

がん治療の今

■■■■10

7割が「腹腔鏡」

大腸がんは、病変が局限していれば切除が最も有効な治療です。根治を目標に、早期がんの一部に対しては内視鏡的切除が、それ以外の切除可能例に対しては外科手術が選択されます。

大腸がん・外科的治療編

大腸がんは進行するとリンパ節に転移をきたしますが、実際に転移があるかどうかは、目で見ただけでは分かりません。外科手術では、病変を含めた腸管がある程度の長さで切除するだけでなく、リンパ節が含まれている腸間膜も一括して切除し(リンパ節郭清)、残った腸管同士をつなぎ合わせます。

病変が肛門に近いため、肛門を残せない場合は、肛門ごと大腸(直腸)を切除します。そして残った大腸を腹壁に持ち上げて、人工肛門(ストーマ)と呼ばれる便の出口

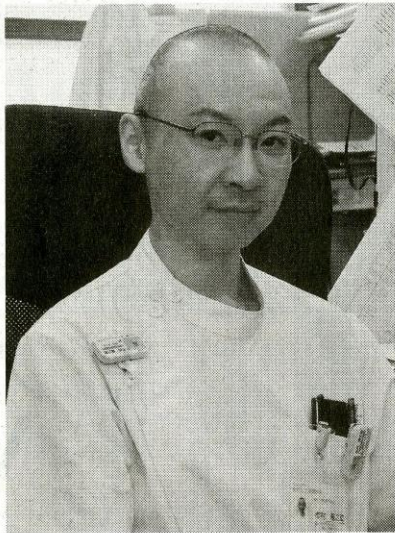
を作製します。便は腹壁に袋(パウチ)を張り付けて回収しますが、手術前とほぼ変わらない日常生活を送っている方も多いです。

このような手術はこれまで、腹部を20〜30センチ切って行っていました(開腹手術)。近年は、

同じ内容を数カ所の小さい創で行うことができ(腹腔鏡手術)。トロッカーという細い筒数本を腹部に入れ、この筒に専用のカメラ(腹腔鏡)や器具(鉗子など)を入れ、テレビモニターを見ながら手術を行います。腹腔鏡手術は身体への負担が小さく、術後の回復が早いのがメリットです。製鉄記念室蘭病院では、年間約80例の大腸がん手術を行っており、うち約7割が腹腔鏡手術です。

手術は身体にメスを入れるため、身体に負担を

主治医とよく相談して



いちむら・たつのすけ 1995年(平成7年)北海道大学卒。医学博士。外科学会専門医・指導医。消化器外科学会専門医・指導医。がん治療認定医機構がん治療認定医。45歳。

大腸がんの手術の基本

①十分な「安全域」ととって大腸を切除
②リンパ節を含む腸間膜を扇状に切除
③腸管をつなぎ合わせる(吻合)

血管
リンパ節
腸間膜
がん
安全域
吻合部

大腸がん手術の解説図—出典・NPO 法人がんネットジャパン

1年(平成23年)に登録された1万6695人の直腸がん低位前方切除術のデータ解析によると、合併症21.9%、縫合不全10.2%、術後90日死亡率0.9%で、国内成績は海外報告例(術後90日死亡率3〜5%)と比べて、極めて良好でした。

大腸がんでは、初診時に肝臓や肺といった他の臓器に転移がある場合でも、転移巣の切除によって根治を期待できる場合があります。最近では、最初が切除不能であったものが、抗がん剤治療で病変が縮小することで切除可能となる例も増えています。

また、腸閉塞を発症した緊急例では、可能であれば内科的に腸閉塞を治療し、全身状態が落ち着いてから手術を行います。

が生じ得ます。大腸がん手術の主な合併症としては、出血、感染、腸管のつなぎ目から便が漏れる縫合不全、癒着性腸閉塞、直腸手術後の排尿障害や性機能障害などがあります。

切除可能な例も頻度ですが一例として、結腸がんに対する国

較(ランダム化比較試験 || JCOG0404)では、合併症は腹腔鏡手術14.3%、開腹手術22.3%、縫合不全は両者とも3.6%、術後30日死亡率は腹腔鏡手術0%、開腹手術0.2%でした。

また、「National data base」にて、201

がんと診断された場合は、主治医とよく相談して治療を決めることが大事です。

製鉄記念室蘭病院 市村龍之助 外科消化器外科長