

① 食道切除(食道亜全摘術)

基本的な食道がんの手術は、癌の転移の可能性が広範囲にわたることから、食道は首のところの頸部食道を残すのみで他の全部(胸部・腹部)の食道と胃の一部を切除し、周りのリンパ節の切除(リンパ節郭清)を合わせて行います。食道がんは食道がある全ての部位に広範囲に転移する事が特徴のため、がんの場所だけを取るのではなく、リンパ節に癌が飛んでいる可能性を考えて、食道と共にリンパ節を取るのが役割となります。

リンパ節郭清は、縦隔(食道のまわり)、上部腹部(胃のまわり)さらには患者さんによっては頸部のリンパ節まで切除します。食道の切除後は、食道の代わりとなる食べ物が通る臓器が必要になります。多くの場合は、残った胃を細長く切って「胃管」を作成し、頸部までこの胃管を引っ張り上げ、残った頸部食道とつなぎます(再建)。胃がんや大腸がんならば、腹部の手術創だけで済みますが、食道がんでは一般的に、この手術には右胸を開ける右開胸、開腹、頸部切開の3カ所大きな傷が必要になります。そのため、食道がんの場合は、他の消化器がんと比較して非常に大きなストレスが患者さんの体に加わるようになります。特に開胸手術は、肋骨と肋骨の間を大きく切開するため、術後に呼吸機能が大きく低下し、術後数日にわたる人工呼吸器による管理や、集中治療室(ICU)に3-7日程度滞在するような術後管理が必要となる場合があります。さらに、一旦手術後に合併症が起きると命に関わる可能性もあることから、手術のみならず、手術前後の厳格な患者さんの管理も必要となります。そのため、手術数の多い病院の方が、手術合併症が少ない傾向にあります。経験数が多いということは、手術の質も高く、周術管理にも優れていることも意味していると思われれます。

手術に不慣れという事で、病院によっては食道がんに対して手術ではなく、化学放射線療法を行うことで根治を目指す施設も少なくありません。確かに食道がんは、比較的化学放射線療法の効果が高いといわれていますが、がんの根治性(再発しないこと)から考えると、手術に劣るといわざるを得ません。

当院食道がんセンターの食道がん治療の特徴は、低侵襲で、合併症が少ない、胸腔鏡(きょうくうきょう)と腹腔鏡(ふくくうきょう)を用いた食道癌手術です。我々は1996年より手術侵襲(ダメージ)の軽減を目的に食道がんに対して開胸のかわりに胸腔内手術を日本の中で最初に全て内視鏡外科手術で行い、さらに腹部手術も腹腔鏡手術で行う胸腔鏡腹腔鏡併用食道癌根治手術(VATS-E)を導入し、2020年末までに1300例を越す症例数を経験しました(国内ではHigh Volume Centerとしての手術件数)。

②手術(再建)

食道切除後に食道の代用する臓器を「再建臓器」といいます。再建臓器として、胃、結腸、小腸を使用します。また、再建臓器を挙上する経路を「再建経路」といい、胸骨前経路、胸骨後経路、後縦隔経路があります。主に再建臓器として胃を使用し、再建経路は胸骨後ルートを使用します。

腹腔鏡を併用して手術を施行しております。胃を管状に伸ばして胃管という再建臓器にして胸骨の後を挙上します。首に下図のような切開を置き、挙上した胃管と残った食道を吻合致します。

