

[大腸T1 (SM) 癌に対する内視鏡治療の将来展望(外科医の立場から)]

教授/科長

上野秀樹¹⁾²⁾

Hideki UENO

講師

神藤英二¹⁾²⁾

Eiji SHINTO

梶原由規¹⁾²⁾

Yoshiki KAJIWARA

病院長

長谷和生³⁾

Kazuo HASE

1) 防衛医科大学校外科学講座

2) 防衛医科大学校病院下部消化管外科

3) 防衛医科大学校病院

※編集部註：本稿は2016年6月に執筆されました。

Summary

近年の内視鏡領域の診断・治療技術の発展は著しく、特に大腸ESDの普及は内視鏡治療の適応拡大の議論の源となっている。一方、大腸pT1癌の治療の原則はリンパ節郭清を伴う腸切除であり、過度の適応拡大は合併症を増加させるのみならず腫瘍学的な治療成績の低下を招く危険性があり、慎重に議論を重ねる必要がある。本稿では大腸内視鏡治療の適応拡大を願う外科医の視点より、“cT1高度浸潤癌”の概念統一に向けた議論の必要性と、病理学的なリスク評価基準の発展

的見直し、サーベイランス方法の整備、サルベージ手術の有効性の評価に関する研究の発足が望まれる背景を解説した。大腸内視鏡治療の低侵襲性は他の治療modalityの追随を許さず、今後いかに腹腔鏡手術やロボット手術が発展しようとも、低侵襲性の面で内視鏡治療を凌駕することはない。多方面からの多くの取り組みを経て、内視鏡治療の恩恵を受ける大腸癌症例が増えることを期待したい。

Key words

- 大腸T1癌
- 大腸癌治療ガイドライン
- 低分化胞巣
- サーベイランス
- サルベージ手術

はじめに

近年の大腸内視鏡領域には、大腸腫瘍性病変の診断技術と治療技術の両面に著しい進歩がある¹⁾²⁾。ポリペクトミーやスネアを用いた内視鏡的粘膜切除術で無理なく一括切除できる腫瘍の大きさは2cmまでで、大腸癌治療ガイドライン2009年版では最大径2cm未満が内視鏡治療の適応基準とされていた³⁾。しかし2012年に大腸の内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が保険収載され、大腸癌治療ガイドライン2014年版では腫瘍径による内視鏡治療の適応制限はなくなった⁴⁾。腫瘍径にかかわらず腫瘍の一括摘除を可能とする大腸ESDの普及は、本邦における内視鏡治

療の適応拡大の議論の源となっている。

一方、過度の適応拡大は合併症を増加させるのみならず、腫瘍学的な治療成績の低下を招く危険性があり、内視鏡医のみならずmultidisciplinaryな視点で慎重に議論を重ねていく必要がある。大腸T1癌に対する内視鏡治療の適応拡大での究極の目標は、「主病巣の摘除のみで根治する腫瘍はすべて内視鏡切除で治療を完結すること」と捉えることも可能である。この観点から、大腸内視鏡治療の適応拡大のために今後解決すべき問題点について、外科医の視点から表1に整理した。このなかで、大腸内視鏡による高水準の診断・治療技術の均霑化に向けた取り組みに関しては内科(大腸内視鏡)領域で広く議論されている内容であ