

第3回市民公開講座 「ここまでのがん治療」

「食道がん・胃がん 最新の内視鏡診断と治療」 総合診療科 医長 楠 裕明

食道と胃はそれぞれ壁構造に大きな差があり、内視鏡で治療できる基準も異なる。内視鏡的な治療は局所のみ“くりぬく”ようなものであるため、他部位に転移する可能性があれば、切除適応からはずれる。胃はm3と呼ばれる粘膜内のがんが留まっている状態までは、転移の可能性が極めて低く、内視鏡的治療の適応となるが、食道はm3では転移する例が見られるため少し浅いm2までの病変しか切除できない。いずれにしても、消化管のがんに対する治療方法は、がんの大きさではなく深さで決まる。

がんの深さを調べる検査でもっとも有用なものが超音波内視鏡であり、超音波が消化管の壁を構成する組織の層構造を白黒の色調の変化で表現できるため、どの層までがんが進行しているか判定できる。

最新の内視鏡診断として 経鼻内視鏡の開発、拡大内視鏡診断の確立、特殊光学技術による強調画像の開発などがあげられる。以下にそれぞれについて触れる。

経鼻内視鏡の開発; 舌根を刺激しない経鼻内視鏡は、嘔吐反射の誘発は明らかに少なく、患者さんにとってはもっとも歓迎すべき進歩かもしれない。画質が経口内視鏡よりやや劣ること、画面をきれいな状態に保つために神経を使う必要があることなど、術者にとってはストレスとなる面はあるが、いずれそれらの問題は解決されると考えられている。

拡大内視鏡診断の確立; 拡大内視鏡は瞬時に100倍前後の拡大観察が可能であり、現在までも大腸で盛んに行われてきたが、食道や胃では特殊光を用いた画像強調観察法のひとつである狭帯域光(NBI)観察法とペアにすることによって、食道がんの範囲診断や深さ(深達度)の診断、胃がんでは高分化型がんの範囲診断に有用性を発揮している。

特殊光学技術による強調画像; NBI以外にも分光内視鏡画像処理、蛍光観察、赤外線電子内視鏡などの技術が開発され、がんの範囲診断や深達度診断に用いられるようになった。しかし、蛍光観察や赤外線電子内視鏡などは、どの施設でも一般的に行われる検査というわけではない。

内視鏡的治療で近年もっとも変わったことは、切開剥離法という技術が開発され、胃がん治療に関してはかなり一般的に行われるようになってきたことです。今までも内視鏡的粘膜切除術という短時間施行可能で安全な切除方法があり、胃だけでなく食道や大腸でも広く用いられてきましたが、これには2~3cm以内の範囲しか一度に切れないという欠点があったため、広い範囲の病変では何回かに分けて切除せざるを得ませんでした。したがって切除した組織片はバラバラとなり、完全に切除できたか確認が困難となる症例がありました。新しい切開剥離法は広い範囲が一塊で取れるため、切除の確認は容易になりました。しかし、その分手技は複雑になったため、切除時間は長くなり、出血や穿孔(壁に孔があく)などの合併症のリスクも多くなりました。各施設、各術者はブタの胃などを用いて日々技術の向上を目指しており、当院での成績は消化管がんの内視鏡的切除に関する日本のリーダー的な病院の成績と比較しても劣るものではない。