

画像診断(ヘリカルCT)

動 向

肺癌は現在死亡で一位である。厚生省研究班の集計では、検診を受診すると5年生存率50%は助かることが解った。しかし死亡率は一向に下がらない。これは、受診率の低さが最大の原因と考えられている。しかし、X線検査そのものにも限界のあることも以前から解っていた、ただ、これに変わるべき良い手段がなかった。1972年CTが開発され、輪切りにして体の中を見ることができるようになり、心臓、肝、横隔膜、肋骨などの影に隠れた病巣はもちろん、独特の機能によって小さく淡い、早期の癌も探せる能力があることは解っていた。しかし、CTは高価でしかも臨床高度医療機器として用いられてきた。1990年から検診にも用いられるようになった。東京都予防医学協会、信州大学、当協会等でCT検診が始まった。そればかりか、検診には全く否定的だったアメリカもCT検診を開始した。当協会は、1996年4月から開始し6年がすでに経った。最近では機器も進歩し、必要により、検診と精検が一回の検査で行うことができる多検出器型CT(MDCT)による検診も行われた。さらに費用低下のフィルムレスも目前となった。あらゆる癌は早期発見が生存への近道であり、種類によって早期発見の手段がそれぞれ異なるが肺癌はCT検査が最も有効な手段であろう。

結 果

1996年4月開始からすでに6年を経過し、暫時、検診も軌道に乗って成果を上げている。今回は2001年度の結果と共に'96~'02年3月までをまとめ報告する。

「'01年度受診数は表1に掲げたものを参照」

96年から'02の総合結果は表5、図1にしました。CT検診群の中の肺癌は表6に示すように、CT発見が最も多いがX線撮影でも見えている例もあった。発見肺癌の手法別の表と、それぞれの生存率を示した。

注) 全肺癌の死亡率は20%以下である。

検診の精度管理は1. 受診率 2. 発見率 3. 標準化発見比 4. 発見肺癌進展度 5. 生存率 6. 感度、特異度 7. 費用効果 等があるが、1. 発見率は、男女共10万対40でX線検診の数倍である。2. 標準化発見比で見ると初診群は新技術の導入による効果で、男性は2、女性は数倍、であった。経年群でも標準化

発見比は、予期に反し、少なくともなったものの1にはならなかった。3. 発見肺癌は殆どが小型でスリガラス陰影が大部分を占める病巣であった。切除によって、

A期肺腺癌であった。また、殆どが新しい野口分類の、type A.B.Cに属していた。4. 生存率については、検診開始から5年で生存率の評価には十分な期間ではないが、発見例の性状から見て長期生存が保証されよう。野口によれば「type A.B.の5生率は100%、Cでも75%である」と。予測すると、少なくとも5年生存率は80%はあろう。なお、CT検診発見22中1例が第2の肺癌(小細胞)で死亡した。一方、この同一集団中に6例のX線発見例があり2例がすでに死亡していた。

また、今回行った予後調査(偽陰性)で分化の低い(非常に悪性)肺癌1例がCT検診時には病巣を認めなかったにもかかわらず検診から数ヶ月で死亡していた。CT検診と言えども検診の網目をくぐつて死と直結する症例があることを知った。このことは予測されたが実際に直面して検診には管理の重要性を痛感した。一般の検診でもこのことが日常茶飯事であろう。調査をしない限り、偽陰性は抽出されないことを知る必要があり、特にこの場を借りて予後調査の担い手の一つ、癌登録の重要性を強調したい。5. 発見肺癌の費用効果については個人の負担は大きい救命から見ると、CT検診の方が有利である。さらに今回の試算で5年生存率80%では感度0.7でも非検診外来者に対し費用効果を認める。以上、当協会の行っている肺癌検診は予想も交えてではあるが、充分精度管理上の問題点をクリアしていた。いずれにしても従来の検診とはちがいが一段と高い精度の生存率で、高いQOL(Quality of Life)を保つ検診である。この際、胸部CT検診受診を希望する。

関係の集計表は132~133頁に掲載