

II 胆・膵

2. 膵疾患の診断・治療におけるアルゴリズム

1) 外科の立場から

近畿大学医学部外科肝胆膵部門
竹山 宜典

膵疾患の診断と治療方針の決定においては、現時点では造影MDCT (multidetector-row CT) の有用性が他の検査法を凌駕していることに異論はないであろう。もちろん、MRI・MRCP (MR cholangiopancreatography) もほぼ同等の診断能を有しているが、普及率や一般診療家への啓発度から、造影MDCTの優位性は揺るがない。特に、画像検査による膵疾患の診断と切除可能性の判定手段としては、微小病変を除きほぼ満足できるものと考えられる。ただし、外科医の立場から言えば、主病変の診断のみならず、病変の広がりや併存病変の存在が術式や切除範囲の決定に重要であり、その観点からは現時点での診断能は必ずしも満足できるものではない。

外科治療の対象となる疾患は、膵腫瘍と膵炎が挙げられるが、本稿では膵腫瘍の診断と治療方針の決定をいかに進めるかに焦点を絞り、慢性膵炎はあくまでも鑑別すべき疾患として述べるにとどめる。また、急性膵炎の画像診断はここでは触れない。

膵の腫瘍性病変の診断アルゴリズム

膵疾患が発見されるきっかけとして、症状の有無にかかわらず、腹部USや腹部CTなどで腫瘍性病変が疑われることがある。ほとんどの治療切除可能な膵がんは、不定愁訴や他疾患の診断目的で行った膵酵素測定、腹部USや腹部CTなどで発見されており、最初にどのようにして膵の異常をスクリーニングするかはきわめて重要である。そして、膵疾患を疑う場合は、スクリーニング目的でも

USとともに、単純CTではなく、造影CTを行うべきである。膵内の低エコー腫瘍や、造影CTの早期相で膵内の low density area をいかにとらえるかが、膵がんの治療成績向上に直結する。

1. 腫瘍を捕捉した場合の診断手順 (図1)

腹部USでは、膵がんは低エコー腫瘍として発見されるが、腫瘍形成性膵炎でも低エコー腫瘍として発見されることもある。さらに、内分泌腫瘍や腎がんの膵転移も、膵内腫瘍性病変として発見される。腫瘍所見の鑑別の要点を表1に

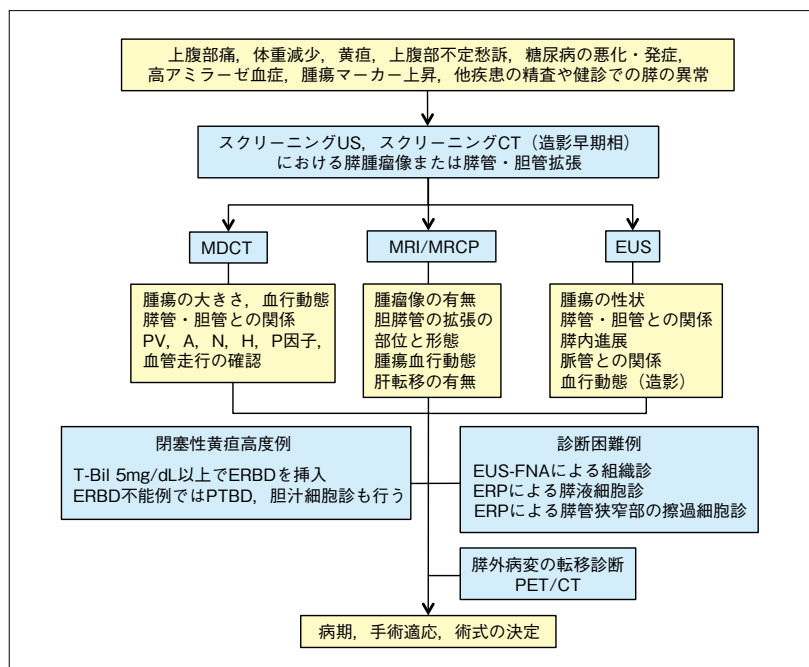


図1 膵腫瘍性病変の診断のアルゴリズム