

大腸がん検診（職域）

動 向

大腸がんは日本人に増加傾向が顕著ながんであり、主な原因は食生活の欧米化の変化とされている。年齢別にみた大腸がん（結腸・直腸・肛門がん）の罹患（りかん）率は、50歳代付近から増加し始め、高齢になるほど高くなる。大腸がんの罹患率、死亡率はともに男性のほうが女性の約2倍と高く、また、男女とも罹患数は死亡数の約2倍であり、これは大腸がんの生存率が比較的高いことと関連している。したがって、無症状の時期に発見することが重要となる。

大腸がんのスクリーニング（検診）の代表的なものは、大便の免疫学的潜血反応で、食事制限なく簡単に受けられる検査である。25年度の受診者数は69,504人であり、内、要精検者数は3,829名、要精検率は5.5%であった。大腸がんは、早期であればほぼ100%近く完治するが、一般的には自覚症状はない為、定期健診や人間ドックなどで発見される傾向がある。今後とも健康保険組合や事業所の健康管理の担当の方に対し、健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25年度に職域で実施された便潜血法による大腸癌検診は69,504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5,074件、5.8%であった。

便潜血検査法が大腸癌検診に有用なのは、癌が組織としてのまとまりを維持する繊維などの成分が十分ではないため、癌の組織は非常にもろく、わずかの刺激で微量の出血を繰り返す。近年大腸からの出血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。

一方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。たとえば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。むしろ手術前に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。ほかにも血液中のアミノ酸の分析などをはじめ、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。血液検査の結果だけで癌の存在を振り分けることは非常に危険が伴い、胃癌の血液健診では癌がないはずのグループからたくさんの胃癌が発見されて問題になっている。

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