消化管疾患診療の最新情報（V）

大腸ポリープに対する対応

昭和大学横浜市北部病院消化器センター教授
工　藤　進　英
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　大腸ポリープに対する対応ということで工藤先生にうかがいます。

大腸のポリープとはどんなものをいうのでしょうか。

工藤　ポリープというのは隆起している病変の総称で、すべてポリープというふうにいわれています。

齊藤　患者さんの頻度はどうでしょうか。

工藤　腸の中を内視鏡で見ていきますと、ポリープというのはけっこう多く皆さん持っているのです。100人検査したときに、ほぼ100人近くの人が持っていて、ただ、いっぱい持っている人と非常に少ない人と、そういう違いはありますけれども、ポリープというのは頻度的にはものすごく多くあります。

ただ、大事なのは、そのポリープが腫瘍、がんと関係あるポリープなのか、がんと全く関係ない、手とか足にあるイボみたいなポリープなのかという、その見極めが非常に重要です。

齊藤　ほとんど100％ということでしたけれども、先生のところへ検査に来る患者さんというのはどういうきっかけが多いのでしょうか。

工藤　きっかけは、がんの検診とか、あるいは腹部症状、血便、下痢、便秘、腹痛だとか、あるいはがん年齢、40歳以上を一応がん年齢といいますけれども、がん年齢になったから１回検査しておきたいとか、また家族でご両親のどちらかが大腸がんになったから、自分も危ないのではないかとか、いろいろな理由で受診する人がいます。

齊藤　内視鏡を行うと、かなり病変が見つかるということですけれども、診断はどのようにやっていくのでしょうか。

工藤　うちでは最初から内視鏡検査をやっています。今いろいろな内視鏡が開発されまして、昔のように内視鏡検査自体が苦しくないのです。私どもがやると、平均で２分ぐらいで盲腸まで入って、戻ってくるのに３分ぐらいで、観察は５分でだいたい終わってしまいます。従来の検査時間より随分短

くなっていて、苦痛もほとんどありません。内視鏡検査ではポリープが従来レントゲンで観察していたときよりも、より精度高く見られるので、多く見つかってきます。

齊藤　これまでの内視鏡のイメージより随分速いですね。

工藤　やはり技術というのはだんだん速くなってきて、内視鏡自体も細くて苦痛のないような内視鏡も開発されていますので、非常に検査が楽になっています。

齊藤　内視鏡も進歩してきて、かなりよく見えるようになってきているのですか。

工藤　そうです。通常の観察だけではなくて、病変があるとすぐ倍率を上げていって、100倍倍率とか、今はさらに、開発品ですけれども、450倍倍率とか、生きたがん細胞の病理が見られるようなものまで開発されています。ただ、一般的には拡大内視鏡といって、100倍倍率で表面の構造がより詳しくわかるようなものを用いて、腫瘍と非腫瘍を鑑別して治療に結びつけているというのが現状だと思います。

齊藤　腫瘍と非腫瘍の鑑別が重要ということですけれども、それはあとの治療につながっていくということでしょうか。

工藤　そうです。腫瘍の場合は、その場で内視鏡的に治療することができますし、やってあげたほうが二度手間にならない。あとは、炎症性腸疾患とか、そういうものの生検をするとか、あるいは過形成ポリープといって、これはがんとも炎症とも関係ないものだから、そのまま放置するとか、いろいろその場で鑑別しなければいけないので、そのためには内視鏡の精度が非常に重要になってきます。

齊藤　内視鏡で腫瘍性であれば基本的には取るということですけれども、大きさとか、条件はあるのでしょうか。

工藤　大きさもありますけれども、技術があると、例えば５㎝のものでも内視鏡で取れるのです。ただ、それをやれる人とやれない人がいるので、その技術の差がありますけれども、基本的には粘膜がんか、粘膜下層に浸潤しているがんを見分けられれば内視鏡治療に持っていけるし、手術のほうにも持っていける。それは腹腔鏡手術になりますけれども、そういうがんの深達度の鑑別が瞬時にできるということで内視鏡治療の選択が可能となっています。

齊藤　ポリープを取った後は病理検査ですか。

工藤　そうですね。病理が最終的な診断になりますけれども、今、内視鏡レベルでも病理に近いような診断ができるということです。

齊藤　先ほどの倍率450倍ですか、顕微鏡で見なくても同じように見えるということですか。

工藤　そうなのです。生きたがん細胞が直接見られるという、素晴らしい器械もできてきています。

齊藤　そういう進歩があるわけですね。ただ、まだ一般的には広くは。

工藤　一般的には通常観察と拡大、100倍まで上げて構造の異型がわかる。それでもがんはかなり、95％ぐらいわかります。

齊藤　取らない選択をする場合には非腫瘍ということですね。

工藤　そうです。

齊藤　その場合は、経過観察はどうするのですか。

工藤　そういうものがいっぱいある場合は、１年後とかに見る必要があるかもしれません。ただ、そういうものが少なければ、何年か後で十分だと思います。ただ、がんというのは１回の検査だけではだめなので、経時的にみていかなければなりません。大腸がんは非常に日本人に増えていますので、特に女性のがんの死因１位は大腸がんということですので、ポリープがいっぱいできる人はがんもできやすいということが言えるので、それは要注意だと思います。

齊藤　もしポリープを取った場合には、その後の経過観察はどうするのですか。

工藤　取った後は、腫瘍性の場合は、それが早期がんであった場合は半年後とか１年後にまた定期的に見ていきます。良性の腺腫というものの場合はそれで治療が完全に終わってしまうので、１年後に見るとか、３年後に見るということでいいと思いますけれども、がんの場合は定期的に見ていったほうがいいと思います。

齊藤　ポリープからがんになっていくという流れがあることはあるわけですね。

工藤　あります。

齊藤　そうではない流れもあるのですか。

工藤　内視鏡で我々が発見してきた早期がんですけれども、ポリープのかたちをとらない、平坦からわずかに陥凹しているがんが最近すごく見つかってきています。デノボーがんといって、正常粘膜から良性の腺腫というものを経ないで、直接がんが起こってくるものです。大きさはポリープ型より1/3ぐらいの大きさで、下にもぐっていくタイプなのです。

それは、胃がんも食道がんもそういうものが多いのですけれども、大腸にはそういうものはないといわれていました。我々が1985年から随分見つけまして、それを世界に報告してきたのですが、発見するには内視鏡で色の違いを見ていくしかないのです。ポリープを探せということではなくて、色の違いを見ていくという、全く診断方法が違ってくるのです。色素をかけたり、拡大したりして、その精度を高くして

治療に持っていく。そういう診断学が内視鏡では、ちょっと革命的だったのですけれども、今は世界中で行われるようになってきたのです。

齊藤　その場合も、先ほどの拡大できる内視鏡が非常に有力なのでしょうか。

工藤　それがすごく有力で、非常に診断学の精度が高まってきています。

齊藤　腸を内視鏡で見ると、その患者さんの腸の全般的状態がわかるのでしょうか。

工藤　内視鏡で見ると、人相ではないですけれども、腸相という腸の相、今はがんはないけれども、ポリープがいっぱいあるから、将来的にがんが起こる可能性が高いなというのは、１回見るとだいたいわかるのです。そういう人やリスクの高い人は定期的に検査をやっていくとか、腫瘍性のポリープのない人ももちろんいますので、そういう方はハイリスクからは除外されるわけです。

ポリープだけではなくて、家族歴とかそのほかの要素もいっぱいありますけれども、40歳以上のがん年齢になったら１回は大腸の検査をしたらいいのではないかと思います。そして、ポリープがいっぱいあるとかないとか、あるいは腸の中が非常にがんのリスクが高いかどうかというのを見極めて、将来の大腸がんの対策になさったらいいと思います。

齊藤　その場合もポリープの有無が重要な要素になるのですか。

工藤　それも一つの要素です。それと、早期がんも多発して見つかることもあるのです。ポリープの形ではない、陥凹型ですね。それから側方発育を主体とする平坦型という腫瘍も多くあります。そういうものがあるかないかというのはすごく大事な要素になってくるので、健診をある程度受けられたらいいと思います。

齊藤　先生のお話ですと、非常に患者さんの負担が少なくてできるということですね。

工藤　そうですね。それは時代とともに診断等と内視鏡治療の方法がものすごい画期的な変化になっています。

齊藤　どうもありがとうございました。