

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

[大腸T1 (SM) 癌に対する内視鏡治療の将来展望]

教授

田中信治^{1) 2)}, 朝山直樹²⁾, 田丸弓弦²⁾, 住元 旭²⁾, 平野大樹²⁾

Shinji TANAKA

Naoki ASAYAMA

Yuzuru TAMARU

Kyoku SUMIMOTO

Daiki HIRANO

二宮悠樹²⁾, 嶋田賢次郎²⁾, 林 奈那¹⁾, 岡 志郎^{1) 2)}, 茶山一彰²⁾

Yuki NINOMIYA

Kenjiro SHIGITA

Nana HAYASHI

Shiro OKA

Kazuaki CHAYAMA

1) 広島大学病院内視鏡診療科

2) 広島大学病院消化器・代謝内科

講師

教授

※編集部註：本稿は2016年6月に執筆されました。

Summary

『大腸癌治療ガイドライン 医師用2014年版』には、「内視鏡的摘除標本がpT1 (SM) 癌であった場合、組織学的検索で、(1)SM浸潤度1,000μm以上、(2)脈管侵襲陽性、(3)低分化腺癌、印環細胞癌、粘液癌、(4)浸潤先進部の簇出(budding) Grade 2/3、のうち一因子でも認めれば、追加治療としてリンパ節郭清を伴う腸切除を考慮する」と述べられている。これは、外科的切除をすべきという意味ではなく、考慮・検

討すべきという意味であるが、近年の研究成果により、SM浸潤度以外にリンパ節転移危険因子がなければ、SM浸潤度にかかわらず大腸T1癌のリンパ節転移率は約1%程度であることが明らかになった。将来的には、今後、適応のあるcT1癌はSM浸潤度にかかわらず摘除生検としてEMR/ESDを先行させて、摘除標本の病理学的あるいは分子病理学的解析結果によって追加治療方針を決定する時代が遠くない将来にくるであろう。

Key words

➤ 大腸T1癌 ➤ 大腸SM癌 ➤ リンパ節転移 ➤ 内視鏡的治療 ➤ 追加手術

はじめに

大腸のTis癌(M)は転移しないため局所の完全摘除で根治可能である¹⁾。一方、摘除病変がpT1 (SM) 癌であった場合は約10%にリンパ節転移を認めるため、内視鏡治療後の追加治療が必要か否かを判定する必要がある¹⁾。『大腸癌治療ガイドライン 医師用2014年版』におけるpT1癌の治療方針は図1のごとくである。これに基づいて、早期大腸癌の取扱指針は図2のように記載されている。本稿では、図2の治療方針、特にcT1癌の取り扱いが将来どのように変わっていくであろうかについて考えてみたい。

現在の内視鏡的摘除大腸pT1 (SM) 癌に対する追加腸切除基準

大腸癌治療ガイドライン¹⁾では、GRADEシステムに準じて、内視鏡的摘除された大腸T1癌の追加治療の適応基準について以下のように記述されている。

- ①垂直断端陽性の場合には外科的切除を追加することが望ましい(推奨度・エビデンスレベル1C)。
- ②摘除標本の組織学的検索で以下の一因子でも認めれば、追加治療としてリンパ節郭清を伴う腸切除を考慮する(エビデンスレベルB)。