III　生涯教育「膵疾患の総合診断（初診から精検まで）」　司会　山田明義

1. 膵疾患治療の現状　（消化器外科）今泉俊秀
2. 臨床症候診断，生化学診断　（消化器内科）渡辺伸一郎
3. 超音波診断　（消化器外科）原田信比古
4. CT，MRI 診断　（消化器放射線科）上野恵子
5. ERCP 診断　（消化器放射線科）土岐文武
6. ANGIO 診断　（消化器放射線科）唐沢英偉
7. 症例提示

IV　指定講演　司会　竹内　正

1. 膵癌の早期診断の現状と展望　（消化器放射線科）唐沢英偉
2. 切除例からみた膵頭部癌の進展様式　（消化器外科）中迫利明

V　教育講演　司会　羽生富士夫

自己免疫性肝炎ー自験例の整理ー　林　直諒

VI　総括発言　（名誉所長）中山恒明

閉会の辞　羽生富士夫

I　医療練士，大学院生

1. 表在隆起型食道癌の悪性度に関する検討

（消化器外科）　田中元文

表在隆起型食道癌切除標本の病巣を計測して，その形態から悪性度を検討した．1965～1992年に切除した術前未治療の表在食道癌は154例で，このうち O-I 型は84例であった．さらに計測可能であった65例を対象とした．肉眼型の内訳は p 7例，p1 47例，sep 11例であった．深達度の内訳は sm1 4例，sm2 33例，sm3 28例であった．深達度が大きくなる程，リンパ節転移，脈管侵襲の頻度が増大し，生存率も低くなる傾向があった．癌巣の計測部位は，a；粘膜筋板上の高さ，b；sm 浸潤距離，c；粘膜筋板破壊距離（長軸），d：粘膜固有層浸潤距離（長軸）とした．a は深達度と無関係であり，むしろ深達度が大きい程，小さい傾向となった．b と深達度は相関した．c は深達度と相関したが，d は無関係であった．c と d の関係から粘膜固有層での病巣の進展が，そのまま粘膜筋板を破壊して粘膜下層に浸潤するものではないことが推定された．

〔結語〕表在隆起型食道癌の予後は深達度により大きく影響されるが同一深達度では癌巣の形態により異なる．すなわち sm 3症例では相対的に粘膜筋板破壊の大きいもので，sm 2症例では粘膜固有層の癌巣が大きいもので予後不良であり，sm 浸潤が軽度のものでは浸潤様式が末広がり型を呈するもので悪性度が高いと思われた．

2. 広範囲進展型食道癌の臨床病理学的検討

（消化器外科）　中村英美

〔目的〕食道癌には病巣が広範で，きわめて悪性度の高いものがある．食道の3区分以上にわたり広範に，あるいはびまん性に癌巣を認めるものを広範囲進展型食道癌と定義し，その特徴を考察した．

〔対象〕1980年1月から1993年12月までに開胸食道亜全摘された術前照射例，腺癌を除く722例中の広範囲進展型39例，および対照群（非広範囲型）683例とした．

〔結果〕①広範囲型は stage 3，4の症例を90％に認め，リンパ節転移率は87％であった．転移リンパ節個数も平均8個と高度進行例が多く予後は非常に不良であった．②広範囲型の進展様式を表拡型，多発型，壁内転移型，浸潤型，混合型の5型に分類した．③表拡型，多発型に比較的予後良好な症例を認めるが，壁内転移型は非常に予後不良で長期生存例は認められなかった．

〔結論〕広範囲進展型食道癌は CO の頻度が高く予後不良であり，手術適応の検討や，補助療法の工夫が必要である．

3. 胃癌における腹腔洗浄細胞診の意義

（消化器外科）　高石祐子

〔目的〕腹腔洗浄細胞診が胃癌の予後規定因子と成り得るかを検討した．

〔対象・方法〕1987年1月から7年間に切除した胃癌104例．開腹時上腹部と下腹部に生理食塩水50ml ずつを散布回収，迅速細胞診を行い，Papanicolaou 分類 class I～II を陰性 cy(－)，class IV～V を陽性 cy(＋) と判定した．

〔成績〕①104例中 cy（＋）は38例（36.5%）だった．②104例中 P（－）症例は84例，うち cy（＋）は25例（17.9%）だった．③P（－）症例中 cy（＋）症例は4型，se 以上，INFγ，ly2以上，漿膜浸潤面積10cm^{2}以上に，各々5%以下の危険率で有意に多かった．④P(－)S（＋）症例の累積生存率を比較すると，cy（＋）例は cy（－）例よりも不良だった．⑤S(＋)cy(＋)症例の累積生存率を比較すると，P(－)例であっても P(＋)例と同様に不良だった．

〔結論〕P(－)S(＋)症例において，cy（＋）は潜在的腹膜播種と考えられ，腹腔洗浄細胞診は予後規定因子となり得る．

4．経直腸的カラードップラー超音波内視鏡検査（CDEUS）による直腸癌の腫瘍内血流と血行性転移との相関に関する研究

（消化器外科）　井上雄志

進行直腸癌切除例中術前 CDEUS を施行した22例を対象に CDEUS を用いて腫瘍内血流と血行性転移の関連について検討した．血行性転移陽性群8例と陰性群14例に分け観察血流数，最高血流速度を比較した．①観察血流数：転移陽性群；5.1本，陰性群；2.8本（$p<0.01$）．最高血流速度：26.9cm/s，14.9cm/s（$p<0.01$）．②静脈侵襲との相関：静脈侵襲が高度になるほど観察血流数は多く速い最高血流速度を示した．③高度静脈侵襲（v2，v3）例で血行性転移陽性8例と陰性5例に分け観察血流数，最高血流速度を比較した．転移陽性例；観察血流数；5.1本，最高血流速度；26.9 cm/s，陰性例；3.6本（$p<0.05$），16.2cm/s（$p<0.01$）であった．高度静脈侵襲症例でも血流数が少なく最高血流速度の遅い症例は血行性転移を認めなかった．

5．直腸癌術後骨盤内再発に対する造影 MRI の有用性の研究

（消化器外科）　亀山健三郎

直腸癌術後骨盤内再発が疑われた20例（再発腫瘍11例，瘢痕組織9例）に対する鑑別診断成績を CT 診断，MRI 画像の腫瘤形態からみた診断，造影 MRI の造影の有無からみた診断の3項目について比較検討した．CT 診断では診断不能例が10例あり正診は50%であった．MRI 画像で腫瘤型は結節型8例，結節棘状型7例，棘状型5例の3型に分かれ結節型・棘状型は鑑別できたが結節棘状型は鑑別不能であった．造影 MRI で造影効果中等度から高度陽性例9例，造影効果軽度陽性例4例，造影効果陰性例7例で，再発腫瘍は11例全例造影効果陽性，また造影効果陰性例は7例全例が瘢痕組織であり造影効果有無の鑑別診断の正診率は20例中18例（90%）であった．これらのことより造影 MRI は鑑別に有用であることが示唆された．

6．肝切除術における術中門脈圧の意義

（消化器外科）　桂川秀雄・高崎　健・山本雅一・大坪毅人・小林秀規・丸山千文・竹並和之・羽生富士夫

〔目的〕我々は肝切除に伴う門脈圧の変動に着目し，術中門脈圧と肝線維化，肝再率，ICG などの肝予備能との関連性を検討した．

〔対象〕肝細胞癌38例，転移性肝癌5例．術式は三区域切除3例，肝葉切除15例，区域切除17例，亜区域切除4例である．

〔方法〕上腸間膜静脈よりカテーテルを門脈本幹に留置し，肝切除前の門脈圧としてカテーテル挿入時に，切除後の門脈圧として肝切除予定区域のグリソン鞘枝結紮時，または一時的遮断時に測定した．

〔結果〕①切除前後の門脈圧変化は線維化の程度が強くなるに連れ高い傾向にあった．②肝硬変においては門脈圧変化率は肝再生率と関連がなかった．③門脈圧変化率と ICG K 値の変化率に正の相関を認めた．

〔結語〕術中門脈圧の測定により，肝線維化の程度，切除に伴う ICG の悪化の程度を予測できる可能性が示唆された．

7．肝静脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌の手術成績

（消化器外科）　丸山千文

〔目的〕従来肝静脈腫瘍栓は癌細胞が静脈内に露出しているため，大循環系に侵入し易く，肺を始めとした遠隔転移を引き起こす，予後不良因子と考えられてきた．肝静脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌の手術成績について検討した．

〔対象と方法〕1985．1．1．～1991．12．31．の7年間に行われた肝細胞癌切除症例482例中肉眼的に肝静脈腫瘍栓を伴う23例とした．検討項目は再発臓器と再発率，術後遠隔成績について検討した．

〔結果〕腫瘍栓進行度は Vv1；3例，Vv2；13例，Vv3；7例で，再発は Vv(＋)群，Vv(－)群ともに，肝転移，骨転移，肺転移ほぼ同様な傾向で，残肝再発が多く5割以上をしめ，肺，骨などは1割未満と少ない比率であった．遠隔成績も大きな差は認めなかった．また，1例は8年以上，7年1例，6年1例，5年1例と長期生存例も認めた．

〔まとめ〕肝静脈腫瘍栓の存在は術後再発臓器，遠隔成績に大きく影響しないと思われた．