

日本における高度肥満症に対する 安全で卓越した外科治療のためのステートメント2010

日本肥満症治療学会

世界で高度肥満症が急増し、2008年度には30万例を超す外科治療法(手術)が行われた。我が国におけるこの治療法の普及に備えて、日本肥満症治療学会とその外科部会であるJapanese Society for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders(JSSO)は、安全で効果的な手術が行われるべく、ガイドライン作成の方針と目標をステートメントとして公表する。

このステートメントは国際肥満外科・代謝外科連盟(International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders : IFSO)の日本部会であるJSSOが、IFSOの方向性を尊重しつつ、日本肥満学会、日本内視鏡外科学会、日本消化器内視鏡学会、内視鏡下肥満外科治療研究会およびその他国内関係学会の意見を聞き、我が国の実情に沿うべく作成されたものである。

従ってステートメントの内容は、日本の実情に合わせた指針作りと目標とすべき高度肥満症治療の手術を実施する外科医や施設に対し、安全性と実効性に関する要件を提案する。

基本方針

肥満症外科治療の先進国である西欧諸国の経験、結果に基づいた国際的な基準があり、これを十分に取り入れ、我が国の現状に合わせ、改編するものとする。

- 1) 外科治療の目的達成には、手術の安全確保に加えて、術後の長期的観察および生活指導(フォローアップ)が重要であり、そのために内科医、精神科医、その他の医療者との協働が不可欠であることを示す。
- 2) 手術対象となる高度肥満患者には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肝機能障害、睡眠時無呼吸症候群、運動器疾患をはじめ多くの併存疾患があり、これらの治療が主目的であることが認識されるべきである。そのために肥満症の病態に関する知識を十分に踏まえ、手術適応基準を提言し、さらに術後、必要十分な減量とともに病態改善が総合的に得られるための要件を提示する。

具体的項目

1. 高度肥満症に対する外科治療医師の要件

担当外科医は下記3項目を充足していることが望ましい。

- 1) 消化器外科領域の認定資格を持つもの。具体的には、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本消化器内視鏡学会、日本内視鏡外科学会などの指導医、専門医、認定医、技術認定資格などを有するもの。
- 2) 高度肥満症の病態と治療に関し研鑽を積み、それらの国内、国際学会に属するもの。具体的には、日本肥満症治療学会、日本肥満学会、国際肥満外科・代謝外科連盟(IFSO)などの会員であること。
- 3) 開腹下並びに内視鏡下肥満症手術の臨床的研鑽を積んだもの。臨床的研鑽とは、手術手技だけでなく、術前・術後管理に精通することをも含む。具体的には、十分な経験を持つ肥満症治療外科医の助手を務め、3例以上の文書報告を出せること。

2. 高度肥満症に対する外科治療施設の要件

下記5項目を充足していることが望ましい。

- 1) 手術治療に付帯する医療支援を提供できる体制を有すること。具体的には、専門的看護、栄養指導、運動指導、精神的・心理的サポートなどが総合的に行える体制が整っていること。
- 2) 施設独自の「倫理委員会」を有し、外科治療開始にあたっては、その議を経て承認されること。
- 3) 開腹下手術、腹腔鏡下手術各々が安全に行われるために不可欠な手術設備・機器の準備ができていないこと。
- 4) 全ての手術患者に対するフォローアップを行い、術後5年目のフォローアップ率が75%を維持できる体制が組まれ、管理するシステムが文書で用意されていること。
- 5) 安全性と質の高い高度肥満症に対する外科治療確保のために、JSSOが行う全国的な症例登録を行うこと。

3. 対象患者の手術適応条件

手術適応となる肥満症患者は年齢が18歳から65歳までの原発性(一次性)肥満であり、内科的治療を受けるも十分な効果が得られず、次のいずれかの条件を満たすもの。

- 1) 減量が主目的の手術(Bariatric Surgery)適応は、BMI 35以上であること。
- 2) 併存疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、肝機能障害、睡眠時無呼吸症候群など)治療が主目的の手術(Metabolic Surgery)適応は、BMI 32以上であること。

ただしこの適応での手術は臨床研究としてのものであり、厳格なインフォームドコンセント、臨床登録および追跡調査などを必須とする。

4. 手術法の選択

手術法は、現在世界で最も信頼され広く行われている胃バンディング術、胃バイパス術、スリーブ状胃切除術(十二指腸スイッチ術の付加を含む)を原則とする。この他に胃形成術、胆膵バイパス術などの手術が行われていることも考慮する。

- 1) 各手術法は、開腹下と腹腔鏡下に行われるが、その特質や効果、合併症、修正手術などにつき、十分な知識を得ておくこと。
- 2) 胃バイパス術を行うにあたっては、日本人に胃がんの発生率が高いことを念頭に置き、慎重な術前検討のうえで選択をする。(なお、ヘリコバクテリウム菌感染症や慢性胃粘膜萎縮等に関する最新の医学情報を参考にすること。)
- 3) 術式選択にあたっては、各々の手術に術後の症状、臨床経過に特徴があることを認識し、症例に応じた選択をすること。
- 4) 術式の選択に当たっては、対象患者に、それぞれの特性について、副作用も含め、わかりやすく説明し、十分なインフォームドコンセントのもとに選択されなければならない。

5. 周術期管理について

- 1) 高度肥満症患者は手術に障害となる併存疾患が多い。手術の安全を確保するため、十分に併存症の術前管理がなされるべきである。
- 2) 肥満症患者は精神的・心理的特性を持つことが多いので、その分野の専門家の評価を受け手術に臨むようにする。
- 3) 術前約2週間の低エネルギー食療法(フォーミュラ食を用いた半飢餓療法も含む)を受けることが望ましい。これにより、行動様式の観察・評価ができ、また肝臓容積肥大も改善され、安全な手術施行につながる。
- 4) 肥満症手術においては術後に静脈血栓症を起こすことがあり、肺塞栓も起こしうる。この対策として、下腿バンド、抗凝固薬の投与が推奨される。
- 5) 高度肥満症手術の術後は、肺合併症の予防のため、早期離床・体動をうながす。
- 6) 術後管理は、少なくとも術後90日までの経過観察、合併症の評価を可能とする管理体制を構築する。

6. フォローアップ

- 1) フォローアップの成否が手術成績を左右することを認識し、体重の変化、肥満併存疾患の消長、手術合併症の把握などを定期的に行う。
- 2) 具体的には、外科医に加え、内科医、心療内科医、精神科医、専門看護師、管理栄養士、理学療法士(PT)、ソーシャルワーカーなどの職種がチームをつくり、相互連携を保ち協働して治療に当たること。
- 3) 術式により術後の推移が異なるので、術式に沿った指導、合併症対策を行うこと。
- 4) フォローアップは原則として術後1年までは1-3カ月に一度の来院とし、術後2年目からは6-12カ月ごとが望ましい。
- 5) 術後5年までのフォローアップ率は少なくとも75%を超えること。
- 6) フォローアップで得られたデータベースの資料は、JSSOで集積・解析して、IFSOの求めに応じて提出することとする。