



Title	胃癌治療の移り変わり
Author(s)	阪本, 康夫
Citation	癌と人. 1992, 19, p. 17-20
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/23968
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

胃 癌 治 療 の 移 り 変 わ り

阪 本 康 夫*

かつては不治の病の代表的な疾患であった胃癌も今日では治癒しやすい癌の1つとなりつつあり、表1に示すように大阪府においても昭和50～52年度と昭和59年度では他の癌に較べて顕著な生存率の向上を見えています。その最大の理由は早期発見が近年もっとも進歩した癌であることによっています。胃透視における2重造影法の開発や胃カメラの発達などの医療技術の進歩とともに個人や社会が早期発見の重要性を理解し、集検や人間ドックなどを通じて、積極的に早期発見に努めた結果、このような成果が挙げられたと言えます。阪大微研病院を例にとっても胃癌のなかで早期癌の占める割合は年々増加し、ここ数年は60%近くが早期癌が占めてい

ます。図1に1975年より1988年までの胃癌手術例の成績を示しましたが、明らかに後期の治療成績が向上しています。このことは、手術やその周辺の進歩もさることながら、早期癌が増加したことが最大の理由であると考えられます。また早期に治療することの効果は図2に示すように病期（進行度）によって生存率に顕著な差があることより明瞭です。癌が胃壁内にとどまり転移の認められないステージ1では5年生存率は94%であり、ほとんどのものが手術により治癒しています。5年経過以降で生存率が下がっているのは高齢者が含まれていたり他の原因で死亡するためです。また癌が胃壁近くのリンパ節に転移しているステージ2でもしっかりと手

表1 主要部位別5年相対生存率(%)の數位
—大阪府下届出患者、男女計—

			罹 患 年 (昭和年)			
			50-52	53-55	56-58	59
全	部	位	33	35	37	38
食	道	胃	6	11	13	13
			29	34	39	43
結		腸	37	37	40	44
直		腸	30	38	43	40
肝		臓	2	3	3	6
胆	のう・胆管		3	8	7	7
	脾臓		4	2	3	3
	肺		7	10	10	12
乳	房		69	70	79	75
子	宮(2)		63	64	68	72

* 大阪大学助手 (微生物病研究所附属病院外科)

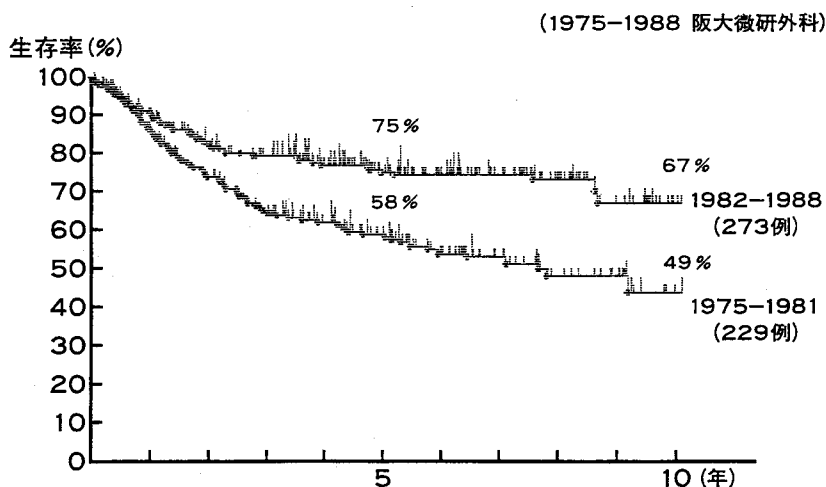


図1 前後期に分けた胃癌切除症例の生存率

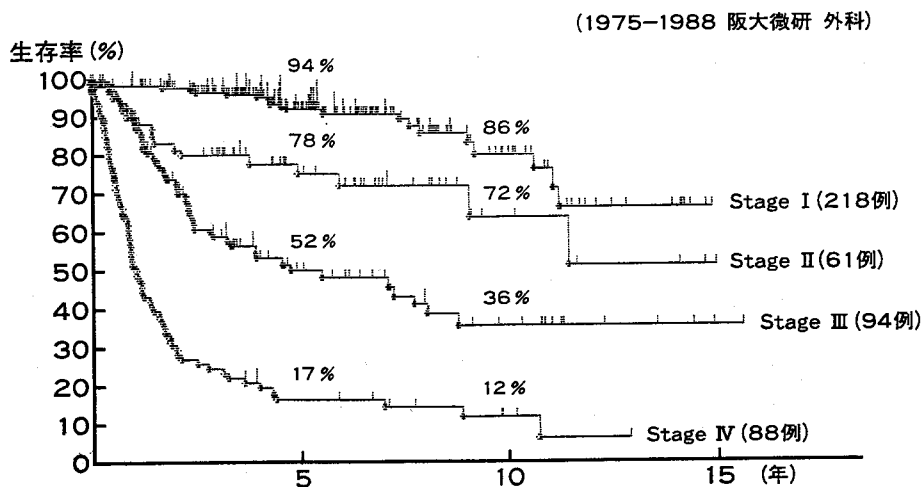


図2 胃癌切除症例における病期（組織）別の生存率

術することで5年生存率は78%とかなり良い成績が得られています。ステージ3, 4の手術だけでは治癒する率の低いものに対してどうやって治療成績を改善していくかが今後の大きな課題となっています。今のところ2つの方向性があり、1つは、現在の標準術式より更に拡大した合併切除やリンパ節郭清を行う拡大手術をおこなう方法で、あくまでも手術によって治そうとする考え方です。もう一方では標準手術に加

えて、今までは術後には控えられていた強力な抗癌剤療法を併用して集学的に治そうとする考え方があります。いずれの方法もこれから改良され発展していくものと思われます。

さきほど胃癌のうちで早期胃癌の占める割合が増えていると述べましたが、単に割合が増えただけでなくその質にも変化が起こりました。すなわち早期癌のなかでも胃癌の最も表層に癌がとどまる粘膜癌の占める割合が増え、大きさ

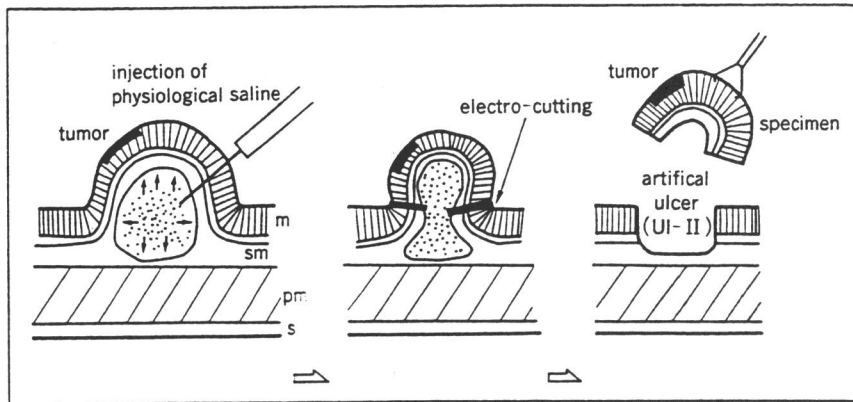
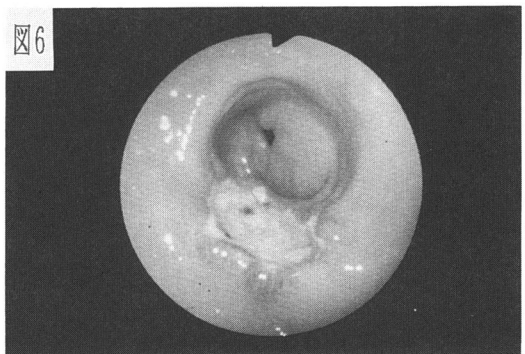
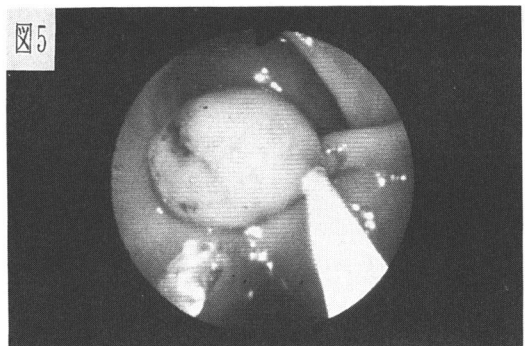
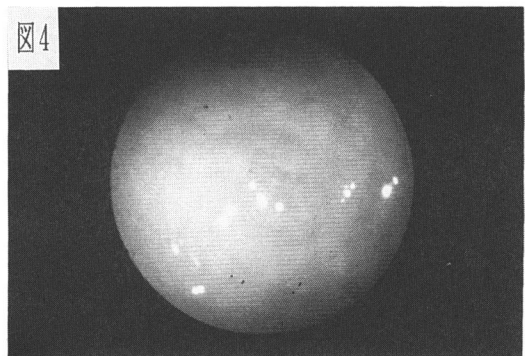


図 3

も 1 cm 以下の微小なものも見つかるようになってきました。粘膜癌は今までの手術例の詳細な病理学的調査からリンパ節に転移することはないことがわかっています。したがって理論上は、粘膜癌であれば悪いところだけを取れば良いことになりますが、実際にはいろんな問題点があります。すなわち手術前に粘膜癌と正確に診断することが困難であることや、手術療法としてもいろいろな問題点があり、たとえば大きく残した胃に再び癌ができやすいのではないかという危惧も残ります。したがって粘膜癌では 100% 近い治癒率を誇る現代の手術術式が改まるにはまだ時間がかかるものと思われます。

胃癌の治療のなかで最近の進歩の 1 つに内視鏡治療が挙げられます。粘膜癌のなかでも特に小さい 1 cm 程度のものに対しては、内視鏡的治療が試みられるようになってきました。昭和 59 年に山口大学の多田先生によって初めて報告された方法で、図 3 に示すように癌の下方の粘膜下層に特殊な注射針を用いて生理食塩水やブドウ糖を注入することにより人工的なポリープを作製し、従来のポリープ切除の方法どうり焼灼する方法です。粘膜下層までが安全に切除でき、また切除された粘膜を顕微鏡で調べることで完全に取りれたかどうかチェックできます。癌の取り残しが判明したものは、従来どうり手術が行われます。ただし、うまくいったものでも定



期的な胃カメラ検査を長年にわたって行うことが必要になってきます。微研病院でも昭和63年より年間数例ずつおこなわれており、今までのところいずれもうまくいっており、その1例を示しました。治療前の胃カメラでは約1 cm大の僅かに隆起した小胃癌を認め（図4）、粘膜下に生理食塩水を注入して人工的にポリープ（図

5）を作製し焼灼切除しました。その結果3 cm大の人工潰瘍ができ（図6）、完全に癌は取り除かれています。このように胃癌の治療法も少しずつではありますが変化してきており、更に治療成績を向上させるとともに治療後の快適な生活を考慮した方向で見直されつつあります。

