静岡県立静岡がんセンター公開講座

〈企画・制作／静岡新聞社営業局〉

胃がんの診断とテーラーメイド治療

静岡がんセンター副院長 米村 豊氏

米村 豊（よねむら・ゆたか）
静岡がんセンター副院長
1973年金沢大学医学部卒業、79年同大大学院医学研究科修了。同大医学部附属病院第2外科、医学部講師を経て、2002年より県立静岡がんセンター副院長。所属学会は、日本胃癌学会、日本外科学会、日本消化器病学会、日本癌学会など多数。

魚の焦げなど原因に

日本は、世界で最も胃がんの発生が多い国の一つです。1960年から97年までの記録では、日本人のがんの罹患率のトップが胃がんです。

確定的にがんを起こすであろうと科学的に証明されたものをイニシエーターと呼んでいますが、魚や肉の焦げに含まれているニトロソ化合物、たばこ、ベンズピレン、ニトロソジメチルアミン、ダイオキシン、カビの中のアフラトキシンといった物質があります。胃がんを防ぐためには、こういうものを自分の周りから排除することが非常に重要です。

また、ピロリ菌というばい菌もがんを発現させます。この菌は日本人の約80％の人の胃の中に常時住んでいます。このばい菌が活動すると胃の中にアンモニアが発生するため、胃炎、十二指腸潰瘍（かいよう）、胃がんが発生します。この菌は抗生物質を飲むと1週間で70％くらいの割合で駆除することができます。

問題は、こういう物質にさらされるとなぜ胃がんになるかということです。このことに関しては1970年までは全くわかっていませんでしたが、現在では、先ほど挙げたイニシエーターと呼ばれる物質が、細胞の遺伝子を傷つけ、その傷ついた遺伝子が原因となってがんになることが証明されています。1個の遺伝子がやられただけではがんにはならず、何個か遺伝子が壊れてからがんになります。ですから、がんになるにはかなりの時間が必要です。日本人の胃がんの10万人あたりの罹患率をみてみますと、40歳の男性は10万人あたりに35人、女性は27人です。ところが60歳になると287人と急増、85歳では700人ときます。

40歳から定期検診を

胃がんには胸焼けとか胃がむかむかする、あるいは胃が痛いといった症状がでたり、また、出血や貧血をきっかけに胃がんが見つかる人がいます。しかし、30％の人は無症状です。したがって、検診が非常に大事で、40歳を過ぎたら、年1回定期検診を受けることを勧めます。検査法にはバリウムを飲む胃透視や内視鏡による検査があります。内視鏡検査は同時に細胞を調べることができるので、胃がんの確定診断には欠かせません。

胃がんの治療の柱は外科的治療です。3種類あり、胃カメラだけで直す内視鏡的粘膜切除術、腹腔鏡で切除する腹腔鏡補助下胃切除術、そして普通の開腹手術を行う方法があります。

胃カメラだけで直せるのは、直径2㌢以下の早期胃がんで、潰瘍や転移のないものです。これは胃がん全体の5％にあたります。腹腔鏡手術はお腹を5㌢くらいしか切る必要がないので、痛みがなく手術の次の日から歩くことができ、10日くらいで退院できます。

通常の手術ですが、お腹を8㌢くらいしか切らない方法と、20㌢ほど切る方法があります。進行したがん、転移のあるがんはどうしても大きな切開の手術が必要となります。胃がんの手術は、リンパ節の切除範囲と胃を切る範囲、あるいは神経を残す方法などで少なくとも20種類くらいの方法があります。また、手術に際して胃だけを取っても治らない場合、つまりすい臓、大腸、肝臓などに転移があった場合、胃だけではなく、これらの臓器を切り取ることもあります。

最適な治療法を選択

このように、私たちは最新の医療器具を使ってがんの広がりを手術前、手術中に診断し、1人ひとりの患者さんに最も適した治療方法を行うようにしています。これを1人ひとりにぴったり合った治療法という意味でテーラーメイド治療と言っています。

手術以外の治療法には制がん剤、放射線療法、温熱療法、免疫療法などがありますが、最も一般的なのは抗がん剤です。

抗がん剤による胃がんの治療は、1990年代から急速に発展しました。抗がん剤治療には、①再発防止②転移の治療③抗がん剤でがんを小さくした後手術でがんを全部取ってしまうため、という3つの目的があります。

放射線療法は日本ではあまり行われていませんが、アメリカやオランダでは手術の後に制がん剤・放射線療法を行う方法が標準的に行われています。

以上述べた方法で胃がんを治療しますと、早期がんで約95％、手術ですべて摘出した進行がんも50％は完治します。

最後にまとめとして、胃がんを克服するための10個条を紹介しましょう。

①新鮮な緑黄色野菜や緑茶を摂ってください②焦げた魚やお肉は食べないでください。また、古い食べ物は食べないようにしましょう③塩分は控えてください④たばこは絶対にやめましょう⑤肥満を避けましょう⑥ストレスをなくすように、適度な運動をしましょう⑦ピロリ菌の検査をして抗生剤で駆除をしましょう⑧定期的な検診をして、早い段階で胃がんを見つけましょう⑨もし胃がんと言われたらセカンドオピニオンを胃がんの専門家に聞きに行きましょう。胃がんと診断された場合、1カ月くらい放置しておいてもそんなに進むものではないので、自分の胃がんの進展に合わせた最も適切な手術をしてもらうために専門家の意見を聞くことが大事です⑩信頼できるお医者さんとよい関係を持ちましょう。お医者さんもさまざまですので、自分を任せることができるお医者さんを見つけることが大切です。

大腸がんの診断と最新治療

静岡がんセンター大腸外科部長 山口 茂氏

山口 茂樹（やまぐち・しげき）
大腸外科部長
1986年横浜市立大学医学部卒業、92年同大大学院修了後、横須賀北部共済病院、横浜掖済会病院、横浜市立大学医学部附属病院、米国New York州Mount Sinai病院留学を経て、2002年より県立静岡がんセンター大腸外科部長。

がん医療の最前線を総合的に学ぶ県立静岡がんセンター公開講座「もっと知りたい！がん医療」（静岡新聞社・静岡放送主催、同センター共催、特種製紙株式会社協賛）の第4回講座が先月14日、駿東郡長泉町の同町文化センター・ベルフォーレで開かれました。同センターの米村豊副院長が「胃がんの診断とテーラーメイド治療」、山口茂樹大腸外科部長が「大腸がんの診断と最新治療」をテーマに講演しました。その概要を紹介します。

排便時の出血に注意

大腸がんは死亡率、罹患率ともに増加傾向にありますが、実は治る数、治癒率も高いがんです。ぜひとも正しい知識を持って、万が一に備えてください。早期がんを除いて、大腸がんから治癒するためには外科手術が必要です。手術の方法も徐々に変わってきており、どのような手術を受けたいか希望できる時代になってきました。

がん細胞はもともと自分の細胞から発生するので、小さいうちは何の症状もありません。時には、かなり大きくなるまで症状が出ないこともあります。最も気をつけるべき症状は出血です。排便に伴っての出血ですが、大腸がんのところを便が通過する時にへばり付くような形で血液が付着します。便のまわりに付く血液、紙や便器の血液の有無を確認すべきです。検診で便潜血反応をチェックすれば目に見えない微量の出血をとらえることもできます。

こうした出血症状や便検査で陽性反応が出ても、大部分の方は大腸がんではなく痔などの良性疾患です。しかし、一部の方には大腸がんがあるのも事実で、現在、早期発見のためにはこうした見つけ方しかありません。あるいは、人間ドックなどで大腸内視鏡検査を受ければ、もっと確実な大腸がんの検査となります。バリウムを使った注腸造影検査もあります。また、大腸がんは大腸付近のリンパ節や肝臓、肺などに転移することがあり、がんの広がり、進行度を確認するためにCT（コンピュータ断層撮影装置）、MRI（核磁気共鳴断層撮影法）などの検査を行います。最近では、新しいがん検査法としてPET（陽電子放射断層撮影法）を行うこともあります。

いずれにしましても、出血の具合で勝手に痔と判断するようなことは、ぜひともやめてほしいと思います。検査をして初めてがんかどうかが分かるんだという認識を持ってください。

早期は内視鏡で切除

大腸がんは大腸の一番表面の粘膜から発生します。この表面にあるうちは、大腸内視鏡によってほとんどのものが切除でき、お腹を切る必要はありません。これがさらに大きくなって、粘膜下層に入ると手術が必要になってきます。その理由は、粘膜下層に及ぶと5～10％にリンパ節転移が起こるからです。つまり、大腸がんのまわりのリンパ節を切除（リンパ節郭清）する必要があるからです。

大腸がんはさらに筋層、漿膜と深さを増し、大腸全周に及ぶと通過障害を起こし、ついには腸閉塞となります。

大腸がんの治療法ですが、肛門から入れる内視鏡検査でがんを見つけ、早期がんであれば、そのまま切除するだけで治療が完了、すなわちお腹を切る必要のない方がたくさんおります。内視鏡検査の意義は非常に高いことが分かると思います。

これまで大腸がんの手術は開腹手術で行われてきました。大腸を切除するために腹壁に大きな創（きず）をあける必要がありましたが、1990年代から腹壁に穴をあけ、穴からカメラや手術器具を入れて、お腹の中で大腸の手術を行う方法が開発されました。

腹腔鏡手術と呼ばれるこの方法は、創が小さいことにより美容上だけでなくさまざまな長所があることがわかり、現在、この手術は増加傾向です。

腹腔鏡手術の長所を列挙しますと、腹壁の創が小さいために、美容上優れる、疼痛が少ない、回復が早く早期退院、早期職場復帰が可能、腸管麻痺時間が少ない、拡大視効果で正確な手術ができる、免疫機能の維持、などです。

しかし歴史の浅い手術方法なので、本当に開腹手術と同等なのか、再発が増えたりしないか、手術に伴う合併症が増えないか、どうやって新しい手術法を外科医に教育していくかなどの問題点が挙げられていると同時に、短所として、手術時間がかかる、術者間に技術の差がある、などが挙げられています。

肛門温存手術が増加

従来、大腸がんのうち直腸がんが肛門近くに及ぶと、肛門とがんを一緒に取り除く手術が行われ、患者は一生人工肛門を使って排便する生活を余儀なくされていました。しかし最近では、肛門を温存する手術が発展してきています。

括約筋という肛門の筋肉を部分的に切除することにより肛門の一部を切りとって、かつ肛門を残す方法が開発され、現在当院では、直腸がんの患者さんで永久人工肛門になる方は、10人に1人もいない状態です。ただ、人工肛門にならないことは朗報ですが、ここでも再発が増えないかと懸念されていますし、肛門が残ったといっても、本来の肛門よりは機能は落ちることになるので、日常生活への影響も問題点といえます。

大腸がんは的確な診断治療で治癒する方の多いがんです。早期発見、適切な治療により完治を目指し、その上で、肛門、排尿といった残せる機能は温存すべきと考えています。

年1回は便潜血検査

全体をまとめさせていただきますと、大腸がんの症状は非常に出にくく、出血症状が唯一の初期のサインだと思ってください。症状が全くないケースも多いので、大腸がんが気になる方は便潜血反応などの検査を受けてください。特に御両親、兄弟が大腸がんにかかった方がいる場合は、40歳を超えたら検診を考えられたほうがいいと思います。

方法としては通常、便潜血反応を年1回行えばよいと思います。便潜血反応が陽性の場合、大腸の内視鏡検査を行えばより正確に診断できます。その際、大腸ポリープが見つかった場合は切除して、また翌年検査をすることを、繰り返していきます。大腸ポリープは1回取ってしまうと、翌年その翌年と出てこない方も多いので、その場合は2―3年に1度の内視鏡検査でよいと思います。定期検査を行って適宜ポリープを取っている方に、突然ひどい大腸がんができるということはまずありませんから、何よりも、定期的な検診が大腸がん予防策と言えるのです。