

特別講演

主催 埼玉医科大学 国際医療センター 消化器外科, 後援 埼玉医科大学 卒後教育委員会
平成19年7月6日 於 国際医療センター C-35

食道癌の内視鏡下手術

小澤 壯治

(藤田保健衛生大学 医学部 外科学, 藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 外科 教授)

本邦における悪性腫瘍による死亡原因として、食道がんは男性では第7位、女性では第11位であり、ともに横ばいもしくは減少傾向にある(国民衛生の動向2005年)。しかしながら、食道がんは他の消化器がん比べて悪性度が高く、治療成績は必ずしも満足できるものではない。2007年度版の「食道がん治療ガイドライン」では術前化学療法の意義や手術療法の詳細が記載されている。

日本内視鏡外科学会が2005年に行った全国集計では、胃がんに対する内視鏡下手術が1年間に約2500件行なわれたのに対し、食道がんに対する内視鏡下手術は500件であった。胃がんに比べると約5分の1であったが、食道がんの内視鏡下手術では、より熟練した技術や特殊な手術機器が必要なことから、限られた施設で実施されているのが現状である。

食道がんの手術を行う場合、解剖学的位置関係として、動脈、静脈、神経の位置関係を熟知することが必要である。また、内視鏡下手術では、1) モニターの台数、2) 内視鏡の種類、3) 体腔鏡の位置、4) 用手補助の有無、5) ポートの位置、6) 小開胸、小開腹、7) エネルギー源、8) 術野展開法などに配慮することが大切である。小開胸における皮膚切開創の長さについては、日本内視鏡外科学会が定める技術認定の際に評価対象となるビデオ審査では、開胸創は5cm以下にするように基準を定めている。胃管作成のための用手補助に必要な小開腹創については、術者の手の大きさに左右されるが7-8cm程度である。

胸部操作を行う場合、鏡視下手術の適応として1) 胸壁癒着がない、2) 深達度T1b-T3、3) 術前化学療法を行っていない、また、腹部操作における腹腔鏡下手術の適応は1) 上腹部に高度の癒着がない、2) 胃管再建が可能、などが挙げられる。また、鏡視下手術に限ったことではないが、一般に食道がん手術の注意点として、1) 気管、気管支膜様部の愛護的操作、2) 反回神経の損

傷を回避、3) 固有食道動脈、気管支動脈の確実な処理、4) 奇静脈の安全な処理、などが重要である。鏡視下手術はチームプレイが重要であり、とくに胸腔内操作においては経験のある助手のサポートが必要である。

演者が経験した症例の解析では、手術後の予後は通常の開胸、開腹手術と内視鏡下手術の間に差を認めなかった。食道内視鏡外科手術が従来の開胸、開腹手術に比較して、優れている点として1) 低侵襲性、2) 拡大視効果、3) 共同視効果、4) 教育効果などがあることが強調された。

食道内視鏡手術の全国規模の勉強会として、1998年に食道内視鏡外科勉強会(研究会)が立ち上げられ、日本内視鏡外科学会の技術認定制度とともに、食道内視鏡外科医の育成、技術レベルの向上と社会的な貢献が期待されている。

続いて食道がんに対する補助化学療法に関するトピックスとして、臨床試験(JCOG9204, JCOG9907)の成績の一部が示された。手術→術後化学療法よりも術前化学療法→手術の群でより生命予後が良好であることが示された。

最後に、食道がん治療の今後のテーマとして以下の項目が挙げられた。

- 1) 治療方法の検討(手術vs非手術, 内視鏡手術vs通常の開腹, 開胸手術)
- 2) 治療の組み合わせ: 集学的治療(内視鏡治療, 手術, 放射線照射, 化学療法など)
- 3) 新しい手術法: ロボット, 新しい手術の開発

本講演会では、早朝(7:30から)にも関わらず、多数の医師、大学院生、コメディカルに参加していただいた。食道がんの臨床における最新のトピックスがわかりやすく紹介され、有意義であった。予定終了時間まで活発な質疑応答が行われた。

(文責 国際医療センター消化器外科 大谷吉秀)