

平成10年10月10日

第566号

(P15~17)

山形県医師会会報

別刷

## 第一外科のご紹介

山形大学医学部外科学第一講座

教授 木村 理

## 山大医学部のページ

# 第一外科のご紹介

山形大学医学部外科学第一講座 教授 木村 理



本年7月16日付けで第一外科を担当させていただくことになりました。着任してまだ3か月たらずですが、手術とその術前、術後の管理に忙殺され、医局員と侃々諤々のディスカッションなどをしながらさまざまな消化器外科疾患や乳腺・甲状腺疾患をこなし、緊張感のある外科学のなかにひたっております。学会や研究会、講演会の準備や週に1回のペースでやってくる学生の臨床講義の準備などにもかなり時間が食われてしまいます。ここでは現在日常にわれわれが行っている外科手術について紹介させていただきます。

### 1. 肝胆膵領域の疾患

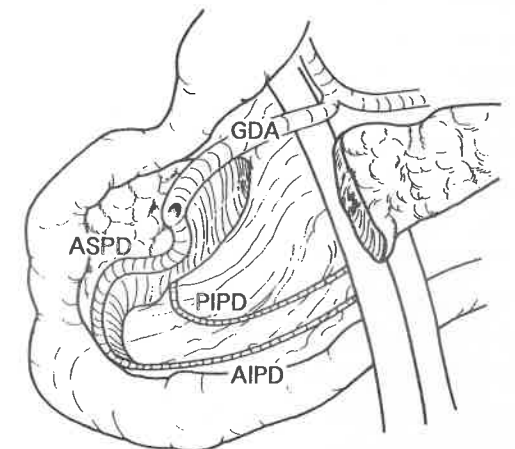
十数年前まで治療困難もしくは難渋する例が多いのが実情でした。しかし、さまざまな新しい治療法が考案され、現在最もダイナミックな治療法の進歩が見られる領域でもあります。このような進歩により、以前は切除できなかった腫瘍の切除が可能になり、より侵襲の少ないQOLを考慮した治療が行われるようになってきています。教室でも、肝胆膵領域における各種病態の研究、最新の治療法の導入により、拡大手術が可能になる一方、より低侵襲の治療法も選択できるようになり、治療成績、QOLの向上が得られています。

肝臓、胆道の疾患では、肝門部胆管癌、胆嚢癌での拡大根治手術がより安全に行われるようになり、切除率、治療成績の向上が認められるようになってきました。その背景には、術前門脈枝塞栓術により大量肝切除が可能になったこと、門脈や肝

動脈の合併切除、血行再建が可能になったことなどが上げられます。肝細胞癌、転移性肝癌では大部分の症例が無輸血で行えるようになり、放射線科、内科の協力により、肝切除、TAE、肝動注療法、エタノール注入療法、マイクロ波凝固療法などの治療法を、患者の状態に応じて選択し組み合わせることで、以前より低侵襲かつ合理的な治療が行えるようになってきています。

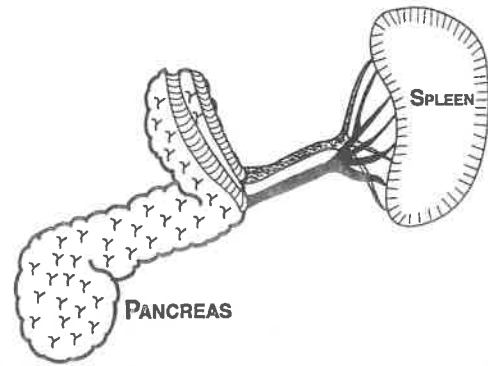
膵癌、下部胆管癌でも同様に、拡大根治手術がより安全に行えるようになり、術中照射、体外照射、化学療法を付加することで成績の向上に努めています。また、より低侵襲でQOLを考慮した治療として、幽門輪温存膵頭十二指腸切除、膵部分切除、十二指腸温存膵頭切除術(図1)、脾および脾動静脈を温存した膵体尾部切除術(図2)などを行っています。

図1



このように、肝胆膵領域の悪性腫瘍は切除率、治療成績の向上が認められてはいますが、それで

図2



も切除不能例や術後の再発も多いのが現状です。ただ、各種バイパス手術や金属ステントにより、切除不能例でも延命やQOLの向上が得られています。また術後再発に対しては、外来で定期的な超音波、CTを行い再発の早期発見、早期治療に努めています。

## 2. 消化管（食道・胃・大腸）疾患

食道癌は胆道癌、膵癌とならび消化器癌ではきわめて生物学的悪性度の高い癌の一つであり、その治療は未だに問題が山積しているのが現状です。特に外膜浸潤とリンパ節転移が治療を困難なものとしています。外膜浸潤の診断は胸部CTスキャンやMRI、超音波内視鏡によりその診断精度は年々向上していますが周囲臓器への浸潤に対する他臓器合併切除の成績の向上は得られていません。当科では気管、気管枝浸潤を除いた周囲臓器浸潤例では放射線照射治療を行い切除、治療効果がみられ切除可能と判断した症例は積極的に切除を行っています。気管、気管支浸潤例には化学療法を試みています。化学療法は5-FUの持続静注と少量CDDP投与を組み合わせたいわゆるCF療法を試みています。本法は副作用がこれまでの食道癌化学療法に比べ少なく、いわゆるコンプライアンスに優れた治療法として長期投与も可能になりました。

食道癌の手術療法は右開胸開腹、胸部食道全摘、胃管作成の後、後縦脈経路にて挙上、頸部にて食道胃管吻合を原則としています。頸部、胸部上部

食道癌に対しては全身状態を考慮しながら頸部リンパ節廓清を行っています。下咽頭頸部食道癌症例では耳鼻咽喉科と協力し、遊離空腸による再建も行っています。術後治療としては外膜浸潤因子、リンパ節転移因子を考慮、T字照射、CF療法を選択しています。

一方切除不能食道癌には積極的な緩和ケアを試み、癌による狭窄例にはステントによる対症療法を試み、QOLの向上を図っています。

胃癌に対する近年の外科的な新しいアプローチには二つの柱があります。一つは合理的手術、治療法の選択であり、もう一つは術後の消化管機能を考えた再建術式の選択です。合理的手術のとはこれまでの画一的D2リンパ節廓清ではなく、早期癌には縮小手術を選択し、進行癌には至適リンパ節廓清、或いは周囲臓器合併切除を含む拡大手術を症例に応じて選択することです。内視鏡的粘膜切除術が胃癌取り扱い規約に正式に盛り込まれることになり、当科でも2cm以内の隆起型、1cm以内の陥凹型で分化型粘膜癌を粘膜切除の適応としています。低分化型、sm浸潤癌、陥凹型でU1(+)は粘膜切除の適応から外しています。胃上部の早期癌に対しては噴門側胃切除術、胃体部早期癌には幽門輪温存胃切除術、分節的胃切除術など機能温存をめざした術式の選択を行っています。一方、高度進行癌では積極的にネオアジュバント化学療法を行った後、広範なリンパ節廓清と必要であれば躊躇することなく周囲浸潤臓器の合併切除を行い根治性を高め、延命効果が期待できる術式の選択を行っています。

術後の消化管機能の保持をめざすには、前述の合理的切除範囲を選択すると共に胃切除後の再建をいかに工夫するかが重要な点です。当科では十数年来、胃上部早期癌に対し噴門側胃切除術を施行してきました。再建にはダブルトラクト法を行ってきたが、近年は術後に残胃の内視鏡的観察および治療が可能となる小腸嚢間置法を施行しています。本法はその有用性から全国の多くの施設でも施行されるようになってきております。さらに胃全摘後、或いは幽門側切除後にも空腸嚢を作成、間置し食事摂取量の増加をはかり、ひいては術後のQOLの向上を目指しています。手術侵襲を軽

減するもう一つの試みとしては腹腔鏡による胃切除術があげられます。すなわちリンパ節廓清を要しない胃平滑筋腫などの粘膜下腫瘍に対し腹腔鏡補助下で胃の部分切除を行っています。今後さらに症例の多様性に即したこれらの適切な術式、治療法の選択が食道癌、胃癌の治療に求められてくるものと思われます。

## 3. 乳腺・甲状腺疾患

乳腺疾患は、診断から治療までの流れをすべて一般外科で担当する数少ない病気の一つです。その中で最も重要な疾患は乳癌です。乳癌は日本人の生活の欧米化に伴い西暦2000年にはその罹患率が女性の癌のトップになると言われています。第一の治療法は外科手術ですが、近年その手術法は大きく変化してきました。すなわち、機能を温存した縮小手術としての乳房温存手術が、患者のニーズと一致して盛んに行われ始めたのです。しかし癌である以上、安易に温存手術に走るのは再発の危険を伴い、やはり根治を目指す治療が要求されます。乳房を残すことが可能か否かを判断するためには、術前に乳癌の拡がりを正確に把握することが必要であることは言うまでもありません。特に乳癌は、触診で体表より触れる腫瘍よりも乳管内進展という形式でより広範囲に拡がっている場合や、同じ乳房内に多中心性に発癌している可能性があるため注意が必要です。乳房専用X線撮影装置、超音波装置に加え、きわめて有用な乳房専用コイルを使用したMRI装置を用いて癌の拡がりを確実に捉え、手術を行うことが大切です。当科ではこれらの検査結果を踏まえ、約25%の乳癌患者に乳房温存手術を施行し、より根治性を高めるために術後放射線照射を入院や外来通院にて行っています。また乳癌は全身病であるという考え方があり、術後は約10年間にわたっての検査と追跡が必要です。新しいホルモン療法剤や抗癌剤が次々と出てくる中で、これらの薬剤を駆使し一人一人の患者の病態に合った治療を行いながら永くおつきあいする方針でやらせていただいております。

甲状腺疾患としては、外科的治療の対象となる癌、腺腫、機能亢進症を扱っています。検診にて

要精査とされた方や、掛かり付けの開業医の先生方からの御紹介がほとんどです。甲状腺は小さいながらも生命の維持には不可欠な臓器であり、また若い女性患者も多いことより、その診療には専門的知識と気配りが大切と考えます。手術に際しては、重要な神経や脈管の集中する頸部の臓器であるだけに、経験と細心の注意が要求されます。当科ではこれまでの約700例を越える手術経験をもとに診断と手術を行い、術後のホルモンの変動や再発の有無については地元の先生方に御協力いただきながらフォローしています。

## 4. 腹腔鏡外科

本邦では1990年を皮切りに急速に進歩した新しい外科です。初めは胆嚢摘出術から行われ、その後は消化管疾患の全てと言っていい程まで行われるようになってきました。当教室でも1992年より腹腔鏡下胆嚢摘出術を導入し、その後は大腸・胃・ヘルニア等に適応を拡大しています。大腸に関しては、内視鏡的粘膜切除術不可能なm、sm癌を中心に、胃はリンパ節廓清を要しない胃粘膜下腫瘍やm癌などに施行しています。

腹腔鏡下胆嚢摘出術は、ほとんどの施設で行われ、全国的にも急性胆嚢炎後や慢性胆嚢炎、あるいは既手術症例でも積極的にこの手術を行う方向となっており、当科も慎重に術前検討を行い、可能な症例は本法を行い、術後は合併症もなく経過しています。

現在、当科で力をいれているのは大腸疾患に対する腹腔鏡手術です。1996年から早期大腸癌の腹腔鏡下手術は保険適応となり、当科でも導入しました。手技的にもD2廓清が可能となり、手術時間も開腹術の1.5倍程度まで短縮できています（平均2時間51分）。また、術後経過は通常の開腹術に比べ、離床・排ガス・食事開始などの短縮が見られ、術後QOLの向上が見られます。

胃疾患に関しては、大腸に比べ系統的なリンパ節廓清が難しいこともあり、胃癌についてはm癌の部分切除が中心となります。一方、リンパ節廓清のいらぬ胃粘膜下腫瘍は腹腔鏡手術の良い適応となります。