

# 第 29 回京都肝胆膵外科セミナー

プログラム/抄録集

開催日時：令和 4 年 10 月 15 日（土） 14：00～18：00

主催：京都肝胆膵外科セミナー

共催：ミヤリサン製薬

後援：京都大学外科交流センター

ミーティングに登録する

参加登録 URL：<https://us02web.zoom.us/j/89594193057?pwd=YndBRVBZL05meDclTUgwdGpoNWhDUT09>



配信会場



〒600-8006

京都府京都市下京区立売中之町 100-1 四条 KM ビル 8F

## 第 29 回京都肝胆膵外科セミナープログラム

14:00~14:05 開会の辞

静岡市立静岡病院 佐々木 直也

14:05~14:20 スポンサードレクチャー

共催：ミヤリサン製薬

14:20~14:50 施設共同臨床試験の進捗状況 ※各報告：3分

公立豊岡病院 上村 良

- ① BRAF V600E 変異陽性切除不能大腸癌肝転移に対する conversion 療法に関する多施設共同前向き観察研究  
兵庫医科大学病院 奥野将之
- ② 膵癌切除症例に対する術後補助化学療法としての S-1 療法の投与期間と予後：多施設共同後ろ向きコホート研究  
京都大学肝胆膵・移植外科 余語覚匡
- ③ GSATT 試験（抗血栓薬（抗血小板薬・抗凝固薬）服用患者における消化器外科手術の安全性の検証  
：多施設共同前向き観察研究 小倉記念病院 藤川貴久
- ④ SAMURAI-Liver study 医学研究所北野病院 河合隆之
- ⑤ DAIMONJI-Study 京都医療センター 成田匡大
- ⑥ 十二指腸乳頭部癌の多施設共同後方視的コホート研究 京都医療センター 成田匡大
- ⑦ 新規臨床研究報告：術前治療後に切除し pCR であった膵癌患者における術後補助療法の有効性についての検討  
京都大学 肝胆膵・移植外科 長井和之

シンポジウム：テーマ 「膵癌の外科的治療戦略：進行膵癌および高難度症例への挑戦」

14:50~15:05 膵癌の外科的治療戦略 事前アンケート報告：※報告：15分

静岡市立静岡病院 佐々木 直也

15:05~16:25 第1部 ※演題：発表12分/質疑応答5分

司会医学研究所北野病院 上村良/京都大学肝胆膵・移植外科 小山幸法

- ① UR 膵癌に対する conversion surgery の経験~DP-CAR 症例を中心に~  
天理よろづ相談所病院 後藤 俊彦
- ② 腹腔動脈に浸潤する局所進行膵体部癌に対する Retlap を用いた新しい手術戦略と治療成績  
枚方公済病院 木口 剛造
- ③ 当院における局所進行膵体部癌に対する腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術  
大津赤十字病院 北口 和彦
- ④ DP-CAR の2例  
京都市立病院 久保田 豊成

～ 休憩 10 分 ～

16:35~17:55 第2部 ※演題：発表12分/質疑応答5分

司会：京都桂病院 佐々木直也/大津赤十字病院 北口和彦

- ⑤ 当院における膵全摘術 ～脾温存に焦点を当てて～  
医学研究所北野病院 井口 公太
- ⑥ 閉塞性膵炎と左側門脈圧亢進を有する膵頸部癌に対し膵体尾部切除術を行った1例  
滋賀県立総合病院 佐藤 朝日
- ⑦ 術前治療後の膵癌軟部陰影と手術・治療戦略  
藤田医科大学 内田 雄一郎
- ⑧ 正中弓状靭帯による腹腔動脈狭窄を伴う膵鉤部癌 UR-LA (SMA180° 以上接触, 大動脈接触)  
症例に対する conversion 手術の経験  
倉敷中央病院 野村 悟己

17:55~18:00 閉会の辞：総括

京都大学 肝胆膵・移植外科 教授 波多野 悦朗

施設名：天理よろづ相談所病院

発表者：後藤 俊彦

演題名：UR 膵癌に対する conversion surgery の経験~DP-CAR 症例を中心に~

【抄録】

当院では 2013 年 1 月 から 2022 年 7 月の間に膵癌 44 例に術前治療を施行し、根治切除を目的として手術を行った。内訳は R 膵癌 26 例、BR 膵癌 15 例、UR 膵癌 3 例であった。UR 膵癌 3 例中 1 例は UR-LA の膵頭部癌で化学療法を 9 ヶ月施行の後 SSPPD を施行した。1 例は UR-LA の膵体部癌で化学療法を 7 ヶ月施行の後 DP-CAR を施行した。1 例は UR-LA+M の膵体部癌で放射線化学療法を 11 ヶ月施行の後 DP-CAR を施行した。DP-CAR を施行した 2 例を中心に動画を供覧し、症例を提示する。

施設名：枚方公済病院

発表者：木口 剛造

演題名：腹腔動脈に浸潤する局所進行膵体部癌に対する Retlap を用いた新しい手術戦略と治療成績

【抄録】

目的：腹腔動脈浸潤の局所進行膵体部癌に対し、腫瘍に影響されずに腹腔動脈根部を確保する方法として Retroperitoneal-first laparoscopic approach(Retlap)を考案した。

方法：Retlap による腹腔動脈合併尾側膵切除(DP-CAR)では、腹腔鏡操作で左側から後腹膜アプローチを行い、腫瘍の背側から背側マージンと腹腔動脈根部の先行確保を行う。

結果：前任施設で 10 例(UR-LA: 4 例)に対して Retlap による DP-CAR を施行した。切除時間と術中出血量の中央値は 582 分、412mL であった。R0 切除率は 100%。全生存期間の中央値は 53.8 ヶ月であった。

結論：Retlap は DP-CAR を要する局所進行膵体部癌に有用である。

施設名：大津赤十字病院

発表者：北口 和彦

演題名：当院における局所進行膵体部癌に対する腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術

【抄録】

腹腔動脈幹合併膵体尾部切除術(DP-CAR)は腹腔動脈や総肝動脈への浸潤を伴う膵体部癌に対する術式であり、定義上の局所進行膵癌に対して適応される。

しかしながらその周術期死亡率は比較的高いことが報告されており、術後膵液瘻や壊死性胃炎等の虚血性胃症といった合併症に十分留意する必要がある。

今回、当院における局所進行膵体部癌に対する DP-CAR の手術手技およびこれまでの治療成績に関して、実際の手術動画を供覧し報告する。

施設名：京都市立病院

発表者：久保田 豊成

演題名：DP-CAR の 2 例

【抄録】

当院で施行した DP-CAR の 2 症例について報告します。

症例①：70 歳代後半、男性。耐糖能悪化を契機に当院紹介。精査の結果、 $\phi$  29mm の切除可能膵体部癌の診断。ただし SPA の根部まで 2mm と近接しており、術前化学療法として GS 療法 4K 施行後に DP-CAR 施行。術後合併症なく経過し POD14 退院。病理結果は R0。

症例②：70 歳代前半、女性。特発性間質性肺炎で当院呼吸器内科フォロー中の胸部 CT で膵尾部に腫瘍性病変を指摘され紹介。精査の結果、 $\phi$  30mm、A1: Ace, Aspa の BR-A 膵癌の診断。間質性肺炎あり upfront に DP-CAR 施行。術後合併症なく経過し POD13 退院。病理結果は R0。

**施設名：**医学研究所北野病院

**発表者：**井口 公太

**演題名：**当院における膵全摘術 ～脾温存に焦点を当てて～

**【抄録】**

膵全摘術は、術後栄養状態の回復に課題があるが、糖尿病専門医と管理栄養士の積極的介入下に、比較的安全に施行可能である。

当院では2009年以降26名の患者に膵全摘を施行した。中でも「脾温存」膵全摘術を4例実施、その有用性については今後の課題であるが、当院での本試みにつき紹介する。

**施設名：**滋賀県立総合病院

**発表者：**佐藤 朝日

**演題名：**閉塞性膵炎と左側門脈圧亢進を有する膵頸部癌に対し膵体尾部切除術を行った1例

**【抄録】**

78歳男性。肺気腫、狭心症、慢性C型肝炎の既往。発熱と腹痛を主訴に前医受診し、膵癌と診断され当院紹介。

膵体尾部の主膵管は著明に拡張し、閉塞性膵炎の状態であった。

膵頸部に15mm程度の境界不明瞭な腫瘤を認め、脾静脈閉塞、左側門脈圧亢進の状態。開腹DPを施行。

腫瘍の境界は不明瞭でGDAを膵から剥離し可及的右側で膵を切離。膵炎と左側門亢の影響で手術に難渋した。経過良好で13POD退院。

**施設名：**藤田医科大学

**発表者：**内田 雄一郎

**演題名：**術前治療後の膵癌軟部陰影と手術・治療戦略

**【抄録】**

膵癌手術ではR0確保が重要とされ、適切な切除範囲設定が必要である。

当科では術前化学療法後の手術を標準としているが、神経周囲浸潤などを示唆する画像上の軟部陰影は腫瘍縮小後も残存することが多く、これらに対しどのように切除範囲を設定すべきか議論の余地がある。

局所進行膵体部癌に対して化学療法後に腹腔動脈・門脈合併膵体尾部切除を企図したものの、術中判断で腹腔動脈を温存して膵体尾部切除門脈合併切除を行った症例と当科の治療戦略・成績を供覧し、諸先生方からご意見をいただきたい。

**施設名：**倉敷中央病院

**発表者：**野村 悟己

**演題名：**正中弓状靭帯による腹腔動脈狭窄を伴う膵鉤部癌 UR-LA (SMA180°以上接触、大動脈接触)

症例に対する conversion 手術の経験

**【抄録】**

症例は61歳女性。PLsma浸潤とAoへの接触を伴う進行膵鉤部癌に対してNACRT施行後にPPPDを施行した。非治癒因子がないことを確認後、Treitz靭帯アプローチにてJ3A~PIPDAまでの45mmのPLsma全周郭清を行った。

CA起始部右側から弓状靭帯を切離してからGDAクランプテストで肝血流が保持されていることを確認した。

SpV合流部より2cm尾側から2cmにわたってSMV浸潤していたので血管鉗子で遮断後に切離し6-0Prolene連続で端々吻合を行った。再建はChild変法で膵空腸は橋田II法で施行した。

術後は肝動脈分枝からの出血に対してIVRで止血や難治性下痢など難渋したが無事退院した。