

胃癌、大腸癌の浸潤性腹腔内再発に対する手術治療の成績

—特に姑息的切除の臨床的意義と効果—

横浜赤十字病院外科

森脇 義弘 山中 研 小金井一隆
呉 宏幸 工藤 琢也 森田 修平

過去10年間に手術を行った浸潤性腹腔内再発胃癌23例、大腸癌18例について臨床的に検討した。再発胃癌で腹膜播種がP₂までの症例では、退院可能例は治癒切除 (CUR) 群100%、姑息的切除 (PAL) 群100%、非切除 (UNR) 群40%、平均生存期間は各731日、468日、174日、再発大腸癌で腹膜播種がP₁までの症例では退院可能例はCUR 群100%、PAL 群80%、UNR 群67%、平均生存期間は各1,087日、443日、306日とCUR 群、PAL 群で良好な傾向にあった。腹膜播種がP₃の再発胃癌、腹膜播種がP₂以上の再発大腸癌では、CUR 群はなく、退院可能例は再発胃癌 PAL 群、UNR 群で各67%、29%、再発大腸癌で各75%、33%とPAL 群で良好ではあったが、平均生存期間は再発胃癌、大腸癌ともPAL 群とUNR 群で差はなかった。P₂までの浸潤性腹腔内再発胃癌、P₁までの再発大腸癌では、姑息的切除となっても手術により生存期間が明らかに低下することはなく、症状の改善が期待できれば、積極的に切除を試みる意義があると思われた。

Key words: recurrence of gastric cancer, recurrence of colorectal cancer, surgical treatment of the recurrent cancer, prognosis of recurrent gastric cancer, prognosis of recurrent colorectal cancer

はじめに

胃癌、大腸癌の再発のうち、肝転移など特定の再発に対しては、手術治療が奏効する場合も多い^{1)~3)}。しかし、術野の局所再発や周囲への浸潤がみられるリンパ節転移再発、腹膜播種再発など、腹壁や後腹膜を中心とした、再発形式が判別困難な浸潤性の腹腔内再発に対する手術治療に関しては、まとまった治療成績の報告は少なく、成績も不良である^{4)~6)}。浸潤性の再発癌といえど、治癒的に切除されれば良好な予後が期待できるとする報告もあるが⁷⁾⁸⁾、手術の根治性を術前に判断するのは困難で、実際に手術を行ってはじめて治癒的切除の可能性が判明する症例もある。予定した術式が行えず、癌組織の volume reduction にすぎない、根治性のない姑息的切除に終わる症例も多く⁹⁾⁹⁾、この場合、切除の侵襲自体が予後を悪化させ、症状の軽減も図れず、quality of life (以下、QOL) の低下を招くなどの懸念もある。このため、治癒的切除が困難な症例

には、腸管吻合や人工肛門造設など、切除を行わず侵襲を少なくする、ないしは最初から手術自体を断念すべきとする意見も多い⁵⁾¹⁰⁾。今回、浸潤性腹腔内再発癌の姑息的切除の有用性に関して、どのような症例に姑息的切除を行えば症状の軽減が得られ、予後の悪化やQOLの低下がなく、切除の意義があるかを検討した。

対象と方法

横浜赤十字病院外科で、過去10年間に手術を行った浸潤性腹腔内再発胃癌23例、再発大腸癌18例を対象とした。浸潤性腹腔内再発とは、手術野の局所再発、リンパ節再発、癌性リンパ管症、腹膜播種再発、あるいはこれらが混在したものが漿膜へ露出、腹壁、後腹膜、腹腔内臓器に浸潤性の広がりを示すものとした。すなわち、肝臓や肺など血行性遠隔転移再発、縦隔や頸部などの遠隔リンパ節転移再発、胃癌での周囲組織に浸潤のない残胃再発や限局性リンパ節転移再発、単独の卵巣転移、直腸癌での前方切除術吻合部再発以外の再発である。

再発とは、治癒切除後に認められた癌とし、非治癒切除後に症状が発症、新たな再発巣が出現したものは

<1995年10月11日受理>別刷請求先: 森脇 義弘
〒231 横浜市中区根岸町2-85 横浜赤十字病院外科

Table 1 Grading of intraperitoneal fluid

| |
|--|
| Intraperitoneal fluid |
| As ₀ : non |
| As ₁ : not detectable or little on radiological and operative finding |
| As ₂ : detectable on clinical finding |
| As ₃ : with abdominal distention |

除外した。再発は理学所見、画像所見、血中腫瘍マーカーの上昇、生検や再手術時の所見で判断した。記載は、旧胃癌、旧大腸癌取扱い規約（1993年、1994年の改定前¹¹⁾¹²⁾に準じ、さらに、浸潤性腹腔内再発巣以外の遠隔転移、4段階で表した腹水の程度も記載、集計した（Table 1）。

手術は、画像診断など検査上切除病巣以外に病巣が認められず、切除部に肉眼的、組織学的に腫瘍の残存がないものを治癒切除、curative resection（以下、CUR）群、病巣の大部分を切除しえたもの、または切除病巣以外に病巣があっても主病巣を切除しえたものを姑息的切除、palliative resection（以下、PAL）群、病巣の切除を断念し、腸管吻合や腸瘻造設、生検などごく一部を切除したものを非切除、unresected（以下、UNR）群とした。これらの症例の病歴の記載をもとに retrospective に臨床的検討を行った。

生存期間は再発が確認されてからの期間とした。数値は平均±標準偏差で表し、統計処理は student's t-test で、生存率は Kaplan-Meier 法で求め生存期間の検定は logrank test で行い、危険率 5%以下を有意差ありとした。

成 績

① 対象の背景：過去10年間に初回手術を行った治癒切除胃癌322例、治癒切除大腸癌256例中、再発はおのおの75例、54例に認められた。浸潤性腹腔内再発は各54例、22例で、このうち16例（腹腔内再発中30%）、12例（55%）に手術治療が行われた。また、初回治癒切除を他院で行ったか、同期間以前に当科で行い、再発の手術を同期間中に当科で行った浸潤性再発胃癌、大腸癌が各7例、6例あり、これらも併せて検討した。再発発見時には全例に症状が認められ、腸閉塞、亜腸閉塞症状29例、腫瘤触知9例、疼痛2例、黄疸1例であった。

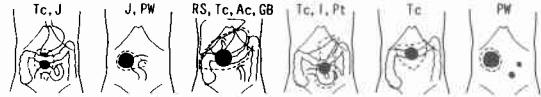
② 手術適応および手術：手術適応は、明確な規定は設けていないが、再発巣に基づく症状が存在し手術で軽減する可能性のある症例に対し積極的に手術を行っ

Fig. 1 Schema of the recurrent nest (●) and the resected area (○). CUR; curative cases, PAL; palliative cases, UNR; operated without resection (unresected) cases, J; jejunum, I; ileum, Ac, Tc and Sc; ascending, transverse and sigmoid colon, RS; remnant stomach, GB; gall bladder, Pt; pancreatic tail, Ov; ovary, PW; peritoneal wall, Tm; tumor.

(A) Recurrent gastric cancer CUR(n=2)



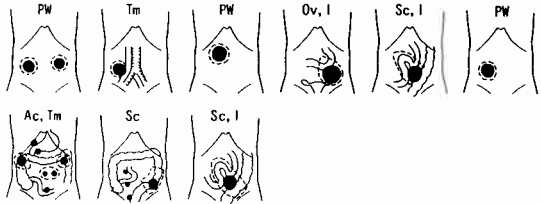
(B) Recurrent gastric cancer PAL(n=6)



(C) Recurrent colorectal cancer CUR(n=1)



(D) Recurrent colorectal cancer PAL(n=9)



た。切除可能であった症例には、新たな系統的リンパ節郭清など広範な切除は行わず、再発巣局所の肉眼的治癒切除を可及的に目指した。腸管切除吻合が12例、2か所の切除吻合が5例に行われたが、開胸操作や血管吻合、広範な腹壁の切除、膝頭部、腎臓、尿管や骨などの合併切除は行われなかった。浸潤性腹腔内再発胃癌手術例23例中、2例（9%）が CUR 群、6例（26%）が PAL 群、15例が UNR 群、再発大腸癌18例中、1例（6%）が CUR 群、9例（50%）が PAL 群、10例が UNR 群となった（Fig. 1）。結果として、As₂以上の腹水を認める症例に CUR 群、PAL 群はなく、以降の検討は As₀、As₁ 症例（再発胃癌21例、再発大腸癌16例）に限定して行った。また、再発胃癌の P₃ 例、再発大腸癌 P₂ 以上の症例では CUR 群はなかったので、再発胃癌、大腸癌とも P 因子により 2 分して検討した。非切除となった主な理由は、P 因子と後腹膜、脾臓、仙骨への強固な浸潤であった（Table 2）。

③ 併用療法：併用化学療法は、mitomycin C 4~20

mg, 5-FU 100~500mg, tegafur 400~800mg, ara-C 20mg が単独ないしは併用で, さらに5-FU 系の経口薬が症例ごとに用いられた (Table 3).

④ 浸潤性腹腔内再発癌に対する手術治療の効果: 術前の症状は CUR 群, P₂までの再発胃癌 PAL 群, 大腸癌 PAL 群では全例で消失し, UNR 群でも同程度の症状軽減が得られた. 退院可能, 経口摂取可能となっ

たのは, CUR 群では再発胃癌, 大腸癌とも100%であった. P₂までの再発胃癌では, 退院可能例は PAL 群, UNR 群で各100%, 40%, 経口摂取可能例は各100%, 80%, P₁までの再発大腸癌では, 退院可能例は各80%, 67%, 経口摂取可能例は各100%, 100%であった. P₃再発胃癌では, 退院可能例は各67%, 29%, 経口摂取可能例は各67%, 100%, P₂以上の再発大腸癌では退院可能例は各75%, 33%, 経口摂取可能例は各100%, 67%であった. 経口摂取可能例の術後経口摂取不能期間は各群で差はなく, 再発大腸癌 UNR 群でやや長期間であった (Table 4, 5).

⑤ 浸潤性腹腔内再発胃癌の治療成績: P₀, P₁, P₂症例では, 平均生存期間は CUR 群, PAL 群, UNR 群でおの731日, 468日, 174日と CUR 群と UNR 群の間には有意差(p=0.049), PAL 群と UNR 群の間には傾向差(p=0.051)を認めた. しかし, P₃症例では, UNR 群の生存期間が PAL 群のそれを上回った. 遠隔

Table 2 The reason of unresectability in UNR cases

| Recurrent gastric cancer | | Recurrent colorectal cancer | |
|--------------------------|---|-----------------------------|---|
| P ₃ | 6 | P ₂ | 3 |
| Invasion(panc.) | 3 | Invasion(sacrum) | 2 |
| Invasion(retro.) | 2 | Invasion(retro.) | 1 |
| Invasion(rad. mes.) | 1 | | |
| bile peritonitis | 1 | | |

panc.; pancreas, rad. mes.; radix mesenteri, retro.; retroperitoneum

Table 3 Chemotherapy

| Recurrent gastric cancer | | | Recurrent colorectal cancer | | | | |
|--------------------------|----------|-----------|-----------------------------|---------------|----------|---------|---|
| CUR(n=2) | PAL(n=6) | UNR(n=13) | CUR(n=1) | PAL(n=9) | UNR(n=6) | | |
| 5FUs | 1 | 5FUs | 2 | 5FUs | 1 | 5FUs | 2 |
| po only | 1 | 5FUs+MMC | 1 | 5FUs+MMC+AraC | 1 | | |
| | | po only | 2 | 5FUs+CDDP | 1 | po only | 1 |
| | | | | MMC | 1 | | |
| | | | | po only | 3 | | |

5FUs; 5FU or Tegafur, MMC; Mitomycin C, CDDP; Cisplatin, po only; oral antineoplastic such as 5FU, Tegafur, UFT, 5'DFUR etc was only treated, CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection (unresected) cases.

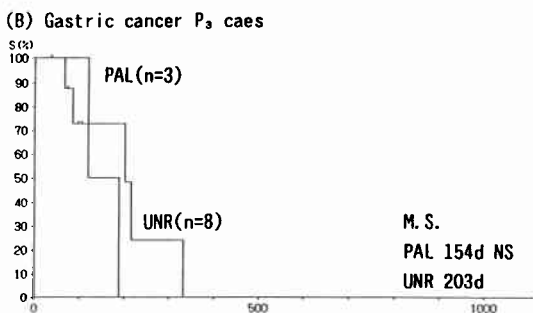
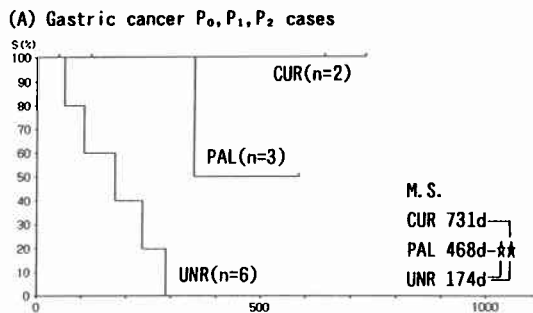
Table 4 Operative stress, postoperative course, perioperative nutritoinal state and CEA exchange before and after operation of recurrent gastric cancer

| | CUR(n=2) | PAL(n=6) | | UNR(n=13) | |
|----------------------|----------|--|----------------|--|----------------|
| | | P ₀ , P ₁ , P ₂ | P ₃ | P ₀ , P ₁ , P ₂ | P ₃ |
| Improv. of symp.(%) | 100 | 100 | 67 | 80 | 100 |
| Discharge(%) | 100 | 100 | 67 | 40 | 29 |
| Oral feeding(%) | 100 | 100 | 67 | 80 | 100 |
| Postop. fast(day) | 8.5±0.5 | 6.7±1.7 | 3.0±0.0 | 7.3±2.8 | 4.9±2.2 |
| Operation time(min.) | 165±55 | 140±41 | 153±90 | 130±39 | 99±28 |
| Ope. bleeding(g) | 346±186 | 472±382 | 955±1,095 | 207±135 | 316±387 |
| T.P.(mg/ml); preope. | 7.3±1.5 | 6.7±0.8 | 6.9±0.6 | 6.4±0.4 | 6.8±0.5 |
| postope. | 6.4±0 | 7.0±0.9 | 6.1±0 | 6.8±0.2 | 6.2±0.9 |
| Alb.(mg/ml); preope. | 3.8±0.4 | 3.9±0.4 | 3.8±0.1 | 3.4±0.6 | 3.8±0.5 |
| postope. | 4.0±0 | 3.7±0.6 | 2.9±0 | 3.2±0.6 | 2.9±0.7 |
| CEA(ng/ml); preope. | 4.1±1.3 | 2.3±0.1 | 5.2±4.1 | 56.5±63.8 | 5.4±5.5 |
| postope. | 2.5±0 | 2.1±0.3 | 7.3±0 | 1,004±1,411 | 4.8±5.7 |

CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection(unresected) cases

転移陽性例はPAL群1例のみで584日生存していた(Fig. 2)。いずれにしても、PAL群がUNR群よりも明らかに予後不良となることはなかった。

Fig. 2 Prognosis of intraperitoneal invasive recurrent gastric cancer, (A) P₀, P₁, P₂ cases, (B) P₃ cases, CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection (unresected) cases, M.S.; mean survival (days), ☆; p<0.1, ★; p<0.05



⑥ 浸潤性腹腔内再発大腸癌の治療成績：P₀, P₁症例では、平均生存期間はCUR群, PAL群, UNR群でおおの1,087日, 443日, 306日と、各群間に有意差はないもののCUR群, PAL群でやや良好な傾向にあつ

Fig. 3 Prognosis of intraperitoneal invasive recurrent colorectal cancer, (A) P₀, P₁ cases, (B) P₂, P₃ cases, CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection (unresected) cases, M.S.; mean survival (days)

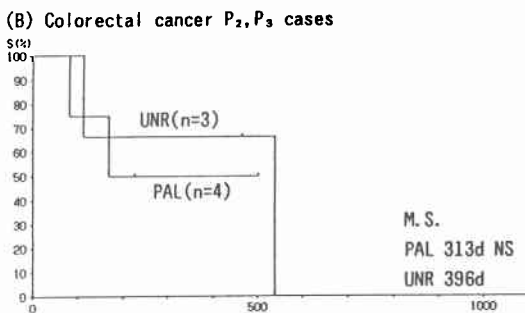
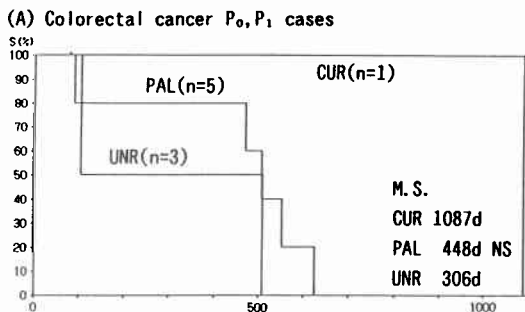
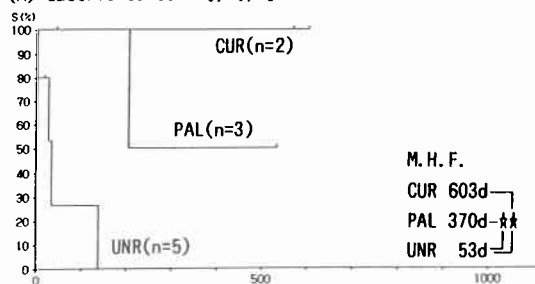
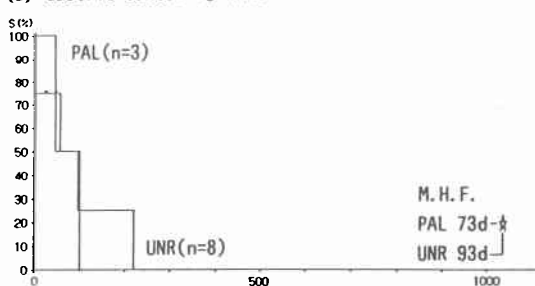
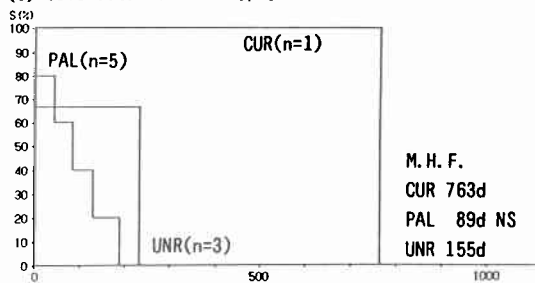
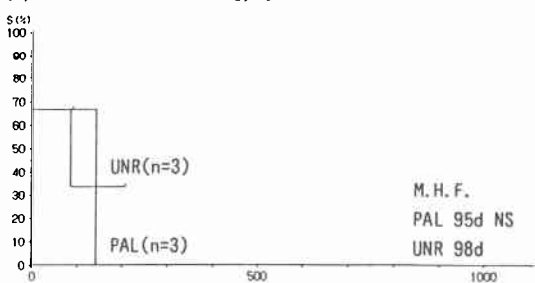


Table 5 Operative stress, postoperative course, perioperative nutritioinal state and CEA exchange before and after operation of recurrent colorectal cancer

| | CUR (n=1) | PAL (n=9) | | UNR (n=6) | |
|----------------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | | P ₀ , P ₁ | P ₂ , P ₃ | P ₀ , P ₁ | P ₂ , P ₃ |
| Improv. of symp.(%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 67 |
| Discharge(%) | 100 | 80 | 75 | 67 | 33 |
| Oral feeding(%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 67 |
| Postop. fast(day) | 3.0 | 3.3±2.3 | 7.5±2.9 | 14.0±5.1 | 15.0±12.0 |
| Operation time(min.) | 70 | 107±61 | 158±974 | 140±43 | 63±5 |
| Ope. bleeding(g) | 25 | 460±423 | 838±976 | 537±355 | 37±21 |
| T.P.(mg/ml); preope. | NT | 6.4±1.1 | 6.4±0.5 | 6.8±0.3 | 6.6±0.8 |
| postope. | NT | 6.4±0.8 | 6.4±0.7 | 6.6±0.5 | 6.7±0.6 |
| Alb.(mg/ml); preope. | NT | 3.7±0.8 | 4.0±0.2 | 3.7±0.3 | 3.7±0.5 |
| postope. | NT | 3.4±0.4 | 3.7±0.4 | 3.1±0.4 | 3.3±0.5 |
| CEA(ng/ml); preope. | 11.0 | 163±211 | 45.5±45.2 | 134±0 | 829±721 |
| postope. | NT | 70.2±59.6 | 6.0±0 | 230±0 | 1,245±0 |

CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection(unresected) cases

た。P₂, P₃では、UNR 群の生存期間が PAL 群のそれを上回った。遠隔転移陽性例は PAL 群, UNR 群各 1 例ずつで、各 506 日, 538 日と差はなかった (Fig. 3)。全体的に、再発胃癌症例に比べ平均生存期間が長期で、各治療法の差が少なかったが、PAL 群が UNR 群よりも明らかに予後不良となることはなかった。

(A) Gastric cancer P₀, P₁, P₂ cases(B) Gastric cancer P₃ cases(C) Colorectal cancer P₀, P₁ cases(D) Colorectal cancer P₂, P₃ cases

⑦ 腹腔内再発例の手術侵襲：出血量，手術時間は，再発胃癌，大腸癌 PAL 群では CUR 群と同等ないしはそれ以上の大量出血，長時間手術の傾向にあり，特に P₃胃癌，P₂以上の大腸癌で大量，長時間であった。UNR 群では PAL 群と同等またはそれ以下の出血，手術時間であった。手術前，1 週間後の総タンパク量には変化なく，アルブミン値は，P₃胃癌で術後低下傾向にあった。carcinoembryonic antigen (CEA) の推移では，CUR 群，PAL 群では術後の上昇はなかったが，UNR 群では術後急激に上昇する例があった (Table 4)。

⑧ 退院後最終入院までの期間：P₂までの再発胃癌では有意差はないものの CUR 群，PAL 群で UNR 群より長く，P₁までの再発大腸癌でも CUR 群，PAL 群で UNR 群より長期間であった (Fig. 4)。

考 察

胃癌，大腸癌治療切除例では術後再発が各 4～19%⁷⁾⁹⁾¹³⁾，14～35%^{14)~17)}にみられ，種々の外科的治療も試みられているが⁴⁾⁵⁾⁹⁾，本研究で対象とした，再発形成判別困難な浸潤性の腹腔内再発例に対しては，外科的切除は一般的ではない。切除の対象となるのは，非浸潤性の再発を含めても，再発胃癌，大腸癌の 9～35%^{6)~8)13)}，33～46%¹⁾¹⁴⁾¹⁸⁾と報告されており，治癒的切除例はさらに少ない。再発の進展様式が無秩序なため，鋭的，系統的切離は困難で，切除標本断端の陰性，陽性の評価も信頼性に乏しく，たとえ治癒切除と判断されても，基本的には全身転移，広範囲転移再発の一分症に対する姑息的切除ととらえるべきと思われる。当科では，浸潤性腹腔内再発胃癌，大腸癌に対して積極的に手術治療を試みてきた結果，手術率，切除率は高率であったが，CUR 群は手術例，切除例のごく一部で，満足すべき成績ではない。

浸潤性腹腔内再発癌の外科的切除が一般的でないの

Fig. 4 Hospital free interval of cases, (A) P₀, P₁, P₂ cases of intraperitoneal invasive recurrent gastric cancer, (B) P₃ cases of intraperitoneal invasive recurrent gastric cancer, (C) P₀, P₁ cases of intraperitoneal invasive recurrent colorectal cancer, (D) P₂, P₃ cases of intraperitoneal invasive recurrent colorectal cancer, CUR; curative cases, PAL; paliative cases, UNR; operated without resection (unresected) cases, M.H.F; mean hospital free interval (days), ☆; p<0.1, ★; p<0.05

は、成績や手術適応を評価する統一的指標がないことも一因と思われる¹⁹⁾。浸潤、転移、播種の様式が無秩序な上、全身状態も成績に影響する因子として考慮すべきと考えられ、再発発見時の再発、進行の程度分類は難しく、他の治療法との比較も困難である。成績評価の項目についても、腫瘍の縮小効果など腫瘍に対する直接効果だけでなく、侵襲による全身状態の低下や残存する癌の急激な進行、手術操作による癌細胞の散布など手術の demerit も考慮する必要がある、生存期間、無症候期間での評価が必須と考えられる。また、QOL、さらには、社会的、経済的な側面も考慮されなくてはならない⁵⁾²⁰⁾。

本研究では、再発、進行の指標として、遠隔転移、腹膜播種、腹水を採用し、治療成績の評価としては、生存期間のほか、QOL、社会的、経済的側面として退院可能、経口摂取可能となる割合、症状の軽減率、最終入院までの期間を取り上げた。これらの指標を統一しても、切除や治癒の手術が可能な症例では、それ自体で、再発の状態に差があり¹⁹⁾、生存期間の単純な比較には意味は少ないとも思われる。過去の報告でも、再発の程度がまちまちで成績はこれに大きく依存すると言及した上で成績を提示しているものが多い⁵⁾¹⁹⁾²⁰⁾。しかし、本研究の対象は、術前に根治性、切除の可能性の判断が困難な再発形式であり、根治や切除の可能性を念頭におきながら手術を行ったが、結果的に PAL 群、UNR 群となった症例も多い。この際、根治性や切除の可能性が確実でないにもかかわらず手術侵襲を加え切除を行うことに意義があるか、成績がかえって悪化しないか、などを検討するために目安として各群での生存期間も提示した。

腹腔内再発癌の外科的切除に関する報告では、切除可能であった症例は非切除例に比較して生存期間が長く、愁訴の改善は著しいとする報告もある⁴⁾⁵⁾⁷⁾⁸⁾²¹⁾。逆に、再発癌の外科切除は、治療成績も不良で、合併切除を必要とする再発癌や腹膜播種再発癌には手術の適応はないとする報告もある⁵⁾⁸⁾。本研究でも CUR 群も含めほとんどの症例が癌死しているが、治癒手術例では長期生存例もあり、生存期間の面からも手術治療に意義はあると思われた。報告でも可及的に準根治切除を勧めるものが多い⁵⁾¹⁶⁾²⁰⁾²¹⁾。

姑息的切除となった場合に関しては、症例数が少ないため、統計学的処理に意義は少ないが、腹水が少量までで、腹膜播種が胃癌では P₂まで、大腸癌では P₁までの症例では、PAL 群と UNR 群とで生存期間に有意

差は認められなかったが、姑息的切除を行うことで明らかな予後の悪化もなく、特に、再発胃癌では生存期間の延長も期待できる可能性があった。遠隔転移に関しては、転移陽性例でも比較的長期生存しており、腹腔内再発癌が生命予後を規定すると思われ、主病巣局所の reduction には意義があると思われる。退院可能となる割合は PAL 群のほうが UNR 群よりも高く、在宅加療期間も延長できるなど QOL や社会的、経済的側面からも切除の意義があると思われる。報告では、切除の適応を具体的に述べたものではなく、末期癌でない、全身状態が手術許容範囲である、などの抽象的表現が用いられており、適応決定の困難さがうかがわれる。

一方、腹水の存在、再発胃癌で P₃、再発大腸癌で P₂以上の腹膜播種症例では、生存期間は、PAL 群で切除可能であったにもかかわらず UNR 群と同等であり、非切除手術でも症状が軽減可能であれば、切除を試みる意義は少ないと思われた。さらに、UNR 群で術後 CEA が急上昇した例もあり、また、再発大腸癌では未治療例でも比較的長期生存することも多く、術前から非切除となる可能性が強い場合、再発癌の存在自体よりも症状の程度で手術を考慮し、確実な症状軽減が期待できる場合のみ手術を行うなど手術適応は慎重であるべきと思われた。単に癌組織の量を減少させるだけの盲目的拡大切除は、患者や社会の負担を増加させるだけで意味がないとも思われる。

手術時間や出血量の面からの PAL 群の手術侵襲は、CUR 群とほぼ同等であり、UNR 群とは明らかな差を認め、少侵襲とは言い難い。腫瘍細胞の散布も、われわれが行っている程度の局所切除では十分可能性があるが、生存期間が短縮しない点、手術前後で CEA が急上昇しない点から、残存、散布された腫瘍細胞の増大や2次的な転移の考慮は必要ないと思われた。術死例も再発胃癌 PAL 群の1例のみであった。また、手術治療には、根治性が得られなくても、確実な腫瘍の減量効果がある、標本が得られる、再発状況のより確実な評価ができる、切除や吻合などにより症状の軽快が早期に図れる、など merit も多い。

浸潤性腹腔内再発例でも、積極的外科的切除の適応となるのは、全身状態が比較的良好で、術前検索で腹水が認められず、再発主病巣が比較的限局しており、開腹時再発胃癌で P₃、再発大腸癌で P₂以上の腹膜播種が認められない症例と考えられた。手術は開胸操作、広範な腹壁合併切除、3か所以上の腸管吻合、他の主

要臓器や主要血管の合併切除などに関しては今回の対象症例では行われておらず，本研究結果からは言及することはできないが，少なくとも，これらの侵襲のない範囲では，治癒的手術は困難であっても切除の可能性があれば，予後の規定要素とはならない遠隔転移の有無は考慮せず，結果として姑息的切除となるとしても，可能なかぎり治癒切除を目指し切除を試みる意義はあると思われた。

文 献

- 1) 松尾恵五，土屋周二，山口茂樹ほか：大腸癌手術後の follow up. 外科診療 60：411—417, 1989
- 2) Thomford NR, Woolner BW, Clagett OT: The surgical treatment of metastatic tumors in the lungs. J Thorac Cardiovasc Surg 49: 357—363, 1965
- 3) 森 武生，高橋 孝，高橋慶一ほか：大腸癌血行性転移に対する外科療法の進歩. 日消外会誌 24：1158—1162, 1991
- 4) 岡島邦雄，革島康雄，山田真一：再発胃癌に対する治療とその予後. 外科診療 56：243—250, 1987
- 5) 山田真一，岡島邦雄，磯崎博司：消化器癌術後再発のマネジメント・胃癌—QOL からみた再発胃癌に対する姑息的手術または非観血的治療法について. 外科診療 35：299—304, 1993
- 6) 城 俊明，土屋周二，高橋利通：結腸癌再発例の手術. 外科診療 30：1370—1376, 1988
- 7) 中島聰總，小鍛治明照，梶谷 鏝ほか：再発癌に対する再手術および化学療法の効果. 外科治療 46：55—62, 1982
- 8) 榊原 宣，鈴木博孝，大谷洋一ほか：再発胃癌に対

- する再切除の意義. 手術 35：991—996, 1981
- 9) 西 満正，奥村 栄，梶谷 鏝ほか：局所再発胃癌の外科治療. 消外 12：1531—1538, 1989
- 10) 古河 洋，平塚正弘，岩永 剛ほか：再発胃癌. 最新医 42：2608—2612, 1987
- 11) 胃癌研究会編：胃癌取扱い規約. 第11版. 金原出版，東京，1985
- 12) 大腸癌研究会編：大腸癌取扱い規約. 第4版. 金原出版，東京，1985
- 13) 丸山次郎：消化器癌術後再発のマネジメント—胃癌. 外科診療 35：295—298, 1993
- 14) 池 秀之，大出直弘，土屋周二ほか：大腸癌再発例の臨牀的検討. 日消外会誌 20：1723—1731, 1987
- 15) Welch JP, Donaldson GA: Detection and treatment of recurrent cancer of the colon and rectum. Am J Surg 135：505—511, 1973
- 16) 森 武生，高橋 孝：結腸癌術後 Follow Up の要点. 外科 53：908—912, 1991
- 17) 友田博次，井上徳司，古澤元之助ほか：大腸癌の晩期再発. 外科 54：511—515, 1992
- 18) Shiesel R, Wunderlich M, Herbst F: Local recurrence of colorectal cancer: effect of early detection and aggressive surgery. Br J Surg 73：342—334, 1986
- 19) 小野寺一彦，長谷川紀光，近藤正男ほか：胃癌播種性腹膜再発によるイレウスの手術例の検討. 外科 55：311—314, 1993
- 20) 佐野開三，木元正利：再発胃癌の対症療法. 消外 12：1555—1561, 1989
- 21) 沢田俊夫，武藤徹一郎，渡辺聡明ほか：結腸癌の局所再発の様式. 外科 53：896—901, 1991

A Clinical Study of Surgical Treatment for Intraperitoneal Invasive Recurrence of Gastric and Colorectal Cancer —The Significance of Palliative Resection—

Yoshihiro Moriwaki, Ken Yamanaka, Kazutaka Koganei, Hiroyuki Kure,
Takuya Kudo and Syuhei Morita
Department of Surgery, Yokohama Red Cross Hospital

A clinical study on intraperitoneal invasive recurrent gastric cancer (REC-G, 23 cases) and colorectal cancer (REC-C, 18 cases) was performed. In P_0 , P_1 and P_2 cases of REC-C, the ratio of discharge was 100% in curative cases (CUR) and palliative cases (PAL) and 40% in unresected cases (UNR) and the mean survival was 731, 468 and 174 days. In P_0 and P_1 cases of REC-C, the ratio of discharge was 100% in CUR, 80% in PAL and 67% in UNR and the mean survival was 1087, 443 and 306 days. The ratio of discharge and prognosis was better in CUR and PAL in both groups. In P_3 cases of REC-G, there was no CUR cases and the ratio of discharge was 67% in PAL and 29% in UNR and in P_2 and P_3 cases of REC-C, 75% in PAL and 33% in UNR. Concerning the mean survival, there was no difference between PAL and UNR though the ratio of discharge was better in PAL. In P_0 , P_1 and P_2 cases of REC-G and P_0 and P_1 cases of REC-C, there was no decrease in survival according to operative stress of the resection if the resection was palliative. We concluded that operative treatment should be tried for intraperitoneal invasive recurrence if there is a possibility of decreasing the symptoms.

Reprint requests: Yoshihiro Moriwaki Department of Surgery, Yokohama Red Cross Hospital
2-85 Negishi-cho, Naka-ku, Yokohama, 231 JAPAN