

今月は、当院消化器内科での内視鏡治療と消化器外科での大腸癌治療について、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。

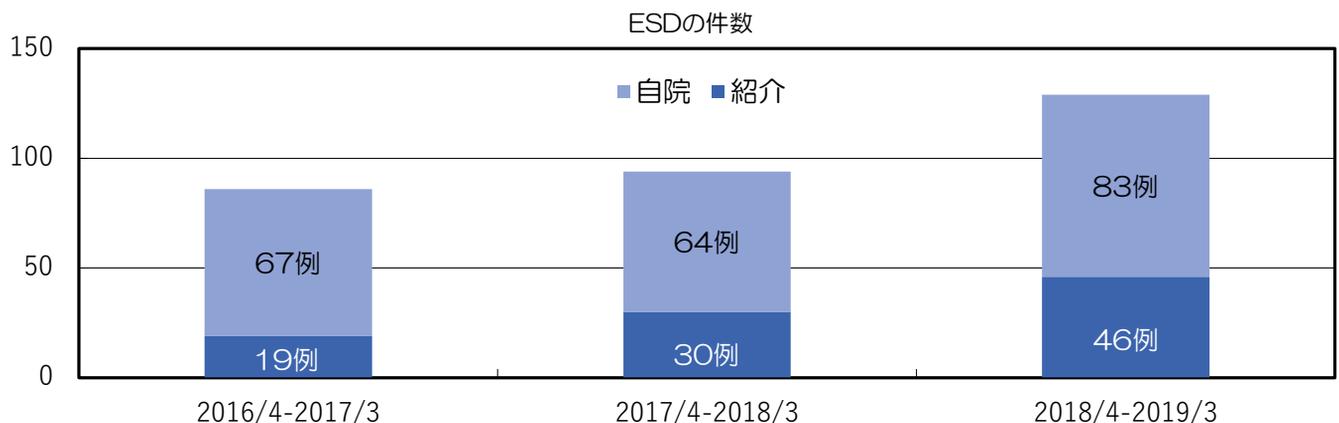
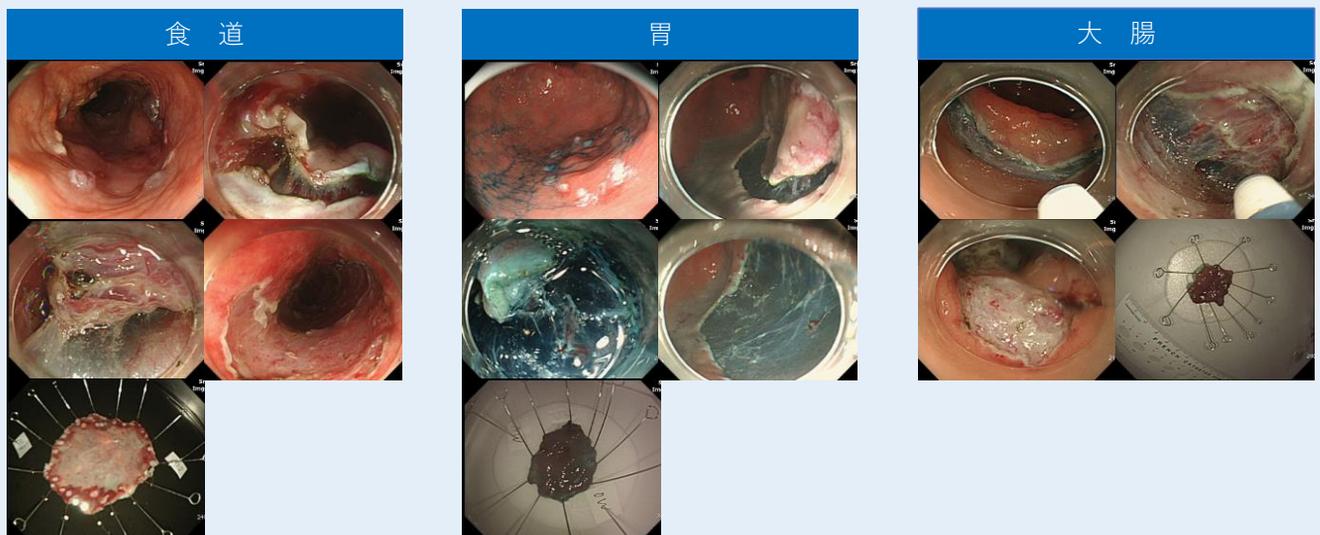
消化器内科 内視鏡治療（ESD）について

ポリープなどの良性腫瘍や病変が小さな早期食道癌、早期胃癌、早期大腸癌に対して粘膜病変を挙上して鋼線のスネアをかけて高周波により焼灼切除する方法（EMR）が広く施行されてきました。しかし、病変が大きい場合は一括切除が困難となり、分割切除となることで、癌組織の取り残しや断端評価ができないこともありました。

そのため、EMRによる技術的限界を克服すべく、高周波ナイフを用いて病巣周囲の粘膜を切開し、さらに粘膜下層を離して病変を切除するESDが新たな手技として確立され、今まで外科的切除となっていた大きな腫瘍も内視鏡で一括で摘除可能となりました。

2006年に胃癌、2008年に食道癌に対するESD治療が保険収載され、当院では積極的にESDによる内視鏡治療を施行しています。特に、大腸ESDは2012年4月に先進医療から保険適応になった最先端の内視鏡治療法の一つで厚生労働省より施設基準が示されていますが、当院は施設基準を満たした認定施設で、安全、確実に施行しています。

当院の内視鏡（ESD）治療



おかげさまで紹介の患者さまも増えています。



消化器外科 大腸癌治療について

当院では太田博文、宗方幸二、池嶋遼の医師3名が大腸癌手術の多くを早期回復をめざしERAS管理に則った腹腔鏡下手術を行っています。これによって合併症を少なくし、入院のQOLを大きく改善し、入院期間も短くできます。（当院ホームページや下記論文を参照）

また、発見された段階で局所進行癌のため切除困難が予測される場合は、切除を可能にするため、最新の術前化学療法を施行し、腫瘍を縮小させ、積極的に切除を試みます。このように、切除率を上げ、再発リスクを減少させていると考えられる症例を私たちは数多く経験しています。切除不能を可能にしてゆく手技は、最近ではconversion surgery と呼ばれ、学会でたびたび議論されています。以下に典型症例をお示しいたします。

2年前から血便、頻便。体重減少（3年で19kg）にて受診。検査の結果、直腸癌が骨盤内を占拠し切除困難。狭窄もあり、腸間膜リンパ節転移が多発で大動脈周囲リンパ節転移も認められた。まずは横行結腸でストマ造設術を行い、術前化学療法（FOLFOXIRI+Bev療法（2週毎））（FOLFOXIRI とはレボホリナート、5FU、オキサリプラチン、イリノテカンの併用治療。Bevはアバスタチン）を実施し、腫瘍とリンパ節を縮小させた後に開腹低位前方切除術（ハルトマン手術）を実施。術後2年4ヶ月再発なく外来通院中。

FOLFOXIRI+Bev1コースとFOLFOXIRI8コース実施前後のCT比較

初診時
c Stage IV T4(SE)N2M1a(大動脈周囲リンパ節)



原発巣



リンパ節

化学療法後
ycStage IIIa T3(SS)N1M0 →down stage



原発巣



リンパ節

私たちは早期あるいは手術可能例ではERAS管理の手術を行います。一方で、切除困難に見える超進行癌であってもひるむことなく、切除の可能性を探るべく前治療を行い、どの段階の症例であっても決して諦めず、最善の治療を提供したいと考えています。

参考文献 Ota H, Safety and efficacy of an enhanced recovery after surgery protocol for patients undergoing colon cancer surgery: a multi-institutional controlled study. Surg Today(2017) 47:668-675



当院は地域医療の拠点病院として、今後も地域医療に貢献していく所存です。何卒宜しくお願いいたします。