

このページでは医療の最前線でご活躍されているメディカルセンターのドクターにリレー方式でご登場頂き、健康と医療についてお話して頂きます。

今月号は藤田由利子先生から大腸外科がご専門の落合健太郎先生にバトンが移りました。

第227回

大腸がん、予防に勝る治療なし

Department of Colon and Rectal Surgery,
MD Anderson Cancer Center 医師/落合健太郎



みなさん初めまして。医師の落合健太郎と申します。日本では東京大学大腸肛門外科に所属し、臨床医として勤務しておりました。現在は研究員としてMD Anderson Cancer Centerで大腸がんの外科治療に関する研究を行っております。

大腸がんの治療

大腸がんの治療についてお話ししたいと思います。大腸がんは日本でも世界でも最も多いがんのひとつで、日本ではがんの部位別の罹患数は第一位、死亡数は第二位と報告されています。初期の段階で見つかったものは内視鏡で切除することができます(いわゆるポリープ切除など)、症状の出にくいがんなので、ある程度進行してから見つかることも多く、この場合手術が必要となります。手術は従来の開腹手術に加え、傷の小さな腹腔鏡手術が急速に普及し、今ではほとんどの施設で腹腔鏡手術を受けることができます。また、最近では手術支援ロボットを用いた手術も行われます。多関節アームによる精密な操作や、立体内視鏡による三次元の視野などの利点があり、日本では消化器の手術に対しては数年前から直腸手術に、昨年からは結腸手術に保険適用となり、今後ますます普及していくと思われれますが、もともと米国発の技術であり、米国では日本とは比較にならないほど普及が進んでいます。

さて、大腸がんの治療の中心となる手術には、リスクも伴います。特に、腫瘍が肛門に近い直腸がんでは、手術により人工肛門が必要となることがあります。そうでなくても、手術により肛門機能が低下し下痢をしたり、逆に便秘になったり、生活の質の低下に苦しむ方も少なくありません。また、骨盤の中、直腸のすぐそばには血管や自律神経が複雑に入り組んでおり、手術操作に伴い自律神経がダメージを受け、術後に排尿障害を起こしたり、勃起・射精障害などの性機能障害を起こしたりすることもあります。特に最近では若い大腸がん患者さんが増えており、術後の機能障害は大きな問題となります。そこで近年注目されているのが、直腸癌の非手術治療(Watch and Wait strategy)と呼ばれる治療法です。

手術だけじゃない直腸癌に対するWatch and Wait strategy

直腸がんの治療では、手術と化学放射線療法を組み合わせる(集学的治療)ことで手術後の局所再発率が低下することが知られており、欧米で

は古くからこの集学的治療が標準治療として行われてきました。手術の前に化学放射線療法を受けると、15-20%の患者さんで、手術後の標本ではがんが完全に消えている場合(病理学的完全奏功)があります。このような、化学放射線療法だけで癌が消えてしまった患者さんでは、手術をしなくてもよかった可能性があるわけです。そこで、内視鏡やMRIなどで完全奏功が予想される患者さんにはすぐに手術を行わず、慎重に経過を見る治療が提唱され、Watch and Waitと呼ばれています。当初は「がん患者に手術をしない」ことに対する賛否がありましたが、多くの研究によって安全性や妥当性が示され、欧米を中心に普及が進んでいます。最近では化学放射線療法に全身化学療法(抗がん剤)を組み合わせることで、治療を受けた約半数の患者さんが手術を回避できた、という報告もあるほどです。当然、治療の効き目は個人差があり、全員がWatch and Waitできるわけではなく、またWatch and Wait中に微小な残存腫瘍が大きくなってきて後に手術が必要となる患者さんもいるため、経験豊富な施設でのみ行われますが、うまくいけば手術をしなくて済むわけですから、患者さんにとってのインパクトは大変大きいです。日本では伝統的に手術治療に重きが置かれ(外科医の技術が高いということもあります)、集学的治療やWatch and Waitはまだ限られた施設でしか行われていません。他方、米国ではガイドラインにも選択肢の一つとして記載されており、全米トップ施設の一つであるMD Anderson Cancer Centerでも日々多くの患者さんにこの治療が行われています。そのため豊富な臨床データを有しており、これらのデータを用いて治療成績の解析などの研究を行っております。

大腸がんの予防-内視鏡のすすめ

さて、冒頭で大腸がんは最も多いがんの一つと述べましたが、実は米国では減少傾向です。これは、検診受診率の高さが最大の理由と考えられています。大腸がんはほとんどの場合、数年かけてポリープ(腺腫)から癌へと成長します。このため、ポリープの段階で発見し切除すれば、がんを未然に防ぐことができます。日本ではがん検診の受診率は高くはないと言われていますが、予防医学が重視されている米国では、大腸がん検診の受診率を高める取り組みが強化されており、大腸がんの死亡率は着実に減少しています。がん検診にはいろいろな種類がありますが、大腸がん検診、なかでも大腸内視鏡検査(大腸カメラ)は、がんによる死亡率を減少させることが科学的にも証明されており、特に40歳以上の方には受診をお勧めします。文字通り「がんになる確率とがんで死ぬ確率を減らせる検査」だからです。大腸カメラを米国で受けるか、日本で受けるかは人それぞれかと思いますが、費用に関しては、保険のカバレッジが大きな要素の一つです。米国では1回の内視鏡検査で\$2500くらいかかるようですが、アフォーダブル・ケア法(ACA)に基づき、民間保険およびメディケアは、大腸がん検査のコストをカバーすることが義務付けられています。したがって多くの場合、45歳から75歳の方は安価もしくは無料で検診を受けられるようです(保険会社にご確認ください)。日本では、人間ドック(自費)で大腸カメラを受けると、観察だけの場合で1万5千円くらい、ポリープ切除をすると3~5万円くらいです。ちなみに症状がある場合は、日本の医療保険をお持ちでしたら3割負担になります。検査の方法は日米でほぼ同じですが、麻酔方法に若干の違いがあります。米国ではほとんどの場合全身麻酔に近い状態で検査が行われますが、日本では無麻酔か、浅い鎮静下に検査が行われます。検査に対する恐怖心がハードルとなっている方は、米国で受けるか、日本で鎮静剤の使用をリクエストすると良いかもしれません。

今回は口腔外科がご専門の川邊睦記先生です。MD Andersonの同じビルの別フロアで研究をされています。同じアパートに住む先輩で、引越し当初から大変お世話になっております。お子さんの小学校が同じで、子ども同士も仲良くさせていただいています。また、地元が近いという共通点もあります。