

示I—5 胸部食道癌に対する3領域郭清の治療成績とその縮小の可能性

国立大阪病院外科

小林研二、藤谷和正、吉川宣輝、小林哲郎、蓮池康徳、西庄 勇、沢村俊郎、三嶋秀行、服部哲也、辛栄成

胸部食道癌は広範囲のリンパ節転移を来しやすい。この治療成績を改善するために拡大リンパ節郭清術式として頸胸腹部の3領域郭清術式が行われるようになった。そこで、その治療成績ならびに今後の治療法の選択について報告する。〔対象と治療成績〕97年12月までに食道切除術を130名に施行した。このうち3領域郭清術42症例を対象とした。頸部リンパ節転移陽性症例は13例31%、胸部陽性は45.2%、腹部陽性は28.6%であった。また、反回神経周囲リンパ節(106rec, 101)転移陽性症例は42例中17例40.5%と高頻度でリンパ節転移陽性となり、同部位の郭清は重要であった。また、反回神経周囲を含む上縦隔リンパ節での転移の見られない症例では104,102の郭清が省略できる可能性が考えられた。3領域郭清術例のc0を除くKaplan-Meierによる4年生存率は47.4%であった。

〔まとめ〕3領域郭清と共にリンパ節郭清範囲が広がった。また、反回神経周囲を含む上縦隔リンパ節転移のない食道癌症例では104,102頸部リンパ節転移の可能性が低く、縮小手術ができると考えられた。

示I—6 頸部食道癌の予後因子について

大阪市立大学第2外科

大阪市立総合医療センター消化器外科*

竹村雅至、大杉治司、徳原太豪、高田信康、西村良彦、福田淑一、加藤裕、李栄柱、奥田栄樹、木下博明、東野正幸*

1986年より1997年7月までに当科で経験した頸部食道癌30例のうち胸部上部食道浸潤のない19例を対象とし、予後に影響を与える因子について検討した。(結果)占拠部位は、Ce:10例・CePh:9例で、17例にリンパ節郭清を含む食道切除(食道全摘;7例、頸部食道切除;10例)を行った。頸部食道切除例の再建には、遊離空腸移植;9例、遊離回盲部移植;1例を施行した。術後、移植空腸壊死が1例に、移植空腸静脈血栓症が1例にみられた。リンパ節転移を15例に認め、組織学的進行度はst0:1例、stII:2例、stIII:5例、stIV:9例であった。切除例のうち5例が再発死亡し、3年生存率は60%であった。性別・占拠部位・切除術式・深達度は有意な予後因子とはならず、リンパ節転移でみると転移個数・転移の程度では差を認めなかったが、転移の有無により生存率に差を認めた。(結語)頸部食道癌症例は手術時にはすでに広範囲なリンパ節転移をきたしている症例が多く、このような症例では手術療法のみでは良好な予後は望めない。今後、有効な補助療法の検討が必要であると思われた。

示I—7 食道浸潤上部胃癌の検討

富山医科薬科大学第2外科

吉田 徹、坂本 隆、野本一博、井原祐治、新保雅宏、斎藤智裕、山下 巖、斎藤光和、榊原年宏、田内克典、清水哲朗、塚田一博

〔目的〕食道浸潤上部胃癌の臨床病理学的特徴の検討及び、非食道浸潤上部胃癌との比較をおこなった。

〔対象〕1979年10月から1995年8月に当科にて外科的切除を施行した食道浸潤上部胃癌症例44例(以下CE群)とC領域の上部胃癌症例50例(以下C群)。

〔結果〕1、CE群はC群に比べ、肝転移、第3群以上のリンパ節転移、リンパ管および静脈侵襲陽性が高率で、stageIII・IVが多かった。5年生存率はC群57.3%、CE群31.7%であり、有意差を認めた(p<0.05)。食道浸潤様式を1)浸潤先端部が食道表層を進展していく表層型、2)食道粘膜下を進展し、扁平上皮が残存する粘膜下型、3)食道壁全層にわたり進展していく全層型に分類し、比較検討したが、この3群間には背景因子及び生存率には差を認めなかった。CE群38例の食道浸潤距離の浸潤距離は最小2mm、最大45mm、平均15.2mmであった。浸潤距離と生存率の関係を検討すると、浸潤距離20mm以上と未満で生存率に有意差を認めた(p<0.05)。

示I—8 結腸を用いた食道再建術症例の検討

沖繩ハートライフ病院外科¹⁾、琉球大学第一外科²⁾

奥島憲彦¹⁾、安田卓、竹島義隆、蔵下要、奥濱幸博、仲地広美智、天願勇、宮里浩²⁾、草野敏臣、武藤良弘

〔目的〕我々は胃管を食道再建の第一選択としているが胃切除の既往例など胃管が使えない症例では結腸による再建を行ってきた。今回、その手術術式の妥当性を検討した。〔方法〕1988年4月より1998年4月までに両外科での自験結腸再建14例(バイパス術2例を含む)につき手術手技(蠕動性、左右結腸の選択、再建経路、肛側の吻合部位)、血管造影の必要性の有無、合併症などを検討した。また、体重や食事量の変動、^{99m}Tcを含んだプリン食を用いた食道動態シンチを行い、胃管例と比較した。〔結果〕逆蠕動の1例で約3か月嘔吐が続いた。逆蠕動再建は絶対に行ってはならない。1例で結腸壊死で小腸再建に変更した。

1例では難治性下痢で半年止痢剤の投与を必要とした。左右結腸による差は見られなかった。血管造影では有益な情報は得られなかった。2例でイレウスを起こし再手術を行った。2例で縫合不全、4例で呼吸不全を起こした。挙上経路による差はなかった。肛側吻合では逆流症状に差はなかった。食事量、体重、生化学データ、シンチで胃管再建の方が結腸再建より排出能が良く、食事量に関して患者の満足度も高かった。