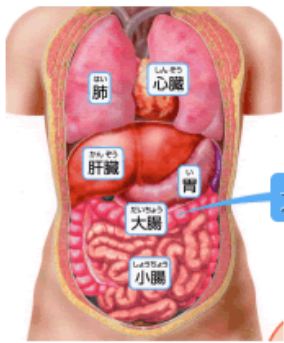


大腸がんの治療成績



1986年から2001年までの16年間(内視鏡治療例は、1993年から2000年まで8年間の集計)に、坪井病院で治療した大腸癌の症例は、1,205例でした。

その内訳は、

開腹手術 ---- 771例
直腸局所切除 -- 43例
内視鏡治療 --- 391例
です。

以下、内視鏡治療と開腹手術について述べます。

●内視鏡治療

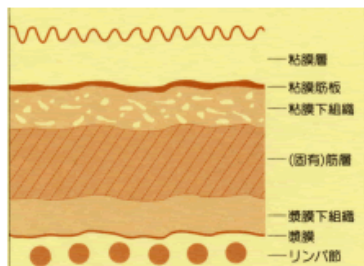


図1

癌は、大腸の最も内側の層、粘膜層(図1)から発生し、徐々に、大腸の壁深く進んで行き、小さな血管や、リンパ管から流れ出し、転移します。

しかし、粘膜層に留まっているうちは、転移がありませんので、大腸の内側から、内視鏡で切除可能です。

粘膜下層にある程度進むと、転移が生じますが、治療成績が良好なので、両者を合わせて早期大腸癌と呼んでいます。



図2 粘膜に局限した病変 (m癌) の治療

図2、図3は、当施設の粘膜内癌 (m癌) と粘膜下層浸潤癌 (sm癌) の治療結果です。

粘膜内癌では、内視鏡で治療できないほど大きなものが、粘膜下層癌では、リンパ節転移の可能性のあるものが、それぞれ手術になっています。

体に負担の少ない内視鏡で、治療を終了することが、治療を受けられる方にも、治療をする側にとって最も望ましいと考えています。



図3 粘膜下層癌 (sm癌) の治療

お勧め事項：

不完全な内視鏡治療は、病状の悪化に繋がります。治療の際には、大腸を専門とする内視鏡学会認定医、または、専門医にご相談下さい。

●手術

粘膜下層より深く進んだ例には、開腹手術を行いました。手術例の年齢は、18~97歳で、平均年齢は、63歳でした。男女比は、1.29：1で、男性が56.4%でした。

進行の程度をDukes分類で表し、当施設の治療成績を述べます。

Dukes Aは、図1の粘膜層、粘膜下層、および(固有)筋層までに癌がとどまり、かつ、リンパ節転移のない例で、228例。

Dukes Bは、それ以上進んでいるのですが、リンパ節転移のない例で、210例でした。

Dukes Cは、癌の深さに関係なく、リンパ節転移を伴う例で、244例でした。また、Dukes Dとしましたのは、肺や肝臓などの大腸以外の臓器に転移がある例で、87例です。

5年生存率、10年生存率は、それぞれDukes A 97.2%、94.3%。Dukes B 85.1%、82.0%。Dukes C 70.6%、56.0%でした。Dukes Dの2年生存率は、15%ですが、最近では、転移巣の積極的な治療により、長期間生存例を認めます(図4)。

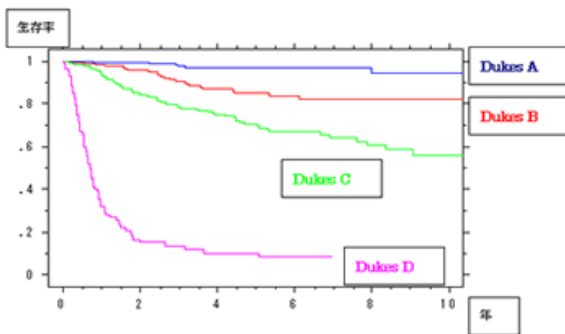


図4 Dukes分類別治療成績

参考：大腸癌取扱い規約【第6版】による当施設の病期別治療成績

進行程度	5年生存率	10年生存率
Dukes A	97.2%	94.3%
Dukes B	85.1%	82.0%
Dukes C	70.6%	56.0%
Dukes D	15%	-

0	100%	100%
I	97.1	97.1
II	87.7	81.5
III a	79.9	66.2
III b	59.3	39.7
IV	7.2	0

手術後に経験した合併症の主なものは、縫合不全（腸の縫った場所が不完全）3.2%、手術後の腸閉塞 5.7%、創部の感染 7.8%でした。

大腸癌治療における当施設の特徴：

豊富な早期大腸癌治療経験から、独自のデータに基づいた、より侵襲の少ない治療が選択可能。
高度進行大腸癌に対する抗癌剤治療を含む、集学的治療が確立していること。

更に詳しくお知りになりたい方へ 文献のご案内

1. N.Koyama et al：Endoscopic resection of rectal carcinoids using double snare polypectomy Digestive Endoscopy 10(1):42-45, 1998.
2. 湖山信篤ほか：大腸mp癌の臨床病理学的検討 -特にその肉眼形態と治療成績について- 日本臨床外科学会誌 60(1):28-32, 1999
3. 湖山信篤ほか：他臓器の癌を重複した大腸癌症例の検討 -重複癌が根治的に切除した大腸癌の治療成績に及ぼす影響について- 日本臨床外科学会誌 62(4):874-878,2001