

消化管がん（胃がん、大腸がん、食道がん）の早期発見と内視鏡治療（ESD）

はじめに

がんの治療と聞くと、お腹を切る外科手術や抗がん剤による治療を思い浮かべる方が多いと思いますが、消化管（口から肛門までの通り道、具体的には食道、胃、大腸など）に発生するがんのうち、最も表層の粘膜内にとどまるがんは、転移している可能性が低いため局所の切除のみで済む場合が多く、内視鏡治療を行うのが一般的です。

内視鏡治療とは、口や肛門から内視鏡を挿入し、内部から粘膜表層のみを切除する治療のことと言います。お腹を切ることもなく、切除した粘膜は自然に修復されますので、多くの場合は術後の後遺症なく元通りの生活に戻ることができます。このような体への負担の少ない内視鏡治療を行うには、がんの早期発見が重要になってきます。

胃がんの早期発見

2019年の部位別がん死亡率で男性の3位、女性の5位にあたるのが胃がんです。かつては男女ともにがん死亡率1位の座を独占しており、比較的馴染み深いがんかもしれません。疫学的には喫煙や高塩分の摂取がリスク要因になると言われています。また、ヘリコバクター・ピロリという細菌（ピロリ菌）が幼少時に胃粘膜に感染することで慢性的な胃炎（ピロリ胃炎）を生じ、胃粘膜の萎縮（萎縮性胃炎）、さらには胃がんを発生させることが分かっています。そのため、ピロリ菌感染の有無を知ることと、感染があった場合の内視鏡検査が胃がんを早期発見するため重要な要素となっています。ピロリ菌の除菌治療によって胃がんの予防効果があることも分かっており、2013年からはピロリ胃炎に対する除菌治療が保険適応となりました。当院の人間ドックでは胃検診、ピロリ菌の検査を行っておりますので、ぜひご活用ください。

大腸がんの早期発見

大腸がんによる死亡率は年々上昇傾向にあり、2019年には男女とも2位となっています。家族歴（親兄弟に大腸がんの人がいる）、肥満・高身長などの体格、飲酒、赤肉や加工肉がリスク要因とされています。また、運動や食物纖維の摂取には予防効果があるとされています。検診では便潜血検査が行われることが多いですが、陽性であれば大腸内視鏡検査を受けて頂くことが早期発見につながります。大腸がんは良性ポリープから発生することが多く、そのため良性ポリープであっても6mm以上のものは内視鏡的に切除します。

食道がんの早期発見

胃がんや大腸がんに比べると頻度は少ないがんですが、食道がんの外科手術は体への負担が比較的大きく、早期発見が望ましいがんでもあります。お酒を飲む人、とくに昔は下戸

だったけれど今は飲めるようになった人、タバコを吸う人に発症しやすく、熱い飲食物もリスクになると言われています。早期がんでは症状がなく、検診などで発見する必要があります。

消化管がんの術前検査

早期がんが見つかった場合、内視鏡治療が可能な粘膜内癌かどうかを術前に調べる必要があります。まずは通常の内視鏡検査で観察し、伸展性の良し悪しなどで判断しますが、バリウム検査を併用することでも有用な情報が得られます。また、病変に超音波を当てることで（超音波内視鏡検査）、外からは見えない内部の構造を描出し、がんの浸潤を調べることができます。最近では拡大内視鏡を用いて、病変を 80 倍に拡大して観察することにより、胃がんでは主に病変の範囲診断（どこまでががんの範囲か）、大腸がんと食道がんでは深達度診断（どこまでがんが浸潤しているか）ができるようになりました。

消化管がんの内視鏡治療

消化管がんの内視鏡治療は、以前はスネアと呼ばれるリング状の器具を用いて行っていましたが、それでは切除できる病変のサイズに制約がありました。最近では、電気メスを用いて粘膜の下（粘膜下層）を直接切除する、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）という手法が開発されたため、粘膜内癌であればサイズの大きなものでも切除可能となりました（図 1）
治療には 1 週間の入院が必要で、当院では年間 50-60 例の手術を行なっています。

さいごに

消化器内科では、がん検診の二次検査、がんの精密検査、早期がんの治療まで行っております。残念ながら内視鏡治療の適応でないと判断された方も、手術適応であれば当院の外科、抗がん剤の適応であれば腫瘍内科にご紹介することが可能であり、病院内ですので連携もスムーズです。かかりつけ医との連携も可能ですので、お気軽にご相談ください。

1. マーキング 2. 液体を局注 3. 周囲切開 4. 病変の剥離 5. 剥離終了 6. 切除標本

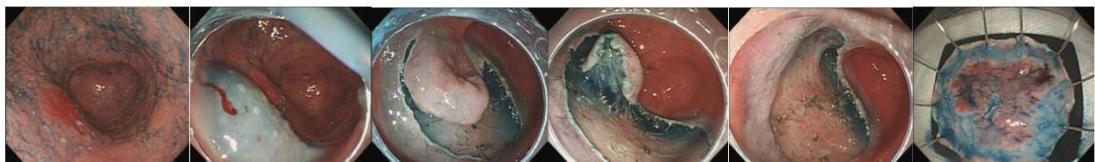


図 1：ESD の実際。