

胃がんの治療

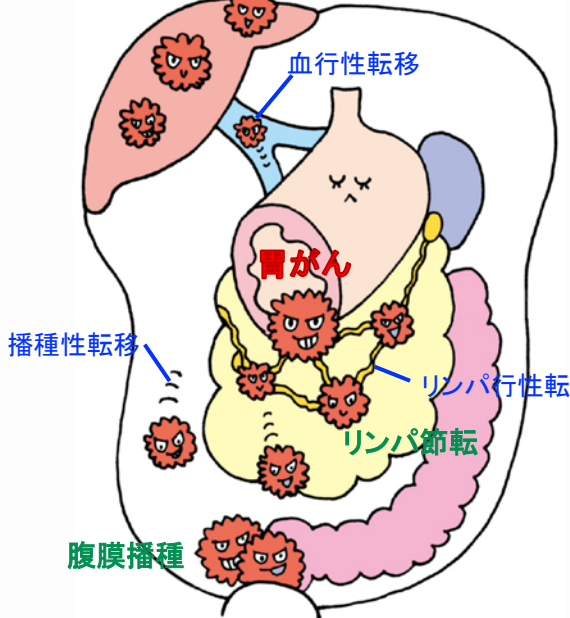
はじめに

かつては悪性腫瘍による死亡数第1位であった胃がんですが、健診の普及や診断能の向上により早期で発見される患者さんが増加しています。1975年に胃がんと診断された方は75,133人、亡くなった方は49,857人でしたが、最近の統計では、診断された方が126,009人(2018年)、亡くなった方が42,319人(2020年)となっており、診断された方は増加して亡くなった方が減少しているのがわかります。ここでは、当院で行っている胃がんの治療についてご紹介します。

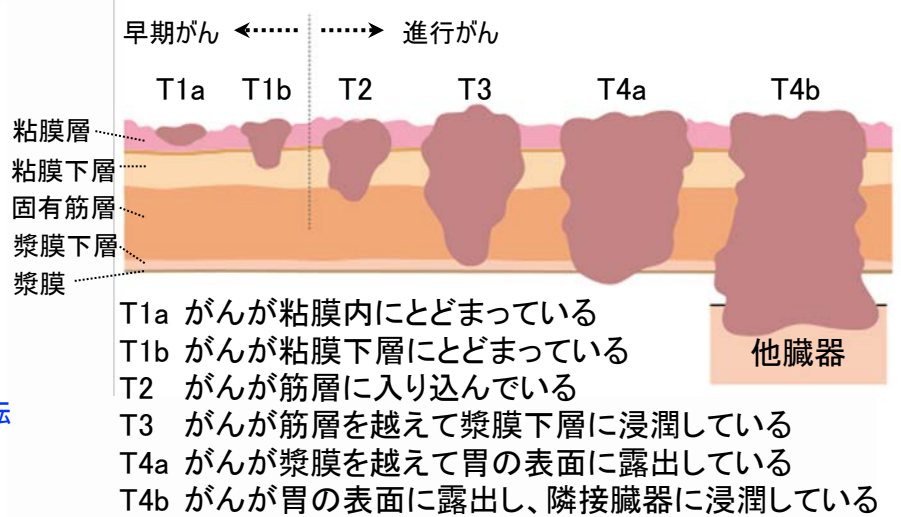
1. 胃癌の進展様式、病期(ステージ)分類、治療方針について

胃がんの進展様式

遠隔臓器転移(肝転移)



胃がんの深さによる分類



病期(ステージ)分類

		リンパ節転移	
		なし	あり
胃がんの深さ	T1/T2	I	IIA
	T3/T4a	IIB	III
	T4b	IVA	
遠隔転移あり		IVB	

胃がんに対する治療方針

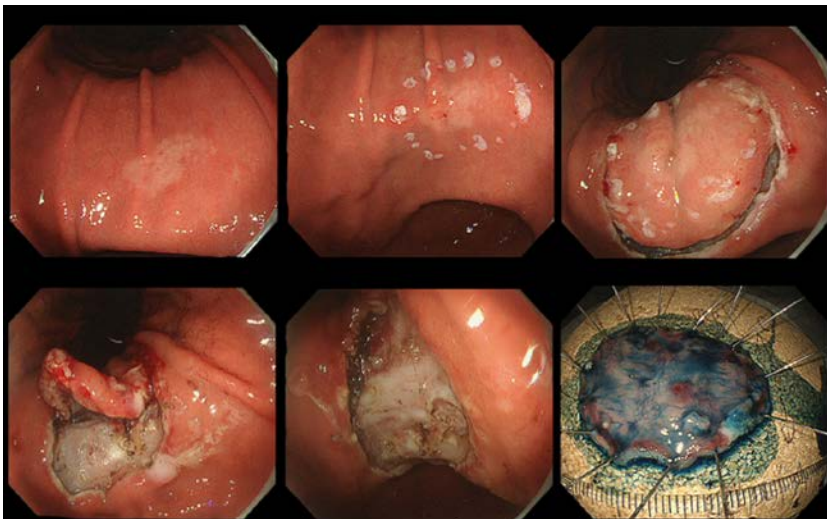
早期胃がん

- 粘膜にとどまり、リンパ節転移なしと考えられる場合
→内視鏡下粘膜下層剥離術(ESD)
- 粘膜下層に進展し、リンパ節転移があり得る場合
→腹腔鏡手術

進行胃がん

- 根治切除可能と考えられる場合
→開腹手術、腹腔鏡手術→(術後抗がん剤)
- 切除可能そうだが、再発のリスクが高そうな場合
→術前抗がん剤→根治切除
- 根治切除が不可能と考えられる場合
→抗がん剤
→抗がん剤が効いて切除可能になった場合は根治切除

2. 早期胃がんに対する内視鏡下粘膜下層剥離術 (ESD)



長所

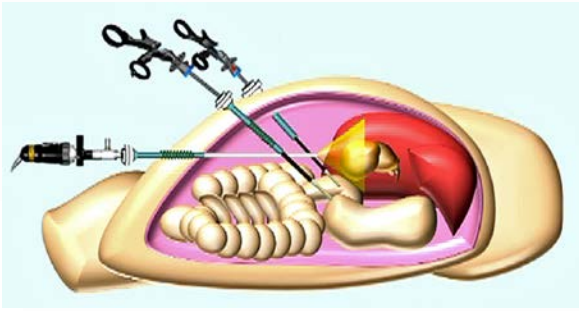
- 病変部とその周囲のみを切除するので、治療前後で胃の容量は変化せず、消化吸収能が保たれる。
- 体表に傷跡が残らない。

短所

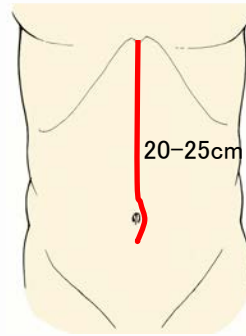
- 出血や穿孔を来した場合、緊急手術が必要となる場合がある。
- 切除病変の病理組織診断結果によっては追加手術が必要になる場合がある。
- 適応となるのは粘膜にとどまる早期がんの患者さんに限られている。

3. 胃がんに対する腹腔鏡手術

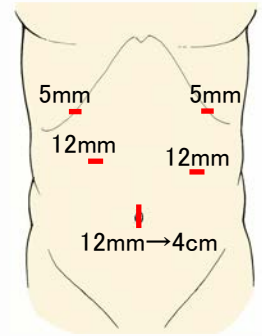
腹腔鏡手術とは： 全身麻酔下にお腹に5つの小さな創を開け(約5-12mm)、腹腔内を炭酸ガスで膨らませ、カメラや手術機械を挿入し、モニター画面を見ながら行う手術です。



腹腔鏡手術のイメージ図



開腹手術



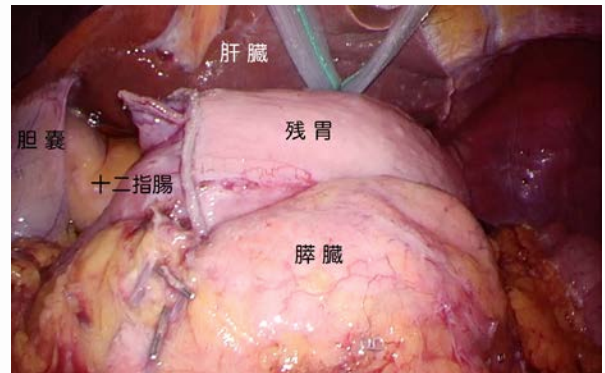
腹腔鏡手術

長所

- 高性能カメラでモニター上に術野を拡大して映すため、繊細で正確に胃やリンパ節の切除を行うことが可能。
- 術後の痛みが少なく、早期の離床・回復が可能。
- 出血量が少なく、術後肺炎・腸閉塞などの合併症が少ない。
- 開腹手術と比較し入院期間が短い。

短所

- 手で臓器を触ることが出来ない。
- 開腹手術と比べて手術時間が長い(1時間程度)。
- 高度な技術を要し、施設間で技術の差がある。



腹腔鏡下幽門側胃切除 Billroth-I 法再建

当院での腹腔鏡下胃切除術の現状

当院では、2008年から「完全腹腔鏡下胃切除術」(胃の切除および再建・吻合のすべてを腹腔鏡下に行う手術)を導入しており、胃粘膜下腫瘍も含め年間30件以上の腹腔鏡下胃切除術を施行しています。日本内視鏡外科学会の技術認定医(消化器・一般外科領域)を含む固定メンバーで手術を行っています。

4. 化学療法を併用した胃がんの治療

術後補助化学療法

切除可能な進行胃がんの患者さんに対して手術を行い、再発予防として術後に抗がん剤治療を行う。

術前化学療法

進行胃がん再発リスクが高いと考えられる一部の患者さんに対して、手術前に抗がん剤治療を行う。

- 長所**
- ・手術前に行うので治療を受ける患者さんは体力があり、十分な抗がん剤治療が行える。
 - ・腫瘍が縮小することによって、手術で胃がんを取り切れる可能性が高くなる。

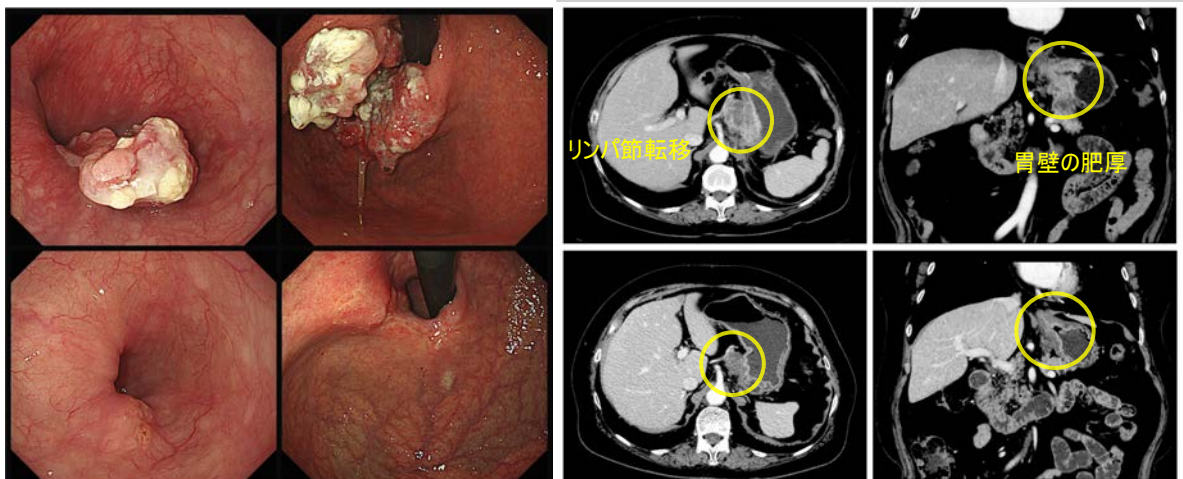
- 短所**
- ・抗がん剤が効かなかった場合には腫瘍が増大し、手術が出来るチャンスを逃してしまうことがある。

術前化学療法の治療例

化学療法前



化学療法後



手術：開腹胃全摘を行い、術後5年間再発なく経過