Letters to the editor

日本消化器外科学会雑誌　第41巻12号　2053頁―2057頁　2008年掲載

高倉　秀樹ほか論文
「膵管内乳頭粘液性腺癌切除後早期に残膵に浸潤性膵管癌を来した1例」について

聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科
小林慎二郎

日本消化器外科学会雑誌第41巻第12号，高倉先生らの症例報告ですが，是非確認したいことがあります．

本文で著者が論じている通り，①IPMNは多中心性発生があります．切除断端がadenomaであれば一応の切除範囲と考えてよいとガイドライン[1]でも記載されていますが，skip lesionとして尾部に浸潤癌が存在することもあるし[2]，初回切除病変が浸潤癌であれば再発する可能性も高く[3]，慎重な経過観察が必要と考えられています．②IPMNには通常型膵癌の合併が約10％存在することが知られており[4]，術前に膵全域の慎重な検索が必要と考えられています[5]．以上は既知のことであり，いかに予後の良い段階で，膵機能を極力温存した手術を行うかを目指している膵臓外科医にとっては常に頭に入れて治療方針を決定していると思います．さて，今回の症例ですが術後6か月という期間を考えると，おそらく術前から病変自体は存在すると考えたほうが自然ではないでしょうか．初回術前のCT（**Fig. 1b**）で拡張膵管の間にやや膵実質より低吸収な部分が見受けられます．また，ERCP（**Fig. 2b**）でも椎体の左縁にあたる膵尾部の膵管が狭窄しているように見えます．これらは同部位と考えられるような位置と思いますが，EUSやIDUS，POPSなどは施行されなかったのでしょうか．本症例はIPMNの病態解析が今後も必要であること，慎重な治療方針決定が必要であることを再認識させられる貴重な症例と思いました．

文　献

1）国際膵臓学会ワーキンググループ：IPMN/MCN国際診療ガイドライン．医学書院，東京，2006
2）Yamaguti K, Ohuchida J, Ohtsuka T et al：Intraductal papillary-mucinous tumor of the pancreasconcomitant with ductal carcinomas of the pancreas. Pancreatology **2**：484―490, 2002
3）木村　理，森谷敏幸，渡邊利広ほか：IPMNに対する外科治療指針の現況．膵臓　**23**：473―480, 2008
4）Moriya T, Kimura W, Sakurai F et al：Minute invasive ductal carcinoma of the redisual pancreas after distal pancreatectomy for intraducta papillary-mucinous tumor. Int J Gastrointestinal Cancer **31**：191―197, 2002
5）羽鳥　隆，福田　晃，鬼澤俊輔ほか：IPMN外科切除後の経過観察方針．膵臓　**20**：538―545, 2005

横浜市立大学医学部消化器病態外科学
高倉　秀樹，遠藤　　格

我々も過去にIPMNの膵内多発，通常型膵癌の合併を伴うケースを経験しておりました．査読者からも小林先生と同様の指摘を受けており，初回PD前のCT像である**Fig. 1b**を提示させていただきました．

初回術前にEUS，IDUSを用いて膵体尾部の精査は行っておりました．ERCP，MRCPで膵尾部の膵管の狭窄様に描出されている部位には，それらの検査で明らかな腫瘍性病変は確認できませんでした．また，**Fig. 1b**の拡張した膵管の間にある膵実質より低吸収な部分に関しては，レトロスペクティブに考えれば腫瘍であった可能性を完全に否定することはできません．しかし，初回術前にはPET-CTで集積がないことから，partial volume effectによってややlowな腫瘤像様に描出されていたものと考えました．初回手術時の術中エコーでも膵尾部病変は確認できませんでした．残念ながら，POPSは施行しておりません．先生のご指摘どおりIPMNには前述した特徴があるため，術前の厳密な精査だけでなく術中超音波，術中膵管鏡なども取り入れて手術する必要があると考えております．

貴重な御指摘・御意見，誠にありがとうございました．