

State of the art

大腸T1 (SM) 癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望

[局在によるT1 (SM) 癌の悪性度の差異]

医長

池松弘朗, 依田雄介, 大野康寛, 金子和弘

Hiroaki IKEMATSU

Yusuke YODA

Yasuhiro OONO

科長

金子和弘

Kazuhiro KANEKO

国立がん研究センター東病院消化管内視鏡科

※編集部註：本稿は2016年6月に執筆されました。

Summary

大腸pT1癌における同時性リンパ節転移の頻度は約10%と低く、不必要なリンパ節郭清を伴う外科的手術を少なくするためにも、同時性リンパ節転移の危険因子の検討が多く報告され、①乳頭腺癌・管状腺癌、②浸潤距離<1,000μm、③脈管侵襲陰性、④浸潤先進部の簇出Grade 1の4つの項目をすべて満たす病変はリンパ節転移のリスクが低く内視鏡的摘

除などの局所切除の適応と大腸癌治療ガイドラインに記載されている。しかし、これらの根拠は外科手術例における検討であり、長期予後の観点からの検討は少ない。そこで、6施設で大腸pT1癌の長期予後の検討を施行した。リンパ節転移高リスク大腸pT1癌は、局所切除のみで経過観察されると、結腸pT1b癌に比べ直腸pT1b癌において局所再発を多く認めた。

Key words

> 大腸T1癌 > 直腸T1癌 > 長期予後 > 再発

大腸pT1癌の治療方針

大腸pT1癌における同時性リンパ節転移の頻度は6-12%程度と報告されており¹⁾⁻³⁾、標準治療はリンパ節郭清を伴う腸切除とされてきた。しかし、リンパ節郭清によって利益が得られる患者は、10%前後と限られ、90%のリンパ節転移陰性の患者に対しても、本来は不要な外科手術が行われている可能性がある。そこで、リンパ節転移陰性患者を絞り込むために、手術後の大腸癌における詳細な病理学的検討が行われ、リンパ節転移リスクがきわめて低い集団が存在することが報告されている⁴⁾⁻⁶⁾。①乳頭腺癌・管状腺癌、②浸潤距離<1,000μm、③脈管侵襲陰性、④浸潤先進部の簇出Grade 1の4つの項目をすべて満たす病変はリンパ節転移のリスクが低く内視鏡的切除などの局所切除の適応と考えられている。ただし、内視鏡診断のみで脈管侵襲・簇出の有無を診断することは不可能で

あり、現在の日常臨床では、内視鏡的に通常観察、拡大内視鏡観察にてリンパ節転移高リスクのcT1癌を診断している。通常観察では病変の緊満感、硬さ、彙集中等から⁷⁾、また拡大内視鏡観察では病変正面の腺管開口部のpit patternにおいて高度不整、あるいは無構造を認識することで90%以上の高い正診率で高リスクのcT1癌を診断できる⁸⁾。そのため、内視鏡的に高リスクcT1癌を強く疑う病変(通常内視鏡、拡大内視鏡診断で高リスクcT1癌を示唆する所見を有する)では、リンパ節郭清を伴う腸切除が施行され、粘膜内癌(cTis癌)、低リスクcT1癌の可能性が高い病変、あるいは診断に迷う病変は、初めに内視鏡切除(ポリペクトミー、EMR、ESD)や外科的局所切除(経肛門的局所切除、TEM、MITAS)が施行されている。局所切除が行われ、病理学的所見上、垂直断端陰性で上記①-④をすべて満たす場合には低リスク病変と判断して、リンパ節郭清を行う腸切除を追加で実施することなく経過