

たまねぎ通信

M A Y . 2 0 0 7

No.

001



スプリング・エフェメラル

【写真】小泉 茂樹（伏古10条クリニック院長代理）

この度、広報誌「勤医協中央病院・病院報」を創刊いたしました。これまでも広報用の誌紙を作成してまいりましたが、読者対象が曖昧であったりして廃刊された苦い経験がありました。今回、医療機関との連携を主な目的として再出発し、当勤医協中央病院の診療案内、診療内容などを紹介し、ご利用しやすいよう努めてまいります。また当院で開設している「救急外来」につきましても随時紹介し、医師会の「夜間急病センター」を地域レベルで補完する活動をしていることもお知らせし、ご利用をお願いいたします。多くの病院が医療連携室を設置し、医師会がホームページで患者紹介サイトを開設し、病診連携、医療連携は新段階に入ってきたと思います。こうした時代に遅れぬよう当院もいっそう努力してまいります。今後ともよろしくお願いいたします。



勤医協中央病院院長
伊古田 俊夫

特集

内科的 内視鏡治療

わが国の胃癌の罹患率、死亡率はもともと非常に高率だったのですが、近年、諸外国同様、いずれも一貫した低下傾向が認められています。その結果、長い間トップだった罹患率や死亡順位は他臓器癌と入れ替わったりしています。しかし、欧米と比較すると、現在なお高率であり、日本の癌全体の臨床に占める胃癌の割合はまだ高いものがあります。

日本で発見される胃癌の約半数は進行癌で、その治療成績は未だ満足できるものとはなっておらず、今後の課題となっています。一方、**早期癌ではその治療成績はほぼ100%となっています。**早期胃癌の治療に関しては、予後がよいことだけでなく、より低侵襲で、機能を温存できるような治療の進歩もあり、治療後の患者さんのQOLの低下を損なわないという点でも成績は向上してきました。

そうした治療の中に、内視鏡治療や腹腔鏡下手術をあげることができます。**早期胃癌のうち、リンパ節転移の可能性が極めて低く、局所切除のみで根治可能と考えられる病変は内視鏡治療の適応となります。**リンパ節転移の可能性が極めて低く、局所切除のみで根治可能と考えられる病変とは、国立がんセンターと癌研究会付属病院の手術症例の検討によると、以下の通りです。

①分化型癌、②粘膜内癌、③並存潰瘍がないこと、③'並存潰瘍がある場合は癌の大きさが3cm以内であること。この①②③もしくは①②③'の条件を満たすものが局所治療で根治可能であろうと考えられています。内視鏡治療のメリットは、患者さんへの侵襲が非常に低く、術後の機能障害がまったくない点です。

日本胃癌学会から出されている胃癌治療ガイドラインによれば、内視鏡的粘膜切除術(Endoscopic mucosal resection)の適応条件として、大きさ2cm以内という項目もありますが、従来法の技術的な限界を反映したものとなっています。内視鏡的に一括切除可能であれば上記の3条件を満たす病変は内視鏡治療で根治可能です。胃切除をした人の6割が何らかの後遺症に苦しみ、社会復帰できない状況をみていた当院外科の平尾雅紀医師(当時)が、1982年にEMRのひとつの方法であるERHSE法(Endoscopic resection with local injection of HSE solution)を開発しました。

当院ではこの方法を用いて以降、現在まで約25年間、胃癌の内視鏡治療を行って、外科手術と同等な治療成績をあげてきました。1997年には内科の内沢政英医師により上記の方法をさらに改良した**S-ERHSE法が開発され、技術的に困難だった2cm以上の病変の一括切除も可能となり、理論的に局所治療で根治できる病変すべてに内視鏡でアプローチできるようになりました。**



特集

内科的 内視鏡治療

1 はじめに

(1) 内視鏡的粘膜切除術(ERHSE)は胃の腫瘍性病変に対して施行してきている方法です。

本法の特徴は、①病変より5mm以上離れた切除予定線を設定し、そこに高周波針状メスでマーキングすること、②消化管出血時の内視鏡止血のために開発したHSE局注を併用することで、術中の出血をコントロールするとともに、切開時の穿孔を予防すること、③マーキングに沿って全周を針状メスで正確に切開し、病変粘膜を切除回収することです。粘膜を全周切開するEMR法としての歴史は最も古く、現在のESD(endoscopic submucosal dissection)の原型となっています。また、より大きな病変の一括切除率向上をめざして、1997年より、粘膜下層直接切除法(S-ERHSE法)を追加しました。

(2) 適応は胃腺腫・早期胃癌などです。早期胃癌の適応条件は、①分化型癌、②粘膜内癌、③並存潰瘍がないこと、③'並存潰瘍がある場合は癌の大きさが3cm以内であること。この①②③もしくは①②③'の条件を満たすものです。技術的に困難な部位(胃体部後壁や胃角にまたがる病変など)、2cm以上の大きな病変の一括切除にはS-ERHSE法が適しています。

2 術前診断

内視鏡診断、超音波内視鏡診断、X線診断、病理組織診断を内科・外科合同の検討会で必ず行い、本法の適応の有無を決定します。胃癌の内視鏡治療については、治療技術と並んで、術前診断を非常に重視しています。正確な診断なしに正しい治療はありえないからです。たとえ小さくても癌は癌ですから、適応を誤ると癌は遺残となり、最悪の場合、落とさなくてすんだ患者さんの命を奪うことにもなりかねません。

3 手技の手順

a. ERHSE法

内視鏡室で行います。

(1) 病変の確認

内視鏡を挿入し、病変部を観察し、術前の診断を確認します。

(2) 切開予定線の設定

病変から5～10mm離し針状メスでマーキングを行います。

(3) HSE局注

HSE液（止血作用を持っている薬液）を粘膜下層に局注します。マーキング部全体が半球状の膨隆を形成するように行います。この操作により、①術中・術後の出血を予防することができる、②粘膜下層に十分なHSE液を局注することにより、次の切開の際、穿孔しずらくなります。

(4) 切開

マーキング部を針状メスを用いて、粘膜層までを全周性に切開します。

(5) 切除

切れ込みの部分にスネア（輪状のワイヤー）をかけて高周波電流を流して切除します。

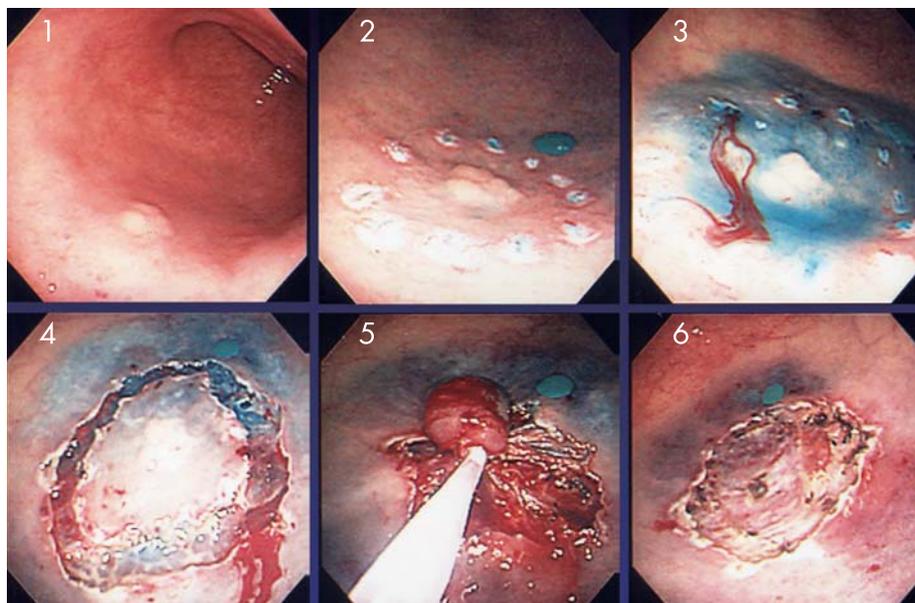
(6) 切除粘膜の回収

切除粘膜を回収します。回収した切除粘膜は病理組織検査へ提出し、最終的な病理組織診断を待ちます。

ERHSEの手法



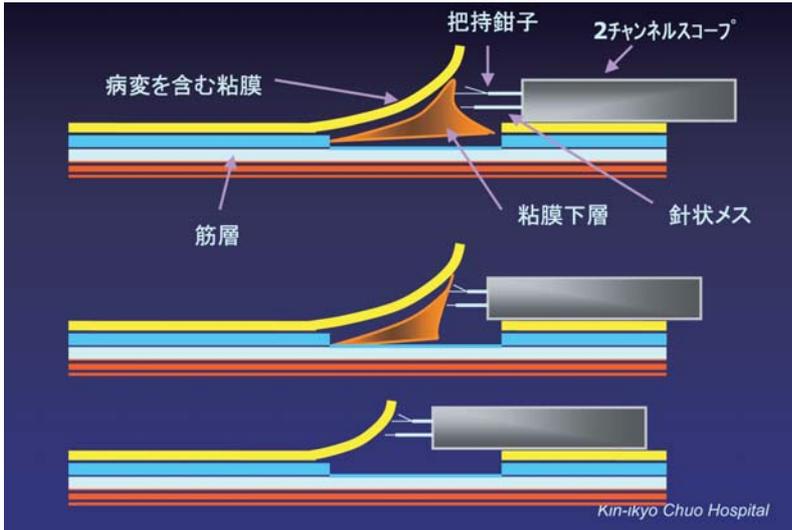
ERHSE症例



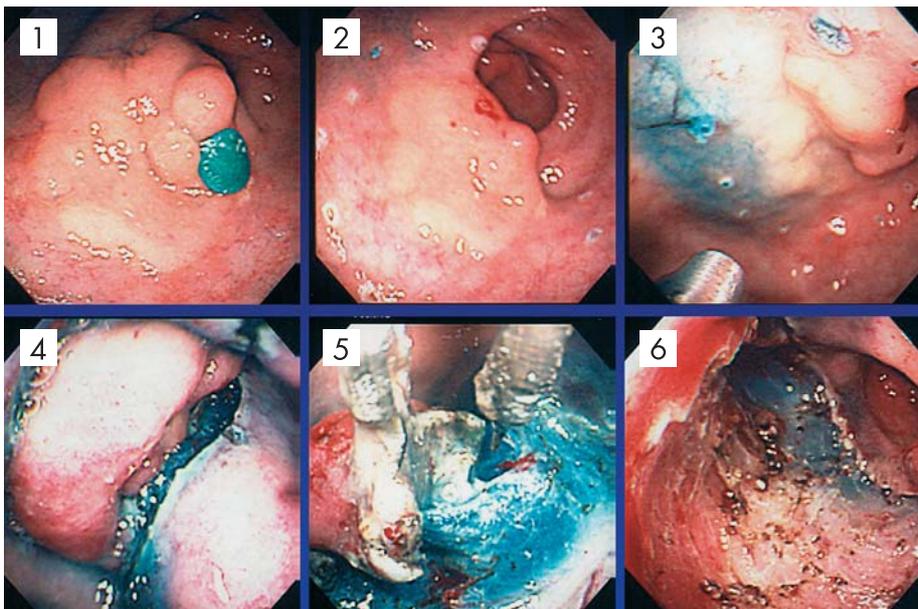
b. S-ERHSE法

困難な症例に対して行うことから、治療時間が長くなり、患者さんへの身体的負担が大きいため、全例手術室で、麻酔科医管理のもと、全身麻酔下に行います。全身麻酔下の内視鏡治療は患者さんには非常に好評で、また術後の呼吸、循環系の合併症が非常に少ないといった利点があります。手順はERHSE法の(1)病変の確認～(4)切開までは同様です。その後内視鏡の一方のチャンネルからは把持鉗子を挿入し、切除粘膜を挙上します。もう一方のチャンネルからは針状メスを出して、粘膜下層の切離を進めてゆく、魚をおろすようなイメージとなります。

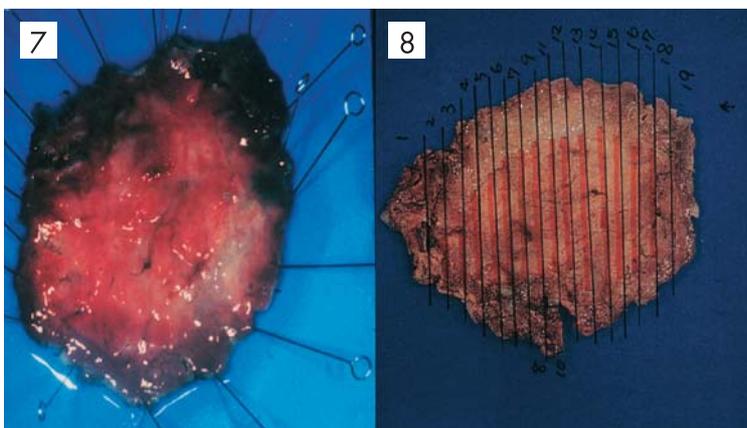
S-ERHSEの手技(全身麻酔で手術室で行う)



S-ERHSE症例



1. 2cm以上でも可能：緑シールは直径6mm
2. 針状メスでマーキング
3. HSE液を粘膜下に局注、マーキング部全体が膨隆
4. 粘膜層まで全周性に切開
5. 病変部の剥離操作
6. 剥離終了



7. 切除標本
8. 病理標本構築図(癌の範囲を示しています)

内視鏡治療 担当医師



内科医長
草間 敬司

1991年 北大卒
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会指
導医



内科医長
森園 竜太郎

1994年 旭川医大卒
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会專
門医

4 術後のアフターケア

(術直後)

胃ゾンデをすぐに挿入し、腹部X線を撮影し、穿孔のないことを確認します。

(翌日)

再度腹部X線を撮影する。穿孔がなく、かつ出血などの異常がなければ胃ゾンデを抜去し、水分摂取のみ可としています。さらに異常を認めなければ第2病日より流動食を開始しています。

(一週間後)

確認の内視鏡検査を行い、問題なければ退院とします。

(薬剤)

粘膜保護剤、H₂ブロッカー、抗生剤の投与を行います。前二者は人工潰瘍の治癒が確認されるまで投与します（おおむね1~2ヶ月程度）。

5 合併症の予防と対策

主として出血と穿孔です（いずれも5%以下）。出血は内視鏡的止血によりほとんどがコントロールできます。穿孔も内視鏡によるクリップ縫縮などでほぼ保存的に軽快していますが、まれに外科的処置が必要となることもあります。

6 成績と予後

対象は1982年から2002年までにERHSE法を施行した早期胃癌517病変です。粘膜内癌正診例は482病変（正診率93%）、完全切除例は441病変（完全切除率91.5%）でした。粘膜下層以深の癌や不完全切除例は原則的に手術としています。完全切除例の追跡結果から、遺残再発例はなく死亡例は全例他病死でした。また、累積5年生存率は他病死をのぞくと100%であり、ERHSEは優れた内視鏡的切除法であるといえます。



手術室でS-ERHSE中の森園・草間両医長

お問合せ先

内視鏡治療を希望される場合は、可否の判断のために一度受診が必要となります。受診の予約は「勤医協中央病院 医療連携室」へお問合せください。

電話 011-787-7037 (直通) FAX 011-784-2735 (直通)

シリーズ検査紹介

放射線科MR検査室

今から16年前の1991年にGE社製Signa Horizon LX 1.5Tを当院に初めて導入しました。以後2000年に1号機のアップグレードとともに、2号機としてGE社製Signa Horizon MR/I 1.5Tを導入し、さらに昨年2006年10月には1号機を廃止しGE社製Signa Exite HD 1.5Tを導入、現在3世代目の装置が稼動しています。

新しい装置ではハードウェア・ソフトウェアの性能が向上し、今まで以上に高速で鮮明な画像が得られるようになり、さらに今話題のBody DWIや3次元で脂肪抑制のDynamic Studyが撮像可能なLAVA、両側の乳房を一度に撮像できるVIBLANTなどのパルスシーケンスを搭載、診断能の向上が期待されています。

当院MR検査室では、昨年度実績で年間5030件(頭部領域が約50%、整形外科領域が約30%、残りが腹部などのその他の領域)の検査を行っています。

現在、放射線科では放射線科医の水尾部長を筆頭に25名の放射線技師が勤務しており、そのうち4名の技師が中心となってMR検査を行っています。今までの経験や実績をいかし、これからも患者様のお役にたてるようスタッフ一同日々頑張っていきたいと考えています。



放射線科医 水尾部長



MR担当技師(左上から)庄司技師、黒下技師、小松技師、野原技師

表紙の写真

【写真】小泉 茂樹
【撮影地】野幌森林公園



雪解けとともに芽吹き、春一番に花を咲かせ、森がたくさんの生命で活気づく頃には姿を消してしまう草花をスプリング・エフェメラル(春の妖精)と呼びます。

この写真のエゾエンゴサクの花はカタクリとともにその代表的なものです。エフェメラルという語は「はかない」「短命な」という意味で、もともとエフェメラルはギリシャ神話で蜻蛉のここのようです。花色は青色がプロトタイプで、一面に咲き誇ると青い絨毯のようになって見事ですが、変化も多く紫、紅紫や混合色も見られます。エゾエンゴサクが咲き出すと、あたりは急速に春の趣きを増してゆきます。

編集後記

記念すべきたまねぎ通信第一号をようやくお届けすることができます。「内容豊かで癒しのある紙面」をコンセプトに取りかかり数ヶ月…冬が過ぎ北海道にも花の季節が到来、完成までの月日を感じられたかもしれませんね。今後は季刊発行を予定しています。エフェメラル(上記参照)にならないようにしなければ! ご存知のように札幌市東区はたまねぎの産地で、現在もまわりにたまねぎ畑があります。札幌を囲む美しい山々を見ながら育てています。このたまねぎ通信もすくすく育つよう暖かく見守ってください。時々ちょっと辛口になるかもしれませんが。(け)

