

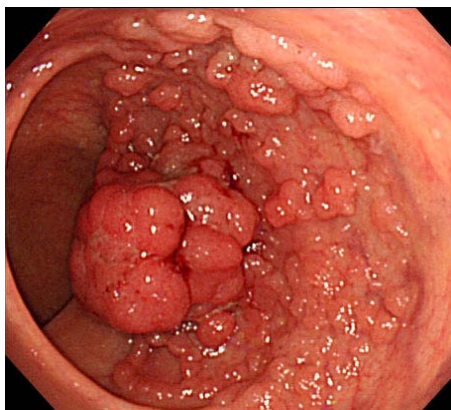
大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術が 先進医療の承認を受けました

概要： 岡山大学病院消化器内科・光学医療診療部 浦岡 俊夫 助教は、薄い腸管壁などの解剖学的な理由により手技的に高度な技術が要求される大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection : ESD、略称「大腸ESD」）において、安定した治療成績を示していたことにより、本手技が、本年6月30日厚生労働省より先進医療として承認され、当院が全国で最初の認定施設となりました。

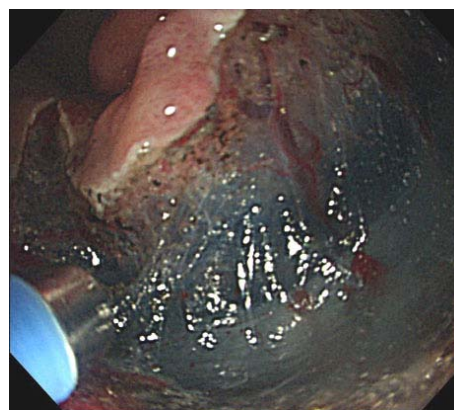
大腸ESDは、従来の内視鏡切除法では切除しきれなかった病変に対する完全切除が期待されるため、根治性が高く、詳細な病理組織診断が可能な優れた手技である。外科手術と比較しても、患者さんの肉体的・精神的負担の軽減と在院日数の大幅な短縮、医療費の軽減につながるものです。

内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection : ESD）

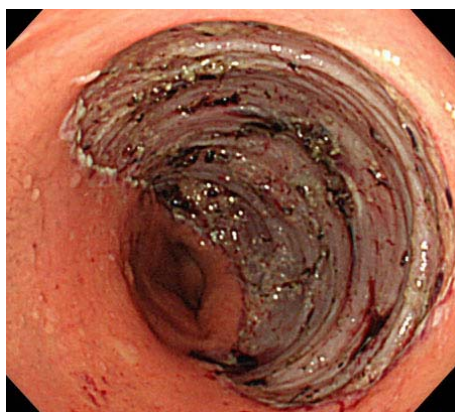
最近開発・発展してきた治療法で、従来は外科手術が必要であった大型の病変や通常内視鏡切除の困難な部位に存在する病変に対しても、確実に一括切除ができ、根治が望める方法です。前述の拡大内視鏡を用いて病変を診断した後、特殊なナイフなどの処置具を用いて、病変の周囲を切開後、病変の下の粘膜下層を剥離していきます。



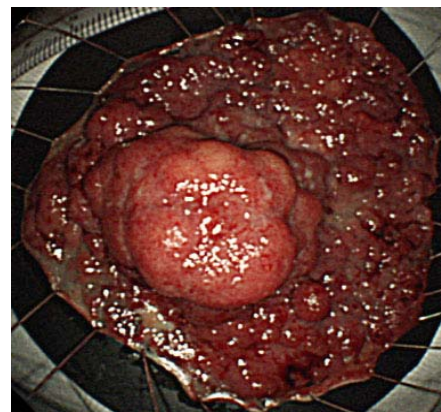
早期直腸癌



粘膜下層の剥離中



病変の一括切除が完了



6cm を超える大きさの切除標本

詳細： 早期大腸癌や腺腫に対する従来の内視鏡的粘膜切除術（Endoscopic mucosal resection; EMR）^{1)~5)}は、スネアーを使用して切除するため、腫瘍径の大きな病変、EMR時の粘膜下局注による病変の挙上不良な場合、内視鏡治療後の遺残・再発病変に対する一括切除は困難でした。分割切除となれば、治癒の判定（完全切除）の不確実性や病変の遺残や再発の懸念がありました。よって、内視鏡的に根治が得られる早期の病変と診断しても、外科的切除が選択される場合があります。

岡山大学病院光学医療診療部では、特殊な電気ナイフを用いて、病変の周囲切開と粘膜下層を視認しながら剥離していく事により、病変の一括切除が期待される大腸の内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection : ESD）を導入し、前述のEMRの欠点を克服しました^{6)~10)}。大腸のESDは、大腸の解剖学的理由から技術的に高度で、腸管穿孔などの偶発症の頻度がEMRと比べて高いですが、当診療部では、本法に特化した専門医が現在までの経験を生かし、細心の注意を払って行うことにより、高い一括切除率が得られており、治療後の再発は一例も認めていません。また、腸管穿孔が起こってしまった症例に対しては、速やかに内視鏡的な縫縮を行い、その後の保存的加療にて改善し、緊急手術例は、現在のところ、認めていません。これらの良好な治療成績を基に、厚生労働省が大腸ESDを先進医療として実施する施設として、最初に当院が承認されたものです。

大腸ESDは、従来の内視鏡切除法では切除しきれなかった大きな病変や切除困難な病変に対して一括切除が期待されるため、根治性が高く、その後の詳細な病理組織診断によって明確で適切な治療方針を患者に提示できる優れた手技であり、外科手術と比較して、患者さんの肉体的・精神的負担の軽減と在院日数の大幅な短縮、医療費の軽減につながります。

岡山大学病院で大腸ESDに要する経費と外科手術を受けた場合の経費の比較では、大腸ESDの先進医療に係る費用が148,700円、その他2泊3日の入院費用が約20万円合計35万円程度が総医療費となり、患者さんが3割負担の場合、先進医療分148,700円とその他の入院費用の負担分約6万円、合計約21万円程度必要となります。大腸癌を外科的手術で摘出する場合は、医療費の総額が100万円を超え、患者さんが3割負担の場合には約30万円を超える経費と、入院期間も腹腔鏡使用で10日～2週間、開腹手術で2～3週間程度必要となり、更に後日、人工肛門閉鎖術を施術する症例では、医療費の総額約90万円（患者さん負担約30万円）と入院期間約2週間が加わることとなります。

大腸腫瘍性病変は、自覚症状が無いことが多く、検診での便潜血検査後の大腸内視鏡検査で初めて見つかることが多いです。内視鏡検査にて、早期で病変が見つければ、前述の費用・治療日数を含めて早期社会復帰が果たせる点などQOLの観点からも、大腸がん検診は重要です。もし、異常を感じるようでしたら、経験豊富な専門医のいる医療機関で早期受診してください。（検査自体に抵抗を感じて治療時期が遅れることは、避けたいことです。）

<お問い合わせ>

岡山大学病院光学医療診療部 ・ 浦岡 俊夫

（電話番号）086-235-7219（FAX番号）086-225-5991

E-mail: turaoka@md.okayama-u.ac.jp



<参考資料>

文献

- 1) 浦岡俊夫, 藤井隆広, 松田尚久, 他. 大きな大腸腫瘍に対する EMR のコツ. 消化器内視鏡 (2004.05)16 巻 5 号 Page784-789
- 2) 浦岡俊夫, 藤井隆広, 松田尚久, 他. 早期直腸癌に対する内視鏡的粘膜切除(EMR). 外科治療((2003.10)89 巻 4 号 Page367-373
- 3) Uraoka T, Fujii T, Saito Y, et al. Effectiveness of glycerol as a submucosal injection for EMR *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 61, 736-740
- 4) Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumours in the colorectum. *Gut* 2006; 55:1592-1597.
- 5) 浦岡俊夫, 斎藤豊, 松田尚久, 他. LSTの診断と治療 20mm以上のLSTの診断と治療. 早期大腸癌(2006.09)10 巻 5 号 Page405-409
- 6) Uraoka T, Kawahara Y, Kato J, et al. Endoscopic submucosal dissection in the colorectum: Present status and refinements. *Digestive Endoscopy* 2009 (in press)
- 7) Uraoka T, Kato J, Ishikawa S, et al. Thin endoscope assisted-endoscopic submucosal dissection for large colorectal tumors (with video). *Gastrointest Endosc.* 2007;66:836-9.
- 8) Saito Y, Uraoka T, Matsuda T, et al. Endoscopic treatment of large superficial colorectal tumors: a case series of 200 endoscopic submucosal dissections (with video). *Gastrointest Endosc.* 2007;66:966-73.
- 9) Saito Y, Uraoka T, Matsuda T, et al. A pilot study to assess the safety and efficacy of carbon dioxide insufflation during colorectal endoscopic submucosal dissection with the patient under conscious sedation. *Gastrointest Endosc.* 2007;65:537-42.
- 10) 浦岡俊夫, 斎藤豊, 中島健, 他. ESD デバイスの工夫・改良 Bナイフ. 早期大腸癌 (2007.11)11 巻 6 号 Page541-546