

お腹を切らずにがんを治す～こんな病変でも内視鏡で切除できます～

2025年2月28日

※本コンテンツは、医師の方を対象とし、当医療機関についての理解を深めていただけるよう作成しているものであり、一般の方を対象とする宣伝・広告等を目的としたものではありません。

初めまして。横浜労災病院 消化器内科 副部長の岡田 直也(おかだ なおや)と申します。2023年4月より当院へ赴任させていただきました。

横浜労災病院消化器内科は地域の中核病院として、消化器関連の癌を早期に発見し、適切な医療を提供すべく、日々診療に励んでおります。そのためには地域の先生方との連携が必要不可欠と考えておりますので、ご紹介いただいております地域の先生方には改めて感謝申し上げるとともに、これからもより連携を深めていけたらと考えております。

私は消化器疾患の中でも特に消化管腫瘍(食道、胃、十二指腸、大腸)の診断、内視鏡治療を専門にしております。今回は消化管腫瘍の内視鏡切除について、適応に迷う症例など実際の症例を交えながらお話しさせていただければと思います。



岡田 直也
消化器内科 副部長

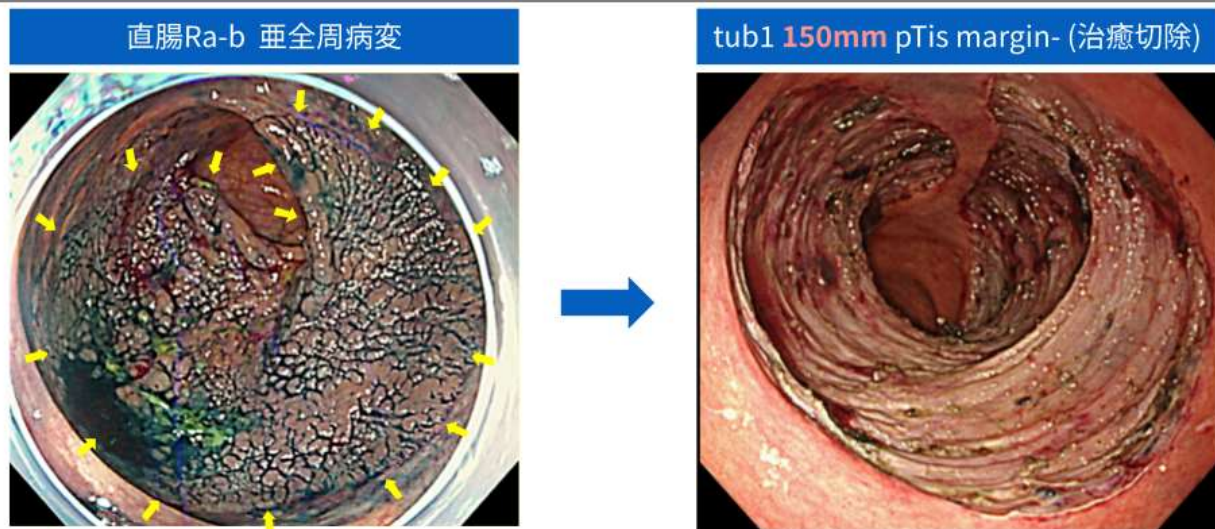
高齢者や併存疾患をお持ちでも負担を最小限にがん治療が可能

消化管の癌は早期発見ができれば、内視鏡切除により根治が望めます。この治療法では、臓器を温存しながら患者さんにとっての負担を最小限に抑えることができます。術後の全身状態にもほとんど影響がなく、退院後から通常の生活に戻られる方が多いです。

内視鏡切除の適応は、臓器によって多少異なるものの、基本的には病変の深達度が浅く、粘膜内や粘膜下層のごく浅い部分にとどまるものです。切除の方法には、大まかにスネアをひっかけ切除する粘膜切除術(EMR)、高周波ナイフを用い粘膜表面を剥離する粘膜下層剥離術(ESD)があり、病変の大きさによって使い分けがなされますが、どちらも目標は病変を一括で切除することにあります。

小さな病変には簡便で安全性の高いEMRが選択され、EMRで切除が難しい大きな病変や線維化を伴う病変にはESDが選択されます。現在ではデバイスやストラテジーも洗練され、ESDであれば大きさや部位に制限なく内視鏡的に一括切除が可能です。

図1 直腸巨大病変



当院では明らかな内視鏡治療適応外病変を除き、患者さんやご家族の希望に応じて全消化管のESDを積極的に行っております。癌を早期発見いただきご紹介くださる先生方のおかげで、当院でもその件数は上昇傾向にあります。

図2 ESD 件数の推移

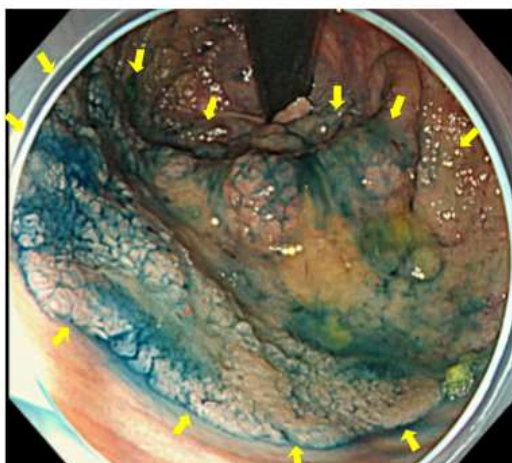


しかし、中には内視鏡治療の適応が悩むような適応境界の病変も見られます。特に、粘膜下層浸潤が否定できない症例であっても、多数の併存疾患をお持ちの方や、ご高齢で手術への抵抗がある患者様等の場合は方針に悩むことも経験します。明らかな適応外病変ではない場合、ESDは病変を一括切除し病理学的に深達度診断をするという完全生検としての側面もありますので、患者様の希望次第では診断的にESDを検討することもあります。実際の症例をいくつか提示いたします。

人工肛門を回避できた例：肛門部にかかる巨大病変

81歳女性の方です。他院で内視鏡検査を行い、直腸に腫瘍性病変を認め、紹介となりました。病変は口側には平たく広範に広がり、肛門側は歯状線まで進展し、内痔核を合併しておりました。

図3 肛門管病変



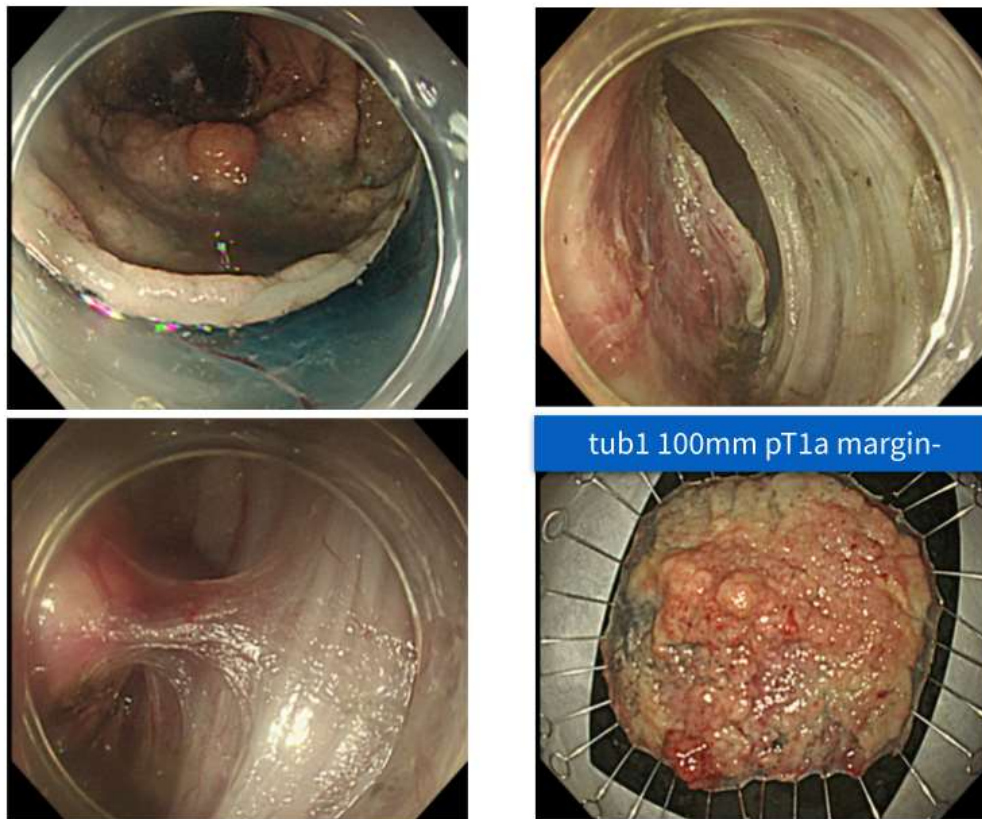
【直腸反転像】
10cm大の平坦な病変が口側に広く伸びだしている



病変は肛門にかかっており内痔核を合併していた

結節状隆起があり大型であったため、当初当院外科に紹介されましたが、人工肛門を拒否されていることもあり、内科でまず内視鏡治療の方針となりました。この病変は10cmでしたが、大部分が粘膜内癌であり、一部粘膜下層浅層(0.2mm)までの浸潤にとどまり、断端陰性脈管侵襲陰性で治癒切除が得られたため、人工肛門も回避することができました。

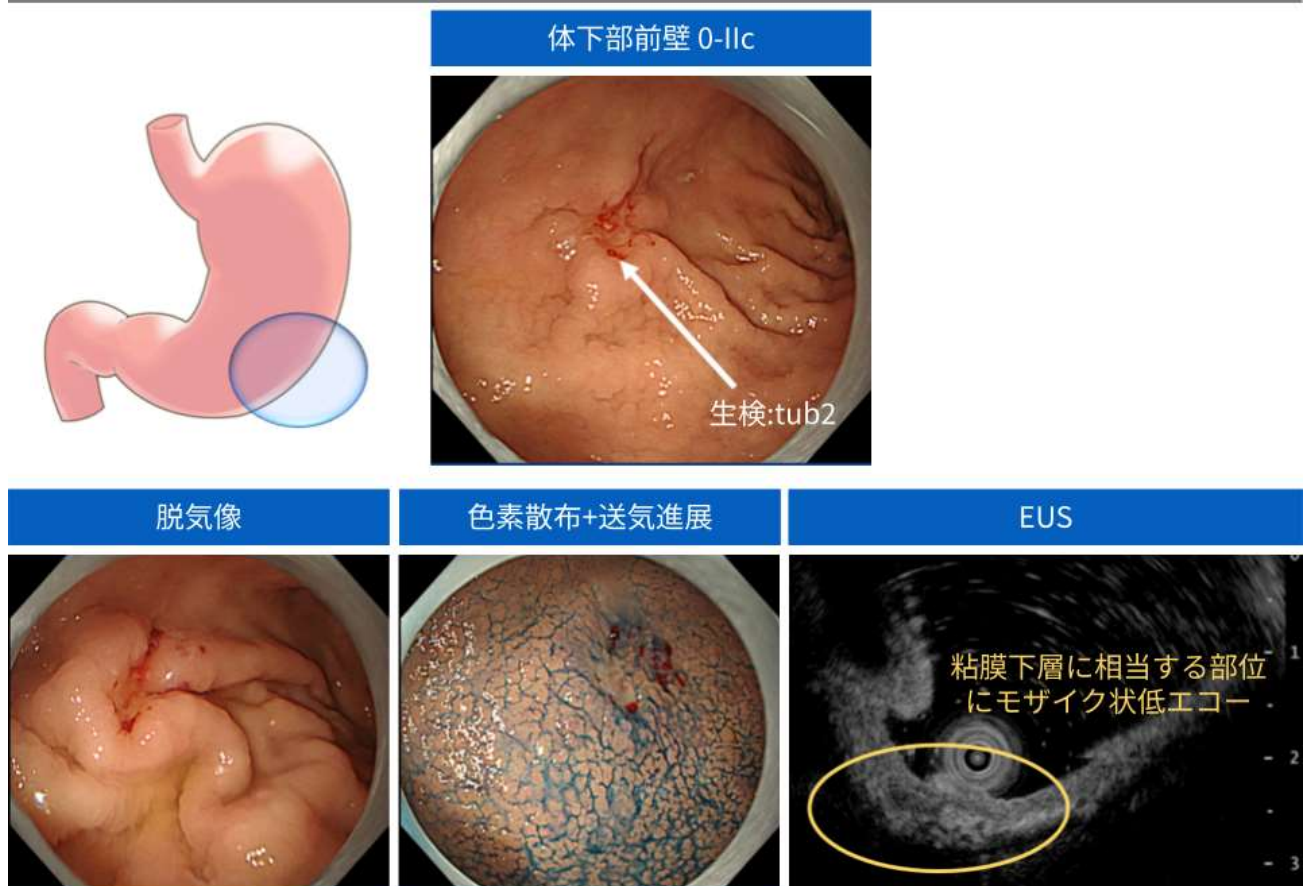
図4 治療画像



診断的治療としてのESD：粘膜下層浸潤を否定できない病変

87歳女性の方です。貧血精査の内視鏡で胃体下部前壁に陥凹の目立つ20mm大の発赤調0-IIc病変を認め、生検中に分化型腺癌が検出されました。CT検査でリンパ節転移や他臓器転移は見られないものの、通常観察と超音波内視鏡所見は粘膜下層浸潤を考慮する所見でした。

図5 胃癌内視鏡所見



この場合、局所切除ではその後の転移再発リスクがあるため、通常は初めから外科手術が推奨されます。しかし、この方はご高齢で手術に対する抵抗感が非常に強くありました。「もう年だから手術ならなくていい。けど内視鏡で取れる可能性が少しでもあるならやってみたい。」とリスクを承知の上で内視鏡治療を強く希望されました。内視鏡治療自体のリスクや非治癒切除となる可能性をご家族とご本人に十分説明の上、診断的治療としてESDを施行しました。

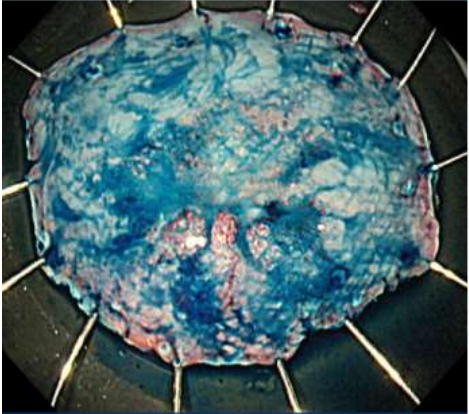
診断的治療としてのESD（音声あり）

01:35

内視鏡治療は無事終了し、合併症なく1週間で予定通り退院されました。病理検査の結果は水平断端・垂直断端陰性、脈管侵襲陰性でしたが、粘膜下層深部(>0.5mm)までの浸潤が見られました。胃の場合は切除検体の所見からリンパ節転移率のスコアリング

(eCuraシステム)が可能です。

図6 eCura システム

eCura システム					※ 切除検体を用いて評価
20x13mm, tub2, pT1b2 (1mm), UL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0	リスク分類	合計点	リンパ節 転移率	5年転移再発率 (無治療経過観察時)	5年癌特異的生存率 (無治療経過観察時)
	低リスク	0~1	2.5%	0.7%	99.6%
	中リスク	2~4	6.7%	5.7%	96.0%
	高リスク	5~7	22.7%	11.7%	90.1%

3点：リンパ管侵襲
1点：腫瘍径>30mm, VM(+), **SM2**, 静脈侵襲
0点：未分化型優位, UL(+)

Hatta W. et.al. Gastroenterol endosc 2018;60:1173-85
Hatta W. et.al. Am J Gastroenterol 2017;112:874-81.

本症例の場合、eCura 1点：リンパ節転移率 **2.5 %**

今回の場合、リスクファクターは粘膜下層浸潤(SM2)のみで、リンパ節転移率は2.5%でした。これらの結果をご本人とご家族に共有し、今後の方針を相談した結果、経過観察を望まれました。現在術後1年ですが、幸い再発なく外来に通われています。このような症例の対応はまだ議論の余地があり慎重を要しますが、年齢や背景に応じて十分な説明のもとに診断的にESDを行うことも検討しています。

治療適応についてのご相談でもお気軽にご紹介ください

当院では、治療方針が悩ましい症例や内視鏡治療の適応判断のご相談を積極的に受け入れておりますので、お気軽にご紹介ください。必要に応じて当院で追加検査を行い、病態と治療の選択肢を説明のうえ、最適な治療方針を患者様と模索していきます。状況によっては手術が最適な場合もありますが、当院では消化器病センターを設置しており、消化器外科と同じ部署で外来診療を行っております。

定期的に合同カンファレンスも行いつつ、密に連携を取りながら診療にあたっておりますので、外科への紹介も速やかに行うことが可能です。また、治療のみならず、通常の内視鏡検査のご依頼も当院では受け付けております。もしおかけの患者様でしばらく内視鏡検査を行っていない方がおられましたら、是非一度検査をご検討ください。

ご紹介いただく際は、紹介状をご持参の上、予約センターを通して初診予約をお取りいただいております。登録医療機関の先生方には専用窓口を用意しておりますのでご利用ください。通常の予約枠では受診が先になってしまう場合でも、至急の診断・治療が望ましい場合は柔軟に対応いたしますので、地域医療連携室を通してご連絡いただくか、紹介状をお持ちになり平日11時までに予約外受診いただくようお願いいたします。

最後に

内視鏡治療で癌を根治させるためには、病変の早期発見と早期治療が重要であり、そのためには先生方とのスムーズな病診連携が必要不可欠と考えております。治療後も患者さんが安心して先生方のもとへお戻りできるよう、これからも努めてまいります。もしお困りの患者さんやご不明な点等がございましたら、ぜひお気軽に当院までご相談ください。



岡田 直也(おかだ なおや)

消化器内科 副部長

■卒業年次

平成25年

■専門分野

消化器全般、消化管治療内視鏡

■学会専門医・認定医

日本内科学会認定内科医

総合内科専門医

日本消化器病学会消化器病専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

お問い合わせ先



独立行政法人 労働者健康安全機構 横浜労災病院 地域医療連携室

TEL:045-474-8111 平日 8時15分～17時00分

FAX:045-474-8323

ホームページ:<https://yokohamah.johas.go.jp>