

# 第5回みなと市民セミナーご報告

開催日：平成25年6月22日(土)

会場：関内ホール

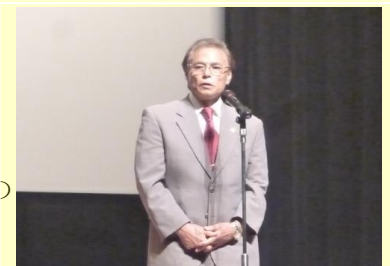
テーマ：大切ないのちを守るために知っておきたい胃がんと大腸がんのお話



## 第5回みなと市民セミナー開講にあたりご挨拶 ～四宮院長より～

横浜市立みなと病院は、横浜市の病院を日本赤十字社が運営している横浜市立の病院であり、市民に医療に関する知識をお知らせするという役割があります。毎回患者の多い疾患を取り上げ、セミナーを開講してきました。本日は、胃がん大腸がんの話題です。

近年国民の3人に1人が、がんで亡くなっており、その中でも食道、胃、大腸の消化器がんは数の多いがんです。最近新しい治療法がでて、5年生存率は高くなりつつあり、また予防のワクチンも開発されていますが、まだ一般に普及しておらず、一番有効なのは早期発見と考えられます。本日は当院の4名の医師による、消化器のがんについてのお話しですが、もしも気になることがありましたら、健診センターをご利用いただくか、近くのかかりつけの先生から当院へ紹介いただき、その後の診断や治療を引き受けたいと思います。



## 1)がんを怖い病気にしないうために～胃がん大腸がんの予防のお話し～

13:05～13:25 健診センター長 伊藤 美奈子



みなと市民セミナーのアンケート結果では、参加者の半分以上が「がん」は怖いというイメージを持っていました。「がん」は「命に危険が及ぶ可能性のある腫れたできもの」のことで、がんになると生活に支障を来す結果、生活の質(QOL)が低下してしまいます。

死亡原因の第1位であるがんによる死亡数は、急速な高齢化やライフスタイルの変化により増加の一途をたどっています。横浜市の平成23年総死亡数28,249人のうち、がん死亡数は9,021人、つまり3人に1人が「がん」で亡くなっていることとなります。がん部位別罹患数と死亡数は胃がん・大腸がんともに上位3位以内であり、どちらも身近な病気であると言えます。

アンケート結果では、「がん検診は重要」と考える人が大多数でしたが、がん検診受診率は低迷しています。がん検診で発見された場合の5年生存率は、検診以外で発見された場合に比べて高い、という事実は、自覚症状が出る前に検診を受けることの重要性を示しています。

一般的に、自治体が行う胃がん検診は X 線検査、大腸がん検診は便潜血検査ですが、がんの発見率は内視鏡検査の方が高く、がん死亡率は低いと報告されています。胃がんの発症リスクを上げるものとして、ヘリコバクター・ピロリ菌、喫煙、塩分、下げるものには野菜、果物、緑茶があります。大腸がんでは、肥満、飲酒、喫煙、加工肉がリスクを増加させ、運動、コーヒー、カルシウムは発症抑制効果があるとされています。がんにならない生活習慣を継続し、がん検診を受けることで、がんを克服できる可能性が高くなります。正しい知識を得て、それを活かすことによって、大切な命を守ることができるのです。

## 2)～胃がんのことがよくわかるお話し～

13:25～13:45 消化器内科 部長 有村 明彦

長生きするほどがんになりやすくなるのは、遺伝子の異常が起りやすくなるためです。

人の体は60兆個の細胞でできていますが、毎日6000億個の細胞が入れ替わっています。

遺伝子は完璧にコピーしなければなりません、コピーミスが稀に生じます。それが突然変異と呼ばれるものです。それが積み重なってがんになります。コピーミスは、喫煙、アルコール、老化によってリスクが高まります。

内視鏡検査はファイバースコープ(アナログ)から電子スコープ(デジタル)に代わりました。ビデオカメラ技術の進歩に伴い



ハイビジョン対応 CCD を使用する電子スコープが登場しました。精彩で高い解像度の画質が得られるようになり、胃がんの微細な血管や粘膜の表層構造までも描写できるようになり小さながんを見つけられるようになりました。つまり早期がんの診断は向上して、内視鏡治療で根治できる癌が増えています。

胃がんの治療は、日本胃癌学会が中心になって作成された胃癌治療ガイドラインに沿って行われることが多く、手術(外科治療)、内視鏡治療、薬物療法(抗がん剤治療)の3つが中心になり、治療法は、病期(ステージ)に基づいて決まります。当院では、内科、外科、放射線科、薬剤部が協力しあい、一人ひとりの患者さんに対して最も適した治療法を患者さんと相談し決定しています。

### 3) 胃がんに対する外科的治療のお話し～世の中の噂から最新治療まで～

14:00～14:20 消化器外科 副部長 小野 秀高



世界では1881年にオーストリアの外科医 Billroth が、日本では1897年に近藤次繁が初めて胃切除を成功させました。

1999年に日本の胃癌の術式が否定されましたが、現在は見直されており、日本の外科医が世界各国に招待されて日本の術式を教えています。その意味で、日本の胃癌手術は世界一と言えます。

胃の切除範囲は胃癌の発生した部位によって異なります。転移する好発部位のリンパ節を切除することを考慮し、下部の胃癌に対しては幽門側胃切除術、上部に対しては胃全摘術を行います。

再建法は、Billroth-I 法、Billroth-II 法、Rou-en-Y 法があります。

術後の経口摂取量は術後一時少なくなります。1年後には80%程度に戻り、体重は術後1か月までは減少しますが、その後回復ないしは現状維持になります。術後貧血は鉄やビタミンの吸収障害に起因するものがあり、治療を要することがあります。食後30分以内に生じる早期ダンピングと、食後2,3時間後に生じる晩期ダンピングがあり、前者は食事の内容と摂取法、後者は速やかに糖분을補給することが重要です。

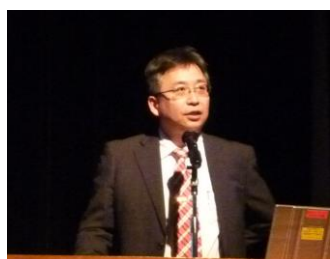
現在日本では StageII,III に対しては術後補助化学療法として TS-1 の内服を1年間行うのが通常ですが、StageIII の成績を良くするために、術前化学療法を行う場合があります。一般的に胃癌は放射線に対して感受性が低いため、放射線治療や重粒子線治療は適応となっていません。

世の中には間違えた噂があります。胃切除後に残った胃の大きさは変わらず、残った胃や腸が胃の働きをすることはないので、かわりに口で良く噛まなければなりません。

現在当院でも腹腔鏡補助下胃切除を行っています。さらに、傷を少なくした Reduced Ports Gastrectomy や da Vinci を用いたロボット手術を行っている施設があります。

### 4) 大腸がんの治療～なったときのお話し～

14:20～14:50 大腸外科 部長 長田 俊一



大腸癌は、罹患率、死亡率ともに年々増加傾向にあり、死亡率は、男性3位、女性1位の疾患です。消化器のがんでも大腸がんやポリープは非常に遺伝傾向が強いと考えられています。家族性大腸腺腫症(FAP)と遺伝性非ポリポーシス大腸がん(HNPCC)があります。大腸癌が発見されたとき、以下の検査を行い進行度を決定します。

大腸内視鏡検査で、形態、狭窄の有無、組織検査を行います。注腸造影検査で、部位と深達度を調べます。CT検査で、遠隔転移(肝、肺転移)、病変と周辺臓器の関係、リンパ節

移について調べます。採血では、腫瘍マーカーを調べ、隠れた遠隔転移がないか調べます。内視鏡的切除、外科手術(腹腔鏡、開腹手術)、化学療法、放射線療法を組み合わせ治療を行い、根治をめざします。

最近、腹腔鏡というカメラと鉗子を使い、小さい傷で手術する方法が普及しはじめ、進行がんにも適応となっています。術後の痛みが少なく、回復が早いことがメリットです。

分子標的薬の出現が、遠隔転移のある大腸癌に対する抗がん剤の治療効果を劇的にあげ病変がすべてとりきれれば、良好な予後を得られること明らかになっています。

