

膵癌治療の標準化を目指した歩み

(文責 腫瘍外科 土井隆一郎)

京都大学腫瘍外科(第一外科)では、膵癌治療の向上を主要なテーマとして取り組んでまいりました。膵癌診療に際してご協力いただいている各診療科ならびに医療スタッフの皆様には、書面をお借りしてお礼申し上げます。

さて、膵癌の治療成績は過去20年にわたって伸び悩んできました。その理由としては、診断が一般に遅れがちであり、診療の場に現れた患者さんのほとんどが進行癌であることや、比較的早期に発見された癌でさえすでに周囲組織浸潤や肝転移を伴っていることなどがあげられます。膵癌患者さんが治癒可能な唯一の方法は根治的外科切除ですから、いかに安全な膵切除を行い、同時に膵周囲組織の徹底した郭清によって癌遺残がない手術を行えるかということが、これまでの課題であったわけです。

教室では膵癌の根治を目指した施術を営々と積み重ねた結果、安全な切除手術法が確立されてきました。術式の変遷は多少あるものの、通常、膵切除に加えリンパ節のD2郭清と膵外神経叢切除を行います。膵頭部癌に対しては全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術、膵体尾部癌に対しては膵体尾部切除術を行い、門脈浸潤が認められる症例に対する門脈合併切除は標準的に行っています。安全な切除手術法が確立された現在、その治療成績をさらに向上させるためにはどうすべきか、ということが次の大きな問題になっています。

膵癌治療体系の中で、手術法の確立にもまして膵癌治療に塩酸 gemcitabine が導入されたことは epoch-making でありました。塩酸ゲムシタピンは1997年に米国における5-FUとの比較臨床試験の結果、非切除膵癌の生存期間を延長することが報告されました(Burris HA. J Clin Oncol. 15:2403, 1997.)。日本では2001年4月から保険適応が追加され、膵癌治療に用いることができるようになっていきます。

塩酸ゲムシタピンが非切除膵癌に効果があることは、臨床比較試験で示されてきたわけですが、手術切除を行ったあとで、術後補助療法として投与することが患者さんの利益になるか、という点についての答えはありません。塩酸ゲムシタピンは非切除膵癌に有効なわけですから、切除手術の後で補助的に使えば良いのではないかと予想されますが、本当に再発予防効果があるのかは不明です。有害事象や塩酸ゲムシタピンを用いることによる生活の制限を考慮すれば、今のところ手術切除後に使用する根拠は無いこととなります。そこで私たちは「膵癌の手術切除後に塩酸ゲムシタピンを補助的に用いることが有効か」という点を解明する臨床比較試験を国際共同研究として行っています。

この共同研究グループは、英国のリバプール大学に事務局があり、EU諸国(英国、ドイツ、イタリア、フランス、ハンガリー、ギリシャ、スウェーデン、フィンランド、

チェコ)に加えスイス、カナダ、オーストラリア、トルコ、日本が参加しています。日本の事務局は京都大学腫瘍外科にあり、国内での試験実施のとりまとめを行っています。数年のうちにはこの臨床試験の結果が公表され、治療体系に新しい基準が加わると予想されます。

全膵癌患者の中で根治的手術切除が行われるのは約40%にすぎません。残りのかたには放射線化学療法や全身化学療法が行われます。また手術を行っても再発膵癌の治療、対症療法と治療手段は多岐にわたります。従いまして膵癌患者の治療や臨床試験の実施に当たりましては、外来化学療法部をはじめ、各方面の方々のご協力をお願いしているところでありますが、今後ともご援助をお願いする次第です。