

浜松大腸がん情報局 第3回市民公開講座

平成24年4月15日 浜松

ここまでの、 内視鏡手術で治せる大腸がん



国立がん研究センター中央病院
消化管内視鏡科

松田 尚久



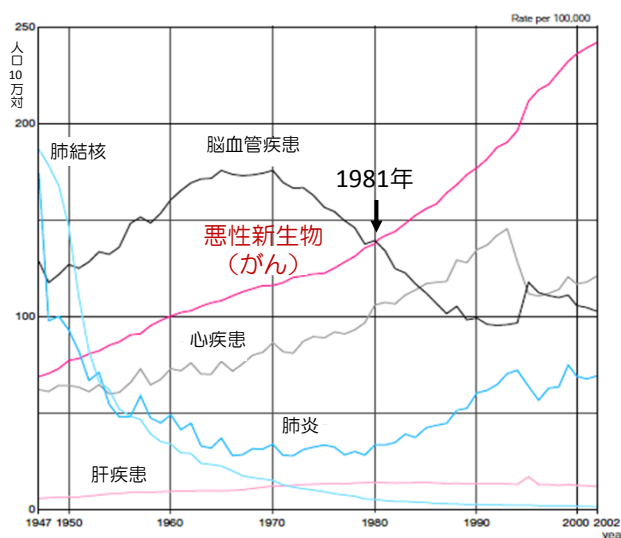
本日の講演内容

1. 日本における大腸がんの現状
2. 大腸の解剖と検査法及び大腸がん検診
3. 大腸がんに関する基礎知識
(皆さんからの“内視鏡検査間隔”についてのご質問にお答えします)
4. 大腸がんに対する内視鏡診断
5. 大腸がんに対する内視鏡治療



National Cancer Center Hospital

日本における死亡率の推移



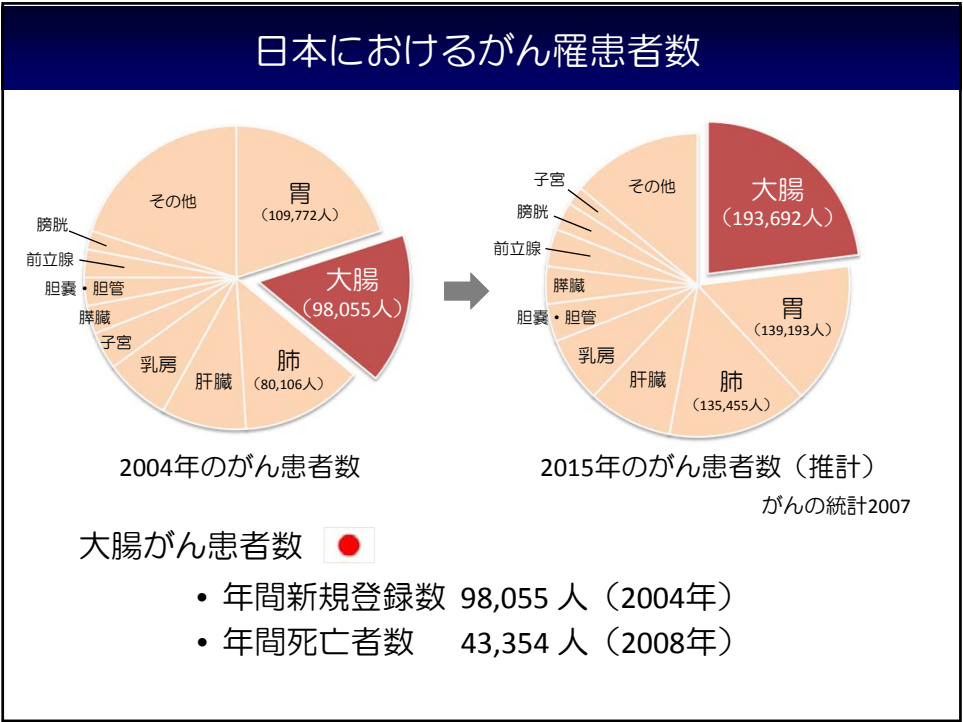
✓ 1981年より, 悪性新生物 (がん) が死因の第1位

✓ 現在, 日本人の2人に1人が“がん”に罹患し, 3人に1人が“がん”で亡くなる



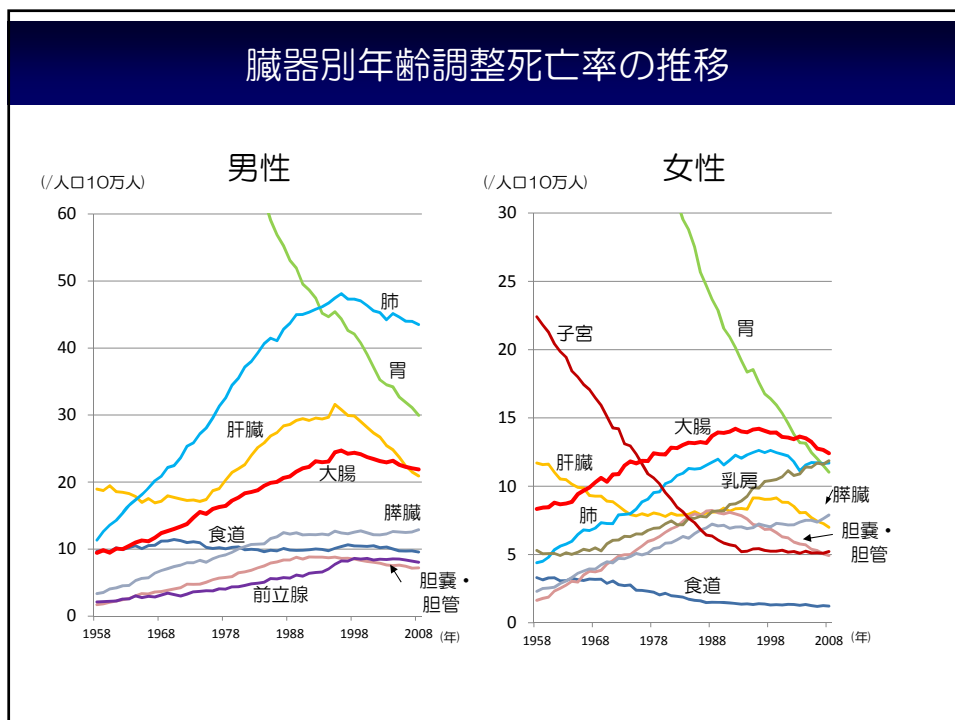
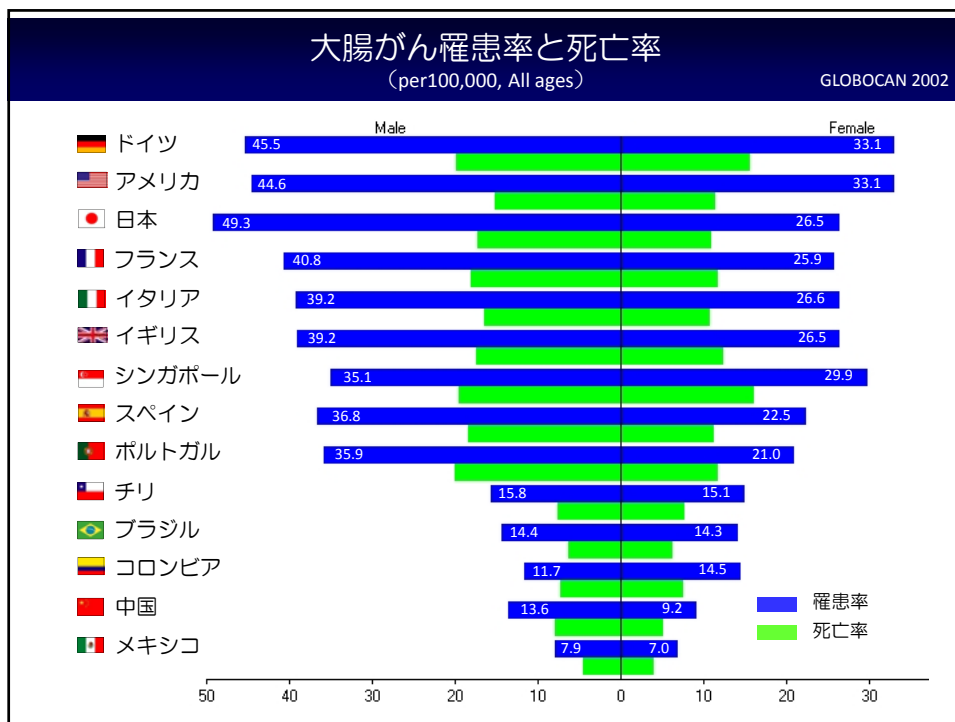
✓ 全国では, 2008年にがんで亡くなった人は336,468人 (男性206,743人, 女性133,725人)

(平成19年人口動態統計: 国立がんセンターがん対策情報センター推計)

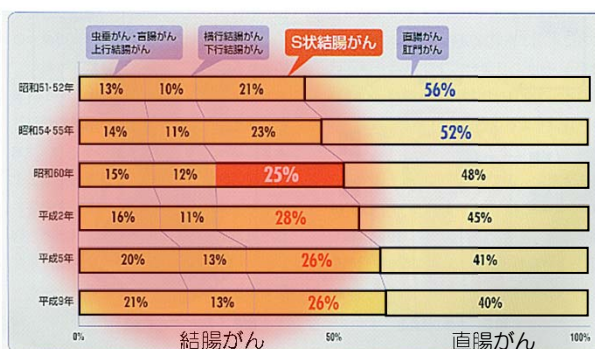
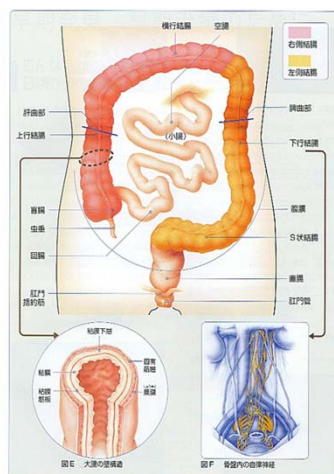


日本における臓器別がんの罹患・死亡数

	罹患患者数 (2002年)	死亡者数 (2006年)
男性	 第1位：胃がん 第2位：大腸がん 第3位：肺がん 第4位：肝臓がん	第1位：肺がん 第2位：胃がん 第3位：肝臓がん 第4位：大腸がん
女性	 第1位：大腸がん 第2位：乳がん 第3位：胃がん 第4位：肺がん	第1位：大腸がん 第2位：胃がん 第3位：肺がん 第4位：乳がん



大腸がん 部位別発生頻度（全国大腸癌登録より）



全体に占める割合でみると、直腸がんは減少し、結腸がん（S状結腸～盲腸）が増加している

本日の講演内容

1. 日本における大腸がんの現状
2. 大腸の解剖と検査法及び大腸がん検診
3. 大腸がんに関する基礎知識
(皆さんからの内視鏡検査間隔についてのご質問にお答えします)
4. 大腸がんに対する内視鏡診断
5. 大腸がんに対する内視鏡治療

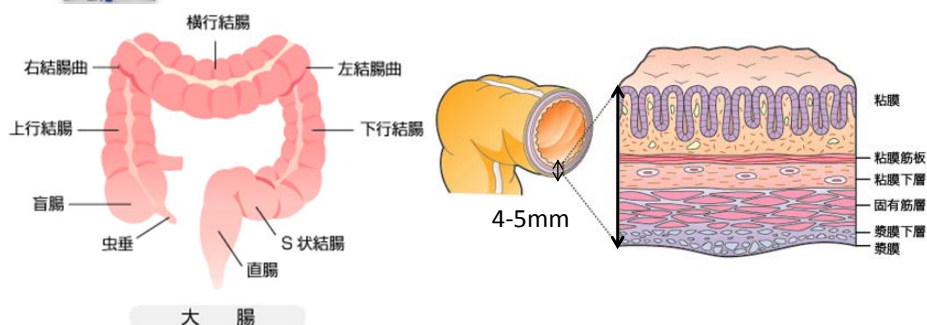


National Cancer Center Hospital

大腸の解剖



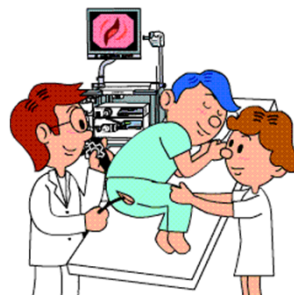
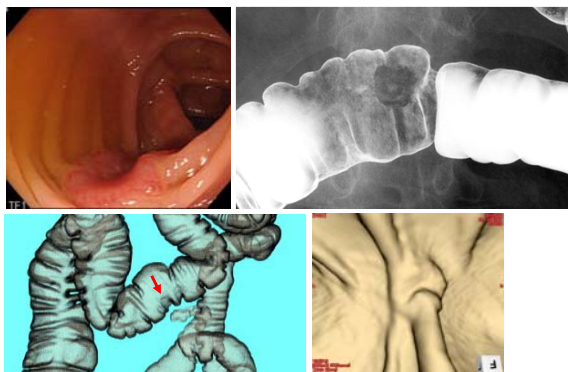
- 食道, 胃, 小腸に続く消化管の最終部分. 約1.5mの管腔臓器
- 水分を吸収し, 不要なものを便として肛門から排泄する
- 大腸壁は, 粘膜, 粘膜筋板, 粘膜下層, 筋層, 漿膜からなり, 腸間膜で固定され, 他の臓器と一緒に腹膜で被覆されている

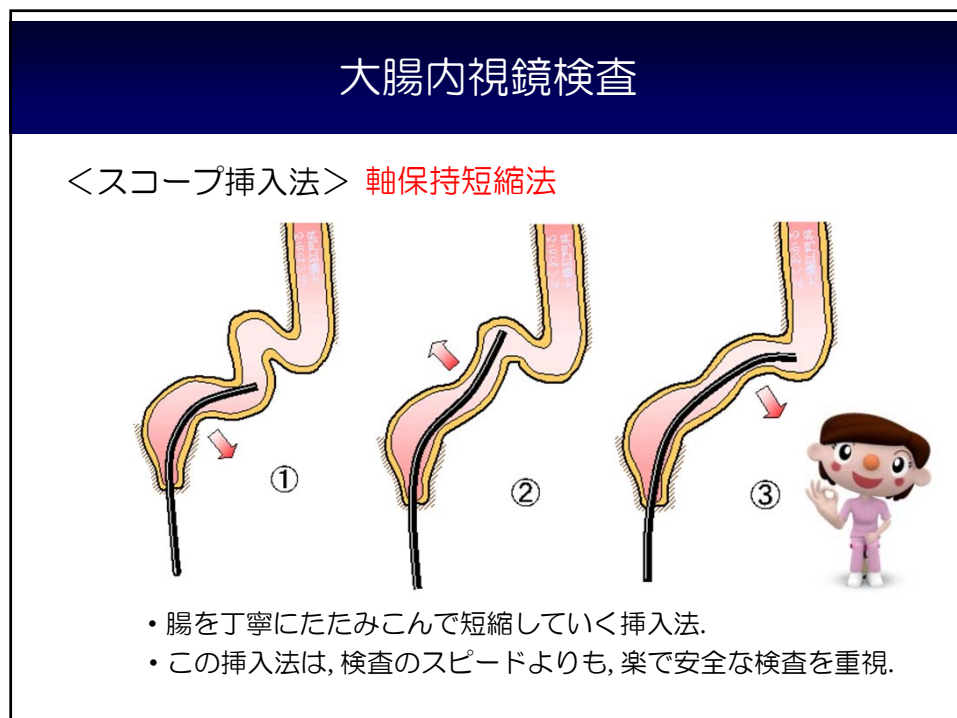
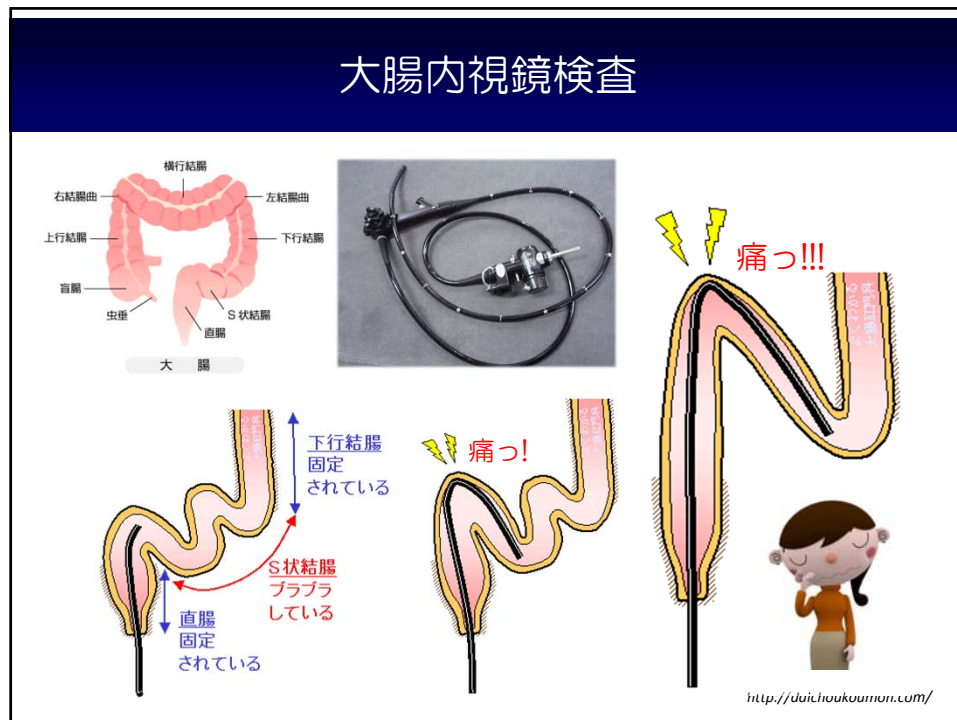


大腸の検査法

<検査法>

- 大腸内視鏡検査 (カメラ)
- 注腸検査 (バリウム)
- CTコロノグラフィなど





大腸内視鏡検査



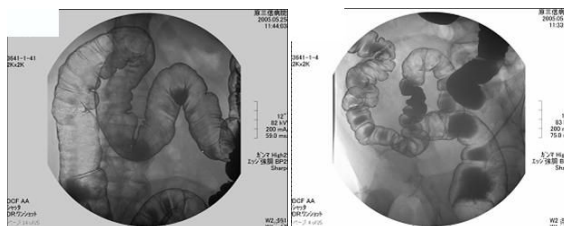
挿入法トレーニング用大腸モデル

注腸検査（バリウム検査）



バリウム注入前 バリウム注入後

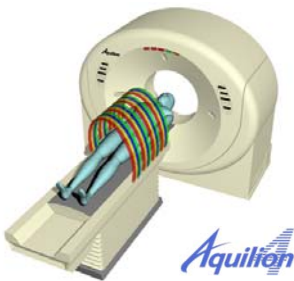
- X線を使い、肛門からバリウムと空気を注入し大腸疾患の有無を調べる
- 内視鏡検査と同様に前処置が非常に大切



- 腸管の走行や全体像を把握する上では、内視鏡よりも優れているが、**扁平な病変や小さな病変（早期がんなど）も見落とされる危険性**がある

<http://www.tcc.pref.tochigi.jp/>
<http://www.harasanshin.or.jp/>

マルチスライスCTの登場と放射線診断



Multi-slice CT



Slice : 3mm
Range : 1000mm
(130mA, 350kV)

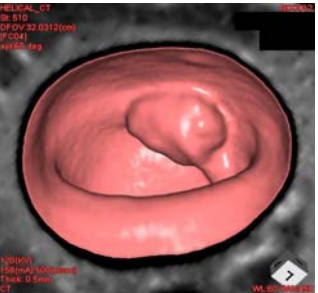
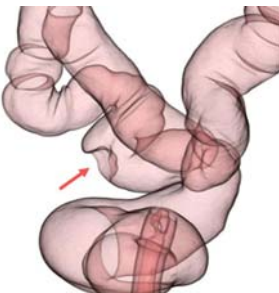
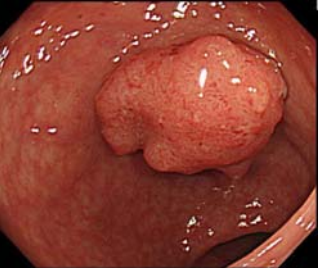
Single-slice CT



Slice : 5mm
Range : 150mm
(120mA, 250kV)

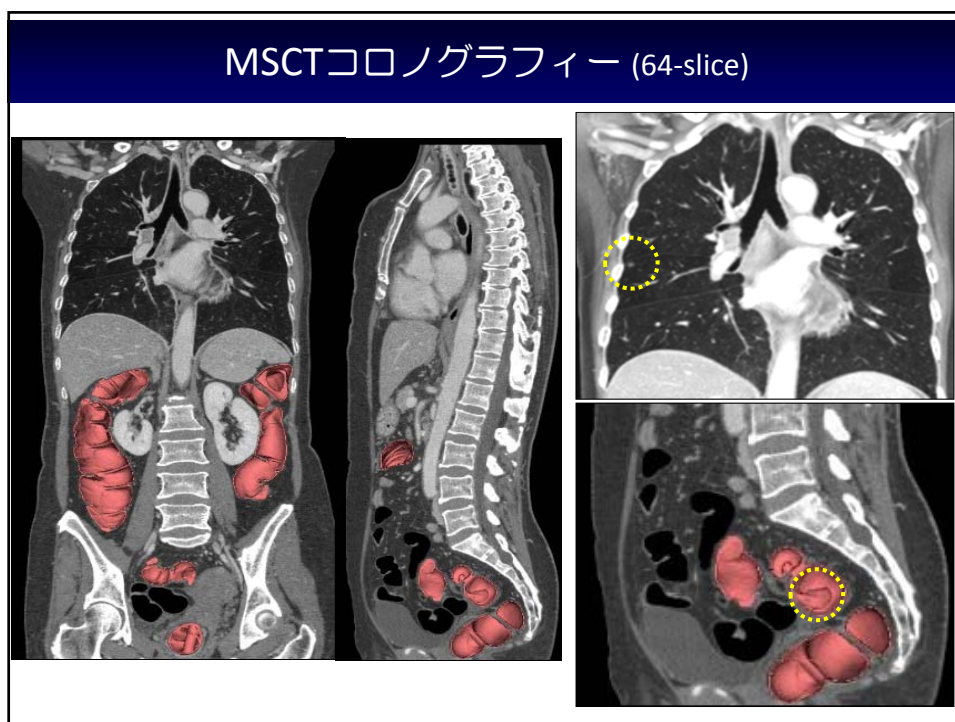
Total 30sec

MSCTコロノグラフィー



症例 60代 女性
直腸, 25mm
pSM (早期大腸がん)

NCCH



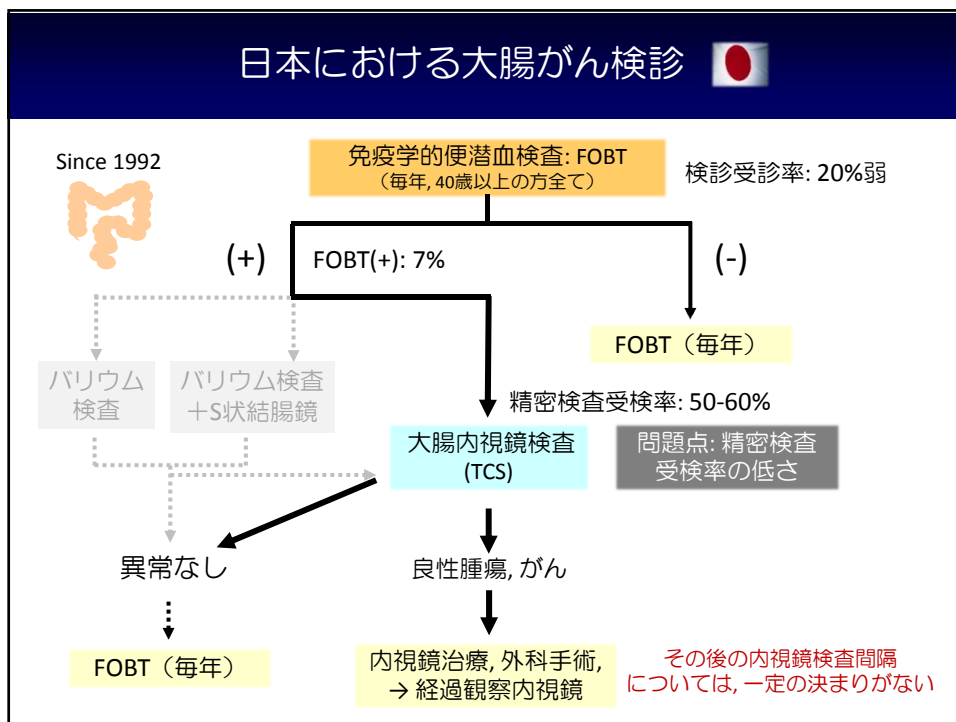
日本における大腸がん検診

1992年～

便潜血反応（免疫法）2日法

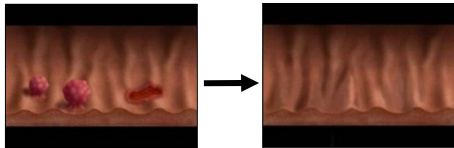
40歳以上全ての人を対象

- 昭和56年（1981）：がん死亡率第1位
- 昭和57年（1982）：老人保健法
- 昭和59年（1984）：対がん10力年総合戦略
- 平成6年（1994）：がん克服新10力年総合戦略
- 平成10年（1998）：がん検診一般財源化
- 平成16年（2004）：第3次対がん10力年総合戦略
- 平成19年（2007）：がん対策基本法
- 平成20年（2008）：特定健診



大腸がん発生抑制 = ポリープ摘除？

大腸がん罹患率の低下 ↓



早期発見

大腸がん死亡率の低下 ↓



便潜血反応を用いた大腸がん検診の成績

年間 4,872,954人が受診：受診率14.6%

✓ 便潜血反応 (FOBT) 陽性者

355,726人 (7.3%)

✓ 精検受診者

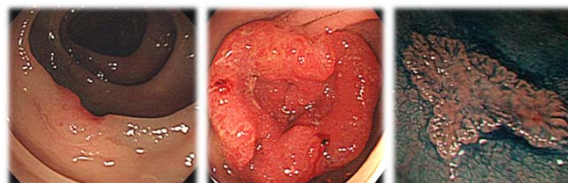
212,368人 (59.7%)

✓ 大腸がん発見数

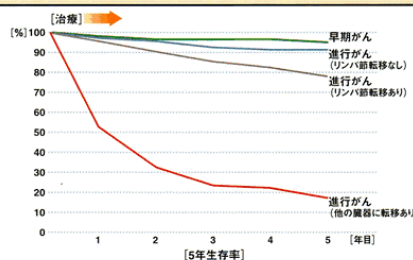
7,199人 (0.15%)



3.4%

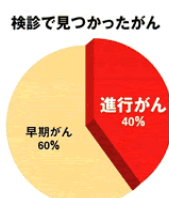


大腸がん死亡率の低下

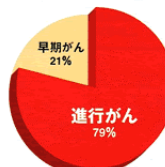
早期がん
と
進行がん
の
生存率

資料:がんの統計 2001年版

がんの統計 2001年度版

自覚症状を感じて
病院で発見された
がんは、
79%が進行がん。

病院で見つかったがん



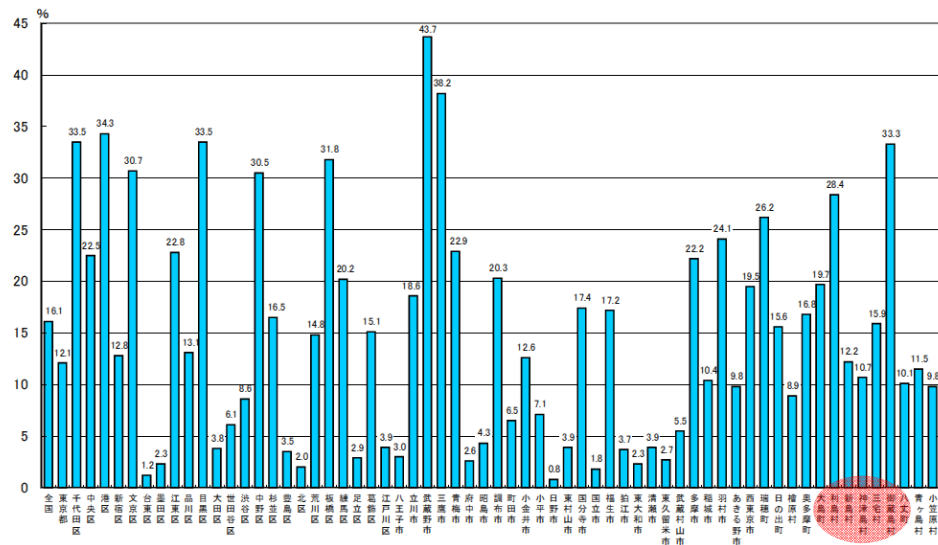
資料:厚生労働省「大腸がん集団検診の組織化に関する研究」

厚生労働省「大腸がん集団検診の組織化に関する研究」

離島をモデルとした新しい対策型大腸がん検診
システムの構築とその実現に向けた研究
： 新島スタディ
(H22-がん臨床-一般-038)



区市町村別大腸がん検診受診率（東京都: H20年度）



出典：平成20年度地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)

新島スタディ



東京都新島村
(伊豆諸島)



人口: 3,068名
(1,384世帯)
40-79歳: 1,671名

1. 人口動態の変化が極めて少ない
→ データ把握と長期経過観察が比較的容易である
2. 公募研究テーマが「地域医療」を主眼に置いたものであった
3. 研究の実現可能性が高いと判断 (地理的利便性, 対象者数, 自治体の目標に合致)

新島スタディ



東京都新島村
(伊豆諸島)



人口: 3,068名
(1,384世帯)
40-79歳: 1,671名

1. 人口動態の変化が極めて少ない
→ データ把握と長期経過観察が比較的容易である
2. 公募研究テーマが「地域医療」を主眼に置いたものであった
3. 研究の実現可能性が高いと判断 (地理的利便性, 対象者数, 自治体の目標に合致)

➡ 離島のモデルとして「東京都新島村」を選択

広報「にいじま」 配布資料

日本一健康な島をめざして

平成23年度 新島村 大腸がん内視鏡検診
(平成23年7月～9月予定)

「大腸がん」が年々増えていきます。
この度「大腸がん内視鏡検診」のモデル地区として、
新島村が選ばれました。新島・式根島の方々は、今年には
無料で「大腸内視鏡検診(カメラ)」が受けられます。
ぜひ、この機会に「大腸がん内視鏡検診」を受けましょう。
詳しくは、広報「にいじま」や「おしらせ版」
にて、皆様にお伝えいたします。

実施機関：国立がん研究センター中央病院
協力：新島村さわかや健康センター

新島と式根島のみなさま、はじめまして。

新島スタディの代表責任者をして
おります松田浩久と申します。今回、新島村役場、さわかや健康センター、
新島村本村診療所などの方々をはじめ多くの新島村の皆様のご協力のもと、
大腸がん検診を行うことになりました。この大腸がん検診は新島スタディと
いうプロジェクトの中で行わせていただきます。この大腸がん検診を行うこと
で、みなさまの健康づくりのサポートをさせていただきたく存じます。
これから「広報にいじま」お知らせ版」に連載して、この新島スタディに
ついて、そして大腸内視鏡検診についてご説明させていただきます。
どうぞよろしくお願いいたします。

まずは、自己紹介させていただきます。私は、国立がん研究センター中央
病院(東京都中央区)の消化管内視鏡科で仕事をしています。主に大腸内視鏡検査
を担当しております。大腸に病変がないか調べたり、もし病変があった場合には
内視鏡で取り除く治療を行っています。

私たちは以前から、我が国の大腸がん検診の受診率が低いこと、特に新島に
おいて大腸がん検診受診率が低いことは大きな問題であると考えていました。
そこで、実際に大腸がん検診の受診率を上げることによって、大腸がんで亡くなる方を根絶
させるために本研究プロジェクトを立ち上げました。

どこで何を行うか無慮の結果、みなさまの新島村に決めさせていただきました。
一番の決め手は「日本一健康な島をめざして」といったキャッチ
フレーズのちから、島全体が真摯に健康対策に取り組まれている点です。
国立がん研究センターに依頼している医師、あるいはその他の施設で内視
鏡専門医として活躍中の医師がチームを組んで、「さわかや健康センター」
に交代でうかがい、ここで大腸内視鏡検診を行います。
その事業のため、すでに何度も新島にお邪魔させていただきましたが、青い海、白い砂浜、緑豊
かで美しいこの島に感動しております。私たちの活動を通して、新島と式根島のみなさまの健康
づくり少しでも貢献出来たら幸いです。
これからどうぞよろしくお願いいたします。

新島スタディは、国立がん研究センターをはじめ、国内の第一線で
活躍している内視鏡のエキスパートが最新の検査を担当します。
どうぞよろしくお願いいたします。

次回は大腸がん検診のお話です。

広報「にいじま」 配布資料

大腸がん検診を受けて、早期発見・早期治療を！

私たちがサポートします。

日本では大腸がんにかかる方の数が年々増加して
います。ところが、アメリカでは大腸がんにかかる方の
数は減少しています。この違いは何でしょうか？
という理由はありますが、そのひとつは大腸がん検診
受診率の違いです。アメリカでは国民の半分以上が大腸
がん検診を受けていますが、日本では大腸がん検診を受けて
いる方は少数です。

これまで便潜血検査も含め、大腸がん検診を受けたことがない
方はよく見て下さいね。
なぜ、大腸がん検診を受けると大腸がんの死亡率が減少するの
でしょうか？ それは、早期発見、早期治療できるからです。
大腸がんは、早期であればほぼ100%近く完治します。
よく「お腹の症状は何もないから大腸がん検診を受ける必要は
ない」と言われる方がいますが、これは間違いです。自覚症状
がないうちに早く発見することが大切なのです。早期であれば
ほぼ100%近く完治するわけですから。

新島村の大腸がん検診の受診率も低いのが現状です。
今回私たちが行いするのは、大腸がん検診の中では最も精度が
高いと言われる大腸内視鏡検診です。ぜひこの機会に大腸がん
検診を受けていただければ、と思います。

日本の大腸がん検診受診率はとても低いのが現状です。
新島も同様です。
大腸内視鏡検診で新島から大腸がん死亡を根絶できると
私たちは考えています。

大腸がんによる死亡数

大腸がん検診受診率を上げ、
新島から大腸がん死亡を
根絶しましょう！

国・地域	大腸がん検診受診率
アメリカ	60%
日本	40%
新島	10%

新島スタディで行うこと

今年の大腸がん検診は、私たち新島ワーキンググループ(国立がん研究センターの消化管内視鏡専門の
スタッフを中心に構成)が主体となって、大腸内視鏡検診と便潜血検査を無料でご提供させていただきます。
今年の7月～9月に、場所は新島村さわかや健康センター
で行います。大腸内視鏡検診は1日で行います。また、同時
に便潜血検査も受けたい方は、
できるだけ多くの方に大腸内視鏡検診を受けていただき
たいのですが、どうしても大腸内視鏡検査を受けることに
抵抗感をお持ちの方には、便潜血検査のみを受けていただく
ことも希望いたします。

新島スタディが目指すこと

日本における大腸がんの罹患率(がんを患う割合)と死亡率は増加の一途をたどっています。
大腸がんは比較的発見が遅く、内臓により直接侵襲する
ことが多いため、また、大腸がんは発症の確率性(しゅようせい)
のグループとの関係が指摘されています。外国ではこのような確率性
のグループをすべて内臓で取り除くことにより、その後の
大腸がんの発生を大幅に減らすことが報告されています。
みなさまの大腸がん死亡リスクを減らすためには、みなさま
ひとりひとりが大腸内視鏡検診をきちんと受けにきていただく
ことが大切なのですが、どうしても痛くて辛いというイメージか
ら敬遠されがちな検査でもあります。

私たちは、どうすれば国民の健康が大腸がん検診を受けたいだけ
な程度にしたいか、今回のようなプロジェクトを立ち上げました。みな
さまひとりひとりが、大腸がん検診に関心をもち、ぜひこの機会
に大腸がん検診を受けられることをお祈りしています。
新島スタディで大腸がん検診受診率を上げること、ひいては島全体
の大腸がん死亡をゼロを目指します。

新島には、新島と式根島のみなさまに無料で
大腸内視鏡検査を受けていただく研究です。
大腸内視鏡は、国立がん研究センターをはじめ
第一線で活躍する医師が最新の検査を行います。

**この機会にぜひ
大腸がん検診を受けましょう!!**

今回、大腸がん検診として行われる検査は、
「便潜血検査」と「大腸内視鏡検査」の2種類です。

研究に参加して
くださった方は
いすれの検査費用も
無料になります。

自宅

2日分の便を専用の
容器に取って調べる
便潜血検査をします。

新島村さわか健康センターで

大腸内視鏡検査
を受けます。

できれば両方の検査を受けていただくことが望ましいのですが、ひとつだけ受けることも可能です。
なお、年齢が65歳以上の方は便潜血検査のみとなり、大腸内視鏡検査の予定はありませんので、ご了承ください。ただし、「便潜血検査」のみを受けられた方で結果が陽性の場合は精密検査が必要ですので、後日、あらためて大腸内視鏡検査のご案内させていただきます。

**検診についてのお問合せ・
申し込みはこちらへ**

新島村さわか健康センター

TEL. 04992-5-1856

月曜日～金曜日 9:00～17:00

(土日・祝祭日・年末年始を除く)

**本研究の実施主体は
以下のとおりです。**

新島スタディワーキンググループ

主任研究者

国立がん研究センター中央病院

消化器内視鏡科 松田 尚久

住所 東京都中央区築地5-1-1 ☎03-3542-2511

本研究は「厚生省がん臨床研究事業」の一環として実施されます。

140205N
2011年4月作成

あなたの大切な大腸のために

おなかの中を
診てみませんか？

監修：国立がん研究センター中央病院
消化器内視鏡科
新島スタディワーキンググループ

本研究の検査の流れ

大腸がんは自覚症状のない早期に発見・治療すると、ほぼ100%の人が完治するといわれています。便通異常や血便のような症状が現れたときには、すでにがんが大きく成長していることがあり、そのまま放置すると手遅れになることがあります。大腸がん検診を受けている人は、受けていない人に比べ、大腸がんによる死亡リスクが6～8割低くなります。がん危険年齢40歳を過ぎたら、症状がなくても大腸がん検診が推奨されます。通常、市町村で実施される大腸がん検診は、便潜血検査だけで、今回はさらに、大腸内視鏡検査も無料で受けられます。ぜひ、この機会に大腸がん検診を受けましょう。

参加申し込み

申込書に必要事項を記載してください。
後日、回収にあがります。



※1 便潜血検査
便潜血検査は大腸がんを発見するために便の中に血が混じっていないか調べる検査です。

※2 大腸内視鏡検査
多量の水薬を飲んで大腸内をきれいに、肛門から内視鏡（大腸スコープ）を挿入し、大腸の内面を直接観察する検査です。



今回、大腸がん検診として行われる検査は、「便潜血検査」と「大腸内視鏡検査」の2種類です。

便潜血検査※1

便潜血検査を2回行っていただきます。



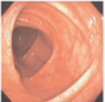
1回目 2回目
提出先: 新島村さわか健康センター

年齢が80歳以上の方は便潜血検査のみとなり、大腸内視鏡検査の予定はありませんので、ご了承ください。ただし、便潜血検査が陽性となられた方は精密検査が必要です。後日、あらためて大腸内視鏡検査のご案内をさせていただきます。

できれば検力の検査を受けていただくことが望ましいのですが、ご不便なこともあります。

大腸内視鏡検査※2

肛門から内視鏡を挿入して、直接観察します。

新島村さわか健康センターで検査を行います。

異常なし

10mm程度までの小ポリープあり

大腸がんあるいはそれに準ずる病変が発見された方

これで一連の流れは終了です。ご苦労様でした。

新島村 本村 診療所
後日、内視鏡的にポリプ切除術を行います。(次ページ ※3をご参照ください。)

国立がん研究センター 中央病院など
後日、入院のうえ、適切な治療を行います。

【便潜血検査】のみを受けた方で結果が陽性の場合は精密検査が必要です。後日、あらためて大腸内視鏡検査のご案内をさせていただきます。

3
4

新島STUDY：大腸がん検診の流れ（第1期）

大腸がん内視鏡検診の案内状・対象者：新島村（新島・式根島）島民
 申込用紙・冊子の全戸配布 40歳～79歳
 （80歳以上は便潜血検査のみ）

H23. 6月 ↓ 1,671名

大腸がん内視鏡検診 新島村シルバー人材センター
 申込用紙の回収 スタッフによる全戸配布・回収

↓ 497名（29.7%）

内視鏡検診日程調整・通知

↓ 466名（93.8%）が受検

内視鏡検診（第1期）の実施 → 内視鏡検診結果報告

H23. 7-9月 ↓ 346名（20.7%）+ 便潜血検査のみ（120名）

例年通りの便潜血検査 対象者：新島村島民
 による大腸がん検診 40歳以上全て
 （さわやか健康センター）

H23. 10月末 113名 → 合計 579名（約35%が受検）

大腸がん検診結果（第1期）

TCS検診結果（第1期）

クール	期間	TCS 日数	TCS 検診受検者数	要治療者数**	IL (Index lesion)*** 疑い	要治療者 (%)	IL (%)
1	0711-0714	4	34	8	6	23.5	17.6
2	0719-0721	3	31	6	2	19.4	6.5
3	0725-0728	4	33	7	2	21.2	6.1
4	0801-0804	4	38	9	6	23.7	15.8
5	0808-0811	4	33	10	7	30.3	21.2
6	0822-0825	4	34	8	5	23.5	14.7
7	0829-0901	4	28	11	6	39.3	21.4
8	0905-0908	4	36	10	3	27.8	8.3
9	0913-0915	3	31	9	4	29	12.9
10	0920-0922	3	20	8	6	40	30
11	0926-0929	4	28	10	7	35.7	25
計		41	346	96	54	27.7	15.6

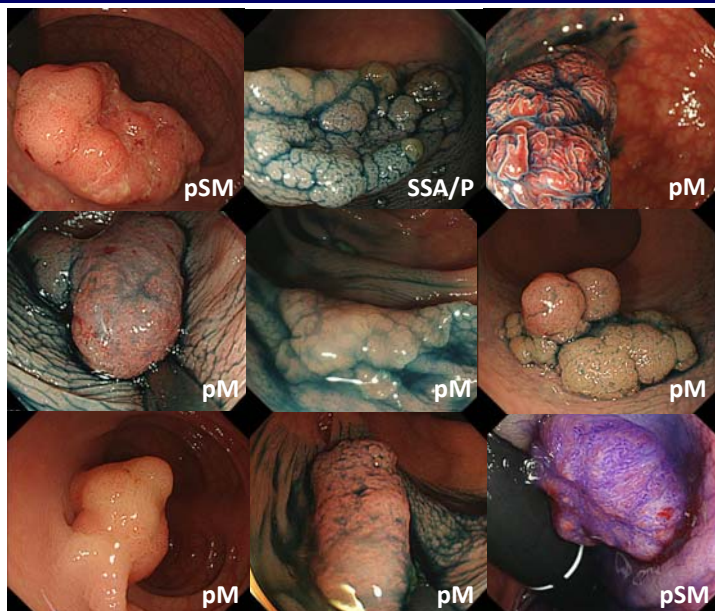
FOBT(2日法) 陽性率: 8.2% (29/355) → 陽性者全員の全大腸内視鏡検査 (TCS) が完了

* 腺腫性ポリープ発見率 (ADR): 50% (173/346)

** 要治療者: 5mm以上の腫瘍性病変発見例: 27.7% (96/346)

*** Index lesion: 10mm以上の腫瘍あるいは内視鏡的に“がん”が疑われる病変 15.6% (54/346)
 → H24.3現在, 上記54名中42名の入院治療 (外科手術: 2名, 内視鏡治療: 40名) が完了

大腸がん検診結果（第1期）



本日の講演内容

1. 日本における大腸がんの現状
2. 大腸の解剖と検査法及び大腸がん検診
3. 大腸がんに関する基礎知識
(皆さんからの内視鏡検査間隔についてのご質問にお答えします)
4. 大腸がんに対する内視鏡診断
5. 大腸がんに対する内視鏡治療



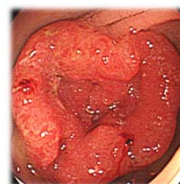
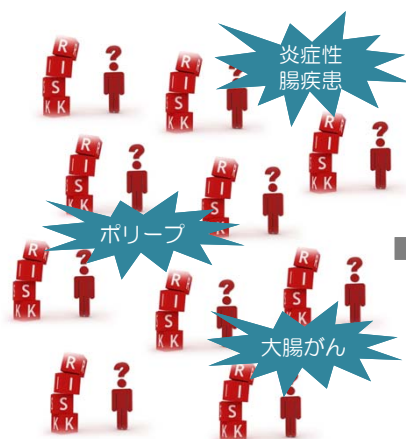
National Cancer Center Hospital

大腸がんスクリーニングとサーベイランス



スクリーニング: 自覚症状のない
段階で有病者を拾いあげること

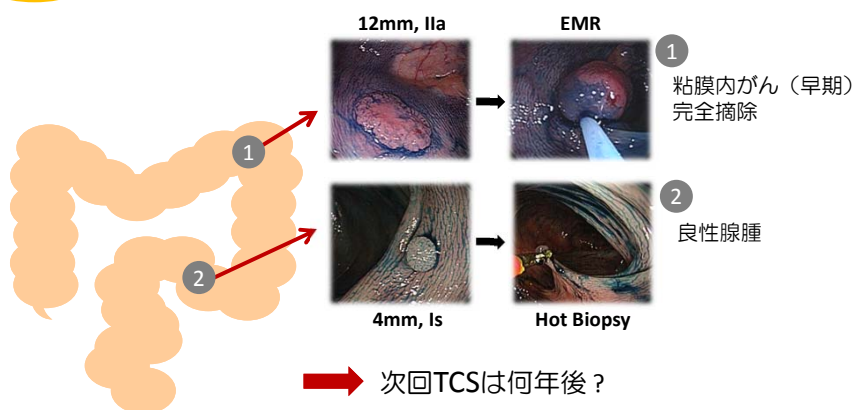
大腸がんスクリーニングとサーベイランス



サーベイランス: 何らかのリスクのある人
の中から効率良く病気を見つける

大腸ポリープ内視鏡摘除後サーベイランス

症例1 55歳, 男性, 初回の大腸内視鏡検査



大腸ポリープ内視鏡摘除後サーベイランス

症例1 55歳, 男性, 初回の大腸内視鏡検査

- | | | |
|---|-------------|--|
| A | 6ヶ月後 |  |
| B | 12ヶ月後 |  |
| C | 24ヶ月 (2年) 後 |  ? |
| D | 36ヶ月 (3年) 後 |  |
| E | その他 |  |



皆さんからのご質問

Q1: 大腸ポリープを3回とり1回は腺腫と言われ入院しました。その後出来ていないので、検診していれば良いのでしょうか？

(60歳代, 女性)



A: 便潜血による検診よりも, 定期的な大腸内視鏡検査をお勧めします

- 実際に切除されたポリープ (腺腫) の大きさや個数により異なりますが, 過去に腺腫性ポリープを摘除したことのある方は, その後の内視鏡検査でまた腺腫性ポリープが見つかる確率が高いため, 便潜血による検診よりも定期的な内視鏡検査が良いと思います。
- ポリープ摘除後に何度か内視鏡検査を受けられていて, ポリープが認められていなければ3年に一回くらいの検査で良いと思います。



皆さんからのご質問

Q4: 16年前にS字状に扁平のポリープができ内視鏡で3個切除しました。異型細胞でした。5年前に同じS字状に表面がでこぼこしたいぼの様なポリープができました。内視鏡で切除しました。今度は腺がんでした。今後も内視鏡検査は2年おきくらいに受けた方が良いでしょうか？

(50歳代, 女性)



A: はい。内視鏡治療を行った“腺がん”の根治度を担当の先生に伺った上で, 定期的な大腸内視鏡検査をお勧めします。



海外から報告されたデータで解説します

海外(米国)からの論文

Lieberman, Gastroenterology 2007

初回大腸内視鏡検査後 約5年間に発生する“がんや大きな腺腫”の頻度

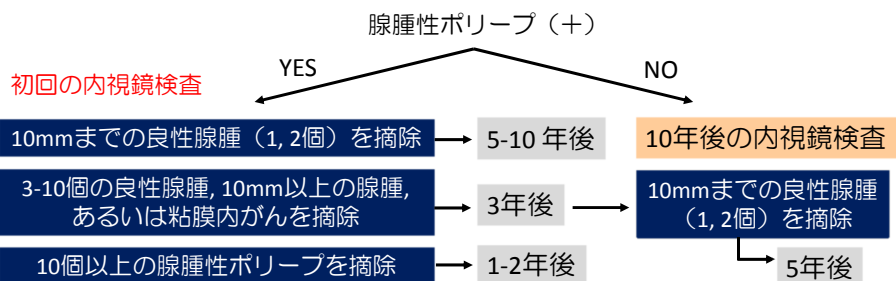
初回内視鏡所見	初回検査から5.5年の経過観察での発生頻度	
腫瘍性ポリープ（－）	1.00（倍）	
腺腫性ポリープ（10mm以下）	2.56 (1.16-5.67)	
腺腫性ポリープ（1－2個）	1.92 (0.83-4.42)	
腺腫性ポリープ（3個以上）	5.01 (2.10- 11.96)	より ハイリスク
腺腫性ポリープ（10mm以上）	6.40 (2.74-14.94)	
絨毛状腺腫（＋）	6.05 (2.48-14.71)	
粘膜内がん（＋）	6.87 (2.61-18.07)	
浸潤がん（＋）	13.56 (5.54-33.18)	



皆さんからのご質問

Q6: 3年前, 人間ドックでポリープ5ヶ所見つまり切除, 次の検査は?

(60歳代, 男性)

A: 便潜血よりも, 大腸内視鏡検査をお勧めします.
その検査間隔について, これから解説します.ポリープ摘除後サーベイランスに関するガイドライン（2006年） 



皆さんからのご質問

Q12: 5年程前に人間ドックの便潜血検査で陽性となり内視鏡検査をして、ポリープが見つかり切除しました。その後のドックでは陰性ですが、やはり定期的な内視鏡検査を受けた方が良いのでしょうか？何年かに一度のペースでもいいのでしょうか？

(50歳代, 男性)



A: 便潜血検査は、マス・スクリーニングとしての大腸がん検診方法としては非常に優れています。ただし、ポリープ切除歴があるようですので、そろそろ内視鏡検査を受けて頂いた方が安心だと思います。検査間隔については、**内視鏡検査結果を踏まえて**担当医にご相談下さい。



便潜血検査の診断精度（いかに“がん”を見つけられるか？）について次に解説します。



便潜血検査(1日法)の診断精度

Morikawa T, Gastroenterology 2005



右半結腸 (盲腸～横行結腸) 左半結腸 (下行結腸～直腸)

	右半結腸 (盲腸～横行結腸)	左半結腸 (下行結腸～直腸)
診断感度 (いかに病気を拾いあげられるか？) 肛門側の陽性率が高い		
腫瘍性ポリープ (10mm以上)	11.2%	24.5%
粘膜内がん	34.6%	32.3%
浸潤がん	56.5%	69.6%
Dukes' stage A	42.9%	55.2%
Dukes' stage B	50.0%	83.3%
Dukes' stage C/ D	55.6%	92.9%
診断特異度 (いかに病気の無い人を“ない”と言えるか？)		
10mm以上のポリープ・粘膜内がん	94.5%	95.0%
浸潤がん	94.4%	94.5%



皆さんからのご質問

Q19: 2度ポリープを摘出しましたが, 便潜血検査で異常がなければ, 内視鏡検査は受けなくとも大丈夫ですか？

(70歳代, 女性)



A: 便潜血検査にて「陰性」であれば, 確かに大きな病気がない可能性が高いことは事実です. しかし, **大腸に病気が潜んでいる場合でも「陽性」にならないことが多いのも, また事実です.**

過去に行った2度のポリープ切除時のポリープの個数や大きさ, 病理診断結果等をもとに内視鏡検査の再検時期をご検討下さい.



皆さんからのご質問

Q21-4: がん検診のスパンはどのくらいでいいのか？

(50歳代, 男性)

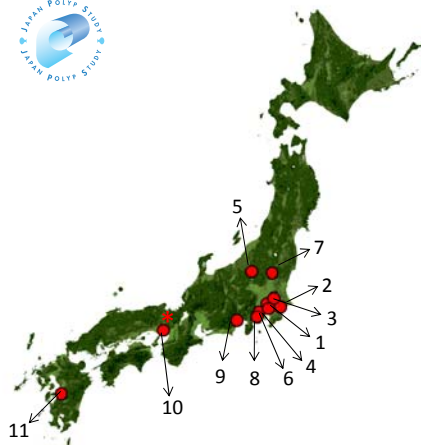
A: 難しいご質問です. それは, **非常に個人差が大きい**からです. これまでに大腸内視鏡検査を受けられていれば, その結果に基いてある程度スパンはご提示出来ると思いますが, もしご家族に大腸がんの方が多いたか, その他のリスク因子の有無によっても推奨される検診間隔は異なってきます.

まず一度, 大腸内視鏡検査を受け, 今後の検診間隔を設定してもらいましょう.
(勿論, きちんと便潜血検査を毎年受検することも効果的です)

私達のJPSの結果から, 皆様方に適正な内視鏡検査間隔をお伝えしたいと思います.



Japan Polyp Study (JPS) 研究参加施設



Participating Center	Location
1. National Cancer Center Hospital	Tokyo
2. National Cancer Center Hospital, East	Chiba
3. TF Clinic	Tokyo
4. Showa University	Tokyo
5. Saku Central Hospital	Nagano
6. Showa Univ. Yokohama Northern Hosp	Kanagawa
7. Tochigi Cancer Center	Tochigi
8. Kitasato Univ. East Hosp	Kanagawa
9. Shizuoka Cancer Center	Shizuoka
10. Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases	Osaka
11. Hattori GI Clinic	Kumamoto

* Data Center: Medical Research Support (Osaka)

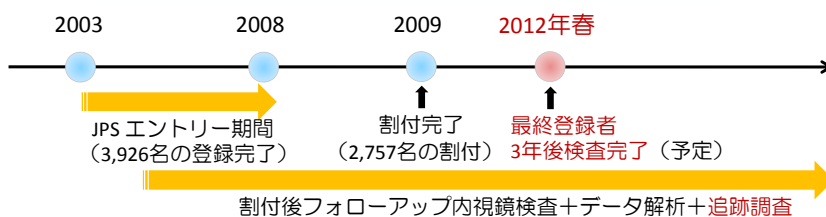
This study is supported by Grants-in Aid for Clinical Cancer Research from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (Since 2001).

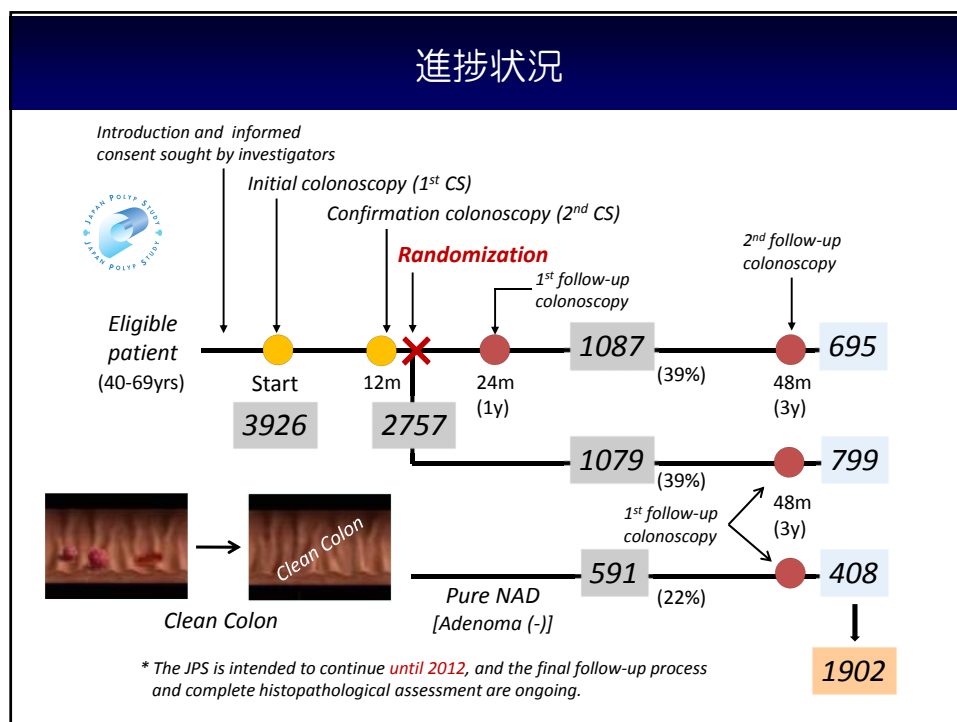
メンバー構成: 内視鏡医・生物統計家・データセンター

Japan Polyp Study (JPS)



- 内視鏡的ポリープ摘除後の適正な検査間隔
- ポリープ摘除がもたらす大腸がん罹患率抑制効果
- 大腸内視鏡検査における病変見逃し率
- 大腸がん家族歴と発見病変との関係
- 既往歴と発見病変との関係
- クリーンコロニ化における偶発症発生率
- 陥凹型大腸腫瘍の頻度





皆さんからのご質問

Q31-2: ポリープを取り除いた後も1~2年で再発しますか？
がんのリスクが心配です。

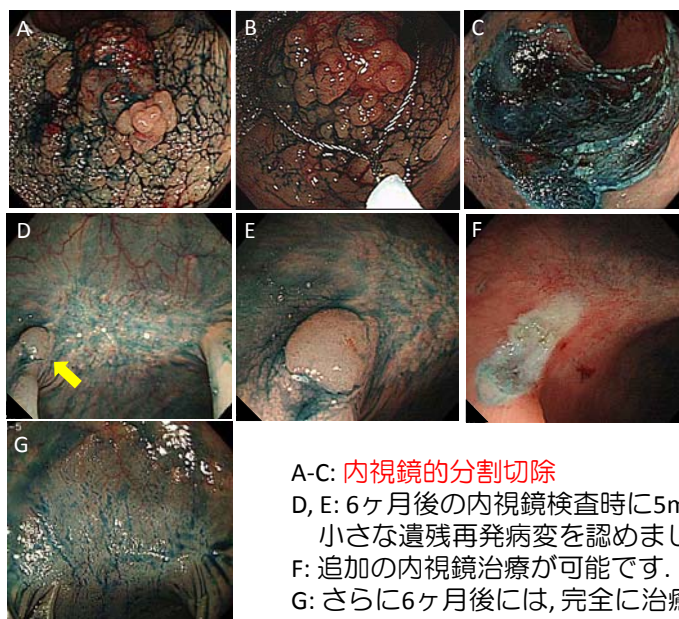
(60歳代, 女性)

↓

A: 「良性腺腫あるいは粘膜内がん＝転移リスクのないもの」の場合、基本的には、適切な内視鏡治療が行われていれば再発の危険性はありませんが、腫瘍が大きかった時など、分割して（一つの固まりではなく何個かに分けて）切除された場合には、内視鏡検査による適切な経過観察が必要です。

↓

実際の症例でご説明します。



A-C: 内視鏡的分割切除
D, E: 6ヶ月後の内視鏡検査時に5mm程度の
小さな遺残再発病変を認めました。
F: 追加の内視鏡治療が可能です。
G: さらに6ヶ月後には、完全に治癒しています。



皆さんからのご質問

Q22: 今月、健康診断の胃内視鏡検査で異常が見つかりました。医師より大腸も心配だから検査するよう指示されました。3月14日に大腸内視鏡検査でポリープ切除術を受けました。これからどのような事に気を付け、どのように対応していけば良いか心配です。

(60歳代, 男性)



A: 胃の方はとくに治療は必要なかったのでしょうか？
胃の方が大丈夫であれば、先月の初回の検査結果にもよりますが、大腸内視鏡検査を受けて、1-2年後にもう一度受けて頂くとさらに安心です。

大腸内視鏡検査は最も優れた検査であることは間違いありません。しかし完璧に全ての病変を一回の検査で拾い上げることは非常に難しいことです。



本日の講演内容

1. 日本における大腸がんの現状
2. 大腸の解剖と検査法及び大腸がん検診
3. 大腸がんに関する基礎知識
(皆さんからの内視鏡検査間隔についてのご質問にお答えします)
4. 大腸がんに対する内視鏡診断
5. 大腸がんに対する内視鏡治療



National Cancer Center Hospital

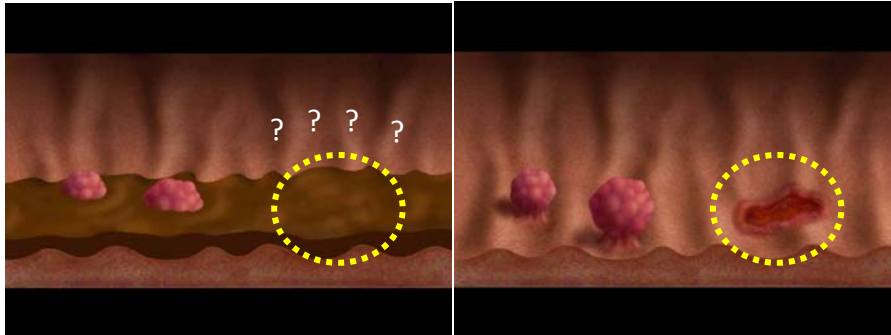
内視鏡診断の目的

消化管がんの診断

- 存在診断（場所）
- 質的診断（性状）
一腫瘍・非腫瘍の鑑別
- 量的診断（大きさ・深さ）

※ 量的診断は治療方針, 治療成績に大きく関与する

腸管前処置の重要性



平坦・陥凹型腫瘍を見つけるには、良好な腸管前処置が不可欠です！

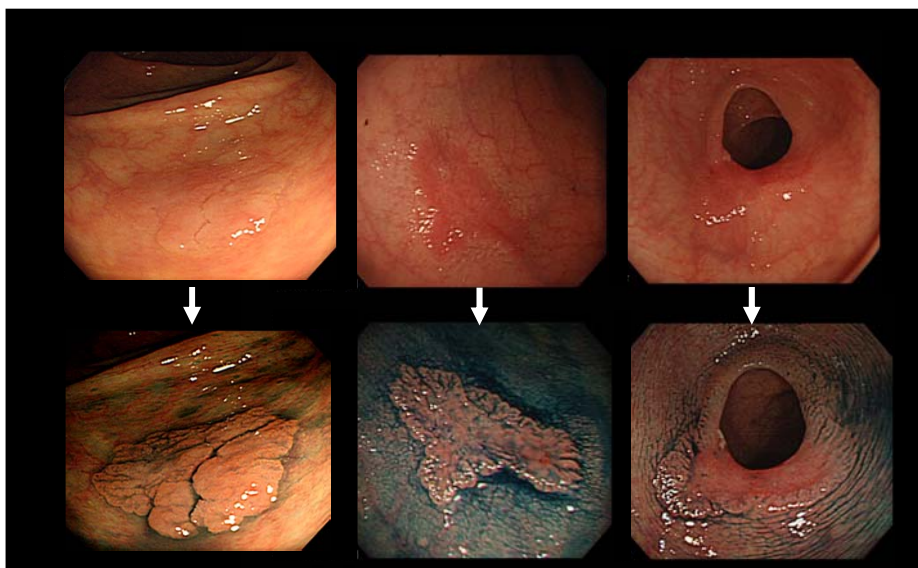


日本では、**検査当日**に前処置用の下剤を2-3L
飲んで頂くのが一般的です



この方法が前日から内服する欧米との大きな違いであり、
より多くの病変を見つけるためのポイント

平坦・陥凹型腫瘍

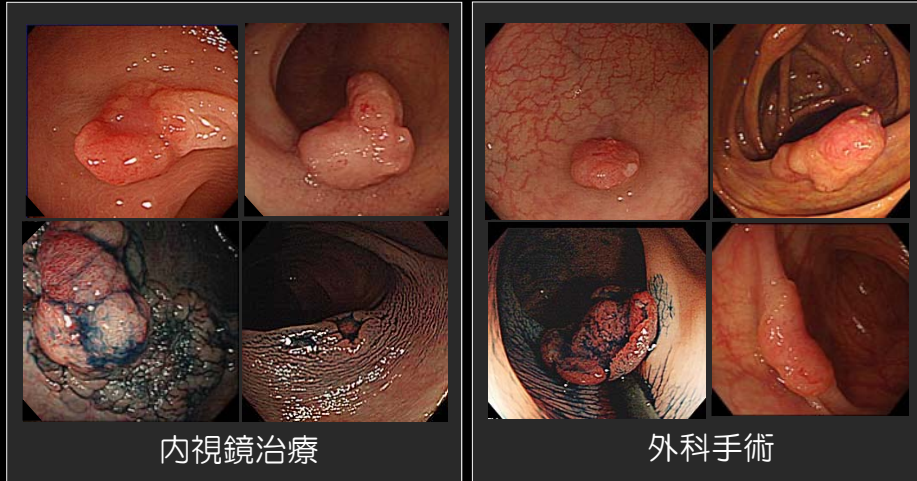


良性腺腫

粘膜内がん

粘膜下層浸潤がん

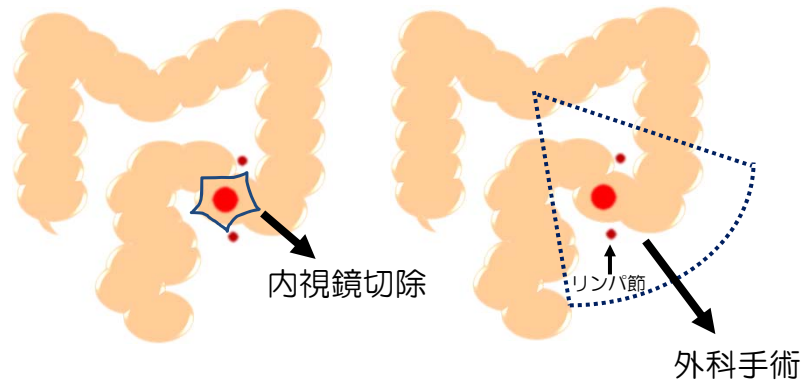
内視鏡治療？ 外科手術？



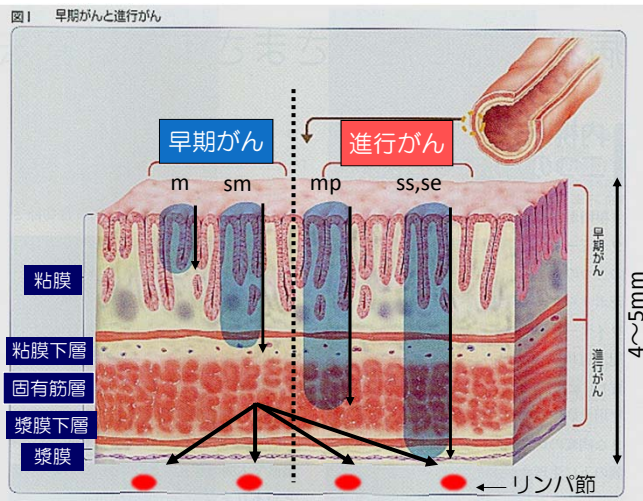
大腸がんに対する治療戦略

内視鏡切除

リンパ節転移リスクのない病変
あるいは
その可能性が極めて低いものに限る



早期がんと進行がんの違い



<リンパ節転移リスク>

粘膜内がん: 0%, SM (粘膜下層浸潤) がん: 約10%, 進行がん: 約30-40%

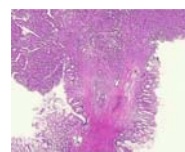
早期大腸がんにおけるリンパ節転移危険因子

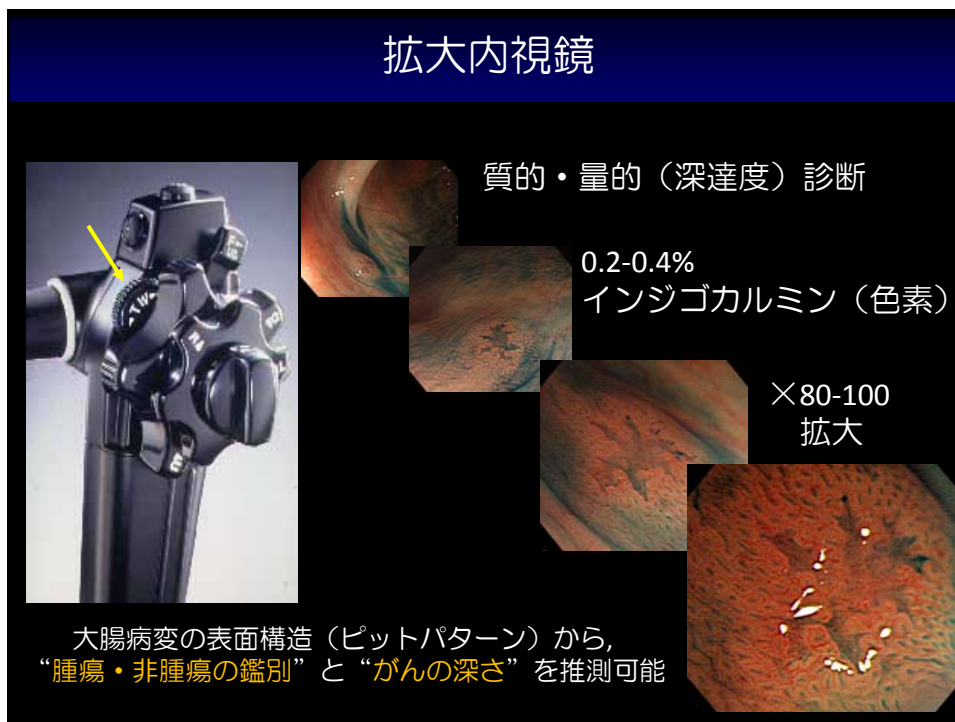
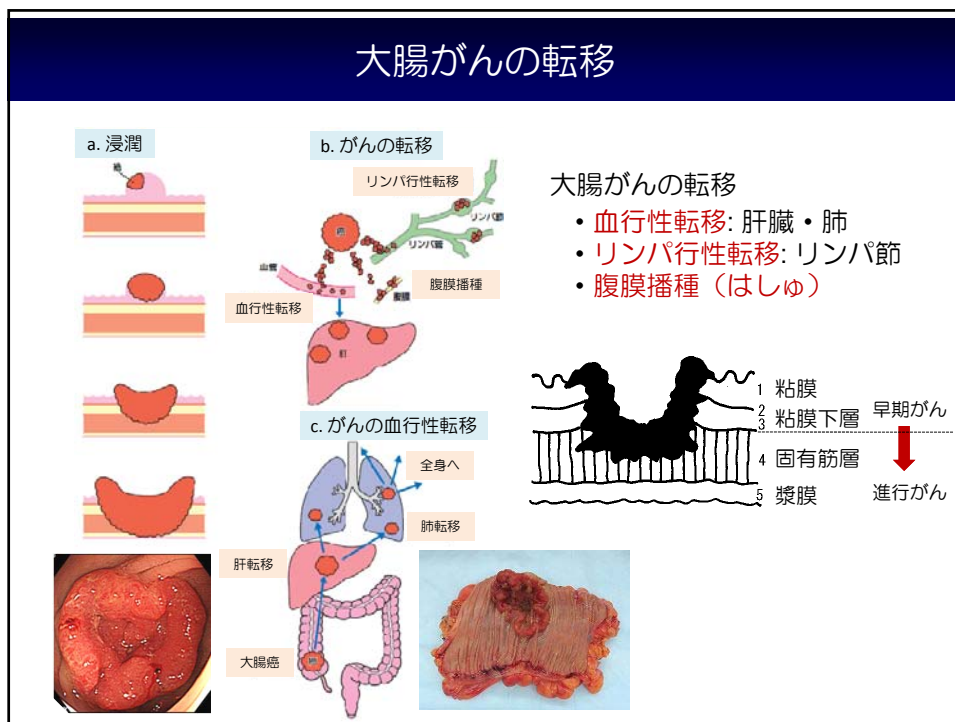
リンパ節転移危険因子

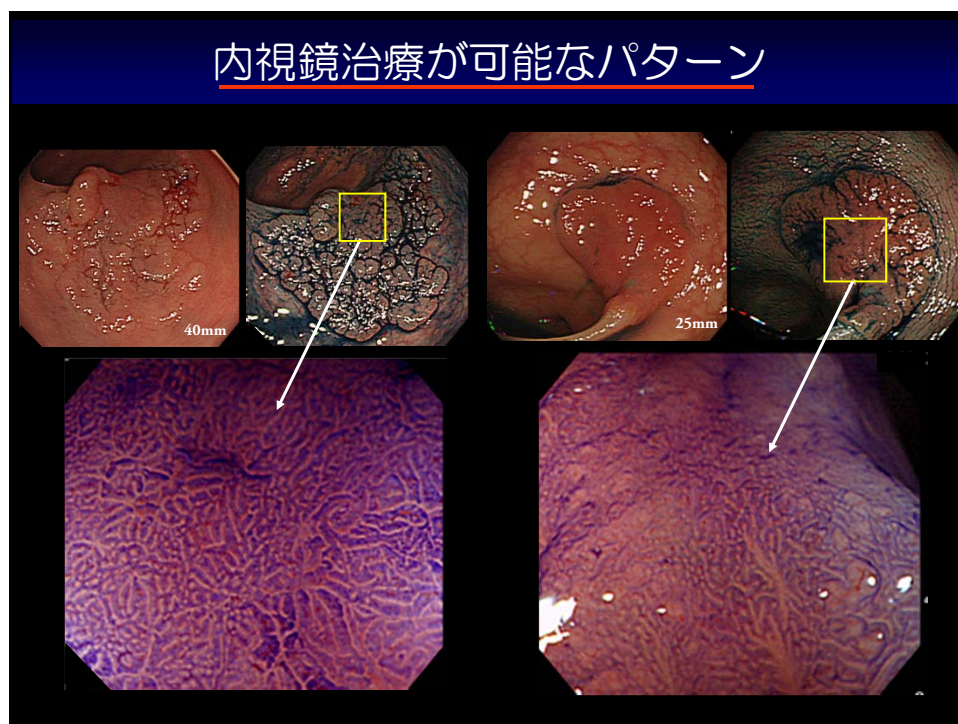
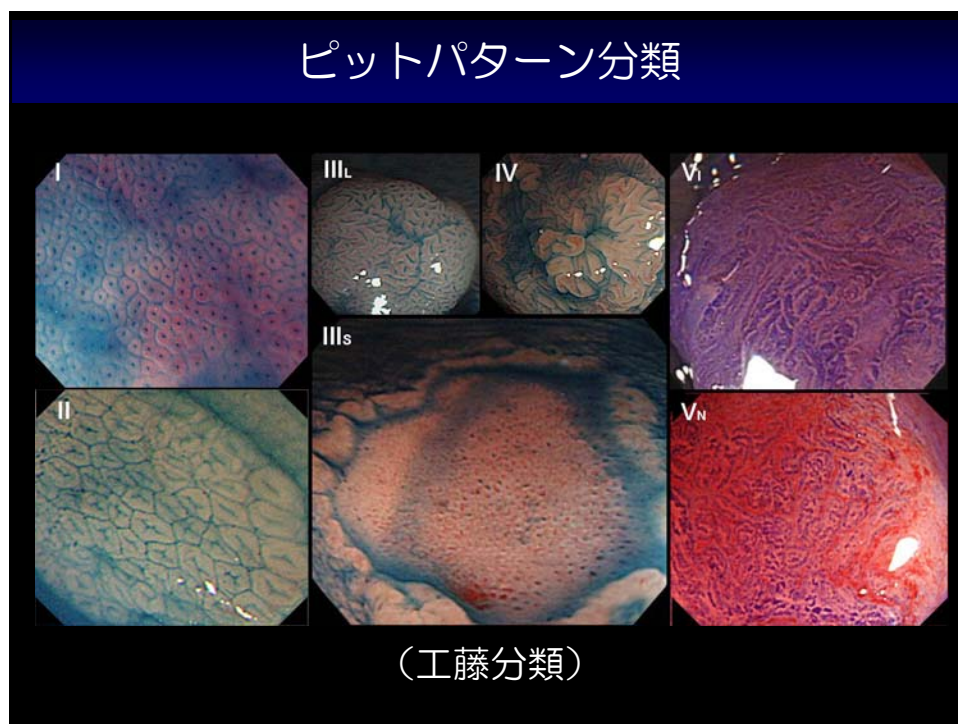
- 粘膜下層深部浸潤: $\geq 1000\mu\text{m}$
- 脈管侵襲 (リンパ管, 静脈) 陽性
- 低分化腺癌, 印環細胞癌, 粘液癌
- 浸潤先進部の簇出 (Grade 2/3)



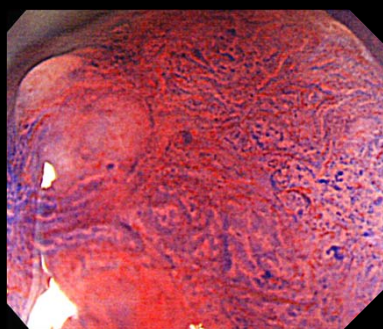
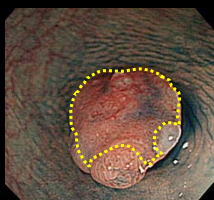
摘除標本の組織学的検索で, 上記の1因子でも認めれば, 追加治療としてのリンパ節郭清を伴う腸切除を考慮する







外科手術が必要なパターン



Case2 60y. Male

Sigmoid colon
6mm IIa+IIc lesion

本日の講演内容

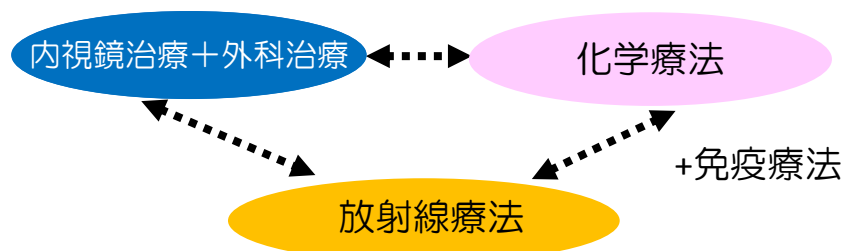
1. 日本における大腸がんの現状
2. 大腸の解剖と検査法及び大腸がん検診
3. 大腸がんに関する基礎知識
(皆さんからの内視鏡検査間隔についてのご質問にお答えします)
4. 大腸がんに対する内視鏡診断
5. 大腸がんに対する内視鏡治療



大変長らくお待たせ致しました

大腸がんに対する内視鏡治療

がんの「3大治療」



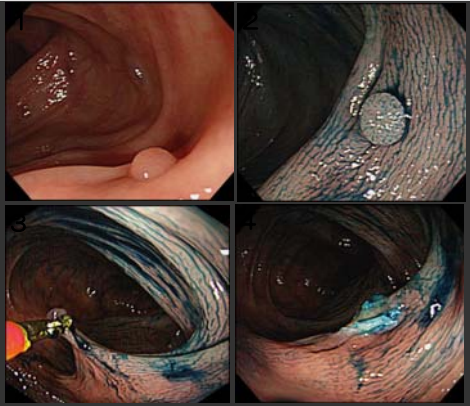
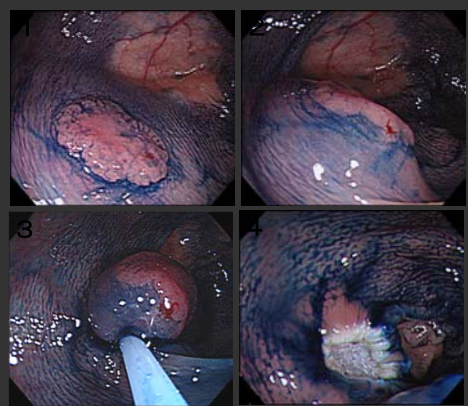
開腹手術の問題点

- 手術直後の疼痛・精神的負担
- 各種の生理的機能の脱落
- 長期間の入院
- 合併症のリスク

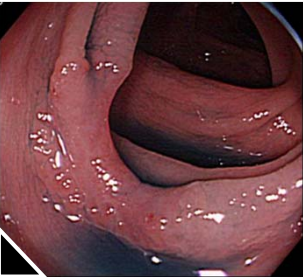
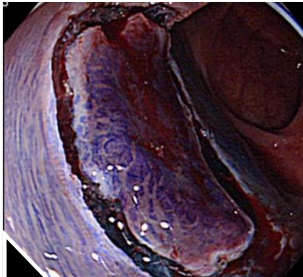
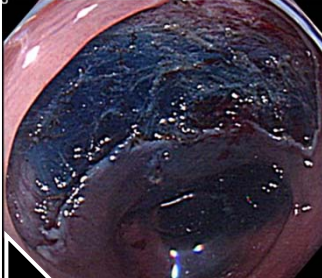
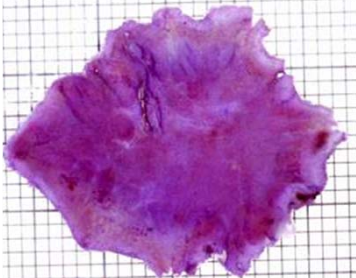


- ・ 何とか, お腹を開けずに “がん” を摘除したい
- ・ 完全に治したい

大腸腫瘍に対する内視鏡治療

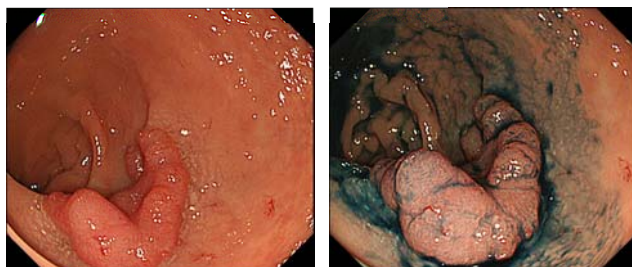
ホットバイオプシー	EMR（内視鏡的粘膜切除術）
	
ポリープ（病変）の形や大きさに応じて、 切除方法を選択する	

様々なデバイス（ナイフ）の登場

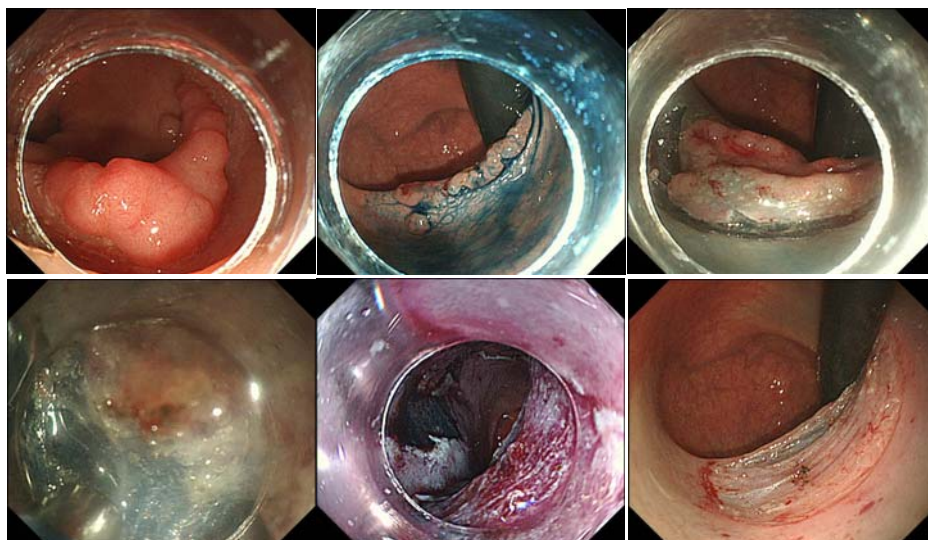
		 ITナイフ
		 Bナイフ (バイポーラ・ニードルナイフ)
		

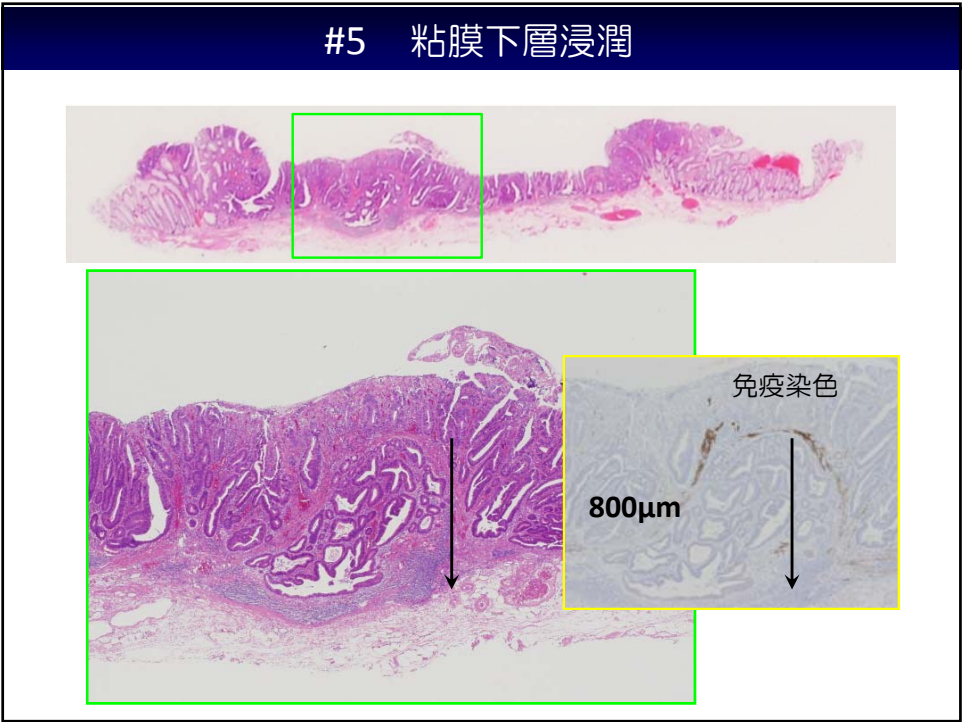
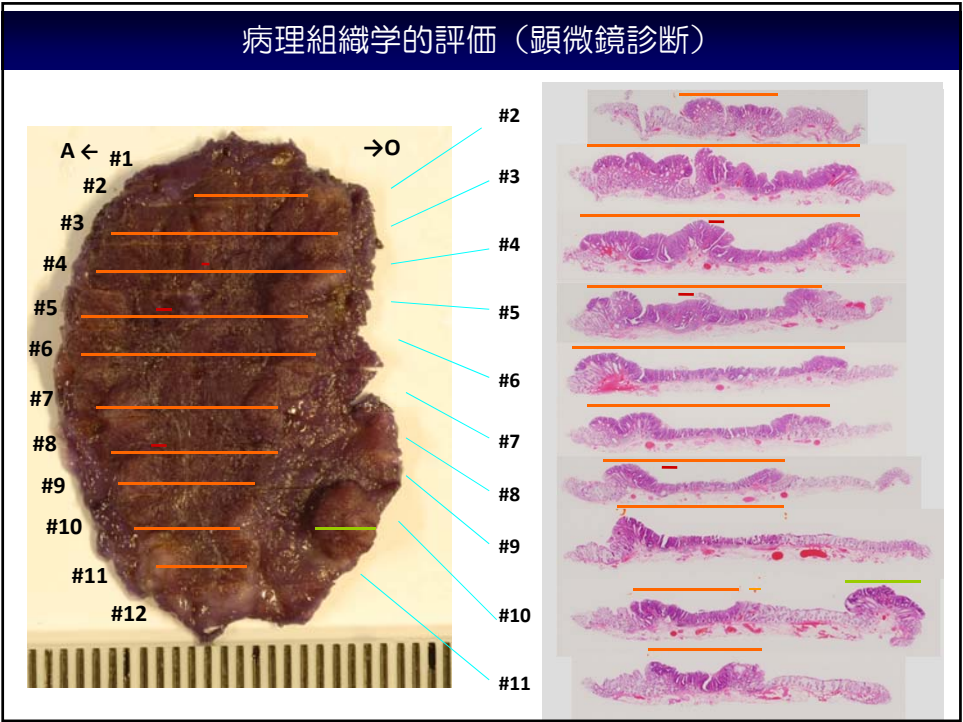
大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

直腸: 30mm大, 早期がん

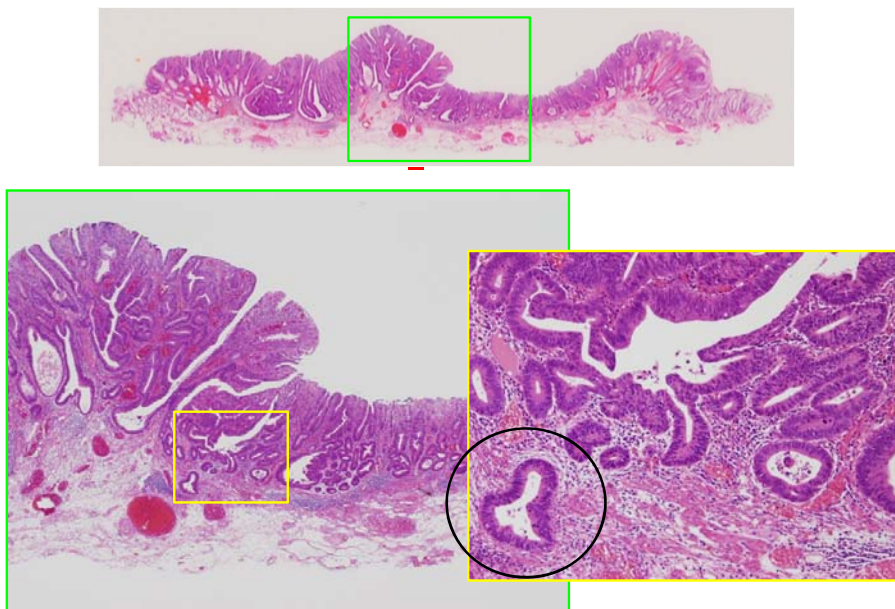


大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

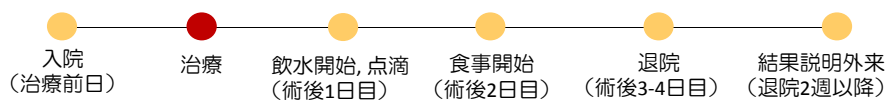




#4 粘膜下層浸潤



大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

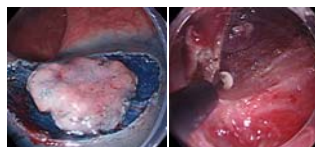


大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）
→ 4泊5日あるいは5泊6日の入院となる場合が多い

通常のEMRとの違い

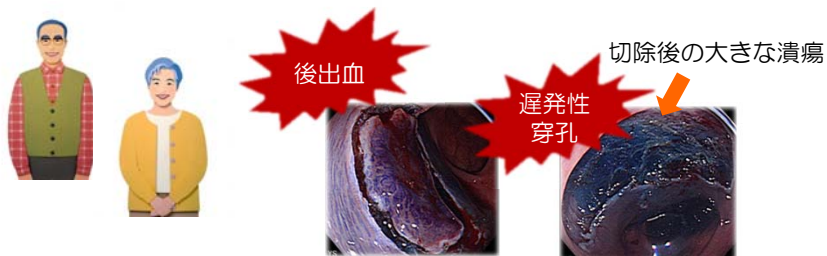
大きい病変を一括切除可能で、
より詳細な病理評価が出来る！

- 入院期間が長くなる
- 食事開始時期が1日遅れる。（点滴が2日間）
- 抗生剤の点滴がある

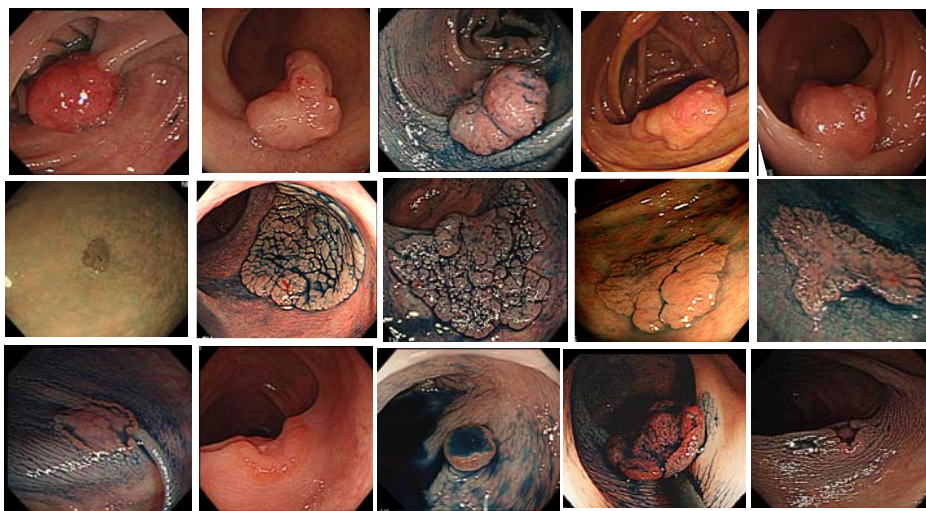


内視鏡治療を受ける際の注意点

- 常用薬 (とくに抗凝固剤: 血液をサラサラにする薬) を担当医にきちんと伝えて下さい。
- 治療後は幾つかの生活制限がありますので、海外出張やご旅行の予定を組むことは控えて下さい。また、激しい運動も約1週間は避けて頂くのが一般的です。



内視鏡治療で根治可能かどうか？ 方針を慎重に決定することが大切です！



National Cancer Center Hospital, Tokyo

まとめ

- 今後, 日本における大腸がん罹患者数は増加します！
- 40歳 (遅くとも50歳) を迎えたら, 一度大腸内視鏡検査を！
- 初回の内視鏡検査結果にて, ある程度その後の大腸がんリスクが予測可能です. 出来れば2回検査を受けて下さい.
- 私達 Japan Polyp Study グループからの内視鏡検査間隔に関する結果報告を, 期待してお待ち下さい！



まとめ

最近の内視鏡診断, 治療手技はめざましく向上しています！何よりも“**早期発見, 早期治療**”が大切です. 内視鏡検査に関する不安よりも, **検査後の安心感**の方が大きいという意見が多いです. 「大腸がん」は定期的な検査を受けて頂ければ, コントロール出来ます. 私達も大腸がん
で亡くなる方をなくす努力を続けていきます！



