

大腸がん検診（職域）

動 向

大腸がんは乳がん、前立腺がんと並ぶ「欧米型のがん」といわれ、動物性脂肪の摂取との関連が指摘されている。肥満や肉食、アルコールは大腸がんのリスクを高め、運動はリスクを下げるといわれる。大腸がん全体の治癒率は約7割、早期であれば100%近く完治する。ただ、早期では、一般に自覚症状がほとんどない。完治のためには、無症状の時期に発見することが重要なため、検診が有効ながんの一つである。

大腸がんの発見には、便に血液が混じっているかどうかを検査する便潜血反応検査の有効性が確立しており、症状が出る前に定期健診や人間ドックなどで早期発見が可能である。食事制限なく簡単に受けられる検査であり、健康な集団の中から、大腸がんの精密検査が必要な人を選び出す最も有効で負担の少ない検査法である。

24年度の受診者数は69,198人であった。要精者数は3,372人であり、要精検率は4.9%であった。今後も検診の重要性を喚起し、更なる普及・拡大を目指していきたい。

方法・結果

平成24年度に実施された職域での便潜血法による大腸癌検診は69,198件であった。このうち2回のうち少なくとも1回または1回のうち1回陽性になったのは3,371件、4.9%であった。

考 察

便潜血検査法が大腸癌検診に有用なのは、癌の構造そのものに由来する。細胞はいくつか集まって生存するためには必ず血管による血液の循環を必要とする。血管構築を伴わずに細胞集団が生き残ることができるのは直腸癌肺転移の場合最大8個の細胞までと言われ、それ以上になるためには必ず動静脈を共に必要とする。大腸癌も大きな塊となるためには血管構築が必要であるが、組織としてのまとまりを維持する繊維などの成分は十分ではない。そのため癌の組織は非常にもろく、わずかの刺激で一部が崩

れて毛細血管が露出して微量の出血を繰り返す。特に消化管の内腔に存在する場合、常に機械的な刺激を受けるため壊れやすい。この微量の出血を検出することができれば、消化管の中に癌が存在するかどうかを振り分けることができる。しかし消化管からの出血は大腸のみとは限らない。胃や十二指腸などからの出血の場合は、血液は小腸を通過している間に消化の影響を受け変性する。近年変性していない血液のみを選択的に検出することが可能になり、大腸癌検診の精度が飛躍的に向上した。ただし、大腸癌が大腸の始まりの部分である上行結腸にある場合と、出口に近いS状結腸や直腸にある場合では便に対する血液の付着の仕方が異なっており、今井信介博士がそれを詳細に研究して明らかにした。その結果を考慮して、有効な検体採取の方法が考えられており、それに基づいて2日連続で検体を採取することにより最も効率的な大腸癌検診となる。コスト削減のため1回の検査だけ行うのは精度管理上からも望ましくない。

腫瘍マーカーの一つであるCEAは大腸癌においても上昇しやすいものであるが、進行大腸癌でも上昇しない例も多く、逆に癌がなくても上昇していることもある。そのためこの値のみで癌の存在を判断できない。たとえほかの腫瘍マーカーと組み合わせても同じである。CEAを追跡する意味があるのは手術前にCEAが高値であった患者が手術後正常に復し、経過観察中に再度上昇した場合で、この場合再発していることが多い。むしろ術前にCEAが上昇していなかった患者のCEAによる経過観察は全く意味をなさない。このように腫瘍マーカーの値が低いことで、癌の存在を否定することはできないのである。ほかにも血液の検査だけで癌の存在診断をするというアイデアがいくつか話題に上るが、今のところ評価は定まっていない。

便潜血陽性の場合、内視鏡による精密検査が推奨されている。当施設では現在大腸の内視鏡検査が行われていないため、便潜血陽性の場合には他施設で受けていただいている。

関係の集計表は81頁に掲載