

症例報告

大腸の病気 ―腫瘍性疾患について―

林 勝 男*

はじめに

大腸は平均長1.6mから2mの臓器です。大腸には炎症性疾患、腫瘍性疾患と多彩な病気が発生します。今回は、大腸の腫瘍性疾患について述べたいと思います。原発癌(腺癌、扁平上皮癌など)、転移性癌、リンパ腫、腺腫などが、主な腫瘍性疾患です。その中でも、大腸腺腫や大腸癌が、最も頻度の高い疾患です。最近日本では、大腸癌が急速に増加しています。直腸癌、結腸癌を含めた大腸癌は女性の癌の1位、男性の癌の2位に、なると言われています。しかし大腸癌は、早期に発見すれば、完治する疾患です。正しい知識を持ち、きちんとした治療を受ければ、決して怖い病気ではありません。

大腸ポリープとは

よく大腸ポリープといわれますが、ポリープがすべて癌ではありません。また、すべてのポリープが癌化するわけではありません。

ポリープは大きく分けて病理的に5段階に分類されます(表1)。グループ1と2は、炎症や過形成と言われ、腫瘍性変化ではありません。グループ3は腺腫と言われ、この段階から腫瘍性変化といえます。グループ5が癌です。グループ3以上の病変が治療の対象になります。中にはグループ2と3の鑑別の難しい病変もあり、グループ2でも、治療することもあります。また、炎症ポリープでも出血などの原因となれば治療します。大腸癌の約50%が、腫瘍性ポリープから癌化し、残

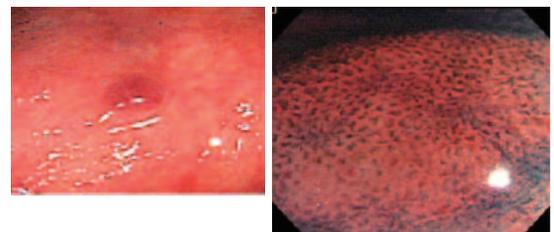
表1 ポリープ分類(グループ分けされる)

1	2	3	4	5
	炎症 過形成	腺腫	前癌	癌
癌化しない ポリープ		〈腫瘍性ポリープ〉 放置すると長い年月か けて大きくなり、中 には癌化するものも ある。		ポリープを 介さずいき なり癌化す るものあり

りの50%が、いきなり癌になると言われています。大腸の病変は、早期に発見し、正確な診断をすることが大切です。

内視鏡検査

内視鏡観察には、通常観察、色素散布観察、特殊光観察、拡大観察とあります。この観察方法をコンビネーションすることで、観察時に、ほとんどの病変は、病理結果を待たずに、診断が可能です。つまり治療が必要かどうか、癌であるかどうかの診断がつかます。現在は、数ミリの病変がターゲットになっています。写真1は色素散布後、拡大観察して、過形成ポリープと診断し、経過観



↑約80倍観察、過形成ポリープ

写真1 色素散布と拡大観察

*はやし消化器内科クリニック院長
(はやし・かつお)



5mmのポリープ

腺腫と診断

写真2



写真3

察としました。写真2は表面構造から腺腫と診断し、内視鏡的に治療しました。写真3は特殊光観察にて腺腫と診断しました。

また、便潜血反応では、進行癌の20%、早期癌の50%は発見できないと言われています。そこで内視鏡検査が重要になります。最近では、検査手技も進歩し、以前より検査の苦痛が軽減しました。しかし、下痢をさせて検査するため、脱水には要注意です。基礎疾患のある方は、前処置を工夫する必要があります。また大腸狭窄のある方や、放射線治療後の方、手術などによって強い癒着のある方、憩室の多発している方などの内視鏡検査は、慎重に施行すべきです。

治療

現在、通常5ミリ以上の腫瘍性病変は治療対象と考えています。通常は、合併症予防のため、生理食塩水を病変の根元に局注して(写真4)、その後スネアをかけて病変を切除します(写真5)。

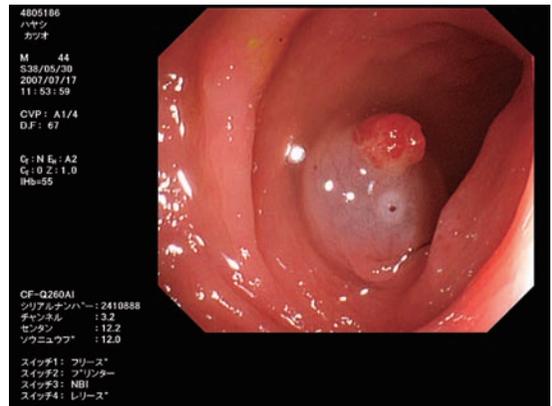


写真4

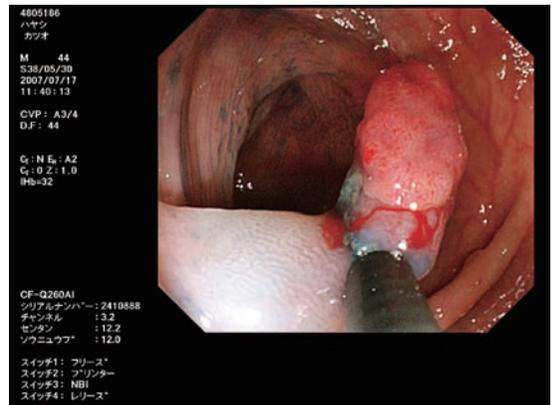


写真5

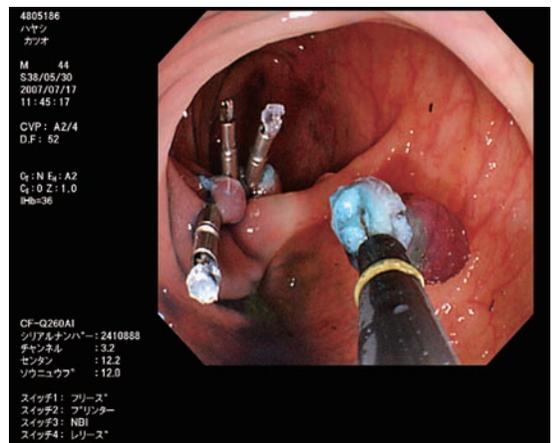


写真6

その後クリップを切除部にかけます(写真6)。病変の大きさ、出血リスクに応じて、使用するクリップの数を決めます。最近では出血、穿孔といっ

た合併症がかなり減少しました。

また、進行例も鏡視下手術の進歩によって、以前より低侵襲となりました。

さらに、抗癌剤も種類が増え、副作用が軽減され、その治療効果も期待できるようになりました。

まとめ

大腸癌は増加しています。早期発見には内視鏡検査が有用です。大腸癌は、早期発見、早期治療にて完治が期待できる疾患です。しかし脱水や出血、穿孔など合併症もあり、症例に応じた検査を施行する必要があります。