

しょく どう
食道がん

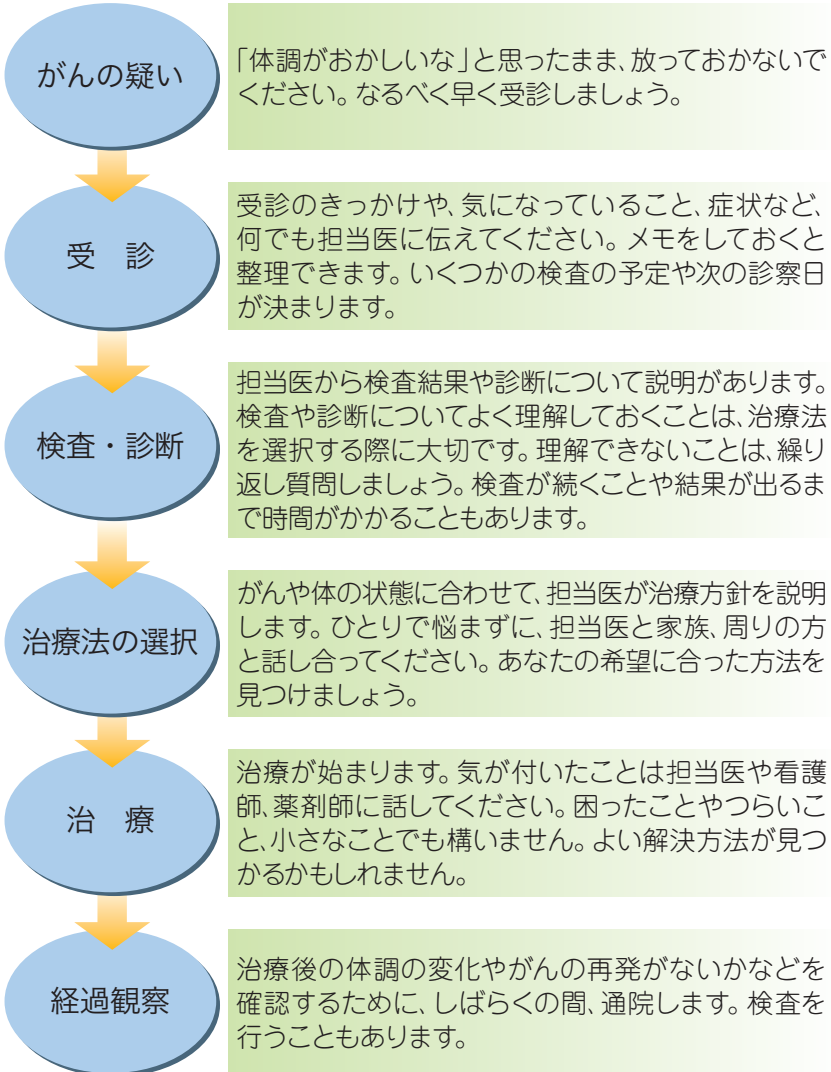
受診から診断、治療、経過観察への流れ



患者さんに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. 食道がんについて	3
3. 検査	6
4. 治療	9
1 ステージ（病期）と治療の選択	9
2 内視鏡的切除	17
3 手術（外科治療）	19
4 放射線治療	20
5 薬物療法（化学療法）	22
6 化学放射線療法	24
7 緩和ケア／支持療法	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ばまずは次の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。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うとよいでしょう。分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視点や経験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聞くことも可能です。

「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、人によりさまざまです。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。

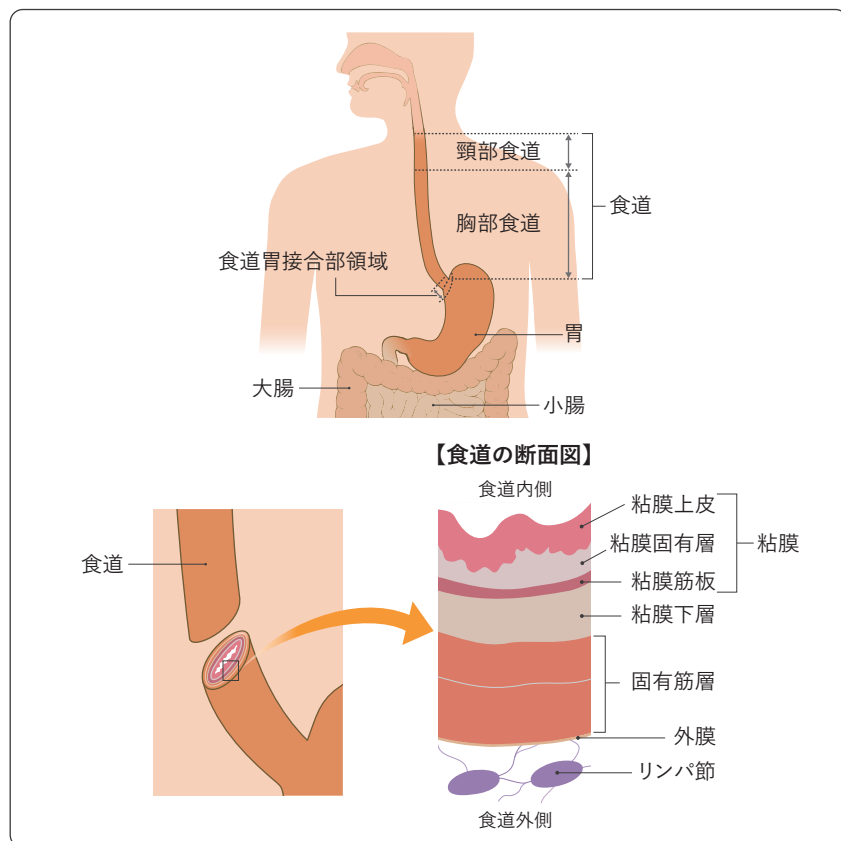
情報をどう集めたらよいか、病気に対してどう心構えを決めたらよいか分からない、そんなときには、裏表紙にある「がん相談支援センター」を利用するのも1つの方法です。困ったときにはぜひご活用ください。

2. 食道がんについて

1 食道について

食道は、^{いんとう}咽頭(のど)と胃の間をつなぐ^{くだ}管状の臓器です。咽頭付近を頸部食道、胸の付近を胸部食道、胃と食道がつながる上下2cmの部分^{くだ}を食道胃接合部領域と呼びます(図1上)。

図1. 食道の構造



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、周囲にはリンパ節があります(図1下)。

2 食道がんとは

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。食道のどこにでもできる可能性がありますが、約半数が食道の中央付近からできます。また、食道内にいくつも同時にできることもあります。

食道の壁の粘膜内にとどまるがんを早期食道がん、粘膜内から粘膜下層までのがんを食道表在がんと呼びます。

食道の粘膜から発生したがんは、大きくなると食道の外側へと広がっていき(浸潤)、食道の壁を越えて気管や大動脈などの周囲の臓器にまで直接広がっていきます。また、食道の壁内にあるリンパ管や血管にがんが浸潤し、リンパ液や血液の流れに乗って、食道外にあるリンパ節や肺、肝臓などの他の臓器へと移っていきます。これを転移といいます。

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。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、嘔声(声のかすれ)などの症状が出ます。

胸の違和感は、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。

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戻すようになります。飲食物がつかえると食事の量が減り、体重が減少します。

がんが進行して食道の壁を越え、周囲にある肺・背骨・大動脈などに浸潤すると、胸の奥や背中に痛みを感じるようになります。また、食道がんが大きくなり、気管や気管支を圧迫したり、気管や気管支などに浸潤したりすると、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に浸潤すると声がかすれることがあります。

なお、胸や背中の痛み、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起こります。このような症状がある場合には、肺や心臓、のどだけでなく、食道の検査も受けることが大切です。内科や消化器内科などの身近な医療機関を受診するようにしましょう。

4 組織型分類(がんの種類による分類)

がんの組織型分類(がんの種類による分類)では、食道がんの組織型は、扁平上皮がんへんぺいというタイプが90%弱で、腺がんというタイプは7%程度です。まれに、この2つ以外の組織型であることもあります。

3. 検査

食道がんが疑われた場合には、まず、「がんかどうかを確定するための検査」として、上部消化管内視鏡検査か上部消化管造影検査が行われます。上部消化管内視鏡検査は、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。

治療方針を決めるためのがんの進行度を診断する検査では、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ます。そのために、超音波内視鏡検査、CT検査、MRI検査、超音波（エコー）検査、PET検査などが行われます。

1 上部消化管内視鏡検査

上部消化管内視鏡検査は、食道の粘膜の色や凹凸などを直接観察する検査です。また、異常な部分の組織を採取し（生検^{せいけん}）、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、画像を拡大して観察したりすることがあります。

2 上部消化管造影検査

バリウムなどの造影剤を飲んで、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。

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つです。内視鏡の先端についた超音波装置を用いて、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、より詳細に調べることができます。

4 病理検査・病理診断

上部消化管内視鏡検査で採取した組織に「がんがあるのか」「がんはどのような種類なのか」などについて顕微鏡を使って検査し、診断します。

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出来る検査です。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

体の表面から超音波プローブ(探触子^{たんしょくし})をあて、腹部と頸部(首)を調べる検査です。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、気管、甲状腺、頸動脈などの周囲の臓器との関係も調べます。

7 PET 検査

全身のがん細胞を検出する検査で、転移の有無を調べるために行われます。がん細胞は正常細胞よりも活発に増殖するため、エネルギー源としてブドウ糖を多く取り込みます。PET 検査では、FDG（放射性フッ素を付加したブドウ糖）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）

腫瘍マーカー検査は、診断の補助や、治療の効果をみることを目的に行います。腫瘍マーカーとは、がん細胞やがん細胞に反応した細胞によって作られるタンパク質などの物質です。腫瘍マーカーの値の変化だけでは、がんの有無やがんが進行しているかどうかは確定できず、がんがあっても値が高くないこともあります。

食道がんの扁平上皮がんではSCC（扁平上皮がん関連抗原）とCEA（がん胎児性抗原）、腺がんではCEAを測定します。がんの有無やがんがある場所は、腫瘍マーカーの値だけでは確定できないため、画像検査など、その他の検査の結果も合わせて、医師が総合的に判断します。

4. 治療

食道がんの治療には、内視鏡的切除、手術、放射線治療、薬物療法、化学放射線療法などがあります。また、診断されたときから、がんに伴う心と体のつらさなどを和らげるための緩和ケア／支持療法を受けることができます。

1 ステージ(病期)と治療の選択

治療は、がんの進行の程度を示すステージ(病期)やがんの性質、体の状態などに基づいて検討します。

1) ステージ(病期)

ステージ(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するにつれて0期～ⅣA、ⅣB期まであります。なお、ステージのことを進行度ということもあります。

ステージは、次のTNMの3種のカテゴリー（TNM分類）の組み合わせで決まります(表1)。

Tカテゴリー：原発腫瘍*の広がり(深達度) (図2)

Nカテゴリー：領域リンパ節(食道の近くにあるリンパ節)
に転移したがんの個数

Mカテゴリー：遠隔転移(がんができた場所から離れた臓器
やリンパ節への転移)の有無

*原発腫瘍とは、原発部位(がんがはじめに発生した部位)にあるがんのことで、原発巣ともいわれます。

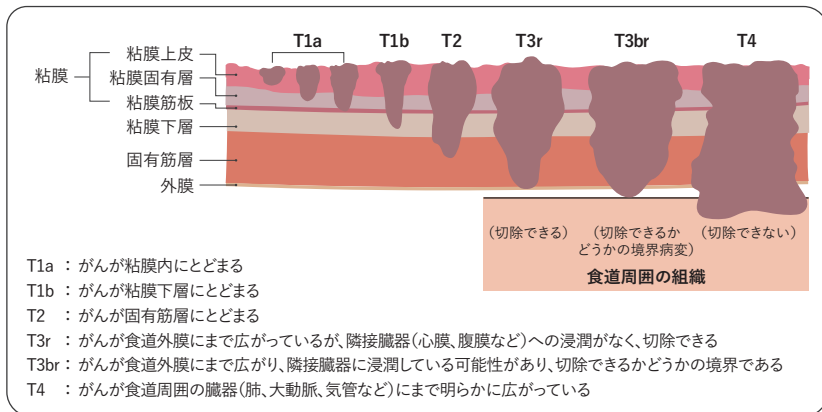
表 1. 食道がんの T・N・M 各因子の分類 (日本食道学会による分類)

T因子 (原発巣の広がり) [図2参照]	T1a	がんが粘膜内にとどまる
	T1b	がんが粘膜下層にとどまる
	T2	がんが固有筋層にとどまる
	T3r	がんが食道外膜にまで広がっているが、隣接臓器(心膜、腹膜など)への浸潤がなく、切除できる
	T3br	がんが食道外膜にまで広がり、隣接臓器に浸潤している可能性があり、切除できるかどうかの境界である
	T4	がんが食道周囲の臓器(肺、大動脈、気管など)にまで明らかに広がっている
N因子※ (リンパ節転移)	N0	リンパ節転移がない
	N1	領域リンパ節内に、リンパ節転移が1~2個ある
	N2	領域リンパ節内に、リンパ節転移が3~6個ある
	N3	領域リンパ節内に、リンパ節転移が7個以上ある
M因子※ (遠隔転移)	M0	遠隔転移がない
	M1a	切除による治療効果が期待できる領域外リンパ節(がんから離れたリンパ節)に転移がある
	M1b	M1a以外の領域外リンパ節または遠隔臓器(食道から離れた臓器)に転移がある

※ 食道がんがある場所ごとに、転移の頻度や切除による効果を総合的に判断して、「領域リンパ節」および「切除による効果が期待できる領域外リンパ節」が分類されています。

日本食道学会編. 臨床・病理 食道癌取扱い規約 第12版. 2022年, 金原出版.
を参考に作成

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12版. 2022年, 金原出版.
を参考に作成

進行度分類は、治療方針を決めるときに使う「臨床的進行度分類」と、切除した病変を病理診断し、実際のがんの広がりを評価した「病理学的進行度分類」があります。また、食道がんは、扁平上皮がんと腺がんでは、進行度分類が異なります。

この冊子では、扁平上皮がんの臨床的進行度分類を掲載しています(表2)。食道胃接合部の腺がんの場合は、胃がんの病期分類に従って進行度を判断します。

表2. 食道がん(扁平上皮がん)の臨床的進行度(ステージ)分類 (日本食道学会による分類)

壁深達度 \ 転移	N0	N1	N2, N3, M1a	M1b
T0, T1a	0	Ⅱ	ⅢA	ⅣB
T1b	I	Ⅱ	ⅢA	ⅣB
T2	Ⅱ	ⅢA	ⅢA	ⅣB
T3r	Ⅱ	ⅢA	ⅢA	ⅣB
T3br	ⅢB	ⅢB	ⅢB	ⅣB
T4	ⅣA	ⅣA	ⅣA	ⅣB

日本食道学会編. 臨床・病理 食道癌取り扱い規約 第12版. 2022年, 金原出版.
を参考に作成

なお、この進行度分類には、日本の分類(表2)と国際的な分類(UICCによる分類)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

治療は、がんのステージに応じた標準治療を基本として、本人の希望や生活環境、年齢を含めた体の状態などを総合的に検討し、担当医と話し合って決めていきます。

図3～図6(P13～P16)は、食道がんの標準治療を示したものです。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 (図3)

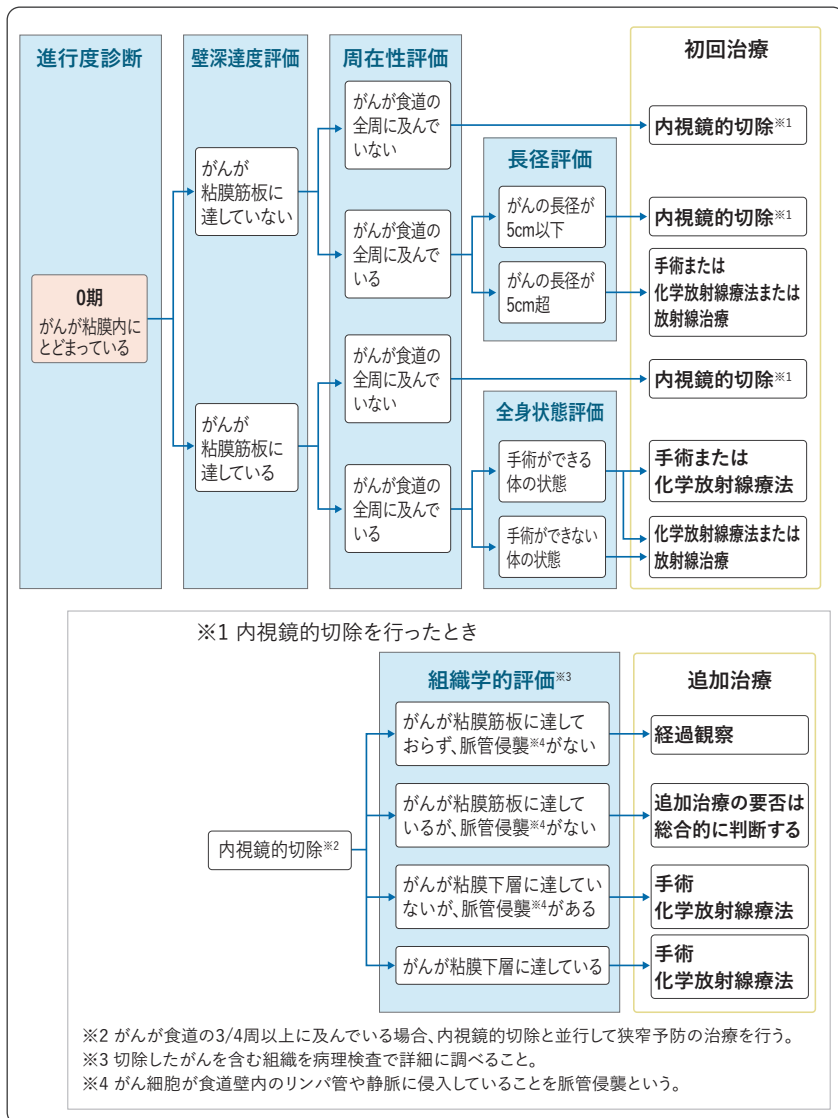
粘膜にとどまるがんでは、食道を温存できる内視鏡的切除が標準治療として推奨されています。内視鏡的切除の対象は、リンパ節転移のない0期の早期食道がんのうち、食道の全周に及んでいないがんが、全周に及んでいる場合は長さが5cm以下のがんです。

内視鏡的に切除したがんを含む組織は、病理検査で詳細に調べます。がん細胞が粘膜下層に浸潤している、リンパ管や静脈に侵入しているなど、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、内視鏡的切除後に化学放射線療法や手術を行う場合があります。

粘膜にとどまるがんのうち、がんが食道の全周に及んでおり、かつ長さが5cmを超える場合には、手術または化学放射線療法または放射線治療を行います。化学放射線療法は、内視鏡治療を行うことが難しい、食道の3/4周以上にがんが及ぶ場合や、がんが粘膜下層に深く浸潤している場合にも行われます。また、体の状態によってはがんの大きさや深さに関わらず行われることもあります。

なお、内視鏡的切除を行った場合で、がんが食道の3/4周以上に及んでいるときは、狭窄予防のための治療が行われます。

図3. 食道がんの治療の選択(0期)

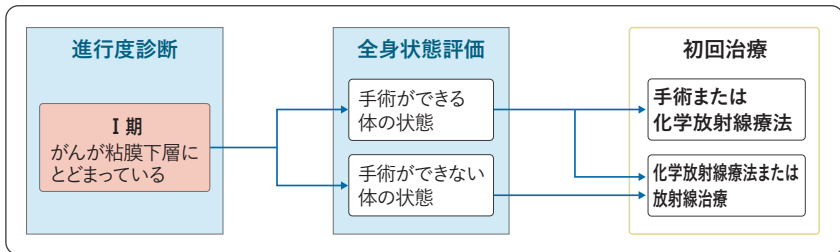


日本食道学会編. 食道癌診療ガイドライン 2022年版. 2022年, 金原出版. を参考で作成

(2) I期の治療(図4)

I期では、手術または化学放射線療法が標準治療として推奨されており、体の状態によって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4. 食道がんの治療の選択(I期)



日本食道学会編. 食道癌診療ガイドライン 2022年版. 2022年. 金原出版. を参考で作成

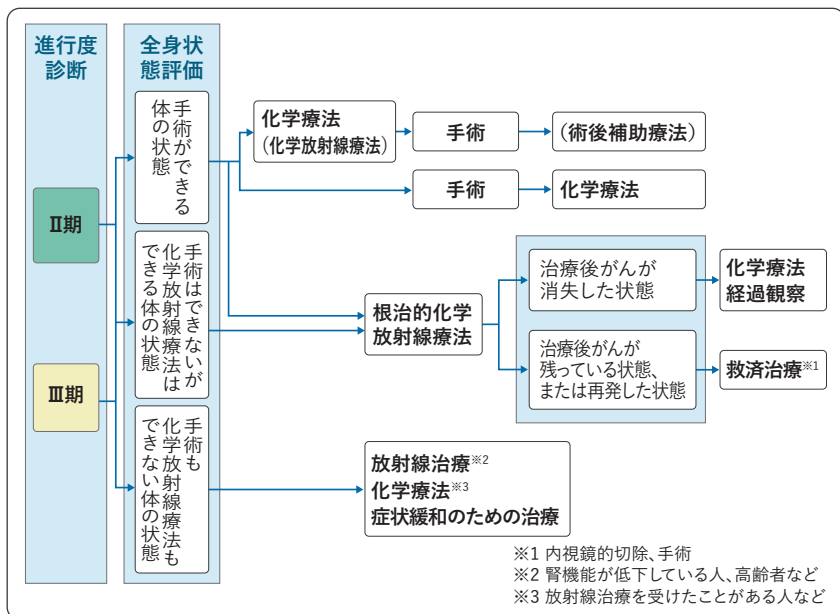
(3) II期・III期の治療(図5)

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、細胞障害性抗がん薬を用いた化学療法を行ってから手術をする方法が標準治療とされています。なお、手術の前に化学放射線療法を行い、がんを切除することができたものの、その後の病理検査の結果で、がんが完全に消えたことが確かめられなかった場合には、術後補助療法として免疫チェックポイント阻害薬を使うことが勧められています。化学療法を行わずに手術を行い、その後の病理検査でリンパ節への転移が認められたときには、手術のあとに細胞障害性抗がん薬を用いた化学療法を行うことがあります。

体力的に手術はできないが、化学放射線療法はできる体の状態と判断された場合や、手術を希望しない場合は、完治を目指した治療として根治的放射線療法を行います。根治的放射線療法のために、がんが残っていたり（遺残）、消失したようにみえたけれども同じ場所に再発したりしたときには、救済治療として、手術や内視鏡治療を行うことがあります。この場合の内視鏡治療は、食道内のみの小さな病変に対して、内視鏡的切除や、光線力学療法（薬剤とレーザーを組み合わせた治療）が用いられることもあります。

手術も化学放射線療法もできない体の状態だと判断された場合は、放射線治療単独療法や化学療法などを行います。

図5. 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 2022年版. 2022年, 金原出版, を参考で作成

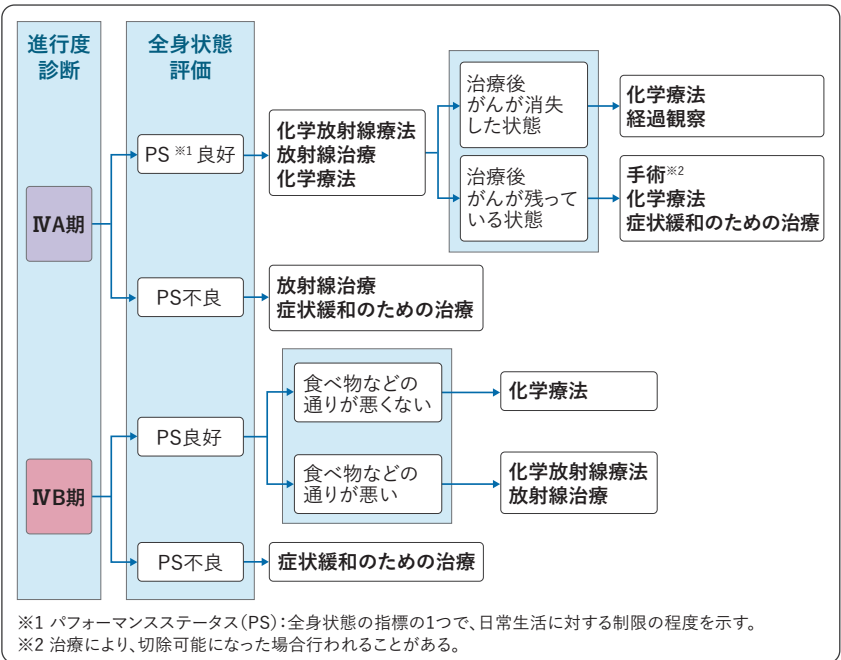
(4) IV期の治療 (図6)

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おり、免疫チェックポイント阻害薬と細胞障害性抗がん薬を組み合わせた治療を行います。体の状態を表す指標の1つであるパフォーマンスステータスが良好であること、臓器の機能が保たれていること、食道が狭くなって食物が通りにくくなっていないことなどの条件を参考に、治療が可能かどうかを検討します。

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です。

図6. 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 2022年版. 2022年. 金原出版. を参考に作成

2 内視鏡的切除

内視鏡的切除は、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、内視鏡の先端から、スネアと呼ばれる輪状の細いワイヤーをかけて、病変を切除する内視鏡的粘膜切除術（EMR）（図7）と、高周波ナイフで粘膜下層から病変をはがすように切除する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）（図8）があります。

内視鏡的切除の対象は、リンパ節転移のない0期の早期食道がんのうち、食道の全周に及んでいないがんか、全周に及んでいる場合は5cm以下のがんです。

切除したがんを含む組織は、病理検査で詳細に調べます。がん細胞が粘膜下層に広がっている、リンパ管や静脈に侵入しているなど、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、内視鏡的切除後に化学放射線療法や手術を行う場合があります。

内視鏡的切除の合併症として、出血、穿孔（^{せんこう}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。なお、出血や穿孔が起こると、吐き気や嘔吐（^{おうと}）などの症状が出てきます。そのほかにも、腹痛やめまい、発熱など、治療後に何らかの体調の変化を感じたときには、医師や看護師に伝えることが必要です。

図7. 内視鏡的粘膜切除術 (EMR)

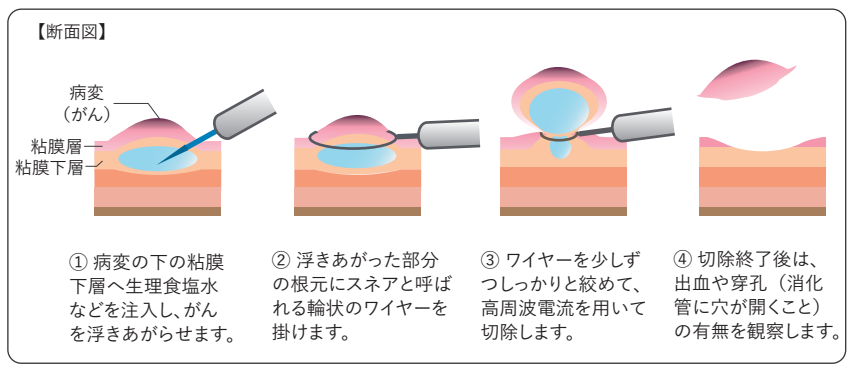
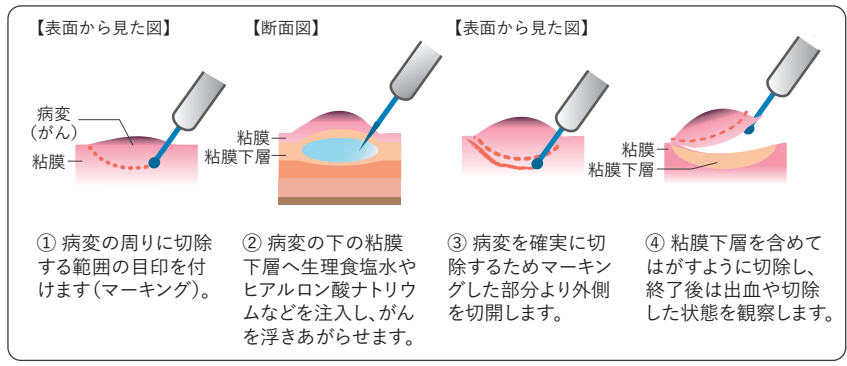


図8. 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)



3 手術（外科治療）

1) 手術について

手術は、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^{かくせい}）。食道切除とともに、胃や腸を使って食物の新しい通路を造る手術（再建手術）を行います。がんが、食道の頸部・胸部・食道胃接合部のどの部位にできた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^{こうとう}）や食道すべてを一緒に切除することもあります。食道の再建手術は、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）を首に作ります。また、声帯がなくなるため声が出せなくなります。そのため、発声法の習得や電気式人工喉頭（発声を補助する器具）を使用したリハビリテーションを行います。

(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^{きょうくうきょう}や腹腔鏡^{ふくくうきょう}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ぎます。胃が使えない場合は、大腸や小腸を使います。

(3) 食道胃接合部がん

食道と胃のつなぎ目にできる食道胃接合部がんの手術は、がんが食道側にどれくらい浸潤しているかによって、方法が異なります。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、大腸を用いて行います。

(4) バイパス手術

がんが大きくなって食道が著しく狭くなり、食物が通らなくなった場合に、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、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。

2) 手術に伴う主な合併症

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、嚔声（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。

4 放射線治療

放射線治療には、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。

手術と同様にがんのある部分に対して行う治療で、食道や胃、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。

また、放射線治療単独で行うよりも、化学療法と同時に行う化学放射線療法のほうがより効果的で、内視鏡的切除が難しい0期～ⅣA期のがんに対し、根治を目指して行われることがあります。このように、放射線治療と化学療法など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。

1) 根治照射

がんの広がりや、放射線を照射でき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。食道を温存できるため、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

がんによる痛み、周辺の臓器の圧迫、食道が狭窄することによる食物のつかえといった症状がある場合には、症状を緩和する目的で、症状の原因になっている病変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びます。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。

3) 放射線治療の副作用

(1) 放射線治療中の副作用

治療開始後2週間から3週間ほど経過すると、放射線を照射している部位の食道が炎症を起こすことによる痛みやつかえ感が出てきます。また、嘔声（声のかすれ）が起こることもあります。

そのほかにも、皮膚の乾燥や日焼けに似た症状、白血球減少などが起こることがあります。症状の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、通常は治療終了後、2週間から4週間ぐらいで改善します。

(2) 放射線治療後、数カ月から数年後に起こりうる副作用

治療後、時間がたってから出現する晩期の副作用を晩期反応といいます。放射線治療による肺炎や心外膜炎(心臓の表面に炎症が起こること)・心のう水貯留(心臓と心臓をおおう膜の間に通常より多い量の水が溜まること)、胸水貯留、甲状腺機能低下(甲状腺ホルモンが少なくなることによって、疲労感やむくみなどの症状が出る)などが起こることがあります。そのため、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)

食道がんの薬物療法には、根治を目指した集学的治療として行われる薬物療法と、切除不能進行・再発食道がんに対して行われる薬物療法があります。集学的治療とは、がんの種類や進行度に応じて、手術、放射線治療、薬物療法(化学療法)などのさまざまな治療法を組み合わせることです。近年、食道がんでは、手術と薬物療法(化学療法)、薬物療法(化学療法)と放射線治療を組み合わせた集学的治療が多く行われています。

1) 薬物療法(化学療法)で用いる薬

食道がんの薬物療法で使う薬には、細胞障害性抗がん薬と免疫チェックポイント阻害薬があります。細胞障害性抗がん薬は、細胞が増殖する仕組みの一部を邪魔することで、がん細胞を攻撃する薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、免疫ががん細胞を攻撃する力を保つ(がん細胞が免疫にブレーキをかけるのを防ぐ)薬です。

どの種類の薬を使うかは、治療の目的、がんの状態や臓器の機能、薬物療法に伴って起こることが想定される副作用などについて、本人と担当医が話し合っていて決めていきます。薬に関する詳しい情報は、治療の担当医や薬剤師などの医療者に尋ねてみましょう。

2) 薬物療法の副作用

細胞障害性抗がん薬は、がん細胞だけでなく正常な細胞にも影響を与えるため副作用が起こります。副作用には、だるさ、吐き気、食欲不振、口内炎、髪や爪が伸びなくなるなどの自分で気付く症状と、白血球の減少、血小板の減少、貧血などの検査で分かる副作用があります。また、白血球が減少することによって感染しやすくなります。

副作用の程度は人により異なります。自分が受ける薬物療法について、いつどんな副作用が起こりやすいか、どう対応したらよいか、特に気をつけるべき症状は何かなど、治療が始まる前に担当医に確認しておきましょう。

6 化学放射線療法

化学放射線療法は、一般的には、化学療法と放射線照射が同時に行われます。また、放射線治療単独で行うよりも、化学療法と同時に行う化学放射線療法のほうがより効果的で、内視鏡的切除が難しい0期～ⅣA期のがんに対し、根治を目指して行われることがあります。ⅣB期でも症状緩和の目的で行われることがあります。

7 緩和ケア／支持療法

がんになると、体や治療のことだけではなく、仕事のことや、将来への不安などのつらさも経験するといわれています。

緩和ケア／支持療法は、がんに伴う心と体、社会的なつらさを和らげたり、がんそのものによる症状やがんの治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽くしたりするために行われる予防、治療およびケアのことです。

決して終末期だけのものではなく、がんと診断されたときから始まります。つらさを感じるときには、がんの治療とともに、いつでも受けることができます。本人にしか分からないつらさについても、積極的に医療者へ伝えましょう。

5. 療養

1 経過観察

食道がんの根治切除後は、定期的に通院して検査（経過観察）を受けます。経過観察の目的は、(1)再発の早期発見・早期治療、(2)体の状態やQOL(生活の質)の評価と改善、(3)食道の中に複数の病変が発生する多発がんや、食道がんの重複がん(同じ人の異なる部位に発生するがん)である、胃がんや頭頸部がんなどの早期発見・早期治療です。

再発の早期発見を目的とした検査では、問診やCT検査、上部消化管内視鏡検査などが行われます。多発がんや重複がんの早期発見のためには、上部内視鏡検査による定期的かつ慎重な観察が必要とされています。

診察や検査の時期や頻度は、初回治療時のがんの進行度、治療の目的や受けた治療、治療の効果、治療後の時間経過によって異なりますが、おおよそ年1～4回程度です。

なお、術後の再発は、2年以内のことが多いですが、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、呼吸が苦しい、血痰などの症状がある場合はすぐに受診しましょう。

2 日常生活を送る上で

規則正しい生活を送ることで、体調の維持や回復を図ることができます。禁煙、禁酒、バランスのよい食事、適度な運動などを日常的に心がけることが大切です。症状や治療の状況により、日常生活の注意点は異なりますので、体調をみながら、担当医とよく相談して無理のない範囲で過ごしましょう。

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。分からないことは、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理解し、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** [頸部食道・胸部食道・食道胃接合部領域]
- **ステージ(病期)** [0期・I期・II期・ⅢA期・ⅢB期・ⅣA期・ⅣB期]
- **がんの深達度** [T0・T1a・T1b・T2・T3r・T3br・T4]
- **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

- あと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。
 - 説明はよく分かりますか。分からないときは正直に分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、分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ほうが、理解できて安心だと思うようであれば、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：

日本食道学会編、食道癌診療ガイドライン 2022年版、2022年、金原出版。

日本食道学会編、臨床・病理 食道癌取り扱い規約 第12版、2022年、金原出版。

日本消化器内視鏡学会ウェブサイト、食道癌に対するESD/EMRガイドライン；2022年（閲覧日2023年3月7日）<https://www.jges.net/>

国立がん研究センター作成の本

● 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

がんと診断されたあなたに知ってほしいこと 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

検索

● 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分からないときは、「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

2023年4月第4版第1刷 発行

編集：国立がん研究センター がん情報サービス編集委員会

発行：国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1 TEL. 03-3542-2511

本冊子の作成にご協力いただきました方々のお名前は、「がん情報サービス」の作成協力者 (団体・個人) に掲載しております。また、お名前の掲載はしていませんが、その他にも多くの方にご協力をいただきました。



ISBN 978-4-910764-49-8

食道がん

国立がん研究センター



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、他の方に伝わることはありません。

分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