



消化管腫瘍の内視鏡治療について

はじめに

消化管腫瘍（癌、腺腫、ポリープなど）に対する内視鏡治療は近年ますます適応が広がりつつあります¹⁻³。特に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の登場で広範囲な病変に対しても一括切除が可能となり、消化管の機能を温存できる身体へ負担の少ない治療が期待されています。

内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）と内視鏡的粘膜切除術（EMR）の違いについて

従来から普及しているEMR／ポリペクトミーではループ状のワイヤーをかけて縛り、電流を流して腫瘍を焼き切ります。基本的に附着部が2cm以内の隆起病変に対して行われ、多くは1泊2日の短期入院で退院できます。その一方で、ESDはEMRのワイヤーがかかりにくいサイズ、形態、部位の病変が対象になります。切除には1-2mmの小さな電気メスの付属した様々なデバイスを、病変の部位や状態、術者の嗜好で使い分けます。そのデバイスを用いて図1のように腫瘍の周囲を粘膜下層まで切開し、腫瘍の下に潜り込み粘膜下層を剥離し切除します。切除後潰瘍が大きく穿孔など偶発症の頻度も高いため、全身状態が良好でも約1週間の入院が必要になります。



【今回の担当医師】

消化器内科 副部長

原田 英 (はらだ あきら)

【専 門】

消化器 胃腸

【資 格】

消化器内視鏡学会：

専門医、学術評議員、支部評議員

消化器病学会： 専門医、支部評議員

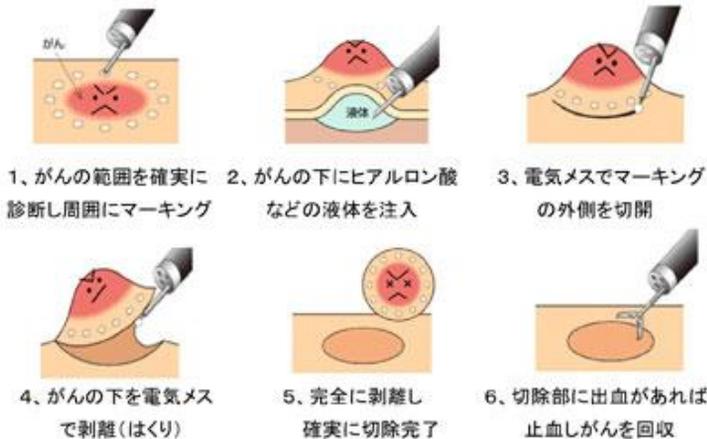
ヘリコプター学会： 認定医、代議員

カプセル内視鏡学会： 認定医

内科学会： 認定医、専門医、指導医

老年病学会： 専門医

図1

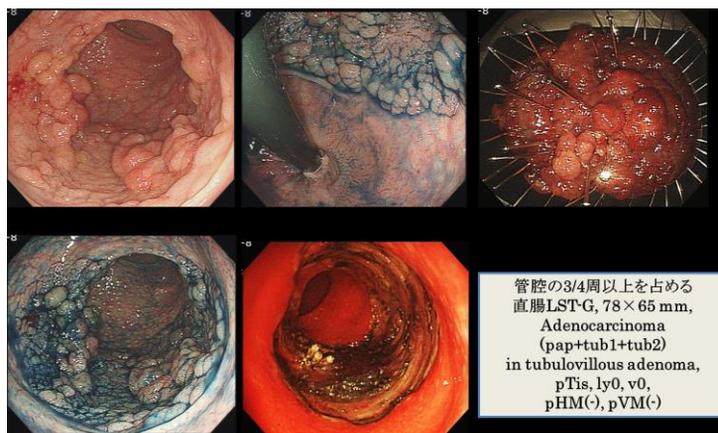


オリンパスおなかの健康より一部引用

ESDとEMRの適応について

基本的に2cm以下の隆起性病変はEMRの適応となります。比較的小さな大腸癌や大腸ポリープなどが主な対象となります。それに対して、基本的に平坦型や陥凹型の多い早期の食道、胃、十二指腸がん、大腸でも広範囲な側方発育型腫瘍(LST)はEMRのワイヤーがかかりにくい上、病変からのマージンを確実にとることは難しくなります。**図2**のような巨大な病変でもESDでは一括で切除することができ、正確な断端評価や遺残による再発を抑えた治療ができます。ただし、EMRに比べ**熟練した技術が必要**で治療時間が長くなり、限られた施設でしか施行できません。特に大腸と十二指腸のESDは穿孔も含めた偶発症リスクは高いため一定以上の症例数のある施設ですることが推奨されています³⁻⁴⁾。また、いずれの治療も基本的に粘膜内病変に対しての適応です。粘膜下層まで浸潤した早期癌でも断端陰性で切除することは可能ですが、一定以上の深達度、脈管侵襲陽性、低分化型腺癌などでリンパ節転移を来すこともあるため、全ての早期癌で切除できることと根治できることは必ずしも同義ではありません¹⁻³⁾。

図2



当院におけるESD診療について

近年は、山口市のみならず、萩市、長門市、美祢市、防府市、島根県西部の多くの先生からご紹介いただき、**図3**のように2年前の2倍以上の症例数となっております。特に本邦で増加している大腸腫瘍のご紹介が急増しています。また、抗血栓薬の休薬が困難な症例に対しては、最新のガイドラインに則り**アスプリン継続や置換でのESD**も実施しております⁵⁾。その他にESDを応用した内腔発育型粘膜下腫瘍への**腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS)**⁶⁾や**図4**のようにEUS-FNAが困難な粘膜下腫瘍に対する**開窓生検**⁷⁾も施行しております。

図3

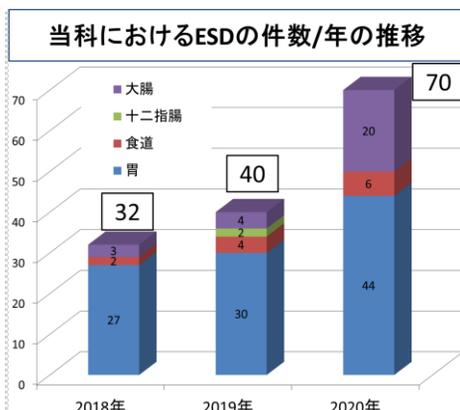


図4



最後に

ESDの適応拡大により患者様の負担が少ない治療がさらに望まれていますが、ESDで全ての早期癌が根治できるわけではなく、最適な治療選択のため術前検査の精度を高めるべく超音波内視鏡、拡大内視鏡、X線造影検査、CTも併せて様々な角度から深達度などを検討いたします。当院では消化器内科、消化器外科、放射線科医師にて全ての腫瘍症例について治療方針を週1回合議しており、『根治性』『安全性』『侵襲性』そして『悪性腫瘍に対する患者様のご不安』を念頭に各科医師や緩和ケア認定看護師らと連携し診療して参ります。

内視鏡治療の適応かどうか不明である症例や、内視鏡治療は難しそうであるが少しでも可能性がないか患者様が希望される場合など、まずは『消化器内科（消化管）』へご紹介ください。当科で精査を施行し、必要であれば当科より消化器外科へ紹介します。また、データや画像が充分でない場合などでもご遠慮なくご紹介頂けますと幸いです。どうか宜しくお願い申し上げます。

文献

1. 石原立, 他. 食道癌に対するESD/EMRガイドライン. 日本消化器内視鏡学会雑誌. 62:221-71, 2020.
2. 小野裕之, 他. 胃癌に対するESD/EMRガイドライン第2版. 日本消化器内視鏡学会雑誌. 62:273-90, 2020.
3. 田中信治, 他. 大腸ESD/EMRガイドライン第2版. 日本消化器内視鏡学会雑誌. 61:1321-44, 2019.
4. 原田英, 他. 胃と腸. 51 : 1617-25,2016.
5. 加藤元嗣, 他.日本消化器内視鏡学会雑誌. 59:1547-58, 2017.
6. 後藤修, 他.日本消化器内視鏡学会雑誌. 61:2327-36, 2019.
7. Harada A,et al. *Dig Endosc* 29:395-6,2017.

やまクロ Information

●緩和ケア内科について

2021年4月から、新患・再診とも院内紹介のみの受付となります。

何卒ご理解とご協力の程よろしくお願い致します。

医師人事異動のお知らせ

《 採 用 》

耳鼻咽喉科 医 師 糸山 晋作（3月1日付）

《 退 職 》

耳鼻咽喉科 医 師 原 香織（2月28日付）

緩和ケア認定看護師の役割



緩和ケア認定看護師

医療社会事業部

小野 芳子 (おの よしこ)

日本死の臨床研究会： 世話人

日本死の臨床研究会中国・四国支部：

世話人

雑誌 緩和ケア： 企画委員

院内外のがん患者さんとご家族からの看護相談をお受けしています。

緩和ケアはがんと診断されたときから始まります。日本では高齢化に伴い、2人に1人はがんに罹患し、4人に1人以上はがんで死亡する時代になりました。当院には約700人/年の新規がん患者さんが来院されています。

私は緩和ケア認定看護師として緩和ケア科と外科のがん看護の経験を基に、「がんと診断・告知されたときから治療→再発・進行→治療の中止→終末期→看取りと継続してかかわる」ことを目標に活動しています。一般病棟勤務の原淳子緩和ケア認定看護師とも情報共有して、症状緩和を行いながら、患者さん・家族の価値観やニーズを理解し、医師と共に治療の選択やアドバンスケアプランニング（ACP）など意思決定支援にもかかわらせていただいています。

地域住民のがん患者さんとご家族が、がんの診断時から再発・進行といった様々な病態に応じて安心・納得できる医療が受けられるように、医師・看護師・訪問看護師・薬剤師・栄養士・医療ソーシャルワーカー・リハビリ関連など院内の専門職種と連携を図りチームでケアを提供したいと考えています。

現在、外科・耳鼻科・婦人科の混合病棟に所属しています。

がん治療は年々進歩し、がんサバイバーとして過ごす時間が長くなっています。そのため患者さん・ご家族は長い時間、がんと共に歩まなければなりません。現在の病棟ではがんと診断され、手術や化学療法・放射線治療などの治療期の患者さん・ご家族にかかわることが多くなりました。この時期の患者さん・ご家族は今後の生活や治療の方向性など色々な選択を迫られ、迷いながら自己決定されています。

緩和ケア認定看護師になってから14年間、緩和ケア病棟でがん患者さん・ご家族とかがわってきました。今までは、緩和ケア期からでのかがわりがほとんどでした。今後は、一般病棟でがんと一緒に頑張っておられる患者さん・ご家族にかかわっていきます。



緩和ケア認定看護師

東6階病棟

原 淳子 (はら じゅんこ)