

▶ パネルディスカッション 1 (公募)

「遠位胆管癌の範囲診断と治療戦略」

司会： 大塚 将之 (千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学)
安田 一朗 (富山大学学術研究部医学系 内科学第三講座)

遠位胆管癌の適切な治療方針を決定するには、水平方向の進展度、深達度、遠隔転移・リンパ節転移を正確に診断する必要があり、現在 CT、MRI、EUS、FDG-PET などとその診断に用いられている。特に水平方向進展度診断は切除の可否、切除範囲を決める上で重要であるが、その診断モダリティとしては MD-CT、MRCP、ERCP による直接胆道造影、EUS、IDUS などが一般に用いられている。しかし、水平方向進展のなかでも表層拡大進展においては、これらの診断モダリティではその正確な診断は難しく、透視下生検や経口胆道鏡 (POCS)、POCS 下の直視下生検によるマッピング生検などを行っている施設もある。今回のパネルディスカッションでは、遠位胆管癌の水平方向進展度診断を術前にどのように進め、結果をどのように判断して治療方針・術式を決定しているかといった各施設におけるアルゴリズムを示していただくとともに、その診断・治療成績から現時点における最善の診断・治療アルゴリズムを模索したい。

▶ パネルディスカッション 2 (公募・一部指定)

「十二指腸乳頭部腫瘍に対する診断と治療戦略」

司会： 平野 聡 (北海道大学消化器外科学教室 II)
五十嵐良典 (東邦大学医療センター大森病院消化器内科)

近年、上部消化管内視鏡検査の普及により、無症状で十二指腸乳頭部腫瘍が診断されることが増えている。しかし術前の病理診断の正診率は約 80%であり、診断に苦慮することが多い。また術前の画像診断では、癌の深達度診断の正診率は約 85%である。腺腫の診断であれば、完全生検目的で内視鏡的乳頭切除術が選択されるようになっている。また癌であれば膵頭十二指腸切除術が選択される。本セッションでは術前診断を向上させるにはどのような取り組みが必要か？治療方法の選択は？内視鏡的乳頭切除術を安全に行うには？切除病変の取り扱いはどうするか？などについて討議する予定である。本セッションでの討議を活発に行うために多数の演題の応募をお願いします。

▶ パネルディスカッション 3 (公募)

「肝門部領域胆管癌の切除境界例とは」

司会： 榎野 正人 (名古屋大学腫瘍外科)
遠藤 格 (横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

特別発言： 宮崎 勝 (国際医療福祉大学副学長・成田病院院長)

肝門部胆管癌の治療成績は術前術後管理、門脈塞栓術の導入、手術手技の改善など、ここ 30 年間の様々な努力の積み重ねにより向上しつつある。しかし未だに R1 切除に終わることもあるうえ、切除できたとしても術後早期に再発する症例を経験することも稀ではない。そのような切除可能だが予後が不良な症例群に対して、膵癌では『切除可能境界』という概念が導入され、術前画像による定義が広く受け入れられた。その後、切除可能境界症例には術前治療が積極的に行われるようになり、治療成績は著明に改善した。一方、肝門部領域胆管癌では切除不能の定義自体が定まっておらず、『切除可能境界』の定義自体まだまだ controversial である。しかし今後のことを考えれば、胆道癌においても将来の多施設共同研究に備え、『切除可能境界』の定義を考えても良い時期と思われる。『切除可能境界』には局所進展によるもの、腫瘍マーカー高値などの全身病が疑われるもの、ICG 不良や PS 不良などの患者因子によるものに分けられる。本セッションでは将来どのような因子を肝門部領域胆管癌の BR の定義とすべきか、その候補について忌憚のない意見交換を行って頂きたい。