

話 題

大腸癌集団検診

井 田 健

最近の統計によると本邦においては胃癌の減少傾向とは対称的に大腸癌（直腸も含む）の増加が明らかになっており近い将来、胃癌患者数を抜くのではないかと予想されている。第一線病院で働いていてもこの傾向の変化が実感される。

大腸癌増加の原因として食文化の欧米化が重視されているがこの流れを元にもどすことはきわめて困難である。一方最近の20年程の間にも（EAの開発、肛門直腸機能温存、EIAの応用、骨盤内臓全摘術、転移性肝癌の手術、抗癌剤の進歩など、大腸癌の治療大系も大きく変化している。

しかし外科医の立場からは、早期癌の発見こそが手術成績向上の王道であることは言うまでもない。しかしながら早期発見をめざす大腸癌集団検診は、以下の様な理由により胃集検のように一般化していないのが実情である。

- ①便採取前の食事内容制限が便潜血検査のために不可欠である。又受診者が便をしかるべき場所へ持参する必要があった。
- ②精検対象者に注腸透視（又は大腸ファイバースコープ）を実施する場合、前日からの食事制限や前処置が不可欠で又これらの検査は胃透視の様に多人数同時に実施することがきわめて困難である。

しかしこの内①の障害については今日解決されたように思われる。すなわちヒトヘモグロビンに対する特異的抗体を用いた潜血反応検査の開発¹⁾により食事内容制限が不必要になった。又便検体の郵送が可能になったことである。次に当然集団検診をいかにシステム化するかという事が非常に大切である。便潜血反応検査、腫瘍マーカー、直腸鏡、注腸透視、大腸ファイバースコープなどの諸手段をいかに組合せるか？ コストは？ 受診率を向上させるには？ これらの基本的な問題に関して全国的に関係者の合意が得られていないのが現状である。

私々は地域住民（診療圏人口は約12万人）を対象に大腸癌集団検診を滋賀県のモデル事業の1つとして行ったのでその経験を通じて感じたことを述べ話題提供としたい

当院の外科、内科、放射線科が中心となり地方行政諸機関の全面的協力を得て昭和61年度より開始し現在3年間のモデル事業が終了したところである。その方法は以下に述べるような特色を有している（甲賀方式と仮称している）。

- ①連続2日間の便検体を各自が採取し郵送する。
- ②FECA-EIA方法を用いて便潜血を調べ一件体でも陽性の場合を精検対象者とする。
- ③精検対象者は全例直腸鏡で精査。その際直腸内便を採取し潜血検査を実施。そして陽性者には

TAKESHI IDA: Mass Survey for Colorectal Cancer
Vice-director of Public Kohga Hospital, Shiga 528, Japan.

索引語：大腸癌集団検診，便潜血反応，FECA-EIA.

Key words: mass survey for colorectal cancer, occult blood test, FECA-EIA.

注腸透視を実施。

④これらの検査でも出血源が発見出来ない場合は胃の精査を行う。

この様なプロトコールで3年間に8,042名の受診者を得る事が出来た。その結果大腸直腸癌9名(発見率0.11%)、胃癌4名(同0.05%)大腸ポリープ69名(同0.86%)、大腸憩室57名(同0.71%)を発見する事が出来、簡便な我々のシステムがきわめて有効である事がわかった。

しかしこの一連の集検を通じ、痔核が出血源と思われる場合が精検対象者の実に59%をしめたことである。この事は受診者が便採取時以上に注意して便の中心部より採取しても血液が混入する事を示唆している。もし内痔核があれば直腸膨大部の便が痔に接触し排便前の段階で目にみえない量の血液が混入するのかもしれない(グリセリン浣腸するだけで便潜血陰性が陽性化することより考えても十分に可能性はある)。そのような意味から受診者自らが直腸内便を採取する手段があれば screening の段階で精検対象者を大巾にしばれる可能性がある。

次に注腸透視であるが本院放射線科坂本博士の指導で慣れない医師でも注腸ち1人15分で完了する事が可能になった。この結果制約のある時間内に多人数の透視が可能になった。精検手段として大腸ファイバースコープがもっとも確実と思われるが苦痛を伴うこともあり注腸のかわりに全面的にファイバーを用いることは現在思案中である。すなわち集団検診では苦痛を伴うとクチコミで翌年の受診者が急減することが良く知られているからである。ちなみに精検受診率は93%と高率であった。

次に精検前日の食事制限や前処置のため検査のには実質的に2日必要である。それをより簡便にするため前日の制限はまったくなく当日来院時ゴリテリーを2~3回服用し腸内洗条をする方法を現在試用中である。

さらに発見された大腸ポリープは現在原則として全例ポリペクトミーの対象にしているがその基準はあいまいで今後に残された問題である。

さらに最近 de novo の大腸癌が重視されておりこれらの早期癌が現在の検診システムで発見するか否か今後の問題である。

ちなみに我々は9例の大腸直腸癌を発見しえたが stage I が5名、stage II が3名 stage III が1名であった。いわゆる早期癌は4例であり、そのうち2例はII C様病変を示し他の2例はポリープ内癌であった。

さて早期胃癌の割合が多く多くの病院で30~40%を占めるようになったのは集団検診によるところがきわめて大きい。これに比較して大腸癌の手術症例の多くが進行癌である。今後は集団検診を通じて早期大腸癌の発見比率を高める事が重要と思われる。そのためには false positive, false negative の少ない大腸癌検診システムの確立が急務である。直腸肛門部は消化器内科医にとっては盲点になっており消化器外科医も積極的に参加する意義があると思われる。尚我々は現在対象を滋賀県全域に広げ、初年度はとりあえず1万名の大腸癌検診が県事業として進行中である。