

早期大腸がんに対する内視鏡治療の実際

小樽掖済会病院

副院長兼消化器病センター長

かつ き しん いち
勝 木 伸 一

増加する大腸がん

国立がんセンターがん対策情報センターがまとめた2009年のがんの部位別死亡統計では、大腸がんは男性では3位、女性では1位となっており、しかも年々増加の一途をたどっています。おそらく数年のうちに、男女ともに大腸がんが死因の1位になると言われています。したがって、大腸がんを診断できる内視鏡検査がますます重要になってきているのは言うまでもありません。

内視鏡による診断

大腸がんのなかには、キノコのように腸の内腔に飛び出したものだけではなく、平坦なものや凹んだものもあり、このタイプの病変は、便潜血反応でも陰性のものが多く、内視鏡以外の検査(バリウム検査、3次元CT検査)では見落とされることが多いことがわかっています。したがって、がんが小さいうちに内視鏡で診断し、治療をすることが重要になってきます。最近では、従来の内視鏡よりも高倍率(100倍)で病変を観察可能なMagnified Endoscopy(拡大内視鏡)や、病変に太陽光ではなく別の波長をもつ光を当てることにより、従来では見えにくかった病変も観察できる

Image Enhanced Endoscopy(画像強調内視鏡)が開発されており、がんが比較的小さなうちに発見可能になってきました。そのため、いままでは病変の一部を採取して病理検査で、良性か悪性かを判断するのが一般的であ

りましたが(結果が出るのに数日はかかります)、現在はその場でがんを診断することが可能になってきました。

内視鏡による治療

内視鏡は、がんの診断だけではなくがんが小さなうちは、内視鏡によって完治させることも可能です。

その代表的な方法がPolypectomy(内視鏡的ポリープ切除術)と言われる方法です。大腸がんでもキノコ型のような有茎性の場合に用いられます。スネアと呼ばれる投げ縄のような、細いワイヤーを茎の部分に引っ掛けて締めそこに高周波電流を流し焼き切る方法です。

茎が無いタイプのがん(平坦型、^{かんおう}陥凹型)には、EMR(内視鏡的粘膜切除術)という方法を用います。病変の真下(粘膜下層)に特殊な液体を注射し、病変をお餅のように膨らませ、スネアを引っ掛けやすくして広い範囲(2cmまで)を焼き切ります。以上、PolypectomyやEMRによって早期大腸がんの95%(大きさ2cm以内のがん)は治療可能でありました。

では、残り5%の2cmより大きいがんはどう治療するのでしょうか？ いままでは、EMRを何回か行うことにより分割して切除(この方法をEPMRと言います)してきました。この方法は、安全ではあるが治療を行った症例のうち十数パーセントは再発するという大きな欠点がありました。

大きながんにも対応でき、予測をつけやすい新治療法その欠点を補うべく開発されたのが Endoscopic Submucosal Dissection Method (ESD:内視鏡的粘膜下層切開剥離術)です。この治療法は、粘膜下にヒアルロン酸を注入し粘膜下が膨れて腫瘍が大きく盛り上がったところで、内視鏡から電気メスを出して粘膜を切開し、ヒアルロン酸を粘膜下組織に継ぎ足しながら切開剥離をすすめて行く方法です(図(3))。この方法は、腫瘍のサイズ、とくに側方の広がりに対しては制限が無く、当院で最大 14cm の腫瘍を切除したこともあります。

この方法は、大きな腫瘍を切除できるだけでなく、腫瘍を崩すこと無しに一括で切除できますので、摘出後の病理医による顕微鏡観察も容易で、がんの浸潤具合や転移の予測もつけやすいといった利点もあり、急速に普及すると予想されます。

技量を要する新治療法

ただ、大腸の壁は薄い(2mm 程度)ですし、細長く屈曲している臓器でもあり、穿孔しやすいので、内視鏡の操作にはかなりの技量が必要です。もし、治療中に腸管に穴があいてしまうとそこから便や細菌が漏れ出てしまうことになりかねません。

この治療法は、昨年までは先進医療という保険外の枠組みで一部の病院で行われているのみでありました。しかし、厚生労働省も重い腰を上げ今年 4 月からは保険収載が認められ、健康保険内で治療できるようになりました。もし、皆さんが担当医にこの治療をすすめられた場合には、その病院や医師の経験を詳しく聞きだすことも必要でしょう。