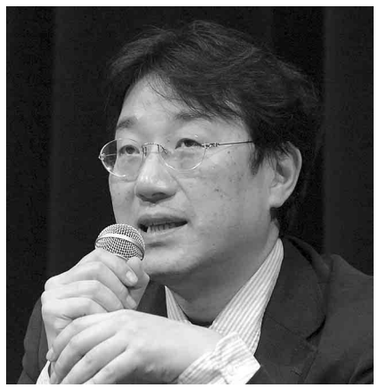
上手ながん治療の受け方

静岡県立静岡がんセンター公開講座第六弾「上手ながん治療の受け方」（静岡新聞社・静岡放送、三島市民文化会館主催、県立静岡がんセンター共催、スルガ銀行特別協賛）の初回講座が1月16日、三島市民文化会館で開かれ、小野裕之内視鏡科部長と朴成和消化器内科部長が、ここまできた胃がんの内視鏡治療、消化器がんの化学療法をテーマに講演しました。その概要をお伝えします。

＜企画・制作/静岡新聞社営業局＞



小野裕之（おの・ひろゆき）氏
県立静岡がんセンター　内視鏡科部長

1987年札幌医大卒。同大第4内科学講座入局。91年より国立がんセンター中央病院研修医、同チーフレジデントを経て、97年より同院内視鏡部医員。2002年より静岡がんセンター内視鏡科部長。日本消化器内視鏡学会指導医、胃癌学会評議員、胃癌治療ガイドライン委員

ここまできた胃がんの内視鏡治療

県立静岡がんセンター　内視鏡科部長　小野　裕之氏

日本人に多い胃がん

胃は袋状の臓器で、食べた食物の消化を助ける機能があります。胃の壁の断面は、粘膜、粘膜下層、筋層、漿膜下層、漿膜と、5層に分かれていて、がんは一番表面、ご飯の通るほうから起こり悪化するにつれ徐々に深く潜っていきます。表面に発生したがんを「早期胃がん」、深く潜ると「進行胃がん」と呼びます。

日本では年間約10万人が胃がんになります。罹患（りかん）数は1位、胃がんが原因で死亡する患者数は第2位です。男女別でみると、男性では罹患数1位で、死亡数は肺がんについで2位。女性の罹患数は乳がんについで2位、死亡数は1位です。

胃がんの検診を受けている人は比較的多めですが、25％にとどまっています。検診で発見されたがんの約8割は治りますが、検診を受けないまま胃の調子が悪くなった、食べられなくなったなどの症状が出てから治療しても5割しか治りません。症状のない、早期に検診で見つけていただくのが一番いいということです。現在、早期胃がんは9割以上治る時代です。ただし、スキルス胃がんは特殊で、検診を受けても見つけにくい特徴があります。

胃がんもけっして、遺伝するがんではありませんが、食べの物の味付けや、頻繁に食べる加工品など、いわゆる環境因子が共通しやすい家族などの間では、一人に胃がんが見つかれば、他の家族もがんのリスクにさらされると考えられます。さらに、塩気が濃い味付けを好む地方、国内では東北地方などでは、他の地域より胃がんのリスクが高くなります。また、環境因子として、喫煙とピロリ菌が挙げられます。

確実な検査、診断が可能

内視鏡検査の一番のメリットは胃の内部を検査しながら、疑わしい場所を発見したらその組織を取り、実際に顕微鏡で細胞を見てがんであるかどうか、確定診断が下せることです。

鮮明な画像を見ながら精密な検査をするために、当センターでは口から入れる方式の胃カメラを使用しています。鎮静剤を処方するので検査中に苦しさを感じることはありません。しかし、ごく軽い麻酔と同じなので、アレルギーに注意が必要です。終了後、数時間は安静が必要で、自動車の運転はできません。

年に1回とか、2年に1回とか、きちんと受けていただくというのが一番大事になります。

日本で見つかる胃がん全体の5―6割が早期がんです。そのうち約半数が内視鏡治療可能ですので、胃がん全体の4分の1ぐらいが内視鏡治療の対象になります。

外科切除で胃を摘出すると、ご飯を今までのように食べられないとか、酒があまり飲めない、あるいは術後、食べると具合が悪くなる「ダンピング症候群」になる可能性がありますが、内視鏡治療はこのような後遺症がありません。

日本が世界に誇る治療法

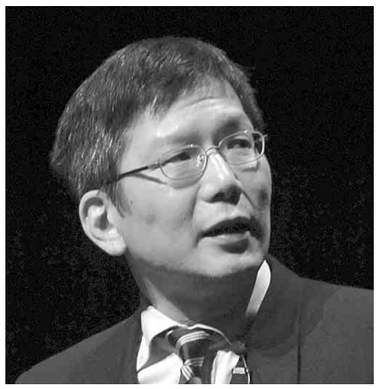
しかし、内視鏡治療では一度に摘出できる大きさが限られていたのが課題でした。がんを少しずつ取った場合と一度で広範囲を取り去った場合を比べると、一度で広範囲を摘出するほうが再発率が非常に低いというデータが出ています。そこで高周波でがん組織を切り取る「ITナイフ」を開発し、がんを広範囲に切り取ることができるようになりました。

内視鏡手術の翌々日には、おかゆを食べることができます。胃の粘膜は約1―2カ月で再生するので、最初の2―3週間、刺激物の摂取をさければ日常生活を送ることができます。

進行がんであっても持病のために、外科手術ができないケースの際も内視鏡手術は応用可能です。まず内視鏡で取れるがんを切除し、残された部分にレーザーをかける方法は、進行がんでも転移がない場合には有効です。

早期胃がんは世界的に見ても日本に多いがんですから、その治療も日本で高度に発達しました。ちなみに静岡がんセンターにおける、胃がんの内視鏡治療の件数は増加傾向で、現在日本で第2位です。今年には、日本一になるかもしれません。

胃がんの内視鏡治療技術に関していえば日本が世界で一番進んでいます。胃がんの内視鏡治療と外科切除、最近では抗がん剤治療も世界のトップの座をうかがう勢いです。胃がんの分野に関しては、日本が最先端だと認識し、症状がなくても定期的に検診をうけ、早期発見、早期治療に努めてください。



朴成和（ぼく・なりかず）氏
県立静岡がんセンター　消化器内科部長

1987年東京大医学部卒。92年より国立がんセンター東病院内視鏡部所属。2002年より静岡がんセンター消化器内科部長。消化器がんに対する抗がん剤治療が専門。多数の臨床試験、新薬の臨床開発に携わる。日本臨床腫瘍学会理事、日本癌治療学会代議員

消化器がんの化学療法

県立静岡がんセンター　消化器内科部長　朴　成和氏

向上する抗がん剤の効果

多くの消化器がんでは、抗がん剤治療だけで治癒させることはまだまだ難しい状況にありますが、抗がん剤の開発は着実に成果を上げています。ここ10年でみると治療成績はそれ以前に比べて倍以上になっており、今も日々進歩しています。

治癒率を向上させることが抗がん剤治療の第1の目的ですが、同時に生存期間、つまり治らないまでも、どのくらいの時間、がんを抱えながら頑張っていけるかという、延命（生存期間）も、抗がん剤治療の進歩を測る重要な尺度です。

例えば手術できないほど進行した大腸がんの患者さんでは、抗がん剤治療をしなければ半年ほどの余命だったものが、新たに開発された抗がん剤の投与により、最近では半数以上の方において20ヶ月を超える生存期間が得られています。このように、この10年で、抗がん剤治療は相当なスピードで進んでいるのです。

手術によってがんを切除した後に体内に残っている、肉眼では分からないほどのがん細胞をなくし治癒率を向上させることを目的として手術前後に抗がん剤を使います。これを周術期補助化学療法といいます。進行大腸がんの場合には、手術だけでは6―7割の患者さんしか治癒しなかったものが、術後補助化学療法を加えることにより、現在では8割前後の方が治るようになりました。

次に、術前補助化学療法について食道がんの例で紹介します。切除可能な食道がんでは1990年代には術後補助化学療法を試みても半数以上の方が再発し、亡くなっていました。これが外科手術および術後補助化学療法をあわせた食道がん治療の限界でした。食道がんの切除は非常に大きな手術になるので、患者さんの体への負担が大きく、術後に抗がん剤治療を行おうにも患者さんが弱っていて、十分にできませんでした。

そこで手術前に抗がん剤治療をする方法が試みられるようになりました。すると術後に抗がん剤治療を行った場合の5年生存率が4割程度だったのに比べて、術前治療を施すと6割に上がりました。このように今では、食道がんの術前に抗がん剤治療を行うことが標準治療になっています。

さらに食道がんがもっと進行して手術が出来ないというような場合でも、最近は抗がん剤と放射線治療を併用することで大きな成果を得ています。これほどまでに進行すると、昔はほぼ治らなかったのですが、この治療により5年生存率が16％、6人に1人ですが、治癒が得られています。20年前には間違いなくなく亡くなっているケースでも、治癒が得られる時代になったといえます。

目覚しい胃がんへの効果

次に胃がんです。胃がんはわが国で最も頻度の高いがんですが、死亡原因では肺がんに次ぐ第2位です。検診による早期発見や外科的な治療によって半数以上の胃がんが治っています。手術可能な進行胃がんでは、手術により3年生存率は7割に達しています。これは世界でもずば抜けて高い数字です。アメリカやヨーロッパでは胃がんの手術成績は治癒率2、3割ですから、日本の成績は非常にいいといえます。最近では、S―1という抗がん剤を術後1年間内服すると、さらに10％の治癒率向上が得られるようになりました。

これは、治癒する方が10人中7人だったのが、8人治るようになったといえますし、再発という点から見れば、これまで3人再発した方のうちの1人が再発しなくなったといえます。再発リスク、死亡リスクが3分の1減った、というのはとても大きな進歩です。手術できないくらい進んだ胃がんや再発した場合には、現在わが国ではこのS―1にシスプラチンという薬が加わり、胃がんに対する標準的な抗がん剤治療として行われています

進む分子標的薬開発

次に大腸がんです。大腸がんには抗がん剤が効かないといわれていた時代がありましたが、近年、多くの新薬が開発されてよく効くようになりました。これまでの抗がん剤は、正常細胞とがん細胞共通の増殖メカニズムに対して広く作用してしまうため副作用が強く、効果もいま一つでした。最近では、細胞がん化するメカニズムに特化した増殖因子の受容体などに注目し、そこだけを標的にする薬が開発されてきています。このような薬を分子標的薬といいますが、セツキシマブ、ベバシズマブといった欧米の新薬が日本にも導入されて、大腸がん治療は飛躍的に改善しました。消化器がん全体のなかでこの10年、大腸がんは、化学療法が最も進歩した分野といえます。手術できない大腸がんの生存期間は、90年代後半に比べると2倍以上にまで延長してきています。

また、大腸がんの肝転移があると、切除できるケースはかつて15％ぐらいで、全体での5年生存率は3％ぐらいでした。しかし、最近は、はじめ切除できないと判断された方のうち3割ぐらいは抗がん剤治療が非常によく効いて手術ができるようになっています。肝転移がある大腸がんの治癒率は全体として10％まで上がってきています。抗がん剤だけでは治すことができませんが、抗がん剤治療を行うことでその後手術可能となり、治る方が出てきています。

静岡がんセンターでは、今後もますます抗がん剤治療の進歩のために貢献し、それらの成果を日常診療に活かしていきたいと考えております。

タウンミーティング ◆質疑応答◆

※事前や当日寄せられた質問を中心に山口建総長を交えて質疑応答が行われました。紙面の都合により本講座の内容に即した質問事項をまとめました。

質問　ステージⅡの直腸がんの手術後、抗がん剤ＴＳ１を２年飲んでいます。いつまで続ける必要がありますか。

朴　効果が確認された最新で最適な治療法となる「標準治療」では、当該のがんに対しては術後の抗がん剤投与は半年で終了してよい、となっています。止めても構わないと思われますので、セカンドオピニオンを求めてください。

山口　過去の経験や考えなどに頼り、科学的な証拠、エビデンスに基づかない治療を続けているケースもあります。治療に疑問をもたれたら当センターのよろず相談などをお尋ねください。

質問　胃炎があり、進行するとがん化の危険があると診断されました。適切な検査の種類と頻度を教えてください。

小野　胃の中を直接観察し、異常な場所があれば、その場で組織を採取して検査できるのが内視鏡検査の利点です。必要な検査の頻度についてのデータは出ていませんが、年に一度は内視鏡検査を受けるのが良いでしょう。