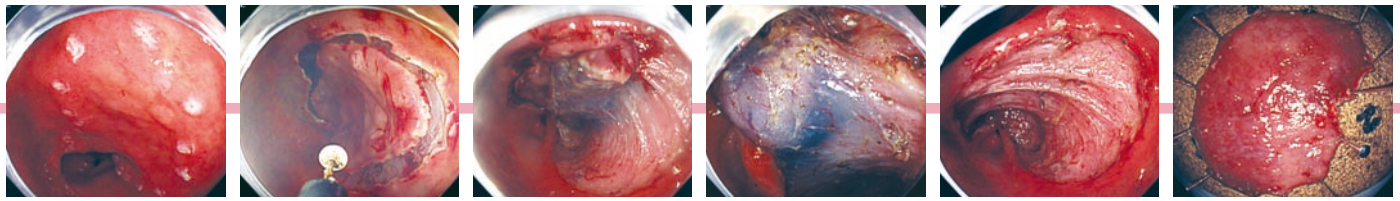
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の手技



後の病理診断が正確にできるということです。

山内部長／一括切除することで、がんの取り残しの心配はほとんどなく、また、切除した組織そのものを詳しく病理検査することによって、がんの広がりや、深さなどを含め、より正確な診断ができます。特に、正確な診断ができるということは、がん治療上重要なポイントなので、このESDは大変有用な治療法だといえます。

Q.内視鏡を使った早期胃がんに対する治療法には「内視鏡的粘膜切除術（EMR）」があります。EMRとESDとの違いは。

鈴木医師／EMRは病変が大きくなると、一括切除は困難で、数個の病変に分割して切除することになり、取り残しや断端面などにがんが残るといった心配のほか、病理学的にも分割した病変の再構成では、正確な診断が難しいという面があります。

近藤医師／病変を一括切除できるESDは、EMRの問題点を克服した優れた治療法だと思います。

Q.この治療法が臨床の場に導入された背景は。

山内部長／ESDは、国立がんセンターが中心になって研究を続け、その成果を関連学会などに積極的に報告していたので注目されていましたが、10年前から臨床に導入されるようになり、がんセンターや大学病院などから徐々に普及するようになりました。

近藤医師／臨床に導入された背景としては、内視鏡そのものの進歩と、内視鏡を扱う技術や手技が発展したことのほか、数多くの臨床データを詳細に分析した結果、安全かつ正確な診断ができるということが分かったためです。

Q.名古屋記念病院では、いつごろからESDの治療を始めましたか。

山内部長／早期胃がんの治療法としてESDに注目していましたが、ESDの手技を修得した近藤先生、鈴木先生が名古屋記念病院に赴任された2年前から継続的に治療を行っています。

Q.これまで行った症例数は。

鈴木医師／25症例くらいです。

Q.問題はありませんか。

近藤医師／今のところ、特に、重大な合併症など顕著な問題はありません。このESDは開腹手術に比べて入院日数は短くて済み、胃が小さくならないため、社会復帰も早くできるなどメリットは大きいです。

Q.患者さまに対する負担は軽いですか。

近藤医師／開腹手術に比べると負担は軽いといえますが、EMRよりは負担はあります。剥離しているときに血管を傷つけたり、胃に穴を開けることもあるので、術者の細心の注意と集中力、それに熟練が要求されます。

Q.ESDの適応条件は。

鈴木医師　早期の高分化型胃がんで、がんが胃粘膜に限局していることが前提になります。がんセンターなどの研究機関においては、粘膜下層までのがんや低分化型でも適応を拡大して行っています。

Q.ESDは、今後普及しますか。

山内部長／胃の粘膜の厚さは7～8ミリと薄いために剥離するには高度なテクニックと経験が求められます。従って、こうした手技を有する内視鏡医と内視鏡設備の整った医療機関は導入していくと思います。

Q.ESDの適応条件が、早期胃がんということは、早く胃がんを見つけることが大切になりますね。

山内部長／その通りです。胃がんの場合、「胃の調子が悪い」といって外来を受診し、胃がんが見つかるケースが多いようです。そうした場合は、早期の段階を超えているケースが多々あります。胃がんは早期発見し、早期治療を受ければ治る確率の高いがんである上に、ESDのように優れた治療法を受けることができるので、胃の検診として少なくとも年に1回は内視鏡検査を受けることが望ましいと思います。それが胃がんから身を守る有効な方法だと思います。