胃癌手術をお受けになる方に

McSYL

～Medical corporation of Saving Your Life～

〒563-0031　池田市天神 1-5-22
TEL:072-763-5100　　FAX:072-763-5145

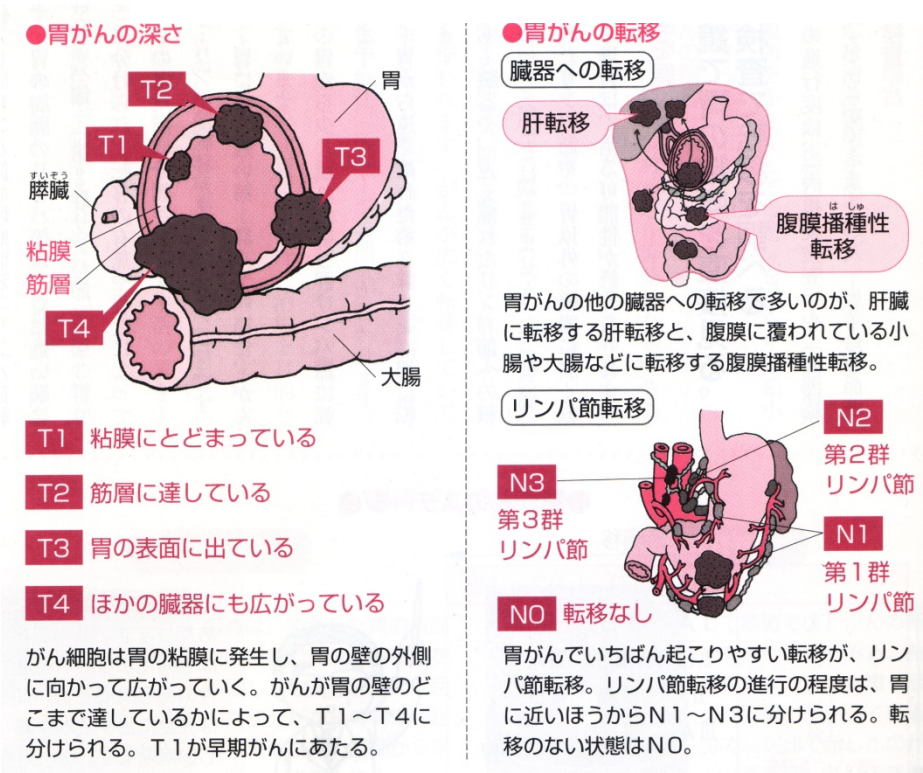
巽病院で胃癌の手術をお受けになる方に

巽病院では,患者さんの人権を尊重し,患者さんにご満足頂け,喜んで退院して頂けるような治療を目指しています。手術前には十分な説明をし,ご納得頂いた上で,最も良いと思われる治療法を選択して頂くことにしております。胃癌の治療についても同様で,以下は一応の目安です。最終的治療方針は適切なインフォームドコンセントの上で,決めさせて頂きます。従いまして,他の専門医へのご相談(セカンドオピニオン)を希望される場合も喜んで便宜をはかります。

■はじめに

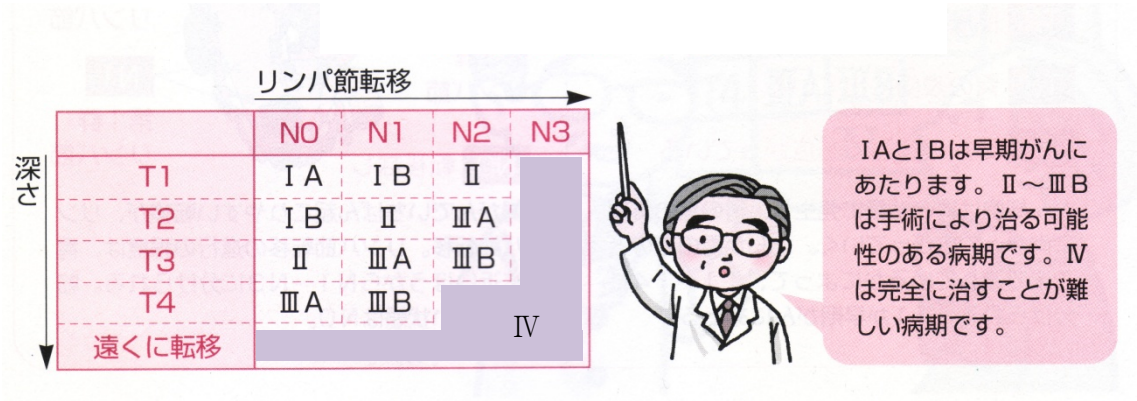
胃はおなかの上の方にあり,飲み込んだ食物の一時的貯蔵庫で,小腸で栄養分が吸収される前に下ごしらえをするための臓器でもあります。胃の壁は内側から,粘膜,粘膜下層,筋層,漿膜の大きく4層に分けられますが,胃癌は粘膜の細胞から発生します。日本胃癌学会が作った胃癌取り扱い規約では,粘膜下層までに留まる癌を早期胃癌,筋層より深く入り込んだ癌を進行胃癌といい,癌の深さをT1(早期癌)からT4までに分類しています(図1)。

図１．胃癌の深さと転移形式



癌が小さく,浅いうちはほとんど症状がありませんが,大きく,深くなるにつれ,黒色便やコーヒー残渣様嘔吐,腹痛,食欲低下,体重減少などの症状が出現し,放置するとリンパ節転移や腹膜転移あるいは肝臓その他への血行性転移など,命にかかわる病状を引き起こします。これら癌の進行度(ステージ)は,癌の深さとリンパ節転移の程度,血行性転移の有無で大きく4段階に分類されます(表1)。

表1．胃癌のステージ



そして,胃癌の治療法は,ステージ,病気の発生部位,患者さんの全身状態(どの程度の治療に耐えうるか),などを検討して決定します。

巽病院では,基本的に,早期胃癌は内視鏡治療や腹腔鏡手術,進行癌には定型手術を駆使して,再発がなく,かつ,術後の機能を重視した治療を目指します。具体的には,以下の4種類の治療法を実施します。

1．胃局所切除術

「2cm以下で,病巣内に潰瘍のない分化型,粘膜に留まる癌」はリンパ節転移がほとんどないと言われているので,局所切除術の適応になります。

局所切除術の方法として,主に口から飲む内視鏡的治療を行いますが,腹腔鏡下あるいは開腹下に局所切除術を行うこともあります。

＊内視鏡治療

口から飲む内視鏡観察下に病巣を切除する方法で,全くおなかに傷はできません(図2)。具体的には内視鏡的粘膜切除(EMR)や内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行います(図3)。癌の一部が残った場合は再治療や手術を行う必要があります。

注意すべき合併症として,まれに出血や穿孔(胃に穴があいて腹膜炎の原因になる)があります。巽病院では内視鏡的治療も手術場で全身麻酔をかけて行い,万が一の場合は直ちに通常あるいは腹腔鏡下の手術を行えるよう準備しています。

ご高齢や重い随伴疾患（心不全や呼吸不全）など,患者さんの状態によって他の外科治療が難しい場合は,3cm程度の癌,粘膜下層の癌,未分化癌も内視鏡的治療を行うことがあります。

図２．内視鏡的治療の外観

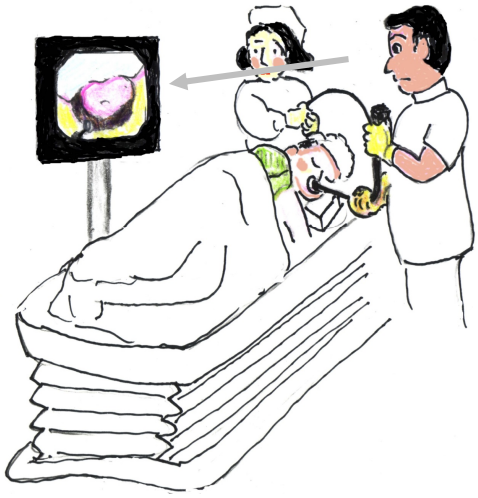
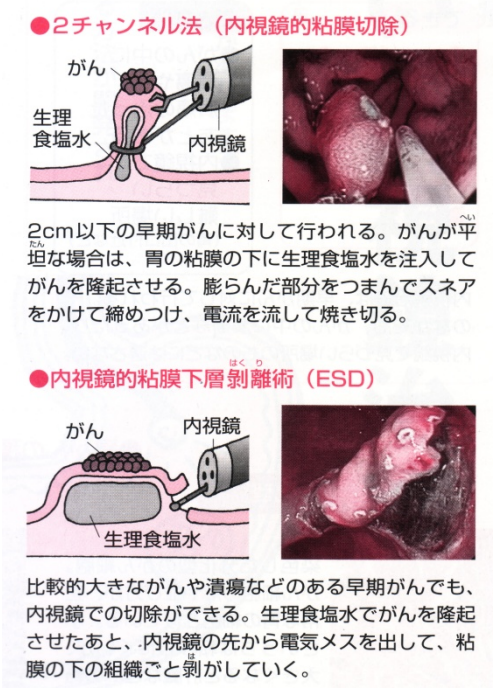


図３．内視鏡的治療の概略



2．胃切除術

局所切除術の適応とならない（リンパ節転移の可能性が否定できない）胃癌は,胃周囲のリンパ節を胃と一緒に切除する必要があります。胃切除の範囲と再建方法はがんの発生部位と大きさによって異なります（図4）。また,リンパ節の切除（郭清）範囲により,縮小手術,定型手術,拡大手術に分けられます。

（1）定型手術

進行癌と鑑別困難な,特殊な早期癌あるいは筋層（T2）や漿膜（T3）まで進んだ癌で,2群以上のリンパ節には転移がないと思われる胃癌には,2/3 以上の胃切除と2群までのリンパ節郭清（D2）を行います。これが,我が国で最も広く行われている,胃癌の定型手術です。発生部位によっては,胃を全部切除したり胆嚢や脾臓などを合併切除したりすることがあります。

手術後,患者さんとご相談の上,抗癌剤治療を受けていただく場合もあります。

（2）縮小手術

早期癌ではあるが,リンパ節転移が完全には否定できない胃癌には,D2 より,胃やリンパ節の切除範囲をやや縮小(D1+αD1+βしても問題ないと言われています。巽病院では主に腹腔鏡補助下手術で縮小手術を行っています。

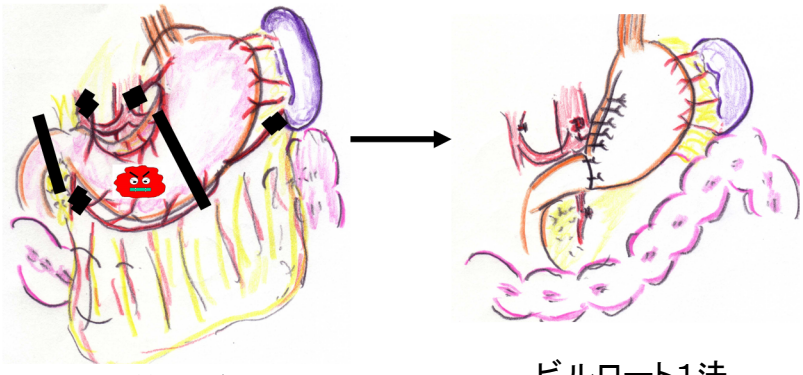
（3）拡大手術

膵臓,横行結腸など他臓器浸潤（T4）あるいは2群以上のリンパ節転移が強く疑われる胃癌であっても,これらを取り除けば,再発防止が期待できる場合,2群および3群のリンパ節を一緒に切除する拡大手術を行います。また,しばしば,膵,脾などを合併切除します。但し,3群リンパ節が多数転移している場合は,すべて切除しても再発を防止できないので,次の3,あるいは4の治療を行います。

手術後,患者さんとご相談の上,抗癌剤治療を行う場合もあります。

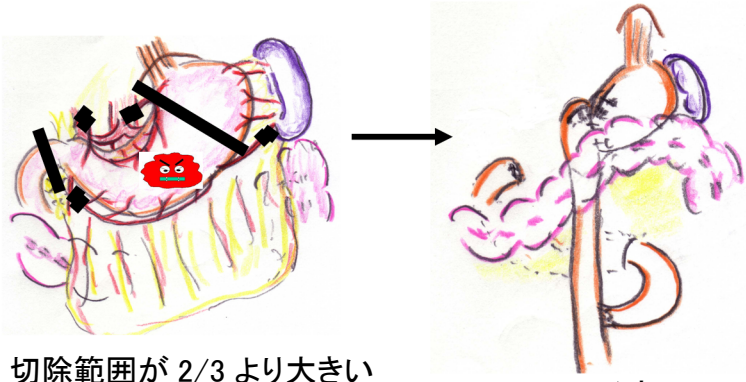
図４．胃切除の範囲と再建法

（1）幽門側胃切除



a. 切除範囲が 2/3 以下

ビルロート1法



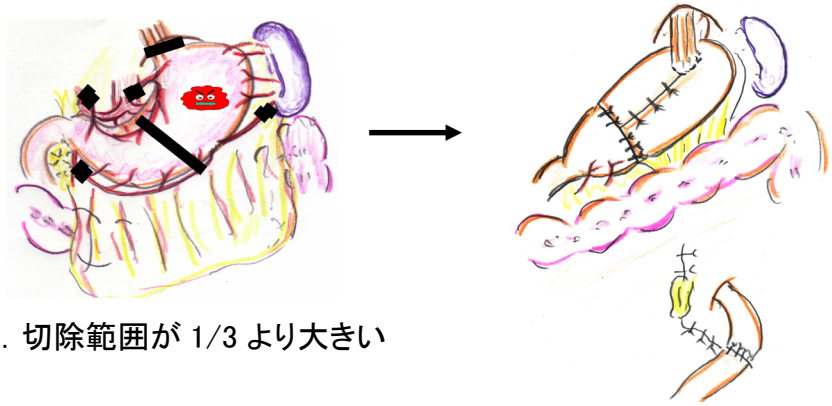
b. 切除範囲が 2/3 より大きい

ルーワイ法

（2）噴門側胃切除

a. 切除範囲が 1/3 以下

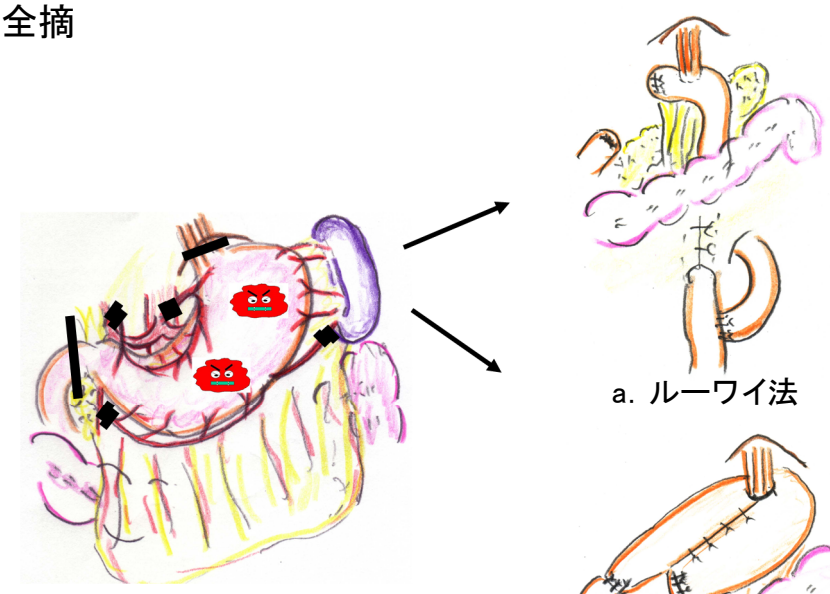
食道残胃吻合



b. 切除範囲が 1/3 より大きい

空腸パウチ間置術

（3）胃全摘



a. ルーワイ法

b. 空腸パウチ間置術

3. 非治癒手術（ステージⅣ）

癌をすべて切除することが不可能な胃癌（3群以上のリンパ節転移,肝転移その他の血行性転移,腹膜転移など）に対しては,症状緩和のため,腫瘍本体のみの切除（減量手術）やバイパス手術（図5）を行います。また,術前から切除不能が明らかなら,次の化学療法を行うか内視鏡的にステント留置や胃瘻造設を行うこともあります。

図５．胃空腸吻合術

＊ 腹腔鏡下手術

巽病院では上記の手術のうち,拡大手術を除くほとんどの術式を腹腔鏡下手術でも行っています。お腹のなかに二酸化炭素を注入してふくらませ,テレビを見ながらに手術を進め（図6）,病変の摘出とその後の吻合（胃・十二指腸吻合など）を4～8cmの小さなキズから行います（図7）。

図６．腹腔鏡下外科手術のイメージ

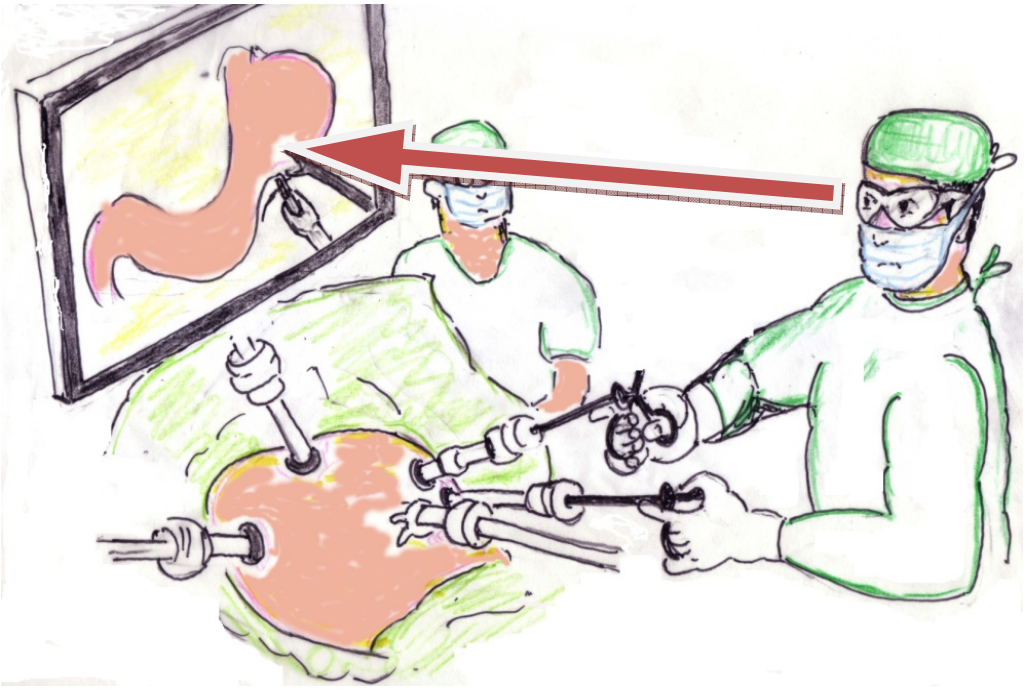
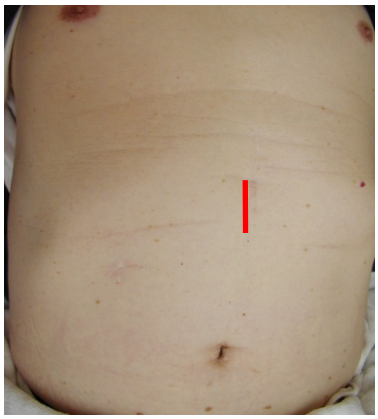


図７．傷の大きさの比較

開腹胃切除



腹腔鏡下胃切除

キズが小さいので痛みが少なく,回復が早いと言われています。図 8,図 9 は永井医師の前任地,泉大津市立病院の治療成績です。開腹手術を含む胃癌全体の手術成績は,全国データより良好な傾向があり（図 8),開腹手術と腹腔鏡下手術と比較すると,むしろ腹腔鏡下手術の方が良い傾向にあります（図 9)。

図８．胃癌の治療成績

胃癌５年生存率（2004/7/1～2009/6/30)

病期	I	II	III	IV	Total
症例数	131	21	26	49	226
生存率	100	88.9	70.1	19.7	79.6
（全国登録）	99.1	72.6	45.9	7.2	71.8

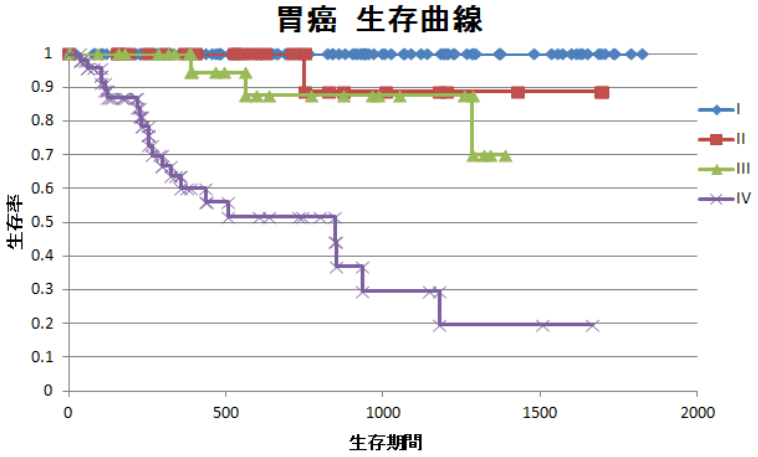
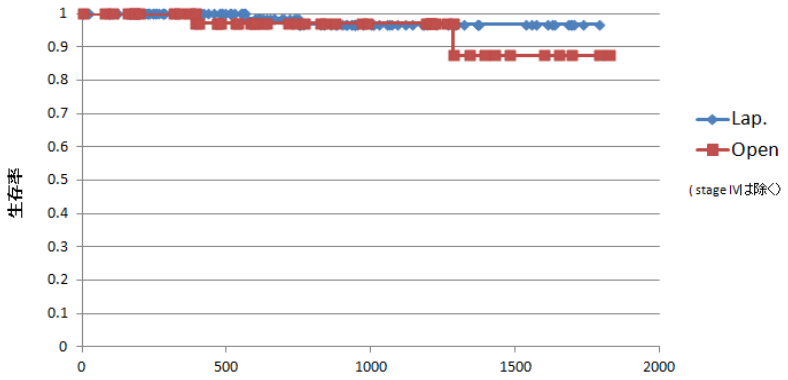


図９．胃癌に対する腹腔鏡下手術と開腹手術の治療成績の比較

術式	Lap.	Open
症例数	132	45
生存率	96.8	87.5

胃癌5年生存率(2004/7/1～2009/6/30)



腹腔鏡下・開腹手術生存曲線

4．化学療法(ステージⅣ)

癌をすべて切除することが不可能な胃癌ではあるが,比較的体力が保たれている患者さんには,抗癌剤治療を2～3クール行い,効果判定を行って5，6の方針をとるか,化学療法を続行あるいは中止するかを考えます。全身倦怠感,嘔気,脱毛などの副作用を生じることが時々ありますが,対症療法を考慮します。

5．注意すべき合併症と退院の目安

内視鏡的治療(EMR,ESD)の合併症として出血と穿孔に注意する必要があります。通常,治療後1週間前後で退院できますが,追加手術を行った場合は入院期間が延びる可能性があります。

胃切除術の合併症は,出血の他,縫合不全(縫い合わせたところが上手くくっつかない),術後膵炎,術後肺炎,腸閉塞,吻合部狭窄(縫ったところが狭く食べたものが通りにくい)などがあげられます。退院の目安は10日～3週間ですが,化学療法を受ける場合は入院期間が延長します。退院後は,小胃症状,ダンピング症候群,吻合部狭窄,貧血,腸閉塞などの合併症に注意が必要ですが,食事の取り方に注意することで改善することが多いです。

腹腔鏡下手術特有の合併症として,エコノミークラス症候群(肺塞栓)があげられますが日本人では希れです。

化学療法では,汎血球減少症,全身倦怠感,嘔気,脱毛など使用薬剤によって多少異なります。軌道に乗れば外来化学療法も可能です。

Memo