

熊本大学消化器外科 診療案内

2024 (令和6年)



CONTENTS

1. ご挨拶	2	5. 診療グループ紹介	7
2. スタッフ紹介	4	消化管外科	
3. 新入医局員紹介	5	肝胆膵外科	
4. 医局員紹介	6		

ご挨拶



熊本大学大学院
生命科学研究部 消化器外科学 教授

岩槻政晃

熊本大学大学院 消化器外科学は2005年(平成17年)4月1日に、初代教授 馬場秀夫先生が着任され、開講となりました。本年、2024年は開講20年目の節目の年となります。2024年3月末日をもちまして、馬場秀夫先生が定年退官され、私が7月1日付で、第2代消化器外科学教授を仰せつかりました。馬場秀夫先生の卓越した御指導と献身的な取り組みにより、わが消化器外科教室は大きな発展を遂げてきました。その偉大な業績を引き継ぎ、更なる高みを目指すことは私にとって大変光栄であり、同時に大きな責任を感じております。

本院は熊本県唯一の特定機能病院である「最後の砦」です。癌診療が高度化、多様化する中、単一の診療科で診断、治療を行うことは困難です。様々な診療科、ユニットと絶えず円滑なコミュニケーションをとり、高度医療を実践するチームの一員として、誠心誠意、取り組んでまいります。同時に、消化器外科教室が地域の皆様にとって信頼される医療機関であり続けるために、地域との連携を強化し、包括的で質の高い医療サービスを提供していくことが重要だと考えます。地域医療機関との連携を深め、地域全体で患者様を支える体制を構築していきたいと思っております。患者様の病態、背景に合わせ、根治性と安全性のバランスを追求すると同時に、QOLも重視した最適な治療を提供できるよう努めてまいります。

技術革新が進む現代において、私たち医師は常に最新の知識と技術を取り入れることが求められます。一方で、2024年4月より医師の働き方改革が開始されました。世の中では“ワークライフバランス”が叫ばれておりますが、私は“ワークライフインテグレーション”へシフトする必要があると考えます。患者様、消化器外科学教室、熊本大学病院、熊本県内医療機関すべてが“well-being”を実感できる体制を構築し、若手医師に魅力的な教室を目指してまいります。

2024年7月3日より新たな日本銀行券が発行されました。新千円札の肖像には本学ご出身で「近代日本医学の父」と呼ばれる北里柴三郎先生が選ばれました。柴三郎先生は、「人に熱と誠があれば何事も達成する。世の中は決して行き詰まらぬ」と述べられております。私も「熱」と「誠」をもって「終始一貫」、本講座、本院、熊本県内の医療の発展と、高度で安心、安全な医療が提供できるよう尽力する所存でございます。これからも皆様のご指導ご鞭撻を賜りながら、より一層の努力を重ね、患者様一人ひとりに寄り添った外科医療を提供することをお約束いたします。どうぞ、変わらぬご支援とご協力をお願い申し上げます。

学歴

1994年 3月31日 大分県立別府鶴見丘高等学校 卒業
1995年 4月 1日 熊本大学医学部 入学
2001年 3月23日 同 卒業
2006年 4月 1日 熊本大学大学院 医学教育部博士課程(臨床医科学専攻)入学
2009年12月25日 同 修了(博士(医学))

職歴

2001年 5月 9日 熊本大学医学部附属病院(第二外科) 研修医
2002年 7月 1日 国立熊本病院 外科 レジデント
2004年 7月 1日 健康保険八代総合病院 外科 医員
2006年 4月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 医員
2006年10月 1日 天草市立牛深市民病院 外科 医員
2007年 4月 1日 九州大学生体防御医学研究所 分子腫瘍学 医員
2009年10月 1日 国立療養所 菊池恵楓園 外科 医員
2010年 4月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 助教
2013年 4月 1日 済生会熊本病院 外科 医員
2015年 4月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 助教
2018年 5月28日 MD Anderson Cancer Center GI Medical Oncology,
Visiting Scientist(Prof. Ajani研究室)
2019年 1月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 助教
2020年10月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 診療講師
2023年 4月 1日 熊本大学病院 消化器癌先端治療開発学 特任准教授
2024年 7月 1日 熊本大学大学院 消化器外科学 教授



スタッフ紹介

宮本 裕士 熊本大学大学院消化器外科学 准教授



消化管グループ長として、消化管グループの診療を統括しています。専門である大腸疾患に関しては、大腸癌をはじめとする悪性疾患、潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患、腹部救急疾患に対し、治療方針の決定や治療に対し、責任をもって診療を行っています。指導医として、次世代を担う優秀な外科医の育成と、チーム力の強化に取り組んでいます。診療データの振り返りを行い、質の高い、安全な治療を提供できる体制を心がけています。

林 洋光 熊本大学大学院消化器外科学 講師



肝胆膵グループ長として、「優しさ」をモットーにチーム医療に取り組んでいます。肝胆膵グループの手術症例は年々増加し、2023年は肝癌・胆道癌・膵癌を中心に382件の手術(肝切除158件、膵切除108件、うち肝胆膵外科高難度手術175件)を死亡例なく安全に行うことが出来ました。腹腔鏡下・ロボット支援下肝切除・膵切除を積極的に取り入れることにより、多くの方で術後の早期退院・社会復帰が可能となっております。肝胆膵領域の抗がん剤治療やセカンドオピニオンも行ってまいりますので、ご相談ください。

岡部 弘尚 熊本大学大学院消化器外科学 診療講師



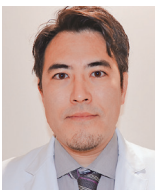
肝臓・膵臓・胆道疾患を専門に診療を行っています。ガイドラインに沿った診療、診断や治療方針、治療の経過に難渋する例にどのように最善の診療を提供できるか相談を行い、「患者さん・ご家族の希望」を大事にして診療を行ってまいりました。手術だけでなく抗がん剤治療や臨床・基礎研究にも多くの時間を割いてきましたので、なんでもお気軽にご相談ください。

中川 茂樹 消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教



肝胆膵グループに所属し、肝胆膵外科の診療に従事しております。原発性肝癌や転移性肝癌、胆道癌、膵癌等の悪性疾患に対して、拡大手術から腹腔鏡下手術、近年では標準治療になりつつある術前・術後化学療法を組み合わせ集学的治療を行っています。常に最新の知見やエビデンスに沿って、各々の患者さんに応じた最適な治療を提供できるよう努めております。

江藤 弘二郎 消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教



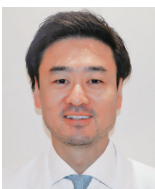
消化管グループで上部消化管外科、特に胃癌を中心に診療しております。早期がんに関しては、できるだけ低侵襲かつ術後QOLを落とさないような手術を行います。進行がんに関してはできるだけ根治性を高める治療を提供できるように努めてまいります。また、昨年度に引き続き、医局長をしております。スムーズな医局運営・人材確保にも尽力いたします。

大内 繭子 熊本大学大学院消化器外科学 助教



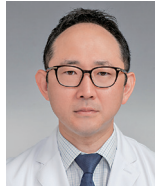
消化管グループで大腸癌、炎症性腸疾患などの下部消化管外科を担当しております。手術(開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット支援手術)、化学療法、分子標的薬治療、放射線治療と様々な選択肢がある中で、患者様と向き合い、その方にとって何が一番いい方法なのかを常に考えながら、最適な治療を安全に行なってまいりたいと思います。

問端 輔 地域医療連携ネットワーク実践学寄附講座 特任助教



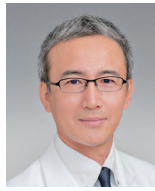
消化管グループとして上部消化管癌(主に食道癌)治療と他科と連携した合同手術を中心に診療しております。患者さんひとりひとりの病態や背景を理解した最良の治療を心がけております。また、最新の知見を吸収するための学術活動や、将来の医師育成のための学生教育にも尽力しております。

馬場 祥史 消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任准教授



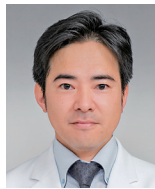
食道・胃・大腸の癌治療を担当しています。食道癌に対しては、手術(ロボット、胸腔鏡手術など)、化学療法、免疫治療、放射線療法等を組み合わせた集学的治療が行うことが重要です。患者様お一人おひとりに、最新のエビデンスに基づいた適切な治療法を選択していただけるよう努めています。また、国内外のラボと連携し、革新的な治療法の開発を目指した基礎・臨床研究を行っています。

井田 智 熊本大学大学院消化器外科学 診療講師



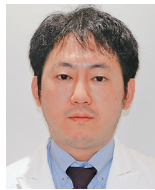
胃癌・GISTなどの上部消化管の悪性腫瘍を主に担当しております。病状により、腹腔鏡やロボット支援手術という低侵襲手術を積極的に取り入れています。また進行癌に対しては、手術だけでなく化学療法を組み合わせ集学的治療を実践しています。近年増加傾向にある食道胃接合部癌に対しても、切除・再建法を工夫し、安全かつ生活の質を保てるように心がけています。

日吉 幸晴 熊本大学大学院消化器外科学 診療講師



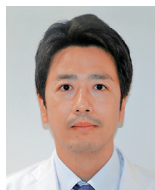
大腸グループで大腸疾患を中心に担当します。がんの手術では、腹腔鏡手術やロボット手術、開腹手術の中で病状に応じた最適な術式を選択し、がんの根治性と機能温存の両立を目指します。また、高度進行癌に対しては、化学療法や放射線治療を組み合わせ集学的治療を積極的に行います。がん以外にも、炎症性腸疾患などの良性疾患の外科治療も担当します。

小川 克大 救急部 助教



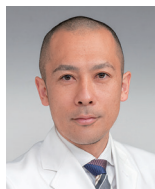
消化管グループで下部消化管外科を担当します。主に大腸癌の外科治療を行い、低侵襲な腹腔鏡手術や拡大手術を行っています。また、救急科専門医、Acute care surgery認定外科医の資格を生かして、救急外来での初期治療、緊急手術も担当しております。併存疾患をお持ちの患者様や重篤な状態の患者様に対しても、それぞれの病状に応じて最大限の治療効果を提供できるように努めてまいります。

小澄 敬祐 消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教



消化管グループで食道癌を中心に上部消化管癌の治療を担当しております。根治性・QOL維持の両立を目指した鏡視下手術、そして治療成績向上を目指した集学的治療(手術、化学療法、放射線療法、免疫療法)を心がけています。最新のエビデンスに基づき、患者様お一人おひとりに最適な治療を提供できるよう努めて参ります。また、革新的新規治療法開発を目指したTranslational Researchも行っています。

北野 雄希 地域医療連携ネットワーク実践学寄附講座 特任助教



肝胆膵領域の疾患を中心に診療を行っています。手術は低侵襲手術から拡大手術まで患者様の病状と全身状態にあった安全な治療を提供できるように取り組んでおります。患者様の気持ちに寄り添いながら、安心して治療が受けられるよう努力してまいります。

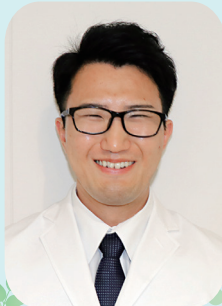
伊東山 瑠美 熊本大学大学院消化器外科学 助教



肝胆膵チームの一員として日々診療、教育、研究に従事しています。患者様一人ひとりのニーズに沿った、より安全な医療を提供できるよう努めています。特に手術や治療方針の説明は、平易なことばで分かりやすく、を心がけております。何でも気軽にご相談ください。

新入医局員紹介

①出身大学 ②クラブ活動 ③抱負



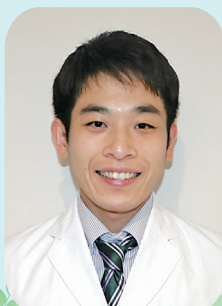
安部 禎人

- ① 熊本大学
- ② 剣道部
- ③ 今年度入局させていただきました安部と申します。熊本大学で研鑽を積めることに感謝し、諸先輩方のように医療に貢献していけるように努力して参ります。よろしくお願い致します。



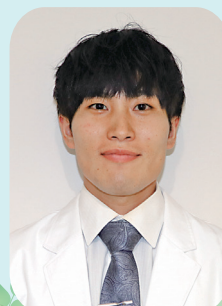
高津 研翔

- ① 宮崎大学
- ② 野球部
- ③ 島根でAcute care surgery(救急専攻医)を三年勉強し、地元である熊本に外科を学びに帰ってきました。日々楽しみながら学び、少しでも役に立てるよう頑張ります。



式地 優樹

- ① 広島大学
- ② 野球部
- ③ 初めまして。今年度入局いたしました式地と申します。まだまだ未熟な点ばかりですが、日々研鑽を積み、熊本の医療に貢献出来るよう精進して参ります。どうぞ宜しくお願いいたします。



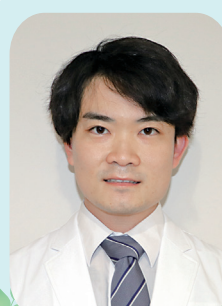
松本 将弥

- ① 広島大学
- ② ラグビー部
- ③ 地元熊本で医療に貢献できるように日々精進していく所存です。精一杯誠実に頑張りますので何卒よろしくお願い申し上げます。



大村 亮太

- ① 熊本大学
- ② サッカー部
- ③ 当院にて日々研鑽を行いつつ、患者様に寄り添った最善の医療が提供できるよう尽力致します。



島本 将希

- ① 宮崎大学
- ② 野球部
- ③ 新入局員の島本と申します。憧れていた外科医の道に一步を踏み出すことができ、身の引き締まる思いです。臨床・研究の双方で研鑽を積み、熊本の医療に貢献できるよう頑張ります。



東 陽子

- ① 久留米大学
- ② ビリヤード部
- ③ より多くの知識や経験を積めるよう毎日精進し、熊本の地域医療に貢献できるよう努めてまいります。どうぞよろしくお願い致します。



鈴木 裕紀子

- ① 宮崎大学
- ② 柔道部
- ③ 一日も早く戦力となれるよう、日々コツコツと頑張ります。よろしくお願い致します。



高橋 啓太

- ① 熊本大学
- ② ラグビー部
- ③ 令和6年度入局の高橋啓太と申します。消化器外科医として熊本の医療に貢献できるよう日々精進してまいります。ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。



高田 一登

- ① 久留米大学
- ② 陸上競技部
- ③ 今年度入局いたしました高田一登と申します。毎日少しずつでも知識や技術を磨いて、患者様に貢献できるような外科医を目指して参ります。どうぞ宜しくお願いいたします。

医局員紹介

医員



原 淑大
(平成27年卒)



湯本 信成
大学院4年 (平成28年卒)



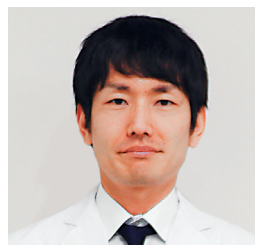
前田 裕斗
大学院4年 (平成28年卒)



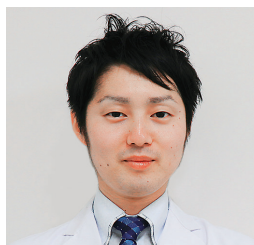
森戸 淳
大学院4年 (平成28年卒)

大学院生

大学院生



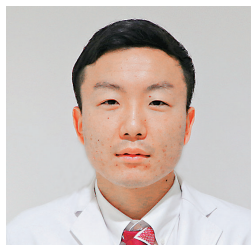
小川 大輔
大学院4年 (平成28年卒)



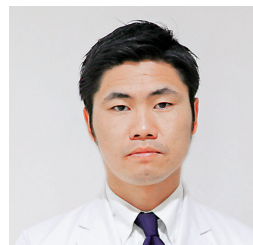
光浦 智証
大学院4年 (平成28年卒)



堀野 大智
大学院3年 (平成29年卒)



田尻 拓哉
大学院3年 (平成29年卒)



大淵 昂
大学院3年 (平成29年卒)

大学院生



足立 優樹
大学院3年 (平成29年卒)



金光 紘介
大学院3年 (平成29年卒)



谷崎 卓実
大学院2年 (平成30年卒)



大町 一樹
大学院2年 (平成30年卒)

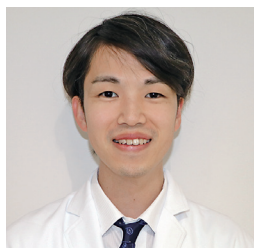


小野 明日香
大学院2年 (平成30年卒)

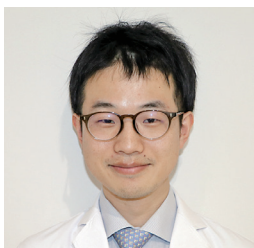
大学院生



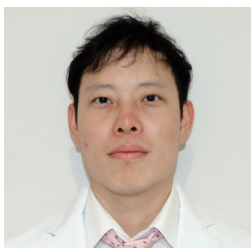
耕 佳徹
大学院2年 (平成30年卒)



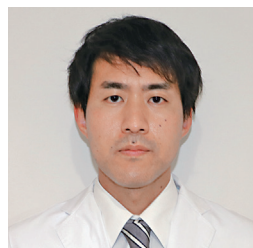
椿原 拓樹
大学院1年 (平成31年卒)



中村 尋
大学院1年 (平成31年卒)



酒匂 照生
大学院1年 (平成31年卒)



久野 祐樹
大学院1年 (平成31年卒)



消化管外科

食道・胃・小腸・大腸・肛門に発生する様々な疾患を対象に治療を行っています。診断から治療までを消化器内科、画像診断科と連携を取りながら行い、全ての症例を合同カンファレンスで検討して、診断精度の向上に努めています。治療に際しては常に最新の情報をもとに、患者さんの状態や疾患の進行度に応じた最良の治療法を提供できるように努力しています。特に悪性腫瘍に対しては、手術のみならず、化学療法や放射線治療を取り入れた集学的治療による治療成績の向上を目指しています。また多くの治験や臨床試験に参加し、将来の治療成績の向上や、新しいガイドラインのエビデンス構築に貢献できるように努めています。

1 食道癌

食道癌に対する治療法には、手術、内視鏡治療、化学療法、放射線療法、免疫療法(免疫チェックポイント阻害剤)があり、これらを組み合わせた集学的治療によって、治癒や延命を目指した治療を行います。私達は、患者様の併存症や生活強度などの全身状態と癌の進行度を総合的に評価し、一人一人にとって最適と思われる治療法を選択するようにしています。

当科における食道癌切除症例数を図1に示します。2011年から胸部、腹部操作を完全内視鏡下で行う minimally invasive esophagectomy (MIE) を導入しました。現在は、術前に化学療法や化学放射線療法(CRT)を行った症例にもMIEの適応を広げており、従来の開胸手術は年々減少しています。MIEは小さい創で食道切除を行うことができるため、痛みの軽減や美容的な面で有用です。また、拡大視効果により肉眼では見えなかった細かい神経や血管を確認できるため、より繊細で質が高く出血の少ない手術が可能になっています。2018年4月から食道癌に対するロボット支援手術が保険適応となりました。当科でも2021年の年末よりロボット手術を導入しており、これまで50例以上の症例に対して安全に施行しています(図2)。ロボットの手は人間の手以上に関節の可動域が大きく、より繊細な動きが可能となり、術後の反回神経麻痺などの合併症の頻度が少なくなることが期待されます。

食道癌の治療方針は外科、内科、放射線科によるカンファレンスを通じて決定しています。毎週、治療の適応、手術前後の症例の見直しを合同で行い、様々な角度から診療内容を検討します。早期食道癌に対しては、機能温存の観点から内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行います。治療は主に消化器内科に施行していただいておりますが、適応の判断は合同カンファレンスを通じて行われ、治療後の病理結果によっては、追加治療として手術やCRTを行います。近年では、根治的CRT後の遺残・再発表在病変に対するESD(サルベージESD)も積極的に行っています。

局所的な高度進行癌や併存症などで手術が困難な患者様に対しては、根治を目的としたCRTを行っています。2023年度には38例の患者にCRTを行いました。他臓器浸潤を認める進行癌であっても、CRTのみで根治に至る

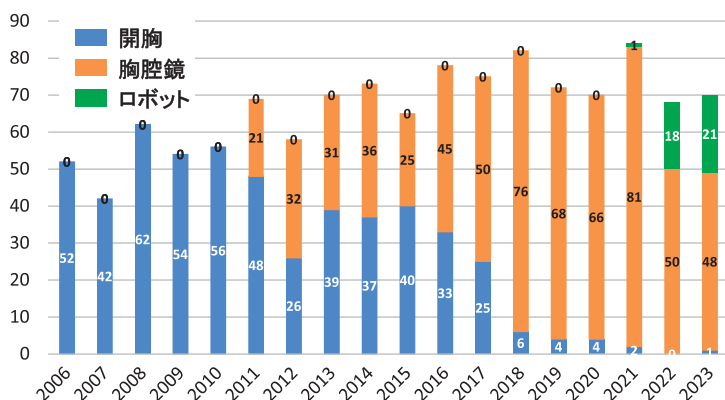


図1: 食道癌手術件数

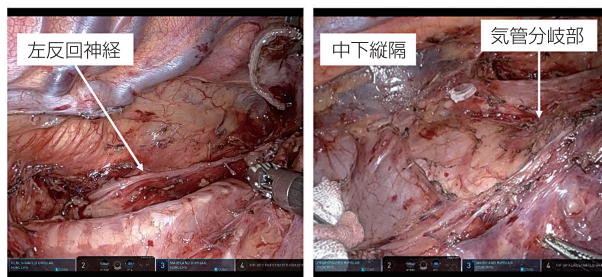


図2: ロボット支援下食道亜全摘

症例を32%認めました。また、根治的CRT後に癌が遺残した症例に対するサルベージ手術(救済手術)など侵襲の大きな手術も積極的に行っています。これまで72例のサルベージ手術を行ってまいりましたが、在院死亡例は認めていません。さらに、CRT後にも腫瘍が気管に浸潤していて合併切除が必要な症例に対しては、耳鼻科・心臓血管外科と合同で、咽・喉頭食道摘出術・縦隔気管孔造設術(いわゆるGrillo手術)なども行っています(図3)。かつては長期生存が望めなかった進行症例に対しても、CRTは有望な治療の選択肢となっています。

当科はJCOG(日本臨床腫瘍研究グループ)、九州消化器癌化学療法研究会(KSCC)など臨床試験グループの参加施設であり、食道癌に対する標準治療の確立と進歩を目的として様々な多施設共同臨床試験を行っています。また、さらなる食道癌治療成績の向上を目指して、治験にも積極的に参加しています。現在は、当科からも症例登録を行ったKEYNOTE-590試験やCheckMate-648試験の結果をうけて、根治切除不能な進行・再発食道癌に対する一次治療としては免疫チェックポイント阻害剤を含むレジメン(ペムブロリズマブ+化学療法、ニボルマブ+化学療法、イピリムマブ+ニボルマブ)が標準治療となっています。これまでに100例以上の食道扁平上皮癌の患者様に同レジメンで治療を行っておりますが、奏効率58%、病勢制御率81%という成績が得られています。治療前は切除不能であっても、免疫チェックポイント阻害剤を含むレジメンが著効して手術可能になる症例(conversion surgery症例)も存在します(図4)。現在は、免疫チェックポイント阻害剤とCRTの併用療法の治験が実施されており、積極的に症例を登録しています。

癌だけでなく多くの食道良性疾患の患者様もご紹介いただいています。食道裂孔ヘルニア、食道アカラシアに対しては腹腔鏡で手術を行っており、患者満足度の高い治療成績が得られています。また、咽頭食道憩室(Zenker憩室)、薬剤の誤飲による腐食性食道炎、義歯・異物による食道穿孔など食道疾患に対しても、安全に手術を行っています(図5)。

最後に当科の食道癌の治療成績(5年生存率)を示します(図6)。今後治療成績の向上に努めていきたいと考えています。

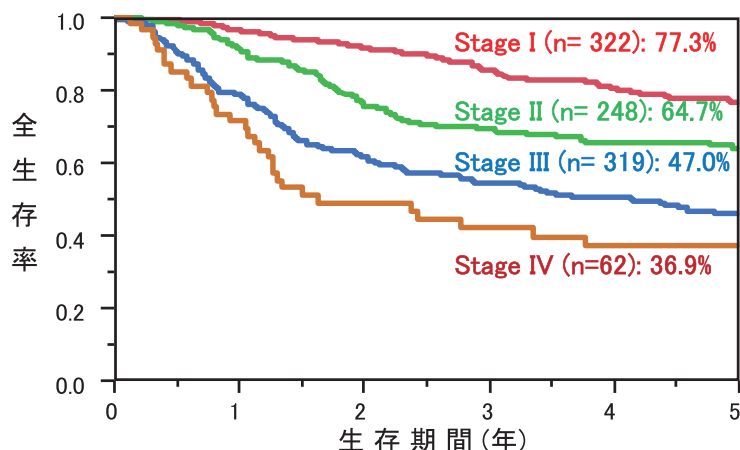


図6:食道癌 stage毎 生存率

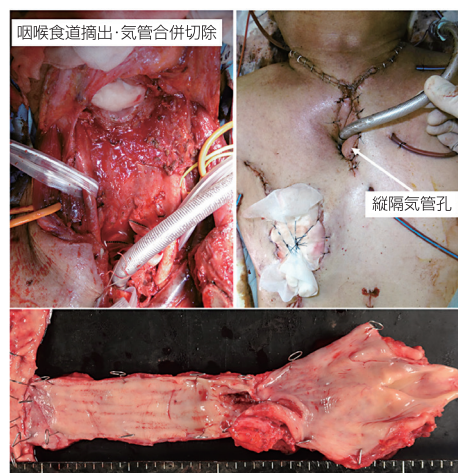


図3:咽・喉頭食道摘出術・縦隔気管孔造設術(いわゆるGrillo手術)

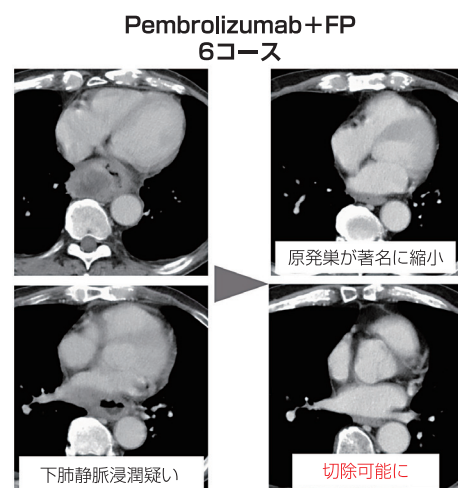


図4:免疫チェックポイント阻害剤併用レジメンの奏功例

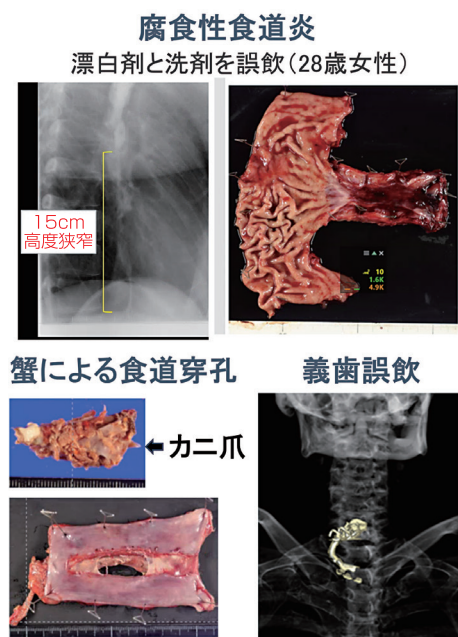


図5:食道救急疾患に対する手術

2 胃癌・GIST

胃癌はピロリ菌の罹患率低下、除菌の一般化などで減少傾向にあります。一方で患者さんの高齢化が進んでおり、当院においても胃切除のなかで75歳以上の高齢者が40%近くを占め、経年的に増加傾向にあります。また部位としては上部胃癌、食道胃接合部癌が増えてきています。このような状況では、安全性、根治性、QOLに配慮した治療の選択が重要です。

手術では、低侵襲化と機能温存手術を積極的に進めています。我が国で行われたランダム化比較試験(JLSSG0901試験)により、進行胃癌において腹腔鏡下幽門側胃切除術が開腹手術に対して劣らないことが証明されました。そこで、その適応を早期胃癌から進行胃癌にも広げています。また2021年からは手術支援ロボット「ダビンチ(da Vinci) Xi」を導入し、胃全摘、幽門側胃切除、噴門側胃切除の全術式をロボット手術にて行っております。その結果、2023年には胃切除全体の92%を腹腔鏡とロボットを用いた低侵襲手術にて施行しております(図1)。機能温存の点では、上部胃癌や食道胃接合部癌に対しできるだけ胃全摘を避け、噴門側胃切除をこれまで同様行っています。噴門側胃切除後にはいくつかの再建法がある中で、食道と残胃を直接吻合する食道-残胃吻合が生理的です。しかし、術後の逆流性食道炎が問題でした。それを解決する再建法として上川法再建(観音開き法再建)があり、現在ではこの再建法を第一選択としています。上川法再建は、食道と残胃を手縫いで縫合したあとで、粘膜下層のフラップで吻合部を覆うことで逆流を防止します(図2)。また

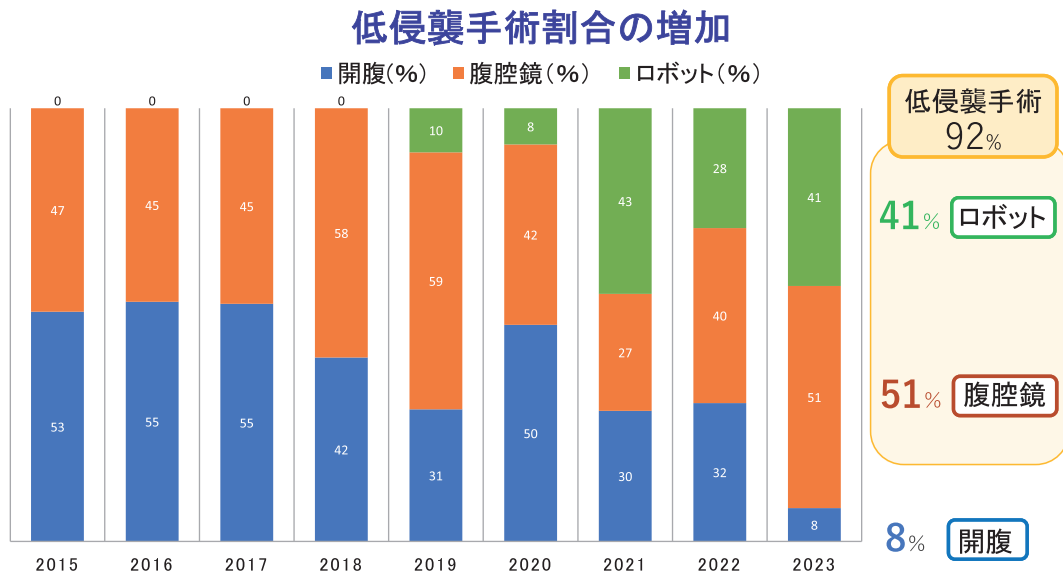


図1:手術アプローチの年次推移

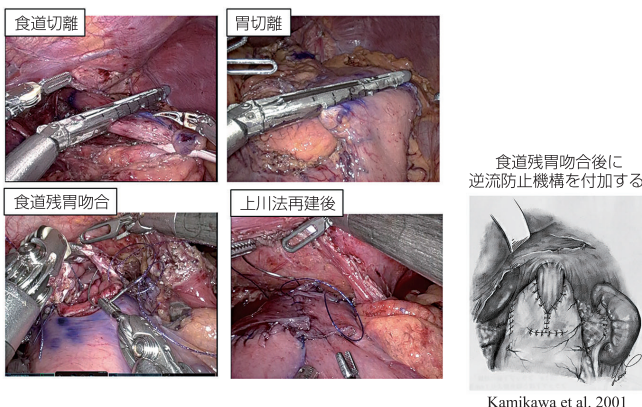


図2:ロボット支援下噴門側胃切除術

化学療法により腹膜播種が消失し切除可能となったステージIV胃癌

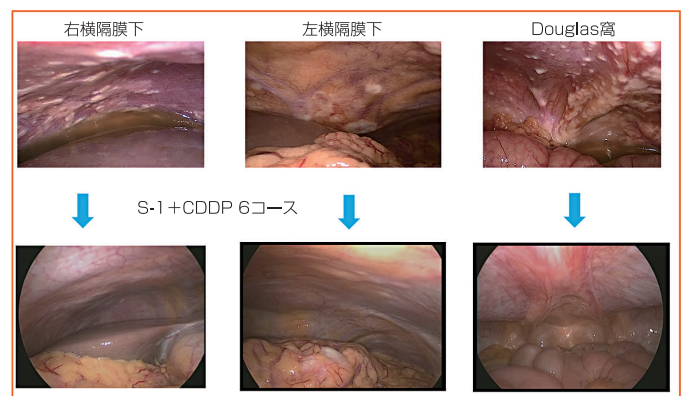


図3:Conversion surgery

下縦隔の狭い空間での縫合操作を要する本術式では、とくにロボット手術が有用な可能性があり、当科でも導入しています。

化学療法では、高度進行胃癌や遠隔転移、腹膜播種を伴うステージIV胃癌に対しては化学療法と手術を組み合わせた集学的治療を積極的に行っています。2021年11月には1次治療において、ニボルマブ(オプジーボ®)と化学療法との併用が承認されました。当科でもHER2陰性切除不能進行・再発胃癌の1次化学療法として、化学療法とニボルマブを併用した治療を積極的に導入しており、切除可能になった症例を経験するようになってきています。ステージIV胃癌に対し、化学療法著効後の手術(コンバージョン手術)を41名の方に施行しており、生存期間が26.9ヵ月と良好な治療成績を得ています(図3,4)。さらに、2024年5月には、胃癌治療ガイドライン速報版にて、新たにゾルベキシツマブ+化学療法が推奨されました。今後さらに治療の選択肢が増えることが期待されます。

当科での胃癌の治療成績(5年生存率)を示します(図5)。大学病院にご紹介いただく患者さんは、ご高齢、高度進行癌、重篤な合併症を有するなど、年々ハイリスクの方が増えてきています。2023年4月からは胃癌学会の認定施設制度が開始されました。高度化・多様化・専門化が進んだ胃癌治療のセンター化を目指しての施策です。熊大病院も認定施設Aを取得し、各診療科と協力しながら総合力で治療にあたっています。

また、希少疾患とされている消化管間質性腫瘍(GIST)や肉腫に関しても多くの症例を経験しています。切除症例では胃の欠損や変形が少ないLECS(腹腔鏡・内視鏡合同手術)を行い、また、再発あるいは遠隔転移を有するGISTに対しては分子標的治療薬を用いた化学療法を行っています。

3 十二指腸腫瘍

十二指腸腫瘍は比較的稀な疾患ですが、膵臓に接して存在するため進行したものでは膵頭十二指腸切除術の様に侵襲の高い手術を選択せざるを得ないことがあります。しかし、良性腫瘍や低悪性度腫瘍、粘膜内癌のような早期癌に対しては過大侵襲な可能性があり、縮小手術(臓器温存手術)の開発が求められてきました。

内視鏡技術の進歩により、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が様々な消化器癌で一般化していますが、十二指腸腫瘍の内視鏡治療は他の消化管と比べて難易度が高く、術中・術後の穿孔など重篤な偶発症の危険性を伴います。当院では十二指腸腫瘍に対する低侵襲手術として2020年に保険収載された腹腔鏡・内視鏡合同手術(Laparoscopic and Endoscopic Cooperative Surgery for duodenal tumors: D-LECS)を積極的に行っています。十

全生存期間

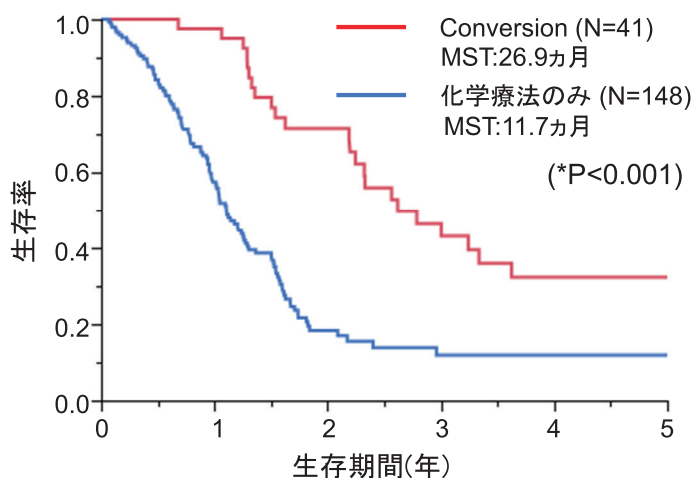


図4: Conversion症例の治療成績

胃癌ステージ別の5年生存率

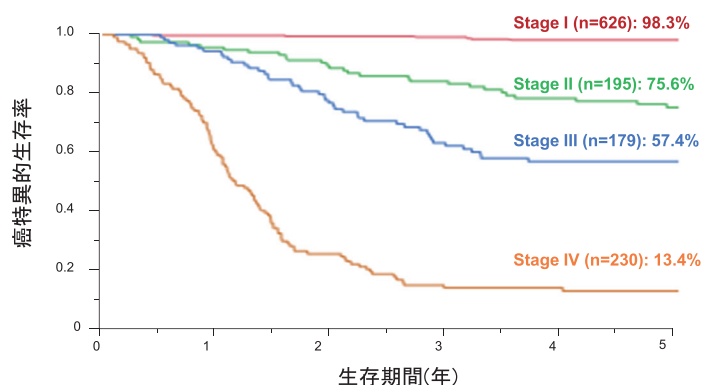


図5: 胃癌の治療成績(2005年~2023年)

十二指腸の内腔側からESD手技により腫瘍を切除し、ESDにより脆弱になった十二指腸壁を腹腔側より縫合し補強します。GISTやNETなどの粘膜下腫瘍の場合は、内視鏡と腹腔鏡を併用し、腫瘍を全層切除し、腹腔鏡側から開放部の縫合閉鎖を行います。消化器外科と内科がチームを組みD-LECSを行うことで、高い根治性と安全な局所切除が可能となっています(図6)。

十二指腸表在性腫瘍に対するLECS

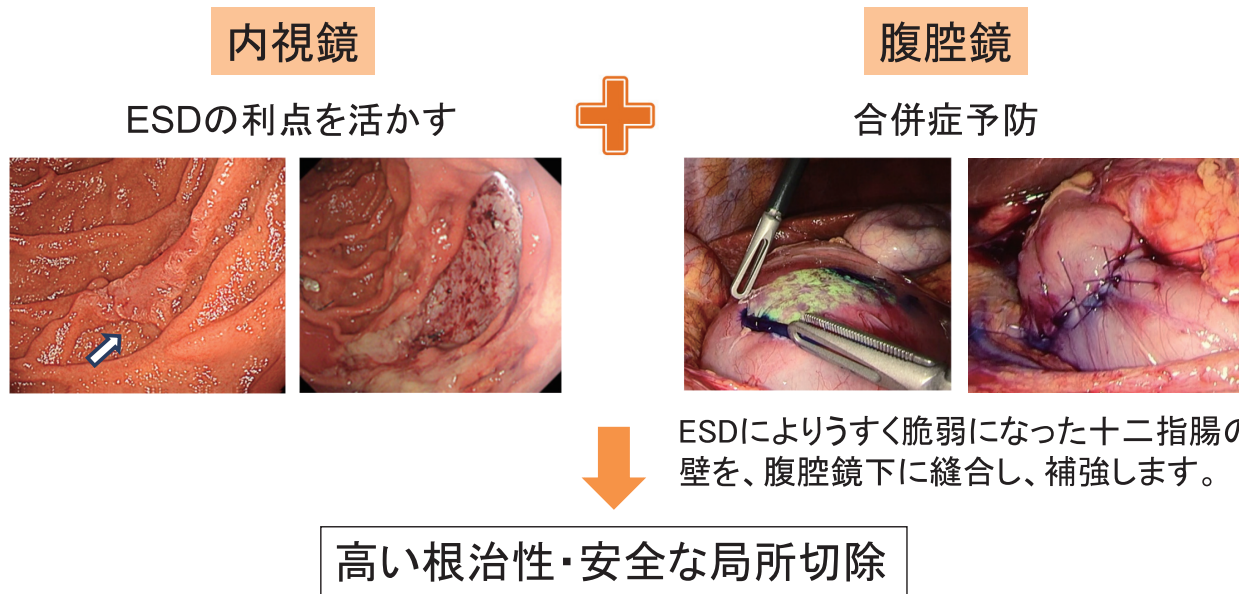


図6: D-LECSの概要

4 大腸癌

下部消化管グループは、内視鏡外科学会技術認定医(大腸)3人、ロボット支援手術プロクター(直腸)2人を含むスタッフ4人と医員2人の計6名で専門性の高いチーム診療を目指しています。診療内容は、大腸癌手術を中心として、その他小腸大腸肛門悪性疾患や、炎症性腸疾患、腹部救急疾患の手術を行い、大腸癌化学療法も担当します。手術では、腹腔鏡手術、開腹手術に加えてロボット手術も増加しており、癌の根治、機能温存、低侵襲化という目的を達成すべく、症例ごとの適切なアプローチ、術式選択を行います。また、大腸癌治療成績向上のためには手術、薬物療法、放射線治療等を組み合わせた集学的治療が重要であり、他診療科やコメディカルとの連携を深めながら、安全で質の高い医療を行うことで社会貢献したいと考えています。当科での大腸癌切除症例の治療成績を示します(図1)。

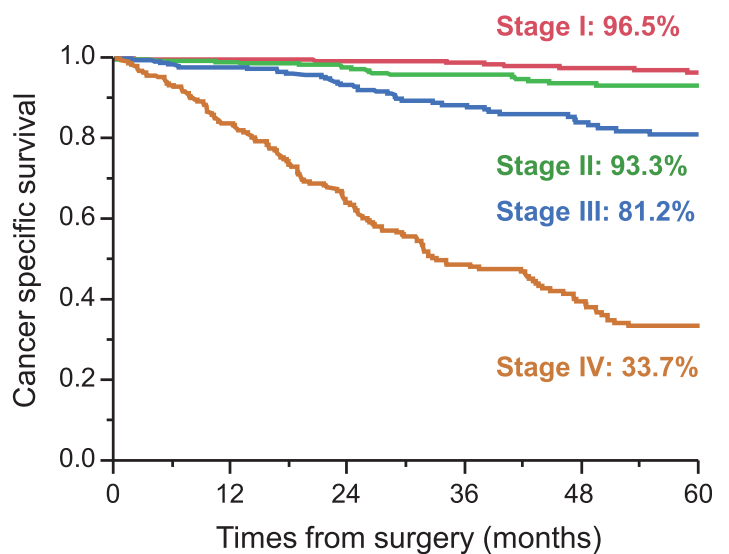


図1大腸癌 stage毎 癌特異的生存率(2005-2022)

2023年度は初発大腸がん手術の約90%を腹腔鏡手術/ロボット手術で行いました(図2)。腹腔鏡手術では、さらなる低侵襲化を目指して細径鉗子を用いたneedlescopic surgeryを取り入れています。これは、通常のポート配置で3mmの細径鉗子を用いる手術で、整容性の面で大きなメリットがあり、AYA (adolescent and young adult) 世代のがん、あるいは若年者に多い炎症性腸疾患の手術等で有用です。

熊本大学では2024年からダビンチXiが2台体制となり、消化器外科全体でロボット手術件数が増加するなか、現在までに約150例のロボット直腸手術を経験しました。小開腹先行アプローチなどの工夫を取り入れ術式を定型化し、特にロボット手術の有用性が高い下部直腸がんや男性、狹骨盤症例などでがんの根治性と機能温存の両立を目指しています。

当科では、大腸癌同時性肝転移に対する大腸肝同時切除を積極的に行っており、2012年からは完全腹腔鏡下大腸肝同時切除を導入しています。さらに、ロボット肝切除も思考可能となったためロボットによる直腸肝同時切除も経験しています。

このように、さまざまな低侵襲手術に積極的に取り組んでいます。高齢化社会で大腸癌患者の高齢化、ハイリスク化も進んでいるため、癌の根治性を担保しながら安全で低侵襲な手術を目指していきます。

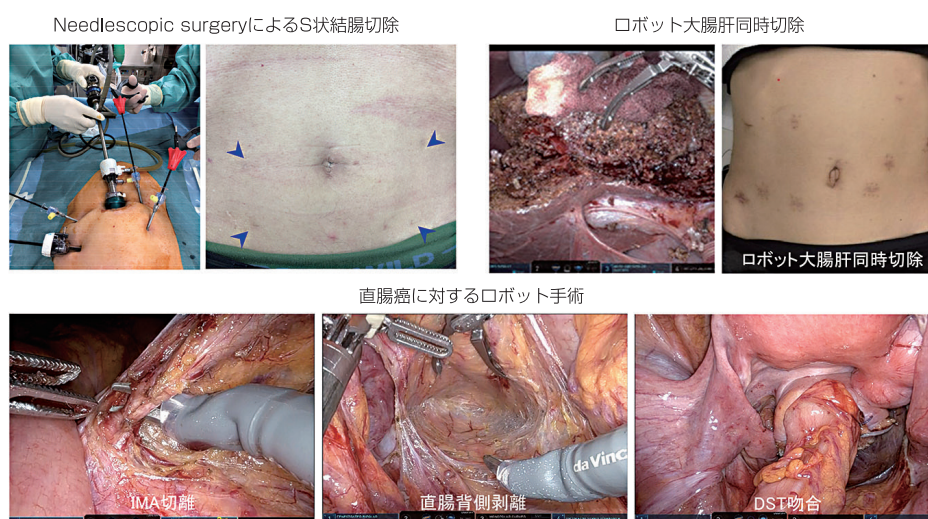


図2: さまざまな低侵襲手術

他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌や、直腸癌術後の骨盤内再発、骨盤内巨大腫瘍、後腹膜腫瘍などに対する拡大手術にも取り組んでいます。特に、他臓器浸潤が疑われるような進行癌に対しては、他臓器合併切除を伴う拡大手術(骨盤内臓全摘術、仙骨合併切除など)を行っています。また、術前治療の有効性を検証する臨床試験に参加しており(直腸癌局所再発に対する術前化学放射線療法、進行結腸癌に対する術前化学療法)、このような病状の患者さんに、よりよい治療が届けられるよう下記のような集学的治療を行っています。

1. 直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT), Watch and Wait戦略(図3)

直腸癌に対し、術前に放射線療法と全身化学療法を行うTotal neoadjuvant therapy (TNT) を施行しています。このTNT治療を行うと約3割の患者さんで直腸癌が消失する(臨床的寛解)ことがあり、この場合は手術を受けず、慎重に経過観察する治療戦略(Watch and Wait)が海外では行われるようになってきました。まだ、日本では標準治療として確立されていない治療法ですが、当科ではこのTNT治療およびWatch and Wait戦略を臨床試

験として行っています。

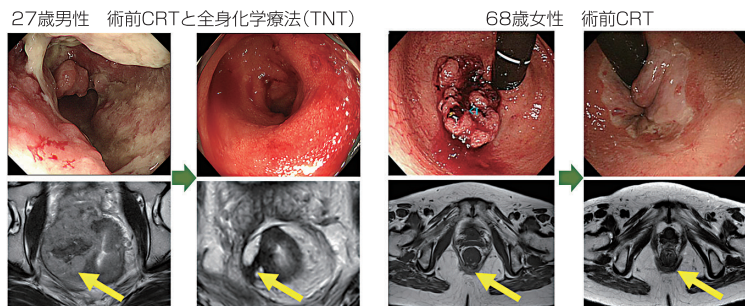


図3:術前治療により腫瘍が消失した直腸癌症例

2. 切除不能肝転移に対するconversion手術(図4)

大腸癌肝転移は、初診時に切除不能であっても、全身化学療法が著効して切除可能となるケースを多く経験しています。化学療法を適切なレジメン、タイミングで行いながら、肝臓外科医と連携して、時期を逸することなく外科治療に移行できるよう治療計画を立てています。

3. 大腸癌肺転移に対するCTガイド下経皮的ラジオ波焼灼療法(RFA)

大腸癌肺転移に対する標準治療は切除、全身化学療法ですが、低肺機能などの理由で標準治療が困難な症例に対して、当院では放射線科のIVR医や呼吸器外科医と連携して肺RFAを行っています(2022年9月に保険適応)。現在までに約70例に治療を行い、局所コントロール率90%、5年生存率50%と良好な治療成績をあげています。

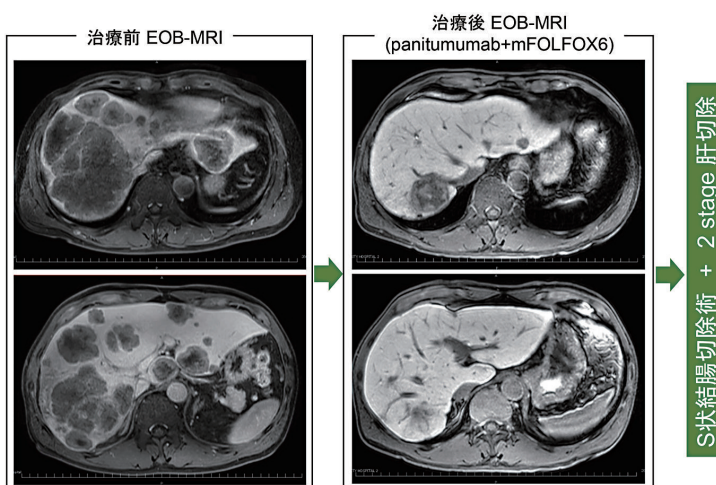


図4:S状結腸癌多発肝転移に対するconversion手術

4. ストマ造設患者におけるストマ関連合併症軽減

直腸癌手術はしばしばストマ造設が必要となりますが、術後のストマ関連合併症は術後在院日数が延長するだけでなく、患者QOLを大きく損なう問題です。当院では、Wound Ostomy Continence (WOC) 認定看護師と連携して術前のストマサイトマーキングを注意深く行い、適切な位置に適切なサイズのストマを造設することで合併症軽減を図っています。また、ストマケア習得がスムーズに進んで在院日数を短縮できるように、術後もWOCナースと密に連携しています。

当科では、がん制御と患者QOL改善のために、標準的治療と個々の症例に対する個別化治療のバランスを常に考えながら包括的な診療を行うことを目指しています。現状に満足せず、大腸がん治療成績のさらなる改善で社会に貢献するため、高度なレベルの診療・研究に取り組みます。

肝胆膵外科

肝臓・胆道・膵臓・脾臓の様々な疾患を対象に治療を行っています。消化器内科、画像診断・治療科、移植外科と毎週カンファレンスを行い、患者さんそれぞれのニーズに応じた最適な治療を提供できるように努めています。加えて癌の進行度や臓器機能および全身状態に応じて、腹腔鏡手術、焼灼療法、IVRによる治療などの低侵襲治療を積極的に導入しています。

2023年に施行した肝胆膵領域の手術件数は382件であり、うち日本肝胆膵外科学会の高難度手術は合計175例とコンスタントに年間100例を越えています(図1)。2022年の肝切除数は158例(低侵襲手術103例)、膵切除数は108例(低侵襲手術68例)と、肝胆膵いずれの領域でも多くの手術を行い死亡例もありませんでした。肝胆膵外科学会高度技能専門医、内視鏡外科学会技術認定医による安全で質の高い手術と、肝臓学会指導医・胆道学会指導医・膵臓学会指導医による最先端の知識を生かした有効な治療法を提供できるように心がけております。

図1:肝胆膵外科高難度手術

術式	症例数
HPD	1
右肝切除以上	3
左肝切除以上	9
肝区域切除以上(外側区域を除く)	27
肝亜区域切除(S4を除く)	12
肝部分切除の中で高難度手術と定義されるもの	6
胆管切除+肝切除	15
小計	73
膵頭十二指腸切除術	62
膵体尾部切除	33
膵全摘	7
中央膵切除	0
小計	102
合計	175

1 肝胆膵領域低侵襲手術

従来、肝胆膵外科領域は高難度な手術が多いため大開腹を余儀なくされることが多くありましたが、現在は手術技術と医療機器の進歩により急速に低侵襲手術(腹腔鏡下手術・ロボット支援下手術)が普及しています。低侵襲手術は開腹手術と比べ、傷が小さいことで術後の回復が早いだけでなく様々なメリットをもたらします。当科では日本内視鏡外科学会の内視鏡技術認定医や、肝臓・膵臓のロボット支援手術プロクターに認定された医師を中心に低侵襲手術を行っており、安全に適応を広げております(図2)。

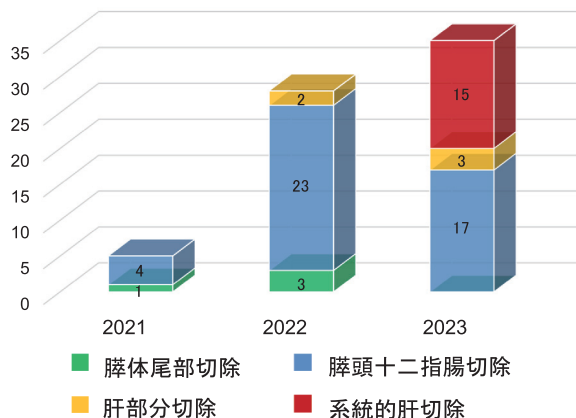


図2:ロボット手術の年度別推移

【ロボット支援下膵頭十二指腸切除術(図3)】

2016年より良性から低悪性度腫瘍に対する腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術が保険収載され、当院でも2019年より本術式を積極的に導入し、現在まで90例、死亡例なく安全に行ってきました。現時点の熊本県内では熊本大学病院のみが施設基準をクリアしており、その経験をもとに2022年よりロボット支援下膵頭十二指腸切除術を導入し、これまで安全に適応を拡大しております。大きな侵襲を伴う従来の開腹手術は術後のQOLやADLの低下を招きやすく、術後の抗がん剤治療や再発時の治療が入りにくいケースもありました。ロボット支援下膵頭十二指腸切除術は、傷が小さく、気腹により腸管への負担も少ないため術後の食事摂取が良好であり、術後の早期回復を可能とする上に、膵臓手術特有の合併症である膵液漏も軽減できる可能性があります。

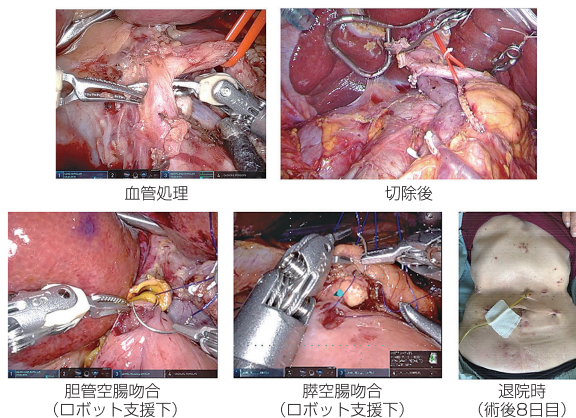


図3:ロボット支援下膵頭十二指腸切除術

2024年3月までに44例に行い、死亡例なく術後在院日数も13日(中央値)と良好な成績を収めています。

【ロボット支援下肝切除術(図4)】

2022年よりロボット支援下肝切除術が保険収載され、同年より当院でも肝部分切除から導入を行い、2023年より系統的肝切除にも適応を拡大してきました。ロボット支援下肝切除では安定かつ、3Dを駆使した明瞭な視野のもと繊細な肝離断が可能であり、術後合併症の軽減や在院日数の短縮につながっております。もちろん従来の開腹手術と比べ、傷が非常に小さいことも大きなメリットです。2024年3月までに肝部分切除を5例、系統的肝切除を15例行い、大きな合併症や死亡例なく術後在院日数も5日(中央値)と良好な成績を収めています。

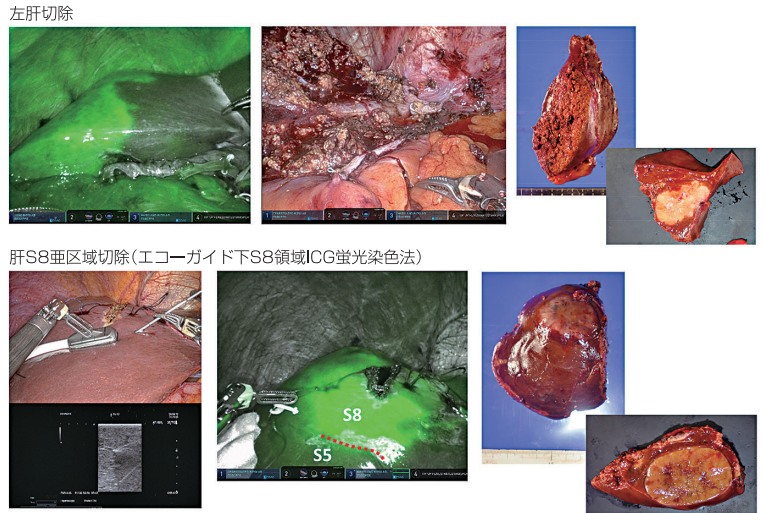


図4: ロボット支援下肝切除術

2 肝細胞癌

肝機能や癌の進行度を考慮して、肝切除、ラジオ波凝固療法(RFA)、肝動脈塞栓療法(TACE)、全身薬物療法、放射線治療、肝移植などを組み合わせた『個別化治療』を行っています。他科との連携を密にしながら、熊本大学として統一した治療体系を確立しています。一方で、肝切除後予後向上のために、免疫チェックポイント阻害剤などを用いた術後補助化学療法の治験を実施しています。

肝細胞癌を含む年間肝切除数の推移を図5に示します。2005年以降の肝切除総数は2298例にのぼり、当科はコンスタントに年間100例以上の肝切除を行っている国内有数のhigh volume centerです。現在では、肝切除の6割以上を完全腹腔鏡下もしくはロボット支援下に行っています。

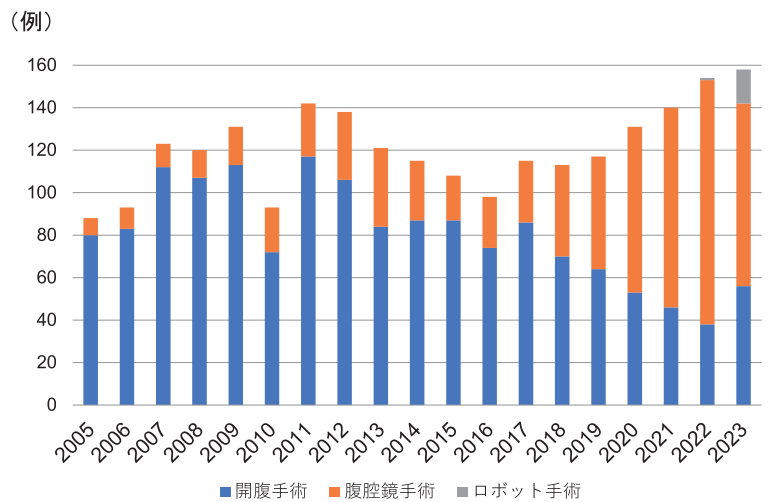


図5: 肝切除数の年次推移 (n=2298)

肝切除後合併症ゼロを目指して様々な取り組みを行っています。時に致命的になる術後肝不全を予防するために、VINCENT™ systemを用いた3D volumetry 画像構築による術前手術シミュレーションとアジアロSPECT/CT fusion画像を用いた「機能的」残肝容量の算出を行い、より正確な残肝評価を行っています(図6)。更にVINCENT™ systemにアジアロSPECT-CT fusion画像を融合させたアジアロSPECT-fusion VINCENT™を用いた『機能的残肝容量に基づいた術前手術手技シミュレーション』を導入して精緻な手術を実現しています。

2000年から2020年までに当科で切除を行った初発肝細胞癌(n=1083)の切除後予後は、5年生存率73.2%と極めて良好です。また初発肝細胞癌に対する肝切除のstage別5年生存率も、stage Iで83.4%、stage IIで83.4%、stage

IIIで61.0%、stage IVAで43.5%と、stage IIIやstage IVAの進行癌でも比較的良好な予後を実現しています。このような良好な治療成績は、再発肝細胞癌に対しても、肝機能が良好であれば、難易度が高いとされる再肝切除を積極的に行い、再発時の癌の進行度や残肝機能に応じて、RFA、TACE、分子標的治療などを組み合わせた『個別化治療』への我々の取り組みの成果と考えています。

体に優しい、創の小さな経皮的あるいは腹腔鏡手術を積極的に行っています。肝癌に対する腹腔鏡・胸腔鏡手術を全国に先駆けて1994年に導入し、現在ではICG蛍光法など術中ナビゲーションを駆使して安全性を担保しながら、区域切除や葉切除へ適応を拡大しています(図7)。小型の肝癌に対しては、RFAを選択することも可能ですのでご相談ください。

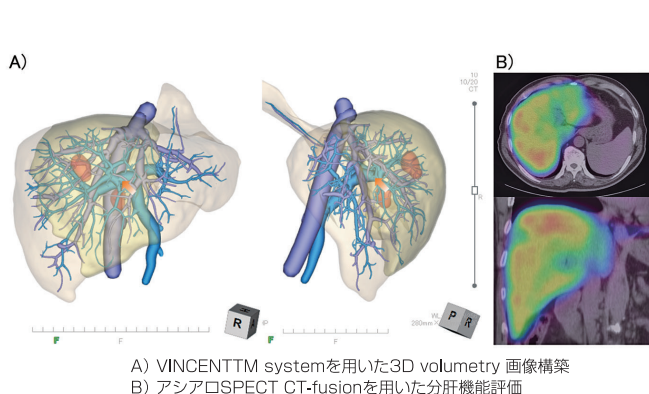


図6: 機能的肝体積に基づいた術前手術手技シミュレーション

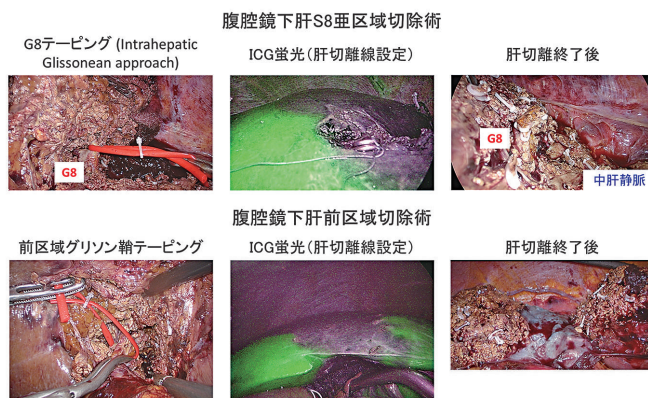


図7: 腹腔鏡下肝切除

3 転移性肝癌

大腸癌肝転移の治療成績は、新規化学・分子標的治療の導入により急速に改善し、ガイドライン上も肝転移巣が切除可能であれば切除を行うことが推奨されています。我々は、肝切除不能な患者さんが抗癌剤治療により切除可能となれば、転移巣が10個以上など多数ある場合でも、様々な工夫をして、患者さんの予後改善のために、積極的に手術を行っています。転移巣が深部にある場合は、ラジオ波焼灼を切除に組み合わせて切除適応を拡大し、転移巣が両葉にまたがる場合、切除適応拡大のために『Two-Stage hepatectomy』を積極的に行っています。1st Stageで原発巣切除と残肝となる側にある腫瘍の部分切除を行い、切除予定肝葉の門脈塞栓を行います。約1ヶ月間残肝の肥大を待って、2nd Stageで門脈塞栓を行った葉を切除します(図8)。腫瘍内科医、消化器内科医、消化管外科医と連絡を密にして、肝転移巣の切除適応やタイミングを決定しています。このような工夫により、2001年から2022年までに当科で根治切除を行った大腸癌肝転移症例(n=298)の切除後5年生存率は55.5%と良好です。また、大腸癌肝転移に対しても積極的に腹腔鏡下手術を行っています。



図8: 大腸癌肝転移に対するTwo-stage hepatectomy

4 膵癌

膵癌は極めて予後不良な難治性癌です。厚生労働省の統計では、2021年の部位別がん死亡数では男性第4位、女性第3位、男女計4位と年々増加しています。以前は手術のみが有効な治療でしたが、新しい化学療法の出現や診断技術や手術手技の向上で少しずつ治療の道が開けてきました。

2004年から2022年までに当科で切除を行った膵癌(n=329)の切除後予後は、5年生存率28.3%とまだ満足できる成績ではありません。またstage別5年生存率は、stage Iで52%、stage IIで26%、stage III/IVで0%となっており、更なる予後改善のためには、stage Iの早期に膵癌を診断すること、およびstage II/III/IVにおける術前化学療法の工夫が課題と考えています。

上腸間膜動脈や腹腔動脈など重要血管に浸潤がある局所進行癌の場合、また肝転移や腹膜播種などの遠隔転移を認める場合は、全身化学療法を行います。FOLFIRINOX療法(オキサリプラチン、イリノテカン、フルオロウラシル、レボホリナートカルシウム)かGnP療法(ゲムシタピン+ナブパクリタキセル)を個々の症例に合わせて選択しています。BRCA1/2遺伝子変異の解析やがん遺伝子パネル検査も積極的に行い、有効な治療法がないか検討しております。近年では局所進行癌で切除不能と診断された患者さんが、このような化学療法で腫瘍が縮小し、根治切除(Conversion surgery)可能となる症例も増えています(図9)。

切除後予後の向上を目指して、膵癌に対しても積極的に術前化学療法を行っています。門脈浸潤を認めるなどのBorderline resectable(切除可能境界)膵癌に対してはFOLFIRINOX療法やGnP療法による術前化学療法をほぼルーチンに行っています。一方でResectable(切除可能)膵癌に対しても、Prep-02/JSAP-05試験の結果から、GS(ゲムシタピン+S-1)療法を2クール行った後に手術を行っています。

膵癌に対する手術は高侵襲で、全国的にみると合併症率が高いことから、症例数の多い施設で手術を行うことがガイドラインでも推奨されています。当科の2005年以降の膵切除の年次推移を図10に示します。当科は年間100例を超える国内有数の膵切除に関

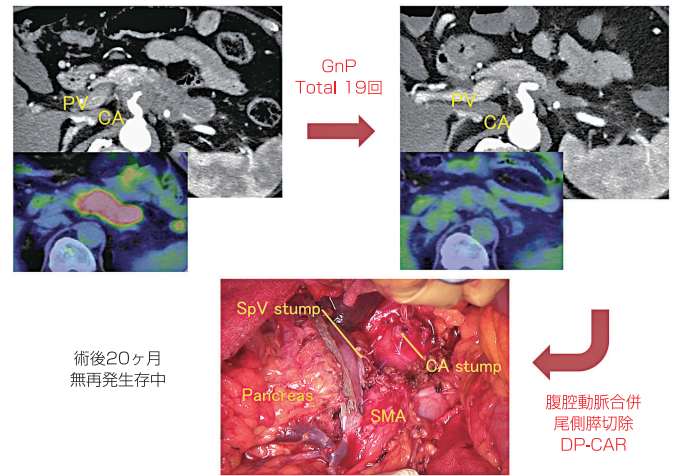


図9:膵癌に対する Conversion Surgery

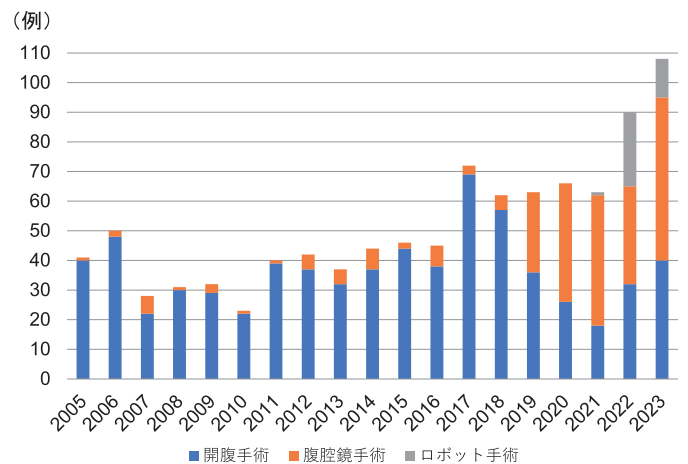


図10:膵切除数の年次推移 (N = 875)

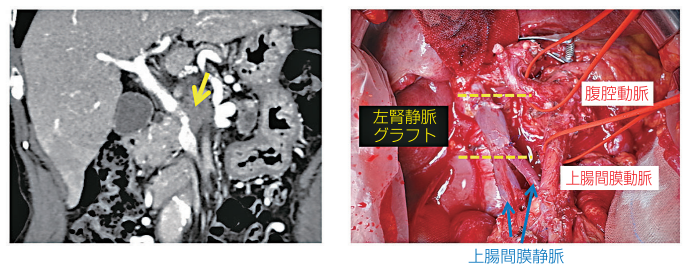


図11:門脈合併切除PD(左腎静脈グラフト)

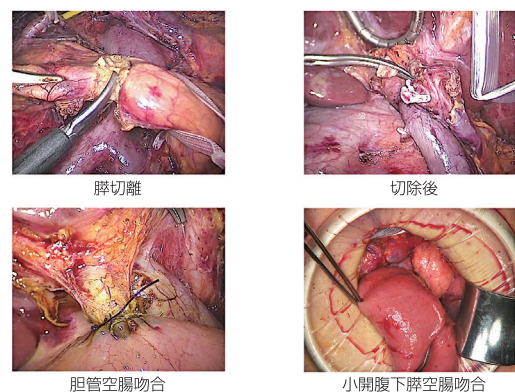


図12:腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

するhigh volume centerであり、現在では膵切除の6割以上を腹腔鏡下もしくはロボット支援下の低侵襲手術で行っています。局所進行癌に対しては、門脈合併切除および自家グラフトによる門脈再建を行う拡大手術を行っています(図11)。膵切除においても腹腔鏡手術の適応拡大が進み、膵神経内分泌腫瘍(PNET)といった低悪性度腫瘍のみでなく、胆管癌や膵癌に対しても腹腔鏡下膵頭十二指腸切除(図12)や腹腔鏡下尾側膵切除を行っています(図13)。現在では拡大視効果と多関節機能による精緻な手術を可能とするロボット支援下膵切除も施設基準を満たし熊本県で唯一、保険適応で手術を受けることが可能です。

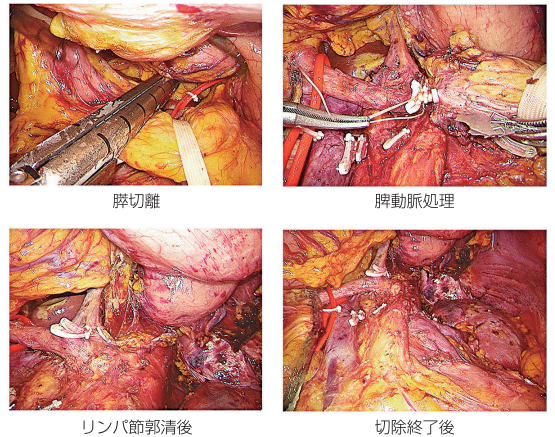


図13:膵癌に対する腹腔鏡下尾側膵切除

5 膵神経内分泌腫瘍(PNEN)

全身の様々な臓器に分布する神経内分泌細胞から発生する腫瘍のうち、膵に発生するものが膵神経内分泌腫瘍(PNEN)です。稀な腫瘍とされており、インスリンやガストリン、グルカゴンなどのホルモン過剰分泌による症状がみられる機能性、ホルモンを分泌しない非機能性に分けられます。PNENの中には遺伝性疾患を背景としているものもあります。

治療は、原則、リンパ節郭清を伴う膵切除を行います。当科では2001年から2023年までに100例を超えるPNENの切除経験があり、最近ではほぼすべての症例で腹腔鏡下もしくはロボット支援下での膵切除を行っております。

また、PNENの悪性度やホルモン分泌等に応じて、薬物治療を組み合わせた集学的治療を行います(図14)。当院では県内唯一のNEN認定施設として、消化器外科、消化器内科、代謝内科、画像診断科による診療科横断的カンファレンスを開催し、最適な治療法を提供できるよう心がけています(図15)。

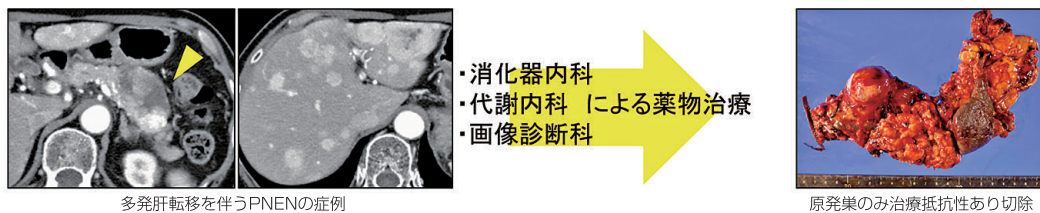


図14:診療科の垣根を超えた集学的治療の一例



図15:合同PNENカンファレンス(消化器外科、消化器内科、代謝内科、画像診断科)

6 胆道癌

広義の胆道癌は肝内胆管癌(原発性肝癌)と肝外胆管癌(狭義の胆道癌)に分類されます。

【肝内胆管癌】

肝内胆管癌は希な原発性肝癌で、発見時既に進行している症例が多く、切除後予後が極めて不良な難治性癌です。2002年から2021年までに当科で切除を行った初発肝内胆管癌(n=104)の切除後予後は、5年生存率50.9%と比較的良好です。また初発肝内胆管癌に対する肝切除のstage別5年生存率は、stage I/IIで58.7%、stage IIIで52.6%、stage IVAで36.8%であり、更なる予後向上のためには、リンパ節転移のあるStage IVAの進行例に対する術前補助化学療法などの工夫が課題と考えています。また、肝内胆管癌再発例に対しても、適応を吟味しながら積極的に再切除を行って、良好な治療成績を取っています(Ann Gastroenterol Surg 2017)。

【狭義の胆道癌】

狭義の胆道癌は肝外胆管癌、胆囊癌、乳頭部癌に分類されます。肝外胆管癌は、さらに胆嚢管の合流部を境に、肝臓側は肝門部領域胆管癌、膵臓側を遠位部胆管癌と分けられます。特に肝門部胆管癌は肝胆膵領域の癌の中で最も診断と治療が難しい疾患ですが、MDCTによる画像診断、血管合併切除・再建を含む拡大手術、薬物治療の進歩により胆道癌の治療成績は向上しています。2000年から2021年までに当科で切除を行った胆道癌(n=250)の切除後予後は、5年生存率42.8%と比較的良好です。また、胆道癌切除後のStage別5年生存率はstage Iで76.9%、stage IIで43.8%、stage III/IVで6.8%であり、更なる予後向上のためには、周囲脈管浸潤を伴う局所進行例やリンパ節転移を伴う胆道癌に対する集学的治療体系の確立が喫緊の課題と考えています。

当科では、切除体積率の高い肝切除が必要な症例には、ICG試験とアシアロシンチグラフィで肝予備能を評価し、機能的肝切除率を参考に機能的残肝ICGK値を算出して手術適応を決定しています。残肝機能が不十分と思われる症例に対しては、術前に切除予定肝の門脈塞栓を行っています。残肝機能が増大した後に、右肝切除や左3区域切除術を行います(図16)。また、広範囲胆管癌に対する肝膵同時切除も積極的に行っています(図17)。

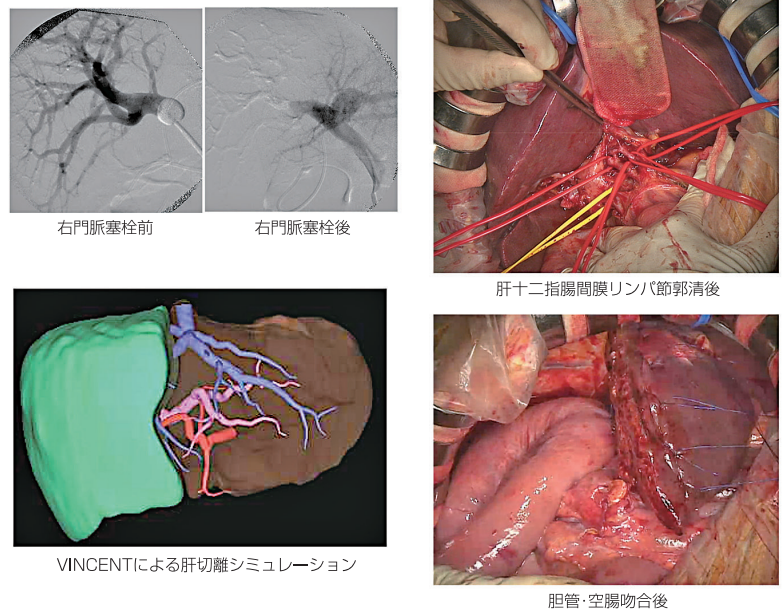


図16: 肝門部胆管癌に対する右門脈塞栓後の拡大右肝切除術

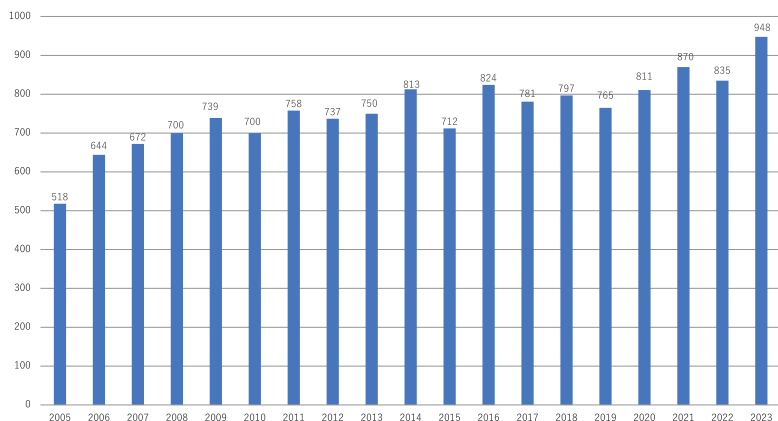


図17: 広範囲胆管癌に対する右HPD(肝膵同時切除)

癌の浸潤範囲が更に広い切除不能症例や、肝転移など遠隔転移を伴う症例に対しては、第一選択として推奨されているゲムシタピン+シスプラチン+デュルバルマブ療法を中心に治療を行いながら、がん遺伝子パネル検査を用いた効果的な治療法の可能性も探ります。

令和5年度実績一覧

2005～2023年の手術症例数 総数 14,374例/19年



令和6年度 消化器外科外来担当表

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
初診・再診				
〈岩槻〉 消化管 肝・胆・膵 〈井田〉 食道・胃 〈岡部〉 肝・胆・膵 〈江藤〉 食道・胃 〈問端〉 食道・胃	〈林〉 肝・胆・膵 〈岡部〉 肝・胆・膵 〈中川〉 肝・胆・膵 〈伊東山〉 肝・胆・膵	〈宮本〉 大腸 〈馬場〉 食道・胃 〈井田〉 食道・胃 〈日吉〉 大腸 〈大内〉 大腸	〈中川〉 肝・胆・膵 〈北野〉 肝・胆・膵	〈日吉〉 大腸 〈大内〉 大腸 〈小澄〉 食道・胃 〈問端〉 食道・胃

臨床試験および治験情報

【臨床試験】

- Clinical-T1bN0M0食道癌に対する総線量低減と予防照射の意義を検証するランダム化比較試験 (JCOG1904)
- 臨床病期I-IVA (T4を除く) 胸部上中部食道扁平上皮癌に対する予防的鎖骨上リンパ節郭清省略に関するランダム化比較試験 (JCOG2013)
- 術前化学療法後に根治手術が行われ病理学的完全奏効とならなかった食道扁平上皮癌における術後無治療/ニボルマブ療法/S-1療法のランダム化比較第III相試験 (JCOG2206)
- 食道胃接合部腺癌に対するDOS or FLOTを用いた術前化学療法のランダム化第II/III相試験 (JCOG2203)
- 術後補助化学療法中または終了後早期に再発した胃癌に対するCapeOX+ニボルマブ療法の第II相試験 (JACCR GC-11)
- 下部直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy (TNT) およびwatch and wait strategyの第II/III相単群検証的試験 (JCOG2010)
- 局所進行直腸癌に対する術前治療としての短期放射線療法とCAPOX及び短期放射線療法とCAPOXIRIの多施設共同ランダム化第III相試験 (ENSEMBLE)
- 臨床病期IIIの下部直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT) および選択的側方リンパ節郭清の意義に関するランダム化比較第III相試験 (JCOG2207)
- 結腸・直腸癌遠隔転移治療切除後のctDNA陽性患者を対象としてmFOLFOXIRI+Bevacizumab療法とmFOLFOX6療法の有効性を比較するランダム化第II相試験 (AURORA)
- 「再発リスク因子」を有するStageII大腸癌に対する術後補助化学療法の有用性に関するランダム化第III相比較試験 (JCOG1805)
- 切除可能な局所高度進行結腸癌に対する術前mFOLFOX6療法と術前FOLFIRI療法のランダム化第II相試験 (JCOG2006)
- 直腸癌局所再発に対する術前化学放射線療法の意義に関するランダム化比較第III相試験 (JCOG1801)
- 切除不能進行・再発大腸癌に対する二次化学療法におけるFOLFIRI療法と併用するVEGF阻害薬 (ベバシズマブ、ラムシルマブ、アフリベルセプト) の選択に有用なバイオマーカーを探索するランダム化第II相試験 (JCOG2004)
- 切除不能大腸癌に対するトリフルリジン・チピラシル (FTD/TPI)+ベバシズマブ (BEV) の従来法と隔週法の実用的ランダム化第III相試験 (PRABITAS)
- 腹腔洗浄細胞診陽性膵癌に対する全身化学療法の有効性を検証するための多施設共同第II相試験
- 切除不能または再発胆道癌を対象としたゲムシタピン+シスプラチン+S-1 (GCS) 療法とゲムシタピン+シスプラチン+免疫チェックポイント阻害薬 (GC+免疫チェックポイント阻害薬) 療法のランダム化比較第III相試験 (YOTSUBA)

【治験】

- 局所進行切除不能食道扁平上皮癌患者を対象とした、デュルバルマブと根治的放射線療法との同時併用を検討する第III相ランダム化二重盲検プラセボ対照国際共同多施設共同試験 (KUNLUN)
- 進行固形がん患者を対象としたAB122プラットフォーム試験
- HER2陽性の切除不能な局所進行性または転移性胃食道腺癌 (GEA) 患者を対象としたチスレリズマブ併用又は非併用下で化学療法と組合わせたzanidatamabの無作為化、多施設共同、第III相試験
- 進行性の消化管間質腫瘍患者を対象とするTAS-116 (ピミテスビブ) のイマチニブ併用の臨床第1相試験
- 切除可能な遠隔転移を有する結腸・直腸癌患者を対象としたLUNAR-1の有用性を検討する医師主導治験
- BRAF V600E変異を有する切除可能大腸癌遠隔転移患者に対する周術期化学療法としてのエンコラフェニブ+ピニメチニブ+セツキシマブ併用療法の有効性及び安全性を評価する多施設共同第II相臨床試験

消化器外科医局 TEL : 096-373-5212
FAX : 096-371-4378

外科外来 TEL&FAX : 096-373-5583

医局 E-mail : shoukaki@kuh.kumamoto-u.ac.jp
ホームページ : <http://kumamoto-gesurg.com>

熊本大学 消化器外科診療案内2024

編集・発行 熊本大学大学院消化器外科学教室
〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号
TEL 096-373-5212 (医局受付)
発行日 令和6年7月
印刷 (株)かもめ印刷