

食道癌の外科治療



外科医長
高地 耕

現代では癌が死因の多くを占めるようになってきており、肺癌・大腸癌・胃癌がよく話題にありますが、食道癌は癌の中でも7、8位にあたり、珍しい癌ではありません。

以前は5年生存率が10%程で、非常に予後の悪い癌だったのですが、近年、早期発見・集学的治療の発展により、5年生存率が30-40%になっています。

特徴としては男性に多く、罹患率は女性の約6倍ほどです。食道癌の発癌に関与するものとして、飲酒がよく知られていますが、喫煙も大きく関与しています。また他の消化器癌や肺癌、頭頸部癌の発生がよく見られます。(同時性・異時性とも)

解剖学的には、食道は頸部から縦隔を通り腹部に至る臓器であり、長さは約25cmで、頸椎の前、胸椎の前やや左にあり、気管・心臓・大動脈・肺に囲まれています。そのため食道癌に対する手術の多くは頸部・胸部・腹部の操作を必要とし、最も侵襲が大きくリスクの高い手術に分類されます。手術関連死亡率(30日以内)全国のアンケートでは、2.4%。再発も含めた在院死亡は5%となっています。

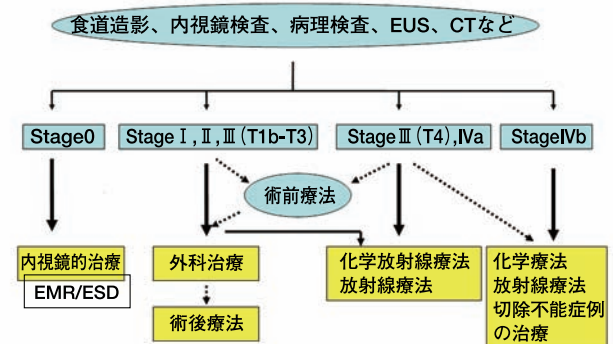
食道癌の治療には、手術、化学放射線療法、化学療法、放射線療法、内視鏡治療(EMR、ESD)、光力学療法(PDT)などがあります。治療ガイドラインはありますが、まだエビデンスが乏しいためにガイドライン上は治療のアルゴリズムはありません。しかし、エビデンスが全くないのではなく、そのための研究が進んでおり、すでにコンセンサスが得られているものがあります。T1aN0症例にはEMR・ESD、T1b-3N0-3症例には手術、T4またはN4症例には化学放射線療法、M1症例には化学療法です。最近の研究では、Stage II、III症例(先ほどのT1b-3、N0-3の大部分)は術前化学療法+手術がよいという結果が出ており、近いうちにガイドラインが改定されるでしょう。

コンセンサスが得られていない治療(代替治療や研究的治療)としては、上記以外の手術・化学放射線療法・化学療法、放射線療法、ステ

ント留置術、PDT、APC(アルゴンプラズマ凝固法)などがあります。合併症や本人の希望で先ほどの治療ができない場合、未分化癌の場合などが当てはまります。

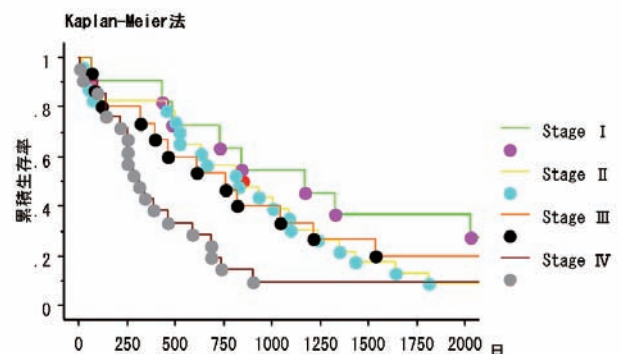
当院での治療のアルゴリズムです。

食道がん治療のアルゴリズム



早期発見によりEMR・ESDの症例が増え、その分手術症例は減少しています。標準的な手術は右開胸開腹による食道全摘、3(2)領域リンパ節郭清、胃管再建です。当院では、小開胸・胸腔鏡補助下で胸部操作を行ないます。胃管作製はHALSで行なうこともあります。

当院の治療成績です。



症例数が少ないため、Stage II、IIIで差がありませんが、全国平均から見ても遜色ない成績です。

このように予後の悪い癌ですが、早期発見することで、大きな手術を回避することが可能です。上部消化管内視鏡検査が食道癌早期発見の唯一の手段です。頭頸部癌の方や胃癌術後の方などハイリスクの方は定期的に検査を受けられることをお勧めします。