
 話 題

食道癌治療について

白 羽 誠

食道外科は、1932年にその monument ともいうべき瀬尾、大沢による、日本外科学会での食道癌の宿題報告がなされて以来、石上浩一教授（現山口大学）等の諸先輩諸先達の御努力と、その輝かしい業績を抜きにして語ることは出来ない。私共も昭和50年5月より、新設病院での診療を開始して以来、取扱った食道疾患は、食道癌68、食道筋腫1、食道裂孔ヘルニア31、アカラジア9、カラジア1、食道憩室4、Barrett 潰瘍2、ring 1、web 1、食道穿孔2、食道静脈瘤17、合計137例である。今回は食道癌に対する治療とその問題点について触れてみる。

1. 食道癌に対する治療方針。術前照射は、原則として陰影欠損 5cm 未満の者には行わず、根治手術を出来るだけ早く施行するようにしている。手術はすべて一期に行い、二期分割の経験はない。しかし陰影欠損 5cm 未満の者は65例中僅か5例(7.8%)であり、また照射による副作用が著しい場合は手術を優先させている。施術45例中 Stage II 以下にとどまるものは、たったの6例(13%)で、あと87%は Stage III 以上の進行癌であり、自ずと本疾患に対する治療の困難性を物語っている。年齢に対する制限は余程の合併症がない限り、考慮することなく、最高83才の症例にまで一期的手術を行って来た。また術前ペプレオマイシンの合併療法を試みているが、その有効性については今後の検討に待たねばならない。食道再建法は原則として、食道亜全摘後、後縦隔か胸骨後ルートで胃管を挙上し、頸部食道で吻合している。現在の課題は、他臓器に浸潤した A₃ 症例に対する外科的治療である。しばしば、大動脈、気管、肺門、心嚢、胸管などへの浸潤例に遭遇する。気管浸潤例では気管膜様部を剥離し過ぎたために、約 3cm にわたって気管を損傷し、その部を縫合閉鎖した例もある。気管は 5cm 程度まで切除可能とされているが、吻合部縫合不全、denervation による気道分泌物排出の困難性など、難しい問題が残っている。浸潤臓器として最も多いのは大動脈である。最近では CT と超音波心・大動脈エコー等で、術前大動脈への浸潤の程度が予測出来るようになり、術前必ず行うようにしている。しかし未だその診断率には問題がある。大動脈合併切除が予想されたために、低体温下で上行・腹部大動脈間のバイパス作成を予定し、胸部食道大動脈合併切除再建を試みたことがある。頸部食道癌では喉頭合併切除を3例に行ったが、術後管理の容易さと経口摂取が直ぐに行える利点と相反して、発声不能となる欠点がある。時日の経過と共にそれが本人に与える苦悩は耐え難いものようである。今後食道発声に対する創意工夫がなされるべきだと痛感される。もう一つの課題はリンパ節郭清である。胸部食道癌の頸部あるいは腹腔内リンパ節転移は常々問題となるが、これは広範囲に転移した最終の姿ではなく、むしろ主癌巣よりの初期像だということである。現に22%前後の頸部リンパ節(左右の No. 104)と約19%の腹腔内リンパ節(No.

SEI SHIRAHARA: Treatment of Carcinoma of the Esophagus. Associate Professor, The 2nd Department of Surgery, Kinki University School of Medicine, Minamikawachi, Osaka, 589, Japan.

Key Words: Esophageal carcinoma A₃, Immunochemotherapy, Irradiation Gastric function, Metabolism.

索引語: 食道癌, A₃, 免疫化学療法, 照射療法, 再建胃機能, 代謝.

7) 転移が報告されており、腹部リンパ節郭清は勿論、頸部リンパ節郭清の徹底化を目指している。しかし余りに、徹底し過ぎると、反回神経麻痺や呼吸器合併症の危険性が増すので、むしろ油性ブレイオマイシンの局所注入や術後照射療法にゆだねるようにしている。縦隔上部や気管分岐部リンパ節転移陽性例では、5生率がほとんどないという事実は、リンパ節郭清そのものの限界を示していると言える。

2. 術後合併療法。術後に照射と免疫化学療法を併せ行うようにしている。特に Stage III 以上では患者の許す限り Vitamin A と OK 432 投与を継続しつつ、total dosis で 5000 rad の T 字照射を行なっている。しかし高令者では、全身におよぶ手術侵襲のために、術後照射と制癌剤投与は強い骨髓抑制や、全身衰弱などをもたらす、治療を継続することが困難となってくる。云いかえれば画一的な方法では術後合併療法を遂行することが出来ない。今までの経験からも、照射とブレイオマイシンの合併治療は、かえって肺合併症と免疫能低下を助長する恐れがあり、個々の症例によってきめ細かい治療を行うべきだと考えている。免疫療法と 5FU の長期継続投与を、術後補助療法として試みており、その成果を観察中である。

3. 術後再建胃の機能と代謝。食道癌手術は、その根治性を追求することもさることながら、経口摂取を出来る限り早く、十分にさせてやること、そして健康時に近い消化器機能を保てるようにしてやることも重要である。術後反回神経麻痺や縫合不全等により、長期絶食を余儀なくすることは患者の期待を裏切ることになる。文芸評論家の平野謙氏が食道癌切除後の自己体験を記しておられたが、生ける屍というような生活を強いてはならない。胸部食道全摘後は全幹迷切の状態となった胃が胸腔内もしくは胸骨後という異なった部位に置換され、胃底部は頸部まで挙上されることになる。そのために消化吸収や消化管ホルモンなども著しい変動を来す。まず胸腔内再建胃管(全胃)の内容物排出時間について gamma camera を用いて、テストミール摂食後の scintiscanning を行った。幽形術を付加した群と、非付加群との食物の50%排出時間を調べると、各々その平均は17分と22分で、非付加群がやや停滞きみであるが統計学上有意差はなかった。また大彎側胃管を胸骨後で再建した例では全例幽形術を加えているが、その50%排出時間は非常に急速で5分間位のものと30分以上経過するものとまちまちであった。その原因は不明であるが、いずれの再建方法でも術後6カ月を経過すれば摂取量に差はなくなって来る。一般に十二指腸以下の排出時間は早いようで、もし胃管より十二指腸への流入が急速であれば、当然 dumping 症状を惹起すると予想される。しかし、それらの症状も術後1カ月以上たつと軽減して来る。再建胃管の胃酸分泌は BAO, MAO ともに著しい低値を示し低酸である。教室の須藤によれば、手術後血清ガストリン値は術前の3~5倍という高値を示し、完全迷切下での低酸に対する negative feedback のためと推察される。また糖負荷後の検査で、インスリン、グルカゴン共に分泌機能亢進がみられた。糖の消化吸収に障害がみられなくても、耐糖能不全がみられるのは、この様なホルモン分泌異常が関与しているのではなからうか。またセクレチン分泌機能の低下も認められ、膵外分泌機能異常がうかがえる。このようなガストリン優位の状態が消化管にどのような影響をおよぼすのか今後の問題として残されている。以上、現在の食道癌に対する治療と、問題点について述べた。