

増え続ける大腸がん! 大切な検診と適切な治療

日 時:

2018年10月6日(土)

午後1時～午後4時

会 場:

ドーンセンター

(大阪府立男女共同参画・青少年センター)

がん予防
キャンペーン大阪
2018
講演会

高杉 豊 公益財団法人 大阪府保健医療財団 理事長

病気の中でもがんは、特別のものといってもいいでしょう。がんと診断されたときの衝撃ははかりしれないものがあり、一瞬頭の中が真っ白になり、もうだめかとか、どうしたら助かるのかと思いながら、早期がんですと言われたいと皆さま思うようです。

がんの治療は日進月歩で、現在では、がんは早期であればほとんど治る病気となってきました。しかし発見が遅れると、そうはいかなくて、命を落とす人も、多くなります。よく有名人でマスコミに取り上げられる度、残念に思います。がんで死にたくないなら、早期発見のために、健康診断を受けることが一番であることはみなさんご存じでしょうが、実際に検診を受けておられる方は多くありません。特に関西とりわけ大阪のがん検診率は、全国でも最低レベルにあります。

10月は厚生労働省が提唱する「がん検診受診率50%」達成に向けた集中キャンペーン月間です。これに合わせて今年も大阪府、大阪市並びに医療関係諸団体と連携し、キャンペーンを企画しました。

今年のテーマは大腸がんです。

近年大腸がんの発生率は著しく増加しており、肺がんに次いで多いがんになってきました。

検診は検便による潜血反応でまずスクリーニングを行います。ここからが問題です。潜血陽性と結果が出た人の中に、精密検査を受けない人が結構おられるのです。精密検査は大腸内視鏡検査をします。少ししんどい検査になります。そのため、昨日食べた肉のせいにしたたり、痔からの出血ではないかと勝手に解釈して、次に検査した時に陽性なら考えようと先延ばしして放置する人がいるからです。これでは早期発見のために検査を受けた意味がありません。もちろん潜血反応で陽性となった人の中でがんは10%も見つかりませんが、早期に発見し、簡単な治療で治るためにはぜひ精密検査を受けてください。

がんから解放され晴れやかな気持ちで毎日を送るためにも、がん検診をぜひ受けてもらいたいものです。

講演・総合討論プログラム

講演 「大腸がん検診はもっとも理想的ながん検診です！」

西田 博 氏 アムスニューオータニクリニック

「大腸CTという検査」

北山 聡明 氏 大手前病院 IVR センター長、放射線科医長

「大腸がん予防のために内視鏡ができること」

竹内 洋司 氏 大阪国際がんセンター 消化管内科 副部長

「大腸がんの最新の治療」

大植 雅之 氏 大阪国際がんセンター 消化器外科 主任部長

総合討論

司会 伊藤 壽記 氏 大阪がん循環器病予防センター 所長

大腸がん検診は もっとも理想的ながん検診です!

西田 博 アムスニューオータニクリニック

がん検診の目的は、ターゲットとする癌によって死亡する確率(死亡率)を低下させることにあります。その結果として早期癌を数多くみつけることになりませんが、早期癌を見つけることが目的ではありません。それは、これまでの研究で早期癌を発見することが、必ずしも死亡率を下げることにならないことが分かっているからです。また、がん検診には備えなくてはならない幾つかの特性が存在します。たとえば、対象とする癌に罹る人や死亡する人が多いこと、簡便な検査であること、診断精度が良好であること、経済性に優れていること、死亡率を下げることに、安全であることなどがそれにあたります。また、ゆっくりと増殖する癌が検診のターゲットとなります。

これらの条件を満たすがん検診は非常に少なく、世界的に公的機関や研究者間でその効果について合意を得ているのは便潜血検査やS状結腸鏡検査を用いた大腸がん検診、マンモグラフィーを用いた乳がん検診、細胞診を用いた子宮頸がん検診の3つだけです。我が国では地域がん検診や人間ドックなどで胸部X線を用いた肺がん検診や胃腸透視、胃内視鏡を用いた胃がん検診も行っていますが、わが国のデータでは死亡率の低下を証明しているものの、国際的に研究者を納得させられるほどには至っていません。

地域がん検診では大腸がん検診の検査法として、便潜血検査免疫法のみが採用されていますが、上記から分かるように同検査は安全性、有効性、経済性などから極めて優秀な検査です。

しかし、皆さんにしっかりと理解していただきたいことは、がん検診は病院で行う検査とはまったく異なる機序で癌をみつけているということです。病院を受診すると血液検査、超音波検査、内視鏡検査、CTなどの検査を同時あるいは連続的に実施しますが、これは複数の検査を実施することにより癌がないのに癌と診断したり、癌があるのに癌はないと診断する誤りを防止し、正しい診断に到達するためです。

一方、大腸がん検診では、症状が出現する5~7年前から大腸癌の患者さんの便潜血検査が陽性になることを利用しています。つまり、この5~7年の間に何回も便潜血検査を受けていただき、その間に見つける仕組みです。したがって、病院で検査を受け、主治医に「大丈夫」と言われたら安心できますが、便潜血検査をたった1回だけ受け、それが陰性であっても「大丈夫」とは言い切れません。必ず、翌年もがん検診を受ける必要があります。ただし、毎年検診を受けていれば、手遅れの状態で発見されることはまずありません。便潜血検査は便の表面を棒で擦り、それを容器にいれるだけの何だか頼りない検査のように思われますが、数回も受ければ内視鏡に匹敵する性能を発揮することが研究で明らかになっています。

しかし、検診として便潜血検査しか選択肢がないのも不便です。現在、便潜血検査と同様に性能評価で太鼓判を押されているものにS状結腸鏡検査があります。同検査はわが国ではあまり行われていませんが、海外では便潜血検査と並んで利用されています。また、近い将来大腸内視鏡検査も導入される可能性が大です。その他、便中のがん遺伝子の検索やCT技術を応用した大腸CT検査も候補となっており研究が進んでいます。

このように複数の選択肢の中から自分のライフスタイルに合わせて検査を選べる時代がくるとは思いますが、重要な点はがん検診は無症状な健常者が受けるものであり、便通異常などの症状がある場合は検診を受けるのではなく医療機関を受診するということです。がん検診はあくまで健康管理のひとつの道具に過ぎないことをご理解ください。

認定医・専門医等

- ・日本消化器がん検診学会指導医
- ・日本消化器内視鏡学会指導医
- ・日本消化器病学会専門医
- ・日本内科学会認定医
- ・日本医師会認定産業医

大腸CTという検査

北山 聡明 大手前病院 IVRセンター長、放射線科医長

大腸がんは早期に発見して治療すればほぼ治癒が可能です。検診で見つかる大腸がんは比較的早期ながんであることが多いです。どの検査でもいいから、検診を受けることが第一歩です。便潜血反応検査、大腸内視鏡検査、大腸CT検査どれでもいいです、まずは検診を受けてください。

大腸CT検査は、肛門から炭酸ガスを注入し大腸を拡張させ、CT装置で撮影する検査法です。この撮影により得られたデータから大腸の三次元画像を作成し、大腸がんや大腸ポリープを見つけることができます。他の大腸検査法と比較して、苦痛が少なく(個人差はありますが)短時間で大腸を検査する事が可能です。欧米では大腸CTの普及が進んでおり、大腸がん検診への応用が一般的になっています。

大腸CTの長所は他の検査と比べ、前処置(多量の下剤や洗腸剤をのむこと)や検査の負担が少ないことです。検査時間(入室から退室まで)は約15分です。ご高齢の方や、過去に大腸内視鏡の挿入が困難であった方には良い検査だと思われます。腸の狭窄や癒着などのために、内視鏡での全大腸の観察が困難な場合も、さらに深部の情報を得ることができます。大腸CTは6mm以上の病変の検出率は、内視鏡検査と同等です。大腸CTでは、大腸の肛門側からの観察以外に、口側からも他のどの角度からも観察可能なため、内視鏡では見えにくいヒダの裏側もよくみえます。検査の時に注入された炭酸ガスは、腸管から速やかに吸収されるため、検査後の腹部膨満や腹痛はほとんどありません。短所としては組織の採取ができないため、病変が指摘された場合は大腸内視鏡が必要となります。大腸CTは内視鏡検査と比較して、平坦な病変やごく小さい病変の検出はやや劣ります。またCT撮影に伴う被曝があるため、妊娠の可能性のある方は受けられません。最新のCT機器では低被曝化技術が進んでいます。

大腸CTの最大の特徴は、前日の食後ごとに少量の造影剤を飲むことです。造影剤で大腸内の残渣に色を付けて、病変との区別をできるようにするという理屈です。

大腸CT検査の流れ

検査前日は朝から検査食を食べて頂き、毎食後ごとに少量の造影剤を飲んでいただきます。夜には下剤を服用していただきます。

検査当日に多量の下剤や洗腸剤をのむことはありません。検査着に着替え、検査室に入ってから、腸の動きを止める薬を注射します(使用しない場合もあります)。CTの検査台に横になり、医師による肛門部の診察の後、細い管を10cm程度挿入します。この管から炭酸ガスを注入し、大腸が十分に膨らんだらうつ伏せと仰向きでそれぞれCT撮影を行います。検査室に入ってから退室するまで10~15分程度です。

認定医・専門医等

- ・日本医学放射線学会・放射線診断専門医
- ・日本IVR学会 専門医
- ・肺がんCT検診認定機構認定医

大腸がん予防のために 内視鏡ができること

竹内 洋司 大阪国際がんセンター 消化管内科 副部長

大腸がんは食生活の西洋化に伴い増加しており、現在では本邦における悪性腫瘍による死亡原因の上位（男性3位、女性1位）を占めています。最近では米国と比べてほぼ同数の大腸がんが日本で発生し、ほぼ同数の大腸がんの死亡が発生していると報告されており、人口の違いを考えると日本はもはや大腸がん大国といっても過言ではありません。検診により大腸がんを早期に発見することはもちろん大事ですが、大腸がんの多くはポリープが悪性化すると考えられており、その前がん病変である大腸ポリープを内視鏡的に切除することが、大腸がんの予防に大きく貢献すると言われていています。そのため、検診の便潜血検査で精密検査として内視鏡検査を受けていただきポリープを切除することは、大腸がんの早期発見のみならず、予防に貢献するといえます。

大腸内視鏡検査はポリープを見落とす可能性がある検査だといわれてきましたが、内視鏡技術は日々進歩しています。狭帯域フィルター内視鏡(NBI)や自家蛍光内視鏡(AFI)といった、通常の生活で使用する白色光とは異なる波長の光を用いた新しい技術や、CCD(カメラ)が内視鏡の先端に3個ついた内視鏡などが開発され、その診断精度がどんどん向上しており、より見落とす可能性が低くなってきています。また発見したポリープを拡大して表面を念入りに観察することでより正確な診断が可能となり、より適切な治療法が提供できるようになってきています。さらに最近では人工知能(AI)を利用した内視鏡の自動診断装置も開発されつつあり、より高い精度での診断が可能となってきています。

大腸のポリープ切除は古くから行われてきましたが、昔は小さなものしか切除できず、また治療に伴う合併症もあったため、様々な工夫がされてきました。ポリープを安全に切除するためにポリープの下に液体を注入して盛り上げてから切除する内視鏡的粘膜切除術(EMR)や、病変をひとかたまりで切除することにより病変が再発しにくく、また正確な病理診断が可能になるので、内視鏡からだすナイフを用いて大きな病変でもひとかたまりで切除できる内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)といった治療方法はすでに広く普及してきました。さらに、小さなポリープをより安全に切除するために開発されたコールドスネアポリペクトミーはここ数年で爆発的に普及していますし、ポリープを水の中に沈めて切除する浸水下内視鏡的粘膜切除術(Underwater EMR)などは今後広く普及することが期待される方法です。内視鏡治療と一言にいっても病変の形状や大きさ、悪性度などによって選択肢は色々あり、日々進歩しています。

内視鏡検査・治療は病変の発見から治療まで、幅広く大腸がんの予防のために活用できる、いまの大腸がん診療では欠かせない方法であり、さらなる進歩を遂げています。是非この機会に大腸内視鏡について知識を深めていただければと思います。

認定医・専門医等

- ・日本内科学会 内科認定医・総合内科専門医・指導医
- ・日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医
- ・日本消化器病学会認定 消化器病専門医・指導医
- ・日本大腸肛門病学会 大腸肛門病専門医
- ・日本消化管学会 胃腸専門医・指導医

大腸がんの最新の治療

大植 雅之 大阪国際がんセンター消化器外科 主任部長

大腸がんはいま日本で最も多いがんです。部位別のがん罹患数は1位 大腸がん、2位 胃がん、3位 肺がんの順で、1年間に約15万人が大腸がん罹患しています。一方、死亡数は1位 肺がん、2位 大腸がん、3位 胃がんの順で、1年間に約5万人が大腸がんで亡くなっています。なかでも特筆すべきは、女性の大腸がん死亡が1位であることです。こうみると大腸がんは非常に質の悪いがんと考えがちですが、実際にはそうではなく5年生存率はがんの中でも比較的良好で72.2%です。大腸がんのステージ別5年生存率は、ステージ0；94.3%、I；90.6%、II；81.2%、III；66.1%、IV；13.2%であり、ステージ0、I、IIのように比較的早期で見つかるとその成績は良好です。つまり、大腸がんは早く見つければ治るがんと言えます。しかしながら、早期発見のための大腸がん検診率は全国平均で41.4%と半数以下です。さらに、地域別では大阪を中心に関西の検診率は特に低く、女性の検診率は男性よりも低い。大腸がん検診は便潜血反応検査(検便)が主体なので、積極的に検診に参加していただきたい。

大腸がんの治療は切除が大原則です。ステージ0 あるいは I でも深さが浅ければ、大腸内視鏡で切除することで完治が得られます。残念ながらそれ以外のI、II、IIIでは外科的な手術が必要です。しかしながら近年の医学の進歩に伴って従来の開腹手術とは異なる腹腔鏡手術やロボット手術が導入され、手術創が小さく患者さんの負担が少ない低侵襲手術が可能になりました。また温存手術も進歩し直腸癌に対する肛門温存手術や自律神経温存手術も日常的に行われるようになりました。ステージIVは大腸がんが肝臓や肺などの遠隔臓器に転移している状態ですが、切除が可能であれば手術で肝臓や肺も切除します。残念ながら、切除不可能であれば化学療法を選択します。オキサリプラチンやイリノテカンなどの強力な抗がん剤に加えて様々な分子標的薬を用いることで、以前は切除不能であった転移巣が切除可能になった例も経験しています。内視鏡治療、手術療法、化学療法、放射線療法を効率的に組み合わせた集学的治療により各ステージともに確実に予後が向上しています。さらに当センターは大阪重粒子線センターに隣接し、放射線の中で最も強力な重粒子線治療を今秋から連携して行うことが可能です。また免疫療法も近い将来導入される可能性があります。大腸がんの治療は日進月歩で多くの選択肢がありますが、われわれは専門施設としてベストな治療を患者さんに提供できると考えています。

大腸がんの治療は進歩しました。しかしながらステージ毎の成績をみてわかりますように、早期に発見することが最も重要です。皆様方におかれましては、検診率の低い関西地区の大腸がん治療成績向上のためにも、是非検診を受けていただきますようお願い申し上げます。

認定医・専門医等

- ・日本外科学会専門医・指導員
- ・日本消化器外科学会専門医・指導医
- ・日本大腸肛門病学会専門医・指導医

主催 「がん予防キャンペーン大阪」実行委員会

大阪府	(一社)大阪エイフボランティアネットワーク
大阪市	大阪府地域婦人団体協議会
(一社)大阪府医師会	大阪市地域女性団体協議会
(公財)大阪対がん協会	(公財)大阪成人病予防協会
(一財)大阪府結核予防会	(公財)大阪公衆衛生協会
(公財)大阪府保健医療財団	

後援

大阪府市長会	大阪府町村長会
大阪私立中学校高等学校連合会	大阪市教育委員会
大阪府学校保健会	大阪市学校保健会
大阪府PTA協議会	大阪市PTA協議会
大阪私立中学校高等学校保護者会連合会	近畿厚生局
大阪労働局	(一社)大阪府薬剤師会
(一社)大阪府歯科医師会	(一社)大阪府助産師会
(公社)大阪府看護協会	(一社)大阪府病院協会
(公社)大阪府栄養士会	(一社)大阪青年会議所
(公財)阪喉会	(一財)大阪から肺がんをなくす会
たばこと健康問題NGO協議会	健康保険組合連合会大阪連合会
全国健康保険協会大阪支部	MBS
NHK大阪放送局	

協賛

東京海上日動火災保険(株)	東京海上日動あんしん生命保険(株)
第一生命保険(株)	住友生命保険(相)