

がん県民公開セミナー

inみと

日時：令和4年12月4日（日）

13:30～16:00

場所：茨城県総合福祉会館

コミュニティホール

プ ロ グ ラ ム

13:30 開 会

13:30~13:35 あいさつ

茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院 島居 徹 病院長

13:35~15:10 講 演

司 会 茨城県立中央病院 天貝 賢二 消化器内科部長

講演1 (13:35 ~ 14:05)

テーマ 「大腸がんの予防・検診と内視鏡治療」
講 師 茨城県立中央病院 消化器内科部長
山岡 正治 先生

講演2 (14:05 ~ 14:35)

テーマ 「大腸がんの手術」
講 師 茨城県立中央病院 消化器外科部長
日吉 雅也 先生

休 憩 (14:35 ~ 14:40)

講演3 (14:40 ~ 15:10)

テーマ 「大腸がんの薬物療法と緩和ケア」
講 師 茨城県立中央病院 腫瘍内科医長
菅谷 明德 先生

15:10~15:20 ステージ変更

15:20~16:00 パネルディスカッション

座 長 茨城県立中央病院 天貝 賢二 消化器内科部長

パネリスト 茨城県立中央病院 消化器内科部長
山岡 正治 先生

茨城県立中央病院 消化器外科部長
日吉 雅也 先生

茨城県立中央病院 腫瘍内科医長
菅谷 明德 先生

16:00 閉 会

【講演1】

「大腸がんの予防・検診と 内視鏡治療」

茨城県立中央病院 消化器内科部長
山岡 正治 先生

皆様こんにちは。茨城県立中央病院の消化器内科、予防医療センターの山岡といいます。よろしくお願いします。

私は茨城県の日立市出身で、大学は栃木県の自治医科大学を卒業後しました。自治医科大学は僻地医療を行う大学として、茨城県立中央病院で初期研修を行ったのち、北茨城市立総合病院（現在の北茨城市民病院）、常陸大宮市国保美和診療所などで僻地医療に従事しました。その後は、もともとがん治療に興味がありまして、この茨城県立中央病院は、茨城県地域がんセンターも兼ねておりますので、こちらに戻り修行を積みました。現在はがん検診や、がん治療の中でも内視鏡治療の分野で携わらせていただいております。どうぞよろしくお願いします。

それでは、お話のほうを進めてまいりたいと思います。



スライド1

【スライド1】

私がお話しする内容は、この三つになります。1番は、大腸がん検診を受けましょうということ。2番目は、便潜血陽性のときは大腸カメラを受けましょうというお話。3番目は、内視鏡治療についてということ、お話のほうを進めさせていただきたいと思います。



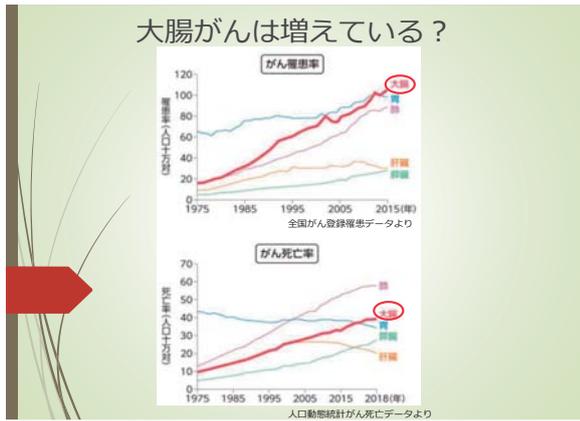
【スライド4】

1番は、大腸がん検診を受けましょうというお話です。早速ですが、がん罹患数の順位と、がん死亡数の順位を示しました。

まずは、がん罹患数の順位ですが、罹患数とは、この場合は全国で1年間に新たにがんと診断された人数のことを指します。男性ですと、1位は前立腺がん、2位に大腸がんがランクインしてきます。3位は胃がん、4位は肺がんなどと続いています。女性では、1番が乳がん、2番に大腸がんがランクインしてきます。3位が肺がんなどと続いています。男女総数で見ますと、なんと1位に大腸がんがランクインしてきて、1年間に罹患したがんの中で、大腸がんが1位ということになります。

続いて、がん死亡数の順位ですが、こちらのほうは、男性は1位が肺がん、2位に大腸がんがランクインしてきます。3位が胃がんなどと続いています。女性では、なんと1位に大腸がんがランクインしてきて、男女合計でも2位に入ってくるということで、いろんながんの中でも、罹患数・死亡数共に上位にランクインしてきますので、とても心配ながんであるということが言えます。

この大腸がんですけれども、昔と比べてどうかということをお話の先ほどの罹患率、がん死亡率をグラフにしたものを提示したいと思います。



スライド5

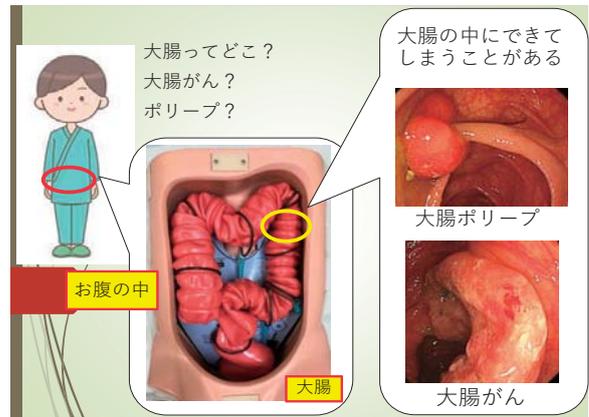
【スライド5】

まずは青で示した胃がんですけれども、がん死亡率なんかはピロリ菌の除菌治療や、内視鏡や外科治療などによって、頭打ちして減っているような印象があります。

また、オレンジ色の肝臓がんについても、C型肝炎やB型肝炎の治療などもありまして、こちらも減少に転じております。

一方、赤で示した大腸がんについては、罹患率・がん死亡率共に右肩上がりです上がっているような印象にあります。ですので、ちょっと心配なところではあります。

こういった生活学的な、生活環境的な要因によって大腸がんが増えているんじゃないかと言われていています。



スライド7

【スライド7】

それでは、大腸はどこでしょうということですが、ざっくり言いますと、おなかということになります。

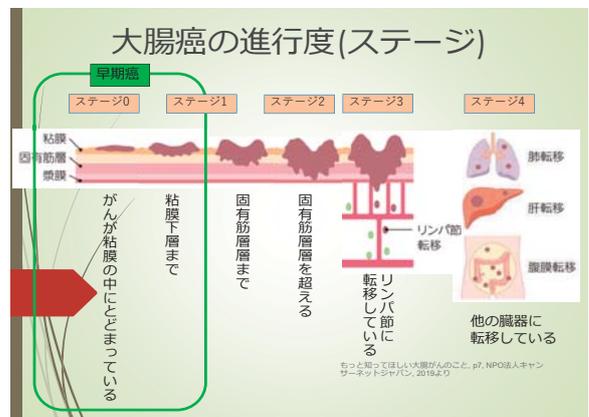
おへそを囲むように、ぐるりと大腸があります。この大腸の中にできてしまうことがありますのが、大腸ポリープであったり、それから大腸がんができてしまう場合があります。



スライド6

【スライド6】

それでは、大腸がんはなんで増えているんだろうというお話ですけれども、一部遺伝的な要因もありますけれども、生活学的な要因が多く占めているんじゃないかというふうに言われています。日本人はもともとお魚や野菜などを食べる民族でありましたが、高度成長以降、お肉を多く食べたりとか、あとは加工肉ですね。ソーセージやハムやベーコンなど加工肉を多く食べるようになったり、それからお酒を飲む機会が増えたり、女性もお酒を多く飲んだりとか、あとは喫煙の影響で、



スライド8

【スライド8】

大腸がんの進み具合、ステージというものがあります。大腸はこのようなバームクーヘンのような層構造になっています。その内側からがんができてくるんですけれども、がんが粘膜の中にとどまっているものをステージ0といいます。次に粘膜下層まで、そして固有筋層までにとどまっているものをステージIといいます。この中で、粘膜下層までにとどまっているものを別に早期がんという言い方をします。そして、固有筋層を越えて進んでくるものをステージII、腸の外のリンパ節

に転移しているものをステージⅢというふうにあります。それから、肺や肝臓、腹膜など、ほかの臓器に転移しているものをステージⅣというふうにあります。



スライド9

【スライド9】

こちらは、ステージ別の5年生存率になります。この5年生存率は、治る確率の目安として、がん治療の分野では使われる数字になります。ステージ0やステージⅠですと90%を超えています。つまり、早期がんとしてはほとんど治るということになります。ステージが進んでいくにつれて、この5年生存率の数値はだんだん下がってきてしまいます。特に、ほかの臓器に転移が見つかった場合、ステージⅣで見つかった場合は、ぐっと下がって、5年生存率は20%を切ってしまうのです。ですので、早期発見・早期治療が大切ということがこのグラフからも分かるかなと思います。



スライド11

【スライド11】

そうはいつても、ご自身で早期発見することはなかなか難しいです。大腸がんができる過程として、ポリープが大きくなって、早期がんができて、そして進行がんに進んでいく、こういう過程があ

ります。小さなものから大きくなって、真ん中がえぐれるような感じで大腸の壁に深く浸潤して行くわけなんですけれども、こういったものが皮膚にあたりとか口の中にあると、すごく痛みが出てくると思います。しかし、大腸は、このように浸潤しても痛みが出ない場合が多いです。ですので、早期がん、小さながんは自覚症状が出にくいのです。ご自身で発見するというのはなかなか難しいです。

ですが、大腸がんには有効な検診があります。

「けんしん」という言葉について

健診

「健康診断」の略です

- ・会社の定期健康診断
- ・自治体の特定健康診査 など

検診

「特定の病気を早期発見・早期治療することが目的です

- ・〇〇がん検診
- ・脳ドック など

便潜血検査あり

スライド14

【スライド14】

まずは「けんしん」という言葉についてですけれども、左側の健康診断の健診と、あと検査の検診の二つがあります。こちらは全く違ったものになります。

まず、左の健診ですけれども、こちらは健康診断の略になります。会社の定期健康診断だったり、市町村など自治体で行う健康診断などがあります。こちらは、メタボチェックをしたり、あるいは心電図を取ったりするなど、いわゆる一般的な健康診断に当たります。

一方、右側の検診は、特定の病気を早期発見・早期治療することが目的になります。例えば今回の大腸がん検診であったり、また乳がん検診だったり、脳ドックなどといったように、特定の病気に的を絞って行くことを指します。

検診 という言葉について

対策型検診

- ・国が公共的な予防対策として行う検診のこと
- ・目的：集団から、がんの可能性のある人を見つけ出す。
- ・検査：多くの人を受診できる検査
(負担が少なく、安価な検査が望ましい)

任意型検診

- ・人間ドック など
- ・目的：「個人」にがんの可能性を確認する。
- ・検査：個人が希望する方法で、好きな時に、費用は個人負担

スライド15

【スライド15】

この検診という言葉、大腸がん検診はこちらに当たりますけれども、こちら大きく二つに分けられます。対策型検診と、それから任意型検診というものに分けられます。上側の対策型検診ですけれども、こちらは国が公共的な予防対策として行う検診のこととして、大きな集団から、がんのある可能性がある人を見つけ出して精密検査につなげていくというものになります。多くの人々が安心して受診できるように、負担が少なく安価な検査というのが望ましいとされています。

一方、任意型検診ですけれども、こちらは、いわゆる人間ドックなどを指します。目的は、個人が受けたい検査を受けたいとき、好きなときに受けていただくものになりまして、こちら、費用は個人負担になります。

本日は、対策型検診についてお話ししていきたいと思っております。

大腸がん検診 = 便潜血検査

便に潜む血液を検査する

便の中の **目に見えない僅かな血液** を検出します。
(1mL中に1000万分の1グラム)





- ・便を少量とって調べるだけ
- ・2日法(違う日の2日分の便を提出)
- ・費用：無料～数百円程度

スライド17

大腸がん検診 = 便潜血検査

“症状のない人”の中から、病気(大腸がん)の可能性のある人を選び出す

↓

早期発見につながります！

↓

症状のないうちに病気を見つけることで

- ・早期がんのうちに見つかる確率が **up!**
- ・治る確率が **up!**
- ・体に負担の少ない治療で済む可能性が **up!**

スライド18

【スライド17・18】

大腸がん検診として行われるのは、便潜血検査という検査になります。読んで字のごとくですが、便の中にちょっとだけ潜んでいる血液を検出する検査になります。便の中の目に見えない僅かな血液を検出するというので、お風呂の中に一滴の血液を検出する感度と言われています。検診のときには、このような容器が配られまして、蓋を取りますと、このような棒がついていますので、便を縦に横にと取って、便を少量取って、蓋に入れて提出していただきます。2日法といって、違う日の2日分の便を提出していただきます。費用は、無料だったり、数百円程度になります。このような簡単な検査で、出た便から検査に出していただけますので、体に負担が少なく、安くて、簡単な検査と言えるかなと思います。

この便潜血検査、こちらは症状のない人から大腸がんの可能性のある人を選び出すということで、早期発見につながります。症状のないうちに病気を見つけるということで、早期がんのうちに見つかる可能性が上がります。また、治る確率が上がります。そして、体に負担の少ない治療で済む可能性が上がります。

大腸がん検診(便潜血検査)は
“有効な検診！”

便潜血「陽性」 → 精密検査
大腸カメラなど

<結果>

- ・1-2%に大腸がんが見つかります。
→症状が出る前の早期発見！
- ・およそ半分の人に、大腸ポリープなど何らかの異常が見つかります！
→ポリープ切除 →がんの予防！

スライド19

【スライド19】

この便潜血検査ですが、実際に大腸カメラなどの精密検査を受けるとどのような結果になるかというのを話していきます。検査をしていただくと、大体1、2%に大腸がんが見つかると言われてています。1、2%というと、なんだ、そんなもんかと思われるかもしれませんが、そもそもが症状が出る前の方にやっていただくので、早期発見ということになります。また、およそ半分の方に大腸ポリープなどの何らかの異常が見つかります。このポリープですけれども、ポリープを切除していただくことで、がんの予防にもつながってきます。

大腸がん検診(便潜血検査)は
“最も有効な検診”のひとつです

症状が出る前の早期発見！

ポリープを切除してがんの予防！

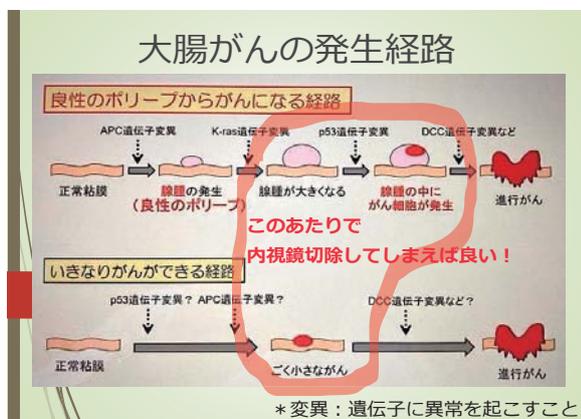
便潜血を“毎年受ける”ことによって
大腸がんで死亡するリスクを60-70%減らす
ことができると言われています。

スライド22

【スライド22】

また、いきなりがんが出る経路も、ごく小さながんが出て、それが大きくなるまでにはある程度の時間がかかりますので、便潜血検査を受けていただいて、引っかかったら大腸カメラをやっただけで、この辺りで切除してしまえば、進行がんになることを防ぐことができるんじゃないかと思えます。それで、症状が出る前に早期発見すること、それから、ポリープを切除してがんの予防になります。便潜血を毎年受けることで、大腸がんで死亡するリスクを60%~70%減らすことができると言われています。

ここで大事なことは、3年前、5年前に便潜血検査を受けていただいて陰性だからといって、それでいいやということではなくて、これは毎年受けていただくのが非常に大切になります。それは、いつ体の中にポリープやがんができるかは分かりませんので、また、便潜血検査もなかなか100%を保証する検査ではありませんので、毎年毎年受けていただくことで、先ほどのこの辺りで引っかかってくるかなと思えますので、ぜひ便潜血検査を毎年受けていただいて、引っかかったら大腸カメラを受けていただきたいと思えます。

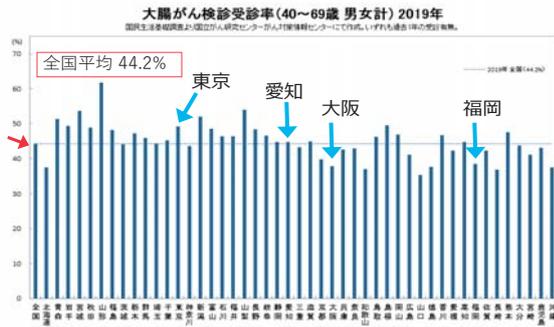


スライド21

【スライド21】

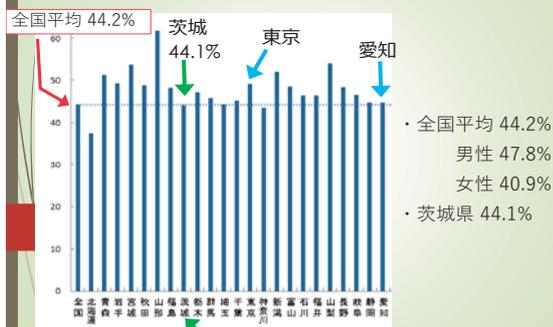
こちらは、大腸がんの発生する経路ですが大きく分けて二つあります。一つは、良性的のポリープからがんになる経路、もう一つは、正常な粘膜からいきなりがんが出る経路、この二つがあります。まず上のほうですけれども、正常な粘膜からポリープができて、これが徐々に大きくなって、一部ががん化して、また遺伝子異常などがあって、進行がんに進んでいきます。このように大きな間には、数年の時間がかかります。

大腸がん検診の受診率



スライド23

大腸がん検診の受診率

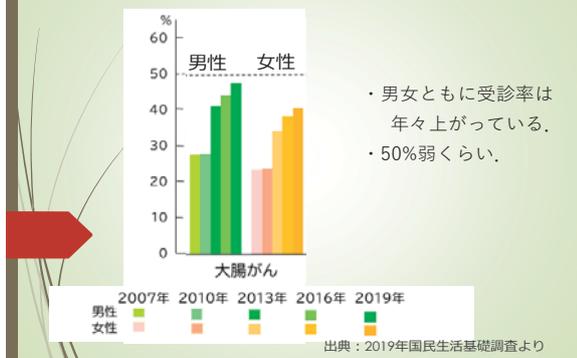


スライド24

【スライド23・24】

こちらは、大腸がん検診の受診率を都道府県別に示したものになります。全国平均は44.2%で、東京、大阪など大都市を矢印で示してみました。茨城は44.1%ということで、大体全国平均くらい受けていただいているのですが、それでもやはり全体的に50%を切っているような状況ですので、もっと多くの方ががん検診を受けていただきたいと思っています。

大腸がん検診の受診率の推移(40~69歳)



スライド25

【スライド25】

この大腸がん検診の受診率は、昔と比べて増えているのか減っているのかということですが、2007年、2010年、13年、16年、19年と比べていきますと、男女共に受診率は年々上がっている状況にはあります。ただ、50%弱ですので、繰り返しのようになりますが、ぜひ毎年の大腸がん検診をお勧めしたいと思います。

しかしながら、便潜血陽性となった人のうち、精密検査を受ける方は約70%にとどまっているという現状があります。残りの30%は、精密検査しなくて大丈夫かなとちょっと心配になってしまいますけれども、ぜひ、検診を受けて便潜血陽性だったときには、大腸カメラなどの精密検査を受けていただきたいと思っています。

小括

- ✓ 大腸癌は早期発見・早期治療が重要
- ✓ 検診では「便潜血検査」が有用！
- ✓ 「便潜血陽性」となった人のうち精密検査を受ける人は約70%に留まっている！
 →大腸カメラを受けましょう！

スライド27

【スライド27】

小括になります。

大腸がんは、早期発見・早期治療が重要になります。

検診では、便潜血検査が有用です。

ただ、便潜血陽性となった人のうち精密検査を受ける人は70%にとどまっていると言われますので、ぜひ、検査で引っかかったら大腸カメラを受けていただきたいと思っています。

1. 大腸癌検診を受けましょう

2. 便潜血陽性の時は大腸カメラを受けましょう

3. 内視鏡治療について
(大腸カメラでの治療)

スライド28

便潜血陽性？大腸カメラ？

- ・なんかこわい
- ・恥ずかしい
- ・病気が見つかったら困る などなど

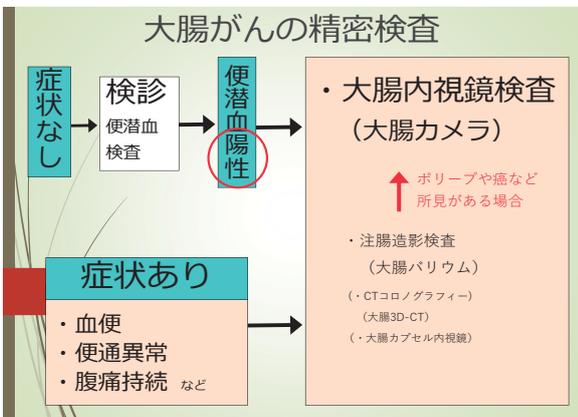
大腸の検査のこと、
まずはもっと知りましょう！

スライド29

【スライド28・29】

続いては、便潜血陽性のときは大腸カメラを受けましょうというお話になります。

先ほどから、便潜血陽性なら大腸カメラを受けたほうが良いと言われても、なんか怖いとか、恥ずかしいとか、病気が見つかったら困るなどなど、不安もあるかなと思います。ですので、大腸の検査のことをまずはもっと知っていただきたいと思います。



スライド30

【スライド30】

大腸がんの精密検査を右側に示しました。症状がない方は、検診で便潜血検査を受けていただいて、陽性であれば精密検査を受けていただきたいと思います。

症状がある方、血便がありますよとか、下痢と便秘の繰り返しのような便通異常があるよという方、腹痛が持続するという方、そのような症状がある方も精密検査を受けていただきたいと思います。

精密検査のメインは、先ほどから言っています大腸内視鏡検査、大腸カメラになります。そのほか、注腸検査（バリウム検査）やその他新しい検査があります。大学病院なんかではCTコロノグラフィー（3D-CT）や大腸カプセル内視鏡などをやっているところもあるかもしれません。残念ながら、この二つは県立中央病院ではできないような現状にあります。

ただ、注腸検査やCTコロノグラフィーをやっていたら、ポリープやがんなど所見がある場合には、いずれにせよ大腸カメラを受けていただく形になりますので、本日は大腸カメラのほうをお話ししていきたいと思います。

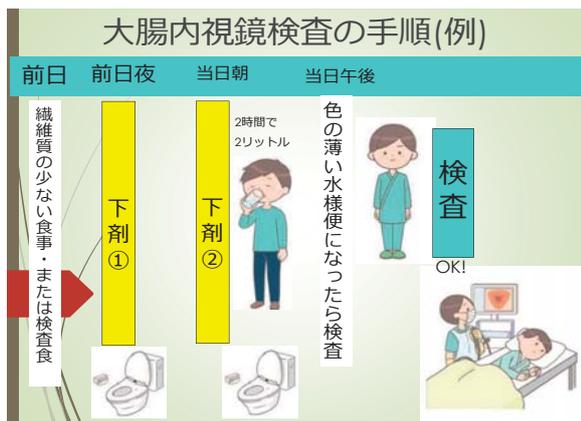


スライド32

【スライド32】

この大腸カメラですけれども、肛門のほうから大腸に内視鏡を入れて、大腸の中を直接見てくるような検査になります。

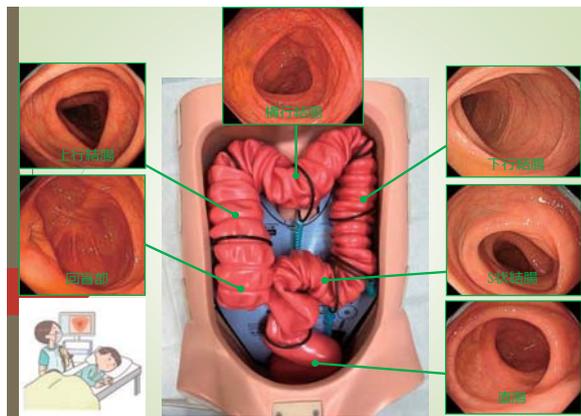
内視鏡装置はこのような形で、ここにスコープがついています。この内視鏡の手元にこのようなダイヤルがありまして、これを操作することによって、内視鏡の先端をこのように曲げることができます。これで、内視鏡を押ししたり引いたりひねったりして、奥のほうに進めていくような検査になります。



スライド33

【スライド33】

突然お尻の中に内視鏡を入れても、便だけでは観察することができませんので、下剤を飲んで便を出して、腸を空っぽにさせていただいて検査を受けていただきます。まずは、検査の前日は繊維質の少ない食べ物を食べていただいたり、又は検査食を食べていただくことがあります。検査の前日の夜に、下剤その1を飲んでいただきます。そして、検査当日の朝から2リットルの下剤をどんどん飲んでいただいて、トイレに往復していただいて、どんどん出していただきます。そして、検査当日のお昼くらいになると、色の薄い水様便になってきますので、そしたら検査オッケーということになって、大腸カメラを受けていただきます。

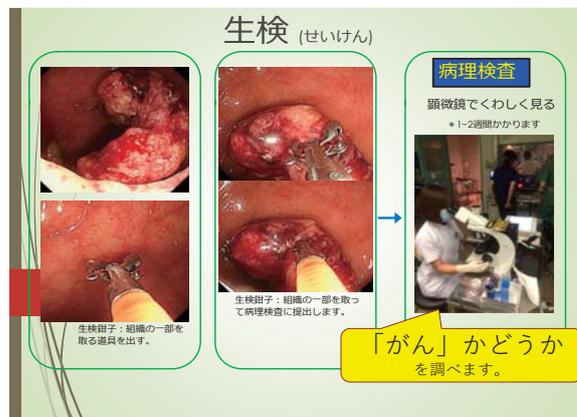


スライド34

【スライド34】

こちらは大腸カメラの練習用のモデルで、周りの写真は実際の大腸カメラの時の写真になります。肛門のほうから入って行って、どんどん奥のほうに進んで行って、大腸カメラで行ける一番奥の回盲部というところまで内視鏡を進めていきます。一番奥まで行きましたら、今度は空気を入れて腸を膨らませて、ポリープがないかなとか、大腸がんがないかなということを見ながら戻ってき

ます。上に行くので上行結腸、横に行くので横行結腸、下に行くので下行結腸、ぐにゅぐにゅ曲がっているS状結腸、それから直腸、肛門というふうに見ていきます。

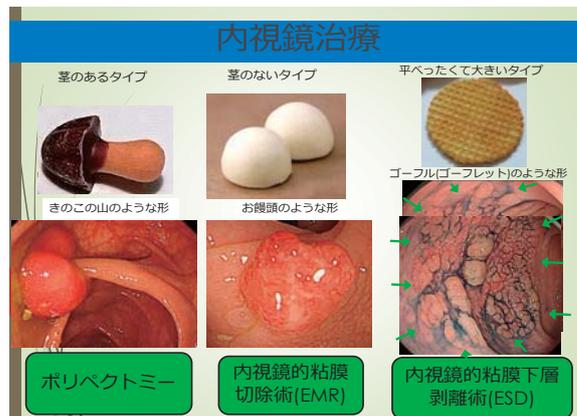


スライド35

【スライド35】

このようなできものがある場合には、生検といって組織の一部をつまんで検査に出したりします。生検鉗子で、できものところまで行って、組織をつまんで病理検査に出します。病理検査では顕微鏡で詳しく見ていただいてがんがあるかどうかを調べていただきます。施設にもよりますが、大体1、2週間で結果が出て聞きます。

最後に、内視鏡治療について説明していきます。

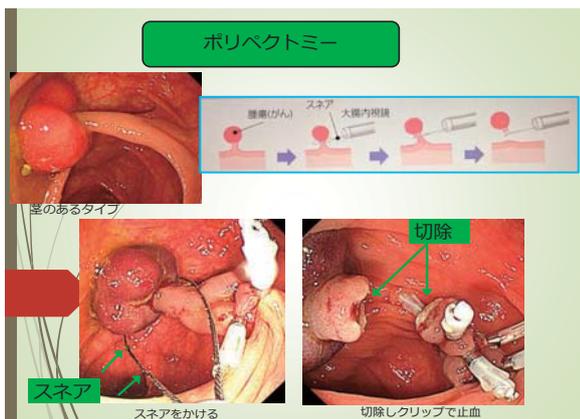


スライド37

【スライド37】

大腸には幾つかのタイプのポリープがありますが、大体この3種類のポリープになります。まずは茎のあるタイプです。きのこのような茎のあるタイプになります。2つ目は、茎のない、おまんじゅうのような形のポリープになります。3つ目は、平べったくて大きいタイプのポリープになります。こちら、それぞれ少しずつ治療のやり方が違いますので、一つずつ説明していきたいと思

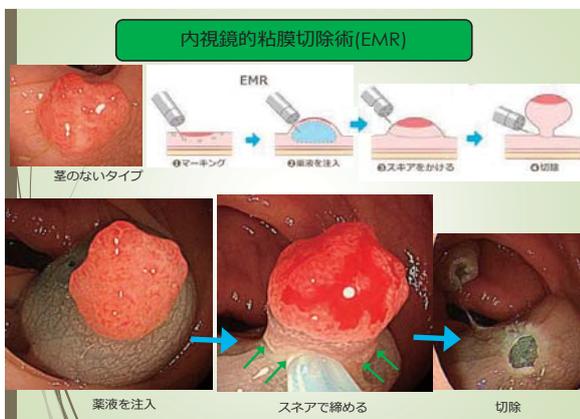
ます。



スライド38

【スライド38】

まずは、ポリペクトミーという手技になります。茎のあるタイプのポリープに対しては、この絵のようにスネアと呼ばれる輪っかみたいなのをかけて、電気で焼き切るように切除していきます。実際の写真が下になります。こちらは、クリップというものであらかじめ止血している、血止めをしているような状態で治療をしています。スネアと呼ばれる輪っかみたいなのをかけて、電気で焼き切るような治療です。

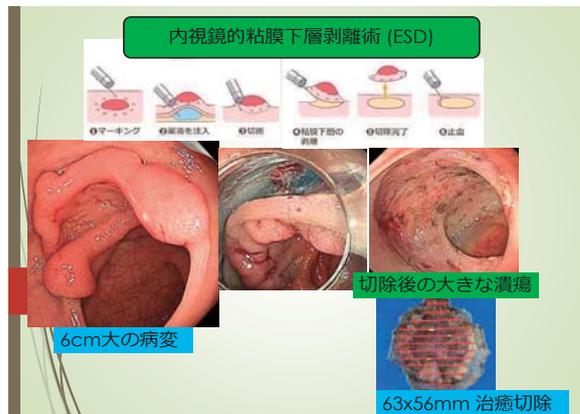


スライド39

【スライド39】

2つ目は、内視鏡的粘膜切除術、EMRという手技になります。このように茎のないタイプに対して行います。こちらに輪っかをはかけるにも、取り残しができるかなとか、逆にすごく一生懸命広く輪っかをかけちゃうと穴が開かないかなというのが心配になります。こういう場合に行う手技でして、病変の下側に薬液を注入して盛り上がらせて、そしてスネアと呼ばれる輪っかをかけて、電気で焼き切るような形になります。実際の写真を下に示していますが、薬液を注入してこのように

盛り上がらせて、のりしろを取っておいて、スネアと呼ばれる輪っかをかけて、電気で焼き切るような治療になります。



スライド40

【スライド40】

最後、内視鏡的粘膜下層剥離術、ESDという治療になります。この写真のように6cmくらいの大きな病変に輪っかをかけて治療するにも、どう輪っかをはかけたらいいかちょっと分からないくらいの大きさです。こういう場合にはESDという治療を行います。途中までは先ほどとやり方は一緒で、薬液を注入して盛り上がらせた状態で、電気メスのようなもので切っていくように治療になります。こちらは治療の途中の写真になりますが、青い薬液を注入した状態で、こちらを切っていきます。治療後の潰瘍は、このように大きな潰瘍が残るような形になります。こちらは大体2、3週間か1か月くらいで閉じてきます。こちらは63mm、6cmちょっとの大きな病変で、がんも混じりましたが、取り切れまして、治癒切除ということになります。

大腸ポリープ切除・早期大腸癌の内視鏡治療の良いところ

- ・手術と違って、体に傷つきません。
- ・切り取るときは、痛みはありません。
- ・外来で治療ができる場合が多いです。
(大きな病変は4-5日の入院で、比較的短期間です)

限界!

ただし、対象となる癌は限られています!

- ・あまり大きなサイズは難しい
- ・がんの深さが(粘膜内より)深すぎると切除できない
粘膜下層の浅いところまでのもの

スライド41

【スライド41】

内視鏡治療のよいところですが、手術と違って

体に傷が付きません。切り取る時は痛みはありません。外来で治療ができる場合が多いです。そして、大きな病変は4、5日の入院で、比較的短時間で済みます。ただし、対象となるがんは限られてきます。余りに大きなサイズは難しいですし、がんの深さが深過ぎると切除できませんので、とても大きな病変や、深く浸潤している場合は、外科の先生にお願いして手術していただくような形になります。

いずれにせよ、内視鏡で治療が済むように、早期発見・早期治療が大切だと考えます。

<質問の回答 その1>

生活環境的な要因
赤肉, 加工肉 飲酒 喫煙

遺伝的な要因
「家族歴」はリスク因子

40歳以上になったら、定期的な「検診/内視鏡検査」を!

スライド43

【スライド43】

最後になってきましたが、あらかじめ頂いた質問の回答を軽くしていきたいと思えます。

大腸がんは遺伝する病気でしょうかという質問を頂きましたけれども、先ほど生活環境的な要因がありますよというふうに言いましたけれども、その他に遺伝的な要因があります。家族歴といまして、血縁者に大腸がんがいる方ですね。お父さん、お母さん、それからおじいちゃん、おばあちゃん、そしてごきょうだいと、血縁者に大腸がんがいる方は、いない方に比べて大腸がん発生のリスクが2、3倍に多いと言われてています。ですので、大腸がん年齢の40歳以上になりましたら、定期的な便潜血検査をお勧めしたいと思います。

<質問の回答 その2>

大腸カメラをどれくらいの間隔で受ければよいか

スライド44

大腸カメラをどれくらいの間隔で受ければよいか

スライド45

【スライド44・45】

質問2ですが、大腸カメラをどのくらいの間隔で受けたらいいでしょうかというご質問を頂きました。こちらは国立がんセンター中央病院の先生が中心になって調べられたことですが、ポリープを切除したら3年後に受けてください、大腸がんを切除したら1年後に受けてくださいということ。

まとめていきますと、繰り返しになりますが、先ほどの腺腫のポリープを切除した場合には3年後に大腸カメラを受けてください。それから、大腸がんの切除、また10ミリ以上の大きなポリープの切除、それから10個以上の多くのポリープを切除した場合には、1年後に大腸カメラを受けていただくのがお勧めになりますよということです。また、これらのポリープ、腺腫、がんなどが無い場合には、再び検診、便潜血に戻っていただくといいかなと思います。

まとめ

大腸癌は、**早期発見・早期治療**ができれば
80%以上の方が治る病気です。
早期癌なら90%以上が治ります。

- ・発見が早ければ
内視鏡で治療できる可能性も高い！

必ず、一度
大腸カメラを
受けましょう！

- ・便潜血「陽性」のとき
- ・気になる症状があるとき

スライド46

大腸がん検診を受けるには

自治体を実施する検診

- 各市町村役場、保健センターの担当者に申し込み。
- 40歳以上の方で、年齢によっては無料で受けられる場合もあります。
(ホームページ、電話などでご確認ください)

その他

- 人間ドック
- 会社などの健康診断オプション検診

年に一度の便潜血を受けて
「手おくれ」を防ごう！

スライド47

【スライド46・47】

まとめです。

大腸がんは、早期発見・早期治療ができれば、80%以上の方が治る病気です。早期がんなら90%以上が治ります。発見が早ければ内視鏡で治療できる可能性も高いですので、便潜血陽性のとき、また、大腸がんを疑うような気になる症状があるときには、必ず一度大腸カメラを受けましょう。

最後のスライドになりますが、大腸がん検診を受けるには、自治体を実施する検診ということで、各市町村役場や保健センターに申し込んでいただく場合が多いです。また、40歳以上の方で、年齢によっては無料で受けられる場合もありますので、ホームページを確認していただいたり、必要に応じて電話などで御確認ください。そのほか、人間ドックや会社の健康診断のオプションで受けることができる場合がありますので、年に1度の便潜血検査を受けていただいて、ぜひ、ておくれを防いでいただきたいと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

○天貝 山岡先生、ありがとうございました。

【講演2】

「大腸がんの手術」

茨城県立中央病院 消化器外科部長
日吉 雅也 先生

皆さんこんにちは。茨城県立中央病院で消化器外科、主に大腸疾患を担当している日吉雅也と申します。私、ここに来たのは4年前からでありまして、その前は神奈川県の関東労災病院であるとか、東京都立の墨東病院、前任は東大病院で大腸疾患を担当させていただきました。本日は予約で申し込んでいただいた方々ですので、実際の手術の雰囲気等も分かっていたかのように動画等も用意してまいりましたので、よろしくお願いたします。

がん死亡数の順位 (2021年)

	1位	2位	3位	4位	5位
男女計	肺	大腸	胃	膵臓	肝臓
男性	肺	大腸	胃	膵臓	肝臓
女性	大腸	肺	膵臓	乳房	胃

スライド2

【スライド2】

先ほど山岡医師からもあったのと同じものになりますが、大腸がんの現在の立ち位置としては、このような感じで、男女合わせて2位の位置にあります。今日のセミナーに出てきていただいた方であるとか、我々の努力でこれを、全部のがんが減っていくのがもちろん一番ですし、大腸がんのこの順位をどんどん下げていきたいかなと思っています。

がん罹患数予測 (2022年)

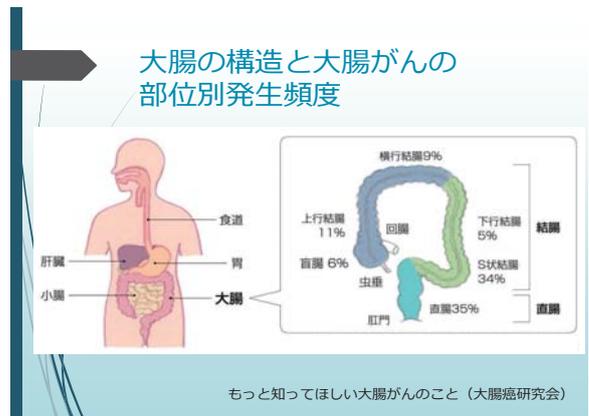
男女計	
部位	罹患数
全がん	1,019,000
大腸	158,700
胃	132,100
肺	128,800

	生涯がん罹患リスク (%)		何人に1人か	
	男性	女性	男性	女性
全がん	65.5%	51.2%	2人	2人
大腸	10.3%	8.1%	10人	12人

スライド3

【スライド3】

罹患数。今、年に100万人の方ががんにかかると言われていています。大腸がんにかかる方は、年間で15万人程度と言われていています。生涯にがんにかかるリスクとしては、今2人に1人ががんにかかる時代と言われていています。大腸がんに関しては、10人に1人、12人に1人程度になるということで、小学校のクラス3~40人とすると、クラスで3、4の方が大腸がんを発症していてもおかしくないという時代です。

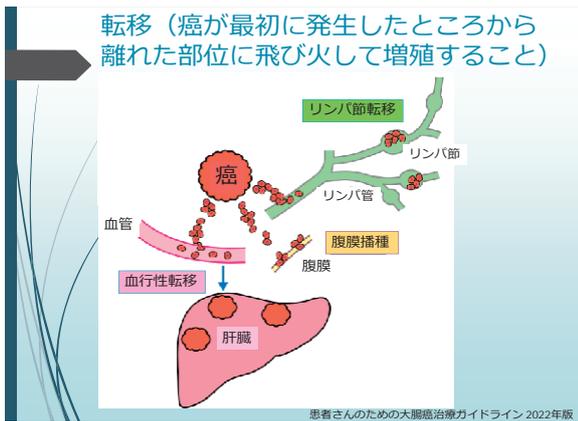


もっと知りたい大腸がんのこと (大腸癌研究会)

スライド4

【スライド4】

大腸、口からいうと大分先になりますが、食道が30cmくらい、胃袋がありまして、十二指腸、小腸というのがあります。小腸が3~4mあります。栄養の吸収はここで終わっています。そこから大腸に入ります。大腸、よく結腸というのと直腸というのに分けます。最後の20cmくらいが直腸になります。盲腸、上に向かっていく右側の上行結腸、横に行く横行結腸、下に下りてくる下行結腸、S字状のS状結腸、直腸。大腸がんの発生の%を書いています。後半のS状結腸、直腸で約7割程度となっています。

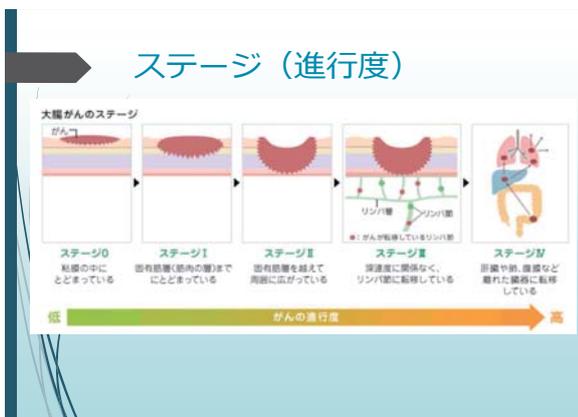


スライド5

【スライド5】

転移ですね。がんが最初に発生したところから離れた場所に飛び火して増殖することを転移といいます。転移をするのが、がんや悪性腫瘍の特徴になります。

形式としては、主に3つがありまして、近くにある血管に入り込んで、一気に遠くに飛んでいく血行性転移、これで肝臓や肺などに飛んでいく。又は、その表面からぼろぼろ落ちるように周りのおなかの中に広がっていく腹膜播種性転移。あとは血管とほぼ並行してリンパ管という脂肪分であるとかそういうのが流れていく管がありますが、そこにも入り込んで、こちらはゆっくりゆっくり、一個一個。リンパ節というのは関所のようなもので、実はがんであるとか、ばい菌とかをここで食い止めてくれるものにはなりますが、そこも占拠されてしまうと、また一個一個、ゆっくり広がっていく、こういうリンパ節転移というのがあります。



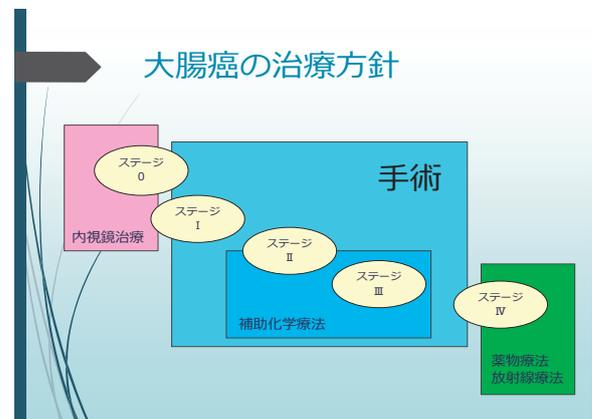
スライド6

【スライド6】

ステージですけれども、浅いものからだんだん深いものに向けて、ステージ0、I、II、IIIと行きます。ほかの場所に転移がある場合がステージ

IVとなります。これは先ほどの繰り返しになります。

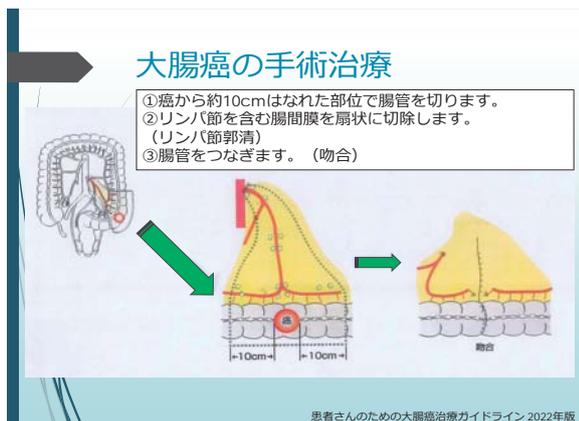
このステージの中で、それぞれ内視鏡治療であるとか、手術治療であるとか、この後にお話ししてもらった薬物治療とか、それぞれ変わってきます。今日お話しする手術ですが、それぞれの段階で手術治療の出番がやってまいります。ものすごく浅いものでも、やはりちょっと大きかったりすると手術が必要になることもありますし、又は、ほかの臓器に転移をしていたりした場合、早めに治療をしたほうがいいんですが、例えば、もう腸閉塞になってしまいそう、食べ物が通らなそう、便が通らなそうという場合は、安全に薬物治療を行う前段階として手術を行わせていただくということがあります。



スライド7

【スライド7】

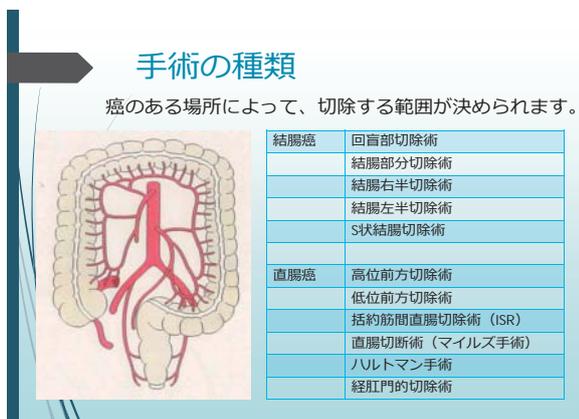
また、近隣の施設から、手術をお願いしますと我々外科のほうに紹介されてくる患者さんもいるんですが、そこでもう一度考えて、やっぱりこれは内視鏡のほうがいいかなと思ったときは内科の先生をお願いしますし、これはすぐに抗がん剤をやったほうがいいなということであれば、そちらもお願いするという形になることもあります。



スライド8

【スライド8】

これから手術治療についてお話ししていきます。これは主に結腸がんになります。まず、この赤字ががんのイラストになりますが、がんから約10cm離れた部位で腸を切ります。この緑色がリンパ節のイラストになります。赤が血管のイメージになります。黄色はそれを包んでいる脂肪になります。これが腸のイメージですね。手術の原則というのは、がんの部分だけ取るのではなくて、もしかしたら、さっき言ったようにここのリンパにも転移があるかもしれないので、このように両脇も10cm程度、あと、こちら側も扇形状に腸をリンパ節を含めて取ってきます。取った部分の両脇をつなぎ合わせる、これが一応手術の原則になります。



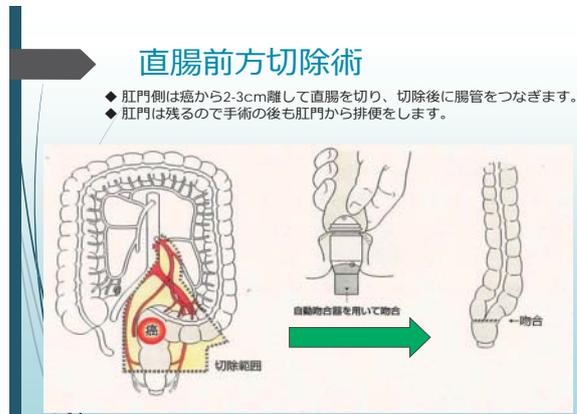
スライド9

【スライド9】

手術の種類ですが、それぞれご病気のある場所によって切除する範囲が決まっています。場所プラス、これは赤が血管のイメージになりますが、病気のところに行く血管によって取る場所が決まってくるという形になります。

結腸がんに関しては、このように、ここからここまで結腸ですけれども、先ほどのように、どちらも10cmくらい取っても、大体ここからお尻まで

1.5mくらいになりますが、両脇10cm取っても大丈夫なんですけど、直腸の場合、場所によっては10cm取ると肛門になってしまうので、直腸の場合は、ご病気の後半は2、3cm取れば、それ以上はがんは広がっていないでしょうと言われています。



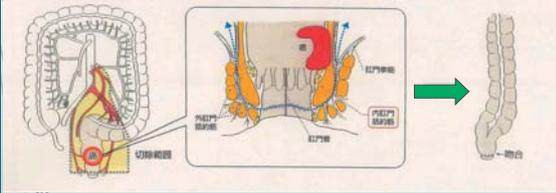
スライド10

【スライド10】

この後、直腸の手術の説明にいきます。直腸の手術になりますが、まず直腸前方切除術というのがあります。昔はうつ伏せになって尾骨の周りから取っていったという時代があるんですけども、最近は一般的に前方、おなか側からの手術になっています。これもご病気のイメージになりますが、ご病気から下側、肛門側は2～3cm程度離して、手前側は10cm程度離して、ここに先ほど、リンパに沿ってがんが広がっているかもしれないので、その部分を脂肪を含めて切除してきます。自動縫合器というのがありますので、それを肛門側、受け手を口側、そこに合わせてつなぎ直すという形になります。我々はこの後、手術中にも内視鏡検査をやって、漏れていないかチェックをしています。

括約筋間直腸切除術 (ISR)

- ◆ 内肛門括約筋は取って、外肛門括約筋は残すことで肛門を温存します。
- ◆ 癌の位置や深達度によっては、がんを取り残す危険性が高くなってしまったため、この手術がお勧めできない場合があります。

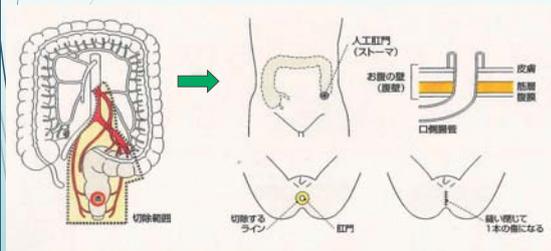


スライド11

【スライド11】

続いて、もう少し肛門に近い場合、括約筋間直腸切除術という、頭文字を取ってISRとかとやっているのですが、こういう手術も、ご病気が早めであったりした場合には可能となります。これは肛門温存をするという目的でやる手術になりますが、本当にもっと肛門に近い場合。こちら、肛門の断面のイラストになります。肛門のところには括約筋というのがあります。内側の内肛門括約筋というのと、外側の外肛門括約筋というのがありますが、便意を感じたときに我慢する筋肉が外肛門括約筋ですね。夜寝ているときにも便は漏らないと思うんですけども、無意識のときに締めてくれている筋肉が内肛門括約筋のほうです。この手術は、一部は内肛門括約筋まで切除して、ご病気の距離2cmくらい確保して切除しようという術式になります。ただ、がんの位置や進行度によっては、がんを取り残す危険性が高くなってしまったため、この手術はお勧めしないこともあります。

直腸切断術 (マイルズ手術)



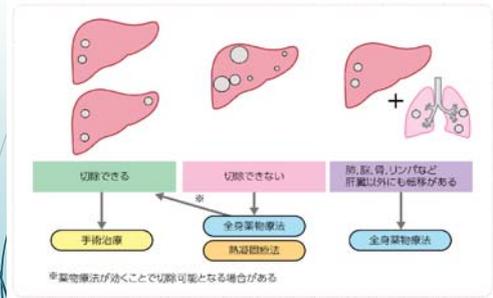
スライド12

【スライド12】

しっかりご病気を治そうと考えた場合、本当に肛門にかかってしまうようなご病気である場合には、直腸切断術、始めた外科医の名前を取ってマ

イルズ手術などと言われてもいますが、このような手術もされています。本当に肛門に近い場合は、再発なくしっかり取ろうと思うと、肛門ごと含めて取ると。お尻のところは、このようにくりぬいて取って、最後、縫い閉じて、1本の傷になります。通常は左の下腹部に、ここの腸の切れっ端のところを人工肛門としてつくるといった形になります。

肝転移の治療方針



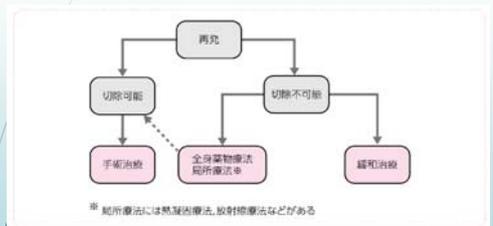
患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド13

【スライド13】

今まで腸のお話をしてきましたが、先ほど転移を少し言いましたけれども、大腸がんの場合、転移が起こっても手術になることがあります。肝臓はないと生きていけないので、がんを全部取ってしまっても残った肝臓が少なくなってしまうと問題なので、ある程度のがんを取っても肝臓が残る量が確保できている場合は手術となります。又は、見つかった段階で、このまま取ると肝臓がなくなってしまうと、その場合は切除できないと考えるんですけども、抗がん剤などによつて的の数小さくなってくれば、その段階で手術を考えるということも起こり得ます。

再発大腸癌の治療方針



患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド14

【スライド14】

再発の場合ですね。再発しても大腸がんの場合

はまた手術に行けることがあります。切除可能であれば取って手術をしようというのが大腸がんを治すための基本になります。ただ、肝転移と一緒に、最初は切除不能と考えられても、化学療法によって縮小して切除できるとなれば、常に手術を考えながら治療を進めていくというのが大腸がん治療になります。

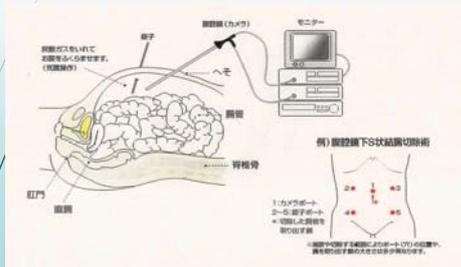
大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- 蛍光ガイド下手術
- 術中内視鏡による空気漏れテスト
- ロボット支援下手術

スライド15

腹腔鏡下手術

炭酸ガスで腹部をふくらませて、腹腔鏡でお腹の中を観察しながら、数カ所の小さな創（ポート）から器具（鉗子）を入れて手術を行います。



患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド16

【スライド15・16】

これから、大腸がん治療における取組を幾つかお話ししていきます。

まず腹腔鏡下手術についてです。腹腔鏡下手術というのは、炭酸ガスでおなかの中を膨らませて、内視鏡でおなかの中を見ながら、小さな傷から器具を入れて手術を行うものになります。傷の一個一個のサイズは、5mmから1cm程度。ご病気を取るために、おへそをそれだけ、4～5cm開けさせていただくという形になります。

腹腔鏡手術の長所

小さい創部

痛みが少ない
整容性に優れる

低侵襲

早期退院 早期社会復帰

拡大視効果

直視で見難い血管・神経
まで見える

スライド17

【スライド17】

腹腔鏡手術の長所としては、傷が小さいので痛みが少ない。あとは、見た目が目立たない。傷が小さいですから、早く歩けるので早期退院、早期社会復帰が可能になると。あとは、本当に神経とか細かい血管まで見えますので、温存するべきものが残せると、そういう効果があります。

直腸癌・肝転移同時切除の手術創

開腹手術



腹腔鏡下手術



スライド18

【スライド18】

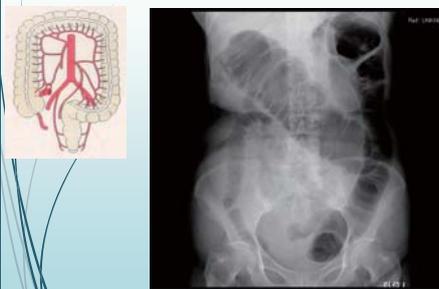
実際の写真になります。これは直腸がんの肝転移を同時に手術した場合ですけれども、もちろん必要があるから開腹手術をやっているわけなんです。肝臓は右上にあって、直腸は下にありますので、開腹であると上から下までになりますが、腹腔鏡でやると、こんな小さい傷何か所かで終わるという形になります。

大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- 蛍光ガイド下手術
- 術中内視鏡による空気漏れテスト
- ロボット支援下手術

スライド19

閉塞性大腸癌（破裂の危険が高く緊急処置を要する大腸癌）



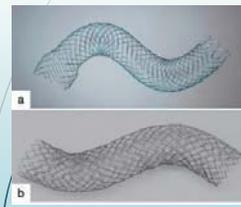
人工肛門造設手術が行われることが多い

スライド20

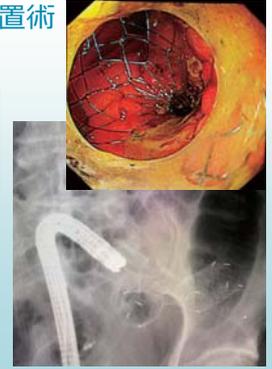
【スライド19・20】

続いて、閉塞性大腸がんに対する大腸ステント治療というのがあります。閉塞性大腸がんというのは、患者さんの状態としては、ちょっとおなかが痛い、吐き気がする、とにかく破裂の危険性が高く緊急処置を要するような大腸がんのことをいいます。これは先ほどから出ている大腸のイラストですが、通常はこんなに張ってはいないんですけれども、例えばこの直腸のところにご病気ができちゃうと、空気も通らないので、これはおなかのレントゲンになります。もう大腸が全部空気ですわってしまっているという状態になります。このようなときは、まず手前に空気の通り道を出してあげるような人工肛門をつくるか、又は、ご病気を取ってから、やっぱりつなぐのには適していないので、手前を人工肛門にする。そういう手術を行うことが多いです。

大腸ステント留置術



緊急手術・人工肛門の回避



スライド21

【スライド21】

ただ、これに対して、大腸ステントといって、ご病気の狭いところにこのような筒状のものを入れて通り道を確認することができれば、そのときは緊急手術は回避できて、後々に予定で腹腔鏡での手術ができるということもあり得るという状態です。

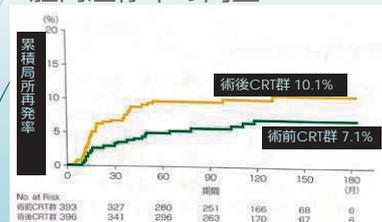
大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- 蛍光ガイド下手術
- 術中内視鏡による空気漏れテスト
- ロボット支援下手術

スライド22

直腸癌術前化学放射線療法（CRT）

- 局所再発の制御
- 肛門温存率の向上



Sauer R, et al. J Clin Oncol. 2012

スライド23

【スライド22・23】

下部直腸がん、お尻に近いところのご病気に対しては、術前化学放射線療法というのを行っています。直腸がんは再発の形式として、局所再発、手術した場所、取った場所に再発するというのが

多いので、これが昔からテーマになっていて、これをいかに減らすかということが問題です。あとは、大きいものを小さくできれば、最初は先ほどの直腸切断術のようなものが適応だったものが、肛門温存できるようにもなり得るとされています。放射線、略してCRTとかと言っているんですけども、手術後にやるよりも手術前にやったほうがやっぱり再発が少ないというので、今は手術前に放射線を当てる治療をやっています。

進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法

放射線治療前



放射線治療後



腫瘍縮小による肛門温存可能性の向上

スライド24

【スライド24】

実際の内視鏡写真をお示しします。同じ患者さんになりますが、放射線治療前、このひだとこのひだが同じになるんですけども、肛門のほうまでせり出してくるような大きいご病気が、放射線治療によって縮小しますので、そうすると、こちら辺で切って肛門温存が可能になると、こういうような症例も多く経験しています。

大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- **蛍光ガイド下手術**
- 術中内視鏡による空気漏れテスト
- ロボット支援下手術

スライド25

蛍光ガイド下手術

光る尿管ステント



尿管損傷予防

腸管血流評価



縫合不全予防

スライド26

【スライド25・26】

続いて、蛍光ガイド下手術。これは我々が合併症予防のために幾つか行っていることをお示しします。これはおなかの中になります。おなかの中、大体黄色とピンクなんです。この方は再手術になるので、尿管という臓器の損傷が問題になります。これを蛍光、光る尿管ステントを入れることで、尿管がちょうど緑色に光ることで確認しつつ、ほぼオレンジ色の中から尿管を損傷しないように注意して手術を行うというようなことをやっています。

また、右側のほう、こちらは先ほどのつなぐ操作になります。直腸の手術になります。血が巡ってくるのが緑色で分かるようなお薬と機械を使って見えています。だんだん、今、紫のが、緑になってくると思うんですけども、こうやって。要は、スーパーで売っているお肉も赤い、いい色をしていますけど、血が巡っているか巡っていないかというのをこれでちゃんと確認して、ここが巡っていないと後々腐っちゃったりしますので、それを確認して手術を進めています。

大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- 蛍光ガイド下手術
- **術中内視鏡による空気漏れテスト**
- ロボット支援下手術

スライド27

術中内視鏡

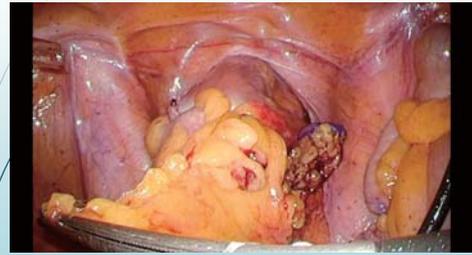


スライド28

【スライド27・28】

あとは、術中内視鏡によって空気漏れテストというのを行っています。この写真はつないでいるときのものなんですが、これが患者さんのおなかの中です。これが内視鏡、手術中にやっています。これで腸のつなぎ目を見て、空気で膨らませていますね。周りに水を入れて、自転車のタイヤのパンク修理の要領ですけども、空気漏れがないかなというのを確認して手術を終わるようにしています。結構圧をかけてチェックしますので、たまに空気だけは漏れるということもあります。

縫合不全ゼロを目指して



空気漏れ部位の補強縫合

スライド29

【スライド29】

見た目にはほとんど穴はないんですけども、針穴みたいところから、こうやって泡がぼこぼこ漏れてくることがあります。そういうときは、手術中に腹腔鏡で穴を塞いで、空気漏れがなくなったのを確認して、合併症がないように取り組んでいるという状態です。塞いだ後は空気漏れもなくなっていますね。

大腸癌治療における取り組み

- 腹腔鏡下手術
- 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント
- 進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法
- 蛍光ガイド下手術
- 術中内視鏡による空気漏れテスト
- **ロボット支援下手術**

スライド30

直腸がん手術の特徴



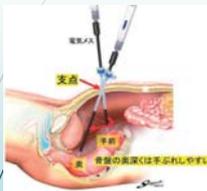
スライド31

【スライド30・31】

最後、ロボット支援下手術についてお話いたします。直腸がんに対して行っていますが、直腸がんの特徴として、ご病気が骨盤の中にあって、

結構狭いんですね。これは開腹であっても難しいです。残さなくちゃいけない神経に囲まれている。あと、残したい肛門に近いと。

腹腔鏡下直腸癌手術の問題点



- ① 直線的な動き
- ② 手元と反対の動き
- ③ 手元より大きな動き
- ④ 鉗子が揺れる

術野の狭い骨盤深部では安定したカメラ操作や細かい動作が困難

ロボット手術により解決できるか？

スライド32

【スライド32】

腹腔鏡ですごく拡大視ができて、いいんですけども、腹腔鏡手術の問題点としては、棒状の鉗子というのでやるので、直線的な動きにならざるを得ない。あと、手元と反対の動きになります。手元と反対の動きというのは、ここが支点になるので、こっちを右に行くとこっちが左に動くと、そういう形になりますね。あとは、手元より大きな動きになります。これも、やっぱり支点がありますから、こっちはちょっとしか動かなくても、距離が長いと、こっちが大きく動いてしまう。で、ぶれが起りやすいということで、術野が狭い骨盤の深部では、安定した操作がなかなか難しい。慣れが必要になります。これをロボット手術により解決できるか。

手術支援ロボット : da Vinci



患者さんに接続 (Patient cart)

外科医が操作 (Surgeon console)

本体 (Vision cart)

スライド33

ロボット手術の特徴

- 高画像3Dシステム
- 多関節機能付き鉗子
- スケーリング機能
- 手振れ防止機能






多彩な機能により腹腔鏡手術の弱点を補う

スライド34

【スライド33・34】

手術支援ロボット。汎用されているものにはこういうものがあります。患者さんに接続されるような部分と、実際に術者が操作する部分、あとは、これが本体ですね。特徴としては、まず、画像がかなり高画質で見られるようになっているということ。あとは、関節がついている。人の手は当然関節がついていますが、今まで腹腔鏡は棒ですから、なかなか細かい操作が難しかったということになります。あとは、スケーリング機能ということで、手元で3cm動いても、実際の患者さんのおなかの中では1cmしか動かないような、そういう制御がされています。あと、人間は緊張しますけれども、ロボットを使って手ぶれが防止できる。多彩な機能によって腹腔鏡手術の弱点を補ってくれるとされています。



スライド36

【スライド36】

国内のロボット直腸手術の年次推移ですけれども、2018年に保険収載されてから増加しているという状況で、今年（2021年）は結腸がんも保険収載となっています。

ロボット直腸手術



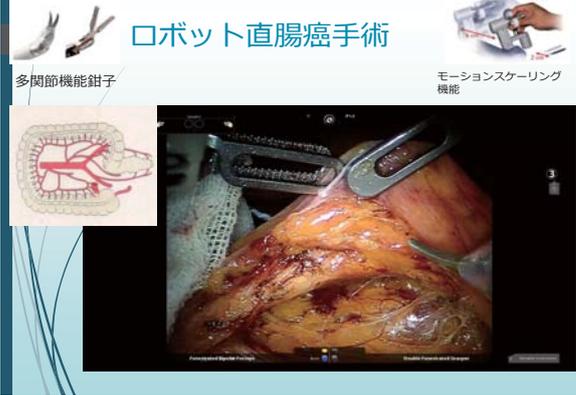
スライド37



スライド38

【スライド37・38】

続いて、実際の手術の場面を動画と音声でお流しします。ロボットに入ってもらおうところになりますが、患者さんが寝てから準備していきます。関節がここに何個かついていて、体の中で精密な操作ができるようになっていきます。実際の風景になりますが、患者さんの横にも助手が直接立っていて、術者は脇のところにいて機械を動かしながら操作をしています。で、マイクで術者と助手とコミュニケーションを取りながら治療を進めていると、このようにして治療を行っています。



スライド39

【スライド39】

続けて、おなかの中で起こっていることをお示しします。これは何をやっているかという、こちら辺にご病気があって、ここに行く血管を残して、こっちだけ切ろうと。この周りにはリンパだけ取ろうとやっています。これ、体の中で関節が動く鉗子を使っています。ちょうどこちら辺に今、こっちに行く残したい血管が出てきています。ここにいるこの血管が、大体4mmくらいの太さになります。この見えてきたこの赤い血管が、だから、0.5mmとかそういう血管をよく確認しながらできていて、こういう血管も一個一個確認しながら、今、血を止めて、外してというふうにやっていけるので、出血はかなり少なくなりますし、これを棒状の腹腔鏡でやると、できなくはないんですけども、結構大変なんですけど、ロボットでやると比較的容易に、しかも精密に、温存すべきものは温存しながらできるという形になっています。

下部直腸癌症例で威力を発揮！

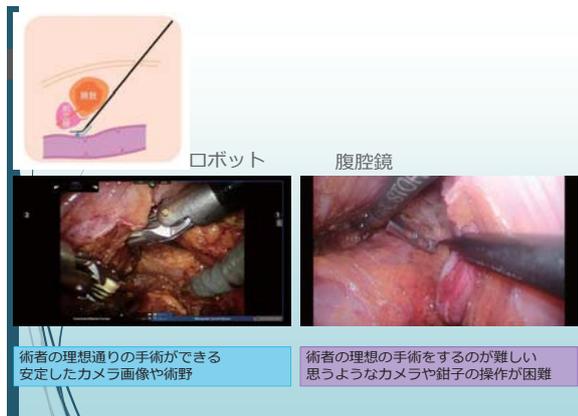


スライド40

【スライド40】

このような本当に下のほうの下部直腸がんの症例で威力を発揮します。これは内視鏡になって、これはご病気になりますが、これはちょうどお尻

の締まる場所ですね。そこから、すぐ指で届くようなところにあるものでも、ロボットを使っていけば残せることがあります。



スライド41

【スライド41】

これはロボット手術で、ちょうど一番下の、男性のこれはお尻から6～7cmのところになりますね。前立腺と、こちらが直腸のイラストになりますが、そこを剥がしているという映像になります。

一つの特徴として、まず、画面が全然ぶれていないと思うんですけども、これは機械がやっていますから、人間がやるわけではないので疲れなくて、カメラが本当に安定して、あと、こういうふうに曲がっていると思うんですけども、この間を曲がって剥がしていくには、これは神経になりますが、残したい神経を確認しながら操作が進められるという形になります。術者の理想どおりの手術が安定したカメラ画像で進められるというのが特徴です。腹腔鏡でやることももちろんあります。ですけども、両方から4本の手が入ってきていて、その真ん中にカメラが入ります。やっぱりカメラをやってくれる医師も、どこから入るか、なかなか難しいところがあったりします。なかなか鉗子を安定させるのが難しいので、術者も助手もカメラも、ある程度の経験者が行わないと、なかなか腹腔鏡手術を安全に進めるのは難しいということ、みんな日々修練をしているということになります。思うようなカメラや鉗子の操作が、まっすぐなものだけだと難しい。それが腹腔鏡手術とロボット手術の違いとなっています。

手術についていただくご質問

- 入院期間はどれくらいですか？
- 人工肛門になりますか？
- 術後は何を食べたら良いですか？

スライド42

入院から退院まで

- 1) 入院前または入院後：手術前に必要な一般的な検査として心電図や血液検査を行い、手術に十分耐えられるか、検討します。
- 2) 手術前日は食事を中止し、下剤を飲んでいただき、腸の中をきれいにします。
- 3) 手術後の当日は、ベッド上で安静となります。
- 4) 手術翌日：起き上がり、可能なら歩行を行います。状態により水分摂取を開始します。
- 5) 手術後2～4日：腸の動きに合わせて食事を開始します。
- 6) 6日以降：食事摂取が可能で、排便も順調であれば、体調により退院が可能となります。手術後1～2週間で退院するのが一般的です。

患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド43

【スライド42・43】

最後、3つ、手術について頂いたご質問についてお話しして終わりにしようと思います。

まず、大腸がんは入院期間どれくらいですかというのが、術前の説明をするとありますが、まず入院から退院までになりますけれども、入院した日にも血液検査とかを行って、術前に手術に十分耐えられるか検討します。前日は食事を中止して、下剤を飲んでいただいて腸の中をきれいにします。手術の当日は、ベッド上で安静となります。問題なければ翌日から歩いていただいて、水分も翌日から始めています。これは施設によって多少違いはあるかなと思います。お食事に関しては、術後2～4日目くらいで、腸の動きに合わせて食事を開始します。結腸がんであれば6日目以降、当院の場合は直腸がんであれば8日目以降で、問題なければ退院となると。術後1～2週間で退院するのが一般的です。

人工肛門になるかどうか

- 直腸癌手術で永久人工肛門になるかどうかは、肛門括約筋を切除する必要があるかどうかによって決まります。それは直腸癌と肛門括約筋との距離と浸潤度によって決まります。
- また、前方切除術や低位前方切除術を行った場合の合併症や後遺症による生命や術後の生活の質への影響も、術式を決定する上で考慮すべき重要な要因となります。

患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド44

【スライド44】

また、皆さん気になると思う、人工肛門になるかどうかということですが、直腸がんの手術で永久の人工肛門になるかどうかは、先ほどお話しした肛門を締めたり緩めたりする筋肉を切除する必要があるかどうかによって決まります。それは、直腸がんとお尻を締める筋肉の距離及びがんの大きさによって決まってきます。また、前方切除などを行っても、合併症であるとか後遺症による術後の生活の質への影響も考えて術式を決定していきますので、人工肛門の話があった場合には、その説明してくれる担当医と理由などをよく相談して決めるのがいいと思います。

大腸癌手術後の食事について

- 手術後間もない間は腸の運動が十分に回復していないことがあるため、食べ過ぎに注意し、食物繊維の多い食べ物や消化しにくいものは避けるのがよいでしょう。
- 術後1ヶ月もすれば原則として食事の制限はありません。

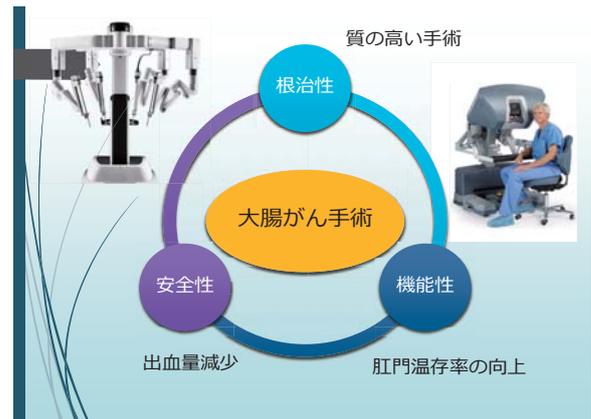
患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版

スライド45

【スライド45】

大腸がん手術後の食事について。何食べていいですかという話になると思うんですが、先ほども言いましたが、大腸は、口からいうと大分後半の最後のほうになります。術後1か月もすれば、原則として食事の制限はないと思います。ただ、手術後間もない間は、腸の動きが十分に回復していませんので、食べ過ぎに注意していただいて、食物繊維の多い食べ物や消化しにくいものは避けていただくのがよいでしょうと。そ

んなに難しいことはないと思います。



スライド48

【スライド48】

まとめですが、大腸がんの手術についてお話しさせていただきました。出血量の少ない安全な手術を行うのは当然であります。今後は、肛門温存など機能もしっかり保って、かつ再発のない、根治性を取った質の高い手術を行っていく必要があると思います。その一助にロボットがなくなると、そのような時代になっているということです。

以上、私のお話は終わりになります。ご清聴ありがとうございました。

○天貝 日吉先生、ありがとうございました。

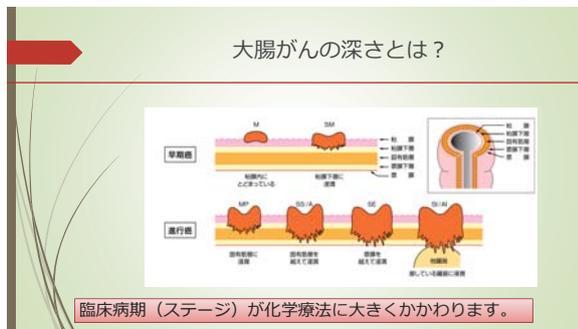
【講演3】

「大腸がんの薬物療法と緩和ケア」

茨城県立中央病院 腫瘍内科医長
菅谷 明德 先生

茨城県立中央病院腫瘍内科の菅谷明德と申します。

自己紹介となりますと、私は茨城県の前の三和町というところの出身です。今、古河市ですね。その後、筑波大を卒業しまして県内の病院で働いてまいりました。県立中央病院には2011年に消化器内科で働いてもいますけれども、今回、私の所属、腫瘍内科ということで、なかなか聞き慣れないですよ。腫瘍内科がある病院は少ないです。もちろん筑波大学などにもありますけれども、腫瘍全般、かなり現状、薬物療法、化学療法という非常に難しい分野になってまいりまして、腫瘍を専門にするという分野が近年は生まれております。それでは、どうぞよろしくお願いたします。

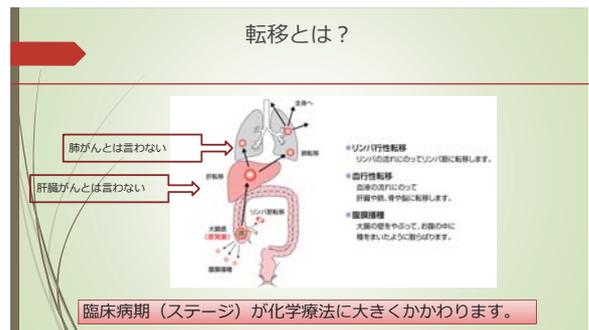


スライド2

【スライド2】

先ほど山岡医師、日吉医師もお話しになりましたとおり、大腸がんのお話を薬物療法の話をするにしても、がんの深さとステージ分類というのは非常に密接に関わってきます。なので、私もこのスライドを持ってまいりまして、がんの深さとはということになります。早期がん、それから進行がんがありますが、大腸は筒状ですので、筒の中にとどまっていれば確かに内視鏡で取れますし、少し深くなって内視鏡で取れなくなったとしても、近くのリンパ腺だけとかに転移がとどまっていれば、手術療法ということで、体からがんを消し去

るといような治療が可能になってまいります。



スライド3

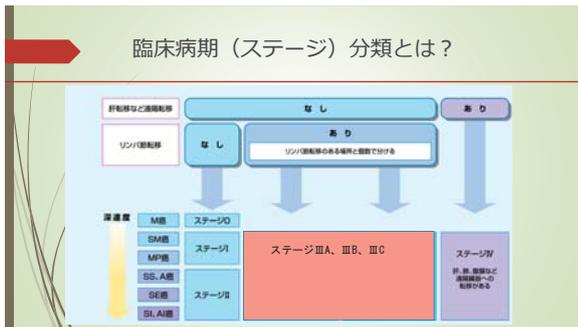
【スライド3】

ただ、転移というのがどうしても出てくるんですね。この転移というのが薬物療法にとっては非常に大事な話になってまいります。転移と聞きますと、非常に皆さん、マイナスなイメージをかなり持たれます。転移してしまった、末期だというふうに言われてしまうのですが、必ずしもそうではありません。

先ほどの日吉医師の画像とも似ていますが、大腸があって、大腸がんが例えばここにあったとしましょう。ここからがんが始まるのですけれども、先ほどのように、がん細胞はとっても小さいです。顕微鏡で見れば見えます。というくらい小さいので、血管とか、あるいはリンパ管という管があるので、その管に乗って、がん細胞が大腸以外のところに飛びます。飛ぶ前にももちろん検診をということで、先ほどの山岡医師の話になるのですけれども、例えば肝臓に飛ぶと肝転移というふうに言います。肺に転移することもあります。それ以外の臓器もあるのですが、大腸がんは肝臓と肺とリンパ腺に飛びやすいので、模式図としては、このようにさせていただきました。医学用語で言うと、リンパに乗ればリンパ行性転移と。これは医学用語なので覚える必要はないかもしれませんが、血液の流れに乗って、がん細胞がほかの臓器へ行くのです。ほかの臓器へ行くと、がん細胞がそこに巣を作るのです。そうすると、そこからがん細胞が、1が2、2が4、4が8というふうが増えていって、大体100万個になっていくのですが、これは肝臓がんとは言わないのです。肝臓に転移したのを、私は大腸がんも肝臓がんもあるんではないかというように呼んでいる方もいますが、肝臓がんとは言いません。これは大腸がんの肝臓への転移、あるいは肝転移というふうに言いますし、肺への転移も肺がんとは言わないのです。と

いう形になります。

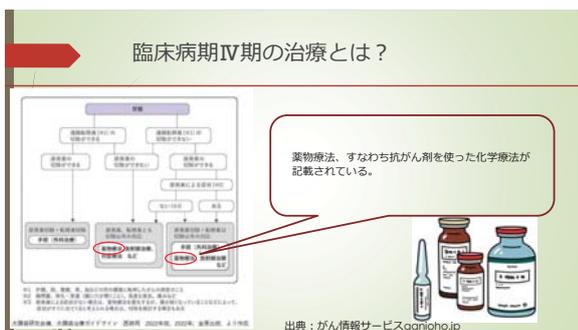
ただ、世の中には、大腸にがんはなくて、肺にがんを持たれる方がいて、肺からがんが始まった方は、この方は肺がんという診断になりますので、あくまでも大腸がんの肝臓への転移であり、もしくは肺への転移であるということになります。転移をすると、先ほどの日吉医師の画像、私も加えますけれども、ステージがIVということになりますね。



スライド4

【スライド4】

ステージは先ほどからもお話が出ていまして、ステージ0・I・II、ステージIII A・III B、最近のガイドラインではIII Cもありますけれども、それでステージIVということになるのですが、このステージIVというところに薬物療法は大きく関わってきます。



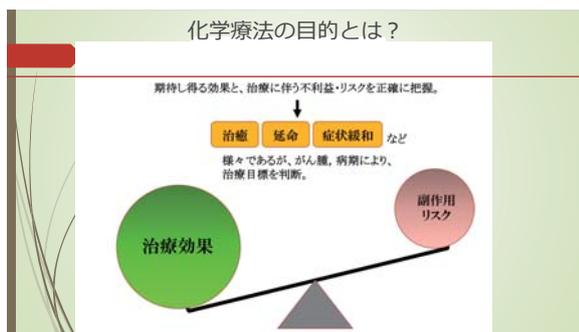
スライド5

【スライド5】

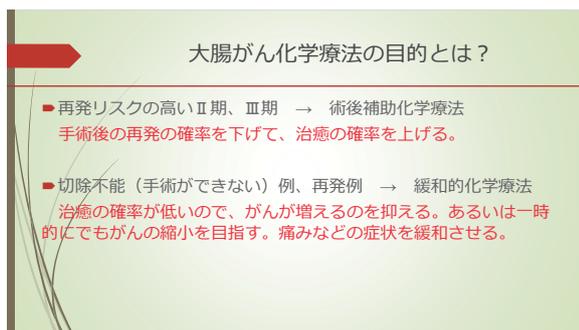
薬物療法の今日のお話は、ステージIVがメインになるのですが、ステージIIIとか、あるいはIIの一部でも、抗がん剤、薬物療法、これは同義で化学療法も同義です。抗がん剤を使うことがあります。それは、大腸がんを手術で取って、取った後に、先ほど日吉医師の話で再発という話がありました。再発のリスクを下げるために、手術をした後に、ある一定期間、例えば3か月、半年ということなんですけれども、抗がん剤を投与す

る、薬物療法をやって再発の%を下げるという薬物療法の使い方もございます。

本日は、転移があるといったときの薬物療法をメインにお話ししますが、薬物療法にはそういった目的があります。またちょっとお話ししたいと思いますが、一旦、ステージIVと言われてしまったと、診断されたときに、既に転移があるということになります。画像が小さくて申し訳ないんですけど、これは大腸がん診療ガイドラインというものがあって、がんセンターであるとか厚生労働省の専門家がみんなで集まって協議して、治療方針どのようにしようかというふうなものでありますけれども、IV期といっても転移巣の切除ができる場合があります。これも日吉医師のお話のとおりでありまして、肝臓への転移が、例えば個数が非常に少なくて肝臓が残せるという場合には、原発巣の切除をして、原発巣というのは、すなわち大腸のことですね。大腸の切除をするほかに、例えば肝臓の一部を取る、あるいは肺の一部を取ることが出来る方もいます。切除ができない場合があります。それが、日吉医師の画像にもありましたけれども、個数が多い、あるいは、ちょっと取れない場所というのがあるんですね。骨とか脳。脳も個数が多いと取れなかったりしますが、転移の場所というのは全身様々ですので、取れない場合があります。取れない場合にどうしようかというところになってくるときに、薬物療法と記載があるんです。薬物療法というのが、つまり、抗がん剤を使った化学療法であるということになります。



スライド6



スライド7

【スライド6・7】

薬物療法、イコール化学療法なのですが、目的は何だということになりますね。先ほど私が、治癒を目指すとか、再発リスクを下げるというのは、ステージⅡとかⅢとかで手術をした後に抗がん剤をやる場合は、目的は治癒は可能性として考えたいところでございます。

ただ、例えば転移があって薬物療法をやるとなると、その薬物療法によって、がん細胞が体からゼロになるのかということを考えなくてはいけなのですが、ゼロになる方のほうが圧倒的に少ないですね。つまり、薬物療法をやっても、がん細胞がゼロにならないのです。体の中に残った状態になるんですね。

じゃ、薬物療法のメリットは何だという話になるんですが、例えば、がん細胞が肝臓とかに転移してしまったのですけれども、小さくなることですね。小さくなることによって、ひいては延命になるとか、あとは、転移してしまった場所が悪くて、神経に触ってしまっても痛いなどの症状があるものが、もし薬物療法、化学療法によって、がんが小さくなるならば、痛いよと言っていたところの症状が和らぐ。こういったのも目的の一つになりますので、薬物療法を受ける、受けないという、結構外来とかでも、なかなか怖いぞとかというような形で、ここにもてんびんをつけましたけれども、副作用が怖い。そのリスクと、こう

いった目的ですね、の治療効果をとてんびんにかけて、薬物療法をやったほうがいいのか、あるいはやらないほうがいいのかというのは、常に私も外来で、一人一人状況が違いますので、考える必要があります。

目的、これ文字で申し訳ないんですけども、先ほど申し上げたⅡ期やⅢ期であれば、手術をして再発のリスクを下げましょうということで、術後に一定期間だけ化学療法をやりましょうと、再発がなければ、それはハッピーということになります。

ただ、先ほどステージⅣの話、これ、まさに下なんですね。切除ができない、再発があったときに、再発した場合も取れる場合があるのですが、取れないというときに、化学療法の出番になります。

ただ、繰り返して申し訳ないところですけども、治癒の確率が低いので、やはり、がんが増えるのを抑えるというのがメインになる。一時的にでも、がんの縮小を目指したい、あるいは、痛みなどの症状を緩和させたいというのが目的になります。



スライド8

【スライド8】

ただ、化学療法、薬物療法というと、手術と違って何されるか分からないというところが皆さん怖いんですね。どんなイメージを持たれていますでしょうか。抗がん剤のために入院って何されるんだとか、毛が抜けるとか、ずっと吐いているとか、そういったイメージを持たれている方が多いんですね。薬物療法と聞いてだけで、もう手術できないんですとか、副作用が怖いんですけど…というようなイメージを持たれている方が多いと思います。

実際に薬物療法をやろうとなったときに、やっぱり副作用とのバランスというのは非常に大事になってくるのですけれども、体力というのは、こ

これは手術を受ける体力もそうなのですが、やはりここは大事になってきます。

体力が不安だが・・・

- パフォーマンスステータス（PS）2以下が化学療法適応の目安です。

0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが寝はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことができない。日中の50%以上をベッドが椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドが椅子で過ごす。

図その他、著しい内臓機能低下、認知症などがあるとリスクが効果を上回り危険となります。

スライド9

【スライド9】

我々腫瘍内科、あるいは消化器内科もそうなんですけど、パフォーマンスステータスと片仮名で書いてあるものがあるんですけど、前後から読んで、その患者さん、患者さんがどれくらい体力があるかというのを数字にします。0、全く問題なく活動できる。つまり、大腸がんがあるのですけれども、普通に仕事をやっていますと、日常作業は全く問題ありませんという方は0です。1、例えばですけれども、大腸がんを患って、転移が見つかってしまってから体力がちょっと落ちてしまって、山登りはちょっと厳しいとか、あるいは、今までは肉体労働をやっていたのですけれども、事務作業にしていますというような方は1ですね。2は、腫瘍がちょっと体中にはびこってしまって、身の回りのこととか歩いたりとかはできるのだけど、ちょっと過ごす疲れちゃうので、3時間、4時間はゆっくり横になっている時間が多いですかね、日中、というのは2ですね。3は、この場合は、身の回りのことは恐らく周りの方が手伝ってくれて、ほぼ、例えば日中を12時間とすると、6時間以上はベッドかソファで横になって寝ています、ちょっと疲れていますという方ですね。4の方は、これは完全に入院されている状況を想定してもらってかまいません。全く動けなくて、身の回りのことができないというような形になるんですが、抗がん剤を副作用とのバランスを考えててんびんにかけて、ここだと思うのです。2と3の間に線が引かれてしまうのですね。2でも難しい方はもちろんいます。これはなんでかといいますと、内臓機能の低下ですね。例えば、もともと肝臓が悪いんです、腎臓が悪いのです、あるいは、肺気腫を患っていて、ちょっと息も絶え絶えなんですとなくなってしまうと、化学療法のリス

クは少し高いかもしれません。

ただ、やはりてんびんにかけるんですね。これは患者さん一人一人違ってまいりますので、治療効果が、副作用などのリスク、あるいは体が耐えられるリスクとてんびんにかけて、利益が上回ると判断すれば、担当医、私と患者さんで話し合った上で、治療方針を決めていく。抗がん剤をやりましょうというふうになるところは、この辺りに線が引かれてきます。

効果はどう？

- 過去40年、特に2000年台になり有効な薬の種類は増えました。
- 化学療法の進歩により、治療不能な患者さんの生存期間の中央値（真ん中の値）は過去30年で5倍以上に延長しています。臨床試験の報告では、30か月を超える時代に突入しています。
- 手術あるいは大腸カメラで採取したがん細胞の性質を調べて、効果が期待できない薬を避けたり、逆に効果が期待できる薬の候補があれば、選択します。

後ほど、説明します

スライド10

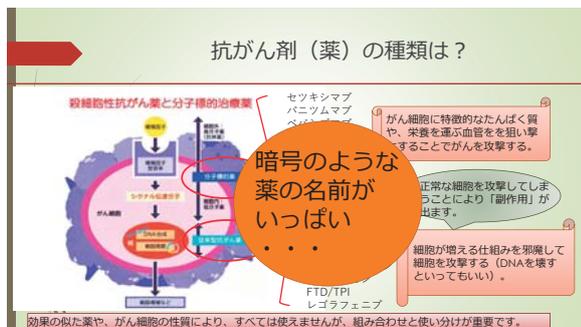
【スライド10】

じゃ、効果はどうなのだという話。先ほど、完治までいかないのではないかと話があったのですが、昔のイメージとちょっと変わってきています。過去40年と書きましかねども、特にこの20年ですね。有効な薬の種類はかなり多く増えています。これは大腸がんだけではございません。日本の科学技術の進歩、あるいは世界も含めてですけれども、かなり増えてきていると。

特に、これはなかなか非常にシビアな話なのですけれども、先ほど山岡医師のスライドで、5年の生存率が18%というのがありました。ステージIVですね。ただ、これは過去3年、4年でいくと、5倍以上に延長しています。臨床試験の報告ということになるんですけれども、結構いろんなところに転移していて、化学療法、闘病生活を週1回あるいは2週間に1回通院されてという方も、なかなか難しいところなんですけれども、中央値では30か月を超えています。中央値というのは、すなわち、100人同じようなステージIVの方がいて、50人ということになります。3年弱ということにはなっていないかもしれませんが、これはあくまでも中央値ですので、1年未満の方もいれば、5年、10年という方もいるということになります。

化学療法のお話をする上で、実は結構難しい話が最近出てきておりまして、手術とか大腸カメラで取った細胞を調べて、抗がん剤の種類がいつば

いありますよと、薬が増えましたよと言っているのですが、どれが効いて、どれが効かないんだということですね。薬の候補があれば、我々もやりやすいですし、逆に患者さんにとって、副作用が少なくて効果が出たほうがいいわけですから、そういったのを選択していくような形になっていくわけですね。

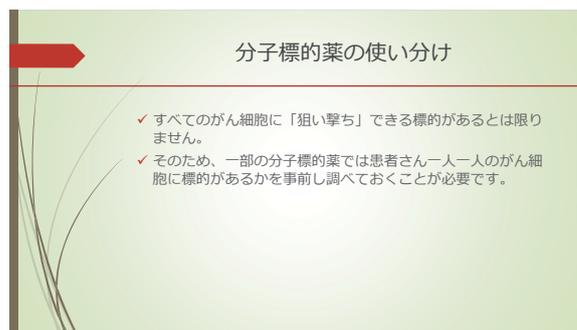


スライド11

【スライド11】

抗がん剤の種類、大腸がんです。ここにいっぱい片仮名と英語で書いてあるのですが、いっぱいあります。難しい模式図なんですけど、10μmと言われるようながん細胞を拡大してみました。模式図になっています。がん細胞は、これは生きているので、この赤い線の中が核といいますが、その核の中に、DNAというのを合成する器官ですね。ここが核です。この赤いところが核になっています。ここでがん細胞が倍化してくるのです。2が4、4が8、8が16になってくるのです。ここのDNAの合成というのを止めると、がん細胞が増えなくなるのです。なので、ここをターゲットに抗がん剤が、むしろこの40年、開発されてきているのです。

ただ、この抗がん剤を飲み薬ないし点滴で投与すると、がん細胞の核は壊れるのですが、正常な細胞も一部壊れます。それが副作用です。例えば、口の中の粘膜とか結構細胞分裂というのをやっていますので、結構副作用があります。この薬の中で一部、例えばイリノテカンとか、脱毛を来すような薬もあるのですが、これも同じで、毛根と呼ばれる場所というのも、毛が伸びるといのはまさにそういうことなのですけれども、細胞が増えているわけですね。毛を作る細胞が増えているわけですので、そういったところもやられてしまうので、どうしても副作用が出ます。



スライド12

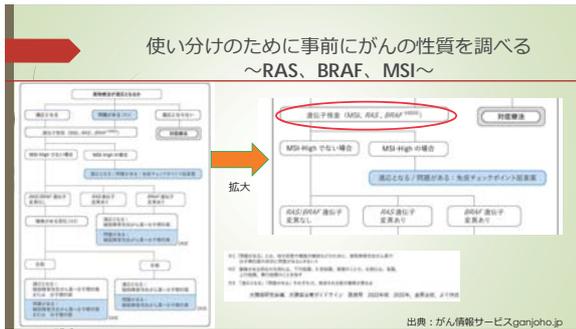
【スライド12】

一方、これが従来型の抗がん剤を書いてありますけれども、分子標的薬という分類があります。DNAを作るところでなくて、がん細胞が増えるぞという司令塔があります。その司令塔から情報がどんどん伝わって、がん細胞が増えます。その情報の大もとを何とか取っ払いましょうという薬は、こっちの分子標的薬なんですけど、これは全て2000年代です。従来型はもう古くから、1960年とかからあります。ということは、近年は分子標的薬も使いましょうということになっているのですが、まだ、医学の限界なのか、こっちの司令塔だけやっつけようとしても、がん細胞は全部消えないことが分かっていますし、縮小効果も悪いので、こっちの従来型の古くからある抗がん剤と、新しい抗がん剤をコラボして、複数使って、何とかがん細胞と戦いましょうと。がんが小さくなれば、もちろん御の字ですけども、がん細胞と戦いましょうということになりますので、これ全て使うわけではないです。ただ、組合せと使い分けがめちゃくちゃ重要になってきます。

ということで、まとめると、従来型の抗がん剤はこちらです。細胞が増える仕組みを邪魔して攻撃する、DNAを壊すということで正常な細胞も攻撃してしまう。副作用が出ます。こちらの分子標的薬は、比較的新しいですけども、今度は、がんが増えるぞという、がん細胞の外側から来る司令塔を少しやっつけるような薬があります。そういったのも近年では使えるようになってきていますが、薬の特性上、DNAがほかのところを壊すというようなのはあまりないのですけれども、こちらはこちらで、ちょっと化学的な問題で、幾つかアレルギーが出やすいであるとか、幾つか副作用が報告されているので、やはり組合せと量と、そういったことが患者さん、患者さんによって一人ずつ違ってきます。ただ、何度も申し上げますが、この暗号の薬は、一つ一つの薬を覚えること

が大事というわけではございません。

ふうに、少しずつ時代が変わってきてはいます。



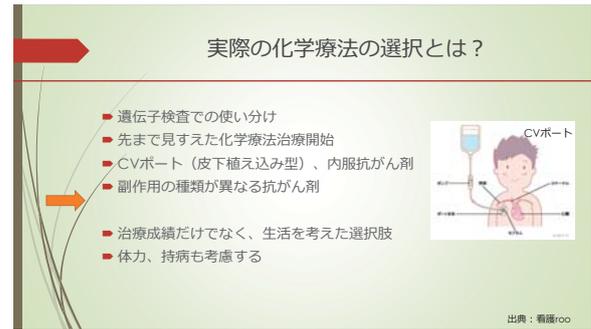
スライド13

【スライド13】

使い分けるといふ形になりますけれども、全てのがん細胞に狙い撃ちできる標的があるとは限らないですし、一部の分子標的薬と呼ばれるもの、これが患者さん一人一人のがん細胞という標的があるかを事前に調べなくてはならないということになって、使い分けのために事前にがんの性質を調べることが一般的です。

こちらはちょっと小さくて申し訳ないのですが、拡大をしたのがこちらになりますのですが、これも大腸がんガイドライン医師用2022から持ってきたものです。一番最新です。

薬物療法が適応となるかということところで、適応とならないという人がちょっと出てきてしまって、これが大変申し訳ないことに、先ほど言ったパフォーマンスステータスが3と4という場合です。どうもずっと寝ていますという方に抗がん剤をやると、逆に副作用で体がまいってしまって、先ほどの効果と副作用のてんびんのバランスが崩れてしまうのです。適応となりますよといった場合に、ここに遺伝子検査と書いてありますね。アルファベットで申し訳ないのですが、RAS、BRAF、それから、最近、今年ですね。MSIというような形になります。RASが既に10年くらい測られているんですけども、こちらは、大腸カメラを受けていただいた組織であるとか、手術をされた方はその手術を、ホルマリンにつけてあるのが病院に保存されてありますので、それを使って調べるといふ形になります。これによって幾つか、抗がん剤が効く、効かないということが少しずつ分かってくるようになりました。なので、昔はこれが分からなかったのが、皆さん似たような薬を投与することになっていたんですが、少しずつ、この薬は効かないだろう、だから、この薬は避けようとか、逆に、この薬は効くのではないかと



スライド14

【スライド14】

実際にどのように選択するかということ、こういった性質で、我々医師側から、こういった薬がいいんじゃないかというようにお話しする以外に、患者さん側から選択することもできます。実は、似たような薬のうち幾つか、抗がん剤の投与の仕方が幾つかありまして、まず、先ほど言った検査で使い分ける以外に、先を見据えた化学療法の治療開始と書いてある。これ、先まで見据えたというのはどういうことかということ、薬の種類が多いので、例えば1個の薬が効かなくなったら次の薬にいきましょうと、もし効かなくなれば、その次にいきましょうというように幾つか順を追ってできるのですが、副作用も違いますし、突拍子もない例を出しますと、手先の仕事をしている方が、例えば美容師さん、もし、しびれが出るような副作用の抗がん剤を先に使ってしまうと、どうなるかということなのですが、仮に先にそれを使ってしまうと、もししびれが出ていたとしても、その薬を中断して次の新しい薬にいったとしても、しびれがそのときも残っていると仕事にならないということになってしまうので、もしそういったことがあれば、しびれの薬は後にとっておこうかというのが使い分けということになります。なので、先まで見据えて抗がん剤をもし順番に使うのであれば、この薬が先がいいのではないかとかということを考える必要があります。

もう一つは、抗がん剤が、飲み薬と点滴があるということです。点滴のときに、これは模式図でCVポートと出したのですが、46時間連続投与という点滴の薬が実はあります。5-FU46時間はなかなか投与するのは難しいのですが、CVポートという、鎖骨の下で、皮膚の下、肋骨の上のところ、3cmくらいの、ここに針を刺せば、カテーテルというのが心臓近くの血管に通っていて投与

できるというものがあります。そういったプラスチックの機械を埋め込むことによって、ここで針を刺します。で、病院で3、4時間点滴を受けていただいて、残りの40時間は自宅でマイクくらいの大きさの抗がん剤のものをポケットに忍ばせて、丸2日間、御自宅で点滴というような形で自宅で抗がん剤ができる方法もあります。

あとは、治療成績だけでなく、やはり先ほどの副作用なども含めた選択肢もあるし、体力とか持病も考慮しなくてはなりません。なので、実際に抗がん剤を選ぶというときには、種類は幾つか出てきます。飲み薬の抗がん剤もございます。例えば、ゴルフをやっているとすると、ポートを入れると、結構ポートが抜けちゃったりすることがあるので、そういったようなときには、どうしてもポートを入れませんというような方もいます。ただ、それもやはり担当医、主治医との話し合いになるのではないかと思います。

今日は、もう一つ持ってまいりました。近年、CMでもやっていますが遺伝子パネル検査といいます。抗がん剤の先ほどの話で、RASとBRAFとMSIというアルファベットの暗号みたいなのを出してしまったんですけども、複数の遺伝子を一度に調べて、そこから患者さんに合った治療薬を見つけ出そうというものです。これは2019年からできるようになって、当院でも2020年から導入していますけれども、なかなかまだ発展途上というところもあって、大腸がんの診断を受けて、すぐパネル検査やってくださいといっても、できないんですね。

これはちょっと申し訳ないところなのですが、保険診療なのですけれども、大腸がんの抗がん剤をやりながら、どうも種類がなくなってきて後がないと、何か薬はないのかというのを探すときに、がん遺伝子パネル検査を出すことができます。大腸カメラや手術の組織で調べられるので、新たに何か細胞を取らなくちゃいけないとかそういったわけではないのですが、遺伝子検査というのは、手術で取ったもの、ホルマリンにつけたもの、あるいは生検で取ったものを病院の奥からひっくり返して調べることができます。

まだまだ課題もあって、保険診療内ながら高価であるということとか、化学療法をやっても効果がなくなったときにだけ保険で認められるとか、この検査をやっても有効な薬剤が見つかるのはどれくらいなんですか、全員が全員何かおいしい思いを

するのですかというのと、1割くらいで、9割くらいの方は、この検査をせっかく受けてもなかなか薬が見つからないなんていう、現状としては、これから発展途上なのかなというように思っておりますし、ただ、こういった検査が日本で使えるようになってから、各企業、産官学、製薬メーカーを含めて新薬の開発なども行っていると聞いております。

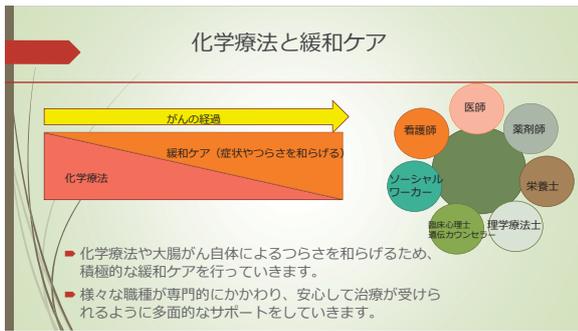
測れるのは県内で3施設のみで、手前みそですが、うちの県立中央病院、土浦協同病院と筑波大学の3施設でしか、この遺伝子パネル検査は行えません。あとは化学療法、現在投与していて、なかなか効果が残念ながらないという方が対象になってまいります。



スライド16

【スライド16】

最後に、当院の化学療法センターの紹介をしようと思っております、こちらは、各病院でそれぞれあります、いわゆる通院治療室とか化学療法センターと言っているようなところがございますけれども。こちら、広いところにナースステーションがあって、ここから結構360度見渡せます。ベッド、あるいはリクライニングシートという形でございまして、採血とか、当院ですと点滴で抗がん剤をやっている方は、中央処置室という、ほかの方とはもう隔離された場所で、専門のスタッフが問診をしながら、採血を採りつつ、副作用は出ていないかななどを把握しているような形で行っております、採血しましたら機械でひゅーんと検査のところに送ってもらって、結果が出るのを待ちます。その後に医師の診察なども行っている化学療法センターというのがございます。こちらで、だいたい通院で行っている方が、これは当院の場合ですけれども、やっております、最後です。



スライド17

【スライド17】

緩和ケアの話をちょっとして終わりにしようかと思っております。

がんの経過と書いてありますが、化学療法をやりながら、緩和ケアというのは、もう経過の最初の時点、あるいは、初めて初診で転移があるんですけどというふうに言われた時点で始まっております。症状は、その時点でももちろん出ていない方もいますが、化学療法をやっている間に、痛みがもう既に出ていると、痛みが出ていながらも、緩和ケアを継続しながら抗がん剤を頑張っ、腫瘍が例えば幸い小さくなって、痛みがまた消えたという方もいますし、化学療法と緩和ケアというのは同時並行に行っています。化学療法ができなくなってしまったので、緩和ケアに移行というものではありません。化学療法を最初から継続している時点で、症状やつらさを和らげる治療というのも同時に始まっております。

ただ、例えば体力の低下とか、がんの効き方とかで、化学療法がなかなか困難になってくる時期というのが、どうしてもどこかで来ます。そのときは緩和ケアのウエートは高くなりますが、いきなり、緩和ケアだから終わりだとか、そういったことではなく、我々医師だけではなくて、本当に薬剤師、看護師も皆さん、ソーシャルワーカーとかリハビリの方とか栄養師さんとかみんな、症状の緩和とか、あるいは、転移という診断を受けて非常に悩まれるケースとかも、そういったのをみんなで心の面からもサポートしていきたいと思っておりますし、安心して治療が受けられるようにやっていけたらというふうに思います。

時間オーバーしてしまいましたけれども、御清聴ありがとうございました。

○天貝 菅谷先生、ありがとうございました。

◎パネルディスカッション（敬称略、順不同）

座長 茨城県立中央病院 天貝 賢二 消化器内科部長
パネリスト 茨城県立中央病院 山岡 正治 消化器内科部長
茨城県立中央病院 日吉 雅也 消化器外科部長
茨城県立中央病院 菅谷 明德 腫瘍内科医長

○座長

よろしく申し上げます。

3人の先生方のご講演のテーマに関連した質問がございましたら、どうぞ。

まず、山岡先生の大腸がんの予防・検診と内視鏡治療、これに関連して御質問がありましたら、どうぞ。

後ろの方。マイクをお願いいたします。

○会場

大腸カメラを受けましょうというところで、大腸カメラ以外に三つ検査の方法があるということですが、どのようなものでしょうか。

○山岡

大腸カメラ以外にお話しさせていただいたのは、注腸検査、いわゆる大腸バリウム検査と、それからCTコロノグラフィー、3D-CT、そして大腸カプセル内視鏡検査というものになります。

大腸カメラを以前やった方とかで、なかなか苦痛が強くて一番奥まで入れられなかったという方なんかには、注腸検査、大腸バリウム検査をやっていただく場合があります。これは胃のバリウム検査のお尻からのバージョンの検査でして、バリウムを腸の粘膜に塗るような形でレントゲン写真を撮っていくような検査になります。

それから、私は自治医大出身でして、自治医大とかではCTコロノグラフィーや大腸カプセル内視鏡検査というのをやっておりました。

CTコロノグラフィーは、大腸カメラと似たような、下剤を飲んでいただいて、腸の中を空っぽにさせていただいて、その上でCT撮影をして、ポリープやがんがないかの検査をやるものになります。

大腸カプセル内視鏡検査については、なかなか恥ずかしかったりとか、検査がおつらい方なんかは、大腸カプセル内視鏡でまず診させていただく場合がありますが、いずれにせよ、この三つでポリープや癌などの所見があったときには、大腸カメラを受けていただくという流れになるかなと思います。

○会場

ありがとうございました。

○座長

他にございますか。前の方どうぞ。

○会場

私は、2年半ほど前に潰瘍性大腸炎になってしまったのですが、潰瘍性大腸炎からがんになるというお話も聞いております。がんになる可能性はどのくらいあるのでしょうか。

○座長

これはお薬の治療だから、腫瘍内科の菅谷先生、よろしいですか。

○菅谷

潰瘍性大腸炎という、良性ではありながら非常に難病で、下痢、血便、腹痛、あるいは発熱などで苦しむ病気かと思っております。実際には、潰瘍性大腸炎を患うと、がんの確率は少しだけ上がると言われています。

ただ、少しだけ上がるということなんですけれども、先ほど日吉医師のお話で、大腸がんになる方が年間

15万人くらいいると。その中で、潰瘍性大腸炎を10年以上患うと、潰瘍性大腸炎というのは腸に炎症をずっと起こしている状態ですので、その持続的な炎症ががんの一部の理由になると言われているんですね。先ほど山岡医師の話で、例えば加工肉とか喫煙、アルコールの話がありましたが、潰瘍性大腸炎の10年以上の罹患というのも一応がんのリスクを上げると言われていますが、2倍までにはなりません。リスクは1.5倍程度というふうに考えていただければよいので、潰瘍性大腸炎を患っている方は、特に5年以上過ぎた頃からは、大腸カメラを定期的に行うのがよいというふうにされております。特に、炎症がひどい場合を経験している場合には、なおのこと大腸カメラをやったほうがよいというふうに考えております。

○会場

ありがとうございました。

○座長

あとは、内視鏡検査とか予防の件で何かありますか。

では、私から山岡先生に伺いますが、大腸がん検診は何歳まで受けたらいいでしょうか。

最近、88歳の方が便潜血陽性でクリニックから紹介されてきたのですが、他の医療機関では、85歳以上はやらないからと断られてこちらに来られた方がいらっしやまして。

○山岡

それはなかなか難しい質問かなと思います。九十代になっても元気な感じで長生きされている方もいらっしやることを考えると、何歳とかで線引きして、ある一定以上は受けなくていいよというの、なかなか難しいところかなと思います。寝たきりの方なんかは受ける必要性は下がってくるかもしれないんですけども、元気で検査が受けられるということであれば、85歳を超えても受けていただくのは、ありかなとは思いますが。

○座長

一般的に、がんというのは、年齢が高ければ高いほどなりやすいということもありますから、高齢の方は、がんが隠れている可能性もあるし、かといって、大腸カメラの場合には、事前に下剤をかけたり、あと、検査自体もちょっと苦しい場合もあるので、検査のメリットとデメリットを考えて、先ほど菅谷先生の薬物治療のところでもありましたけれども、それぞれの人のメリット、デメリットを考えて、やる、やらないを検討すると、年齢だけでは決められないということでもよろしいですか。

便潜血検査でプラスと出ても、自分は痔があるから、そこから出血して血液成分がプラスに出たんだろうということで、去年はカメラを受けなかった。今年は続いたので来ましたとかという人がいるんですけども、痔の件と便潜血検査の件というのは、どういうふうに考えたらいいんでしょうか。

○山岡

先ほどお出しさせていただいたスライドにもあるんですけども、ポリープ切除した後は大体3年後くらいに受けていただくのがいいかなと考えています。中には、痔がある方で毎年毎年陽性になってしまう方もいらっしやると思うんですけども、だからといって毎年毎年大腸カメラをやるというの、なかなか大変だと思います。ですので、まず引っかけた場合には、1度は大腸カメラを受けていただくといいかなと思います。その後、便潜血が毎年毎年引っかけたとしても、二、三年くらいは大丈夫かなということで、次は3年後くらいを目安に受けていただくといいかなと思います。

もう一つは、症状も合わせて、血便がすごく出てしまったり、それで心配とか、あとは下痢と便秘の繰り返しみたいな便通異常があったりとか、あとは持続する腹痛とか、そのほか何か症状があったときには、また別の話になりますので、その場合は個別に御相談いただくという形がよろしいかなと思います。

○座長

大腸カメラを1回受けて何もなかったという場合には、その後も毎年、便潜血の検診を受けたほうがいいのか。

○山岡

今回、大腸がんスクリーニング、サーベイランスのガイドラインというのが、先ほどちょっとお示したんですけども、初回の大腸カメラで所見がない場合には、次は10年後でもいいというデータもあったりするんですね。ですので、しばらく受けないという考え方も一部あるかもしれないんですけども、私たち消化器内科であるとか予防医療センターで働く身としましては、毎年受けていただいて、引っかかったときには御相談という形が、やはり手後れとかを防ぐという点では望ましいかなと考えています。

○座長

あとは、大腸がんの家族歴があると大腸がんのリスクが上がるということですけども、それは、遺伝子とか、体質的にそういった大腸がんになりやすい体質を引き継いでいるということと、あとは、例えば食生活ですね。家族であれば同じようなものを食べて飲んでということが多いので、そっちの生活習慣も似ているから、なりやすいということでしょうか。

○山岡

そちらは恐らく両方が関与しているのかなと思います。遺伝性大腸がんガイドラインによりますと、遺伝的要素は大腸がんの30%を占めていると言われており、そのうち遺伝性大腸がんは5%と言われています。前者の遺伝的要素については、先ほど大腸がんの家族歴がある場合には家族歴がある場合には大腸がんになるリスクが二、三倍に増えるという疫学的な要素と、それから、先ほどの同じ家族であれば生活習慣が大体似通っているということで、そういった影響も含まれる数値なのかなというふうに思います。

○座長

大腸内視鏡がつかなくて、1回は受けたくても2回目は受けたくないという意見が事前の質問でもありましたし、ふだん耳にすることが多いんですけども、大腸カメラを楽に受ける方法というのは、どういったやり方があるのでしょうか。

○山岡

これは我々の永遠の課題になりますけれども、例えばS状結腸なんかはすごく長い方がいらっしゃるので、そういう場合には、腸が伸びると痛みが出てしまう場合があります。そのような場合には、や医師におなかを押してもらって腸が伸びないように折り畳んで挿入していくなどの工夫があったりします。それから、おなかの手術をたくさんしている方ですね。例えば、虫垂炎、いわゆる盲腸だったり、それから、女性だと、子宮筋腫の手術など婦人科系の手術をたくさんしている方の場合には、大腸カメラが大変な場合がありますので、その場合には、あらかじめ細くて軟らかいカメラを用意するなど工夫をして、なるべく苦痛がないように検査していくような形になります。

○座長

あとは、鎮静剤の使用に関してはいかがでしょうか。

○山岡

基本的には、鎮静剤は行わないで検査する場合があります。私の前所属の自治医科大学であれば、内視鏡にリカバリー室があるので、鎮静剤を使って検査をやっていただいて、その後、1時間なりリカバリールームで休んでいただいて帰っていただくということもできましたが、施設によっては、そういったリカバリーの場所がなかったりしまして、当院県立中央病院も、そういったリカバリーの場所がないので、外来では使えない場合があります。そのような場合には、1泊入院していただいて鎮静剤を使って楽にやっていただくという選択肢もあります。それは病院の設備などによるのかなと思います。

○座長

大腸がんの手術に関連しまして、事前に頂いた質問を幾つか紹介します。胃がんで手術を受け、その後下痢をしやすいのですが、そのメカニズムや対処法などを教えてください。

大腸がんの術後でも下痢とか便秘異常が出ると思うんですけど、その点に関してはいかがでしょうか。日吉先生。

○日吉

まず、胃がんの手術後の下痢については、これは胃がんの手術をする場合は、事前に患者さんに多分説明があるくらい、程度の差はあれ、皆さん下痢になります。胃を全部取った場合であるとか、胃の半分くらい取った場合であるとかによって違うと思います。胃の出口側半分を取った場合、また、胃を全部取った場合、胃の出口の締まる所がなくなりますので、食道から胃に入ったもの、また、食道からすぐ小腸に入るとい形になります。小腸で栄養の吸収をされるわけですが、胃のほうは、胃はなくても生きてはいけるんですけども、食物を分解するであるとか、そういう役割がありますので、余り分解されない状態のたんぱく質であるとか脂肪であるとかがすぐに小腸に入っていってしまうことで、そこに腸の動きが急激に起こってしまい下痢をしてしまう、そういうようなことが考えられております。ですので、食事を少量ずつゆっくり食べるであるとか、脂肪分のはちょっと調理を工夫して食べるであるとか、そういうのが対策としてされています。状態で言うと、ダンプカーが泥を一気に落とすような、ダンピング症候群という、そういう状態だと思います。胃の術後の場合は、

大腸の術後の場合は、取る場所によって変わってきます。先ほど、大体大腸は、もちろん人によって長さは差があって、1mから2mくらいになりますが、前半、右側のほう、盲腸、上行結腸、横行結腸とか、そちらのほうは、仮に例えば三、四十cm御病気の関係で取っても、もともと手術前、便の回数が2回だった人が、手術後もやっぱり2回であるとか、多くて3回とか、そんなにひどく変わることはないかなと思うんですけども、逆に、後半のほうですね。直腸のほう、お尻から近いほうを取ってしまうと、直腸というのは実は便が通るだけじゃなくて、便をためるという役割もあるところになりますので、直腸がんの手術で肛門を温存して残した場合も、やっぱり便がすぐしたい感じがしてしまうとか、そういう排便の偏りというのが起こってしまうので、皆さん本当によく言うのが、朝1回目、一番普通のちょうどいいお通じが出ただけで、午前中に続けて3回、4回とトイレに行きたくなっちゃって、最後のほうは下痢になって、その日一日出なくて、また次の日の朝、同じような感じになるとか、そういう排便回数の偏りというのが直腸辺りを取ると起こりますね。その手前のほうで、S状結腸とかの手術だと、20cmとか取っても、あんまり手術前と変わらず、下痢をしない方も多いかなと思います。だから、腸が短くなる、又は直腸を取ると、大腸の場合は下痢になることがあるということになります。

○座長

その場合、下痢止めとか薬の対処、あとは、経年変化で数か月とか年単位で自然によくなってくるものでしょうか。

○日吉

手術の直後は、手術による腸のむくみとかそういう関係もありますので、やっぱり下痢止めをお出ししていくことが多いです。経年ということですが、先ほどの特に直腸がんの場合、手術直後は、本当になぎ目がお尻から指を入れて届くくらいの方の場合は、手術直後は便の回数が七、八回となるんですが、大体3か月くらいすると五、六回くらいになってきて、最初は下痢止めを使っているんですが、1年くらいすると一、二回くらいに大体落ち着いてきて、下痢止めも要らなくなると。メカニズムはよく分かってはいないんですが、だんだん多分、もともとはただ通過するだけだった結腸が肛門の近くに来ているんですけども、だんだん体が鈍感になってくるというのか、すぐ便をしなくても済むようになるのか、患者さんによっては、そうやって回数が減ってくる方もいますし、そうなる方のほうが多いかなと思います。それをもって社会生活が成り立たなくなるようなひどい下痢の方というのは、めったにいないです。

○座長

先ほど最後にロボット支援手術の件が紹介されましたけれども、特に直腸がんだとロボットを使ったほうがやりやすいというお話ですが、県内ではロボット手術ができる病院は幾つくらいあるのでしょうか。そして、ロボットがあるところで手術を受けたほうがいいんでしょうかという質問です。

○日吉

県内どこにあるかというのは、もちろんそんな把握はしていないんですが、多分、大きな施設であれば、筑波大学であるとか土浦協同であるとかは、あります。

ロボット手術が保険適応になったのも2018年ですので、我々もそうですし、そのほか、どこの施設でも、それまでは腹腔鏡でやっていましたので、腹腔鏡でもできるわけですね。

ただ、ロボットになると何が違うかという、今まで腹腔鏡で、患者さんとしては同じようなことができているかなと思うんですが、まず、ロボットのほうが、我々がかつて腹腔鏡でやっていたり、また、今もやることがあるんですけども、よりも容易に同じことが安定してできるようになってきているというのがあるかなと思いますし、神経とかも、もちろん腹腔鏡のときも見えているので残せるんですが、そこを、まっすぐな鉗子でやるのと、おなかの狭いところで、さらに動くロボットでやるのと比べると、同じ目標にしても、ロボットのほうが容易にできると、そういうような印象です。だから、ロボット等がない施設ではできないということでは、もちろんないです。

○座長

他にいかがでしょうか。前の方、どうぞ。マイクをお願いします。

○会場

先ほど、大腸がんの手術をした後、下痢になるという話をされたのですが、他にはどういう支障があるかということをお教えいただきたい。また、下痢ではなく便が硬くなることもあるのですが、どのように防げばいいか、教えてください。

○日吉

先ほど下痢になることが多いと言いましたし、手術前も、下痢になる可能性がありますよという話はしますが、ただいまおっしゃっていただいたように、実際に、逆に手術後に便秘がちになるという患者さんもいらっしゃいます。そのメカニズムに関しましては、恐らくは、多分、手術によって腸の外側の癒着とかそういうことが起こってしまうがために、少し腸の動きであるとか、通りが悪くなるということがあるのかもしれないかなというふうに考えます。そういう方でも、内視鏡、大腸カメラをやって中を見ると、中に特に異常はないし、つなぎ目が狭いということもないんですけども、確かに術後に便秘になられる方はいらっしゃいます。

下痢になって悪いかということですが、先ほど潰瘍性大腸炎の御質問がありましたが、人によっては、患者さんによっては、十代、二十代のうちに実は大腸を全部取っちゃう患者さんもいるんですね、予防的に。潰瘍性大腸炎とか。そういう方はやっぱり下痢っぽくなるんですが、大腸が全部なくても、1日に四、五回くらいの排便回数で、下痢止めとかを使って、しかも、元気に栄養状態もよく、貧血もなく普通に働いていらっしゃる方もいますので、下痢になった場合は、また便秘になった場合も、お薬でコントロールできないようなひどいものになることはそんなにはないかなと思います。これでよろしいでしょうか。

○会場

逆に便が硬くて、その便が肛門辺りに圧迫感があって、なかなか排便管理ができない、それを防ぐのにどういうようにすればいいでしょうか。

○日吉

それは手術後ということでしょうか。

○会場

そうですね。手術後。

○日吉

直腸の手術後の場合、多分うまい具合に腹圧が届かなかつたりとかで、だんだん、あと全体の体力の面も

あって、下のところ、直腸にたまっているんだけど、診察するとあるんですけど、出せないということは確かにあります。そうすると、その状態で幾ら下剤を飲んでも、硬いものだけ出ないで、緩い水状の便だけ、その後も出続けて、硬いのだけ栓をしたみたいに出ないというふうになりかねないので、一つは、まずそうならないように、なる前から、今、便秘薬ですね。昔から使われているようなものから最近新しい便秘薬まで、下剤だけでも、一般に使われているものだけでも七、八種類くらいありますので、幾つか。同じ薬がいろんな全部の患者さんに同じように効果が出るとは限らないので、患者さんごとに試しながらやっていくのが実情なんですけれども。一つは、便秘しないように、いろんな数ある薬の中から、主治医の人と相談して、調整していくというのがありますね。そうやる前に、また、やっても、お尻のところに塊ができちゃった場合、その状態で強い下剤を飲むと、それこそ破裂しちゃうという危険があるので、それはお尻側から取ってあげる必要があるんで、御自分でも出したけれど出せないという場合は、一つは、病院とかにかかってお尻の診察をしてもらって、硬いのを物理的にかき出してもらうとか、あとは、お尻の中に炭酸ガスとかを発生させて、破壊しつつ便を出しやすくするような座薬とかもありますので、お尻のほうで本当に出づらな場合は、座薬とか浣腸とか、あとは本当に人の手で医師、看護師さんに出してもらうとか、そういうことをする必要が出ることもあります。ずっと硬い便がたまっていると、それで潰瘍とかになっちゃうこともありますので、その二つですね。ならないように予防するのと、なっちゃった場合は、もう物理的に出すということだと思います。

○座長

よろしいでしょうか。

○会場

先ほど菅谷先生の講演の中で、腫瘍内科を標榜する医療機関はまだ少ないというようなお話がございましたが、菅谷先生の初動態勢といいますか、それは、内科の先生とか外科の先生から、この患者さんはどうかというようなお話があって、動き出すものでしょうか。それとも、全がんの患者さんについて、最初から薬物療法のほうを御検討されるのでしょうか。

○菅谷

そうしましたら、少し私のキャリアの話をとという形になりますけれども、なんで腫瘍内科が生まれたかと申しますと、それまでは消化器内科とか呼吸器内科とか循環器内科とか、科が幾つか分かれている中で、腫瘍に関して言うと、薬物療法がこの10年、20年で目まぐるしく変わっているのが実情なんです。その中で、私、実は2019年3月まで消化器内科医でした。なんですけれども、消化器内科だけでやっていくと、内視鏡も、それこそ潰瘍性大腸炎も全部診ておりました。胆管炎とか肝臓の膿だまりとかですね。なんですけれども、それをやりながら、薬物療法の、いわゆる時代の変遷についていけなくなってしまった。がんセンターの先生とかは、腫瘍も本当に専門にやられています。専門にやられているので、がんセンターの中では、消化器内科は内視鏡専門、しかも胃カメラ専門ですね。大腸は大腸カメラ専門。それしかやらない。抗がん剤も抗がん剤のみというふうに、極めて専門を分かれる必要があったんですね。それくらい高度に専門化していて、消化器内科全てをやっていくのは非常に難しいということになりました。

ただ、消化器内科医がいなくなって専門になってしまうと、今度は地域医療の救急医療に問題が生じます。つまり、消化器内科、当直しているけど、今日は胃袋専門なんです、大腸は診れません、では困りますので、となると、やはり消化器内科というのは必要なんです。

ただ、その中で、もし、例えば県立中央病院とか、あるいは大きな病院で、一部の先生だけに余裕がある場合に限っては、こういった使い方ができるのかなということで、私もお許しを頂いて2019年から腫瘍内科ということで。逆に言いますと、消化器内科のいわゆる大腸がん、胃がんとか食道がんだけではなく、近隣の病院から、転移はあるんだけど何だか分かりませんが、どこから発生したがんか分かりませんが、助けてというような、そういったのを診れる医師になろうと思ひまして、いまだに勉強中でございますが、腫瘍内科を標榜しておりますので。でも、今は、最初から腫瘍内科を目指すという医師が増えておりますが、私の年代になりますと、何かしらの内科を経て腫瘍内科になったという医師が大多数でございます。

○座長

あとは、そちらの女性の方。これで最後の質問にさせていただきます。時間の関係で。

○会場

S状結腸というのは、右側のおへその脇がS状結腸というんですか。それで、私は今現在、そこのところがしくしく痛いんですね。それで、9月の半ば頃からちょっと痛んでいまして、少し痛みは治まってきたんですけれども、ここ数日、それで腸のお話を聞いて、すごく不安になり、心配になりました。もしかしたらS状結腸のがんなのかなとかというふうに思って聞いておりました。その点、よろしくをお願いします。

○日吉

私がお話ししますけれども、一度も診察はされていらっしやらないのでしょうか。

○会場

コロナの前だから、4年前頃かな。ちょうど病院で大腸の内視鏡をやりました。それで、すごくカメラも入りづらくて、やっぱり助手の方におなかを押さえていただき、四苦八苦して検査を受けたのです。それで2年後にと言われたんですが、医者からなんか見放されたというか、5年たってからでもいいんじゃないですかと言って、今現在にこうやって痛みが生じています。

○日吉

分かりました。3か月も痛みと付き合われているので、それは本当におつらいことだと思います。おなかの右側ということなんですけれども、まずは、私が診察室でお会いしたとして、やはりそれだけですと、まず大腸かどうか分からないかなと思いますね。おなかの中にいろんなものがありますから、大腸かもしれないし、腎臓かもしれないし、卵巣かもしれないしというところから、お話ししながら決めていくようになるかなと思います。

大腸も実は、S状結腸一つ取っても、S状結腸がこう長い方もいれば、本当に短い方もいて、カメラが難しかったというのをお聞きするには、長いのかなと思います。長い方の場合は、S状結腸が右のほうまで来てから左に行くということもあるかもしれませんが、ただ、その症状については、やはり腸とは決めつけることは当然できないし、様子を見ていていいものなのか、何かそういう治療をする必要があるのか、ちょっと分からないので、やはり一度診察を受けられたほうがいいかなと思います。

○座長

ちょっと時間が超過しましたけれども、幾つかの質問に的確に答えていただきまして、理解が深まったと思います。今日のお話を持ち帰っていただいて、御家族や周りの方と情報を共有していただけるとありがたいと思います。

それでは、後半のパネルディスカッションをこれで終了させていただきます。ありがとうございました。

