

診療実績

2017年1月～2017年12月の消化器外科手術件数は904件で、うち鏡視下手術は373件です。

疾患別の内訳は以下の通りです。

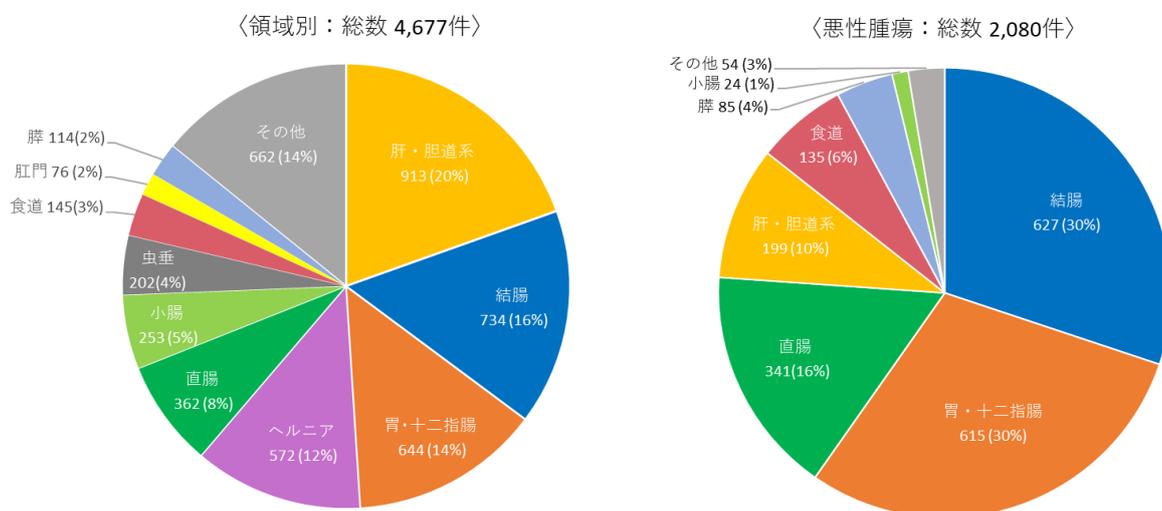
悪性：食道癌32、胃癌120、大腸癌194、肝・胆道系悪性腫瘍44、膵臓癌21件ほか

良性：胆石症 113、虫垂炎 46、ヘルニア127件ほか

* 過去5年間（2013～2017年）の総手術件数は4677件（局所麻酔手術は含む）。

全身麻酔下手術の割合は80.4%で、そのうち悪性腫瘍が57.2%を占めます。

消化器外科 手術件数



主だった疾患に対する治療の方針・特徴・成績

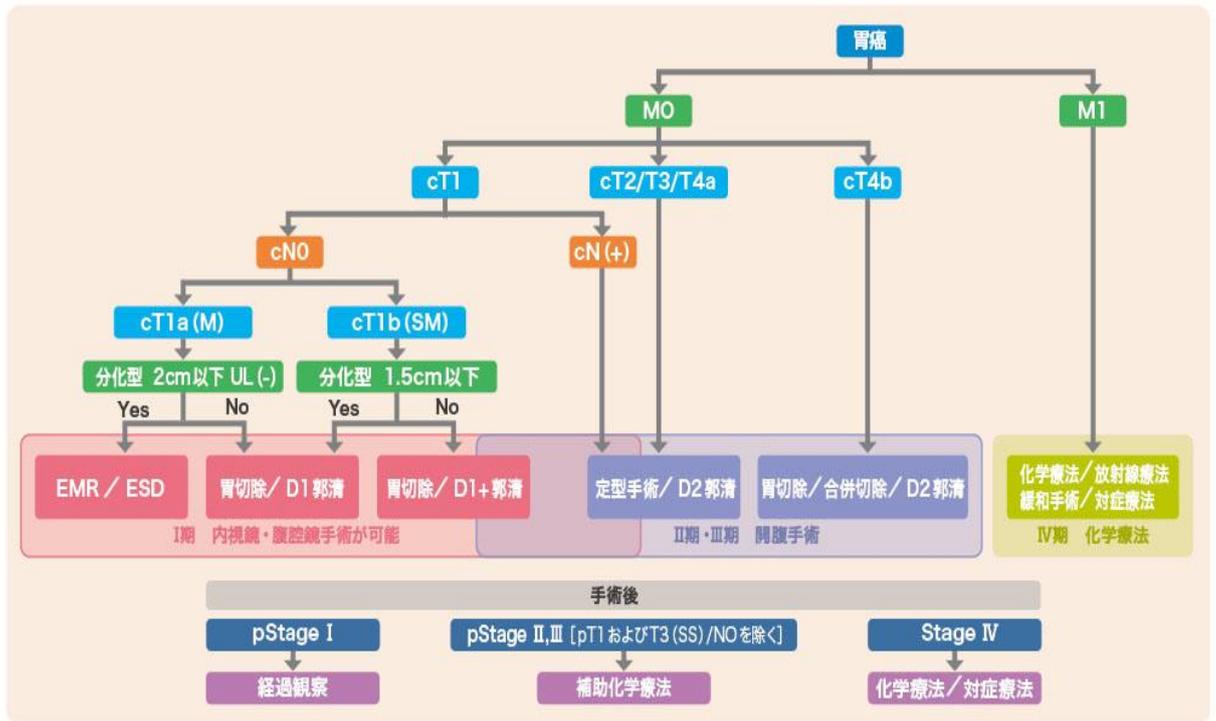
胃がん

1. 治療方針

基本は胃癌治療ガイドライン第4版（下図）に沿い治療方針を決定しています。

ガイドラインの説明は下記ホームページに詳しく述べられていますので、ご覧になってください。

- ・ 日本胃癌学会 ガイドライン <http://www.jgca.jp/guideline.html>
- ・ 日本癌治療学会 がん診療ガイドライン <http://www.jSCO-cpg.jp/item/01/index.html>
- ・ 国立がん研究センター中央病院 がん情報サービス <http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>



日本胃癌学会編：胃癌治療ガイドライン 第4版、金沢出版：8、2014より改変

2. 当センターにおける胃癌治療の特徴

・現在行われている治療成績向上への取り組み・

ここでは胃癌治療ガイドラインとは異なる当センター独自の取り組みを中心に解説します。

①ステージ I 期の早期胃癌に対する治療

ガイドラインで定められているよりは広い範囲で低侵襲治療を行っています。

粘膜下層におよぶ癌や未分化型癌であっても一定の条件を満たせば、内視鏡治療（EMR や ESD）で済ませて胃切除を回避することがあります。

I 期にとどまらず IIA 期くらいまでは開腹手術を避けて腹腔鏡下手術を行っています。

また、胃に分布する迷走神経を温存したり、十二指腸への出口である幽門輪を温存したりして、残せる胃の機能は残すように努めています。

②ステージ II 期・III 期の進行胃癌に対する治療

安易にどんな進行癌でも腹腔鏡で手術を行う姿勢は取っていません。進行癌に対する腹腔鏡手術は臨床試験としては行いますが、現時点では開腹手術が基本と考えています。

ただし、全ての患者さんが診断後すぐに開腹手術を受けるのではなく、再発率の高い進行癌（食道に浸潤する症例、大きなリンパ節転移が見られたりリンパ節転移の多い症例、大きな 3 型・4 型胃癌症例、腹水に癌細胞が浮かんでいる症例）の場合には、手術前に化学療法（抗がん剤治療）を行い癌を縮めてから手術を行っています。

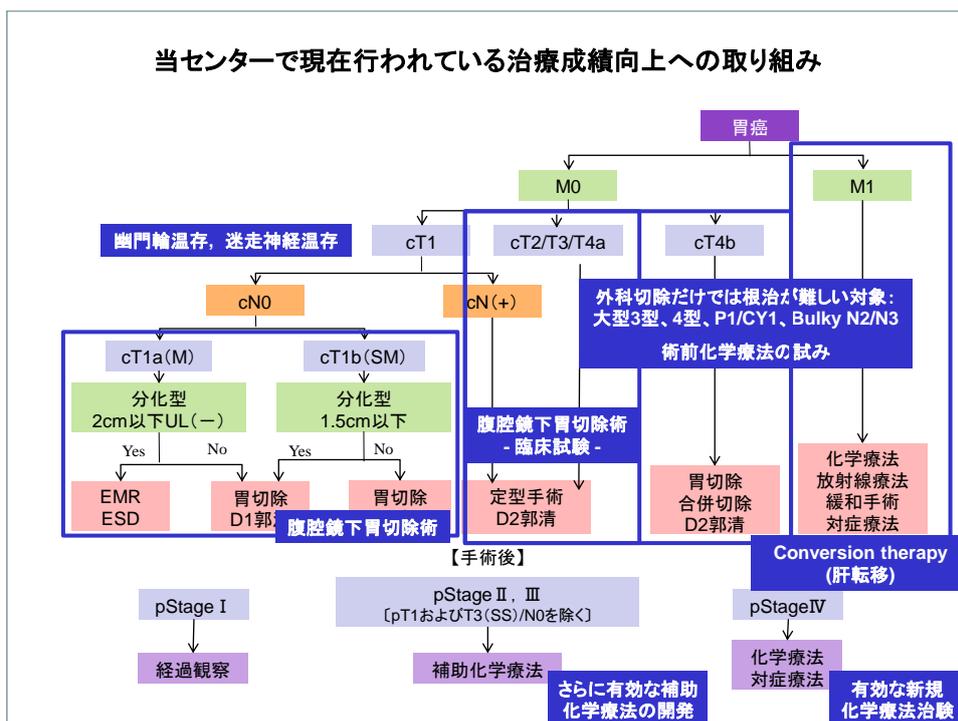
また、II 期・III 期の患者さんが治るように、さらに有効性の高い術後の補助化学療法の開発を行

っています。

③ステージ IV 期の進行胃癌に対する治療

残念ながら手術だけでは治ることが難しい病期です。治療の中心は化学療法（抗がん剤治療）や放射線治療になりますが、ガイドラインで推奨されている治療に加えて、日本全国でもほとんど受けることのできない全く新しい抗がん剤治療を、治験や厚労省認可の先進医療として受けて頂くことが出来ます。

抗がん剤治療が良く効いて根治手術が可能となる場合があります、希望を持って治療にあたります。



3. 手術症例数と成績

2010年から2015年までの手術で切除した胃癌症例数

2010	2011	2012	2013	2014	2015
101	105	91	113	117	110

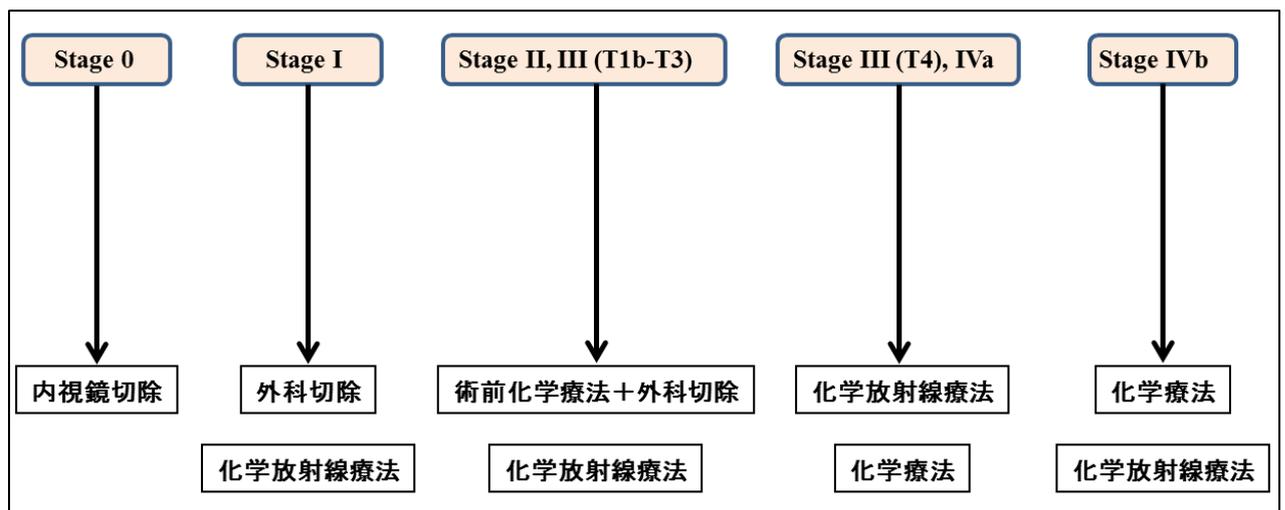
直近3年間の術後在院死亡率：1例（0.3%）

食道がん

1. 治療方針

食道はのど（咽頭）と胃の間をつなぐ長さ25cmぐらい、太さ2～3cm、厚さ4～5mmの管状の臓器です。食道の大部分は胸の中、一部は首（約5cm、咽頭の真下）、一部は腹部（約2cm、横隔膜の真下）にあります。胸部食道は狭い縦隔（左右の肺に挟まれた部位）内に存在し、気管・気管支や大動脈と接しているため、食道がんはこれらの重要臓器に浸潤することがあります。上部消化管内視鏡、

頸胸腹部 CT 検査等で食道がんの進行度診断を行った後に、がんの進行度と患者さんの状態（耐術能等）を総合評価したうえで、消化器内科や放射線治療科と連携しながら、個々の患者さんにとって最良の治療を提供しています。食道がんの多く(90～95%)は胸部食道に発生し、治療は頸部食道がんと胸部食道がんで大きく異なります。当院における食道がんの治療は、基本的に食道癌診療・治療ガイドライン（(2012年4月版 <http://www.esophagus.jp/private/guideline/>)）に沿って行っています。以下に当院における胸部食道がんの治療方針を示します。



Stage 0 : 粘膜にとどまる食道がん

Stage I : 粘膜下層へ浸潤し、リンパ節転移、遠隔転移のない食道がん

Stage II, III(T1b-T3) : 筋層へ浸潤、またはリンパ節転移があるが、他臓器浸潤、および、他臓器転移のない食道がん

Stage III(T4), IVa : 他臓器へ浸潤、または、遠隔転移リンパ節転移のある食道がん

Stage IVb : 他臓器転移のある食道がん

2. 当センターにおける食道がん治療およびその特徴

治療は上部消化管グループのスタッフが責任を持って担当します。治療方針は、毎週行われる上部消化管グループカンファレンスや消化器外科カンファレンスで討議のうえ、最終確認します。食道がん手術は難易度が高く、侵襲も大きいため、必ず日本食道学会の食道外科専門医が手術に参加します。術後はICUに入室し、集中治療に熟練した麻酔科医と共に術後管理を行います。また、心臓や肺、腎臓等に併存症があり、他の病院では手術などの治療が困難と言われた患者さんに対しても、当院では総合病院の特徴を生かし、心臓内科や呼吸器内科、腎臓内科、麻酔科の協力のもと、積極的に治療を行っています。

胸部食道がんの治療 :

胸部食道がんは、頸部・胸部・腹部の広い範囲にリンパ節転移を起こす可能性があります。当院の

胸部食道がんに対する標準外科切除術式は、胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘、頸胸腹部リンパ節郭清、胃管再建術です。頸部リンパ節転移のリスクの低い症例には頸部リンパ節郭清を省略しています。従来、食道がんの手術では右胸の皮膚を肋骨に沿って大きく切り、筋肉を切離して行われてきましたが、当院では胸壁破壊を最小限にし、術後の肺機能低下を軽減するために、胸腔鏡下食道切除術を積極的に行っています。(ただし、腫瘍が大きい方や、腫瘍の他臓器浸潤が疑われる方に対しては通常の開胸手術を行っています。)

Stage II, III の進行胸部食道がんは切除可能ですが、手術単独では治癒する可能性が低く、術前化学療法後の手術が標準治療です。当院では術前化学療法として 5FU とシスプラチンにドセタキセルを加えた 3 剤併用療法(DCF 療法)を行っています。この 3 剤併用療法は標準療法である 5FU とシスプラチンの 2 剤併用療法より効果が高く、治療成績の向上が期待されます。また、他臓器に浸潤している食道がんは手術不能ですが、DCF 療法や化学放射線療法を行って腫瘍を縮小させ、他臓器浸潤が解除されれば積極的に切除を行っています。

頸部食道がんの治療：

頸部食道がんの手術は頸部食道を切除し、遊離空腸による再建（小腸の一部を腸間膜の血管をつけたまま切除し、頸部で消化管の吻合と血管吻合を行う）を行います。頸部食道がんは隣接する咽頭や喉頭、気管に浸潤することが多く、これらを合併切除すると声を失います。声を失うと術後の QOL (quality of life) が著しく低下します。当院ではがんの根治性を落とさずに声を残すために、咽頭や喉頭、気管に浸潤する頸部食道がんに対しては、まず、DCF 療法や化学放射線療法を行い、腫瘍の縮小を図ります。腫瘍が縮小すれば声を残す手術が可能になることがあります。

術後合併症や化学療法・化学放射線療法の副作用を抑える工夫：

食道がんの患者さんは低栄養であることが多く、手術や化学療法、化学放射線療法によって腸内環境が乱れて免疫能が低下し、合併症や副作用につながります。周術期に腸内環境を維持するために、術中に腸瘻（栄養を直接小腸に投与するルート）を造設し、術翌日より経腸栄養剤と整腸剤の投与を行っています。また、化学療法や化学放射線療法によっても腸内環境は乱れるため、治療中は整腸剤の投与を行います。腫瘍による食道狭窄や嘔気等の副作用によって経口摂取が不良であれば、経腸栄養剤を経口もしくは経鼻栄養チューブより投与し、腸内環境、および、栄養状態を維持し、有害事象の軽減に努めています。近年、食道がんの周術期や術前化学療法中のシンバイオティクス（腸内有用菌とそのエネルギー源）の投与が腸内環境を維持し、術後合併症や副作用軽減に有用であることが分かりました。希望される方にはシンバイオティクスを購入してもらい、周術期や術前化学療法中に投与します。

術後は経口摂取量が低下し栄養状態が悪化するため、退院後もしばらくは自宅にて手術時に挿入した腸瘻チューブより経腸栄養を行ってもらい、低栄養にならないようにしています。なお、腸瘻チューブの抜去は外来で簡単に行えます。

3. 手術症例数

食道切除症例数の推移

年度	2011	2012	2013	2014	2015
症例数	11	12	19	20	24

2015 年度の手術内容

食道切除術： 24

リンパ節摘出術： 3

試験開胸術： 1

大腸がん

1. 治療方針

食生活の欧米化に伴い、日本の大腸癌患者数は増加の一途をたどっています。当院を受診された大腸癌の患者様には、まずご自身の病状を正しく理解していただくことが、納得して治療を受けていただくうえで大切なことだと考えています。

(参照 HP)

<http://ganjoho.jp/public/cancer/colon/index.html> (国立がん研究センター, 大腸癌の解説)

<http://www.jscqr.jp/forcitizen/index.html> (大腸癌研究会, 一般の皆様へ)

当科では基本的に大腸癌治療ガイドラインに沿って、標準治療を提供するように心がけています。その一方で、年齢・体力・病状・生活環境など個々の患者様の状態に応じて治療を決めていく必要もあるので、ご本人・ご家族と相談しながらそれぞれの患者様にあった治療法を選択していただけるように努めています。

(参照 HP)

<http://www.jscqr.jp/guideline/> (ガイドラインについて)

http://www.jscqr.jp/forcitizen/index_comment.html (ガイドライン患者さん用 2014 年版)

http://www.jscqr.jp/guideline/2014/index_guide.html (ガイドライン医師用 2014 年版)

2. 当センターにおける大腸癌治療の特徴

治療は大腸グループのスタッフが責任を持って担当します。治療方針は、毎週行われる大腸グループカンファレンスや消化器外科カンファレンスで討議のうえ、最終確認します。

まず標準治療を安心して受けていただけるように、質の高い医療レベルを維持することを最優先に考えています。手術手技はもちろんのこと、周術期管理や化学療法などを安全・確実にこなしていくために、日々の研鑽や積極的な学会活動などを通じての情報収集などは欠かしません。

当院での大腸癌手術件数は、関西でも屈指の多さです。そのなかで、腹腔鏡手術も積極的に行っています。日本内視鏡外科学会の技術認定医（大腸）が複数いる施設は大学病院を除けば貴重であり、腹腔鏡手術には経験豊富な技術認定医が必ず参加するようにしています。

さらに、先進的な医療を提供できる体制も整えています。当科では直腸癌に対して、2012年11月からダヴィンチ（Intuitive Surgical 社）を用いたロボット手術を開始し、臨床試験として50例に施行しました。まだ保険適応にはなっていない現在、希望された患者様には自由診療としてロボット手術を受けていただける体制を整えています。

また、多施設共同臨床研究に積極的に参加することで、よりよい治療を作っていく医学の進歩に貢献できるように努めています。大阪大学消化器外科共同研究会や日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）のメンバーとしての活動をはじめとして、様々な臨床試験を行っているのです。その対象となる患者様には十分に説明させていただいた上で、参加・不参加の意思決定をしていただけるように心がけています。

3. 手術症例数と成績

2012年から2015年までに手術で切除した症例数

		2012	2013	2014	2015
大腸癌	腹腔鏡	133 (82%)	134 (82%)	125 (76%)	155 (84%)
	開腹	29	30	40	29
	合計	162	164	165	184
結腸癌	腹腔鏡	86	89	88	95
	開腹	22	25	29	19
	合計	108	114	117	114
直腸癌	腹腔鏡	47	45	37	60
	開腹	7	5	11	10
	合計	54	50	48	70

2015年；

術後30日以内死亡なし

主な術後合併症：イレウス16例、創感染10例、縫合不全4例、下肢深部静脈血栓症1例、脳梗塞1例

肝臓がん、膵臓がん、胆道がん

1. 治療方針

- ・エビデンスに基づく治療を的確に、安全に提供する。

- ・腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵体尾部切除術を推進し、急性胆嚢炎に対する早期腹腔鏡下胆嚢摘出術を積極的にこなす。
- ・臨床試験に積極的に参画し、エビデンスの創出に貢献する。

2. 当センターにおける肝臓がん、膵臓がん、胆道がん 治療の特徴

肝細胞がん

当院では、各々高い医療水準を誇る消化器内科、画像診断科とのカンサーボードを通じて、手術適応を決定します。その恵まれた環境の中で当科の特徴は、基本的に忠実な手技を大切にしながら、常に最新の肝切除術を提供してきたことです。門脈内腫瘍栓や胆管内腫瘍栓といった高度脈管侵襲を伴う進行肝細胞癌にも、「諦めない肝切除」を合い言葉に積極的に取り組んできました。萎縮医療に陥ることなく、当センターの充実したリソースを活かし、当センターだから可能な治療を提供して参ります。一方、根治性と安全性を損なわずに肝切除の低侵襲化を図ることも私達の重要な責務であると考えており、腹腔鏡（補助）下肝切除術の比率を高めて参ります。

（参照 HP）

国立がん研究センター がん対策情報センター 肝細胞がんの解説

<http://ganjoho.jp/public/cancer/liver/index.html>

日本肝臓学会 肝臓診療ガイドライン 2013年版

http://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/examination_jp

肝内胆管がん

肝切除が基本的な術式ですが、必要に応じて術前門脈塞栓術やリンパ節郭清などを追加して、根治性の向上を目指しています。

（参照 HP）

国立がん研究センター がん対策情報センター 胆管がんの解説

http://ganjoho.jp/public/cancer/bile_duct/index.html

転移性肝がん

主に大腸癌の肝転移が手術適応となります。化学療法の進歩が著しい大腸癌領域ですが、完全切除が唯一の根治に繋がる治療であることには変わりなく、そこに私達の経験と技量が貢献できると考えています。適切な切除のタイミングを逃さないことが重要で、反復肝切除でも適応を狭めることなく、二次的切除、腹腔鏡下肝切除等、幅広い選択肢の中からお一人お一人に最適な手術法を提案させていただきます。

膵臓がん

代表的な難治癌とも言われますが、徐々に成績は向上しつつあります。当科では精緻なリンパ節、神経叢郭清に努めるとともに、臨床試験を通じた最新治療の導入、新規エビデンス創出への貢献に取

り組んできました。術後補助化学療法としてティーエスワン(TS-1)がゲムシタビンよりも有効であることを示した JASPAC 01 試験に参加した経験をもとに、大阪大学と連携して術前補助化学療法の臨床試験等にも積極的に参画しています。

(参照 HP)

国立がん研究センター がん対策情報センター 膵臓がんの解説

<http://ganjoho.jp/public/cancer/pancreas/index.html>

日本膵臓学会 科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン 2013

<http://www.suizou.org/etc.htm#gl2013>

胆管がん、胆嚢がん、乳頭部がん

胆道がんの外科治療には、高度な技量とともに肝胆膵外科での豊富な経験が要求されます。加えて、消化器内科、画像診断科などの関連診療科との緊密な連携が重要で、施設の総合力が治療成績を左右する疾患です。緻密な術前診断のみならず、黄疸に対する減黄処置や胆管炎への迅速な対処、切除後に残る肝臓の容量を予め大きくする為の術前門脈塞栓術において、両科との緊密な連携に支えられ、当科では万全の体制で高度な胆道がん手術に臨んでいます。術前や術後の化学(放射線)療法の開発は、手術とともに車の両輪を成す治療成績向上には欠かせない要素です。当科では新規エビデンス創出に貢献すべく臨床試験に取り組んで参ります。

(参照 HP)

国立がん研究センター がん対策情報センター 胆管がんの解説

http://ganjoho.jp/public/cancer/bile_duct/index.html

国立がん研究センター がん対策情報センター 胆嚢がんの解説

<http://ganjoho.jp/public/cancer/gallbladder/index.html>

日本肝胆膵外科学会 胆道癌診療ガイドライン

<http://www.jshbps.jp/public/guideline2.html>

胆道良性疾患

胆嚢結石症、急性胆嚢炎

胆嚢結石症などの胆嚢良性疾患に対しては、ほぼ全例で腹腔鏡下胆嚢摘出術を行っています。急性胆嚢炎に対する緊急手術も含め、腹腔鏡下胆嚢摘出術の症例数が増加しています。当科では、経皮経肝的胆嚢ドレナージ (PTGBD) 後でも急性期に行う腹腔鏡下胆嚢摘出術の安全性の確立に取り組んでいます。

(参照 HP)

日本肝胆膵外科学会 急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン 2013

<http://www.jshbps.jp/public/guideline/tg13.html>

膵・胆管合流異常、先天性胆道拡張症など

胆道系には一般にはあまり知られていない良性疾患もあり、膵・胆管合流異常や先天性胆道拡張症がその代表例です。病態の本質は、膵液の胆管内への逆流が発がんリスクを高めると考えられることであり、肝外胆管切除術（いわゆる分流手術）の適応を慎重に判断する必要があります。日本胆道学会指導医が分かりやすく説明します。