

●●暮らしの広場●●

がん
克服へ
 [33]
工藤 明敏
 ■大腸がん編

大腸がんの治療原則はまず切除です。

早期大腸がんは、ポリープ状に隆起する型(写真左)や丈の低い隆起型(同右)が多く、内視鏡による切除が可能です。病変にスネアという金属の輪をかけて、高周波電流を通電してがんを焼き切る方法です。



ポリープの場合は、そのままスネアがかかられますが、丈の低い隆起の場合

早期

内視鏡で治療できる



早期大腸がん・ポリープ型(左)、同・平坦隆起型(右)

は、粘膜下層に生理食塩水を注入して浮き上がらせてからスネアで切除する(図)ことができます。

最近スネアを用いず、病変直下の粘膜下層を直接はく離する「手技」が開発され一部で行われています。外科手術しか広がらないため、この処

に比べると、内視鏡的切除は体への負担が確実に少ないことが大きなメリットで、この分野では日本が世界をリードしています。

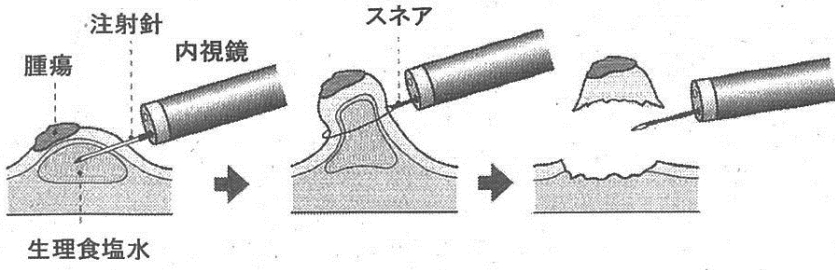
早期がんに対して内視鏡治療を行うか外科手術を行うかを考える場合に、重要なことは根治性(がんを取り切れているか)と安全性です。

根治性の目安は病変の大きさと浸潤度

で判定します。がんが粘膜までの浸潤であれば、リンパ節転移の可能性はないので内視鏡で摘除すれば完治となります。粘膜下層に浸潤したがんでは、約10%

がリンパ節転移するのです。早期がんが内視鏡で根治

できるかは、病変の大きさと浸潤度で判定します。



粘膜下層に生理食塩水を注入し、スネアで焼き切る「内視鏡的粘膜切除術」

できるとは限りません。

大腸は壁が薄く、屈曲が多いため、胃に比べて技術的難易度が高いといえます。合併症として内視鏡治療後、大腸に穴が開くこと(穿孔)があります。

この場合、そのまま様子を見ることもありますが、腹膜炎になれば手術を行います。その他切除した部分から出血することもありますが、その部分を焼いたりクリップではさんだりして止血します。

合併症の頻度は、穿孔が0・2%、出血が0・36%と報告されています。

切除したがんは病理検査で確認します。がんの浸潤が深くリンパ節転移の可能性が予測されたり、切除した切れ端にがんがあれば、追加手術の適応となります。

(阿知須共立病院診療部長、外科部長)

第2火曜日に掲載