

【第132回生涯教育講座】

膵癌治療戦略の変遷と将来展望

| | | | | | | | | | | |
|----|----|----|-----|-----|----|----|----|----|----|-----|
| た | じま | よし | つぐ | なか | むら | こう | すけ | きし | | たかし |
| 田 | 島 | 義 | 証 | 中 | 村 | 光 | 佑 | 岸 | | 隆 |
| にし | | | たけし | はやし | | ひこ | た | かわ | ばた | やす |
| 西 | | | 健 | 林 | | 彦 | 多 | 川 | 畑 | 康 |
| | | | | | | | | | | なり |
| | | | | | | | | | | 成 |

キーワード：膵癌，膵頭十二指腸切除，化学療法，新規抗がん剤，集学的治療

要 旨

膵癌の外科治療では，標準術式の確立，拡大手術の実践，機能温存手術の試みがなされてきた。その歴史的変遷の中で予防的拡大リンパ節・神経叢郭清手術が否定され，現在は，術後 QOL と臓器機能を考慮したがん遺残のない (R0)，過不足ない手術を目指すことにシフトしている。最近では，低侵襲手術として腹腔鏡手術やロボット手術が応用されつつある。一方，2000年代に入り治療効果が期待できる新規抗がん剤，分子標的薬，免疫チェックポイント阻害剤等が登場し，それまで不毛地帯であった膵癌化学療法に転機がおとずれ，外科治療を含めた膵癌治療戦略のパラダイムシフトが起こりつつある。膵癌治療成績の向上には，確実な診断，術前治療，適切な症例選択と R0 切除，術後補助療法による相補的な集学的治療が重要である。

はじめに

最新のがん統計¹⁾によると，膵癌の罹患数はがん全体の第7位であるのに対し，死亡数は肺癌，大腸癌，胃癌に次いで第4位を占めている。また2020年の膵癌罹患数は4万人を超え，第6位になると予測されている。『癌の王様』と称される膵癌は発見時に既に進行していることが多く，治療も容易ではない。その5年相対生存率は今だ10%で，いかに膵癌の治療が難しいかを物語っている。

しかし近年，新規抗がん剤の登場によって，膵癌治療戦略のパラダイムシフトが起こりつつある。

本稿では膵癌，特に膵頭部癌に対する治療法の変遷と現在の考え方，そして将来展望について概説する。

I. 膵頭部領域がんに対する手術術式の変遷

① 標準的膵頭十二指腸切除術の確立

1898年 Coldivilla²⁾ が膵頭部癌に対して十二指腸の大部分と膵頭部を切除する初めての膵頭切除を行った。1912年 Kausch³⁾ は十二指腸乳頭部癌に対して二期的に膵頭部と十二指腸を切除する手術を報告した。さらに1914年 Hirschel⁴⁾ が一期的

Yoshitsugu TAJIMA et al.

島根大学医学部消化器・総合外科

連絡先：〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部消化器・総合外科