

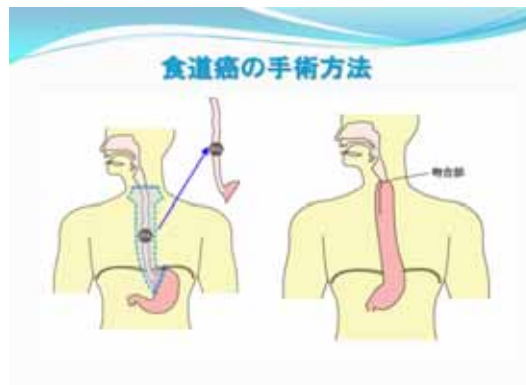
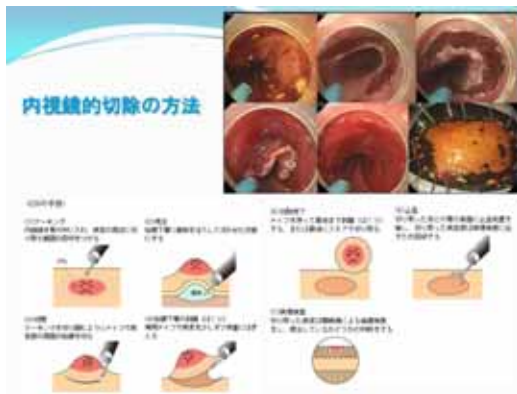
「食道癌の診断と治療について」

消化器外科部 食道外科診療科医長 安部 哲也

食道癌のStageごとの治療方針

| STAGE | 治療法 |
|---|--|
| Stage 0 T0, T1a-EP, T1a-LPM T1a-MM' | 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) |
| Stage I SM1** SM2*** SM3 | EMR (ESD)+根治的放射線療法 (CRT) or 手術 手術 or 根治的放射線療法 (CRT) 術前化学療法+手術 |
| Stage II/III | 根治的CRT (±救済手術) |
| Stage IVa | 根治的CRT |
| Stage IVb | 化学療法 or 緩和的CRT |

* T0/T1a-EP/LPMはリンパ管転移が乏しい
** SM1/2はリンパ管転移が乏しい
*** SM3はリンパ管転移が乏しい



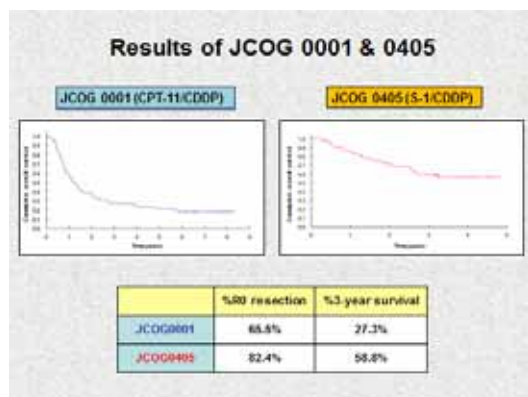
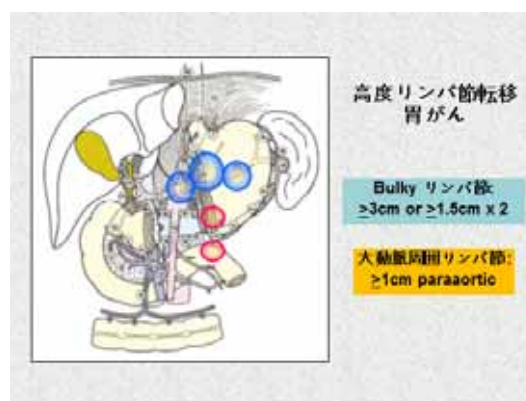
食道癌は50歳以上の中高年の男性で特にタバコやお酒を好む人によくみられます。早期の食道癌は自覚症状がないことが多く、早期発見には健診が重要です。食道癌の治療には内視鏡治療、外科治療、放射線治療と抗がん剤による主に4つの治療法があります。内視鏡治療は全周性でない粘膜のごく浅い層までの癌にしか適応はありません。手術はがんを確実に切除することができますが、侵襲が大きい、食事の問題などの欠点があります。放射線化学療法は食道温存できるのが利点ですが、効果が確実でない、副作用があるなどの欠点があります。がんの進行度や体力などを考慮して、患者さんにとって妥当性のある治療法を選択することが大切です。治療法の選択に対して、患者さんは治療法の利点、欠点をよく理解し、自分に合った治療を選ぶことが必要です。今回は食道癌の治療の適応や各々の治療法具体的な方法、各々の治療の利点、欠点などをわかりやすく紹介する予定です。

「高度進行胃がんへの挑戦」

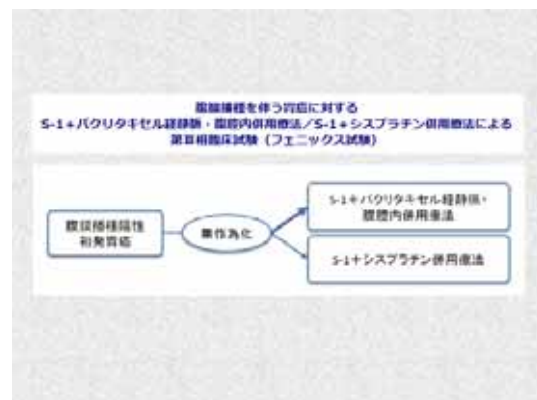
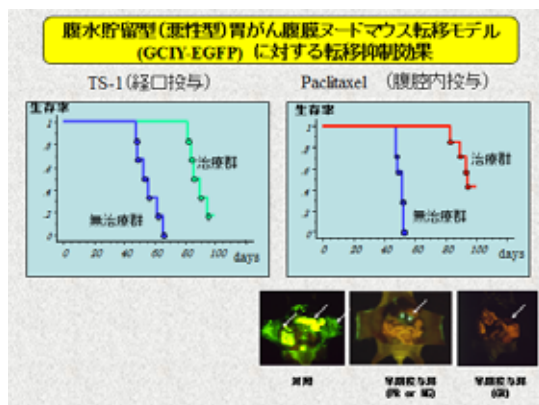
消化器外科部 医長 伊藤 誠二

胃がんの治療はごく早期のがんを対象とした内視鏡治療、早期胃がんから進行胃がんまでを対象とした手術治療、外科手術では根治が望めない切除不能胃がんを対象とした抗がん剤治療などがあります。早期胃がんや一部の進行胃がんに対しては、より体への負担が少ない治療として、おなかの創を小さくしてカメラで見ながら手術をする腹腔鏡下手術や、胃の出口を残す幽門輪温存手術、神経温存手術なども行われていますが、高度リンパ節転移胃がんや、腹膜転移陽性胃がんなどの高度進行胃がんは、手術のみでは治療成績が十分ではなく、さまざまな治療手段を組み合わせた集学的治療が必要です。

高度リンパ節転移胃がんとは、胃の比較的近くのリンパ節に大きな転移を認めたり、胃からかなり離れたリンパ節（大動脈周囲リンパ節）に転移を認めたりするものです。この部分にあるリンパ節は、外科手術によって切除することも可能ですが、手術のみでの治療成績は不良です。これに対して、手術の前に強力な抗がん剤治療をすることにより、がんのサイズを縮小させて切除をしやすくしたり、がんの勢いを弱めて手術中のがんの散布を防いだり、手術範囲の外にある目に見えない転移を早期にたたくことによって、治療効果を高める試みが行われています。



腹膜転移陽性胃がんは、手術時にすでにおなかのなかにがん細胞がちらばっている状態で、腹膜はおなかの内側の壁をおおっているだけではなく、小腸や卵巣、膀胱など、おなかの中の臓器の表面もおおっていますので、腹膜全体を手術で切除することはきわめて困難です。このような胃がんに対しては、通常抗がん剤治療が行われますが、愛知県がんセンター研究所と共同の動物実験により、抗がん剤をおなかの中に直接注入することにより、治癒率が高まる可能性があることがわかっており、現在は抗がん剤の腹腔内投与の有用性を検証する臨床試験を行っています。

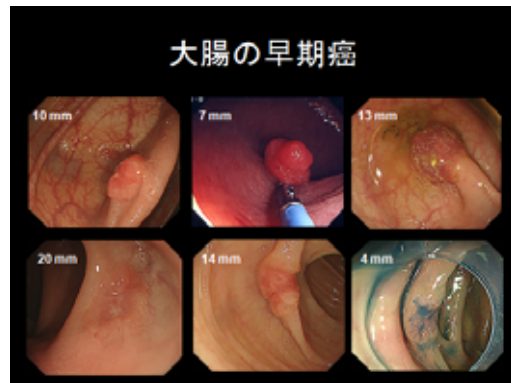


「消化管がんの内視鏡治療」

内視鏡部 医長 田近 正洋

癌の治療方針

- 臨床病期診断が重要
- TNM分類：
 - T（原発腫瘍の拡がり）
 - N（所属リンパ節転移の有無と拡がり）
 - M（遠隔転移の有無）
- 病期診断のため、内視鏡検査・造影検査・CT・PET-CT等が行われる



消化器癌の内視鏡診断

- 存在診断（範囲診断）
 - 通常観察
 - 色素法（インジゴカルミン）
 - NBI, FICE等
- 深達度診断
 - 通常観察
 - 拡大観察
 - 超音波内視鏡検査



近年、内視鏡機器の進歩や手技の向上により、これまでは外科手術でないと治らなかったがんが内視鏡治療で治るようになってきています。特に我々の扱っている食道や胃・大腸などの消化管のがんに対しては積極的に内視鏡治療が行われています。しかし、全てのがんが対象となるわけではありません。内視鏡治療の適応の原則は、「リンパ節転移の可能性がほとんどなく、腫瘍が一括切除できる大きさや部位にあること」です。したがって、治療方針を決定するには内視鏡診断をはじめとした術前診断が重要となります。右上のスライドは大腸にできた6つの早期がんを提示してありますが、どのがんが内視鏡治療の適応になる病変がおわかりになるのでしょうか？当日は拡大内視鏡を用いた我々が行なっている内視鏡診断の実際や大きな病変でも一括切除できる内視鏡治療(ESD)の実際を、ビデオ等を用いて紹介したいと思います。

「正しく知る大腸がんとその治療」

消化器外科部 医長 小森 康司

がんの位置と「腸管切除」と「リンパ節郭清」の範囲

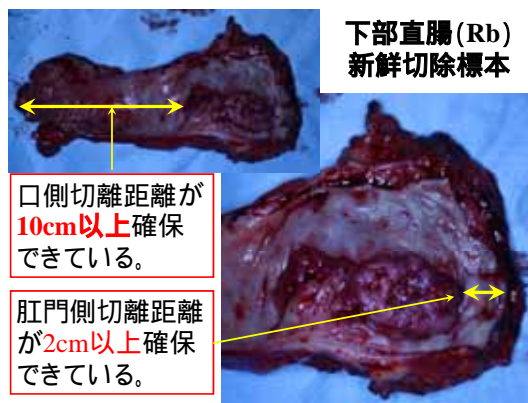
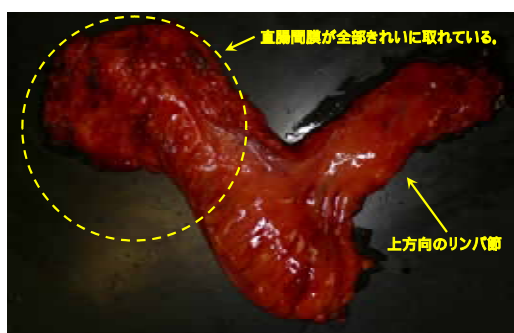


直腸間全切除(TME) + 側方郭清終了後の術野



太い血管、神経の表面が確認でき、リンパ節や脂肪組織など確実に切除されている。

直腸間全切除(TME)を施行した新鮮切除標本



下部直腸(Rb)
新鮮切除標本

口側切離距離が
10cm以上確保
できている。

肛門側切離距離
が**2cm以上**確保
できている。

【はじめに】

「進行大腸がん」になられた患者さんの共通の願いは、「再発せず、より長く生きること」であります。その場合、薬物療法、放射線療法ではがんを完全に無くすことはできず、手術療法で完全切除を目標とすることが治療の基本です。根治性を重視した大腸がんの手術、すなわち「しっかりとした手術(十分な腸管切除と徹底したリンパ節郭清)」をすることが大事です。この講演ではがん治療の基本を順守した(根治性を重視した)進行大腸がんの手術療法についてお話しさせていただきます。

【初回手術が、非常に大事であるということ】

初回手術(最初の手術)が、非常に大事であり、「根治術(=がんが残ることがなく、きれいに取り除くこと)」すなわち「再発を少なくする手術」を目標とした手術を行います。再発とは、手術のときには眼で診て存在しなかった部位にがんがマイクロレベル(がん細胞:顕微鏡で確認できるくらい小さいもの)で存在していて、再増殖を起こし腫瘍

(目で診て確認できる塊)として出現してくるものです。これくらいまでには広がっているだろうと想定している範囲を不足のないように切除すること、すなわち「十分な腸管切除と徹底したリンパ節郭清を含めた切除範囲の見極め」が大事です。

【十分な腸管切除と徹底したリンパ節郭清】

手術中の判断でリンパ節に転移があるか否かを決定することは不可能で、眼で見たり、触ったりしただけでは判断できません。最終的には切除されたリンパ節を病理医が顕微鏡で判断し最終診断が出ます。それ故、過去のデータ、具体的には大腸がん取扱規約第7版補訂版に記されている領域リンパ節(郭清範囲)に準じて行っています。リンパ節はがんが存在する腸管の周囲とその腸管を栄養している血管に沿って存在しますが、1個ずつ取るのではなく、一括して切除することにしています。結腸がんでは、腸管切除の範囲はがん部から口側、肛門側10cmの位置で切除します。同時に支配血管の分岐部の根部周囲のリンパ節郭清(D3)を行います。直腸がんでは、腸管切除の範囲はがん部から口側は10cmの位置で切除しますが、肛門側は腸管壁内にがんが進展することは比較的まれで、上部直腸で4cm、下部直腸で2cmでの位置で切除します。また直腸間膜(直腸の血管、神経などを含む支持組織)全部きれいに取ること(=TME:直腸間全切除)が大事であり、この手技が局所再発を減少させています。特に下部直腸の場合、側方向(腸骨血管に沿う方向)のリンパ節郭清(D3)を行います。いわゆる側方郭清です。

【合併切除】

直接浸潤を受けやすい臓器は、結腸がんでは尿管、十二指腸が多く、直腸がんでは膀胱、精嚢、前立腺、子宮、膣、仙骨などが多いです。浸潤臓器の合併切除の基本方針は「周囲の正常組織を含めて、しっかり十分に合併切除すること」です。中途半端に「剥いてくる」や「削り取る」様な事をすると、後にその部分に局所再発してくる危険性が高いです。この手術は各臓器に精通している医師(整形外科、泌尿器科など)とチームを組んで行っています。しかし、合併切除後、ダブルストーマ(人工肛門、回腸導管)など機能障害が残り、QOLが落ちます。術前にその点について十分に説明させて頂き、患者さんが納得されてから行う必要があります。

【最後に】

当院は開院されて以来、前述しました「十分な腸管切除と徹底したリンパ節郭清」に努めた結果、過去のデータと比較して、良好な成績をおさめてきています。根治性を重視した大腸がん(特に進行直腸がん)の手術は、どの病院でも、どの医師でもできるものではなく、十分な解剖学的知識や多くの経験に基づくエビデンスを獲得している専門医がいる病院で行うべきであると考えられます。