

TOPICS OF GI

消化器疾患のトピックス

企画



藤本一眞

佐賀大学医学部内科学 教授
(本誌「TOPICS OF GI」コーディネーター)

今回は胃癌の内視鏡治療について、この分野では日本の第一人者の1人である後藤田卓志先生に総説をお願いした。内視鏡による胃癌の治療には粘膜下層剥離術(ESD)が適応される場合がほとんどとなったが、実際の施行医は50歳代以下の世代が中心であり、私たちの世代は取り残された感がある。今回の総説にも書かれているように、患者さんに対する治療技法を科学的根拠に基づき開発するだけでなく、その成果を積極的に論文で発表している。多くの医師に支えられて国際交流が盛んに行われ、さらに内視鏡機器の進歩とともに日本の消化器内視鏡診療は世界の頂点にある。今後の方向性に関しても今回の総説に記されているように、優れた技術の開発や習得だけでなく、いかに患者さんサイドに立って診療を考えるかが重要となってくる。ESDに関しては今後も日本が世界の診療を引っ張っていく必要性が求められている。

第25回

胃癌の内視鏡治療

後藤田卓志

日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野教授

1 胃癌の内視鏡治療の歴史と原則

初期のendoscopic mucosal resection (EMR:内視鏡的粘膜切除術)は、より正確な組織診断を行う目的としてjumbo biopsyの概念から生まれた。その後、さまざまなEMRが開発されたが、分割切除やその後の局所再発が問題となっていた。そして、「あと一歩だけ前に進もう!」という人間の飽くなき探求心と挑戦によって一括切除を目指したendoscopic submucosal dissection (ESD:内視鏡的粘膜下層剥離術)が産声を上げた。そして21世紀に入っのESDの普及には目を見張るものがある。

胃癌治療は外科手術が基本であった。一方、外科手術による治療成績と差がないのであれば、内視鏡治療は低侵襲性と機能温存の観点から有益な治療法である。しかし、リンパ節郭清が不可能な内視鏡治療の適応となる病変はリンパ節転移がないことが原則となる。現時点での適応は、遡及的解析から判明した「リンパ節転移のない病変の条件を満たす“可能性が高い”病変」が治療対象となる。根治度は、切除標本において深達度や脈管侵襲などリンパ節転移と関連のある病理学的因子を評価することによる。つまり、ESDといっても正確な病理診断を行うために一括切除標本を得るという意味ではjumbo biopsyの概念と同じである。この作業を目的とした最良な方法が、現状ではESDというだけなのである。

2 胃癌治療ガイドラインと胃癌取扱い規約

胃癌治療ガイドラインは、日本胃癌学会から2001年3月に発刊されたわが国初の治療ガイドラインであり現在までに3回の

PROFILE

Takuji Gotoda

ごとうだ・たくじ ●1992年3月東京医科大学医学部卒業。1995年6月国立がんセンター中央病院レジデント・がん専門修練医。2001年1月国立がんセンター中央病院消化器内視鏡部医師。2006年4月国立がんセンター中央病院消化器内視鏡部医長。2010年4月国立国際医療研究センター消化器科医長・内視鏡科科長。2012年4月東京医科大学消化器内科学分野准教授。2015年11月日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野教授(現職)。2016年11月中華人民解放軍陸軍総医院客員教授。

【専門領域】 消化管癌の診断と治療, *H. pylori* 胃炎, 消化器疾患

