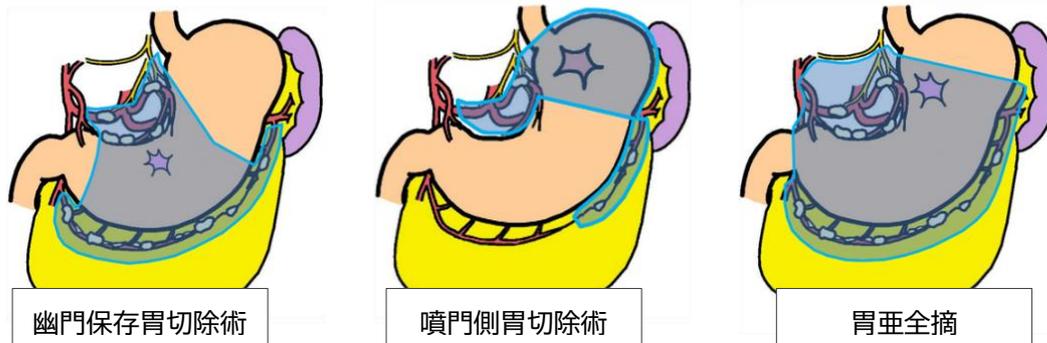


胃切除における機能温存の取り組み ～胃を残すとイイ理由～

切除できる胃がんに対して手術を行います。

胃がんの治療は、臨床試験の結果で得られたエビデンスを記載したガイドラインに基づいて行います。最も有効で確実な治療は根治手術です。十分なマージン（余白）を確保して腫瘍を切除し、転移のリスクがある周囲のリンパ節を予防的に切除します。腹腔鏡や手術支援ロボットによる低侵襲手術が一般的です。胃がんが粘膜内に限局し、リンパ節転移のリスクが低い場合には内視鏡治療を行います。

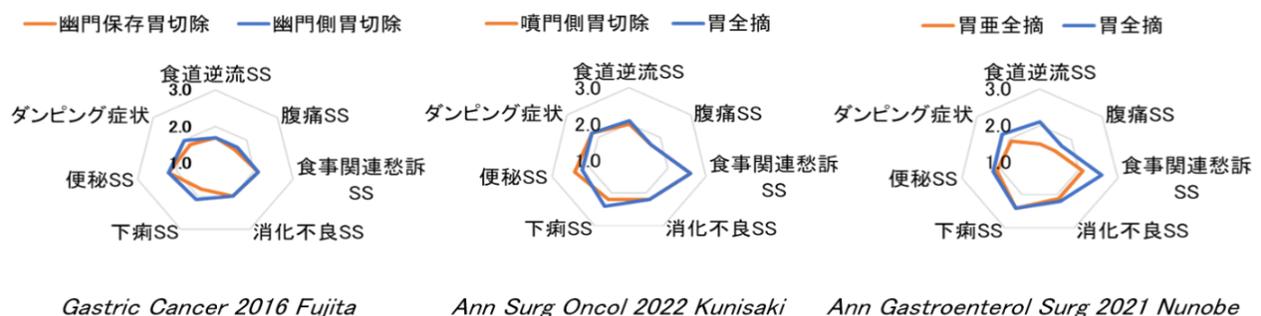
図1 胃癌治療ガイドラインにおける機能温存の胃切除



残胃を大きく、噴門や幽門を残すことが術後 QOL の向上に重要です。

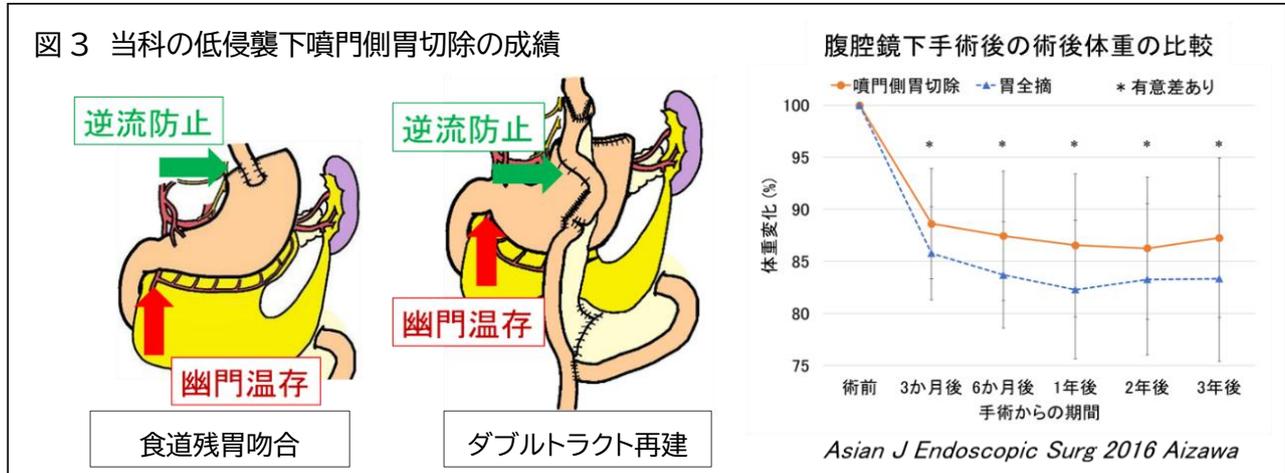
胃がん治療に習熟している施設では、胃がんの病状に応じて安全に胃の切除範囲を縮小でき、根治性が損なわれないことが明らかとなりました。ガイドラインでは、幽門保存胃切除、噴門側胃切除、噴門側の極小胃を温存する胃垂全摘が推奨され（図1）、人の三大欲求の一つである「食欲」と生活の質（QOL）の維持を重要視しています。また、2015年にPGSAS-45が開発され、胃切除後の後遺症を数値化できるようになりました。7つの主症状についてレーダーチャートで示され、症状が強いと円が大きくなります。当科では後遺症の評価にPGSAS-45を取り入れ、手術後の栄養相談の参考にしています。日本ではPGSAS-45を用いて胃切除の術式比較（図2）が行われ、幽門保存胃切除ではダンピング症状と下痢が、噴門側胃切除では食道逆流症状と下痢が、垂全摘ではダンピング症状、食道逆流症状、腹痛、食事関連愁訴、消化不良症状が軽減することが明らかとなりました。

図2 PGSAS-45を使用した手術後 QOL の比較(文献データよりグラフを作成)



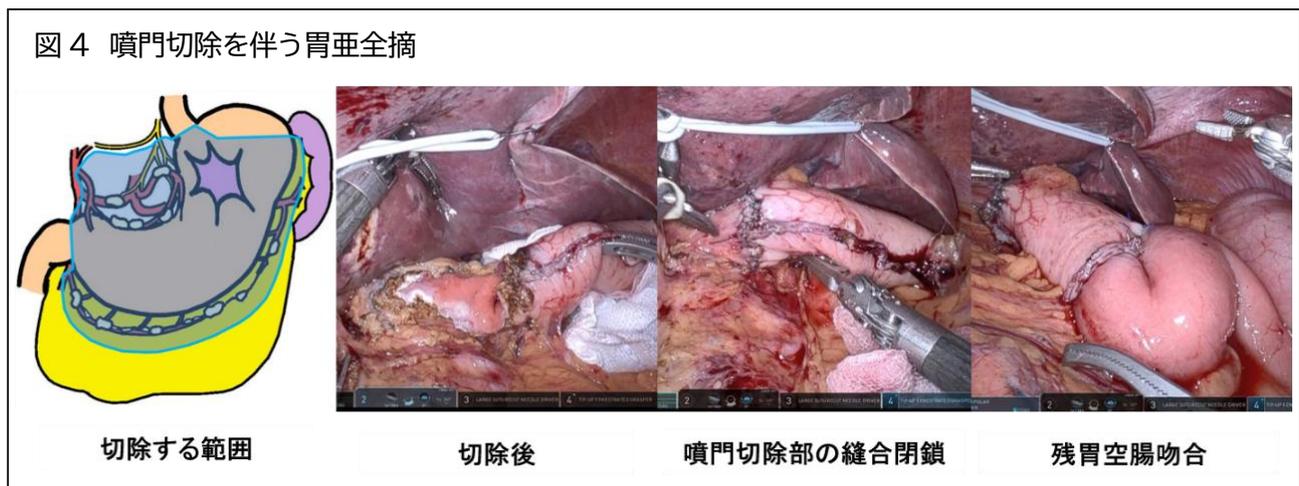
噴門側胃切除は近年改良されています。

胸焼けなどの逆流症状が長年の課題で、胃全摘との比較において術後 QOL の向上効果が限定的です。全国の施設で逆流防止処置が行われていますが、手技が複雑で施設間で手術成績に差があり、胃がんの手術数が多い施設で成績が良好です。当科では、食道または空腸と残胃を吻合する際に一方弁を形成する半周噴門形成術を、独自の再建手技として行っています。逆流が良好に防止され、残胃をより大きく残して食事を維持できるようになり、体重減少が軽減されています (図3)。



極小でも胃を残す取り組み

当科では豊富な経験で培った解剖学的知識を活かし、どれほど小さな部分であっても可能であれば胃を残し、胃全摘の回避に努めています。脾動脈を経由して胃に流入する動脈を全て切離する場合、通常は噴門側胃を温存せず胃全摘を行います。横隔膜の動脈から血流を受ける 10%程度の噴門側胃を温存できる場合は胃亜全摘を行っています。また、噴門近傍の胃がんに対する手術では、一般的に胃全摘を選択して噴門を切除しますが、噴門を切除する胃亜全摘を導入し、20%程度の胃を温存できるようになりました (図4)。いずれの手術も経過は良好で、わずかであっても胃が残った場合は、胃全摘を行った場合よりも食事が維持されます。



低侵襲手術や機能温存胃切除の出現で胃がんに対する手術が複雑になり、今後は施設によって術式の選択や術後後遺症の程度が異なることが見込まれ、High volume center への手術症例の集約化が重要です。当科では最新の手技を取り入れ、高齢者でも安心できる「体にやさしい胃がん治療」を行っています。地域医療機関の皆様におかれましては、引き続き患者さんのご紹介をいただけましたら幸いと存じます。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。