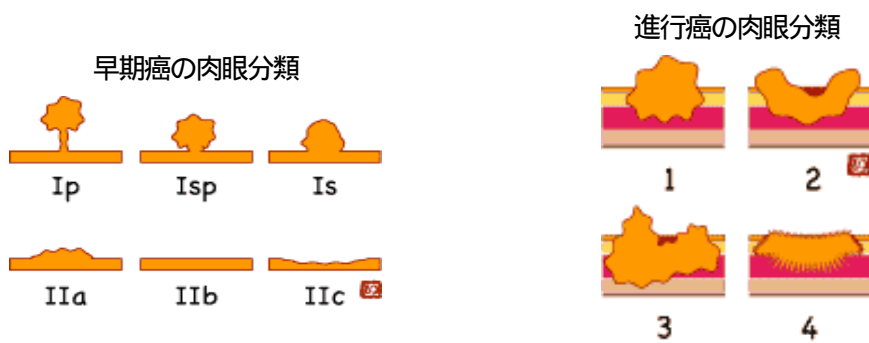


大腸がん

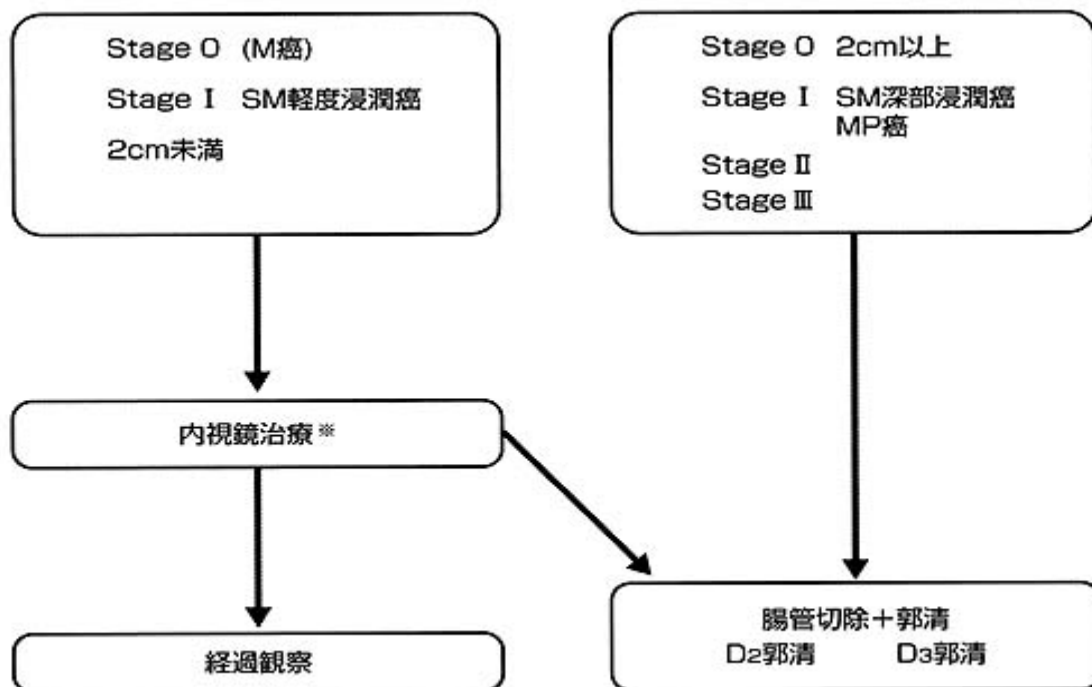
従来、日本人は比較的大腸がんが少ないといわれていましたが、近年食事の欧米化や生活環境の変化などにより、年々増え続けています。大腸がんの多くは左側のS状結腸や直腸にできやすく、便に混じった血液でわかることが少なくありません。ただし、そうした症状が出ないこともあり、便秘とか、少し便が細くなるというようなことで見つかることもあります。右側の盲腸、上行結腸、横行結腸の場合は便潜血反応で陽性が出にくく、むしろ、がんが大きくなって、おなかのしこりに触れてわかることのほうが多い。いずれにしろ、検診で便潜血反応が陽性だったら、嫌がらずに2次検査を受けることが大切です。2次検査の診断法としては、バリウムを肛門から注入して行う「注腸造影検査」と「大腸内視鏡検査」とがありますが、現在では後者の内視鏡検査が多くなってきています。

大腸がんの形態は肉眼で判定され、0~5型に分類されています。0型(表在型)は早期がんに対応するもので、がんが粘膜下層にとどまっている状態。キノコ状に盛り上がった0~1型(隆起型)、盛り上がりの少ない0~2型(表面型)に分類されます。1~5型は進行がん。筋肉層からその外側まで深く浸潤しているもので、1型は大きく隆起した腫瘤型、2型は隆起の中に大きな潰瘍を形成した潰瘍限局型、3型は潰瘍を形成し、潰瘍の周囲のがんの広がり正常粘膜との境界が肉眼では不明瞭なもので、潰瘍浸潤型、4型ははっきりとした潰瘍を作らず、がんが正常粘膜のなかに染み込むように広く広がったもので、びまん浸潤型と呼ばれます。5型はそのいずれにも属さない分類不能のもの。



治療の原則

治療の原則は言うまでもなく、がんを残すことなく、きれいに取り除くことですが、ステージにしたがって標準的な治療が選ばれます(図1)。



* 直腸癌では経肛門的切除を含む

図1: ステージ0~III 大腸がんの治療方針

内視鏡治療

内視鏡的に大腸の病巣部を切除し、切除組織を回収する方法で、内視鏡治療を行うには、腫瘍の大きさ、予測深達度、組織型に関する情報が不可欠です。具体的な適応は「(1)粘膜内がん、粘膜下層への軽度浸潤がん、(2)最大径 2 cm 未満、(3)肉眼型は問わない」です。内視鏡的摘除後の追加治療の適応はおもにリンパ節転移の危険因子で、「(1)sm 垂直断端陽性、(2)sm 浸潤度 1,000 μm 以上、(3)脈管侵襲陽性、(4)低分化腺がん、未分化がん」で、この条件をひとつでも認めれば、以下の項の外科的追加切除を勧めています(図2)。

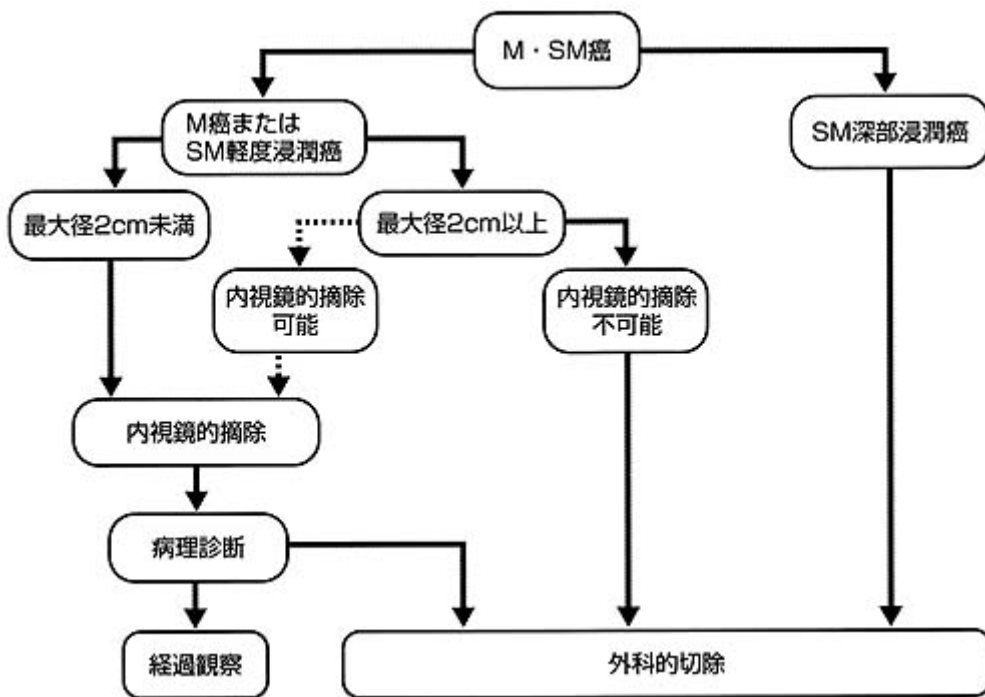
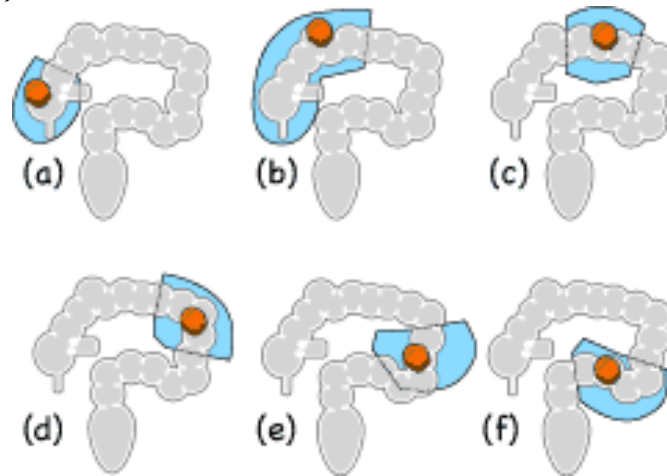


図2：MがんまたはSMがんと診断した症例の治療方針

手術治療

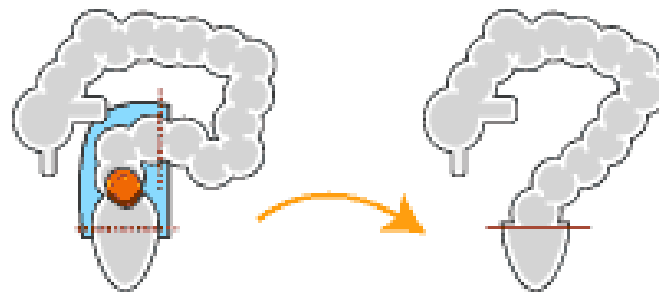
大腸がん手術の基本は原発巣の切除とリンパ節郭清です。リンパ節郭清度については原則として、(1)術前・術中診断でリンパ節転移を疑った場合は D3 郭清を行う。(2)リンパ節転移を認めない場合、M がんは通常リンパ節転移はないためリンパ節郭清の必要はないが、術前深達度診断の精度の問題もあり、D1 郭清も可。(3)SM がんでは約 10%のリンパ節転移があり、ほとんどが 2 群のリンパ節転移までであるため、D2 郭清を推奨。(4)MP がんでは D2 郭清で十分と考えるが、2 群リンパ節転移・3 群リンパ節転移が少なからずあることから、D3 郭清も可。(5)壁在のリンパ節転移の状況から、結腸がんでの腸管切除距離は腫瘍から 10cm で十分です。直腸がんでは、肛門側直腸間膜を Rs がんとは Ra がんでは 3 cm、Rb がんでは 2cm 切除します (図 3)。

結腸がん (結腸切除+吻合術)

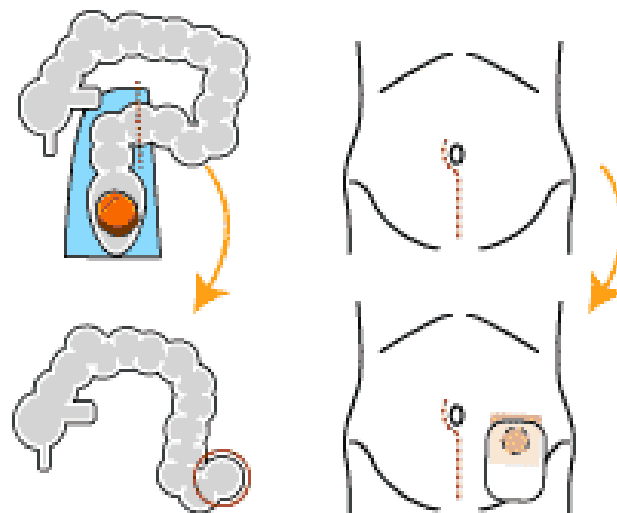


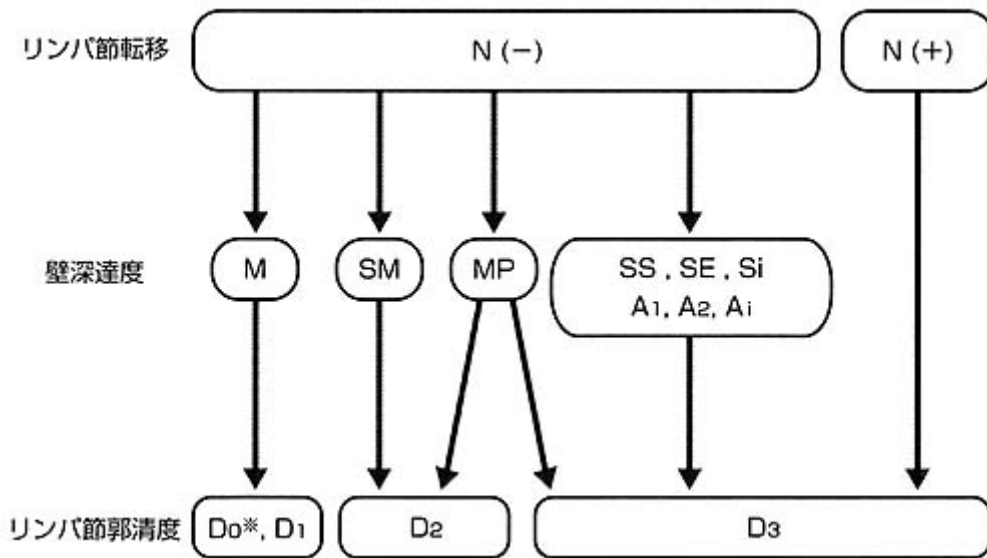
直腸がん

直腸低位前方切除 (残された直腸と吻合し肛門を温存する)



直腸切除+人工肛門造設 (腫瘍とともに肛門を切除、あるいは肛門は残して人工肛門造設)



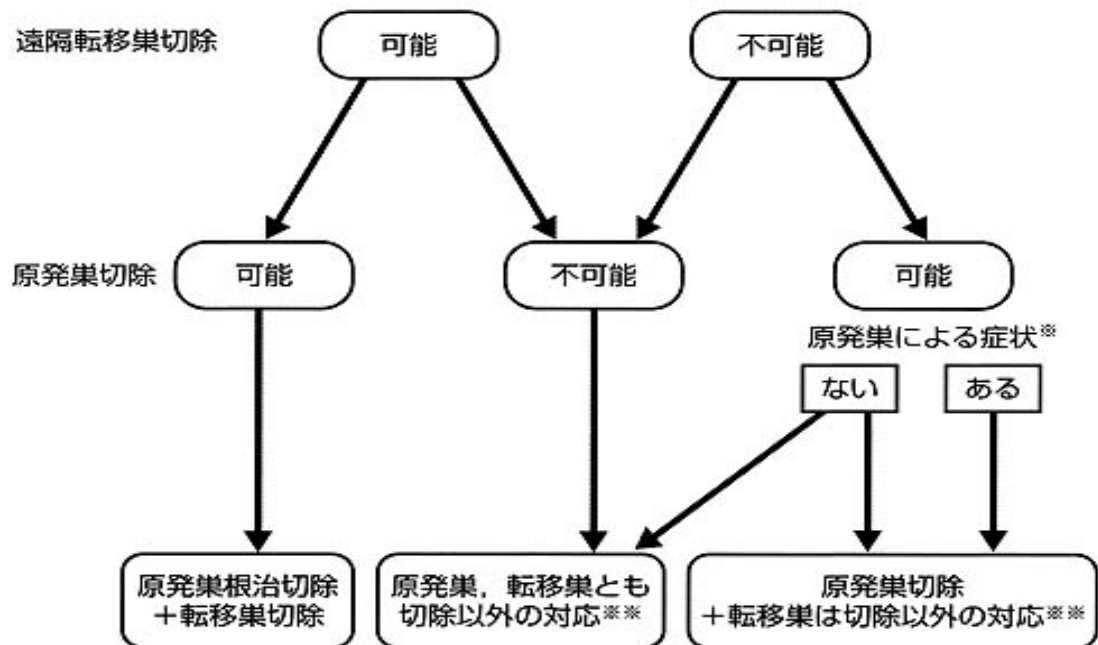


* 直腸癌では経肛門的切除を含む

図3：ステージ0～III大腸がんの手術治療方針

ステージIVの治療方針

StageIV 大腸がんでは肝転移，肺転移，腹膜播種，遠隔リンパ節転移，その他（骨，脳，副腎，脾等）の同時性遠隔転移を伴います。その治療の原則は(1)遠隔転移巣ならびに原発巣がともに切除可能な場合には，遠隔転移巣の切除を考慮。その際，原発巣には根治切除。(2)遠隔転移巣が切除可能であるが原発巣は切除が不可能な場合は，原発巣および遠隔転移巣は切除せず，他の治療法を選択。(3)遠隔転移巣の切除は不可能であるが原発巣切除が可能な場合は，原発巣切除は必ずしも必要ではないが，臨床症状や予後への影響を考慮して，原発巣切除の適応を決定。遠隔転移臓器が1臓器の場合は，その後の治療を考慮するうえで原発巣を切除することが望ましい。」となっています（図4）。

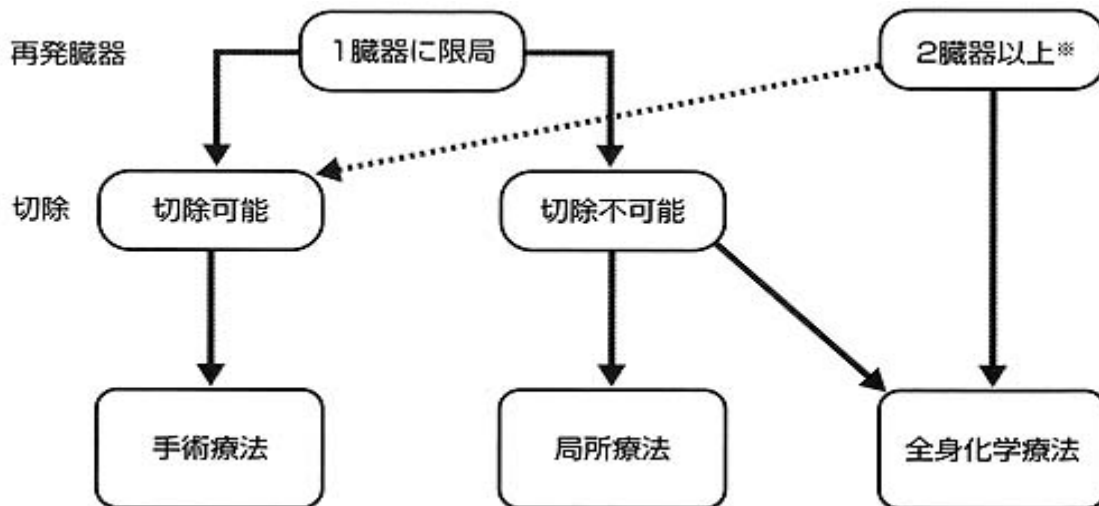


*原発巣による症状：大出血，高度貧血，穿通・穿孔，狭窄，等による症状
 **切除以外の対応：原発巣緩和手術，化学療法，放射線療法ならびに血行性転移に対する治療方針等を参照

図4：ステージIV大腸がんの治療方針

再発大腸がんの治療

再発大腸がんに対しては，「期待される予後，合併症，治療後のQOLなどの様々な因子を考慮し，患者への十分なインフォームド・コンセントのもとに治療法を選択する。」とし，具体的には「再発臓器が1臓器の場合，手術にて再発巣の完全切除が可能であれば積極的に切除を考慮する。再発臓器が2臓器以上の場合，統一見解は得られていないが，それぞれが切除可能であれば切除を考慮してもよい。」としています（図5）。



※2臓器以上であっても切除可能であれば手術療法を考慮する

図5：再発大腸がんの治療方針

化学療法・放射線治療

切除不能と判断された転移・再発大腸がんは、現状では治癒させることができないことから、化学療法の目標は腫瘍増大を遅延させて症状コントロールを行います。全身状態が許せば化学療法群に生存期間の有意な延長が検証されています。現在、国内で使用可能な治療として(1)FOLFOX(infusional 5 - FU / I - LV + oxaliplatin), (2)FOLFIRI(infusional 5 - FU / I - LV + irinotecan), (3)IFL (bolus 5 - FU / I - LV + irinotecan), (4)5 - FU / I - LV 療法 : RPMI 法 (5)UFT / LV 錠などがあります。

放射線療法には、術後の再発抑制や術前の腫瘍量減量、肛門温存を目的とした補助放射線療法と切除不能転移・再発大腸がんの症状を軽減することを目的とした緩和的放射線療法があります。