消化管疾患診療の最新情報（V）

大腸癌診療の進歩

東京大学病院腫瘍外科教授
渡　邉　聡　明
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　大腸癌診療の進歩ということで、渡邉先生にうかがいます。

大腸癌の日本での疫学は、最近どうなっているのでしょうか。

渡邉　大腸癌は死亡の大きな原因の一つとなっています。特に女性では、癌の死亡の中で大腸癌の死亡が一番多い死亡原因になっています。決して乳癌とか卵巣癌ではなくて、女性の場合の癌の第１位が大腸癌による死亡ということになっている状況です。男性でも上位のほうに位置づけられています。

齊藤　高齢化と関係して数が増えているということですか。

渡邉　そうですね。実は欧米では大腸癌は一時期増えていたのですけれども、現在は若干減っている傾向があります。日本も一時期ずっと増えていたのですけれども、実際の日本の人口の年齢分布が変わってきているものですから、年齢を加味して考えると増えているという状況ではないのですけれども、今、ご存じのように日本は高齢化社会になってきて、高齢者が多くなっています。そういった意味で、実際の数は大腸癌の患者さんはかなり多くなっているというのが現状だと思います。

齊藤　大腸癌は診断を早期にするということが重要ということですけれども、やはり検診でしょうか。

渡邉　大腸癌の場合にはいろいろな症状があります。例えば、血便ですとか、おなかにしこりがあるとか、排便習慣が変わるとか、大腸の癌のできた場所によって症状は違ってくるのですけれども、そういった症状がありますが、こういった症状が出てくるというのは、ある程度病気が進んだ段階でないと出てきません。したがって、全く無症状でも早期の大腸癌というのはありうるわけです。したがって、非常に早い時期の病気を見つけるという点からいいますと、やはり一番必要なのは検診だと思います。

そして検診で、例えば便の潜血検査を行って陽性になった場合、この場合にはぜひ精密検査を受けていただきたいと思います。精密検査が陽性になっ

た場合でも精密検査を受けない方もかなりいらっしゃるのが現状で、そうした方の場合には、せっかく検診で診断のきっかけができているのに病気を見逃してしまうということもありますので、検診で陽性が出た場合にはぜひ精密検査をお勧めしたいと思います。

齊藤　その場合の検査は内視鏡でやったほうがいいでしょうか。

渡邉　そうですね。内視鏡検査が一番よろしいと思います。内視鏡検査によりまして、実際の病気を発見することと、同時に、腫瘍があった場合、腫瘍から一部を取ってきて、それを病理検査に回すことができます。つまり、確定診断ができるということですので、内視鏡検査が有用だと思います。

齊藤　内視鏡は辛いという患者さんもいませんか。

渡邉　上部内視鏡の場合にはそうでもないと思うのですけれども、下部内視鏡の場合には疼痛、痛みがあるという場合が、ずっとそういうふうに思われている節があると思うのですけれども、実際、現在ではいろいろな新しいファイバースコープなど、機材がよくなって、専門の先生もいますので、疼痛は昔ほど心配しないでいいと思います。専門医の先生を探して検査を受けていただければと思います。

齊藤　内視鏡治療も進歩しているということでしょうか。

渡邉　そうですね。検査自体のファイバーが進歩しているということですけれども、実際に腫瘍があった場合に、以前は取れなかったような大きな腫瘍でも、現在は内視鏡で取れるように技術がかなり進んでいます。ある程度大きさがあっても、内視鏡で切除できる。つまり、手術をしなくていいというふうになっています。ただ、これはある程度早期のものに限ります。ですから、より早期診断が大事になってくると思います。

齊藤　そういうメリットがあるということですね。

渡邉　そうですね。

齊藤　癌が奥に深く入っていない場合は内視鏡で治療することが可能ということでしょうか。

渡邉　はい、そのとおりです。

齊藤　早期に見つかればそちらの手段が取れるので、患者さんとしては負担が少ない。

渡邉　おなかを切らないですむということになります。

齊藤　癌が見つかった後に、内視鏡治療、あるいは外科治療にどういう過程でいくのでしょうか。

渡邉　先ほどお話ししました内視鏡診断でもし腫瘍が見つかった場合、そこから取った組織で病理検査をして、顕微鏡で見て癌が確定された場合には、まずは内視鏡で取れないかということですけれども、取れる場合には取る。ただ、もし内視鏡で取れないような進

んだものの場合には今度は手術になりますけれども、その手術自体も現在は腹腔鏡手術というものが広まっております。

これは従来の大きくおなかを切る手術ではなくて、いろいろな器具を小さい穴から挿入して、テレビ画面、モニターを見ながら手術をするのですけれども、これだと非常に小さい傷で手術ができるようになっています。小さい傷で手術ができるということになりますと、まず美容上の問題で傷が小さいということだけではなくて、術後の例えば痛みが少ない、あるいは術後の回復が早いといったような利点もあります。

齊藤　腹腔鏡の手術は理想的に見えるわけですが、増えてきているのですね。

渡邉　そうですね。日本では増えてきています。ただ、病気によっては腹腔鏡手術ではできない、開腹手術が必要だという場合もありますし、大腸にもし癌ができた場合に、どこにできたのか、つまり場所の問題と、どのぐらい進んでいるのか。あるいは、過去に手術した経験があるかないかですとか、あとは体重の多い方、少ない方、いろいろな条件がありますので、それらを総合的に考えて実際には決められていると思います。

齊藤　腹腔鏡手術ができるか、従来の外科手術になるか。

渡邉　開腹手術かですね。

齊藤　時間とか技術的な困難さはかなり違うのですか。

渡邉　開腹手術より腹腔鏡手術のほうが若干時間が長くかかる傾向があるということはいわれています。逆に、腹腔鏡手術のほうが出血量が少ないとか、先ほど申しましたように痛みが少ないというような、いろいろな違いがあると思います。それらを総合的に受け持ちの先生とお話しになられて、どちらがいいかということは患者さんが決めていただければよろしいかと思います。

齊藤　手術する先生にとってはあまり変わらない技術になっているのですか。

渡邉　必ずしもそこまで一般化しているとは言いがたい状況で、例えば腹腔鏡の手術を非常に熱心にやられている先生、あるいは以前からやられている先生もいれば、まだそんなにやらないで、開腹手術を主でやっている先生というのも実際はいると思います。

齊藤　ロボット手術というのもあるのですか。

渡邉　そうですね。今よくいわれているダヴィンチというロボットがありまして、それは今、泌尿器科の病気では保険収載されているのですけれども、それ以外の病気では、実際の日常では保険を使って治療するということはできません。ただ、泌尿器科以外の病気、

例えば大腸ですとか、胃ですとか、食道、そういったような病気でも一部、研究的にですけれども、ロボット手術が行われ始めているというのが現状です。

齊藤　ロボットのほうがメリットがあるということでしょうか。

渡邉　そこはまだはっきりしておりませんで、ロボットのほうがおそらくいいところがあるだろうと期待されている部分はあるわけですけれども、ただ、実際にきちんとした証拠、エビデンスでそれはまだ十分には示されていない。これからおそらく明らかになっていくだろうと思います。

齊藤　さて、手術で終了できればいいわけですけれども、そうでない患者さんの場合は、抗癌剤ということですね。

渡邉　はい。

齊藤　これは何かありますか。

渡邉　大腸の抗癌剤というのはなかなか効かないといわれていた時期があったのですが、近年、大腸癌の場合、抗癌剤が非常に進歩しました。以前に比べると効くようになってきた薬が登場しました。今それが何種類も使えるという状況にありますので、20年前に比べますとだいぶ抗癌剤の治療がよくなっているというのが現状だと思います。

時には、手術できないような病気の方にも抗癌剤を投与することによって腫瘍が非常に小さくなって、もしかしたらそれで手術に持っていけるかもしれない、手術ができるようになるかもしれないという効果も期待されて現在では抗癌剤が使われているという状況です。

齊藤　そういった面で、治療的にもかなり進歩があるということですね。

渡邉　はい。

齊藤　どうもありがとうございました。