

炎症性腸疾患の外科治療とがんサーベイランス

堀尾勇規¹⁾，池内浩基²⁾，内野 基³⁾

- 1) 兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科 助教
- 2) 兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科 主任教授
- 3) 兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科 准教授

潰瘍性大腸炎のがん合併症例は、日本において増加傾向にある。早期発見と予後改善目的に大腸内視鏡によるサーベイランスが有用である。手術は、大腸全摘術が標準術式であり、根治性から肛門管の粘膜切除術を行い、回腸囊肛門吻合術を行う術式が推奨されている。

クローン病のがん合併症例も、徐々に増加傾向である。日本では、約7～8割が直腸肛門部からの発癌であり、進行癌で発見されることが多い。狭窄や疼痛のために内視鏡検査が困難であり、一度の検査では診断できない症例が多い。疼痛の増強や粘液の増加など、臨床所見から、がんが疑われる症例では、繰り返し麻酔下で生検や細胞診を行うことが重要である。直腸肛門部の癌に対する手術は、直腸切断術が基本であり、症例によっては骨盤内臓全摘術が適応となる。断端陽性症例が多く、予後不良であり、サーベイランス方法の確立が今後の課題である。

はじめに

内科的治療の進歩により、潰瘍性大腸炎（Ulcerative colitis：UC）とクローン病（Crohn's disease：CD）で、長期罹患者が増加している。このため、がん合併症例が増加している。

本稿では、UCとCDの外科治療とがんサーベイランスについて述べる。

潰瘍性大腸炎の外科治療とがんサーベイランス

手術適応とその変遷

UCの手術の絶対的適応は、大腸穿孔、大量出血、中毒性巨大結腸症、重症型および劇症型の内科的治療抵抗症例、大腸癌およびHGD（high grade dysplasia）とされている^{1,2)}。近年、とくに癌/dysplasiaの症例が増加傾向にある。表1に、当科で手術を行った癌/dysplasiaの症例の頻度を示す。2004年までは手術症例全体の10%以下であったが、2011年以降は20%を超えて

表1 癌/Dysplasiaで手術となった症例数の推移

年	症例数	癌/Dysplasia	頻度 (%)
2011	75	15	20.0
2012	91	19	20.9
2013	92	21	22.8
2014	94	27	28.7
2015	96	30	31.3
2016	94	24	25.5
2017	70	23	33.0
2018	86	23	27.7
2019	63	22	34.9

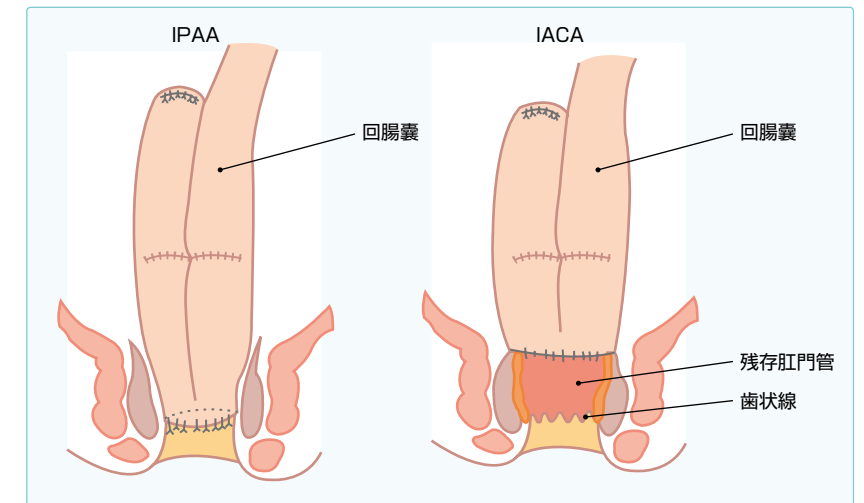


図1 回腸肛門吻合術と回腸肛門管吻合術

おり、明らかに癌/dysplasiaで手術となる症例は増加している。これは日本の多施設でのUC手術症例3,801例の報告でも同様の傾向であり、2007年では癌/dysplasiaが手術適応であった症例は、20.2%であったが、2017年には34.8%に増加している³⁾。

がんサーベイランス

癌/dysplasiaの早期発見のために、大腸内視鏡によるサーベイランスが行われている。畑らは多施設での検討で、癌/dysplasia手術症例のサーベイランスにて診断された群は、非サーベイランス群と比較して、累積5年の生存率が良好であった（89% vs 70%, p=0.001）と報告している⁴⁾。サーベイランス内視鏡は、罹患から8年より、全大腸炎型・左側大腸炎型を対象に行うことが推奨されている。観察方法としては、腫瘍発生率のメタアナリシスの結果から、メチレンブルーやインジゴカルミンによる色素内視鏡が推奨されている⁵⁾。また生検方法については、狙撃生検とランダム生検とのRCTの結果にて、1回の内視鏡中の腫瘍発生率が同程度であることが報告されており、費用対効果の面からも狙撃生検を行うことが推奨される⁶⁾。

手術治療 一大腸全摘術の必要性

UCに合併する癌/HGDの標準手術は、日本での治療指針、ECCO guideline, American Society of Colon and Rectal Surgeons のpractice parametersのすべてにおいて、根治的に大腸全摘術を行うことが推奨されている^{1,2,7)}。

UC関連腫瘍は、部分切除を行っても、残存大腸に再発を高頻度に認める。さらに癌の周囲にdysplasiaを伴い、深達度の診断も困難であるうえに、多発癌の頻度が高い。そのため部分切除や回腸直腸吻合術は、高齢者など一部の症例にしか行われ^{8,9)}。

内視鏡的に切除可能である腫瘍性病変に対しては、内視鏡治療後に嚴重なサーベイランス継続を行うとする報告もある¹⁰⁾。しかしエビデンスが少なく、手技の難易度や、不透明な長期予後など問題点が多く残っている。また、診断目的に内視鏡的切除を行う場合も注意が必要である。たとえば下部直腸癌で、切除範囲が肛門管にかかるような症例に対して内視鏡的切除を行うと、肛門管狭窄や粘膜下層の癒着を引き起こし、大腸全摘術が必要となった場合に、吻合に必要なサーキュラーステップラーの肛門から挿入や、後述する粘膜切除術の手術操作が困難となる。その結果、術後の排便機能の低下を招く可能性があるため、下部直腸癌に対する内視鏡的切除は、とくに慎重に行う必要がある。

手術治療 一粘膜切除術の必要性

癌/dysplasia症例に対して、歯状線から粘膜切除を行い、手縫いで回腸囊肛門吻合術：ileal pouch-anal anastomosis (IPAA)を行うか、もしくは肛門管を残して器械吻合を行う回腸囊肛門管吻合術：ileal pouch-anal canal anastomosis (IACA)を行うかに関しては、日本と欧米では意見が分かれている（図1）。ECCOのガイ