

ここまで進んだ！最先端のがん医療

主催／静岡新聞社・静岡放送 共催／県立静岡がんセンター、三島市、長泉町、裾野市、函南町、清水町、三島市民文化会館 特別協賛／スルガ銀行

静岡がんセンター公開講座2024「ここまで進んだ！最先端のがん医療」(静岡新聞社・静岡放送主催、県立静岡がんセンター、三島市、長泉町、裾野市、函南町、清水町、三島市民文化会館共催、スルガ銀行特別協賛)の第4回(事前登録制)がこのほど、同会館で行われました。第4回は県立静岡がんセンター大腸外科部長の塩見明生氏が「ロボットでがんを手術する」、同センター乳腺画像診断科部長の植松孝悦氏が「最先端の乳がん検診と診断」と題して講演し、ネット配信も行いました。会場では同センターの上坂克彦総長と塩見氏、植松氏による質疑応答・タウンミーティングも開催。その概要をまとめました。

〈企画・制作／静岡新聞社地域ビジネス推進局〉

最先端の乳がん検診と診断

わが国の乳がんの罹患(りかん)率は増加傾向で、年間約9万4000人が乳がんに罹患しています。発症年齢のピークは45、49歳と、社会と生活の中心になる年代です。先進諸国と比べると、欧米では乳がんの死亡率は減少傾向ですが日本は増加中です。アメリカでは、2000年から12年間で死亡率が37%も減少しました。これは、マンモグラフィ検診の効果と、抗がん剤など治療法の進歩によるものです。かたや日本は、国民皆保険という素晴らしい医療制度がありますが、日本人は高濃度乳房の人が多く、マンモグラフィ検診をしても乳がんを発見できない確率が高い上に、健診受診率が低い

日本人女性の乳がん死亡率が増加



県立静岡がんセンター
乳腺画像診断科部長
うえまつ たかよし
植松 孝悦 氏

1992年新潟大医学部卒。2002年静岡がんセンターに勤務、13年生理検査科部長、17年乳腺画像診断科部長兼任。日本医学放射線学会診断専門医、日本乳癌学会乳腺専門医。日本乳癌検診学会理事、日本乳がん検診精度管理中央機構理事。

わが国では、生涯で2人に1人ががんに罹患(りかん)するといわれます。中でも大腸がんは、男性では前立腺がん、女性では乳がんに次いで、どちらも2番目に多い疾患です。自覚症状は早期ではほとんどなく、進行につれ血便、便が細くなる、便秘、下痢、腹部膨満感や腹痛が現れます。定期検診はぜひ受けてください。100%の発見は困難ですが、毎年受診すれば大腸がんで亡くなるリスクが約60%減ると言われています。大腸がんは大腸壁内側の粘膜面から発生します。やがて病巣が増大して根が深くなり、腸壁を破り、隣接臓器に直接浸潤したり、転移したりします。病期は、がんが粘膜

ため、死亡率が減少しないと考えられます。

検診とプレスト・アウェアネスで早期発見を

乳がん検診には、自治体の実施する対策型乳がん検診と、個人の価値観で検査方法を選べる任意型乳がん検診があります。わが国では、50歳以上の女性には左右1方向、40歳代の女性には2方向のマンモグラフィ検診を、2年に1回受けることが推奨されています。マンモグラフィ検診には、早期発見と治療方法の軽減、死亡率を減少させる効果があります。ただし、乳がんを確実に発見できる検査はありません。結果が陰性でも過信は禁物です。さらに、マンモグラフィ検診には被ばくや偽陽性、偽陰性、過剰診断による過剰

治療の懸念があることを理解しておく必要があります。

とはいえ、乳がんから身を守るには、やはり定期的な乳がん検診が不可欠です。さらに、血縁者に乳がん罹患者がいるか、ご自身が高濃度乳房か否かを知ること大切です。高濃度乳房は、乳がんのリスク要因となります。高濃度乳房をマンモグラフィで検査すると、乳房が特に白く写りますが、がんの病巣も白く写ります。つまり「雪原の白うさぎ」状態で、発見がより困難になるのです。これが、高濃度乳房の方の病変を見つける検診感度が50%程度まで落ちると言われるゆえんです。そのため、高濃度乳房と言われた方は医師とよく相談して、乳房超音波検査等を加える選択肢もお考えください。

また、検診以外に取り組んでいたきたいのが「プレスト・アウェアネス(乳房を意識する生活習慣)」です。これは①自分の乳房の状態を知り、②乳房の変化に気をつけ、③変化に気づいたらすぐ医師に相談し、④40歳になったら2年に1回乳がん検診を受けるという、4つの習慣です。入浴時に乳房に触れて変化を見つけるなど、日常生活の中で行えます。この実践で早期発見や、乳がんの進行を

未然に防ぐことが可能です。

乳がんの最先端の診断技術についてもご紹介しましょう。画像検査を行って乳がんの病巣の広がりや診断し、乳房温存術または乳房切除術のいずれかの治療方法を決めます。乳がんの画像診断の進歩には目覚ましいものがあり、新しい画像検査機器も次々に登場しています。

乳がんの基本的な画像検査はマンモグラフィと超音波検査ですが、近年は、より精密にステージ等を決めるためにMRI、PET-CT、画像誘導下の組織生検も行われています。さらに乳房トモシン

セスという装置も登場し、乳房の断面写真をわずか10秒程度で撮影して、より精度の高い画像を撮ることが可能になりました。

当院では、MRI画像を基にしたフュージョン技術で正確に病変を捉え、微小な組織を採取する方法も採用しています。これは磁場を発生する特殊な超音波で普通の検査では見つけられない病巣も発見し、病理診断することができ

ロボットでがんを手術する

男女とも罹患率が高い「大腸がん」



県立静岡がんセンター
大腸外科部長
しおみ あきお
塩見 明生 氏

2000年京都府立医科大医学部卒。04年国立がん研究センター東病院大腸骨盤外科レジデント・がん専門修練医、08年静岡がんセンター大腸外科副医長を経て17年から現職。日本外科学会、日本消化器外科学会の各専門医・指導医など。

わが国では、生涯で2人に1人ががんに罹患(りかん)するといわれます。中でも大腸がんは、男性では前立腺がん、女性では乳がんに次いで、どちらも2番目に多い疾患です。自覚症状は早期ではほとんどなく、進行につれ血便、便が細くなる、便秘、下痢、腹部膨満感や腹痛が現れます。定期検診はぜひ受けてください。100%の発見は困難ですが、毎年受診すれば大腸がんで亡くなるリスクが約60%減ると言われています。大腸がんは大腸壁内側の粘膜面から発生します。やがて病巣が増大して根が深くなり、腸壁を破り、隣接臓器に直接浸潤したり、転移したりします。病期は、がんが粘膜

にとどまっている段階であればステージ0です。粘膜下層や筋層にあればステージⅠ、筋層を越え浸潤するとステージⅡです。リンパ節転移するとステージⅢ、臓器転移や腹膜転移するとステージⅣと診断されます。

体への負担を少なく治療できる術式

この腹腔鏡下手術から進化したのが、ロボット支援手術です。最先端のテクノロジードで患部の切離や神経、血管など微細な箇所にも的確に処置を行え、良好な成績を上げています。国内でも導入が高まり、直腸がんや結腸がんやロボット支援手術は保険適用になっています。しかしまだロボット支援手術の歴史は浅いため、今後も科学的根拠が蓄積される必要があります。直腸の周りには排尿機能や性機能といった、人間の尊厳に関わる自律神経が、クモの巣のように張り巡らされています。ロボット支援手術では

では、大きくお腹を開ける開腹手術と違い、数カ所の小さな傷穴に、モニターと鉗子(かんし)の機械を入れて手術を行います。腹腔鏡下手術の長所は傷が小さく低侵襲のため、出血量、痛みや体への負担が少ないことです。入院期間も早く早期に社会復帰できます。ただ、鉗子が直線的で狭い骨盤内では開腹手術に比べて難易度が高まります。術者の技量が治療成績に影響する手術とも言えます。

ロボット支援手術で精度の高い治療を

この腹腔鏡下手術から進化したのが、ロボット支援手術です。最先端のテクノロジードで患部の切離や神経、血管など微細な箇所にも的確に処置を行え、良好な成績を上げています。国内でも導入が高まり、直腸がんや結腸がんやロボット支援手術は保険適用になっています。しかしまだロボット支援手術の歴史は浅いため、今後も科学的根拠が蓄積される必要があります。直腸の周りには排尿機能や性機能といった、人間の尊厳に関わる自律神経が、クモの巣のように張り巡らされています。ロボット支援手術では

自律神経を傷つけず、なおかつ病巣も切離することができ。根治性と機能温存が両立できるのです。治療成績も良好です。例えば、自律神経温存の判断基準である術後の排尿障害の場合、開腹手術では58%も排尿障害が生じますが、当院の腹腔鏡下手術では、8・3%、さらにロボット支援手術では1・6%まで減らせます。また、当院はこの機械を全国に先駆けて導入し、大腸がんのロボット支援手術実績は昨年12月までに2000例以上と、症例数が多いことも申し添えておきます。

さらにロボット支援手術の優位性は、大腸がんに限った話ではありません。食道がんにおいては、手術関連合併症

が有意に低下します。肺がんでは、胸腔鏡下手術と比較し、術後の強い痛みの低下が証明されています。子宮体がんでは出血量が減り、開腹手術への移行の確率が下がるなど、各がんの手術でもメリットが示されているのです。

ロボット支援手術は、今までアメリカ製の「ダヴィンチ」という機械が主流でしたが、ところが近年では、さまざまなメーカーから新規のロボットが開発・発売され、選択肢が増えています。当院でも、昨年12月から「hinotori(ヒノトリ)」という、国産初のロボットを導入しました。術者のさらなる研さんに努めつつ新しい機械を採用し、今後も最善の治療を行ってまいります。

質疑応答・タウンミーティング

会場では講演後に質疑応答を行い、受講者の質問に上坂克彦総長と塩見氏、植松氏が答えました。一部を紹介します。

Q 静岡がんセンターにおける、大腸がんのロボット支援手術の実施の割合はどのくらいですか。またステージⅢ以上でも開腹手術は行いますか。
塩見 当科で開腹手術を選択する割合は5〜7%です。例えば大腸がんが脾臓(すいぞう)に直接浸潤している場合や、骨盤の中を占拠するほど巨大な直腸がんの場合、最初から開腹手術を選択することがあります。ロボット支援手術では感触を確認することができないため、術者自らの手で患部に触れて、その触覚を頼りに手術をする必要があるからです。直腸がんに対しては鏡視下手術では100%、結腸がんに対しては、約80%の患者さんにロボット手術を実施しています。

Q 産科で働いています。産後のお母さんたちの中に、まれに血乳の出る方がいます。1〜2週間長引く方には、すぐに専門医を紹介した方がいいでしょうか、授乳後まで待つべきでしょうか。また、授乳中の方で乳がんを発症する方の割合も教えてください。
植松 授乳中で乳頭から血液が出る場合、ドロツとした粘性のある赤黒い状態であれば、早期の受診を勧めます。逆に真っ赤な鮮血で、数日で止まるならリスクは低いと思います。授乳期は高濃度乳房に相当するため、この時期に検査をしてもがんの発見が容易ではありません。ただ、授乳期乳がんは進行が早いので、しこりなど気づいた点があれば、自己判断せず、すぐに乳腺外科を受診してください。