからないのです。どの人はメリットを得られて、どの方はメリットを得られないのか。これから遺伝子診断とかその他が進んでくると、その辺がもう少し緻密に、この人たちにはメリットがあって、この人たちにはあまりメリットがないだろうということがわかってくるのではないかと思います。

ということで、皆さん、もし身内で助言を求められたときにあきらめることはないのではないかと行って、また頑張ってみて色々ないい先生がいるかもしれないので探してみる。今この先生方は皆さん立派な先生です。立派な施設にいらっしゃいますので、とにかく相談に乗ってもらおう。

がんにはいいことがあるのです。がんは普通、救急ではないのです。救急だと運ばれたところで何をされてもそこで受けるしかありません。がんはすぐ亡くなるということは普通ない。大動脈乖離とか心筋梗塞とか、そういう恐ろしい病気は目の前で亡くなってしまいます。だけど、ある程度、黄疸が出たって黄疸は取ってもらえる。考える時間がある。もし身近な人がいらっしゃったら、そのときにいろいろ調べて誰かに聞いて、主治医の先生によく相談して、何がベストだと考える時間があるということで、皆さん頑張ってくださいと



いうふうに言ってあげてください。以上です。

○司会

ありがとうございます。ほかに何かコメントよろしいでしょうか。続きまして、もう1件、重粒子の質問です。放射線医学研究所病院、現在QST病院と言いますけれども、そこらは転移がなくて切除可能な膵がんにに対して再発率を低くするために重粒子治療を行ってから手術を行っていますが、この有効性をどう考えるかお聞かせくださいということで、こちらは膵臓の伊東先生から。

○伊東

難しいですが、膵臓がんの重粒子線というのは放射線治療の一種で局所治療です。だから、もしそれをやる場合には、普通はまず導入化学療法といって、遠隔転移なんかが出てこない、肝臓とかに転移しないのを見極めてから放射線をやるのが普通だと思うのです。保険も通っていないのでお金も200万300万するような治療ですから、やはりきちんと患者さんを選択して、そういう遠隔転移が出てこないような人に、局所療法をやらなくては意味がないということです。

確かに、今の日本全体の流れですと、膵臓がんと言われるとやはり術前に化学療法をやってから手術をするというような流れにはなっていることも間違いない、これは事実だと思うのです。重粒子線は放射線の一つですから、その前に化学療法と併せてやることは、選択肢としてはありだとは思っています。よく、その施設の成績とかありますが、そういう進行がんでも、さっき吉見先生が言っていたのは一番大局の治療というか、そういう先生がやっている治療で十分。まして切除可能ですから、最初から切除に行って治る人が十分いるわけですね。だからやはり全例が全例重粒子線で行くというのは、やはり考えものかなと思います。またそういうのを本当にやったほうがいい人かどうかは線引きがまだわからないのです、正直。よく施設と相談をして、先ほど吉見先生が言ったようにセカンドオピニオンというのも一つの手だと思います。きちんと色々な施設から意見を聞いて治療を受けるほうがいいのではないかなと思います。

○司会

ありがとうございます。続きまして、膵臓がんが検診で見つけにくいものなのかを知りたいですという質問で、どなたかご回答いただけますでしょうか。では、森脇先生。

○森脇

見つけにくいとしか言いようがないのです。非常に小さい段階で見つけるのは、エコーとか超音波検査とか、そういった画像検査を組み合わせれば見つかる可能性はあるかもしれないのですが、今のところ、有用な検診があまりないというのが実情ではないかと思います。

○司会

では、鹿志村先生から。

○鹿志村

森脇先生がおっしゃるとおり、膵臓がんを早期で見つけるというのは非常に困難です。よく以前、PET、PET CTが有用ではないかというようなことがあって、大学にいたころ、PET CTとかを見てみたのですが、やはり膵臓がんは、15mmが基準になっていて小さいのは写ってこないのです。光ってこないのですね。ということがあって、なかなか有用なものがないのです。その中であって、例えば膵臓の中に嚢胞といって袋ができる人がいるのです。粘液産生性膵腫瘍でも袋ができたりするのです。あとは単純に嚢胞みたいなものができるのですけれども、やはり嚢胞を有する膵臓というのは、膵臓がんができやすいというデータが少しずつわかってきているので、もしも検診とかで嚢胞が発見された方は、厳重に見ていくと、早めに膵臓がんが見つかる可能性はあると思います。

ただ、そういうので見つかった膵臓がんとは、一般に言う、転移を来すような、急速に進むような膵臓がんとは何か別なような気がします。まだまだみんなの合意は得られていないので、やはり一般的に言えば膵臓がんは早期発見しにくい病気という認識でいいと思います。そんな中であってあきらめてしまうのではなくて、やはり検診とかドックをきちんと受けて、今、お話したような嚢胞とかそういう何らかの糸口、あと膵管の拡張といって、膵臓の中を流れている管が太くなるとか、そういう人たちはやはりハイリスクな患者さんということになります。そういう、少しでも尻尾をつかんでやっていけば、その人は早く発見される可能性はあるのかなというのが今の状態、最高の予防策というか、早期発見への道ではないかなというふうには考えています。

まだまだみんなの合意は得られていないお話なので、参考程度ということで聞いていただければ幸いです。以上です。

○司会

ありがとうございます。続きまして、これはちょっと外科の先生にお答えいただこうと思います。もうすぐ89歳になる東京在住の父が胃がん、膵臓がんを患い、手術を主治医に勧められています。がんは初期だということで、年齢的なことを考えると術後の肉体的・精神的ダメージを考慮してなかなか賛成に踏み切れません。先生方の見解をお聞きしたいと思います。いかがでしょう。では、鈴木先生から。

○鈴木

実際この患者さんの元気さ具合とご本人の意識ですね。僕は今まで膵臓がんで、東京女子医大にいたころは、86歳～87歳位までが限度かなと思います。何でもかというとも5年生存を考えると90歳になってしまうので、体力の限界を考えてその位かなと思ったのです。ついこの前、91歳で、近くの病院から、どうしてもやってほしいという依頼があって、かなり長期でグラフトを置くような門切を、8時間位やったのですが、2週間で元気に帰られて、歩いて帰りました。その方は見た目以上に若く、色々な検査をしたのですが、体力的には70歳位の方で、そういう方はやったことがあります。やはり85歳を超える超高齢者になると、体力の衰え以外に臓器の衰えがあるので、やはり色々な合併症が起こりやすいので、ご本人の希望もありますけれども、

諸検査と主治医と家族の判断が重要ではないかと思います。

初期と書いてありますが、この場合は胃がんと膵臓がんで、両方とも初期かどうかはわかりませんが、膵臓の場合は初期でも余命が決まってしまうので、それをどう考えるのかというのが家族とご本人の希望ではないかと思います。あと、その主治医となる先生との相談ではないかと思っています。

○司会

ほかにございますか。では、工藤先生。

○工藤

全く鈴木先生のおっしゃるとおりで、89歳の方の元気度ですね。元気度といっても、普通に歩ける方なのか、あるいは100m、200m歩いたら息切れしてしまう位なのか。あるいは杖をついて歩くのがやっとなのかとか。その位の全身状態の評価も必要になってきますし、あと膵臓のがんの場所にもよると思うのです。右側半分を取る、先程の膵頭十二指腸切除というのを紹介させていただきましたが、膵臓の左半分を取る手術と比べてダメージは大きいです。伊東先生のスライドで死亡率がありました。左半分は1%で、右半分が2.9%、そういった差もありますので、どちら側にあるのかというのもある程度参考になってくると思います。

あとはご本人さんとご家族の価値観があると思います。89歳というとはやはり高齢ですし、平均寿命よりも長く生きていらっしゃるわけで、そこでさらに俺は生きたいんだと、私は生きたいんだということであれば、あくまで切除可能性を追求していてもいいかもしれません。そこら辺は主治医の先生とよく話し合って決めることかなと思います。

○司会

ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。どうぞ。

○鹿志村

よく高齢の方に、かわいそうだから告知をしないで家族だけで相談しようというのがあるのですが、私自身としては、むしろ高齢の方の場合には、告知してあげたほうがいいと思うのです。89歳というとはやはり酸いも甘いもかみ分けて長く生きられているわけですから、やはり自分の体のことって自分が一番よくわかっていると思うのです。家族が言いたくない気持ちもよくわかるけれども、ちゃんと告知をすることが、お父さんに対する敬意だと思うのです。その上での判断というのはとても大事だと思いますし、よくご家族の方が、「じゃあ、おばあちゃんには黙っていてね」とか言いますが、後でちょっと話してみたら、その患者さんご本人が、「家族がうそをついているのを私わかってるのよ」なんてお話されたことがあります。「あの子はうそをつくちょっと片方の目が上がるんですよ」とか言って、結構ばれちゃっていることが多いので、ちゃんと告知してお話してあげるというのが、いいのではないかと思います。

少し余計なことですが、以上です。

○司会

ありがとうございます。あとはよろしいでしょうか。

その他の質問ですが、一般の方にわかりやすい情報交換があれば教えてください。

これは工藤先生がお示ししたホームページとか、そういった信頼できるものを選んでいただければと思います。

指導医を持っている先生と持っていない先生との違いは何ですか。指導医というのは一応、学会ですね。学会が決めてあるカリキュラムを満たして試験を受けて通るものということになっています。昔は学会員になってしばらくたつと自動的にもらえたりという学会もございましたが、最近は管理が厳しくなって、しかるべき講義とか試験とかを受けないとなれないということになっております。そういう点では、その分野に興味があるというのは担保されているのかなというふうに思っています。

持っている先生を選ぶことはできるか。これは学会ホームページなどで情報が公開されていますから、その学会の、市民の方へという所を見ていただければわかるかと思います。

続きまして、免疫療法の現状について知りたいです。これは森脇先生でいいでしょうか。

○森脇

免疫療法というのは色々あります。最近話題なのはオプジーボとかとい、免疫チェックポイント阻害剤というものがあります。昔から免疫療法というのはあって、ちまたでは色々怪しいものもあります。ただ、今回の肝胆膵ですね、肝臓がん、膵臓がん、胆道がんについては今のところ、まだオプジーボとかと言われているような新しいタイプの免疫療法の有用性はまだ明らかになっていません。今後、免疫療法のお薬も色々世界中で開発されておりまして、どういったお薬がいいかというのは今、盛んに検討されていますが、今のところはまだわからないです。

あとは、ただ最近、マイクロサテライト不安定性というのがあり、中でも効くかもしれないという方が実はいらっしやいます。MSIと言うのですが、そういった検査を受けることはできます。それで陽性と出た方は免疫チェックポイント阻害剤が効きやすいと言われております。そういった検査を受けるという方法もあります。ただ陽性の頻度は非常に低くて、100人中1人か2人位ということです。なかなか陽性の方はいらっしやらないのですが、そういった検査を受けることもできるので、担当医の先生と相談していただければと思います。

○司会

ありがとうございます。続けて森脇先生、抗がん剤の使用は何歳までが目安でしょうか。

○森脇

何歳までというのは、実はありません。先ほど、高齢の方に手術をやっていいのかどうかというお話があったと思うのですが、抗がん剤も結局同じことです。何も体に影響がなければ別に何歳になってやってもいいかもしれないです。ただ、手術と同じように耐えられるかどうかということもあるので、要するに、その患者さんの元気さとか、違う病気を持っていないかがすごく大事になってきます。ご高齢の方は若い人に比べると多様性があると言われていまして、すごく元気な80歳の方もいれば、元気ではない80歳の方もいて、すごくその頻度がバラバラです。ですので、何歳でという線引きが非常に難しいので、その患者さんの元気さとかそういったものを見て治療を受けるかどうかを決めていくことになると思います。

○司会

ありがとうございます。

鈴木先生は私の主治医で胃がんから救っていただきましたという、これはお礼の言葉だと思います。

始まる前に先生方うかがってあまりいい答えが出なかったのは、がん保険はどの会社がよいかというので、これは、我々は専門ではございません。週刊誌レベルの知識しかございませんので、ちょっとご勘弁いただきたい。

新コラーゲンについて教えていただきたいというのがありました。これも検索する限り美容関係のものしか見つからなかったもので、なかなかエビデンスのあるものではないのかなということになると思います。

その他フロアから、皆様からご質問があれば、少し時間はあります。どうぞ。

○質問者1

膵臓のことでお話を伺いたいのです。先ほどから、最初から手術を行うけれども、最近の報告では術前に化学療法を行うことがありますという説明についてお伺いします。例えば手術をして、再発をしたときに最初に行った化学療法と同じ化学療法を行った場合、それは可能なのか、やはり耐性ができてしまって効果が上がらないのか、それをお伺いしたいです。先にやったほうが小さくなって手術はいいと思うのですが、もしそれでも再発してしまった場合、同じ化学療法が使えなかったとしたら、どちらがいいのかなと思ったの



で、それをお伺いしたいです。あと脾臓がんの場合、治療法、化学療法が4種類ありますと書いてあるのですが、もし手術後、TS-1を服用した後、残念ながら再発してしまいました。そうした場合、どういう順番で化学療法を受けたほうが効果が出るのか。先ほど吉見先生もおっしゃっていましたが、人それぞれ、副作用の出方も人それぞれ、効果の出方も人それぞれ、これからそれを解明していくというお話でした。例えばFOLFIRINOXみたいな強いのを先に受けて、その後アブラキサン、ゲムシタピンを受けたほうがいいのか。それとも弱いほうからやっていくほうが効果は上がるのか。現時点の状況をお伺いしたいのですが、よろしくお願いします。

○司会

では森脇先生よろしくお願いします。

○森脇

ご質問ありがとうございます。まず術前にS-1（TS-1）を飲んで、よく効いて手術をしたんだけど、再発したときにどうするかということです。今、分かっていることは、その再発時期でどうかという、時期で決めていることが多いです。例えば、小さくなって手術をしたんだけど、手術後すぐに再発してしまったという場合だと、やはりTS-1というお薬が効いていたけれども、効かなくなっているのではないかというふうに判断することもあります。それが1年とか2年とかだいぶ空いた後に再発した場合というのは、やはりよく効いていたのでなかなか出なかったのではないかというような考え方もあります。なので、今だと再発時期によって使い分けるといことはやっていると思います。

あと、弱い薬からやったほうがいいのか、強い薬からやったほうがいいのかというのは、これは効果だけを言うと強い薬を先にやったほうがいいです。さっき四つ位に分けたのですけれども、やはり一番いい治療を最初に持ってくるというのが大原則ですので、効果だけを見ればゲムシタピンという単剤でやるよりも、FOLFIRINOXとかナブパクリタキセルというのを併用するほうが治療成績はいいことはわかっています。元気で治療がしっかりできるという方は、多剤併用療法といって何種類か組み合わせた治療をやったほうがいいです。効果だけを言うとですね。ただ、あとは患者さんの体調とかがあるので、強い治療をやるとかえ

ってデメリットが増えるという可能性もやっぱり考えておかないといけないので、その辺で、患者さんによって標準治療というのは変わってきます。

○司会

ありがとうございます。時間の関係であともう一人、お話ください。

○質問者 2

今日は消化器系のがんの講演、誠にありがとうございます。日本で近い将来、二人に一人ががんになるような時代が到来する。かといって、がんというのは不治の病ではなく早期発見・早期治療で治るような病気と、こういった認識です。しかし忍び寄る黒い陰ということで、今後、寿命も延びる日本の社会の中で、失礼な、変な質問かも知れませんが、私は今、健常者ですが、消化器系のがんの発生のリスクを減らすような日ごろの生活習慣等があればご教授いただきたい。例えばアルコールとかたばことかストレスとか食生活とか。理由は、うちの家内が胆のうがんで今年2月に亡くなりまして、私が思うには食生活、ビーガンという欧米の食生活が日本にも来ておりますので、そういった日常的な何かアドバイスがありましたら、ぜひともと思ひまして今日は出席させていただきました。

○司会

ありがとうございます。これは鴨志田先生。

○鴨志田

ご質問ありがとうございます。たばこは当然皆さんご存知のようによくないということだと思います。アルコールに関しても、例えば少し飲んで赤くなる方は食道がんのリスクがかなり高くなるということがわかりますので、体質によってほどほどということになるかなと思います。食生活に関しても、偏りすぎるとよくないというのは少しずつわかってきています。ビーガンも色々な種類があるらしいのですが、全くたんぱく質を取らないとかいう形だとやはりよくないのかなということが考えられています。やはりある程度たんぱく質を取らないと、サルコペニアという筋肉が減ってしまう状況になることが言われていますので、それは健康長寿にはつながらないのかなと考えております。

あと、糖質制限も今かなりはやっているのですが、あれもやり過ぎると少し問題のある体質の方々もいらっしゃると思います。ある程度の長期的な成績がわかっていないです。低糖質というようなレベルだといひとは思ひのですが、完全な制限というひはよくない。何事もやり過ぎはよくないと思ひます。

もう2人に1人ががんになる時代になってしまいましたので、いい状況で治療を受けるというひが最良の状態だと思います。それから、予防できるがんは全て予防を考へて、予防できないものに関しては早期発見を目指す。発見されたときに治療に対応できるような体調を整えておくというひは非常に大切かと思ひます。最後に挙げさせていただいたように、取りあへず健康長寿を目指した生活をやっひていただひて、もしなつたときに、森脇先生から最後にあつたように、くよくよしないで前を見て治療をするというひが大切かと思ひます。よろしいでしょうか。

○司会

ありがとうございます。まだまだ質問は尽きないと思ひますが、お時間ですのでここまでとします。どうもありがとうございます。