

## 医療機関選びのポイント

### 01 手術と内視鏡治療、年間100件以上が一定の基準

手技の安全性は件数が参考になります。手術と内視鏡治療、ともに100例以上が、ハイボリュームセンターとしての基準でしょう。

### 02 専門医の在籍を確認

診断から早期の治療まで幅広く携わる内視鏡のエキスパート「内視鏡外科学会技術認定医」。機能温存手術などにおいて、がんを切り取れているかどうか術中診断する「病理専門医」。胃がん治療では、これら専門医の存在が大切なポイントになります。

### 03 術式の実績と割合データの公表

胃全摘、胃切除、開腹・腹腔鏡下・ロボット支援下手術とさまざまな術式があります。データを確認することで、何に注力している病院か確認できます。例えば、噴門側胃切除や幽門側胃切除の症例数を確認することで機能温存への力の入れ具合を読み解くことができます。



援下手術も保険適応となり、より精密な手術にも対応できるようにになりました。

ただ腫瘍の大きさやリンパ節への転移の有無などによって、開腹手術が適している症例もあるため、適切に使い分ける判断が必要です。

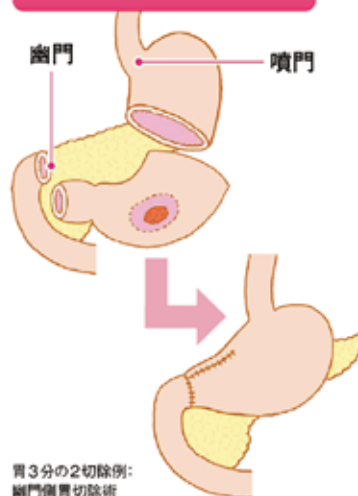
転移が広がっており切除が困難な症例の場合、薬物療法が中心となります。従来からの抗がん剤の他、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬なども登場し、選択肢は広がっています。

また術後補助療法として再発防止の目的で薬物療法が行われることもあります。高度リンパ節転移がある症例に対しては、術前化学療法として根治切除との組み合わせで生存率を上げる試みがなされています。

## おもな治療法

1

胃がん



胃3分の2切除例：  
幽門側胃切除術

## 手術

### + 胃切除

胃を全て切除する胃全摘手術と胃の3分の2を切除する幽門側胃切除が代表的な術式。他に胃の出口である幽門を温存する幽門保存胃切除や、胃全摘を回避する噴門側胃切除術など、機能温存を目指した術式がある。腹腔鏡下・ロボット支援下を用いた手術も普及している

## 内視鏡治療

### + 内視鏡下で病変を切除する

内視鏡下で病変を切除する。EMR（内視鏡粘膜切除術）と、周囲の粘膜ごと剥ぎとるESD（内視鏡粘膜下層剥離術）がある。近年の処置具の進歩によりESDが主に実施されている

## 薬物療法

手術では切除しきれない症例には薬物療法を行う。またステージが進んだ症例の術後再発予防にも用いられる。生存率を高めるために術前に計画的に組み合わせられることも

### 負担軽減のため 機能温存手術を優先

治療の第一選択肢は胃がんの切除です。病変が粘膜に留まっている、ごく早期であれば、内視鏡下の手術が可能です。周囲の粘膜ごと剥ぎとるESD（内視鏡粘膜下層剥離術）が主に行われています。胃切除を伴う手術不要のため患者さんの負担が少なくなる上、胃を温存できる利点があります。最近では進行が早く転移しやすい未分化型がんの中にも内視鏡治療で根治できる症例があることがわかり、適応が広がっています。

近年は機能温存や低侵襲化を目指した術式が広がってきました。例えば胃の中央部に3センチ程度のがんが発生したとき、従来は主に胃の3分の2

を切除する幽門側胃切除が選択されてきました。胃の摘出はダンピング症候群と呼ばれる動悸、めまい、冷汗、全身倦怠感などの症状を起こすことがあります。食事摂取量も体重も減少し、QOL（生活の質）が低下する可能性があります。

それらを軽減するのが機能温存胃切除です。胃の上部と出口を温存する幽門保存胃切除術や胃の上部3分の1を切除し下部を温存する噴門側胃切除術があります。

また従来は開腹手術が多かったのですが、患者さんの負担を抑えるため、おなかに数カ所の小さな創口を開け、そこから器具を挿入して治療する腹腔鏡下手術も普及し、増加傾向にあります。

2018年にはロボット支