

食道癌のおはなし

Q: 食道癌とは？

Q: 食道癌の進行度とは？

Q: 一般的な食道癌の治療法は？

Q: 食道粘膜切除術とは？

Q: 食道切除術とは？

Q: 胸腔鏡下食道切除術とは？

Q: 抗癌剤治療の併用について

Q: 食道癌の手術の合併症にはどんなものがあるの？

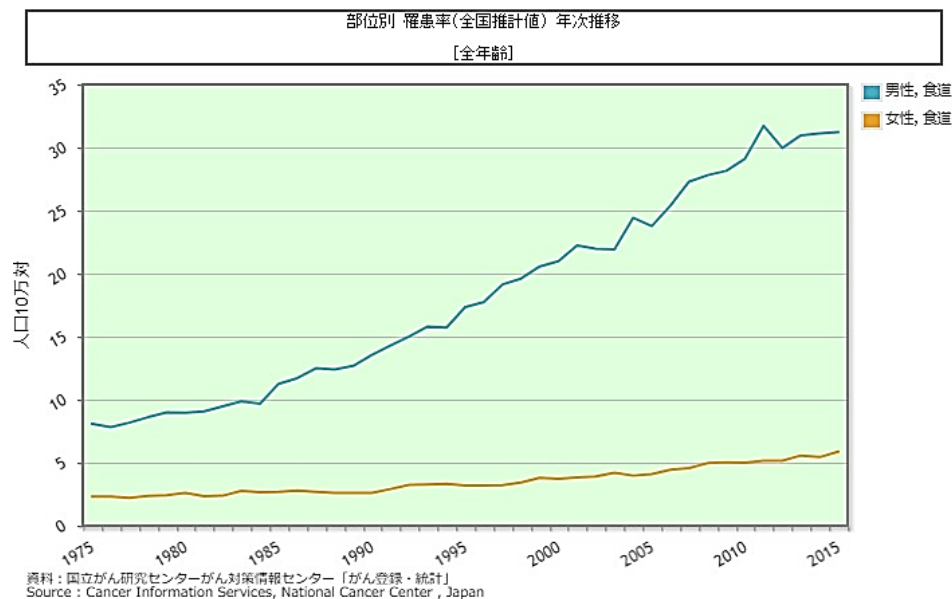
Q: 理学療法について

Q: 化学放射線治療について

Q: 当科での治療成績

Q:食道癌とは？

A：食道の内腔を覆う扁平上皮で覆われており、この粘膜から発生した癌です。食道扁平上皮癌は最近では増加傾向にあります。特に食道下部の食道胃接合部に出来る癌（食道腺癌）は増加傾向にあります。扁平上皮癌では喫煙や飲酒が発癌に関与していることが知られています。



Q:食道癌の進行度とは？

A：医学的には、食道癌の病状の進み具合を進行度といいます。癌の進行度（病期といいます）は下記のいくつかの要因によって決定されます。

- **深達度：**食道粘膜から発生した癌が食道の壁に対して、どのくらい深いところまで到達しているかを示します。初期の食道癌は表面の粘膜に限局していますが、徐々に粘膜下層、筋層へと浸潤していきます。食道は胃と異なり漿膜がありませんので、比較的容易に気管、気管支や肺、心臓になど周囲臓器に浸潤します。また、深達度が深くなるに従い、リンパ節転移のある可能性が高くなります。
- **リンパ節転移：**癌細胞が食道壁内のリンパ管に進入した場合、食道周囲のリンパ節に転移を形成する可能性が高くなりますが、食道癌の場合、深達度は比較的浅い段階においても食道周囲だけでなく、広く頸部、腹部へリンパ節転移が起こることが知られています。
- **遠隔転移：**肝臓や肺への転移を示します。
- 上記を総合して進行度を判定します。進行度に応じた適切な治療が必要となります。
- その他

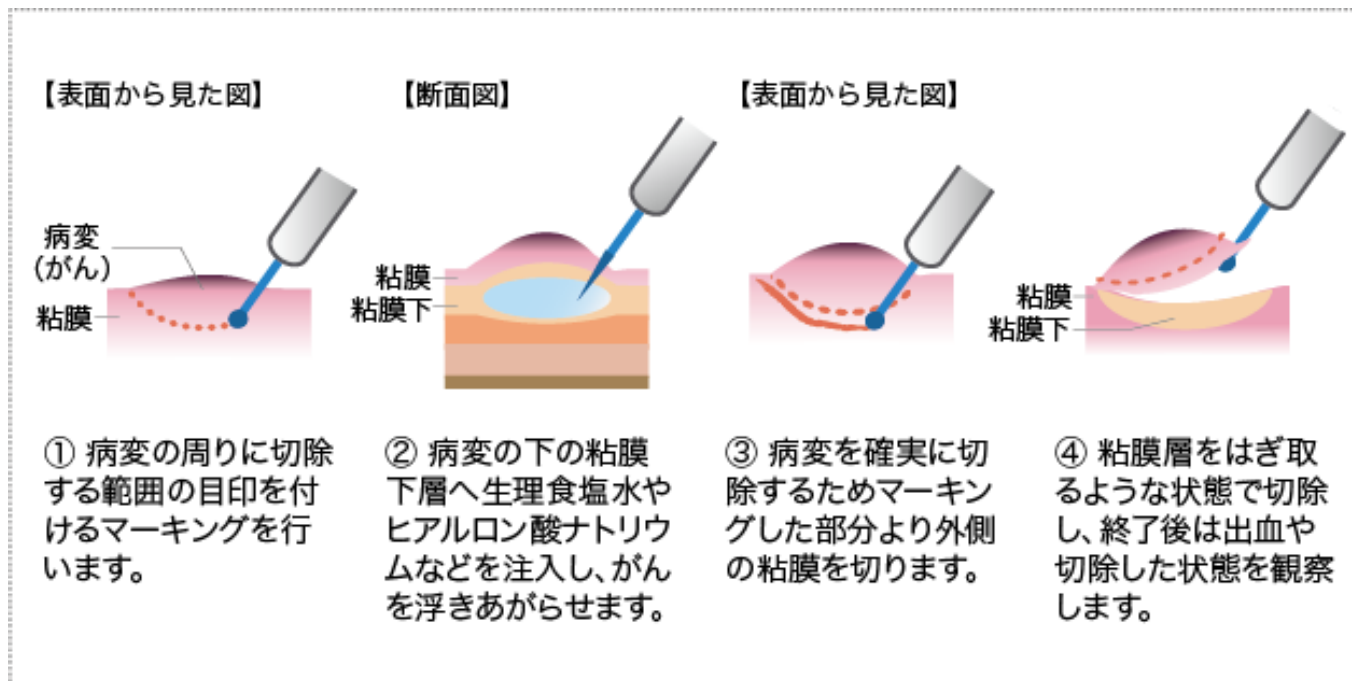
Q:一般的な食道癌の治療法は？

A:

- 食道扁平上皮癌は比較的放射線治療が効きやすい癌ですので、その治療法として、例えば、ごく早期の癌の場合、内視鏡的切除が有効ですし、全身に広がった場合や、体力的に手術が無理な方に対して化学放射線治療が選択されます。大多数の患者さんに対しては手術もしくは化学放射線治療が適応となります。
- そのため当院では、外科、消化器内科、放射線科の医師とともに食道カンファランスを行い、個々の病状にあった治療方針について意見の交換を行っております。ですから、癌の状態はもちろん、ご自身の体力や治療に対する考え方を総合的に判断し、治療方針を決定することとなります。

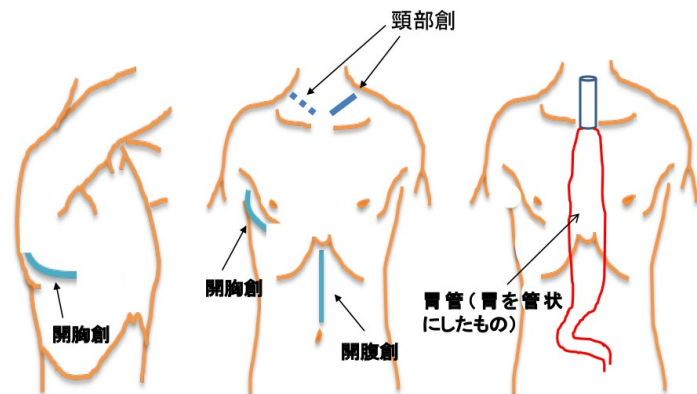
Q:食道粘膜切除術とは？

A：内視鏡にて粘膜を切除します。リンパ節転移のないごく早期の食道癌に適応となります。



Q:食道切除術とは？

A：胸部食道とリンパ節を一括して切除します。食道は気管、気管支、心臓、大動脈、肺に囲まれています。したがって食道を切除する場合には一般的に右側から肋骨の間から胸腔に進入します。（右開胸）食道癌のリンパ節転移は縦隔だけでなく、頸部、腹部へと広汎に転移することが知られています。切除後の再建は、お腹から胸まで胃を持ち上げ、頸部食道と吻合します。全身状態によっては後日再建術を行うこともあります。

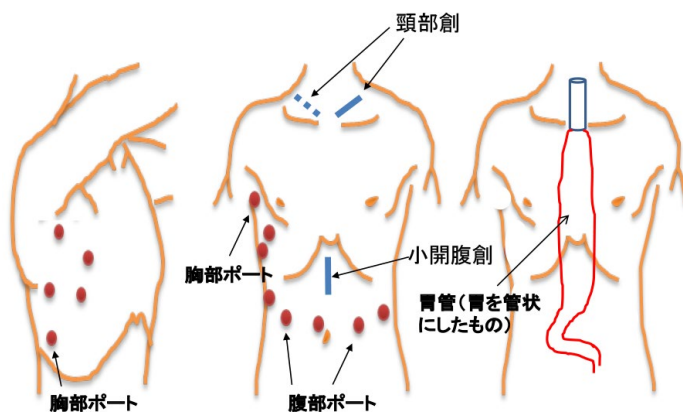


日本食道学会
食道がん一般の方用サイト

[トップに戻る](#)

Q:胸腔鏡下食道切除術とは？

A：食道癌手術は一般的には開胸、開腹操作にて行われることが多く、消化器外科領域においてもっとも手術侵襲の大きく、繊細さを要求される手術と言えます。当科では胸腔鏡下食道切除術を導入しております。食道外科専門医および内視鏡技術認定医の責任の下安全に手術を行う体制を整えております。2021年からはロボット支援下手術を導入しております。詳しくは[**こちら**](#)をご参照ください。



日本食道学会
食道がん一般の方用サイト

[トップに戻る](#)

Q: 抗癌剤治療の併用について

A: 食道癌は早期よりリンパ管、血管を通じて全身に拡がることが知られています。そのため、病期の進んだ方では、術後の再発が問題となります。再発予防のための抗癌剤治療を補助化学療法といいます。当院では手術前または手術後に補助化学療法を行うことで再発抑制を図っています。主に使用されるレジメンは5FUとCDDPという抗癌剤の点滴での併用療法です。高度進行がんの場合には3つの抗癌剤や放射線療法を併用することもあります。

Q:食道癌の手術の合併症にはどんなものがあるの？

A:

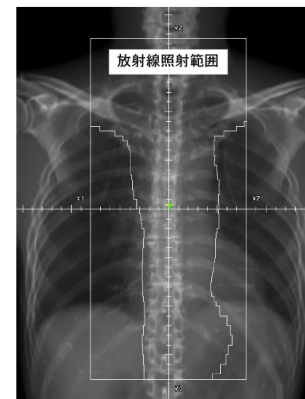
- 肺炎：全身麻酔の影響、手術操作、免疫力の低下によって術後に肺炎が起こることがあります。特にタバコを吸われる方は、痰の量が増えるため、肺炎になりやすい傾向がありますので、術前は少なくとも4週間の禁煙をお願いしております。肺炎が重症化した場合、痰をとるための細い管（ミニトラック）をのどから直接気管に挿入したり、気管内挿管をして人工呼吸器での管理が必要な場合もあります。
- 縫合不全：食道を切離した後、食べ物の通り道を造るために、残った頸部食道と胃などをつなぎ合わせる必要があります。腸管の状態によってはうまく繋がらず一部が漏れたりすることもあり、これを縫合不全といいます。絶食、点滴による栄養管理が必要となります。
- 声のかすれ（嗄声）：食道癌の場合、声帯にいく神経（反回神経）周囲のリンパ節に転移をしやすいため、この周囲のリンパ節を十分に切除する必要があります。そのため、神経が麻痺をし、術後に声が枯れることがあります。
- ARDS：肺炎でもないのに、突然、呼吸状態が悪くなり、レントゲンで肺が真っ白になったりします。食道癌手術のもっとも大きな合併症の一つです。治療には気管内挿管による人工呼吸器での管理が必要です。

Q: 理学療法について

A: 当科では、肺合併症予防や早期の日常生活への復帰を目標として、積極的に周術期の理学療法を導入しております。手術前より田上病院（<http://www.tagami-hp.com/>）と連携し、理学療法を積極的に導入しており、肺炎や術後の回復促進に取り組んでいます。理学療法士の指導のもと、術後1日目から開始していただきます。

Q: 化学放射線治療について

A: 食道癌は放射線感受性の高い癌として知られています。そのため抗癌剤と放射線治療の併用は切らずに治す食道癌治療として注目されています。放射線治療後に再発した場合や癌が残った場合には、手術が第一選択となります。

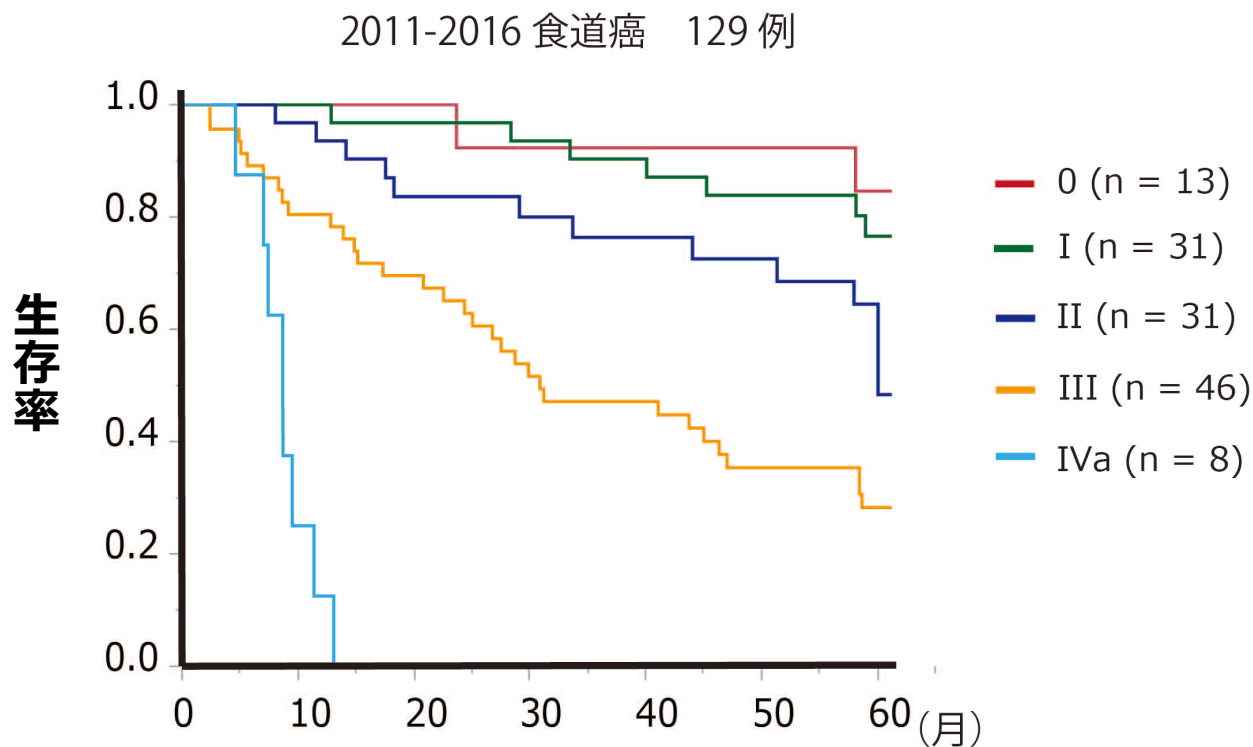


日本食道学会
食道がん一般の方用サイト

[トップに戻る](#)

Q: 当科での治療成績

A: 2011年から2016年までの当科の食道癌患者の治療成績です。生存期間を示しており、概ね全国平均と遜色ありません。



[トップに戻る](#)