

消化器分野で医療の進歩



東海大学医学部
内科学系消化器内科学

峯 徹哉

消化器分野での医療の進歩が著しい。消化癌においては早期癌に対して内視鏡的粘膜切除術が一般的におこなわれていたが、あっという間に適応拡大された形で内視鏡的粘膜下層剥離術が広まっていった。消化器医の努力もあるが最近認められた保険点数が与える影響もかなり大きい。最初は胃で主におこなわれてきたが、最近は食道、大腸についても症例が増加している。しかし、忘れてはいけないのはきちんと適応を守っておこなうことであり、保険点数が高いからというだけの理由で内視鏡的粘膜切除術ではなく内視鏡的粘膜下層剥離術を選択するということはあってはいけない。しかも安全におこなわなければいけない。内視鏡というのはツールであるのみではなく、診断も治療も含まれるがおこなうのは医師であり、100%うまくいくという保障はない。そのことを患者にきちんと伝える必要がある。医師自身もそのことを踏まえ、如何に安全に患者への侵襲を最小限度にするかという義務がある。常にトラブルシューティングを頭に入れながらおこなうべきである。この技術はアジアのみならずヨーロッパでもおこなわれつつある。最近第6回の日

韓消化器内視鏡のシンポジウムが開催されたがその場でも内視鏡的粘膜下層剥離術が韓国側からも報告されていた。さらに韓国では日本と同様に人間ドックを政府の政策としておこなうようになった。また、ヨーロッパでは未だに粘膜内胃癌については認められていないので通常の早期癌に対しては内視鏡的粘膜下層剥離術はおこなわれていないが、パレット腺癌に対してはおこなわれている。大腸についても内視鏡的粘膜下層剥離術がおこなわれつつある。このように世界的に内視鏡的粘膜下層剥離術が広まりつつあるのが現状である。今後日本がやることは、開発は日本でおこなわれたということを経験を世界的に広めていくことと、患者に負担をかけずに安全におこなうための工夫や技術を供与していくことである。

話は少し飛ぶが、化学療法についてもかなり意識が変わってきた。古くは胃癌に対してさまざまな化学療法がおこなわれていたが入院加療が中心であった。その後経口薬も出現したが副作用が多く、手術の適応がない場合はあまり投与されていなかった。TS1 が出現して術後だけではなく手術の適応でない癌患者にも積極的に投与されてきた。これは化学療法が効果があると示されたことと、重大な副作用がないことによって外来で処方されるようになったことが大きい。現在併用療法やセカンドラインについても検討されている。

従来、膵癌の治療についても切除に関する議論が多かったが、塩酸ゲムシタビンの登場とその比較的良好な治療成績により切除不能膵癌に対する全身化学療法の重要性も広く認識されつつある。現在、塩酸ゲムシタビンを基剤とした併用療法や TS1 も保険で投与できるようになったので、切除不能膵癌に対しても積極的に投与している。今後分子標的薬や新規抗癌剤の開発などもおこなわれていく。

このように内視鏡手技や抗癌剤について簡単に述べてきたが、さらにさまざまな分野で消化器疾患の医療が大きく変わろうとしている。