

しょく どう  
食道がん

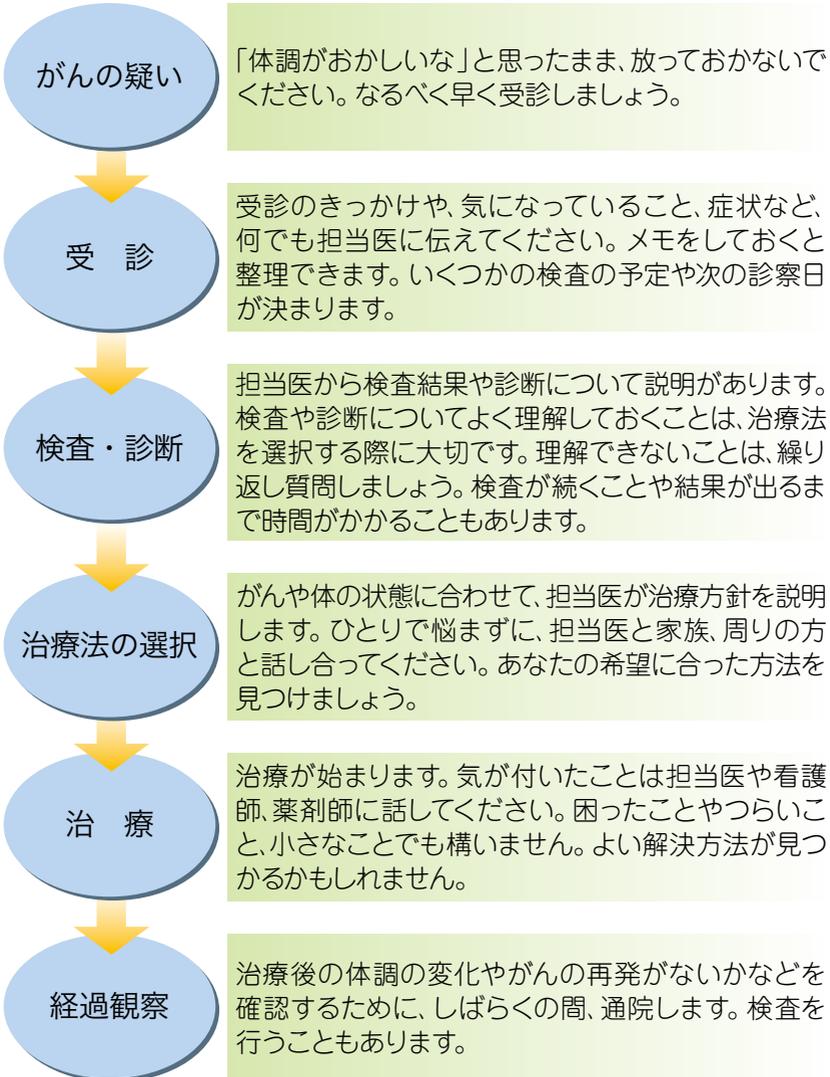
受診から診断、治療、経過観察への流れ



患者さんをご家族の明日のために

## がんの診療の流れ

この図は、がんの「受診」から「経過観察」への流れです。  
大まかでも、流れがみえると心にゆとりが生まれます。  
ゆとりは、医師とのコミュニケーションを後押ししてくれるでしょう。  
あなたらしく過ごすためにお役立てください。



## 目次

### がんの診療の流れ

1. がんと言われたあなたの心に起こること	1
2. 基礎知識	3
3. 検査	6
4. 治療	9
1 病期と治療の選択	9
2 内視鏡治療	15
3 手術（外科治療）	17
4 放射線治療	19
5 薬物療法（化学療法）	21
6 食道がんの集学的治療	22
7 転移・再発	24
5. 療養	25
診断や治療の方針に納得できましたか？	26
セカンドオピニオンとは？	26
メモ／受診の前後のチェックリスト	27

# 1. がんと言われた あなたの心に起こること

がんという診断は誰にとってもよい知らせではありません。ひどくショックを受けて、「何かの間違いではないか」「何で自分が」などと考えるのは自然な感情です。しばらくは、不安や落ち込みの強い状態が続くかもしれません。眠れなかったり、食欲がなかったり、集中力が低下する人もいます。そんなときには、無理にがんばったり、平静を装ったりする必要はありません。

時間がたつにつれて、「つらいけれども何とか治療を受けていこう」「がんになったのは仕方ない、これからすべきことを考えてみよう」など、見通しを立てて前向きな気持ちになっていきます。そのような気持ちになれたらまずは次の2つを心がけてみてはいかがでしょうか。

## あなたに心がけてほしいこと

### ■ 情報を集めましょう

まず、自分の病気についてよく知ることです。病気によってはまだわかっていないこともあります。担当医は**最大の情報源**です。担当医と話すときには、あなたが信頼する人にも同席してもらおうといいでしょう。わからないことは遠慮なく質問してください。

病気のことだけでなく、お金、食事といった生活や療養に関することは、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士などが専門的な経験や視点であなたの支えになってくれます。

また、インターネットなどで集めた情報が正しいかどうかを、担当医に確認することも大切です。他の病院でセカンドオピニオンを受けることも可能です。

「知識は力なり」。正しい知識は考えをまとめるときに役に立ちます。

※参考 P26「セカンドオピニオンとは？」

## ■ 病気に対する心構えを決めましょう

がんに対する心構えは、積極的に治療に向き合う人、治るといふ固い信念をもって臨む人、なるようにしかならないと受け止める人など人によりいろいろです。どれがよいということはなく、その人なりの心構えでよいのです。そのためにも、自分の病気のことを正しく把握することが大切です。病状や治療方針、今後の見通しなどについて担当医から十分に説明を受け、納得した上で、あなたなりの向き合い方を探していきましょう。

あなたを支える担当医や家族に自分の気持ちを伝え、率直に話し合うことが、信頼関係を強いものにし、しっかりと支え合うことにつながります。

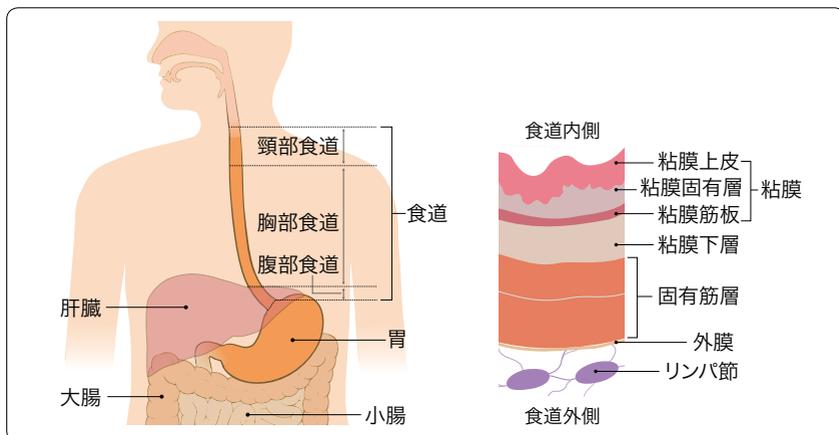
情報をどう集めたらいいか、病気に対してどう心構えを決めたらいいのかわからない、そんなときには、巻末にある「がん相談支援センター」を利用するのも1つの方法です。困ったときにはぜひご活用ください。

## 2. 基礎知識

### 1 食道について

食道は、のど(咽頭)と胃の間をつなぐ管状の臓器で、部位によって、頸部食道、胸部食道、腹部食道と呼ばれています(図1左)。食道は体の中心部にあり、気管、心臓、大動脈や肺などの臓器や背骨に囲まれています。食道の周囲にはリンパ節があります。食道の壁は、内側から外側に向かって粘膜(粘膜上皮・粘膜固有層・粘膜筋板)、粘膜下層、固有筋層、外膜に分かれています(図1右)。

図1. 食道の構造



## 2 食道がんとは

食道がんは、どこにでもできる可能性があります。日本人の食道がんは約半数が食道の中央付近からでき、次に食道の下部に多くできます。食道がんは、食道の内面をおおっている粘膜の表面からできます。食道がんは食道内にいくつも同時にできることもあります。

がんが食道の壁の粘膜内にとどまるがんを早期食道がん、粘膜下層までしか及んでいないがんを表在食道がん、それより深い層まで及んでいるがんを進行食道がんと呼びます。

## 3 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。早期発見の機会としては、検診や人間ドックの際の、内視鏡検査や上部消化管造影検査（バリウム食道透視検査）があります。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、胸や背中での痛み、咳、声のかすれなどの症状が出ます。

胸や背中での痛み、咳、声のかすれなどの症状は、肺や心臓、のどなどの病気でもみられますが、肺や心臓やのどの検査だけでなく、食道も検査することが大切です。

### 1) 胸の違和感

早期発見のために注意しておきたい症状です。飲食物を飲み込んだときに胸の奥がチクチク痛む、熱いものを飲み込んだときにしみる感じがするといった症状があります。これらの症状は一時的に消えることもあります。

### 2) 飲食物のつかえ感、体重減少

がんが大きくなるにつれて、食道の内側が狭くなると、飲食物がつかえやすくなり、次第に軟らかい食べ物しか通らなくなります。がんがさらに大きくなると、食道をふさいで水も通らなくなり、唾液も飲み込めずにもどすようになります。飲食物がつかえると食事の量が減り、体重が減少します。

### 3) 胸や背中での痛み、咳、声のかすれ

がんが進行して食道の壁を越えて、周囲にある肺・背骨・大動脈などに広がっていくと、胸の奥や背中に痛みを感じるようになります。また、食道がんが気管や気管支などに及ぶとその刺激によって咳が出ることがあります。また、声帯を調節している神経へ及ぶと声がかすれることがあります。

## 4 統計

食道がんと新たに診断される人数は、1年間に10万人あたり17.9人です。男女別で見ると、男性では1年間に10万人あたり31.0人、女性では5.6人と、男性に多い傾向がみられます。年齢別で見ると、50歳代から増加を始め、70歳代でピークを迎えます。

## 3. 検査

### 1 食道がんの検査

食道がんの検査では、まず、1) 食道がんを確定するための検査を行い、次に、治療方針を決めるために、2) 食道がんの進行度を診断する検査を行います。

#### 1) 食道がんを確定するための検査

食道内視鏡検査と上部消化管造影検査(バリウム食道透視検査)の2種類があります。

食道内視鏡検査は、上部消化管造影検査で見つけにくい無症状、あるいは初期の食道がんを発見することもできます。

#### 2) 食道がんの進行度を診断する検査

食道がんの治療方針を決めるためには、がんの深さや周辺臓器への広がり、リンパ節や肺・肝臓などへの転移の有無を調べて、がんの進行度を診断する必要があります。そのための検査として、1)の検査に加えて、CT検査、MRI検査、PET検査、超音波検査、超音波内視鏡検査などを行います。

## 2 検査の種類

### 1) 食道内視鏡検査

食道内視鏡検査では、粘膜の色や凹凸などを直接観察します。また、異常な部分の組織を採取し、顕微鏡でがん細胞の有無を確認して、がんを確定します(病理検査)。さらに、がんの位置や広がり、数、深さも確認します。その際には画像に映るがんを際立たせて、広がりや深さを診断しやすくするために、特殊な色素を粘膜に散布したり、特殊な波長の光を使用したりすることがあります。

### 2) 上部消化管造影検査

バリウムを飲んで、それが食道を通過するところをX線で撮影する検査です。がんの場所や大きさ、食道内腔の狭さなど全体を確認します。胃がん検診では胃を重点に検査しますので、症状があれば、検査前に伝えることが大切です。

### 3) 超音波内視鏡検査

超音波内視鏡検査は、内視鏡検査の1つで、内視鏡の先端についた超音波装置を用いて食道壁の層構造の乱れや食道壁外の構造などを観察することができます。つまり、食道がんが「どのくらい深く広がっているか」「周りの臓器まで広がっていないか」「食道の外側にあるリンパ節に転移していないか」について、より詳細な情報がわかります。

### 4) 病理検査

食道内視鏡検査で「採取した組織にがん細胞があるのか」「がん細胞はどのような種類なのか」などについて顕微鏡を使って調べることを病理検査といいます。

### 5) CT検査・MRI検査

CTはX線を、MRIは磁気を使って体の内部の断面を見ることができる検査です。がんの周辺の臓器への広がりや、リンパ節・肺・肝臓などへの転移の有無を調べます。食道がんの進行度を判定するために最も重要な検査です。

### 6) 超音波(エコー)検査

体の表面から腹部と首(頸部)を調べます。腹部では肝臓への転移や腹部リンパ節転移を調べ、頸部では頸部リンパ節転移を調べます。頸部食道がんの場合は、主病巣と気管、甲状腺、頸動脈などの周囲臓器との関係も調べます。

### 7) PET検査(陽電子放射断層撮影検査)

全身のがん細胞を検出する検査です。がん細胞は正常細胞よりも活発に増殖するため、そのエネルギーとしてブドウ糖を多く取り込みます。PET検査では、放射性ブドウ糖を注射し、その取り込みの分布を撮影することでがん細胞を検出します。

### 8) 腫瘍マーカー検査(血液検査)

食道がんの腫瘍マーカーは、扁平上皮がんではSCC(扁平上皮がん関連抗原)とCEA(がん胎児性抗原)です。腺がんではCEAです。これらは、全身のがんの大きさや数などの状態の変化を把握するのに使われていますが、早期診断における有用性は確立されていません。また、がんがあっても異常値を示さないこともあります。

## 4. 治療

### 1 病期と治療の選択

治療方法は、がんの進行の程度や体の状態などから検討します。がんの進行の程度は、「病期(ステージ)」として分類します。病期は、ローマ数字を使って表記することが一般的で、食道がんでは早期から進行につれて0期～Ⅳa、Ⅳb期まであります。

#### 1) 病期(ステージ)

病期は、がんが食道壁のどの深さまで広がっているかを示すT因子、リンパ節転移の程度を示すN因子、別の臓器への転移の有無を示すM因子の組み合わせにより決まります(表1)。

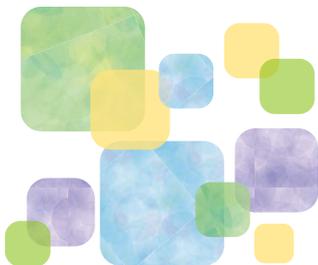


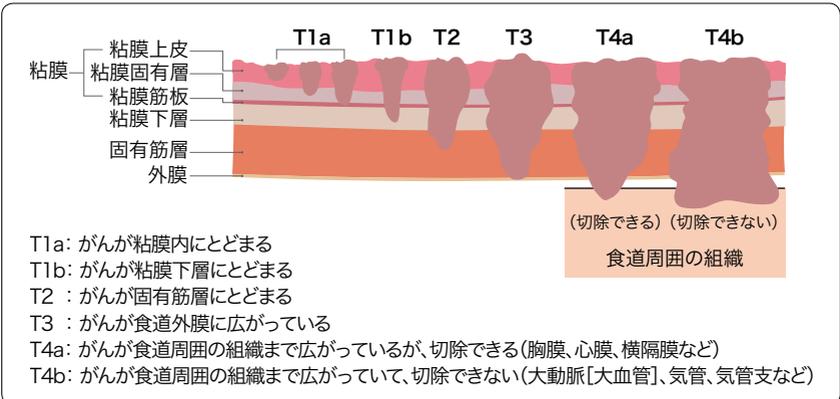
表 1. 食道がんのT・N・M各因子の分類（日本食道学会による分類）

<b>T因子</b> <b>(がんの広がり)</b> [図2参照]	<b>T1a</b>	がんが粘膜内にとどまる
	<b>T1b</b>	がんが粘膜下層にとどまる
	<b>T2</b>	がんが固有筋層にとどまる
	<b>T3</b>	がんが食道外膜に広がっている
	<b>T4a</b>	がんが食道周囲の組織まで広がっているが、切除できる (胸膜、心膜、横隔膜など)
	<b>T4b</b>	がんが食道周囲の組織まで広がっていて、切除できない (大動脈[大血管]、気管、気管支など)
<b>N因子*</b> <b>(リンパ節転移)</b>	<b>N0</b>	リンパ節転移がない
	<b>N1</b>	第1群リンパ節のみに転移がある
	<b>N2</b>	第2群リンパ節まで転移がある
	<b>N3</b>	第3群リンパ節まで転移がある
	<b>N4</b>	第4群リンパ節まで転移がある
<b>M因子</b> <b>(遠隔転移)</b>	<b>M0</b>	遠隔転移がない
	<b>M1</b>	遠隔転移がある

※ 食道の周りや近くのリンパ節を、がんのある場所別に、転移の頻度が高いものから低いものの順で、1群、2群、3群、4群と分類します。

日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取扱い規約 第11版(2015年)」(金原出版)より一部改変

図2. 食道がんの深達度



日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取扱い規約 第11版(2015年)」(金原出版)より一部改変

表2. 食道がんの病期(ステージ)分類 (日本食道学会による分類)

転移 壁深達度	N0	N1	N2	N3	N4	M1
T0、T1a	0	II	II	III	IVa	IVb
T1b	I	II	II	III	IVa	IVb
T2	II	II	III	III	IVa	IVb
T3	II	III	III	III	IVa	IVb
T4a	III	III	III	III	IVa	IVb
T4b	IVa	IVa	IVa	IVa	IVa	IVb

日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取扱い規約 第11版(2015年)」(金原出版)より一部改変

また、この病期分類には、日本の分類(表2)と国際的な分類(UICCによる分類)の2種類があり、国際的な分類が使われることもあります。

## 2) 治療の選択

食道がんの治療には、大きく分けて内視鏡的切除、手術、放射線治療、薬物療法(化学療法)の4つがあります。それぞれの治療法の特長を生かしながら、単独または組み合わせた治療を行います。

治療法は主に病期(表2)で決まりますが、同じ病期でも、患者さんの希望やがん以外の病気、体の全体的な状態を考慮して治療を決めていきます。担当の先生とよく相談し、十分に納得した上で治療を受けましょう。

図3～図5は、食道がんに対する治療方法を示したものです。担当医と治療方針について話し合うときの参考にしてください。

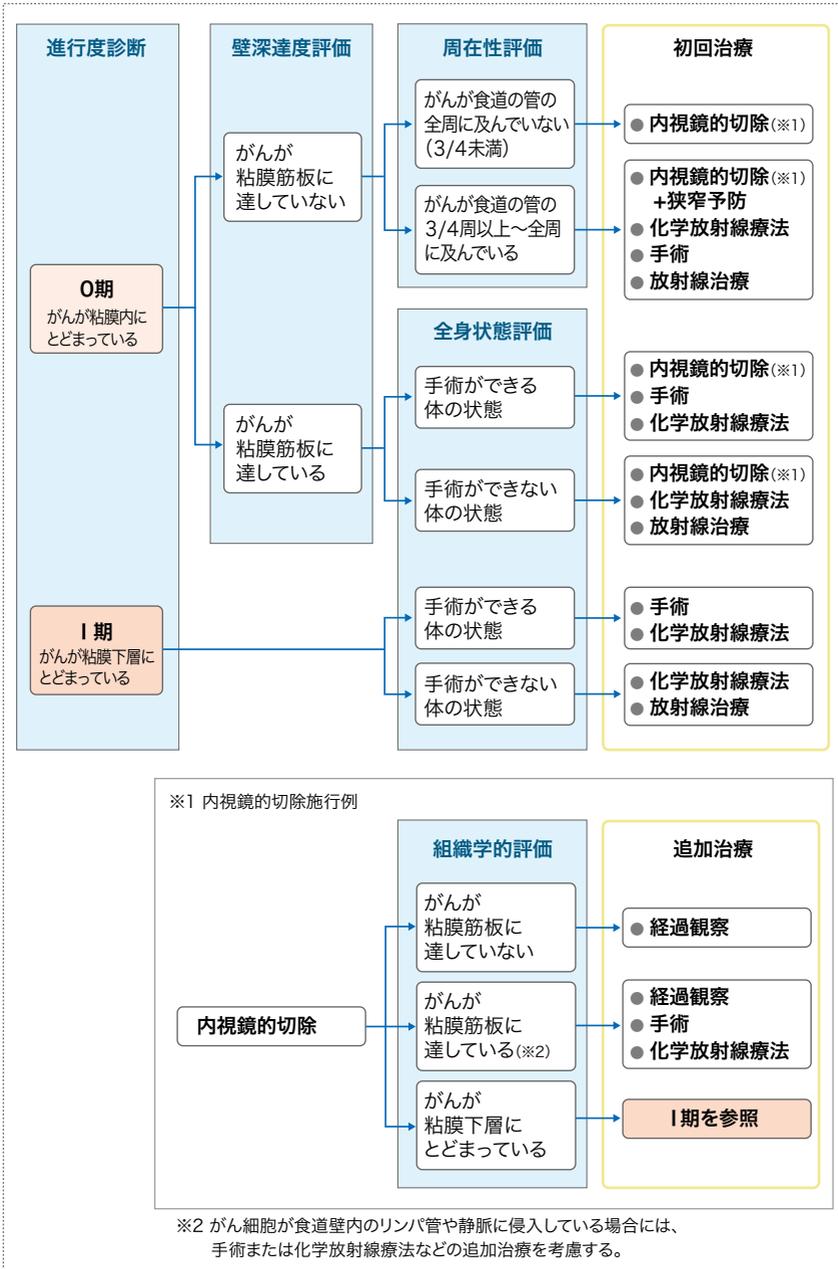
### (1) 0期の治療

粘膜にとどまるがんでは、食道を温存できる内視鏡的切除術が標準治療として推奨されています。病変の範囲が広く、内視鏡的切除後に食道が細くなる(狭窄<sup>きょうさく</sup>する)可能性が高い場合は、放射線治療や手術を行う場合があります。

### (2) I期の治療

I期では、手術が標準治療として推奨されています。状況によって、手術と化学放射線療法(放射線治療と化学療法の併用療法)のいずれかを行います。化学放射線療法は手術と同じくらいの治療効果が得られるという報告があります。

図3. 食道がんの治療の選択(0期・I期)

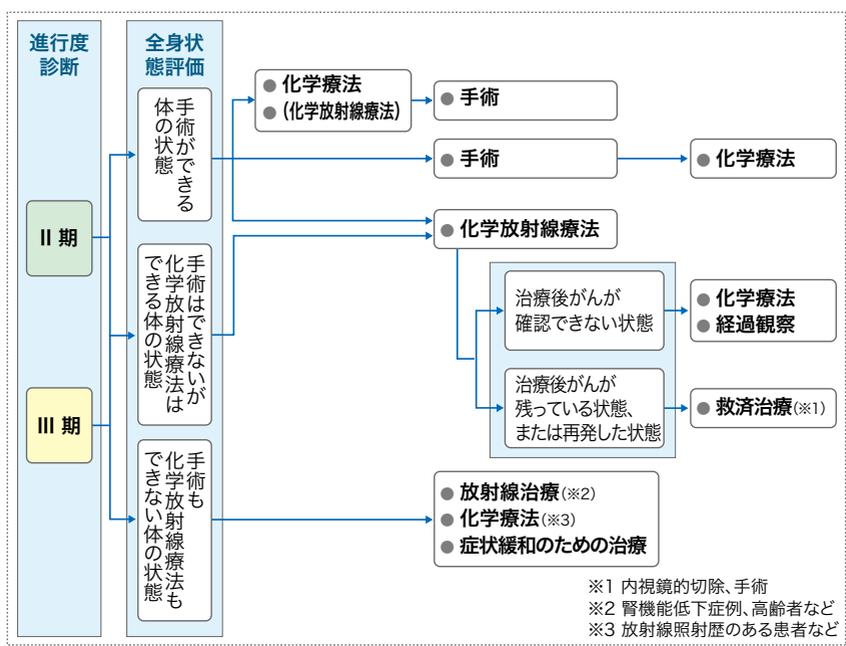


日本食道学会編「食道癌診療ガイドライン 2017年版」(金原出版)より作成

### (3) II期・III期の治療

II期・III期の標準治療は、治療前に体の状態を調べて、手術ができる体の状態である場合には手術が第一選択です。その中でも、まず化学療法を行って手術をする方法が標準治療とされています。体力的に手術ができない体の状態であると判断された場合や、手術を希望しない場合には、化学放射線療法や放射線治療単独療法を行います。

図4. 食道がんの治療の選択（II期・III期）

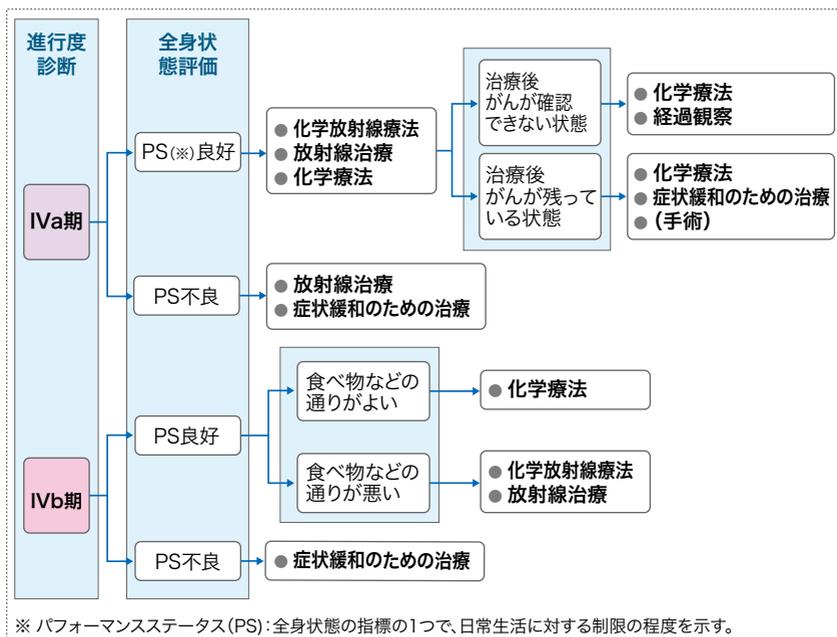


日本食道学会編「食道癌診療ガイドライン 2017年版」（金原出版）より作成

#### (4) IV期の治療

IVa期では、化学放射線療法が標準治療として推奨されています。IVb期では、化学療法が標準治療として推奨されています。がんによる痛みや狭窄などの症状がある場合は、これらを緩和する治療が重要になります。

図5. 食道がんの治療の選択 (IVa期・IVb期)



日本食道学会編「食道癌診療ガイドライン 2017年版」(金原出版)より作成

## 2 内視鏡治療

内視鏡治療は、食道内視鏡を用いて食道の内側からがんを切除する方法です。切除方法には、図6と図7に示す2つがあります。内視鏡治療の対象は、リンパ節転移のない0期の早期食道がんです。

切除された食道がんを含む組織は、顕微鏡で詳細に調べます。治療後にがんが残っている可能性や、リンパ節転移の可能性が高いと判断された場合は、手術や化学放射線療法などを追加して行うことがあります。

内視鏡治療の合併症として、出血、穿孔(食道に穴が開くこと)、狭窄などがありますが、その多くは内視鏡を使って対処することができます。

図6. 内視鏡的粘膜切除術 (EMR)

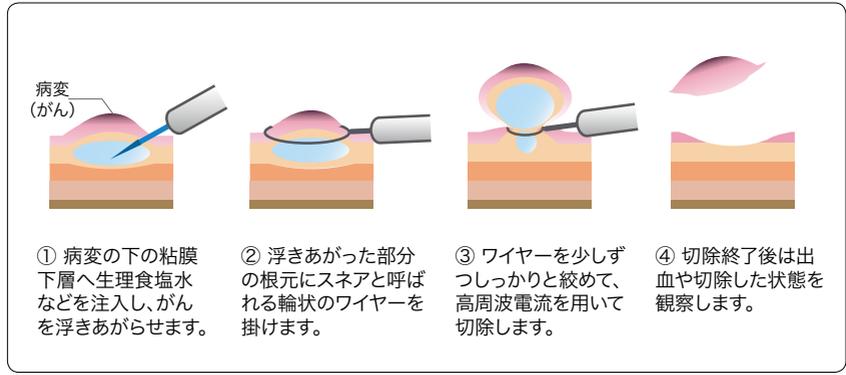
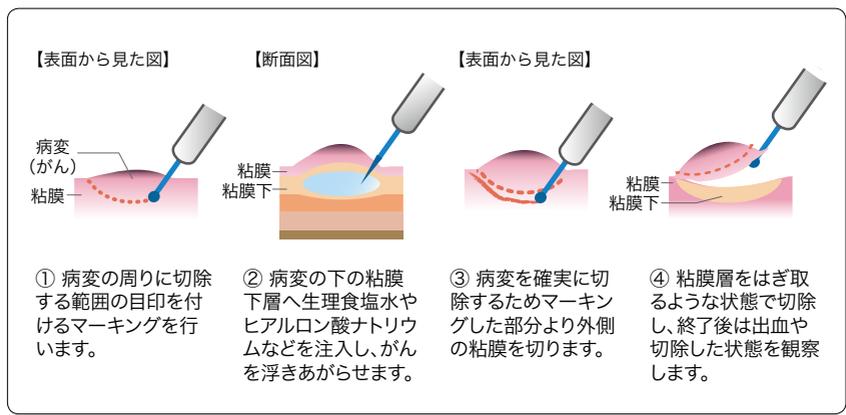


図7. 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)



## 3 手術(外科治療)

### 1) 手術について

手術は、現在食道がんに対する標準的な治療法です。がんを含めた食道と胃の一部を切除し、同時にリンパ節を含む周囲の組織も切除します(リンパ節郭清<sup>かくせい</sup>)。食道切除後には、胃や腸を使って食物の新しい通路をつくる手術(再建術)を行います。がんの発生する部位が、食道の頸部・胸部・腹部のどの部位かによって手術の方法が異なります。

#### (1) 頸部食道がん

がんが小さく頸部の食道にとどまっている場合、頸部食道のみを切除します。がんの大きさや場所によっては、のど(咽頭喉頭)や全食道を一緒に切除することもあります。食道の再建は、小腸の一部や胃を使って行います。咽頭喉頭を切除した場合、呼吸をする気管の入り口(永久気管孔)が首にできます。また、声帯がなくなるため声が出せなくなりますが、発声法の習得や電気式人工喉頭(発声を補助する器具)を使用することで、会話ができるようになります。

#### (2) 胸部食道がん

一般的に右胸部と頸部と上腹部を切開し、胸部食道全部と胃の一部を切除します。同時に、頸部・胸部・腹部にわたるリンパ節郭清が必要です。最近では、胸腔鏡や腹腔鏡などを使って傷を小さくする方法もあります。食道の再建は、胃を引き上げて残っている頸部食道とつないで行います。胃が使えない場合は、大腸や小腸を使います。

### (3) 腹部食道がん

原則は胸部食道がんと同様に手術を行います。食道と胃のつなぎ目にあるがん(食道胃接合部がん)では、食道の上部は残し、食道の下部と、胃の上半分または胃の全部を切除する方法があります。その場合は、腹部の切開のみで手術をすることがあります。いずれにしても周囲のリンパ節郭清が必要です。食道の再建は、残った胃や小腸を用いて行います。

### (4) バイパス手術

がんで食道がつまってしまった場合に、食事ができるようにすることを目的とした手術です。がんのある食道を残して、胃や腸を使って、頸部の食道から胃までを通る新しい食物の通り道を別につくります。バイパス手術に代わって食道ステント挿入を行う場合があります。

## 2) 手術に伴う主な合併症と対応

食道がんの手術に伴う合併症には、縫合不全(つなぎ目のほころび)、肺炎、<sup>させい</sup>嘔声(声のかすれ)、肝・腎・心臓などの臓器の障害などがあります。これらの合併症が死につながる確率は、2～3%とされています。特に、高齢者や別の臓器に障害をもっている人で起きやすくなります。

### (1) 縫合不全

手術のときに消化管を縫い合わせたところがうまくつながらなかった場合に、つなぎ目から食物や消化液が漏れて、炎症が起こり痛みや熱が出ます。縫合不全が生じると、食事の開始が遅れます。

- **対応**：食事を控えて様子をみながら治るのを待ちますが、場合によっては、再手術が必要になることもあります。

## (2) 肺炎

手術後は、寝ていることが多く、痛みもあり、肺の奥の痰が思うように出せなくなることから、肺炎を起こしてしまうことがあります。また、手術のときに、誤嚥<sup>ごえん</sup>防止の役割がある声帯の神経を触ることで、誤嚥しやすくなり、肺炎を起こすことがあります。

- **対応**：意識的に痰を出すことが大切です。歩くことで肺の奥の痰が出てきます。おなかに力を入れて痰を出すようにしましょう。それでも痰が出ない場合には保湿しましょう。ネブライザー（吸入器）を用いて気管支を広げる薬を使うこともあります。また、痛みを我慢すると、呼吸が浅くなり肺炎になりやすくなります。痛みは我慢しないで医師や看護師に相談して、痛みを和らげましょう。

## (3) 嚙声

手術のときに、発声の役割のある声帯を調節する神経（反回神経）を触ります。手術後に神経機能が低下し、声がかすれることがあります。多くの場合、神経機能は3～6カ月程度で回復します。嚙声があるときには、嚙下<sup>えんげ</sup>時にむせないように注意することも必要です。

- **対応**：食べ物や飲み物を飲み込むときにむせる場合には顎<sup>あご</sup>を引いて飲み込んでください。

## 4 放射線治療

放射線治療は、手術と同様にがんのある部分に対する治療で、食道や胃、または喉頭（声帯）の機能を温存することが可能です。高エネルギーのX線などをがんに直接あてて小さくします。通常、連日照射（週5日、6週間など）を行います。放射線単独で行

うよりも、化学療法と同時に行うほうが、より効果的です。

がんを治すことを目的にした治療(根治照射)と、がんによる症状を抑えるための治療(緩和照射)の2つがあります。

## 1) 根治照射

がんの広がりや、放射線をあてられる範囲にとどまっている場合には、がんの消失(治癒)を目指します。食道を温存するため、手術で食道を切除した場合と比較して、治療後の食生活への影響が少ないことが特徴です。

## 2) 緩和照射

がんが広範囲に広がっている場合に、がんがあることで痛みがあったり、周辺の臓器への圧迫や食道の狭窄などの症状が出たりすることがあります。その場合には、症状を緩和させるために放射線を照射することがあります。これを緩和照射と呼んでいますが、一般的に根治照射よりも短い期間で行うことが多いです。

### ● 副作用について

#### (1) 放射線治療中の副作用

照射された部位の食道の炎症による痛みやつかえ感が、治療開始後2週間から5週間ほど続きます。その他にも、皮膚の乾燥や日焼けに似た症状、白血球減少などがあります。程度が強い場合には、放射線治療や化学療法を中断することもあります。これらの副作用の程度には個人差がありますが、通常は治療後2週間から4週間ぐらいで改善します。

#### (2) 放射線治療後、数力月から数年後に起こりうる副作用

治療後時間がたって副作用が出現することがあり、これを晩期障

害といいます。心臓や肺や甲状腺が照射範囲に含まれていると、放射線による肺炎や心外膜炎・心のう水貯留、胸水貯留、甲状腺機能低下などが起こることがあります。治療が終了したあとも、担当医の継続的な診察が必要です。

## 5 薬物療法 (化学療法)

がん細胞を小さくする効果のある細胞障害性抗がん剤という種類の薬 (以下、抗がん剤) を、全身に広がったがん細胞に作用させます。

食道がんでは、がんや全身の状態により、薬を単独または複数組み合わせて用います。放射線や手術と組み合わせる場合には、状況に合わせて同時に行ったり、順番に行ったりします。

抗がん剤が用いられる場面は、

- I～Ⅲ期、Ⅳ期の一部に対する根治的放射線療法
- Ⅱ～Ⅲ期に対する術前化学療法
- Ⅱ～Ⅲ期に対する術後化学療法
- Ⅳ期に対する化学療法                      などがあります。

### 1) 5-FU+シスプラチン療法 (CF療法)

食道がんでも多く用いる併用療法です。シスプラチンは1日目に2時間で点滴し、5-FUはその後4～5日間連続で持続点滴します。3,000mL程度の点滴を連日行い、1週間ほどの入院が必要です。術前に行う場合には3週間ごとに2回、Ⅳ期の場合は4～6週間ごとに繰り返します。放射線と併用する場合には、4週間ごとに繰り返します。

## 2) 5-FU+シスプラチン+ドセタキセル療法(DCF療法)

5-FU+シスプラチン療法に、ドセタキセル(1日目に1時間の点滴)を加える治療法です。術前治療など、短い期間で腫瘍を縮小したい場合に多く用います。

## 3) ドセタキセル単独療法もしくはパクリタキセル単独療法

5-FU+シスプラチン療法の効果がなくなった場合には、薬剤をドセタキセル単独もしくはパクリタキセル単独に変えることで、腫瘍の増殖を抑えることができる可能性があります。ドセタキセルでは1時間半の点滴を3週間ごと、パクリタキセルでは1時間の点滴を毎週繰り返します。副作用が出現した場合には、休みを入れながら継続します。入院の必要はなく、外来で治療可能です。

### ● 副作用について

抗がん剤による副作用として、血液細胞が減る、<sup>こうくう</sup>口腔(口の中)や胃腸の粘膜の再生が起こりにくくなる、髪の毛や爪が伸びなくなる、感染しやすくなる、貧血、吐き気、口内炎、脱毛などの症状があらわれることがあります。起こり方や起こりやすさは個人によって異なります。

## 6 食道がんの集学的治療

がんの種類や進行度に応じて、手術、放射線治療、化学療法などのさまざまな治療法を組み合わせることを集学的治療といいます。近年、食道がんでは、手術と化学療法、化学療法と放射線治療といった組み合わせによる集学的治療が多く行われています。

## 1) 手術と化学療法の組み合わせ

### (1) 術前補助化学療法

日本では、Ⅱ期・Ⅲ期の胸部食道がんの場合、術前にシスプラチン+5-FU療法を行うことが標準的です。

### (2) 術後補助化学療法

食道がんで術前治療なく手術を行ったあと、病理検査の結果からリンパ節への転移が認められた場合、術後にシスプラチン+5-FU療法を行うことがあります。

## 2) 化学療法と放射線治療の組み合わせ(化学放射線療法)

化学放射線療法は、Ⅳa期の場合の標準治療です。Ⅳb期でも、症状緩和の目的で行うことがあります。それ以外の病期でも、患者さんの希望や全身の状態などによって、手術を行わない場合の完治を目指した治療として行います。一般的には、同時に化学療法と放射線照射を行います。

## 3) 化学放射線療法後の救済治療

Ⅱ期、Ⅲ期の食道がんに対する化学放射線療法のアとに、がんが残っていたり(遺残)、いったんは消失したように見えたけれども同じ場所に再発したりした場合に、手術や内視鏡治療を行うことがあります。これを救済治療といいます。救済治療としての手術は、合併症の発生頻度や術後の死亡率が高くなるとされています。

## 7 転移・再発

「転移」とは、がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って別の臓器に移動し、そこで成長することをいいます。

「再発」とは、手術で取りきれていなかった目に見えない小さながんが残っていて再びあらわれたり、抗がん剤治療や放射線治療でいったん縮小したがんが再び大きくなったり、治療後に別の場所への「転移」としてがんが見つかることを指します。再発の仕方にはリンパ節再発・局所再発・遠隔臓器再発があり、またこれらのいくつかが同時に起こる複合再発もあります。

食道がんの再発のほとんどは、リンパ節と肺、肝臓などの臓器や、骨への転移です。首の付け根のリンパ節に転移すると、首が腫れたり声がかすれたりします。胸やおなかのリンパ節に転移すると背中や腰に重苦しい痛みを感じることがあります。骨への転移の多くは痛みを伴います。肺や肝臓への転移の多くは症状がありませんが、咳や痰に血が混じる症状が出ることもあります。

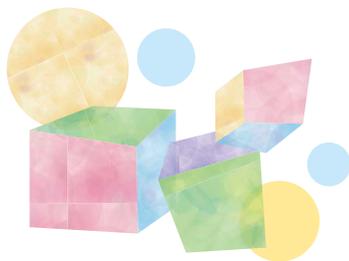
再発に対する治療は、再発部位・そのときの全身状態・初回に行った治療法、およびそのときの効果などを考慮して行います。再発症例の多くは延命や症状緩和を目指した治療となりますが、頸部に限られたリンパ節転移は切除することで完治することもあります。リンパ節再発に対しては放射線治療や化学療法が、肺・肝臓・骨などの遠隔臓器再発に対しては化学療法を行います。骨への転移や脳への転移による症状に対しては、緩和を目的とした放射線治療がよく行われます。

## 5. 療養

### 1 経過観察

食道がんの治療後は、全身状態や後遺症の確認、再発の早期発見を目的として、定期的な経過観察を行います。食道がんは食道の中に複数発生することが多く、また胃がんや頭頸部がんを共に発生することも多いため、多発がん・重複がんの早期発見も経過観察の目的の1つです。

定期検診では問診や診察とともに、血液検査、内視鏡検査、超音波検査、CT検査などを行います。診察や検査の時期や頻度は、初回治療時のがんの進行度や、行った治療法によって異なります。術後の再発は2年以内の早期に起こることが多いですが、それ以降に起こることもあります。首の腫れや声のかすれ、痛み、呼吸苦、血痰などの症状がある場合には早めに受診しましょう。



## 診断や治療の方針に納得できましたか？

治療方法は、すべて担当医に任せたいという患者さんがいます。一方、自分の希望を伝えた上で一緒に治療方法を選びたいという患者さんも増えています。どちらが正しいというわけではなく、患者さん自身が満足できる方法が一番です。

**まずは、病状を詳しく把握しましょう。** わからないことは、担当医に何でも質問してみましょう。治療法は、病状によって異なります。医療者とうまくコミュニケーションをとりながら、自分に合った治療法であることを確認してください。

**診断や治療法を十分に納得した上で、治療を始めましょう。**

## セカンドオピニオンとは？

担当医以外の医師の意見を聞くこともできます。これを「セカンドオピニオンを聞く」といいます。ここでは、①診断の確認、②治療方針の確認、③その他の治療方法の確認とその根拠を聞くことができます。聞いてみたいと思ったら、「セカンドオピニオンを聞きたいので、紹介状やデータをお願いします」と担当医に伝えましょう。

担当医との関係が悪くならないかと心配になるかもしれませんが、多くの医師はセカンドオピニオンを聞くことは一般的なことと理解しています。納得した治療法を選ぶために、気兼ねなく相談してみましょう。

メモ ( 年 月 日)

- **がんの場所** [ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ]
- **病期(ステージ)** [ I期 ・ II期 ・ III期 ・ IVa期 ・ IVb期 ]
- **がんの深達度** [ T1a ・ T1b ・ T2 ・ T3 ・ T4a ・ T4b ]
- **リンパ節への転移** [ あり ・ なし ]
- **別の臓器への転移** [ あり ・ なし ]

## 受診の前後のチェックリスト

- 後で読み返せるように、医師に説明の内容を紙に書いてもらったり、自分でメモをとったりするようにしましょう。
  - 説明はよくわかりますか。わからないときは正直にわからないと伝えましょう。
  - 自分に当てはまる治療の選択肢と、それぞれのよい点、悪い点について、聞いてみましょう。
  - 勧められた治療法が、どのようによいのか理解できましたか。
  - 自分はどう思うのか、どうしたいのかを伝えましょう。
  - 治療についての具体的な予定を聞いておきましょう。
  - 症状によって、相談や受診を急がなければならない場合があるかどうか確認しておきましょう。
  - いつでも連絡や相談ができる電話番号を聞いて、わかるようにしておきましょう。
- ● —
- 説明を受けるときには家族や友人と一緒にの方が、理解できて安心だと思えるようであれば、早めに頼んでおきましょう。
  - 診断や治療などについて、担当医以外の医師に意見を聞いてみたい場合は、セカンドオピニオンを聞きたいと担当医に伝えましょう。

### 参考文献：

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域がん登録2013年全国推計値、2017年  
日本食道学会編、食道癌診療ガイドライン 2017年版、金原出版  
日本食道学会編、臨床・病理 食道癌取扱い規約 第11版、2015年、金原出版

## 国立がん研究センターがん対策情報センター作成の本

### ● がんの冊子

各種がんシリーズ

がんと療養シリーズ 緩和ケア 他

がんと仕事のQ&A

### ● がんの書籍 (がんの書籍は書店などで購入できます)

がんになったら手にとるガイド 普及新版 別冊『わたしの療養手帳』

もしも、がんが再発したら

閲覧・  
入手方法

#### ● インターネットで

ウェブサイト「がん情報サービス」で、冊子ファイル (PDF) を閲覧したり、ダウンロードして印刷したりすることができます。

がん情報サービス <https://ganjoho.jp>

がん情報



#### ● 病院で

上記の冊子や書籍は、全国のがん診療連携拠点病院などの「がん相談支援センター」で閲覧・入手することができます。

上記の冊子・書籍の閲覧方法や入手先がわからないときは、「がん情報サービス」または「がん情報サービスサポートセンター」でご確認ください。

がん情報サービス  
サポートセンター



0570-02-3410 ナビダイヤル

03-6706-7797

受付時間：平日 10時～15時  
(土日祝日、年末年始を除く)

\*相談は無料ですが、通話料金をご利用される方のご負担となります。

### がんの冊子 各種がんシリーズ 食道がん

2008年9月 第1版第1刷 発行

2018年4月 第3版第1刷 発行

2021年6月 第3版第2刷 発行

編集：がん情報サービス がん情報編集委員会

発行：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

協力：全国がんセンター協議会

国立がん研究センターがん対策情報センター 患者・市民パネル

この冊子は、厚労科研 (H29 がん対策 - 一般 - 005) の研究成果をもとに作成されました。

## 食道がん

国立がん研究センター  
がん対策情報センター

## がん相談支援センター について

がん相談支援センターは、全国の国指定のがん診療連携拠点病院などに設置されている「がんの相談窓口」です。患者さんやご家族だけでなく、どなたでも無料で面談または電話によりご利用いただけます。

相談された内容がご本人の了解なしに、患者さんの担当医をはじめ、ほかの方に伝わることはありません。

わからないことや困ったことがあればお気軽にご相談ください。

がん相談支援センターやがん診療連携拠点病院、がんに関するより詳しい情報はウェブサイトをご覧ください。

「がん情報サービス」 <https://ganjoho.jp>

がん情報

🔍 検索



つくるを支える  
届けるを贈る

がん情報ギフト

国立がん研究センターは、皆さまからのご寄付で「確かな・わかりやすい・役立つ」がん情報をつくり、全国の図書館などにお届けするキャンペーンを行っています。ぜひご協力ください。

国立がん研究センターがん情報サービス [ganjoho.jp](https://ganjoho.jp)