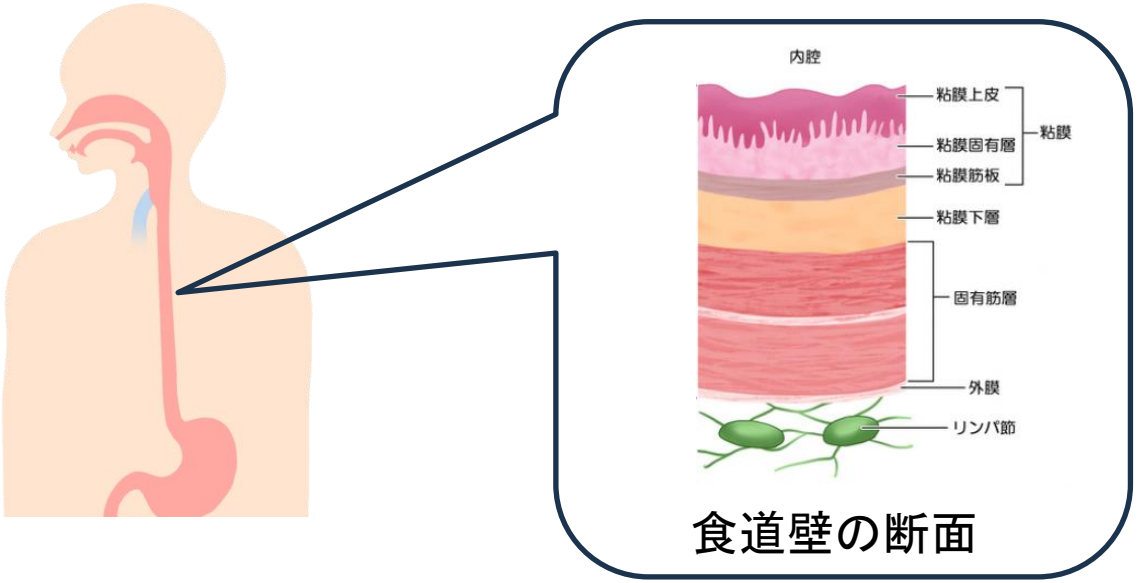
食道がん

食道

食道は、のど（咽頭）と胃の間をつなぐ細長い管状の臓器です。
口側から、頸部食道、胸部食道、食道胃接合部領域と呼ばれています。また、食道の壁は、内側から外側に向かって、大きく分類して、粘膜、粘膜下層、固有筋層、外膜の4層から構成されています。



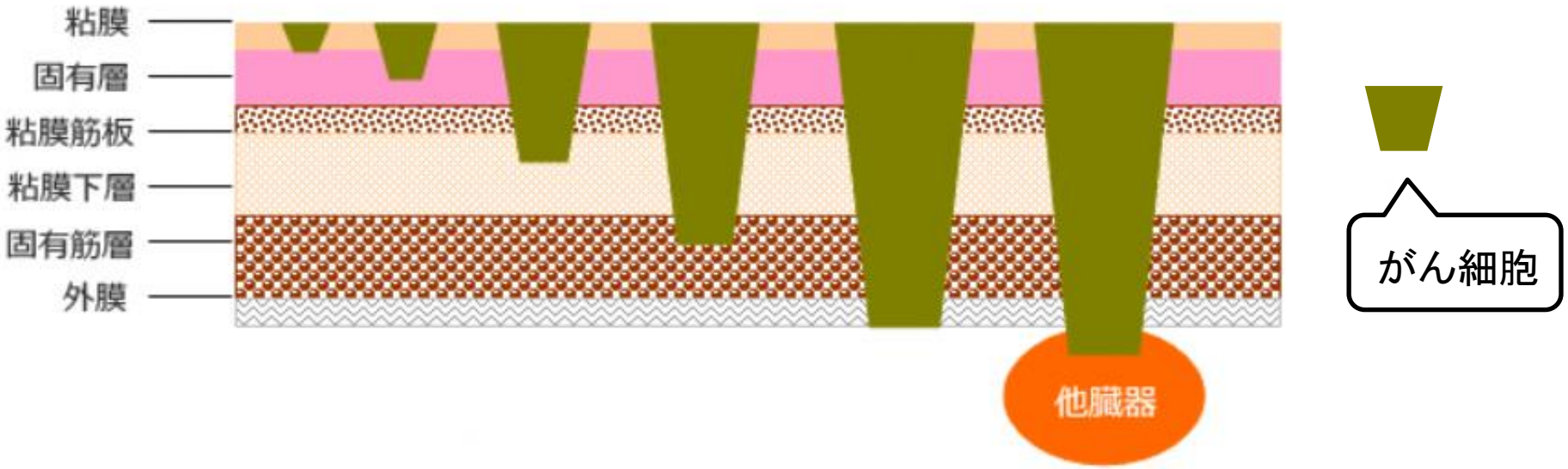
食道がん原因

食道がんの主な要因は、喫煙と飲酒です。特に日本人に多い扁平上皮がんは、喫煙と飲酒と強い関連があるといわれています。飲酒により体内に生じるアセトアルデヒドは発がん性物質であり、この物質を遺伝的に代謝しにくい人（少量の飲酒で顔が赤くなる人）は食道がんリスクが高いことが分かっています。また、喫煙と飲酒、両方の習慣がある人では、より危険性が高まるといわれています。また、男女罹患率、死亡率に大きく差があり、男性は女性の5倍以上だといわれています。

食道がんの発生と進行

食道の粘膜は扁平上皮からできているので食道がんの90%以上は扁平上皮がんです。がんは食道の内側の粘膜から発生して外側に向かって発育します。がんが大きく育つと食道の壁をつくっている筋肉にまで及び、さらに進行すると食道のまわりにある気管・気管支や肺、大動脈、心臓などの重要な臓器へ拡がっていきます。

食道は、食道のまわりのリンパ管や血管が豊富なので、他の消化器のがんよりも転移しやすいと言われています。また、食道のリンパ節は頚や胸、腹部につながっているので、食道のまわりだけではなく頚や腹部のリンパ節に転移をすることもあります。



食道がんの症状

食道がんは、初期には自覚症状がないことがほとんどです。がんが進行するにつれて、飲食時の胸の違和感、飲食物がつかえる感じ、体重減少、胸や背中の痛み、咳、嗄声させい（声のかすれ）などの症状が出ます。

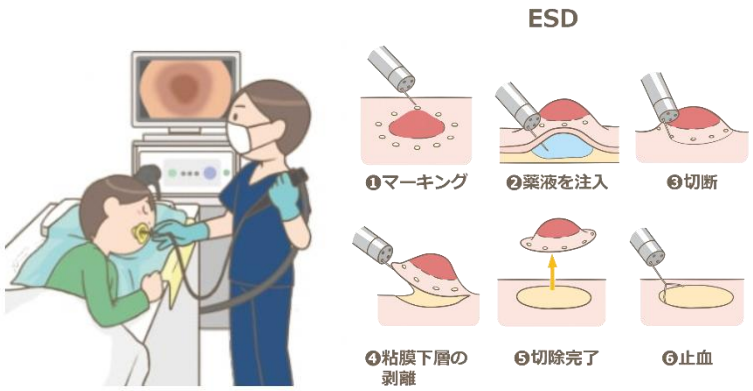
食道がんは転移しやすく、早期のがんでもリンパ節転移を起こしやすいことも分かっています。早期発見のためにも、検診や人間ドックの際に、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）や上部消化管造影検査（バリウム食道透視検査）を受けるようにしましょう。

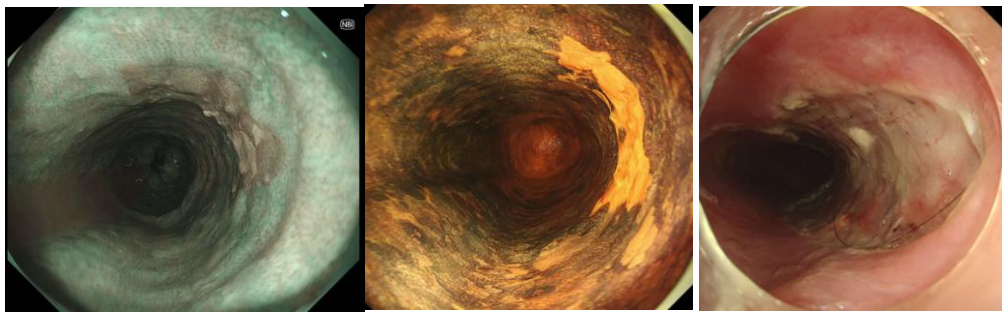
食道がんの治療

食道がんの治療は大きく内視鏡的治療、外科的治療、化学放射線療法の3つに分けられます。がんの進行度や患者の状態、合併している疾病によって治療法が決定されます。

・内視鏡的切除

内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）など胃カメラを使用して切除をすることも可能です。





ESDの実際：

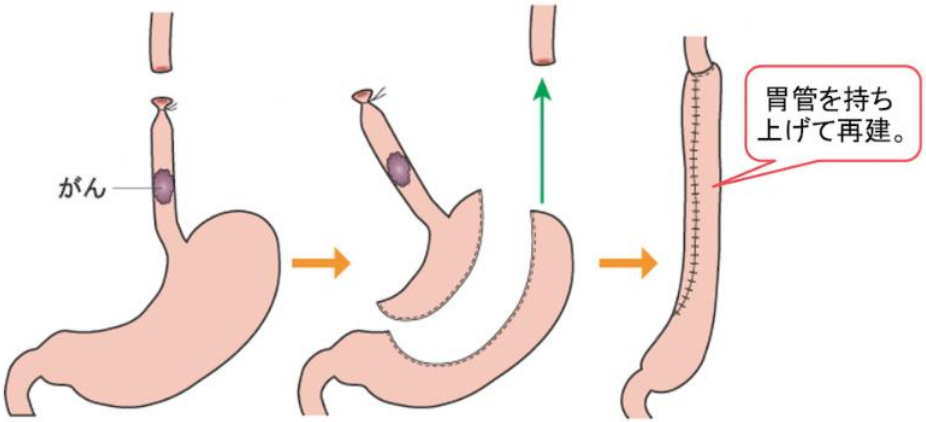
胃カメラでNBIという特殊な光とルゴール染色で観察したのち、病変を内視鏡的切除（ESD）

病変の範囲が5cm以上と広く、内視鏡的切除後に食道が細くなる（狭窄する）可能性が高いようなら、外科的手術や化学放射線治療（放射線治療と化学療法の併用療法）を行う場合もあります。

・外科的手術
食道切除術（食道亜全摘）は食道がんに対する標準治療で、がんができた食道と胃の一部を切除し、リンパ節を含む周囲の組織も切除します（リンパ節郭清）。そして、食道切除後は、胃や腸を使って、食道のかわりに新しい経路を作る手術（再建術）を行います。

消化器外科領域の中でも大きな手術に分類され、手術時間は6時間～8時間におよびます。術後の代表的な合併症として肺炎などの感染症、縫合不全、反回神経麻痺などが挙げられます。

当院では胸腔鏡、腹腔鏡を用いての手術を行っております。従来の開胸・開腹手術に比べ手術創が小さく、肋骨を折ったり切除したりしなくても済みますので、術後の痛みが少なく術後の回復が早いのが特徴です。



頸部と腹腔鏡の手術創

胸腔鏡の手術創