

大腸外科紹介

— 人工肛門を作らない直腸癌治療 —



外科 部長 友松 宗史

はじめに

日本における大腸癌の罹患数は年間約14万人で、男性では胃癌、肺癌について第3位、女性では乳癌について第2位となっています。死亡数で見ますと男性では第3位ですが、女性では第1位となります。肥満、運動不足、飲酒、肉中心の食生活などがリスク因子として認められており、今後も増加傾向が続くと思われます。しかし、我が国の大腸がん検診受診率は2013年で男性41.4%、女性34.5%と低いのが現状であり、健診受診を浸透させていくことが重要です。

大腸癌治療について

がんが大腸の粘膜にとどまっている場合(ステージ0)と、粘膜下層の浅いところにとどまっている場合(軽度浸潤癌)は、内視鏡で治療することができます。手術に関しては、腫瘍が非常に大きい場合や、過去に複数回の開腹手術を受けられた方などでは、開腹手術を選択する場合がありますが、基本的には腹腔鏡で手術を行っています。腹腔鏡手術とは、5mmから1cm程度の皮膚切開を5か所おいて、腹腔鏡用のカメラと手術器具を挿入し、がん病巣とリンパ節を摘出する手術です。20cm程度の皮膚を切る開腹手術とは違い、術後疼痛や瘢痕が軽減されるだけでなく、術後の社会復帰も早いなど多くのメリットがあります。また、開腹手術と比べて、術後合併症の発生率は高くなく、がんの根治性を損なうこともありません。さらに最新の手術方法としては、2018年から直腸癌において保険適用となった、手術支援ロボット(ダヴィンチ)を使用した直腸切除があります(当院未導入)。

機能温存と根治性が求められる直腸癌治療について

直腸は骨盤内の深く狭いところであり、直腸の周囲には前立腺・膀胱・子宮・卵巣などの泌尿生殖器が存在しています。また、骨盤側壁には排便、排尿、性機

能などを司る自律神経が存在し、骨盤底部には排便をコントロールする肛門括約筋が存在しています。そのため結腸癌と異なり、根治性ととも機能温存を意識した治療が求められます。一昔前の直腸癌手術は、自律神経や肛門括約筋を切除し、肛門のあったところを縫い閉じて、人工肛門を造設する術式が広く行われていました。しかし、近年は内側の肛門括約筋のみ切除して、外側の肛門括約筋を残す方法で排便機能のある程度維持した肛門温存手術が可能になりました。さらに進行した直腸癌に対して当科では、抗がん剤を組み合わせた放射線治療(CRT)を行い、がん病巣を縮小させてから手術を行うことで、肛門温存率をあげられるように取り組んでいます(図1参照)。

しかし、直腸癌手術後の後遺症には排便機能障害、排尿機能障害、性機能障害

などを伴うため、生活の質(QOL)の低下に悩まされることも少なくありません。さらに縫合不全などの合併症が一定の割合で発生します。そのため術前CRTにより臨床的完全奏功(cCR)が得られた患者さんに非手術を選択する、Watch and Wait療法が近年注目されており、欧米の治療ガイドラインには選択肢の一つとして記載されています。Watch and Wait療法は新しい治療であり、本邦でガイドラインでの推奨がないため、患者さんの状態や希望などを考慮した限定的な施行にとどめております(図2参照)が、患者さんにとってベストな治療ができるように心がけています。また、残念ながら直腸癌で人工肛門を造設することが免れなかった患者さんに対しては、専門の看護師(皮膚・排泄ケア認定看護師:WOCナース)を通し、ストーマ教育を充実させ、人工肛門管理の自立とメンタルケアに務めています。

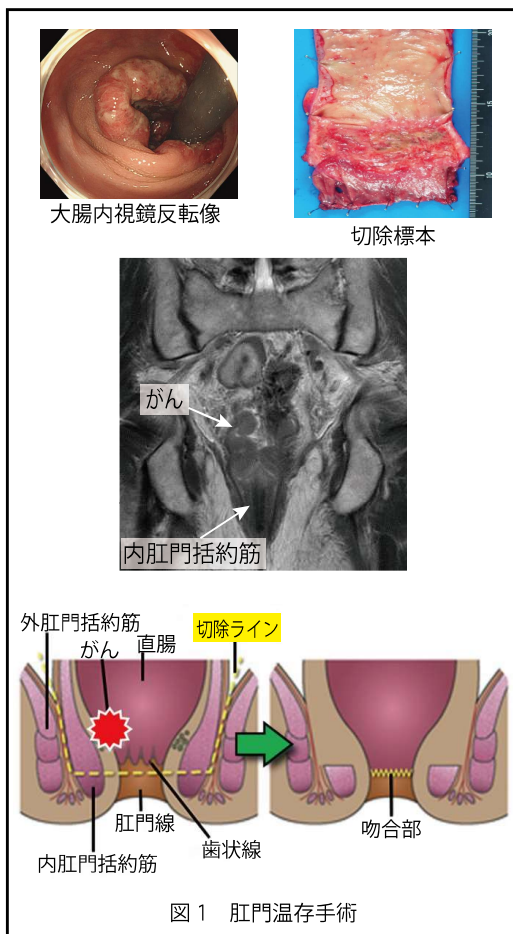
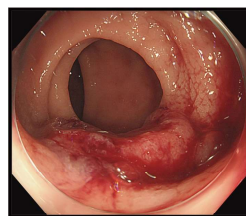
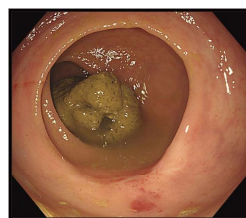


図1 肛門温存手術

図2 非手術症例(80歳代男性)



化学放射線治療前



化学放射線治療6ヵ月後

おわりに

当院では大腸外科、消化器内科、放射線科が連携をとりながら、患者さんの状態や希望にあった治療を行っています。“地域のみなさまに、信頼と安心を。”を合言葉に、先生方からのご紹介をお待ちしておりますので、何卒よろしくお願いいたします。