

長崎医療センター
座談会 Vol. 7

千燈照院

大腸癌の最新治療

～内視鏡治療と鏡視下手術の進歩～

消化管の癌治療において内視鏡治療や鏡視下手術などの低侵襲治療が普及し多くの施設で当たり前のようにやられるようになった今、これら低侵襲治療における根治性、確実性をいかに担保していくかという質の問題が改めてクローズアップされてきています。7月号は上部消化管でしたが、今回は大腸と直腸の癌について、特に内視鏡治療と鏡視下手術の進歩に焦点をあてて内科と外科のエキスパートからお話を伺います。

江崎: 本日は大腸癌の最新治療、トピックスをテーマに話を聞かせていただこうと思っています。まず内科の西山先生からお願いします。西山先生はESDの第一人者でもいらっしゃいます。下部消化管の癌の内視鏡治療についてお話いただければと思います。

ESDの大腸癌への応用

西山: 大腸癌に関してはおそらく数年後には癌の罹患死因第一位になってくると思います。いかに大腸癌を早期に発見して早期に治療することが今後大事になってくると思います。大腸癌の内視鏡治療に関しては以前からスミア法といって金属の輪をかけて焼却して取っていくという方法が一般的にやられていましたが、再発率がだいたい20%くらいあると。それで、電気メスを使って、まず穿孔しないように腫瘍の辺縁から粘膜下層まで切り込みを入れて、粘膜下層で剥離をするという粘膜下層切開剥離法(以下ESD)という方法がまず胃からやられてきて、それが大腸にも応用されてきたという経緯があります。大腸は胃とか食道に比べて非常に壁が薄いということがあって初期の頃は偶発症が多かった。それが機器の進歩や症例数を重ねることによってかなり安全にできるようになって、標準的治療のひとつになりつつあるという段階です。ESDで取りきれれば再発率はゼロですので、ESDは今後早期癌の主流となるべき治療法だと思っています。当初、大腸は誰も手を出さなかったのですが、僕は元々大腸が好きだったので大腸にもESDを応用しようと思い、直腸が一番壁が厚いので、そこから始めて広げていき、現在は、技術が確立し、ノウハ



消化器内科医長
西山 仁
(にしやま ひとし)
平成20年6月より現職

座談会出席者

消化器内科医長 西山 仁
外科医師 野中 隆
聞き手: 院長 江崎 宏典

千燈照院とは…
長崎医療センター千人の職員
が力を合せて高度医療の実現
にまい進する姿勢を表す言葉。

ウもある程度蓄積されてきました。当院では既に500例以上の経験の蓄積があり、今は若い先生の教育にも力を注いでいるところです。

ESDの精度と質の問題について

江崎: 先生は大腸癌のESDの第一人者で経験も豊富ですが、ESDという治療法について今後の課題というのがあれば教えてください。

西山: ESDが大腸癌の治療法として標準化されつつあるといっても、長崎県の中でも施設間格差があって、どの病院でも同じような質のESDができるようになるというのが今後の課題だと思います。偶発症をおこさないことも勿論ですが、いかに完全に病巣を取りきるかというのが治療の本質ですので、切除標本がきちんと病理学的な評価が出来る状態で取られているか、ということが一番大事なのです。ここはなかなかデータには出ないところなのですが、やはり施設によって差の生じるころだと思っています。当院では、切除したものは必ず病理でチェックしますし、病理と意見がくい違うところがあった時には、病理の先生と一緒に顕微鏡を見ながら教えてもらったりします。

抗凝固剤服用中の患者さんへの対処

江崎: 偶発症はないのが最低のところで、あとは精度と質の問題ですね。それと、近年増加している高齢者に多い抗凝固薬服用患者への対応について話していただけますか?

西山: 当院の場合はいかに大きな切除面になってもクリップをつかって縫縮術をやっています。きれいに縫縮できますので、以前からあまり抗凝固薬は止めずに当院では治療しています。大腸はあまり出血しない部位でもありますので。

江崎: 大腸でも、先生の場合は縫縮という方法できちんと出血を止めてから治療を終えるということですね。

江 崎:ESDの適応はどうなっていますか。

西 山:大腸だと粘膜下層1000マイクロまでで、それぞれの組織の悪性度も考慮する必要がありますが、いずれにしても粘膜下層に入ってしまうと脈管侵襲のリスクがでてきますので、基本的には内膜内病変と思っただけがいいのかもかもしれません。ただ、横の範囲に関しては、瘢痕形成という制約があったりするんですが、基本的に制限はなくてどんな大きいものでも切除はします。

直腸癌に対する鏡視下手術

江 崎:引き続き下部消化管の手術治療ということで外科の野中先生から話を聞かせていただきたいと思います。野中先生は大腸癌の中でも特に直腸癌が得意だと言うお話をきいていますが、いかがでしょうか？

野 中:消化器外科の野中です。消化器外科の中でも腹腔鏡を用いた下部消化管の手術というのをやっております。その中でも私の専門は直腸癌という消化管の出口の方なのです。この出口には非常に難しいところがあって、というのは、狭い空間の中に直腸だけでなく、尿路や生殖器などの出口を求める臓器も密集していて、その中に取らなくちゃいけないものもあれば残さなくちゃいけないものもある。これらをきれいにより分けていながら正確に切除していく。手術野をより拡大して見えるようにして、残すものと取るもののラインを見極めることを可能にするという意味で腹腔鏡手術に可能性を感じ努力しています。



外科医師

野中 隆

(のなか たかし)

平成23年3月より現職

大腸癌の最新外科手術:

単孔式鏡視下手術と鏡視下肛門温存術

現在、大腸外科医として特に力を注いでいる点は二つあります。一つは、当院は九州でもトップクラスのESDによる内視鏡的切除症例が多いところです。当然そういった適応に入る患者さんが多いわけですが、一方、適応を外れて外科に紹介される症例もあります。腹腔鏡手術が一般化していますが、当院では、そのなかでも差をつけてより低侵襲で整容性の高い手術として、単孔式、つまり一つの穴でする腹腔鏡手術の方法を主に早期がんに対して行っています。もう一つは直腸癌です。大腸癌の中でも難易度が高いのが直腸癌、骨盤深部の癌ですね。一番患者さんが気にされるのが肛門を残せるのかどうかということです。開腹手術の頃は、深部骨盤は見えないのでどうしても手探りでやっていたので、マイルス手術という肛門を切り抜く手術に流れていたわけです。これが腹腔鏡手術で深部骨盤の解剖がより明瞭に見えるようになったことによって、かなりの症例で肛門は温存できるようになって

います。可能な限り肛門を温存して、しかも神経機能もきちんと温存した精度の高い手術を心がけています。進行直腸癌で腫瘍を縮小させない限り肛門を残せないような症例に対しても、放射線科に協力して頂いて放射線療法を前治療として腫瘍を縮小させて、マージンを確保して取るべきものだけ取って、肛門を残すといったようなことにも取り組んでいます。

大腸癌化学療法の進歩

江 崎:ありがとうございます。一つ目の単孔式ですが、早期癌に対してより低侵襲でとても良いということ、もう一つは肛門を温存すること。肛門を残すか残さないかということは患者さんのQOLにとってはすごく大きな問題だろうと思いますので、そこに対していろんな努力をされているというのが非常に印象的でした。長崎医療センターは化学療法や放射線療法も高いレベルでやれるというのがありますが、化学療法、放射線療法を組み合わせる治療するのはどういった場合でしょうか？

野 中:特に昔と比べて化学療法の進歩が大きいですね。手術だけでは制御ができない、手術はあくまでも局所療法ですので、進行癌になってくるとそれだけでは癌は制圧できない。そうなってくると集学的治療という形で、近年分子標的治療剤の発達もありますし、いろんな種類の治療を組み合わせることによってよりサバイバルを伸ばしていこうといった考え方は、特に大腸癌ではあると思っています。

江 崎:確かに化学療法は日進月歩でここ数年で大きく変わってきている分野ですので、今後期待も持てるし、難しい症例でも利益を得られる患者さんが出てくるということですね。消化管の癌は患者さんも多く、大腸癌は特に今後さらに増えてくるということが予想されているので、長崎医療センターの総力をあげて治療にあたっていただきたいと思っています。本日はどうもありがとうございました。

