

94 「膵臓」

1, 1996年10月16日に受けた人間ドックで、「エコー検査で膵臓の尾部に低エコー域が認められます。念の為、CT検査等精検を受けてください」と総合診断書に記載されていた。

膵臓に対する指摘は初めてだった。この時年齢は47歳、大阪支店勤務で西宮市の社宅から通勤していた。受診したのは東大阪市にある人間ドック専門のM記念健診クリニックである。ドックでの医師の説明はそれほど差し迫った感じではなかったため、CT検査は受けなかった。

1, 1997年10月29日の人間ドックで、「腹部超音波検査で膵臓に15mm大の低エコー像を認めます。前回も指摘されたとのことですが、大きさの変化が不明であり、もう一度精密検査が必要と考えます。紹介状を同封しますので、病院を受診して下さい。」と指摘された。この時のドックは大阪市北区Tホテルクリニックである。

紹介状は府立成人病センター内科U医師宛「膵臓腫瘍疑い：膵体～尾部境界付近にφ15mmの低エコーを認めます。御精査お願い申し上げます」と記されていた。

それなのに、この指摘にも従わず精密検査を受けずそのまま放置した。

大阪支店には1, 1992年2月に赴任し6年間在籍、1998年4月に東京本社に戻った。

1, 1998年9月2日、千葉市美浜区Wクリニックで人間ドック受診。腹部超音波「膵腫瘍の疑い」念のため2次検査を受けてください（腹部CT）が記録にあるのみで、医師からは特に詳しい説明はなかった。このころはまだ若かったため人間ドックに対する意識は低く、どの施設が快適か？などということに拘り、経過観察の上では同じ病院で継続的に受診することが望ましい、といったことにも無関心だった。今回もそれほど厳しい指摘とは考えず、精密検査は受けずそのまま放置した。

1, 1999年～2, 004年までの6年間については、千葉市Kクリニックで受診。

結果は共通して「エコーで膵嚢胞疑い（判定不明部位 膵尾部）軽度異常所見」という内容で、膵臓の異常所見に対し、医師の説明を聴く限り特に問題視していないと思われ、そのまま放置した。

2, 005年11月17日、千葉市ポートスクエアKクリニックで受診。前年までのKクリニックが移転し新しく開設したドック専用の施設である。

結果は「腹部超音波の結果所見が認められます。お近くの検査システムの整った（MRI, CTなど）消化器外科・内科の受診をおすすめいたします。」というもので、内容的にはこれまでとほぼ変わらなかった。しかし、新しい担当医師から「以前から指摘があるのに、なぜ今まで放っておいたのか！

膵臓ガンの疑いがあるから、至急精密検査を受けるように」と、かなり強く言われショックを受けた。

人間ドックの医師にも個人差や経験差があり、データに基づく判定やそれによる診断は異なってくるだろう。そして、説明の仕方によっては受診者の受け取り方に差が出て来ることがある。

1, 1996年に指摘されてから9年も放置していたことになる。自分でもゾッとした、もし膵臓がんだったらどうしよう、、、

精密検査は、家から車で5分の距離にある帝京大学市原総合医療センターで受診。

ほぼ10年前に15mmφだった腫瘍は現在26mmφになっている。担当は内科T先生。

どんな病気の可能性があるのかというと、①悪性腫瘍 ②良性腫瘍 ③血管の奇形 ④悪性と良性の中間 とうことだった。医師は、できる限り正確な診断を付ける。むやみに手術はしないという方針。

ガンとそうでない場合は当然腫瘍の取り方が違ってくる。膵臓ガンは増殖力が強いので丸くなる（ギザギザした丸さ）、私のは画像では平べったく見え増殖力が強くなさそうなので、ガンのようではなさそうとのこと。患者は医師の一言一句に一喜一憂する。

- ・ 2, 006年3月23日 X線CT検査
- ・ 同 4月 3日 超音波内視鏡検査
- ・ 同 4月18日 脳MRI検査
- ・ 同 5月15～19日検査入院 血管造影検査

X線CT検査では①～④の診断つかず。超音波内視鏡は、胃の中に内視鏡を入れ胃壁を通して胃や腸の裏側にある膵臓を診るもので、より近い位置から膵臓を観る検査である。直接胃の内壁を診る胃カメラより大きな内視鏡なのでかなり苦しい。しかしこの検査でも①～④の診断つかず。

脳MRI検査がなぜ膵臓腫瘍の診断に必要なのか、よく理解できなかったが医師に言われるままに検査を受けた。可能性は少ないが、脳に現れるわずかな変化を確認するといったことだったのかも知れないが、結局異変は確認されなかった。ただ当面、脳梗塞や脳卒中の心配はないことがわかった。結果的には脳ドックを受けたようなものだ。

次に血管造影検査、そのために5日間の入院が必要になる。

この検査は、③血管の奇形を調べるために行うもので、太ももの付け根からカテーテルを挿入し、造影剤を注入しながらX線撮影する。結構大がかりな検査で、結果は危惧していた動静脈の奇形ではないと診断された。X線撮影の画像からは、はっきりと断定できないが、腫瘍っぽくないとのことと少し安心。悪性のガンなら、もっとはっきりとわかるのだろうと想像した。

結局これまでの検査では、①②④の診断はつかなかったことになる。

以上の他にも膵管造影という検査がある。口から内視鏡を入れ胃から十二指腸まで進め、膵管に直接カテーテルを挿入し造影剤を注入してX線撮影、組織を採取して検査するという。

医師からはそのような説明を受けたが、かなり危険性が伴う検査という印象。それにこの検査を行っても断定的な結果が出るかは不明とのこと。説明中に出てきた、組織を採取する時に“散らす”という表現がとても気になった。採取した組織がガンだった場合、ガンが体内に散るのでは？と不安になり踏み切ることができなかった。

担当医師からの説明は、10年前15mmφで現在26mmφということから、悪性腫瘍の可能性は低い。また血管腫（典型的な良性腫瘍）でもない。悪性と良性の中間的なものではないか？とのことで、今後の選択肢として ①経過観察（3ヶ月ごとにエコーで様子を観る）②手術、が考えられる。

ただ、経過観察中に急変して他に転移することも考えなければならないこと、手術で膵臓尾部を切除すると、当該部分はインシュリンが分泌される場所なので、手術は成功しても糖尿病が懸念され、将来的にはインシュリン注射が必要になる可能性があるとのこと。

ここで、どうするのか本当に悩んでしまった。経過観察か、手術か、どうする？

しばらく悩んで、担当医師にセカンドオピニオンをお願いした。ほぼ2ヶ月間にわたりできる限りの検査を行い、悪性と良性の中間的な腫瘍の可能性が高い、というところまでは判明したが、確定的な診断がつかない。ということは治療ができないということだ。

T先生は快く応じてくれ、自分は東大系なので、同じ系列でない順天堂病院の画像診断専門の先生に紹介状を書いてくれた。同じ大学だと画像診断も同じような診たてになるということか？

これまで撮影した画像や各種診断データを用意してくれた。

・2, 006年7月5日 順天堂大学医学部附属病院 消化器内科 S先生

調べたところ、S先生はかなり有名な画像診断の専門医師で風格と威厳を感じた。

診断は主にX線画像を観て、腫瘍であることに疑いはない。手術を勧めるというものだった。30分ほどで終了。“手術か、、！”

まだ、自分では決断できない。手術は成功しても将来的にインシュリンが必要になる、ということがとても引かかる。

次は、会社の診療室に相談した。従業員数により社内に設置することが義務付けられている診療部門である。これまでの状況を説明すると、たまたまその先生が東大医学部のOBで、東大病院への紹介状を書いてくれた。

・2, 006年7月19日 東京大学医学部附属病院 移植外科、

先生はすでに手術することを前提としていて、手術する前にできるだけ正しい診断を付けることが必要との考え。それは、悪性とそうでない場合の腫瘍の取り方（切除の範囲）が違うためである。つまり手術の仕方が全然違うということだ。CTを撮り3ヶ月で大きくなっているかどうかを調べる必要があるという。膵ガンは増殖力が強くギザギザした丸みがあるが、私の画像を観ると平べったく増殖力が強くないのでガンのようではない。膵臓は経過をしつこく見て行くことが必要とのことだった。

・2, 006年7月21日 東京大学医学部附属病院 X線CT所見（放射線レポートの内容）

膵内分泌腫瘍を第一に考えますが、形状が非典型的です。念のため他部位の腫瘍の既往をご確認ください。肺結節や嚢胞については増大傾向の評価をお願いします。

〔所見〕膵体部に径24×15mm大の細長い形状の異常濃度域を認める。膵実質と比較すると単純に低濃度で、辺縁部にわずかに高濃度の部分がある。造影後は動脈相～後期相にて膵実質より強い染まりを呈し、実質との境界は明瞭となる。腹頭側よりの膵外に突出して見える付近は、動脈相での染まりは膵実質での染まりは膵実質にやや劣るが後期相では染まりこんで濃染している。主膵管に明らかな異常なく、膵実質の萎縮を認めない。近傍を走行する脾動静脈の異常もない。形状が非典型的だが、動脈相から認められる強い増強効果からは膵内分泌腫瘍を考える。鑑別としてまず富血管性の転移性腫瘍を考えるが、撮像範囲には腎細胞癌など原発巣らしい腫瘍は認めない。他部位の腫瘍、例えば meningioma（髄膜腫）、hemangiopericytoma（髄膜血管周囲細胞腫）、solitary fibrous tumor（孤立性線維性腫瘍）、の既往を確認する必要がある。傍神経節腫として太い血管に乏しい。平成9年より指摘されていることから腺房細胞癌は考えにくい。

・2, 006年7月31日 東京大学医学部附属病院 消化器内科 I先生

最も疑わしいのは膵内分泌腫瘍で、形は典型的ではないがその可能性が高い。非常におとなしいが良性とは言えない。現在は移転していないが、今後転移する可能性はある。明確に病名の診断を付けるのが難しく医師により対処方法はぶれる。10年前からあるが増大傾向（23～25mm、最大のところで28mm）にあり、手術することを勧める。腫瘍だけくり抜きできる可能性がある。外科の先生に手術の方法を訊き、どのような手術をするかで決めてはどうか？

因みに、東大M先生は細かく取る方法でやる傾向がある。帝京大板橋のT先生はバッサリ取る、その弟子の帝京大市原のY先生も同じと思われる。膵臓は胃の裏側にあるので、胃から針を刺し組織を取る

方法もあるが、ガンの場合組織をバラまき合併症を起こす危険率が2%くらいある。

・2, 006年8月10日 東京大学医学部附属病院 移植外科M先生

膵管をまたいでいるので部分摘出は難しい。くり抜きは傷を付けることになり危険性を伴う。膵臓の1/3～1/2を切除することでより安全な手術となる。血液検査の結果ホルモンの分泌はなく非機能性^(※)といえる。糖尿病になる可能性は少ない。急ぐ必要はないが今秋ころの手術を勧める。内分泌腫瘍の悪性度は中間より少し悪性側にあるといったところ。

(^(※) 非機能性とは：腫瘍化した内分泌細胞がホルモンを過剰につくり出すものを機能性、ホルモンの分泌がないものを非機能性という)

S先生, M先生, I先生3人の医師の診断と詳細な説明を受け、手術を勧められたことで、自分としても手術することを決心した。勿論できることなら手術は避けたいが、このまま経過観察することはずっと不安な状態が続くことだ。しかも、いずれ手術しなければならない可能性がある。

このままにしておけば転移の危険性があること、当初糖尿病の心配があると言われたがその可能性は低いことなどを考えての決心だ。

この時57歳、まだ現役であり2～3週間の入院のためにはスケジュール調整が必要で、できるだけ欠勤日数を少なくなるよう手術のスケジュールを決定しなければならない。

・2, 007年4月10日 東京大学医学部附属病院

手術前検査、手術に耐えうるかの検査を行った。心電図, 肺機能, 血液検査
医師からは、申し込みは早かったが緊急を要する手術ではないので、少し遅れているが5月中にはできると思うという説明。

東大病院入院経過 (2, 007年4月27日～5月16日)

入院は4月27日だが、手術は5日後の5月2日である。

・4月30日 手術の説明 執刀医 肝胆膵外科H先生

病名：膵体部腫瘍 (CT画像では膵ガンは否定的)、内分泌系腫瘍であることが一番考えられる。悪性度は高くないが、良性であるとは言い切れない。現状では切除が一番良い治療法。腫瘍のみを取り除く核出術は、現在腫瘍径が2.5cmあるので困難 (膵液漏れのリスクが高い) なので、膵体尾部切除を行う予定。脾臓の血行の関係上、脾臓摘出も行う予定。脾臓の役割は血球を壊すことだが、他の臓器でも同じ役割を行えるので、摘出によるリスクは少ないと考えられる。

腹部をL字型に切開する。手術時間は3～4時間程度で、術後は2本程度お腹に管 (ドレンパイプ drain pipe : 切除部分から漏れる膵液を体外に排出する) が入る。術後は2泊ICUに入る予定。

数日後から食事を再開し、約1週間後からドレンを抜き始める。すべてドレンが抜ける10～14日後に退院予定。ただし、膵液漏れが持続する場合はドレンをつけたまま退院することもある。

合併症について、

膵液漏れ → 切除断端から漏れ出た場合は、感染しやすくなり結んだ血管端からの出血のリスクが高まる。少量漏れの場合は、ドレン留置き期間が長引くことがある

出血・感染 → 術中の出血、感染はまれだが膵液漏れが起こった場合はリスクが高まる

血栓症 →脾臓摘出により血小板数が上昇することでリスクがあるが、その場合は抗血小板薬等で対応できる

耐糖能異常→膵体尾部切除により、将来的に引き起こす可能性があり、加齢に伴う場合も考えられる
 また、手術により心筋梗塞，脳梗塞，肺炎を引き起こすリスクがある。非常に可能性は低いが開腹時の所見により手術を中止することもある。

手術についてとても詳しく説明してもらい納得した。ただ、後遺症などの説明をまともに捉えたととても不安が大きくなるが、万一のリスクを考えた場合であり、不安が過ぎると決して良くないので肚を決めるしかない。妻はリスクの説明にも全く動揺することなく、いたって平静で頼もしい。

当時の記録があるので以下に書いておく。

2007. 4. 27~5. 16 東大病院入院経過

2007/4/27(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・13時入院 ・手術5月2日 ・主治医 H先生、Y先生、O先生 ・脾臓も一緒に摘出 	
2007/4/28(土)	<ul style="list-style-type: none"> ・平常の生活 	
2007/4/29(日)	<ul style="list-style-type: none"> ・スーフル(肺機能)練習 ・下剤服用 	
2007/4/30(月)	<ul style="list-style-type: none"> ・11:30 妻来院 ・12:00~12:40 手術に関する説明 ・スーフル(肺機能)練習 ・下剤服用 	
2007/5/01(火)	<ul style="list-style-type: none"> ・昼から絶食 ・夕方首主静脈の点滴準備 ・各種承諾書へのサイン 	
2007/5/02(水)	<ul style="list-style-type: none"> ・手術 15:00~20:30 (実質手術時間 2 時間半) ・出血 250cc 程度(輸血なし) ・ドレンパイプ 3 本 (1)膵下 (2)膵上 (3)左横隔膜 4階ICU室に入る 	
2007/5/03(木)	4階ICU室 <ul style="list-style-type: none"> ・装着したもの ①点滴(栄養剤)91ml/h ②点滴(痛み止)40ml/h ③硬膜外麻酔 3ml/h ④心電図 ⑤酸素 ⑥尿自動排出管 ⑦ドレンパイプ 3 本 (1)膵下 (2)膵上 (3)左横隔膜 	【血糖値】 11:30 236 17:30 230 20:30 180
2007/5/04(金)	4階ICU室→9階リハビリ室 <ul style="list-style-type: none"> ①点滴(栄養剤)91ml/h ②点滴(痛み止)40ml/h ③硬膜外麻酔 3ml/h ④心電図 ⑤酸素 ⑥尿自動排出管 ⑦ドレンパイプ 3 本 (1)膵下 (2)膵上 (3)左横隔膜 	11:30 210 17:30 130 20:30 136

	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食から食事開始 ・14:00 会社W君見舞 	
2007/5/05(土)	<p>9階リカバリー室</p> <p>① 点滴(栄養剤)46ml/h ③硬膜外麻酔 3ml/h</p> <p>⑦ ドレンパイプ 3 本 (1)臍下 (2)臍上 (3)左横隔膜</p> <p>・夜 喘息気味、腹痛で良く眠れず</p>	<p>11:30 208</p> <p>17:30 168</p> <p>20:30 185</p>
2007/5/06(日)	<p>9階リカバリー室</p> <p>① 点滴(栄養剤)46ml/h ③硬膜外麻酔 3ml/h</p> <p>⑦ ドレンパイプ 3 本 (1)臍下 (2)臍上 (3)左横隔膜</p> <p>・飲み薬開始</p> <p>(1)ロキソニン錠 60mg(化膿止め) (2)セルベックスカプセル 50mg(胃薬) (3)ガスターD錠 20mg(胃液分泌抑制)</p> <p>・手術後初めての便通</p> <p>・食事で胃が張ると、ドレンパイプが横隔膜に当たり痛み食事が充分食べられない</p>	<p>06:30 130</p> <p>11:30 195</p> <p>17:30 180</p> <p>20:30 164</p>
2007/5/07(月)	<p>9階リカバリー室</p> <p>①点滴(栄養剤)46ml/h ③硬膜外麻酔 3ml/h</p> <p>⑦ ドレンパイプ 3 本 (1)臍下 (2)臍上 (3)左横隔膜</p> <p>・座薬(痛み止め)</p> <p>・K助教授巡廻「順調ですね」</p>	<p>06:30 105</p> <p>11:30 150</p> <p>17:30</p> <p>20:30 157</p>
2007/5/08(火)	<p>9階932号室</p> <p>⑦ドレンパイプ 3 本 (1)臍下(2)臍上(3)左横隔膜</p> <p>・15時頃 2人室に移動</p>	<p>06:30 114</p> <p>11:30 150</p> <p>17:30</p> <p>20:30 195</p>
2007/5/09(水)	<p>9階932号室</p> <p>⑦ドレンパイプ 3 本 (1)臍下(2)臍上(3)左横隔膜</p> <p>・ドレンパイプ1本1cm 短縮</p>	<p>06:30 105</p> <p>11:30 127</p> <p>17:30 107</p> <p>20:30 176</p>
2007/5/10(木)	<p>9階932号室</p> <p>⑦ドレンパイプ 3 本 (1)臍下(2)臍上(3)左横隔膜</p> <p>・ドレンパイプ 2 本 2cm 短縮</p> <p>・10:30 H先生回診(食事時の左胸の痛みについて)</p>	<p>06:30 117</p> <p>11:30 117</p> <p>17:30 110</p> <p>20:30 147</p>
2007/5/11(金)	<p>9階932号室</p> <p>⑦ドレンパイプ 3 本 (1)臍下(2)臍上(3)左横隔膜</p> <p>・ドレンパイプ 1 本[(3)左横隔膜]5cm 短縮</p> <p>・他のドレンパイプは週 2 回の排出液分析により決定</p> <p>・ドレンパイプ 1 本[(3)左横隔膜]外れても食事時の左胸の痛みあま</p>	<p>06:30 99</p> <p>血糖値測定終了</p>

	り改善せず ・17:15 会社H君見舞い	
2007/5/12(土)	9階932号室 ⑦ドレンパイプ2本 (1)臍下(2)臍上 ・ドレンパイプ1本[(3)左横隔膜]抜く ・パイプを抜いた後の腹の穴は2日以内に自然に塞がるということ ・排液はサラサラだが、まだ少し臍液が混じっている	
2007/5/13(日)	9階932号室 ⑦ドレンパイプ2本 (1)臍下(2)臍上 ・ウミと思われていたのは脂肪だった ・来週半ば頃退院予定 ・次男見舞い	
2007/5/14(月)	9階932号室 ⑦ドレンパイプ2本 (1)臍下(2)臍上 ・血小板濃度現時点で問題なし(脾臓摘出のため血小板濃度が上がり血栓ができる可能性あり) ・退院まで血小板濃度問題なければ、それ以降OK ・退院日決定 5月16日	
2007/5/15(火)	9階932号室 ⑦ドレンパイプ2本 (1)臍下(2)臍上 ・ドレン用バッグ取り外し ・パイプが取れるのは個人差が大きい ・飲み薬(1)(2)終了 (3)ガスターD錠 20mg(胃液分泌抑制) ・16:30 会社Kさん見舞い ・18:45 W君見舞い	
2007/5/16(水)	10:30 退院	

手術直後のICU室にいるときを含め、なぜこのような詳しい記録を残せたのだろうか？ベッドに寝ているだけで何もすることがなかったせいかな？自分でも不思議なほど詳細なデータまで記録していた。

手術2日後に食事を開始、流動食から徐々に普通食になった。ところが、全然手術前のように食べられない。食べたいのに、食べようとするとうるさく感に圧されて入らない。今まで感じたことがない不思議な感覚だった。しばらくして思い当たったのは次のようなことだ。臍臓の約半分を取ってしまったので、消化液(臍液)は半分しか出ない。これまでと同じように食べていたのでは消化液が足りないので、消化できる分しか食べられないように、臍臓から信号を出しそれが脳に伝わり食欲を抑えているのではないかということだ。こういったことを医師に話したら、そんなこともあるでしょうね、と意外と素っ気ない反応。私のように食欲が減るのは少数派なのだろうか？このままずっと半分しか食べられないとなると、食事の楽しみが半減しとても深刻な問題だ。

食堂で他の患者と話をすると、肝胆膵外科ということもあり、多くの人が肝臓ガンの患者だった。それも、“私は2度目です”という人が案外多い。肝臓ガンは患部を切除しても、小さいガンの予備軍が潜んでいるとのこと。しばらくするとそれがまた大きくなって再手術ということになるそうだ。

肝臓は膵臓と違って、切除しても組織が再生し、また元通りになるとのことで羨ましかった。膵臓は一度取ってしまうと元には戻らない。これからは半分の膵臓で生きて行かなくてはならない。

退院の日を迎えても膵液漏れは収まらず、結局腹にドレンパイプ2本を残したまま退院した。

自宅療養期間も結構長かった。パイプが入った状態は退院後2週間ほど続き、その間3回にわたり通院してパイプを抜いた。パイプが入っている間は、さまざまな動作で腹に痛みが走り結構つらい。

液漏れが止まってやっとパイプが抜けても、少し傷口から液が染み出してくるため、まだしばらく腹にガーゼを当てたままの生活が続き、会社に復帰したのは39日後だった。

食欲は徐々に戻り、2ヶ月ほど経つとほぼ普通どおりになった。これは、残った半分の膵臓の分泌能力が増し、消化力をリカバーしたということだろう。今までの膵臓の能力に余裕があったということで、私の残った膵臓はかなり頑張っでぎりぎり能力を発揮していると考えれば、今後無理な飲食は避けなければならない。

以降、半年に1回経過観察のため通院してきた。血液検査でHbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー：平均血糖値）と、年1回は造影CT（造影剤を注入して膵臓、肝臓のCTを撮影）で再発の有無を確認する。手術後7年間は経過観察が必要といわれていたが、それで止めてしまうのは惜しく、腹部健康診断のつもりで結局10年間通院した。平均血糖値は正常で転移や再発の心配もないことがはっきりしたので、2016年12月をもって通院を終了した。

（2020.08.12）