

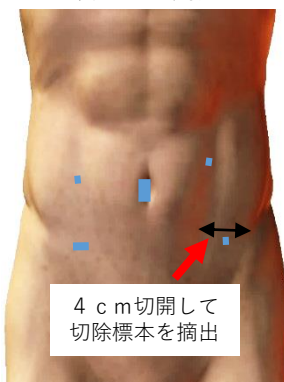
今月は、当院での大腸がんと胃がんの治療について、それぞれご紹介させていただきます。対象となる患者さまがおられましたら是非ご紹介をお願いいたします。

大腸がんの腹腔鏡下手術とERAS管理

消化器外科主任部長 太田 博文

当院での2018年の大腸がん手術件数は136件です。手術は、原則として腹腔鏡下手術を行っています。大腸がん手術では、ERASという手法を用いて患者さまの治療を行っています。今回は腹腔鏡下大腸手術とERASについてご紹介させていただきます。

図1 左側結腸切除術、直腸手術時の切開位置



・腹腔鏡下大腸手術

腹腔鏡下大腸手術は、5mmの穴3個と10mmの穴2個とがんを摘出するための創部（4～6cm）で手術ができます。図1のようにポートの位置を決め、テレビモニターに腹腔内を映し出し、超音波切開装置で血管処理やリンパ節郭清を行い、小切開創から腫瘍を取り出します。

・ERAS管理は安全かつ有効

ERASとは、Enhanced Recovery After Surgeryの頭文字で「術後回復強化」の意味です。この手法を周術期にできるだけ多く適用させることで早期回復を促し、合併症率の低下や入院期間の短縮に寄与すると言われています。私が主任研究者で大阪大学関連病院で行ったERAS群と従来管理群の多施設共同試験前向き比較試験では、ERAS項目の平均遵守率が84.7%で、その遵守率が高い患者さまほど入院期間が有意に短縮しました。また合併症に関しては、有意差は無かったものの減少傾向にありました。さらに、最新の話では、ERAS管理は、がん患者さまの長期予後に影響する可能性まで報告されていますので、今後ますます注目されていく管理法です。

・ERAS管理と従来法との比較

	ERAS プロトコール	従来パス
術前からの患者教育	あり	なし
結腸切除術での前日の腸管前処置（マグコロールP）	右側結腸手術ではなし 左側結腸、直腸手術ではあり	全例腸管前処置
手術当日の麻酔開始3時間前の等張エレンタール540ml 服用	あり	なし
術中の麻酔管理の工夫（術中過剰輸液回避）	あり	なし
結腸切除術でのドレーン留置	なし	あり
帰室後完全覚醒時からの座位	あり	なし
帰室後完全覚醒時からの飲水開始（500ml目安）	あり	なし
術後1日目輸液終了、朝から食事摂取開始	あり	なし
ガム咀嚼、緩下剤と蠕動亢進薬の服用	あり	なし
術後1日目からの歩行目標の設定	あり	なし
腸蠕動亢進薬の使用	あり	なし
膀胱カテーテル早期除去	あり	なし

・大腸がん患者を支えるERASチーム

当院では、2015年6月からERASプロトコールを開始しました。開始にあたり、円滑な導入のためERASチームを立ち上げ、予想される問題点を麻酔科医と多職種のスタッフとで話し合い、ERASパスを作成しました。その成果もあり、ERAS管理群の大腸がん手術後の経過は従来管理群に比べて腸管機能の回復が早く、食事摂取が翌日から開始でき、合併症を増加させず、安全に施行できています。更に上を目指すためERASチームでは継続的に話し合いを行っています。

胃がん治療ガイドラインには、胃がんの進行度別に基本的治療法が提示されています。今回は、胃がんに対する代表的な以下の3つの治療法について説明させていただきます。

・早期胃がんに対する内視鏡治療

内視鏡治療は、胃カメラで胃がん病変部分だけを胃壁から削り取って切除する治療法です。

内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)は、ある程度大きな病変でも一括で完全切除ができ、外科的な胃切除術を必要としないため、治療後も治療前と全く同様の生活を送ることができます。

ただし、局所的な治療なので、胃壁外のリンパ節に転移がないことが条件となります。

胃がんは、胃の内側の粘膜上皮から発生し、徐々に深く浸潤していく病気であり、胃がんが粘膜内に局限しているうちは、リンパ節転移はほとんどないとされています。つまり、がんの深さ(深達度)が重要で、ESDは粘膜内がんに対して適応となります。

当院では消化器内科の中原と山口がESD治療を専門としています。

2018年のESD施行症例数は75例でした。

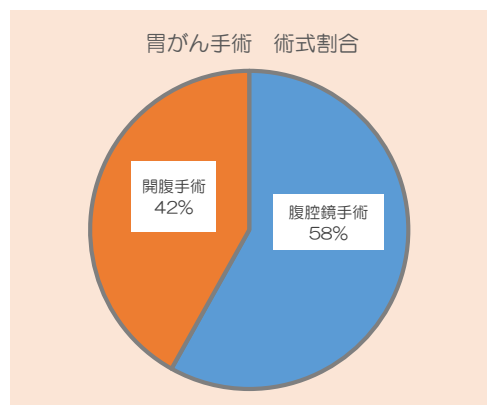
・胃がんに対する腹腔鏡下胃切除術

当院では腹腔鏡手術を積極的に導入しています。

腹腔鏡手術の最大の利点は傷が小さく、術後疼痛が少ない点にあります。このため入院期間の短縮が図れ、早期社会復帰が可能です。長期的には、整容性に優れており、さらに傷が小さいため癒着が生じにくく、術後腸閉塞の発生頻度は従来の開腹手術と比較して非常に少ないというメリットもあります。

しかし胃がん腹腔鏡手術は、手技が難しいため習得には経験を要します。当院では赤丸が日本内視鏡外科学会の技術認定を取得しており、安全で確実な腹腔鏡胃がん手術を実施できていると自負しています。ただし、すべての患者さまに腹腔鏡手術ができるわけではなく、胃がんの進行度と患者さまの全身状態に応じて、適応を慎重に判断しています。

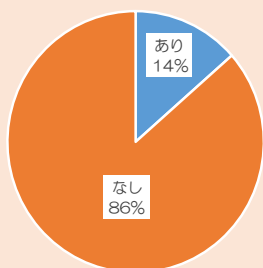
当院では、2016-18年までの3年間に胃がん切除術を160例実施し、腹腔鏡下手術割合は58%です。



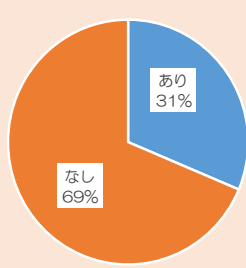
・進行胃がんに対する抗がん剤と外科手術を組み合わせた治療

進行胃がんでは、手術で肉眼的にすべて切除できたと思っても、時間がたつと再発してくる症例をしばしば経験します。これは手術時に既に、外科的に切除できる範囲外に画像などではわからない細胞レベルの微小転移が存在し、これが時間がたって顕在化してくるためであると考えられます。胃がん治療ガイドラインでは、進行胃がんの場合は、根治切除術後1年間は抗がん剤治療を実施することが推奨されています。しかし、大型腫瘍や多発リンパ節転移を認める高度進行胃がん症例では、手術後の抗がん剤治療では、なかなか再発を制御することは困難です。当院では、このような高度進行胃がんに対して、手術前に

手術前抗がん剤治療施行 割合



手術後抗がん剤治療施行 割合



抗がん剤治療をして腫瘍を縮小させてから根治手術を実施する、術前化学療法に特に力を入れています。術前化学療法の利点として、術前投与のほうが強力な化学療法を施行できることがあります。

胃がん領域においても、分子標的薬やオプジーボなどの新規抗がん剤が適応となり、奏効率も向上してきています。抗がん剤というと副作用を心配される方も多いと思いますが、当院では薬剤部や看護部と協力し、できるだけ負担の少ない治療を受けていただくことに取り組んでいます。