

## 大腸がん検診（地域）

### 動 向

地域住民対象の大腸がん検診は63年度より検査方法が食事制限を必要としない免疫学的便潜血反応検査（ラテックス2日法）となり、県下に急速に普及した。

平成4年度より老人保健法に大腸がん検診が加わり、地域保健におけるがん検診として実施されている。今年度検診の委託を受けたのは17市町村で前年と変化は無い。

大腸がん検診の有効性は厚生省の研究班により有効性が証明されており、平成23年度より国の施策により大腸がん検診もクーポン券配布が開始され一定の受診者増となったが、24年度はで昨年より1,301名減少し18,572名であった。このうちクーポン受診者は全体の20.6%を占め、初再診別では全体では初診26.1%、再診73.9%に対して、クーポン利用は初診60.2%と高率であった。今後の経年受診に結びつけるよう受診勧奨することが重要である。

### 方法・結果

平成24年度に実施された地域での便潜血法による大腸癌検診は18,572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1,132件、6.1%であった。要精検となったのは6.1%で、そのうち62.6%が精検を受診し32例が大腸癌と診断された。これは地域検診受診者の0.17%に当たり、正確な年齢階層別の解析はしていないものの、国立がんセンターによる大腸癌の罹患データとも矛盾しない。したがって便潜血検査で振り分けて精密検査を行う方法は従来言われている通り、大腸癌検診として妥当であると考えている。

### 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。むろん術前に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82頁に掲載