健康診断の新たなる展望（Ⅱ）

がん検診

慶應義塾大学予防医療センター開設準備室長
杉　野　吉　則
（聞き手　大西　真）

大西　がん検診についていろいろおうかがいしたいと思います。

まず、がん検診の重要性からお話しいただけますでしょうか。

杉野　今、厚生労働省が発表しているわが国の死亡の原因の第一はがん（悪性新生物）です。その数は、第２位、第３位の心疾患と脳血管疾患を合わせた数とほぼ同等ですので、がんによる死亡が多いということがいえます。

がんの中でも、特に消化器、すなわち消化管あるいは肝臓が非常に多い。さらに、消化器の中でも、消化管、すなわち食道、胃、大腸が非常に多いということがいえます。そういうわけで、消化管の検診というのは非常に重要です。

特に最近死亡数が増えているのは大腸がんです。大腸がんは、男性と女性に分けて死亡数を見ますと、女性では最近はがん死亡の臓器の中のトップになっています。

大西　日本のがんの状況も非常に変わってきているということですね。

杉野　変わってきています。

大西　特に消化器系のがんが非常に多くて重要だということですね。

杉野　そうです。

大西　代表的な消化器がんについておうかがいしたいのですが、まず食道がんの検診のことからおうかがいしたいのですが。

杉野　食道がんの検診の方法として、X線と内視鏡の２つが今のところ主に使われております。特に最近は内視鏡が非常に進歩いたしまして、内視鏡で見つかる食道がんは助かるものが非常に増えてきました。その理由は、装置が非常によくなったとか、あるいは観察法が非常に進歩したからです。特に、ヨード染色といいまして、ヨードをかけると食道がんのところだけが染まらず、染まっている正常の食道の上皮（扁平上皮）と容易に判別できるので非常によくわかります。

また、数年前から特殊光による観察が用いられるようになりました。これはNBI（narrow band imaging、オリン

パス）に代表されますが、狭い領域の波長だけを強調して観察することによって上皮内や上皮下の毛細血管や上皮の微細な模様を観察できる装置ができています。そうしますと、凹凸差のないがんも、周囲の正常な部分と違って見えるようになり、よくわかるようになってきました。

X線でも最近、デジタル化が進んでまいりまして、例えば連続で撮影すると、微細な病変も診断が可能となり、救命できるようなものが発見できるようになってきております。

大西　食道がんの患者さんといいますと、多くは大酒飲みであったり、たばこを吸われる男の方が多いと思うのですけれども、特にどういう方々に食道がんの検診をお勧めしますか。

杉野　日本人の食道がんは欧米の人々と違っています。欧米人の食道がんは、腺がんといいまして、胃とか大腸の粘膜と同じようながんが多い。それに対して、日本人の食道がんは皮膚と同じ扁平上皮、本来の食道の上皮から出るがんが過半を占めます。この点が欧米と違うところです。食道の扁平上皮がんは、お酒を飲んで顔が赤くなるような人の場合にできやすいといわれています。これは、アルコールの分解酵素の欠如が理由と考えられています。

一方の食道の腺がんについては、日本人にも増加してきました。多くの原因は胃から食道への逆流によって、炎症が起こり、扁平上皮が腺上皮に置き換わり、そこの粘膜（バレット上皮）からがんが発生するので、けっこう増えてきています。わが国ではこの両方を検査していかなければなりません。

大西　最近は内視鏡の進歩により、非常に早期で見つかって、内視鏡的治療ができるケースが増えていますね。

杉野　はい。早期に発見できれば、内視鏡で切除ができ、予後も術後のQOLも良好です。まとめますと、日本では食道がんの危険因子としましては、50歳以上の男性で、アルコール、喫煙の習慣があり、特にアルコールでは、アルコール分解酵素が欠如、お酒を飲むと顔が赤くなるような方は危険群です。それともう一つは、同じ扁平上皮の咽頭とか喉頭とか、そういった部位にがんの既往がある方は注意しなければなりません。

大西　やはり検査としては内視鏡ですか。

杉野　そうですね。それが一番だと思います。

大西　楽な検査というので、経鼻の内視鏡を検診で導入される場合もありますけれども、食道がんを観察するうえではいかがですか。

杉野　私は内視鏡検査もやっておりますが、まだ経鼻内視鏡は経口の内視鏡に比べて問題が多いと思います。その理由として視野が狭く、遠くを見る

と暗いこと、きれいに水で洗ったりすることが難しいことなどが挙げられます。ただ、食道に関しては、筒状なので、きれいに洗いさえすれば見えづらい部位も少なく比較的よく見えます。しかし、胃では、経鼻よりも経口の内視鏡のほうがいいのではないかと思います。

大西　次に胃がんのお話をうかがいたいのですが、以前は非常に患者さんが多かったと思うのですが、最近は少し減少傾向なのでしょうか。

杉野　そういわれているのですが、実際のところ、最近の統計を見ますと、胃がんの患者さんはそんなに減っていません。ただ、いえるのは、亡くなられる方が非常に少なくなった。ということは、日本で行われてきた胃がん検診の効果があった。検診によって非常に早期に見つかるようになったということです。これは、X線検査、内視鏡検査も非常に貢献していると考えられます。

大西　やはりピロリ菌が。

杉野　そうですね。最近いわれていますABC検診で、胃が荒れて粘膜が萎縮すると血中のペプチノーゲンの値が変化すること、さらにヘリコバクターピロリがそのような萎縮を引き起こし、胃がんができる原因のひとつだということがわかってきました。そこで、血中のペプチノーゲンを調べるとともにピロリ菌の感染をチェックして、胃がんの高危険群を選別して内視鏡でちゃんと見るというのは一つの方法だと思います。非常にいい方法ですけれども、頻度は低いですが、食道とか十二指腸のがんはこの危険群に入ってこない。また、胃についても、がんだけではなくて、粘膜下腫瘍の中で悪性化するもの、GISTなどですが、そういったものは見つかってきません。

大西　内視鏡が非常に進歩して、本当に早期の胃がんが見つかって、ESDとかEMRとか、いろいろな治療が発達して、かなり治療ができるようになってきているように思うのですけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

杉野　そのとおりです。しかし、検診の方法については、もっと考えていく必要があると思います。検診というのは、対策型の検診と任意型の検診があります。対策型というのは国が進めているもので、国民のがんによる死亡率を減少させることが目的です。その有効性は胃がんについてはX線しか評価されていません。では、内視鏡がなぜ有効とされていないのかというと、単に検証されていないためです。また、実際に内視鏡はじっくり見ることによって小さながんを発見できますが、X線検査のように数はこなせない。そこで、がんの検診の場合、使い分けていくことが必要というのが私の考えです。集団についてはX線で見るのがよく、一方、人間ドックで高いお金を個人で

負担される方には内視鏡でじっくり検査するといったようにです。

大西　内視鏡で見るわけですね。

杉野　内視鏡で見ますと、非常に小さいものがわかりますから、発見すれば多くは内視鏡治療の対象となります。そうしますと、いわゆるQOLが保たれる、すなわち治療後も以前とほとんど変わらない生活が送れます。

大西　最後に大腸がんのお話をうかがいたいのですが、最近は特に女性が増えているということですが、やはり食生活とか、いろいろ絡んでいるのでしょうか。

杉野　その辺も絡んでいると思います。やはり欧米型になってきているということがいえます。

大西　検診では、まず便潜血を見るというのが多いのですけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

杉野　便潜血というのは非常にいい方法です。どなたにでも簡単にできるし、スクリーニングの方法としては非常にいいと思います。最近、便潜血にかわる方法がいろいろ考えられていますが、いい方法は出てきていません。便潜血で引っかかって、X線なり、あるいは内視鏡で見る。最近はCTを使ったCTコロノグラフィ（colonography）といった方法もできています。

大腸がんは、先ほど申しましたように、死亡数が増えているということなのですが、大腸がんが予後の悪いがんかというと、そうではないのです。大腸がんというのは、胃がんなどよりも、深部に浸潤して進行していても、比較的予後がよいがんです。要するに、女性などは特にそうですが、恥ずかしいから調べないということだと思います。ですので、気にせずに検査していただくことが必要です。便潜血検査では、筋層に少し浸潤したがんだったらほぼ確実に引っかかりますので、ちゃんと精密検査をすれば救命が可能です。

大西　特に対象を絞り込むとすると、どの辺をねらっていったらよろしいでしょうか。

杉野　便潜血は非常に簡便な方法なので、とにかく便潜血を受けていただくことが肝要です。今、日本では対象になる方の20％ぐらいしか便潜血検査を受けていないのです。これが50％、100％になるのと、大腸がんが多数発見できます。さらに便潜血検査で陽性になった方のうちの50％の方が精密検査を受けていないのも問題です。そこが改善されれば、かなり早い時期の大腸がんが見つかるのではないかと考えます。

大西　先ほど触れられたCTですが、これはかなり進歩しているのでしょうか。

杉野　進歩しています。私も少しやったことがありますけれども、受診者にとっては非常に楽な方法です。しかし、実は診断する立場からいいますと、

けっこう手間がかかる。CTの装置は非常に進歩してまいりまして、十数秒以内で全部撮れるのですけれども、読影するのにけっこう時間がかかります。その辺が問題なのと、もう一つは大腸に水が残ったり、便が残っていると、見づらいということが挙げられます。

それから、大腸の腫瘍についてですが、日本では診断技術が進歩しているのでよく見つかるのですけれども、丈の低い隆起あるいは、浅く陥凹した病変はCTでは見つかりづらいことです。このような病変の中に悪性度が高い病変が含まれるので、そこも問題点だと思います。任意型の健診では、受診者が各検査の利点と欠点を理解したうえで、選択されることが必要だと考えています。

大西　どうもありがとうございました。

後記にかえて

小誌をご愛読いただきまして誠にありがとうございます。
※第56巻８月号をお届けいたします。
※〔DOCTOR-SALON〕欄には、８篇を収録いたしました。
※〔KYORIN-Symposia〕欄には、「健康診断の新たなる展望」シリーズの第２回として、６篇を収録いたしました。
※〔海外文献紹介〕欄には、喘息・糖尿病・動脈硬化の３篇を収録いたしました。
※ご執筆（ご登場）賜りました先生方には厚く御礼申し上げます。