

近位迷切の7年間の経過追求成績

A Seven-year Follow-up of Proximal Gastric Vagotomy, Clinica Results: Liavago I, Roland M(Scand J Gastroent 14: 49~56, 1979)

オスロー市の Aker 大学病院では1970年以降は過酸の消化性潰瘍に対し、近位迷切がなされている。胃潰瘍以外の症例で、近位迷切後5~7年間経過した243例中、他病死および消息不明を除く224例を対象とした。十二指腸潰瘍(UD)205例、併存潰瘍5例、潰瘍を証明できないが症状が続き過酸の14例である。術前に胃排泄時間が6時間以上延長していた10%にはドレナージ手術が追加された。手術適応は、5年以上の経

過があり内科的治療で完全に治らぬもの、最少3カ月治療しても難治の潰瘍などである。5~7年後に、66%が無症状、23%が食事に注意していれば無症状、3%では症状は改善したがいまだに消化器症状あり、8%(19例)で潰瘍が再発した。再発19例中、術前と同じ球部に再発したものは4例に過ぎず、15例では幽門輪や幽門前部などより近位に再発した。4例は術後1年以内、5例は2年目、6例は3年目、2例は4年目、2例は5年目の再発である。全例内科的に治療したが、症状が続くあるいは再発を繰り返した8例には胃切除術が施行された。再発以外に軽い早期ダンピング症候群8例、むねやけ8例、裂孔ヘルニア2例、などが

あった。手術死は急性冠血栓による1例のみである。術後5年の体重は術前に有意差なく、血色素量、血清B₁₂、血清鉄、TIBCは正常範囲内であった。

文献的にはUDの外科療法後再発率は、近位迷切1.5~15.4%、胃切4~5%、迷切+ドレナージ6~11%、迷切+幽門洞切除1~4%であるが、自験例では10%である。他方手術死は迷切+幽門洞切除は0.7~3.4%であるのに対し自験例では0.2%であった。近位迷切の最大の利点は術後の困難症がまれでしかも軽症であることである。

(関東通信病院消化器内科

上田栄蔵 抄)

結腸癌、直腸癌の病期の設定

Staging of Cancer of the Colon and Cancer of the Rectum: Wood DA, Robbins GF, Zippin C, et al (Cancer 43: 961~968, 1979)

各種の癌を一定の病期分類に従って分類する必要があることはよく知られている。国際対癌連合(UICC)は1950年から、T(原発巣の浸潤程度)、N(リンパ節転移)、M(遠隔転移)分類を提唱している。AJC(American Joint Committee)の改訂案が1977年にUICCの正式な病期分類として承認された。この分類ではpostsurgicalな所見によるpTNMのほか、臨床所見に基づくcTNM、術中所見によるsTNMなどが決められている。この分類を、アメリカ合衆国の10施設で1959~67

年の期間に手術された1,826名に適用して、その予後との関係などを検討した。結腸癌924名(男性47%)、直腸癌902名(男性59%)で、平均年齢は66歳、63歳である。それぞれ92%、90%が切除術を受けており、97%、96%で消息が判明している。

術中の判定(sTNM)と術後の判定(pTNM)の一致率は、T(深達度)についてはそれぞれ69%、59%、N(リンパ節転移)については70%、76%で、sTNMは正確とは言えない。

本分類では0期(上皮内癌)、1A期(T1=smまで、N0M0)、1B期(T2=Sまで、N0M0)、2期(T3~5、N0M0)、3期(Tに関係なくN1M0)、4期(TNに関係なくM1)としている。5年生存率は結腸癌では0期より4期までそれ

ぞれ75%、77%、67%、58%、33%、4%であり、直腸癌では75%、76%、69%、57%、25%、7%であった。すなわち上記の病期分類は、結腸癌直腸癌の予後とよく一致する。本分類は1932年のDukes分類のオリジナルにならったものであるが、Dukes分類はその後の種々の改訂により混乱を招いている。pTNM分類は結腸癌直腸癌によく適用できる。但しリンパ節転移の有無は予後と最も関係が深く、N0で腹壁に直接浸潤があったものも7例中5例が5年以上生存した。(抄録者注、0期、1期の5生率は日本よりかなり劣るようだ。)

(関東通信病院消化器内科

高橋 賢 抄)