主題 I 「腹腔鏡・内視鏡治療の適応と限界」

特別講演 I-1 Laparoscopic Surgery for Colorectal Cancer. It is as curative as open surgery?

Jeffery Milsom
The Mount Sinai Hospital

Introduction: Despite the technical ability to remove all parts of the large intestine using laparoscopic(LAP) techniques, there has been significant skepticism regarding LAP colectomy owing to difficulty in performing these procedures and to fear that an adequate oncologic operation was not possible using LAP methods. In a single institution, we designed a prospective, randomized trial comparing LAP to conventional(CON) surgical methods in the treatment of localized colorectal cancer in order to compare the short and long term outcomes after surgery.

Methods: This prospective, randomized trial was carried out in 109 patients with colorectal cancers or polyps requiring bowel resection. During the surgery, all patients underwent a standardized protocol for laparoscopic Liver ultrasound then underwent resection of the affected bowel segment using oncologic techniques("no-touch" isolation method) in both LAP and CON groups.

Results: There were 55 patients in the LAP group and 54 in the CON group. Recovery of 80% of measured pulmonary function(forced expiratory volume in 1second and forced vital capacity) was a median of 3.0 days in LAP and 6 days for CON (p=0.01). LAP patients used significantly less morphine than CON patients up to the second day after surgery(p=0.02). Flatus returned a median of 3.0 days after LAP versus 4.0 days after CON surgery (p=0.006). Tumor margins were clear in all patients, and number of nodes per specimen was (median, range) 19, 5-59(LAP), 25, 4-74(CON). After a median follow up of 2 year, there were no port site recurrences in the LAP group. Seven cancerrelated deaths have occurred (3 in the LAP group, 4 in the CON group).

Conclusions: Within this prospective, randomized trial, laparoscopic techniques were as safe as conventional techniques using a standardized oncologic approach LAP patients recovered pulmonary and gastrointestinal function significantly faster than CON patients. There were no apparent short-term oncologic disadvantages using LAP methods in this trial. Longer follow up is needed to fully assess oncologic outcome.

In addition to this trial, the results of other recent trials in colorectal cancer surgery using laparoscopic techniques well be presented.

特別講演 I

特別講演 I-2 大腸腫瘍の内視鏡治療の適応についての私見
京都がん協会消化器科
多田正大

大腸腫瘍に対する内視鏡治療は普遍的に実施されている。手技の向上によって、従来までは適応外であった広基性の大きい腫瘍の切除も可能となっている。しかし内視鏡治療がover treatmentにならないよう、またinsufficient treatmentに終わらないように適応を厳格にすべきである。

(1) 自験例における内視鏡治療の内訳

切除病変の病理組織学的所見は癌4.8%、腺腫77.0%、化生性ポリープ12.0%、その他6.2%であった。内視鏡治療の適応をexcision biopsyと考えるなら、すべての治療は適切であろうが、悪性化しない化生性ポリープに対する切除はover treatmentである。

(2) sm癌の内視鏡治療

内視鏡治療がinsufficient treatmentになるのは、転移の危険性が高くなるsm₂およびsm₃癌に対する治療である。sm癌の深達度診断が問題になるが、自験例ではsm₂~sm₃は腫瘍径6mm~20mmでは1.2%にすぎなかったが、21mm以上の病変では11.1%であった。腫瘍の大きさを目安にしながら、超音波内視鏡による深達度診断を行うことによって、内視鏡治療の適応は正確に行うことができる。

(3) 偶発症の発生と対策

内視鏡治療において出血や腸管穿孔などの偶発症の危険性は少なからずある。自験例において過去に遡る連続3500回の内視鏡治療における偶発症の発生頻度は0.63%であったが、いずれも出血である。多くは3日目に発生し、16mm以上の大きい腫瘍に発生頻度が高かったが、出血対策を講じておけば内視鏡治療の適応はさらに拡大できる。

(4) 大腸腫瘍はどこまで治療すべきか?

内視鏡治療の目的は早期癌の根治をめざすことであり、腺腫や粘膜下腫瘍などに対して、出血や腸重積を予防したり悪性化の予防を図るものである。しかし多数発見されるポリープに対して、どこまで治療すべきか問題点も多い。adenoma-carcinoma sequenceを認めるにせよ、腺腫の大多数は良性のまま終るはずであり、多くの腺腫や化生性ポリープは加齢現象として捉えるべきである。腺腫の自然史のうえからも5mm以下で明らかに良性と判断できるような病変については、経過観察する勇気が必要である。