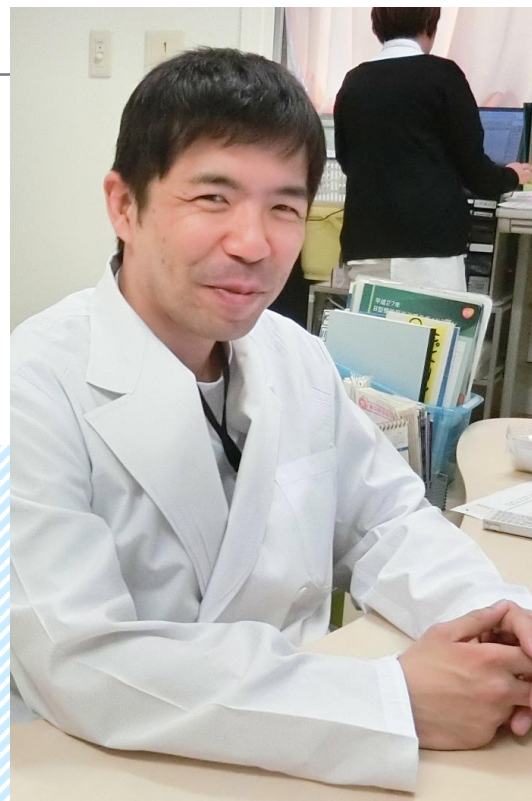


当病院で活動されているドクターに、各専門分野での取り組みや、医療への想いを語っていただきます。

vol.6 消化器内科 科長
三上 哲彦 みかみ てつひこ 先生
専門：消化器内科 得意分野：上部消化管



—まず始めに、当院の消化器内科では、どのような診療や検査が行われていますでしょうか。

十和田市立中央病院消化器内科は、私を含めて常勤医が3名所属しています。3名の区別なく平等に診療や検査を行っていますが、それぞれ専門分野や得意領域があって、お互いスケジュールを見ながら、担当が決まります。ちなみに私は「上部消化管」の検査・治療を担当することが多いです。

消化器内科というと、内視鏡検査とは切っても切りきれない間柄にあります。上部内視鏡検査（胃カメラ）、下部内視鏡検査（大腸カメラ）、内視鏡的逆行性胆管膵管検査（ERCP）などの検査や治療も合わせると、内視鏡と名のつく検査や治療は、昨年2019年は、当院では6,726件実施しました。

—ありがとうございます。平成30年ごろから先生が中心となり積極的に取り組まれている、ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）とは、どのような治療法でしょうか。

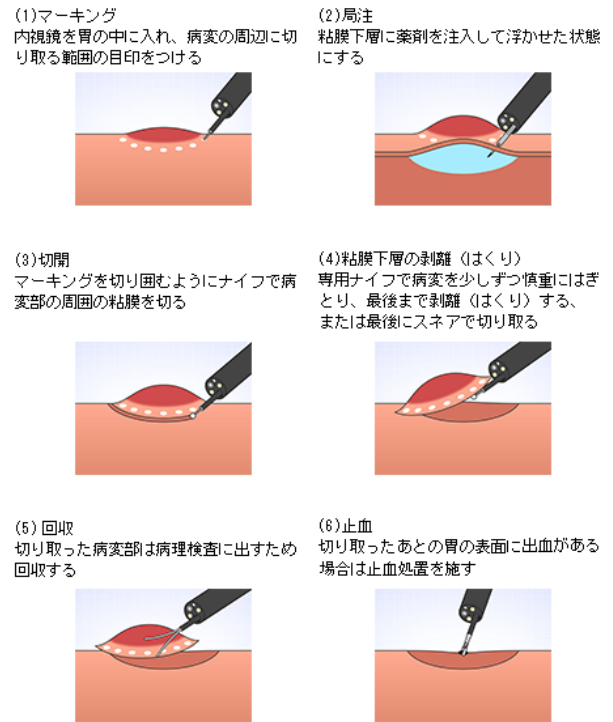
ESDとは、Endoscopic Submucosal Dissectionの略で、日本語では内視鏡的粘膜下層剥離術といいます。ESDは、早期胃癌に対する内視鏡治療法の一つとして、2006年から医療保険の適応となり、広く行われています。ESDの適応となる早期癌の「部位」は、「胃」に限ったものではなく、早期の「食道」や「大腸」も、理論的には可能ですが、「胃」ほどの歴史も症例数もありません。逆に胃ESDに関しては、十分に研究されております。ちなみに、青森県では2012年からがん地域連携パスが確立されていますが、このうち内視鏡治療後に対象となる癌種は胃癌のみで、胃ESD後の患者さんは、この連携パスの運用が可能です。

ESDでは、その名の通り、内視鏡を用いて、粘膜下層という層を剥離していきます。胃の壁は厚いとはいえないので、つき破らない（穿孔といいます）ように細心の注意を払っています。術中に体が動いたり咳をしたたりしただけでも、タイミングによっては胃に穴が空いてしまいますので、しっかり眠った状

態（鎮静といいます）で行います。ナイフという名の電気メス一本で少しずつ剥離し、出血にも対処しますので、平均すると約2時間、場合によっては3時間やそれ以上かかることもあります。当院では胃ESDは昨年2019年に、41件実施しました。

現在のところ当院では、ESDは「胃」のみに対して実施しておりますので、当院でESDといった場合は、胃と思っていただいて結構です。ESD以外の内視鏡治療法としては、小さい癌に対して、より簡単に行えるEMR（Endoscopic Mucosal Resection 内視鏡的粘膜切除術）という方法があり、主に大腸に対して当院で行なっています。ESDやEMRでも治療困難な場合の標準的な治療法は、外科手術（開腹または腹腔鏡）ですので、ESDやEMRは、より負担の少ない治療法として、注目されています。

※患者さまひとりひとりの病状や回復経過にあわせて、各種医療機関が連携して最適な医療サービスを提供できるように、治療計画を立てること、またその計画のことを『地域連携パス』（または、地域連携クリティカルパス）と言います。



イラスト：オリンパス(株)おなかの健康ドットコムより

——早期胃がんの病変に対しても有効な治療方法であることが良く分かりました。全日本病院協会が公表している、会員病院の早期胃がん(ステージIA)に対するESD施行率は、2018年で75.3%に上っています。当院においても施行件数が徐々に増加していますが、今後の目標はありますか。

ESDの施行率が増加している背景の一つとして、ESDの適応が広がりつつあることがあげられます。例えば胃癌の場合、「癌の大きさ」について、従来は「2cm以上の場合は手術を検討すべき」とされてきましたが、最近は「大きさだけで判断してはいけない」となっています。

また、一口に早期癌と言っても、癌が粘膜層に留まっていることが、ESDの適応要件になります。粘膜層の下は粘膜下層といいます。癌が粘膜下層にまで達すると、リンパ節転移の可能性があります。その場合は、早期癌ではあるものの、基本的にはESDの適応にはならず、外科手術が標準的な治療法です。癌の治療にあたっては、体の中から癌細胞を全て取り除くことが求められますので、このほかに、潰瘍を合併しているのか、癌の中でも高分化型癌とってタチのいいタイプの癌なのか、技術的に取りきれそう



なのかといったことも、ESDの適応を考える上で重要な要素です。これらの判断を誤ると、「ESDをしたけど、追加で外科手術も必要になった」などということになりかねません。さらにこの追加の外科手術の判断も誤ると、「ESDをしたけど、後になって転移や再発がおこった」という事態が想定され、絶対に避けなければいけません。逆に、「ESDで治療が完結するはず（程度の軽い進行度）だったのに、追加外科手術（という余計な治療）も行われた」ということも、プロフェッショナルとして恥ずべきことだと思っています。



ですので、最新の知見を加味しつつ、ESD の適応を事前に見極め、かつ治療効果を適切に判定することが重要です。ESD が本当に最適な治療法かどうか、フォローアップはどれくらいの頻度や方法で行うべきか、そもそも高齢などのため治療しないという選択肢はないのか、といった舵取りは、ESD を施行する者に課せられた使命であるべきです。技術ももちろんですが、ESD 施行者として、導き誤ることが決してないようにしたいと思っています。

—ありがとうございます。患者さんの負担が少ない点も大変ありがたい治療方法ですので、今後の取り組みに大いに期待したいと思います。先生は、日頃、多くの患者さんの診察や治療など多忙な毎日を送られていますが、診療にあたり特にこころがけていることはありますか？

医療全般に通じることだとは思いますが、教科書やガイドラインに書かれていることが全て正しいとは限りません。患者さんの同意があってこそその診療ですので、まずは人間関係や雰囲気づくりから、そしてリスクや必要性、合併症や、場合によっては代替案なども丁寧に説明していくことが重要と思ひ、時間をかけてでも実行するようにしています。

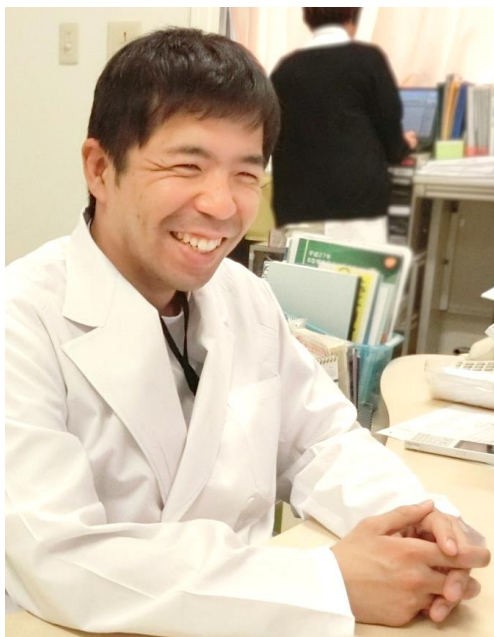
そして私が最近特に注意していることは、患者さんに説明する時に、一般論に終始しがちな内容でも、なるべく個別事情にあう説明をすることです。例えば胃 ESD に関していうと、術中穿孔率は 1.9% というデータが一つ報告されています。これをそのまま説明するのは簡単ですが、「あなたの場合は、癌が小さく、場所もそんなに難しい場所にあるわけではなさそうなので、一般に報告されているよりは、可能性は低い気がします」という感じで説明するようにします。このような、感覚的な部分も大事にしたいと思っています。

話は少しそれますが、実は上記のことは、「事前確率」という概念で説明されます。言い方を変えると、「頻度」という軸を重要視する考え方で、この他に、「時間」と「結果」という軸も、診療には重要です。例えば胃潰瘍でお腹を痛がっているのに 1 ヶ月もしてから胃カメラをして治療を始めた場合、命は大丈夫でも 1 ヶ月も痛いままなのはよくありません（「頻度」や「結果」はともかく、「時間」がダメ）。また、一度の胃カメラで胃癌の疑いが晴れない場合は、1, 2 ヶ月以内の再検査をしないと癌が進行して命に関わる場合があります（「頻度」が小さく、「時間」は問題なくても、「結果」がダメ）。今回は胃カメラを例に説明しましたが、診療全般において、画一的な医療にならずに、なるべく個人個人の状況にあわせた医療を提供していくように、心がけています。



—ありがとうございます。 それでは、最後に市民の皆さんにメッセージをお願いします。

日本は胃癌の多発国で、毎年10万人が新たに胃がんと診断され4万人が亡くなっているそうです。一方で、WHO(世界保健機構)はピロリ菌を「確実な発がん因子」として認定しています。ピロリ菌とは、胃に住み着く細菌の一種です。ピロリ菌は胃潰瘍のリスクになるとも言われ、最低限、除菌することは必要です。それでも胃癌や胃潰瘍のリスクがゼロになるわけではないので、定期的な検査が推奨されています。



最後に、当院消化器内科では、なるべく内視鏡検査に伴う苦痛が少なくなるよう、適宜声がけするなど努力し、スタッフ一同で情報の共有もしています。緊急時にも対応できる体制を整えています。また、最新のカメラも順次導入中で、必要に応じて経鼻内視鏡で実施したり、希望者にはカラーの内視鏡写真を差し上げたりもしています。診療は原則として予約制で、待ち時間がなるべく少なくなる体制にしています。気になる方は、一度かかりつけの先生に相談するか、当院の予約センターに電話をして予約をとってから、当院にいらしてください。

所属学会：日本内科学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本ヘリコバクター学会、日本消化器がん検診学会
資格情報等：日本内科学会認定医・専門医、日本消化器病学会専門医、日本ヘリコバクター学会認定医、医学博士

