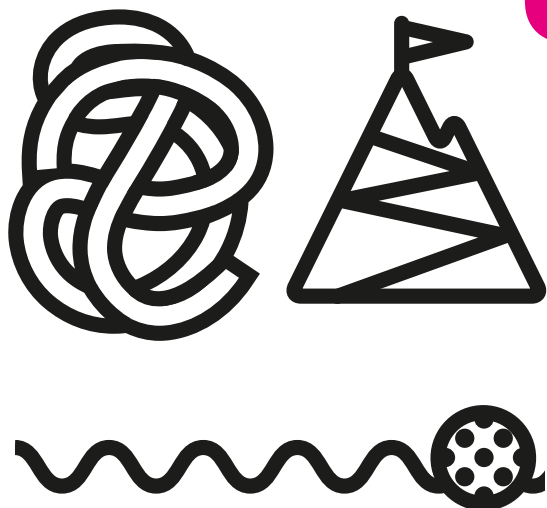


R

U



# 消化器内科診療の掟

地図をもって山頂を目指そう!

■ 編集 ■

野々垣浩二

大同病院院長

西川貴広

大同病院消化器内科主任部長 / 内視鏡センター長

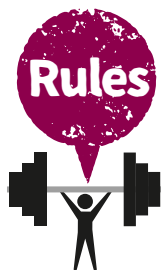
中外医学社

L

E

## 1 ▶ 食道癌

名古屋大学医学部附属病院化学療法部病院助教 古根 聡



- 1▶ ハイリスク群がいることを心がけて診療を行う
- 2▶ 表在癌を発見し、ESD の適応となるか見極めよう
- 3▶ 狭窄を予防することが必要である
- 4▶ 内視鏡治療不能例ではしっかりと患者の状態を見極め、治療方針の選択をしよう
- 5▶ Stage IV b の患者の治療では患者の状態に合わせた治療法を選択しよう

### Rule 1

#### ハイリスク群がいることを心がけて診療を行う

日本における食道癌は 60～70 歳代に好発し、性別では男性が女性の約 5.4 倍を占める。また、組織型はほとんどが扁平上皮癌であり、腺癌が多い欧米とは対照的である<sup>1)</sup>。食道癌のリスクファクターとしてはたばこ・アルコールが有名で、喫煙者では 2.92 倍<sup>2)</sup>、多量飲酒者（エタノール 66g/日＝ビール約 1.7L/日以上）ではリスク比 4.18 倍、少量飲酒者（エタノール 25g/日＝ビール約 600mL/日以下）でも 1.81 倍に上昇する<sup>3)</sup>。特にアルコールを飲むとすぐに紅潮をきたす人（フラッシャー）はより発癌リスクが高いとされ、飲酒歴と同時に確認することが望ましい。また、アルコールとたばこによるリスク上昇には相乗効果もあり、両者を嗜む患者では 8.86 倍に上昇する<sup>2)</sup>。また、食道癌患者では重複癌が約 2 割に発症し、特に胃癌、頭頸部癌の発症頻度は高い。下咽頭癌は同時性異時性含め 8.2% に発症するといわれており<sup>4)</sup>、内視鏡検査施行時には咽頭喉頭の入念な観察が必要である。

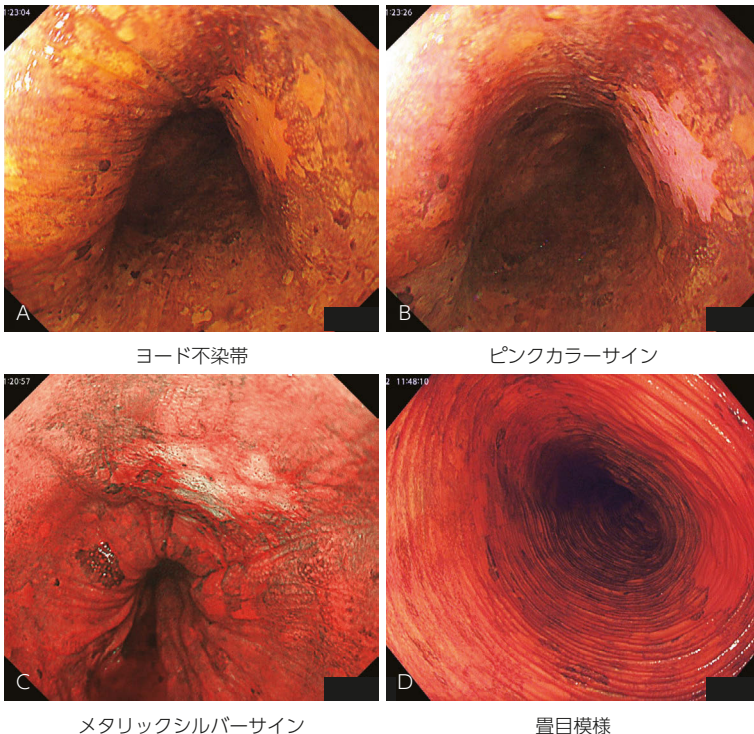
食道癌の発生の一次予防には野菜、果物の摂取増加が有効である<sup>5)</sup>。また、禁煙・禁酒は一次予防、二次予防ともに有効であり<sup>6)</sup>、特に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）や外科手術などの根治的治療が行われた患者に対しては強く指導していく必要がある。

## Rule 2

### 表在癌を発見し、ESDの適応となるか見極めよう

内視鏡観察の基本は白色光観察である。しかし、白色光観察では不明瞭な病変も多く、少しでも疑われれば積極的に画像強調観察(NBI: narrow band imaging, BLI: bright light imaging, LCI: linked color imaging など) や色素内視鏡 [図 1A ヨード散布] を用いて評価する。NBI, BLI 観察における brownish area やヨード散布後のピンクカラーサイン [図 1B 癌がヨード散布後 1 分ほどでピンク色を呈する], メタリックシルバーサイン [図 1C 癌がヨード散布後, 画像強調観察を行うと銀色に見える] を確実に拾い上げる必要がある。

ESD が適応の有無の判断に最も重要となるのが壁深達度である。cEP/LPM 病変では周在性にかかわらず, cMM/SM1 病変においても全周性病変を除けば ESD が



【図1】重要な色素内視鏡像

布時に出現しやすい。食道学会分類に基づく画像強調拡大観察<sup>8)</sup>は広く用いられているが、深達度 MM/SM1 の正診率がやや低いこと、SM2-3 腫瘍の約半数でしか B3 血管が認められないことには注意が必要である [表 1]。超音波内視鏡を用いても、残念ながら MM/SM1 の診断の感度は拡大観察を上回るものではない<sup>10)</sup>。良い適応となるのは、通常光観察と拡大内視鏡観察での所見に乖離がある場合である。

### Rule 3

#### 狭窄を予防することが必要である

深達度 SM1 以下の病変であれば、ほとんどの症例で ESD による切除が技術的には可能である。しかし、内視鏡治療後に狭窄予防処置を行わない場合、周在性 3/4 周を超える病変では 50 ~ 80%、全周性病変では 100% 狭窄をきたす<sup>11)</sup>。狭窄をきたすリスクファクターとしては周在性以外にも、化学放射線療法や内視鏡治療歴があること、頸部食道であること、腫瘍長径が 50mm を超えることなどが挙げられる<sup>12)</sup>。狭窄予防にはプレドニゾン内服、トリアムシロン粘膜下局注、もしくは両者の併用が強く推奨される。

### Rule 4

#### 内視鏡治療不能例ではしっかりと患者の状態を見極め、治療方針の選択をしよう

内視鏡治療の適応から外れる cStage I ~ III の食道癌に対しては外科手術もしくは化学放射線療法が行われることになる。標準は外科手術であるが、非常に侵襲の強い治療であるため患者の状態・希望によっては化学放射線療法も根治を目指した治療の選択肢となる点がほかの癌種と異なる。化学放射線療法は 5-FU + CDDP (FP) + RT (50.4 ~ 60Gy) が標準である。CDDP が使い難い症例に対しては FOLFOX + RT 療法が FP + RT 療法と同等の成績が得られることが示され<sup>13)</sup>、FOLFOX 療法も使用が可能となっている (公知申請として保険請求が承認)。

### Rule 5

#### Stage IV b の患者の治療では患者の状態に合わせた治療法を選択しよう

Stage IV b の切除不能食道癌の治療目標は病気の治癒ではなく、緩和・延命である。いたずらに強力な治療を行うことが必ずしも正解ではないことに留意する必要がある。

標準的な化学療法は [図 3] のとおりである。FOLFOX 療法は使用可能だが標準的な治療法ではなく、免疫チェックポイント阻害薬との併用は 2023 年 4 月現在認め

# 1 STEP UP

## 化学放射線療法後の再発症例に対処する

食道癌の外科手術は極めて高侵襲であるため、化学放射線療法が選択される場合も多いが、治療後は一定割合で局所再発・異時性多発を生じる。食道内での局所再発については内視鏡的切除の可能な病変であれば内視鏡的切除が推奨されるが、ESD が困難な場合や深達度 SM2-3 や MP の再発病変に対しては光線力学療法 (photo dynamic therapy: PDT) が有効である。現在用いられるレザフィリン<sup>®</sup> を用いた PDT では、T1 病変では局所奏効率 60%、T2 病変でも奏効率 37.5% と良好な治療成績が得られている<sup>17)</sup>。

### J-OSLER には

#### この症例

60 歳代女性。異時性再発した表在型食道癌に対して ESD を施行した症例

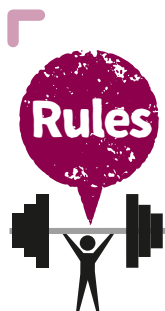
既往歴：胃癌 pStage I 手術後、飲酒歴 ワイン 1 本/日、喫煙歴 なし

経過：頸部食道癌 cT1bN0M0 [図 4A] に対して化学放射線療法施行後、CR の判定で経過観察中 [図 4B]。定期的に上部消化管内視鏡検査を行っていたが、新規の食道癌を指摘された [図 4C]。病変は胸部中部食道の 15mm 大の発赤調の陥凹性病変で、ヨード染色で不染、ピンクカラーサインが陽性であった [図 4D]。造影 CT で明らかなリンパ節転移・遠隔転移を認めなかった。ESD を施行し、病変は 8 × 15mm の深達度 LPM の中分化型扁平上皮癌で脈管侵襲は陰性、治癒切除であった。

総合考察：食道癌の異時性再発率は高く、まだら食道の存在<sup>18)</sup>、飲酒、喫煙を継続している場合<sup>6)</sup> は高リスクであり、より慎重な観察が必須である。本症例は内視鏡治療が可能であったが、内視鏡治療後癒痕の近傍の再発病変では線維化のため治療に難渋する場合や、内視鏡操作自体が困難である場合もある。その場合アルゴンプラズマ凝固療法や化学放射線療法、外科手術などを選択する必要がある。

# 1 ▶ 血便，下部消化管出血(疑い)でコンサルトされたら？

長崎大学病院医療教育開発センター教授 松島加代子



- 1▶ 出血性ショックの状態ではないか確認する
- 2▶ 活動性の出血が疑われる場合はショックインデックスを確認する
- 3▶ 出血の原因を類推し，検査と処置の順番を指示する
- 4▶ 消化管出血の後経過と合併症に留意する
- 5▶ 患者・家族へ十分な病状説明を行い，今後の治療方針について話し合っておく

## Rule 1

### 出血性ショックの状態ではないか確認する

Rule1～3はできるだけ同時に進めたい。何よりも大事なものはRule 1である。消化管出血が疑われる症状についてコンサルトを受けた場合には、まず、その患者の全身状態と緊急性について、速やかに聴取する、もしくは直接診察を行う。緊急性の把握のため、ショックの5徴（5P）の有無を確認する [図1]。

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 脈拍微弱 (Pulselessness)          |
| 2. 冷や汗 (Perspiration)            |
| 3. 蒼白 (Pallor)                   |
| 4. 頻呼吸 (Pulmonary insufficiency) |
| 5. 虚脱 (Prostration)              |

[図1] ショックの5徴 (5P)

ブalem, 再出血時の緊急輸血・緊急処置の可能性も含めて, 考える経過・合併症について, 患者・家族へ十分に情報共有しておく. どのように治療を進めるか, 患者の希望を聞き, 基本方針を決定しておく, 万が一急変した時にも迅速に対応できる. 外来にて経過観察できる場合には, 本人の理解度とADLや家族など周囲による日常のサポート状況を把握し, 再来する必要がある症状について説明しておく.

### J-OSLERには

#### この症例

#### 80歳代男性, 多発性大腸憩室出血例で再発リスクも高い症例

7年前に深部静脈血栓症の既往があり, エドキサバンを内服している.

**経過:** 1年前に大腸憩室出血疑いにて大腸内視鏡検査を実施されるも出血源が認められず, 経過観察となっていた. 20XX年9月, 夕食後に血便を認めた. そのまま就寝したが, 体調不良の訴えがあり, 緊急搬送となった. 来院時, 体温36.8℃, 血圧98/56mmHg, 脈拍102回/分, 眼瞼結膜貧血あり, 顔面軽度蒼白, 四肢冷感はなし, 意識清明. 採血にてHb 9.8g/dLであった. 造影CTを行ったところ, 多発大腸憩室を認めるも, 明らかな造影剤の血管外漏出を認めなかった. 補液を行い, バイタル安定後, 大腸内視鏡検査を行ったが, 出血の責任憩室を認めなかった. 翌朝, 経口腸管洗浄液にて前処置後, 再度内視鏡を行ったところ, 右側結腸の憩室に露出血管と付着凝血塊SRH (stigmata of recent hemorrhage) を認め, クリップ法 (直達法) にて止血した<sup>5)</sup>.

**総合考察:** 大腸憩室出血は下部消化管内視鏡出血の原因疾患として最も多く, 近年はさらに増加傾向にある<sup>7)</sup>. また, 本症例のように大腸憩室出血の再出血率は1年で20~35%である<sup>8)</sup>. 本症例では, 内視鏡的止血術を実施し, 止血に成功したものの, 今後も再出血のリスクがあり, 再出血した場合は, 動脈塞栓術や緊急大腸切除術を実施する可能性についても説明した. 深部静脈血栓症については, 中~高リスクと考えられ<sup>9)</sup>, 入院中は, 弾性ストッキング装着もしくは間欠的空気圧迫法を用いて予防した. 抗凝固薬については, 止血確認2日後より再開, 食事開始にても血便を認めず, 貧血の進行がないことを確認して退院とした. 家族はいるものの, 自家用車がないため, 退院後はより家から近いかかりつけ医に転医していただき, 定期的に血液検査を行い, 経過観察することとした.