

膵癌の術前照射

Preoperative Irradiation in Carcinoma of the Pancreas: M.V. Pilepich, H.H. Miller (Cancer 46: 1945~1949, 1980)

最近の文献で、膵癌の5生率は0.4%と報告されている。治療法としては、やはり外科的切除に頼らざるを得ないが、それだけでは予後は向上しそうにない。そこで術前照射が切除率を改善するかどうか、あるいは術後の再発を減少させるかどうかは本論文の目的である。17例の膵の腺癌が術前照射の対象となった。いずれも内科的検討では手術可能とされ、開腹術を施行したところ、11例は全く手術不能とされ、他も切除が難しいとの理由で、15例に吻合術

が施行されたにすぎなかった。その後コバルト 60 またはベータトロンで、1日200ラップで4,000~5,000ラップが照射され、5~8週後に再び切除を試みた。再検査の結果11例が第2回目の開腹術を受け、6例で切除可能であった。うち5例では根治切除ができた。いずれも頭部癌だった。腫瘍は著しく退縮し、1例では顕微鏡下でわずかの癌遺残があったにすぎなかった。予後は、切除できなかった例では、13カ月以上の生存者はなく、切除例中2例は5生例である。

膵頭部癌は、容易に上腸間膜動脈と門脈をおかすために切除不能となる。この研究でも、最初の開腹で11例がその理由で切除不能となった。照射療法は、一般に局所再発を減ら

すことにより、理論的には外科手術成績を向上させうる。他の癌でも、術前照射療法が切除率向上に寄与している。このシリーズの切除例6例も、当初切除不能とされたが、照射で腫瘍が縮小し、切除が容易となった。遠隔転移に対する効果は推定にすぎないが、確かに局所再発のみならず、遠隔転移の頻度も著減させている。切除断端への腫瘍の伸展が再発の原因になった例があり、膵頭十二指腸切除術より膵全切除術のほうが優れているように思われる。化学療法剤や放射線増感剤の投与は、照射に対する局所反応を強め、最終切除率を向上させる方法として取り入れるべきであろう。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美 抄)

Coffee Break

HBs 抗原は内視鏡で伝染するか

1971年のLancetに、AkdamarらはB型肝炎患者の胆汁中にHBs抗原が見付かったと報告している。同年同誌に同じく、パンクレオザイミン刺激後の十二指腸液にHBs抗原を見付けたというSerpeauらの報告も出されていた。ただし、刺激なしでの基礎分泌液中には見付からないのだという。同様なことをAlpらもGutに報告した。

RennerらはERCPで採取した膵液中にHBs抗原を見付けた。

とすると、膵がHBVの感染を受けているのかもしれない。しかし、膵液中の蛋白分解酵素はHBVを消化しないのだろうか。果たして、膵液と胆汁を混じてHBVに働かせると、HBs抗原はimmunoreactivityを失ったとFeinmanは述べている。

HBs抗原陽性者のHBs抗原またはHBVは、消化管内の出血とか唾液や胆汁を通して腸管内に到達し、HBs抗原陰性者の場合には汚染物の嚥下によって

HBVは腸管内へ到達する。しかし、糞便中にはHBs抗原は見付からないのだという。だから、普通はHBs抗原は腸管内でこわされてしまうのだと考えられる。

Piazzaはこのようなことから、ヒトの糞便中か腸管壁にHBs抗原inhibitorが存在するのではないかと言っている。Moodieらは、Dane粒子にプロナーゼと胆汁酸を作用させてそのsurface coatをこわすことができたと報じた。

このことは、McClellandらの言うごとく、消化管内視鏡においてB型肝炎の伝染を来しにくいことと何か関係があるのかもしれない。

Bondらによると、HBs抗原inhibitorは膵にあると考えられているが、最初に述べたごとく、十二指腸液にHBs抗原が発見されたりすることがあるので、何らかの胆・膵疾患がある場合には、一応要注意であり、当然何らかの胆・膵疾患をマークして行うERCPの際にはHBV要注意となる。(M)