

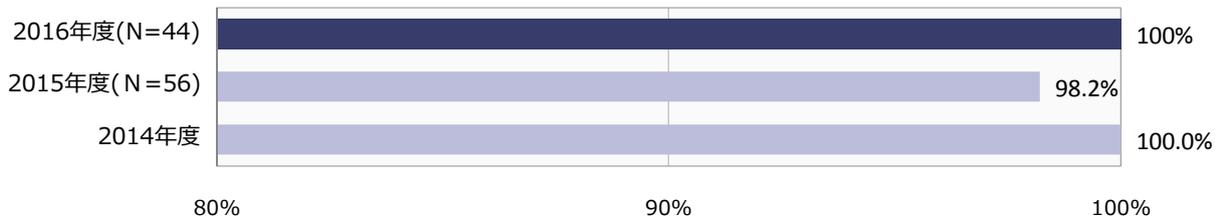
消化管粘膜癌（胃・食道）の内視鏡一括切除術における断端陰性率

消化管表在癌の内視鏡治療にあたって、内視鏡治療が適切な病変を適切に診断し治療できているか、を反映します。

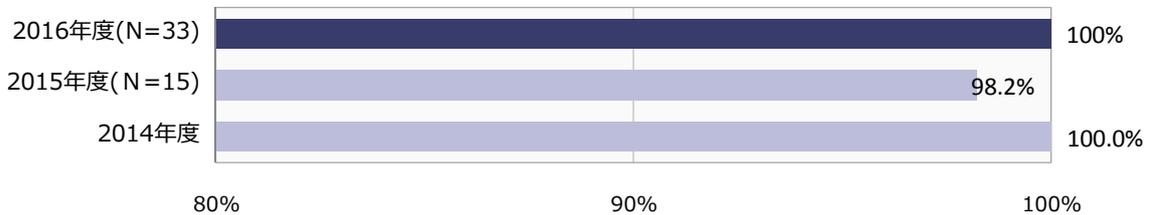
たとえば「胃・適応外」はそもそも外科治療がなされるべき病変で、諸事情ありやむなく内視鏡治療を選択したと考えられ、断端陰性率が低いことは仕方がなく、その数が少なくキープされていれば診断は適切になされていると考えられます。

一方で適応内・適応拡大病変は可能な限り完全切除がなされるべきで、件数と断端陰性率ともより高みを目指すべき、となります。

胃・適応内

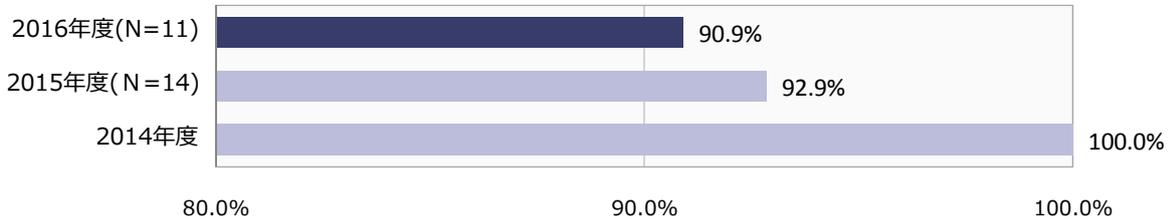


胃・適応拡大



胃ESD適応外症例治療数 1件

食道



当院値の定義・算出方法

分子：断端陰性切除件数

分母：全ESD施行件数（N）

胃がん取り扱い規約に基づき、胃は適応内（分化型粘膜癌・2cm以内）、適応拡大（潰瘍瘢痕を伴わない分化型・大きさ問わず、潰瘍瘢痕を合併する分化型粘膜癌・3cm以内、潰瘍瘢痕を合併しない未分化型粘膜癌・2cm以内）、適応外（それ以外）に分けて検討する。

※グラフ中のN数は分母の値を示しています。

改善策について

胃病変については適応内病変、適応拡大病変、適応外病変いずれも診断と治療が適切であったと考えます。

適応外病変（本来ESDをおこなってはいけない病変）は1例のみ診断的治療として十分なご説明の元施行しましたが、術前診断の通り治療切除とはなりませんでした。

食道に関しては、デバイスの工夫などを経て高い断端陰性切除率を維持していますが、より完璧を目指してゆく必要があります。

文責：消化器内科主任部長
吉村 大輔