

# 大腸癌の予防・検査・ 治療について

小金井あおばクリニック

院長 中村 暢和

日本内科学会認定内科医

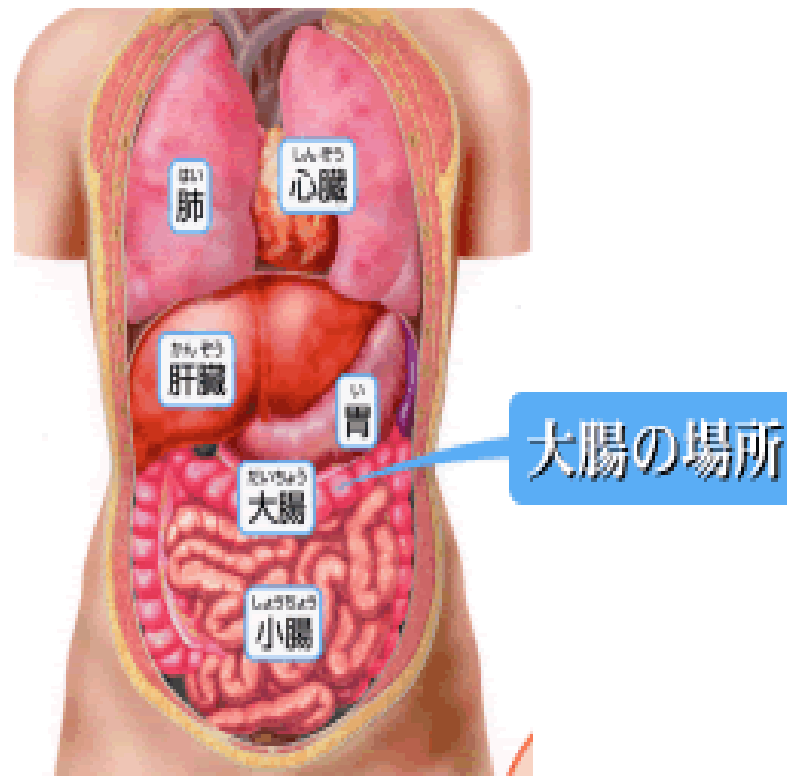
日本消化器病学会専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

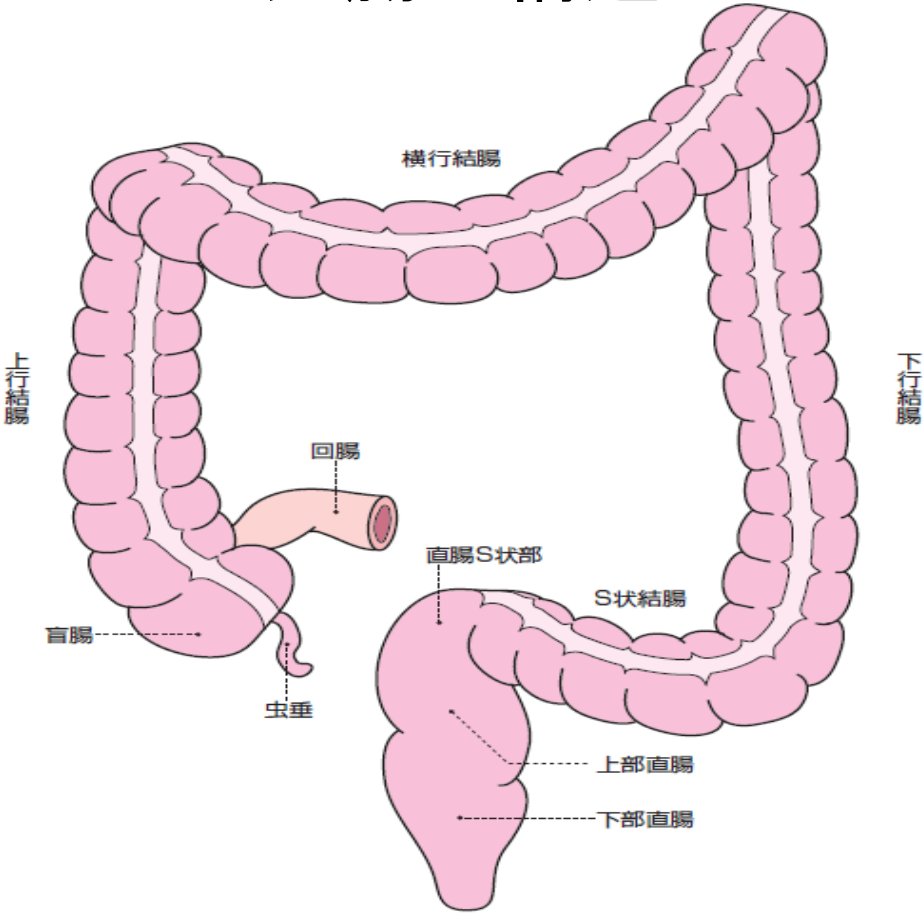
## 大腸とは・・・

- ・大腸とは、脊椎動物の保有する消化管の一部で小腸から肛門までの臓器である。
- ・大別すると①回盲部②上行結腸③横行結腸④下行結腸⑤S状結腸⑥直腸に分けられる。
- ・大腸のメインの機能は、糞便を固くするために、腸管の壁にある血管へ水分と塩類を吸収させる働きがある。また、糞便をなめらかにするために粘液を分泌している。多量の腸内の細菌を排泄し（全固形成分の約1/3）、細菌に対する防御機構も働いている。そして筋肉の蠕動（ぜんどう）運動により、内容物を直腸に向かって移動させる。

# 大腸の人体における場所



# 大腸の構造



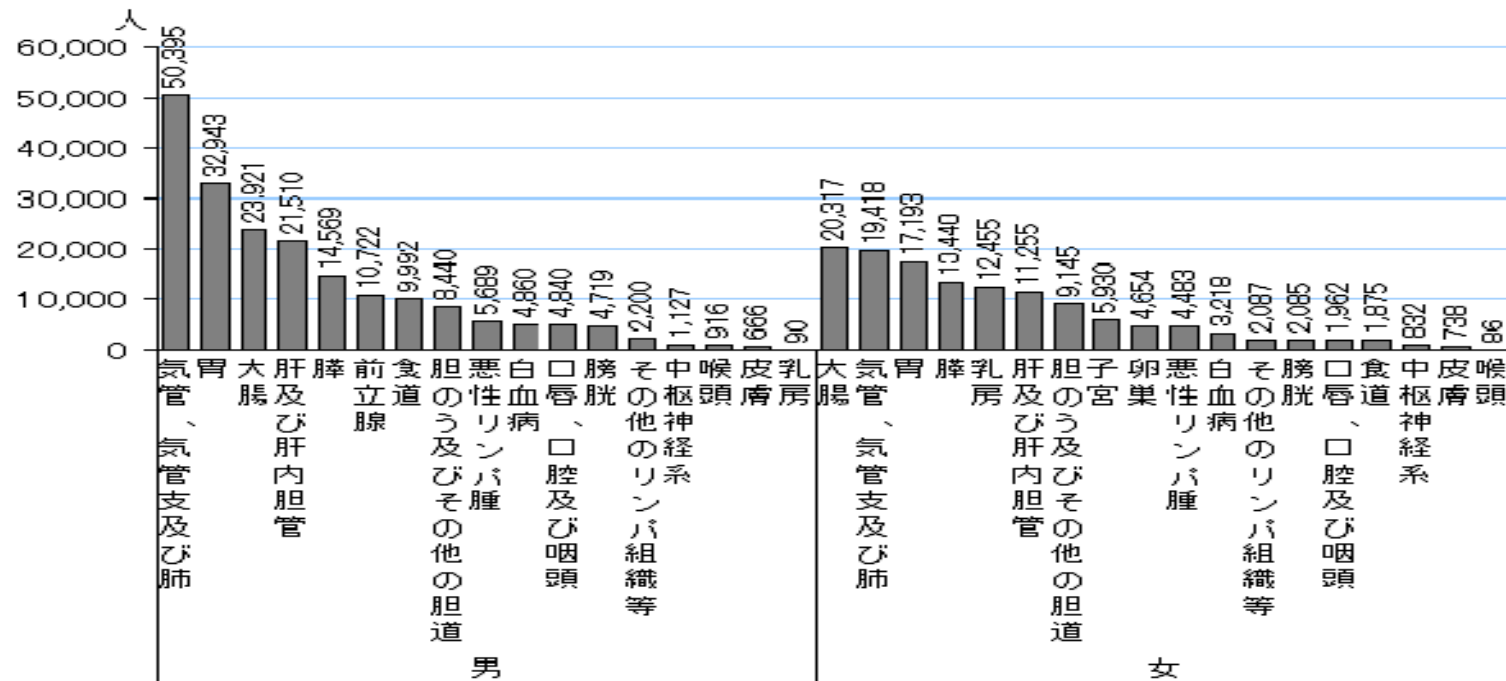
## 【大腸癌の疫学】

- 一昔前までは日本人は大腸癌の発生率は少なかったが、食生活の変化に伴い、野菜不足から食物繊維の摂取が減少して、逆に高タンパク質で高脂肪の食事が増えたため、大腸癌になりやすくなったとされている。
- 結果、1998年には大腸癌は胃癌を抜いて、死亡者数が3万人を超えた。1950年と比較すると大腸癌の患者数は10倍以上に急増している。

- 厚生労働省発表の「人口動態統計の概況」によると、平成26年1年間の死亡数のうちトップは悪性新生物（いわゆる‘がん’）で、死亡者数36万8,103人で総死亡数の28.9パーセントを占めている。
- このうち、「結腸の悪性新生物」による死亡数は3万3,297人、また、「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」による死亡数は1万5,188人であった。
- 大腸癌による死亡者数は全癌の中で男性では肺癌胃癌について3位。女性では乳癌を上回り1位となっている。

# 癌の部位別に見た性別の死亡数

がんの部位別に見た性別死亡数(2010年)



(注) 子宮がんは子宮頸がんを含む。大腸は結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸の計。

(資料) 厚生労働省「人口動態統計」

# 近年、大腸がんによる死亡率 が大幅に上昇しています!!!

知っていますか？

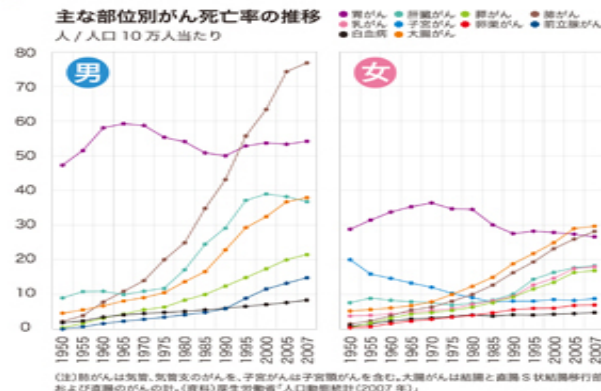
今、日本人の2人に1人ががんになり、  
3人に1人ががんで命を落としています

部位別がん死亡率 **大腸がん**

女性 ..... **1位**  
男性 ..... **3位**

厚生労働省「人口動態統計(2007年)」より

主な部位別がん死亡率の推移  
人/人口10万人当たり



なぜ検査が大切なの？

現在の日本における大腸がんの5年生存率(診断後5年間生存している割合)



**大腸がんは、定期的に検査を受けて早期発見  
・早期治療が出来れば、95%が治る病気です**

※1 厚生労働省がん研究助成金「地域がん登録制度向上と活用に関する研究」H19年度報告書



# 大腸癌の原因と予防

- 大腸癌の原因に関しては残念ながら分かっていないのが現状
- 大腸癌が激増の要因として、日本人の食生活の変化が一番に挙げられる
- 戦後、肉類・乳製品などの消費量が増えて食の欧米化が進んでいるが、これに伴い日本人の大腸癌は増加の一途を辿っている。
- 動物性脂肪を大量摂取⇒その分解のため胆汁分泌の増加⇒胆汁酸内の発癌性物質が大腸内に長く停留する⇒大腸癌が発生しやすくなるという機序が考えられている。
- 実際に肉の消費量の多い国ほど大腸癌の罹患率が高い(世界最大の肉消費国であるニュージーランドは世界一大腸癌が多い)

- 加齢により腸内細菌の中の悪玉菌(大腸菌 クロストリジウム等)が増加すると大腸癌になりやすくなる。
- 大腸癌の発生に最も予防効果が高いと考えられているのは野菜や果物。
- 食物がつくる化学物質のファイトケミカル(ポリフェノール カロテロイド イオウ化合物 テルペン類  $\beta$ グルカン等)に癌を抑制する効果があるためと考えられている。

- しかしながら、大腸癌に関しては医学的根拠のある予防方法は分かっていない。
- **最も効果が高く確実なことは、定期的な内視鏡検査を行い、ポリープのうちに切除することである。**
- 米国で行われた大規模臨床研究で、内視鏡検査を受けない人たちの大腸癌発生率は10年で20人に1人であったのに対し内視鏡でポリープ切除した人たちは200人に1人であった。ポリープ切除により大腸癌の9割が予防ができることが示された。

# NEJM

- **N Engl J Med 1993 Dec 30;329(27):1977-81 Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup.**

**BACKGROUND.** The current practice of removing adenomatous polyps of the colon and rectum is based on the belief that this will prevent colorectal cancer. To address the hypothesis that colonoscopic polypectomy reduces the incidence of colorectal cancer, we analyzed the results of the National Polyp Study with reference to other published results. **METHODS.** The study cohort consisted of 1418 patients who had a complete colonoscopy during which one or more adenomas of the colon or rectum were removed. The patients subsequently underwent periodic colonoscopy during an average follow-up of 5.9 years, and the incidence of colorectal cancer was ascertained. The incidence rate of colorectal cancer was compared with that in three reference groups, including two cohorts in which colonic polyps were not removed and one general-population registry, after adjustment for sex, age, and polyp size. **RESULTS.** Ninety-seven percent of the patients were followed clinically for a total of 8401 person-years, and 80 percent returned for one or more of their scheduled colonoscopies. Five asymptomatic early-stage colorectal cancers (malignant polyps) were detected by colonoscopy (three at three years, one at six years, and one at seven years). No symptomatic cancers were detected. The numbers of colorectal cancers expected on the basis of the rates in the three reference groups were 48.3, 43.4, and 20.7, for reductions in the incidence of colorectal cancer of 90, 88, and 76 percent, respectively ( $P < 0.001$ ). **CONCLUSIONS.** Colonoscopic polypectomy resulted in a lower-than-expected incidence of colorectal cancer. These results support the view that colorectal adenomas progress to adenocarcinomas, as well as the current practice of searching for and removing adenomatous polyps to prevent colorectal cancer

- **内視鏡的ポリープ切除による大腸ガンの予防 全国ポリープ臨床研究会 ニューイングランドジャーナル誌**

研究背景: 大腸ポリープを切除するのは、これが大腸癌の予防になるだろうという信念にもとづいたものである。内視鏡的ポリープ切除が大腸癌を減少させるという仮説を証明するため、今回全国ポリープ臨床研究会のデータを他の発表済みデータと比較検討した。

- 研究方法: 大腸内視鏡にてポリープを切除された1418人を過去にさかのぼって解析した。患者はその後定期的に内視鏡を受けた。平均観察期間は6年でその間の大腸癌発生率を調べた。大腸癌発生率を3つのグループと比較した。ポリープが見つかっても切除しなかったグループ2つと検査を行っていない一般人グループ1つを年齢、性別、ポリープサイズをマッチさせて比較の対象とした。
- 結果: 観察期間中、ポリープを切除されたグループでは大腸癌は5人みつかった。ポリープが見つかっても切除しなかったグループ2つでは48人と43人の大腸癌がみつかった。検査を行っていない一般人グループでは21人の大腸癌がみつかった。これより内視鏡的ポリープ切除による大腸癌の予防効果は90~88~76%と計算された。
- 結論: この研究結果は大腸ポリープが大腸癌にかかわるという説を支持するものであり、内視鏡的ポリープ切除による大腸癌の予防の正当性を示すものである

# 大腸癌を疑う症状⇒一度検査を受けたほうが良い

- 便秘や下痢が継続している
- 便が細くなった
- 血便が出た
- 家族・親戚に大腸癌がいる
- 肉類や脂っぽい食事を好む方
- タバコ アルコールを摂取する
- お腹が張った感じ ガスが多い
- 体重減少
- 40歳以上で一度も大腸検査をしたことがない

# 大腸癌を疑う症状



# 大腸の検査の特徴と欠点

	特長	欠点
血液検査	簡易的 医師の技術を要しない	早期発見には役立たない
遺伝子検査	癌の本質に迫る検査	実験段階
便潜血検査	簡易的 医師の技術を要しない	早期発見には役立たない 痔などの良性疾患でも陽性となる
バリウム検査	補助的な意味合いしかない 直接組織を調べるといった精密検査 ができない	医師の技術で正確さ 苦痛が大きく 異なる。下剤の内服が必要。
内視鏡検査	微小癌でも確実に診断できる。 同時にポリープ切除もできる。	医師の技術で正確さ 苦痛が大きく 異なる。下剤の内服が必要。
PET	苦痛がない	早期発見には役に立たない



# 大腸癌の定期的検査

- 大腸癌を予防するために定期的に行う検査としては、現在一般的に施行されているのは下記の検査である。
  - ①便潜血検査
  - ②大腸内視鏡検査(大腸カメラ)

## ① 便潜血検査とは

- 便潜血は便に血液が混ざっているかを調べる検査。血液がある場合は大腸ポリープなどの大腸疾患により、大腸が切れている可能性が高くなる。検査方法は朝、トイレにトイレットペーパーを敷いて、便が水没しないようにクッションを作る。
- トイレットペーパーの上に乗った便の表面に対して、スティックで満遍なくこすり取る。これは1カ所に集中してこすると、採取した便の成分が偏ってしまうためである。
- このとき、病気で出血していても少量であるため、肉眼では識別できないことが多い。排泄された大便に血が混ざっているかを検出するためには、専門の機器で調べることになる。

- 便潜血の健康診断結果で陽性(+)だった場合、急性大腸炎、慢性大腸炎、大腸ポリープ、大腸癌などの大腸疾患を疑うことができる。便のすべてに血液が混ざっているわけではないため、本来は部分的に血液が存在するにも関わらず、便を採取した箇所によっては血液が取れないことがある。そのため、便潜血は偽陰性になる確率がある。
- 仮に便潜血が陽性のときは二次精査が必要である。二次検査では再度、便潜血を行うことは偽陰性を懸念して、基本的には行われなない。一般的には大腸内視鏡による精密検査で、医師が大腸の状態を確認する。

## ② 大腸内視鏡検査とは

内視鏡検査は、事前に腸内に貯留している便を全て排出させる。前処置といいこれを行って、腸内に残便がないであろう状態になってから肛門より大腸内視鏡を挿入して検査を始めていく。大腸は管腔臓器であるため平常はつぶれた状態にあるので観察するために送気して空気を送り込み広げる必要があり、また多少の残便や分泌物が認められることが多いため吸引して除去してから観察を行っていく。

- 検査中に悪性を疑う所見があればその部分に色素を撒いてコントラストをつけたり、病変部分を染色したり、またZOOM機能で病変を拡大して詳細な観察ができるようになった。
- 生検検査といい悪性を疑う部位の組織を直接採取して調べることができる。
- 初期のポリープや大腸癌は、局注針 スネア 高周波電気メス クリップなどの付属機器を使用することで、外科的手術を施行しなくても内視鏡で切除ができるようになった。

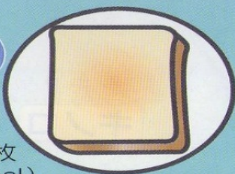
## 大腸内視鏡検査の前処置(受け方)

大腸癌の内視鏡検査を受けるにあたって、検査前日は食物繊維が少ない消化の良いものなどの食事制限(場合によってはなくても可能)を行い、前日就寝前にセンノシド2錠内服して、検査当日朝より約2L程度の腸管洗浄剤を内服する。

# 検査前日のおすすめメニュー

**検査前日のおすすめメニュー** 検査の前日には、食物繊維の少ない、こんなメニューがおすすめです。空腹感を感じたら、キャンディや清涼飲料水などで対処しましょう。

## あさ



トースト 1枚  
(約 160kcal)



ポタージュスープ  
180g (約 160kcal)

**ポイント** 前日は食物繊維や脂肪の少ないものを。コーンスープなどツブツブのあるものは避けます。もう一品増やしたいときは厚焼き卵、目玉焼きなどの卵料理を。

## おやつ

アイスクリーム 150mL (約270kcal)  
プリン 1個130g (約160kcal)  
ヨーグルト 1個130g (約90kcal)  
お茶、紅茶、スポーツドリンク、  
実のないジュース、キャンディ

**ポイント** 水分はできるだけ多くとり、カスの残るジュース類はやめます。



## ひる



うどん  
(ゆでうどん1玉)  
1杯 (約250kcal)

**ポイント** うどんは具のっていない素うどんがよく、ネギなどの薬味は入れないようにします。

## よる

おかゆ  
茶碗1.5杯 300g  
(約220kcal)

梅干ペースト 少量

みそ汁 1杯  
(約20kcal)

冷やっこ  
半丁  
(約90kcal)

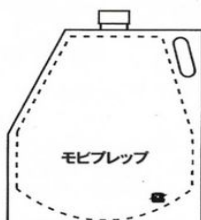
**ポイント** みそ汁には大根、ネギなどの野菜は入れず、冷やっこにもネギやかつお節等の薬味は使いません。もう一品加えるなら、具のっていない茶碗蒸などを。



# 検査当日の洗腸剤一覧

当クリニックでは大腸カメラの前に飲むお薬をお選び頂けます

## モビブレップ



モビブレップはお薬を水で溶かして飲むことで腸管内をきれいにするお薬です

- 水に溶かしたお薬を1000mL、1時間の速さで飲みます。(平均1500mL)
- 飲んだお薬の半分量の水分を取ります
- 飲み方の目安はコップ1杯(約180mL)を10分かけて飲みます。

**以下の診断を受けた方は本剤をお選び頂けない場合があります。**

- 腎臓に疾患をお持ちの方

## ニフレック



ニフレックはお薬を水で溶かして飲むことで腸管内をきれいにするお薬です

- 水に溶かしたお薬2000mLを、2時間の速さで飲みます。
- 飲み方の目安はコップ1杯(約180mL)を10分かけて飲みます。
- 最初の2~3杯は15分以上かけてゆっくり飲みます。

## マグコロールP



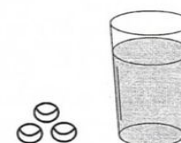
マグコロールPはお薬を水で溶かして飲むことで腸管内をきれいにするお薬です

- 水に溶かしたお薬1800mLを、1時間30分の速さで飲みます。
- 飲み方の目安はコップ1杯(約200mL)を10分かけて飲みます。

**以下の診断を受けた方は本剤をお選び頂けない場合があります。**

- 腎臓に疾患をお持ちの方

## ビジクリア



ビジクリアはお薬(錠剤)を水分と一緒に飲むことで腸管内をきれいにするお薬です

- 2000mLの水分と、錠剤50錠を2時間30分の速さで飲みます。
- 飲み方は錠剤5錠をコップ1杯の水分(約200mL)で15分かけて飲みます。これを10回繰り返します。

**以下の診断を受けた方は本剤をお選び頂けない場合があります。**

- 心臓に疾患をお持ちの方
- 腎臓に疾患をお持ちの方
- 年齢が65歳以上の方
- 高血圧の治療を受けている方



<前処置の仕方>

前日 6/5 (火) 夜8時頃

錠剤の下剤をコップ1杯の水で飲んでください。

当日 6/6 (水) 朝5時起床してください。

1. 朝起きたらすぐ、テレミンソフト坐薬をおしりに入れてください。
2. ムーベンを作ってください。(別紙参照)
3. **ムーベン開始** (最初の3杯目までは、コップ1杯を15分間隔で飲んでいきます。その後は、コップ1杯を10分かけて飲んでいきます。) 飲み始めると、大量の便がでるようになります。頻りにトイレに行くようになりますが心配ありません。
4. 7時頃ムーベン終了
5. 個人差がありますが、排便は、9時30分頃で出きります。

\* 異常な腹痛があった場合は、一旦飲むのを中止し、医院に連絡してください。(8時45分すぎ)

当院には、10時頃までいらしてください。お腹が落ち着いてからでいいです。





# 検査前の排便状況確認

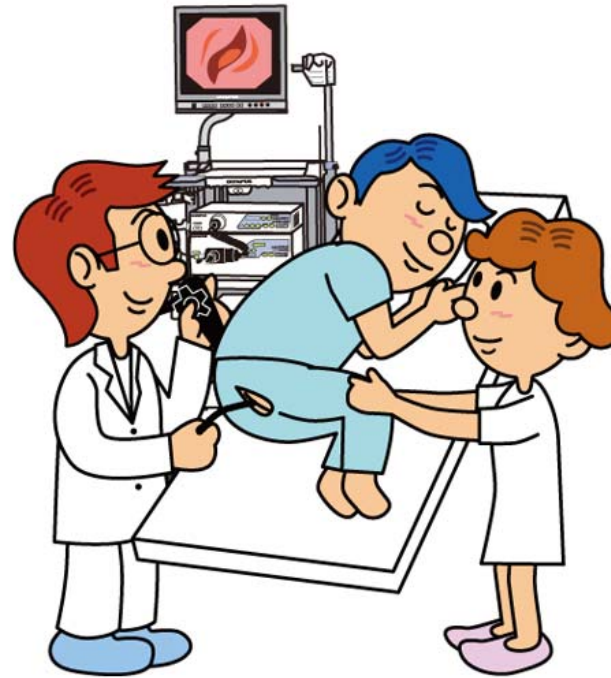




# ME-50シリーズ 検診用パンツ



# 内視鏡検査時の体位



## 大腸の内視鏡検査機器および器具

内視鏡検査には、検査機器そのものの他にもさまざまな付属機器が有り、検査の精度・安全性・利便性の向上に欠かせないものとなっている

# 内視鏡検査機



# 内視鏡スコープ

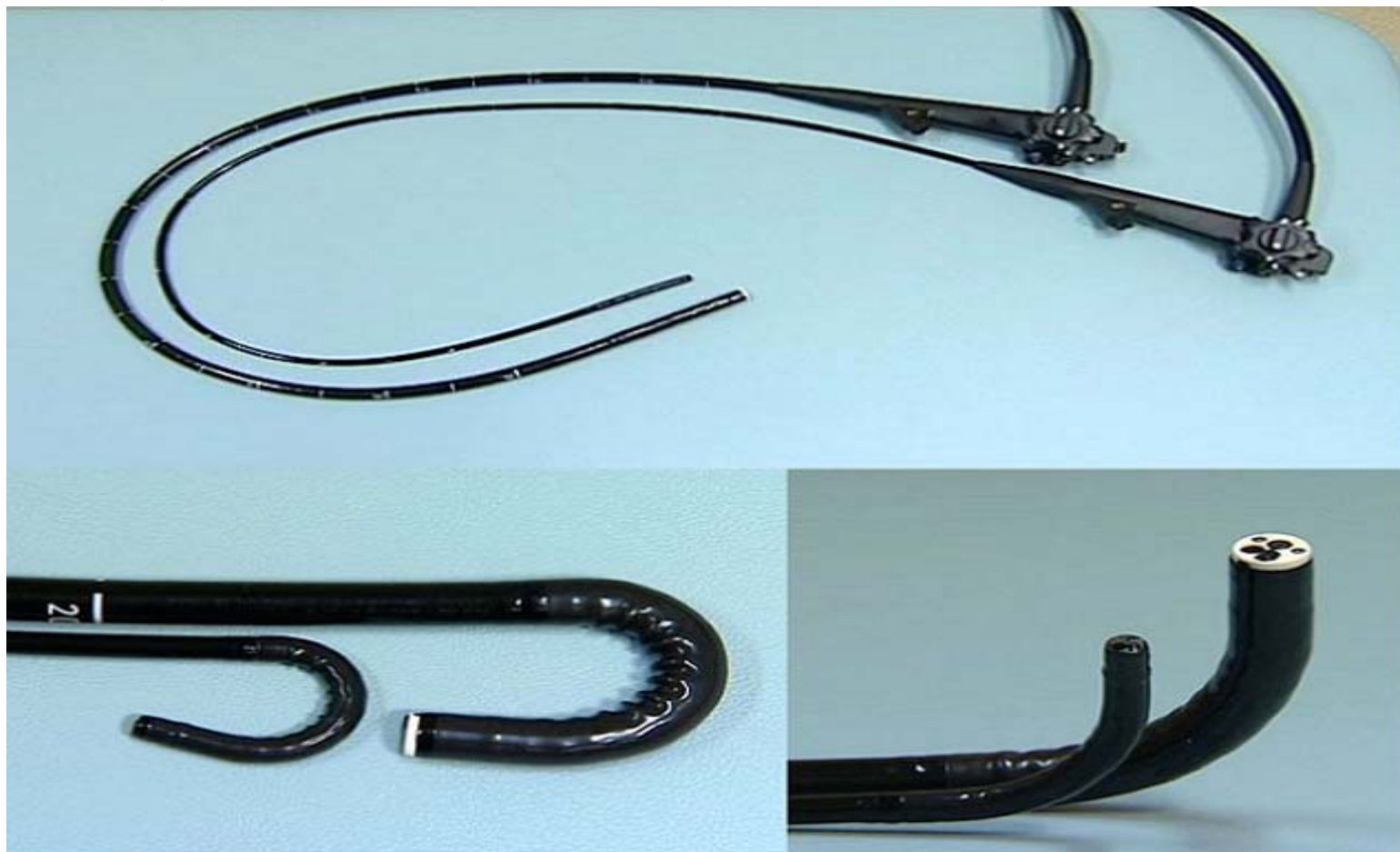


ここがカメラの先端。  
ここから肛門に挿入し、  
大腸の奥に進めていく。

太さは1cm程度  
長さは130cm



# 内視鏡先端部



内視鏡の比較⇒こんなに太さが違う!!



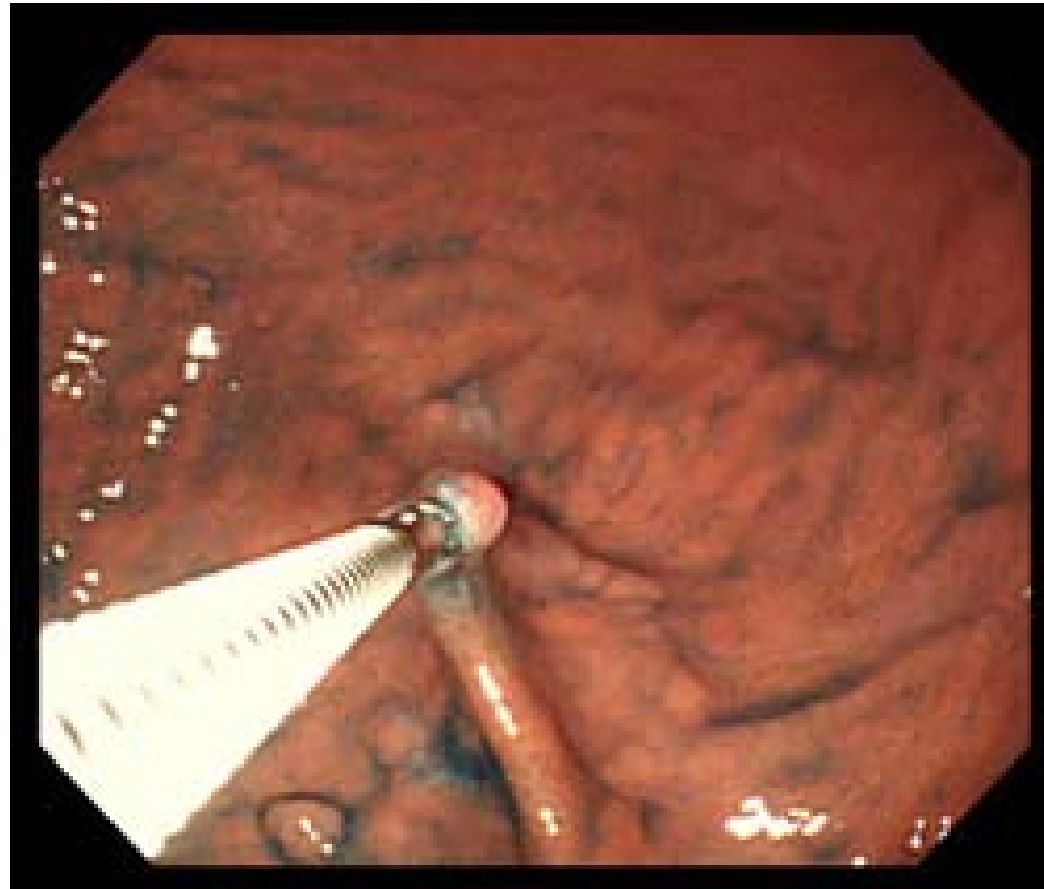
# 生検鉗子（組織を調べる際に使用）



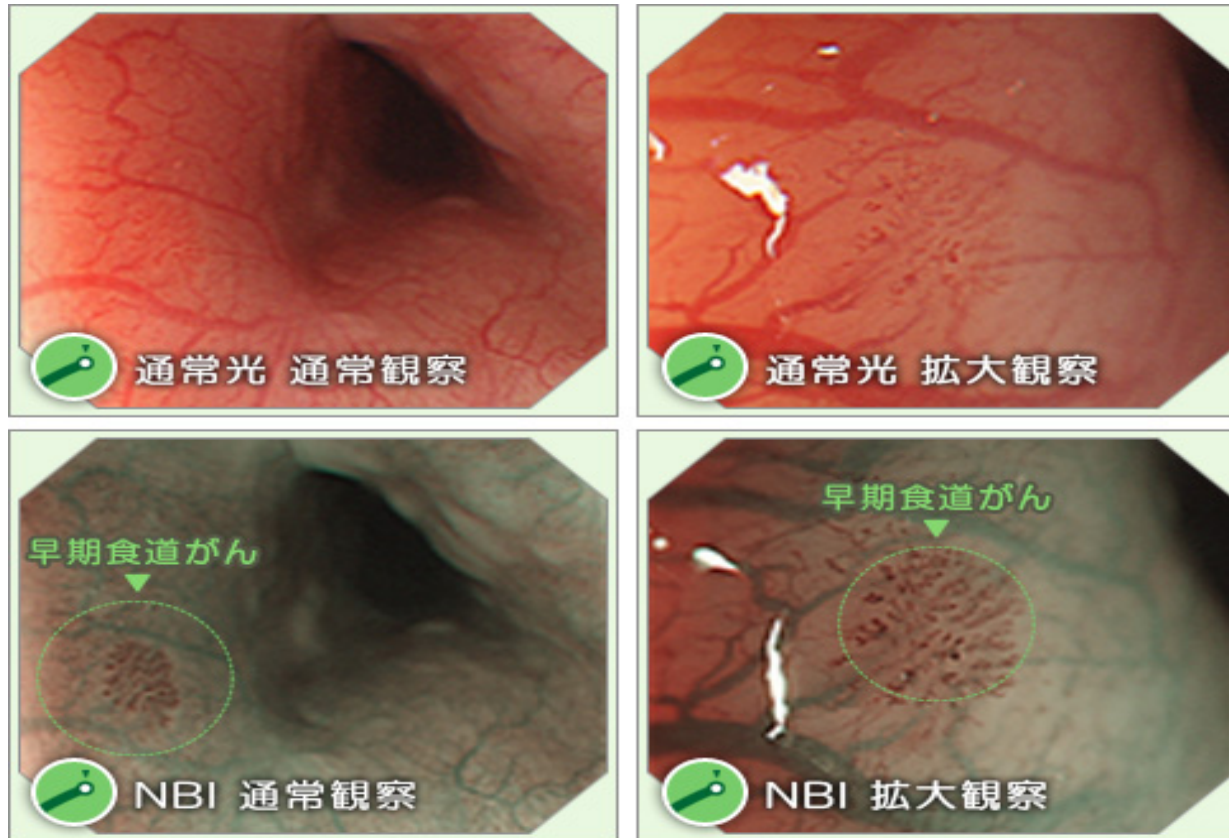
内視鏡先端部から生検鉗子が出たところ



## 実際の生検鉗子による組織検査



# NBI (Narrow Band Image)



NBI (Narrow Band Imaging : 狭帯域光観察)

# 炭酸ガス発生装置

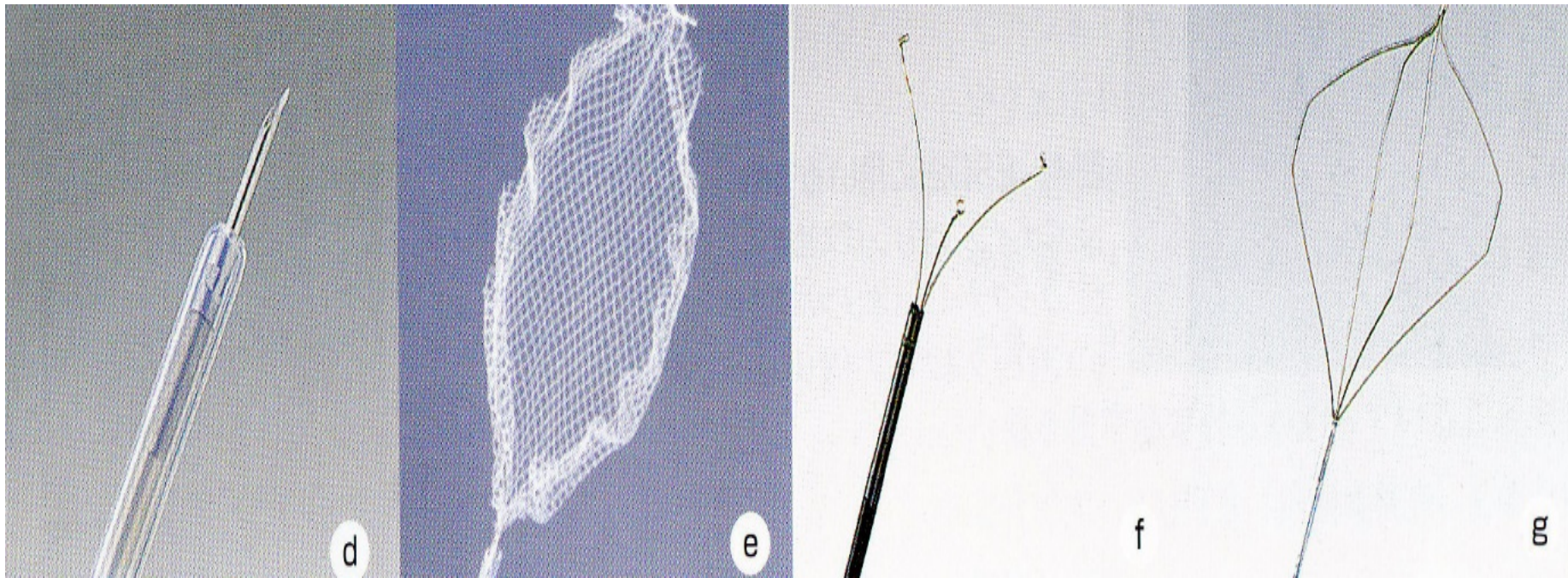


# スネア(内視鏡的切除の際の電気メス)





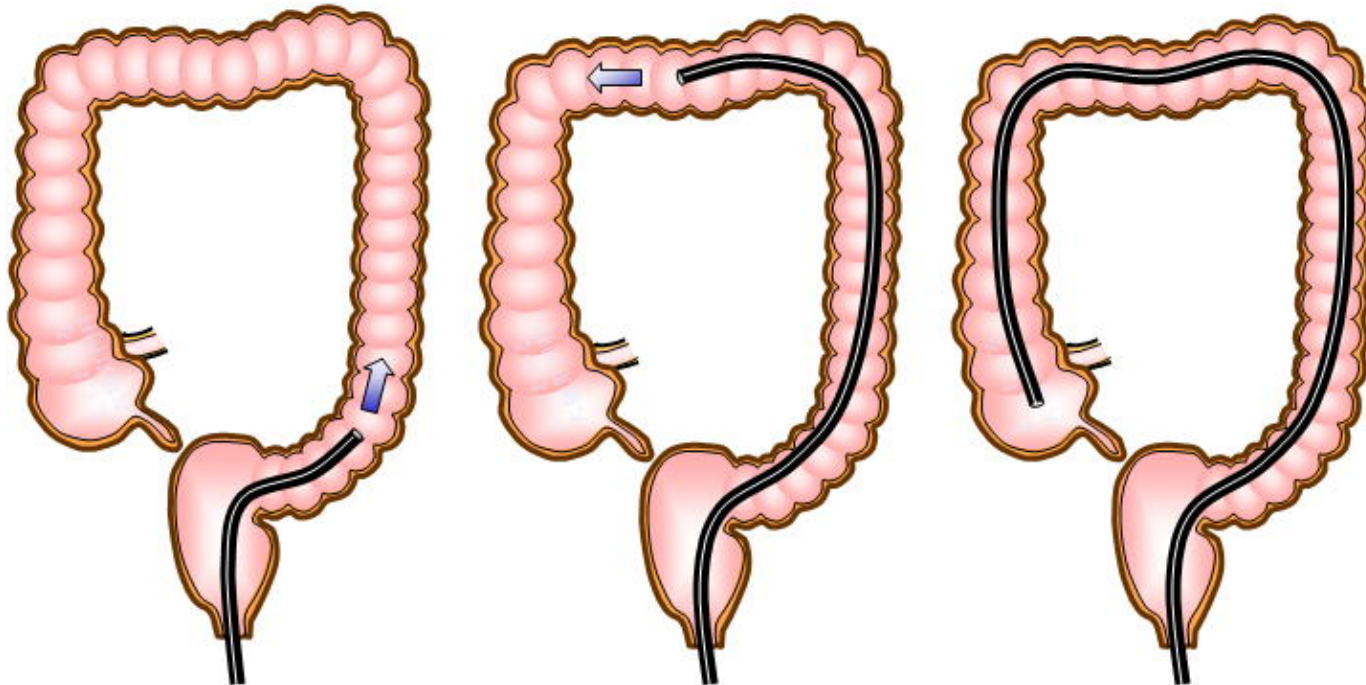
局注針 回収ネット 3脚把持鉗子 バスケット

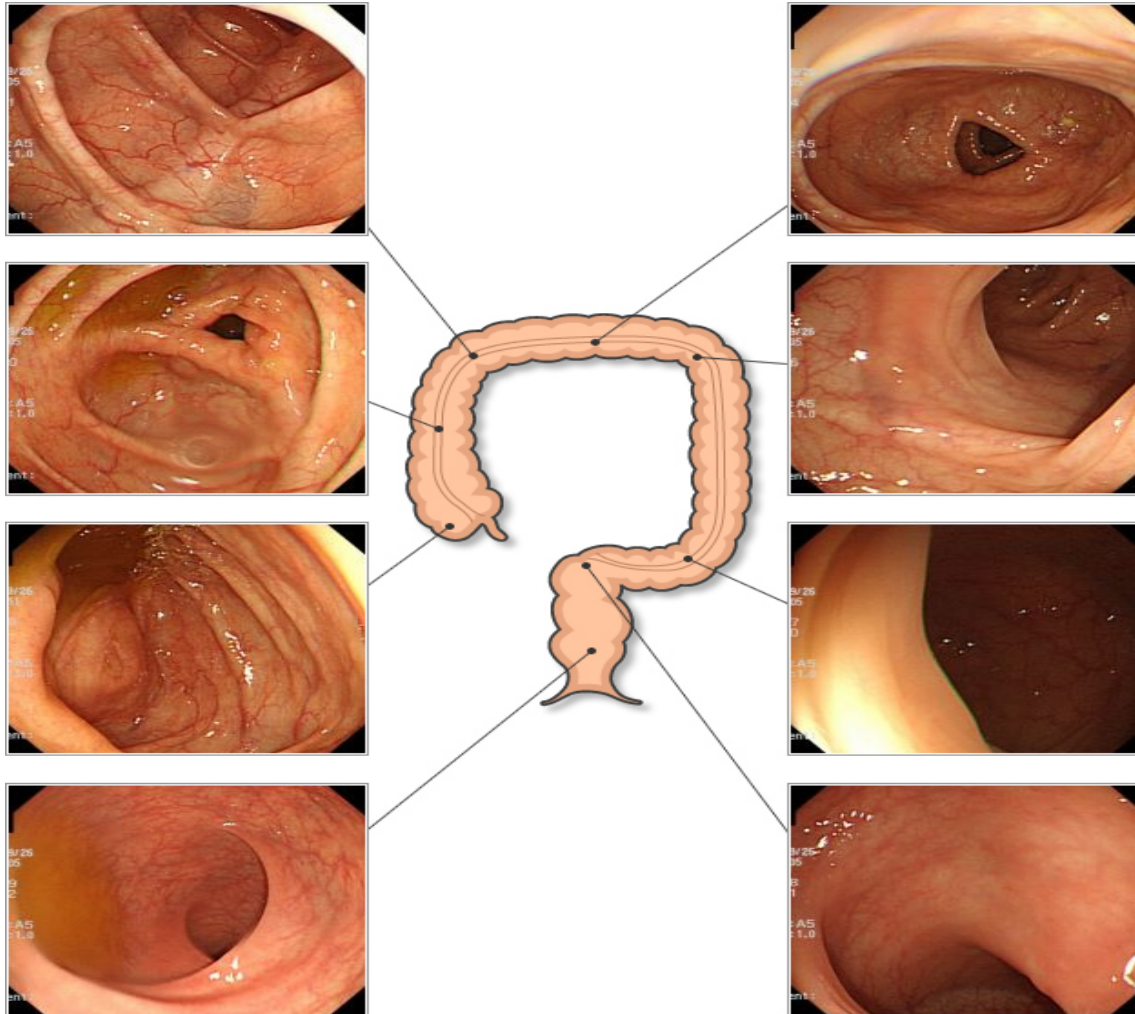


## 高周波装置



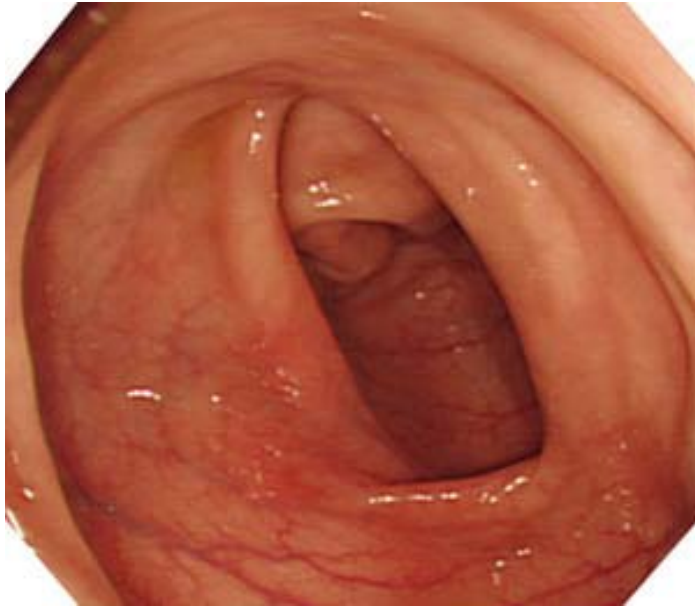
## 內視鏡插入過程

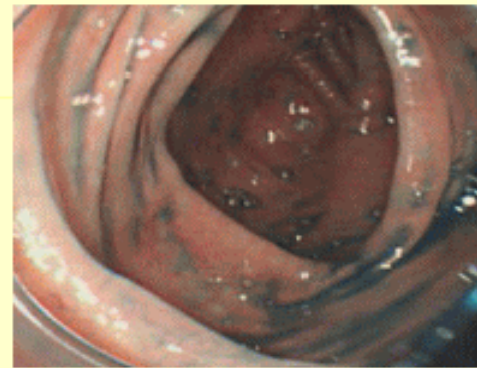
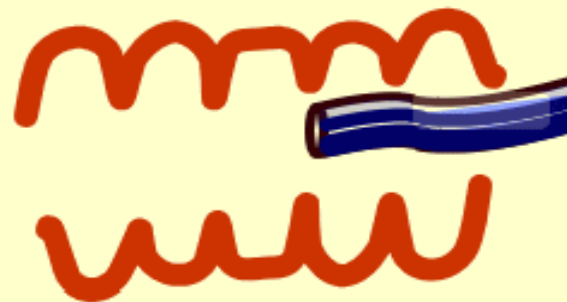




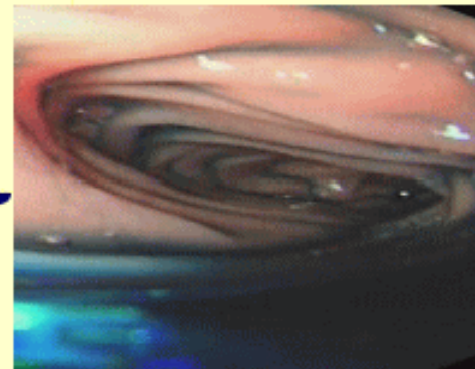
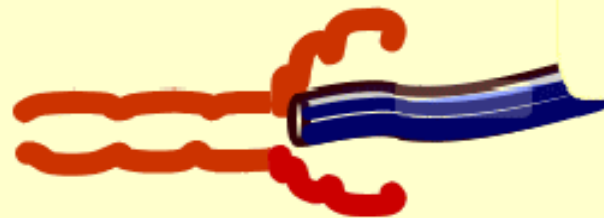


## 実際の内視鏡写真

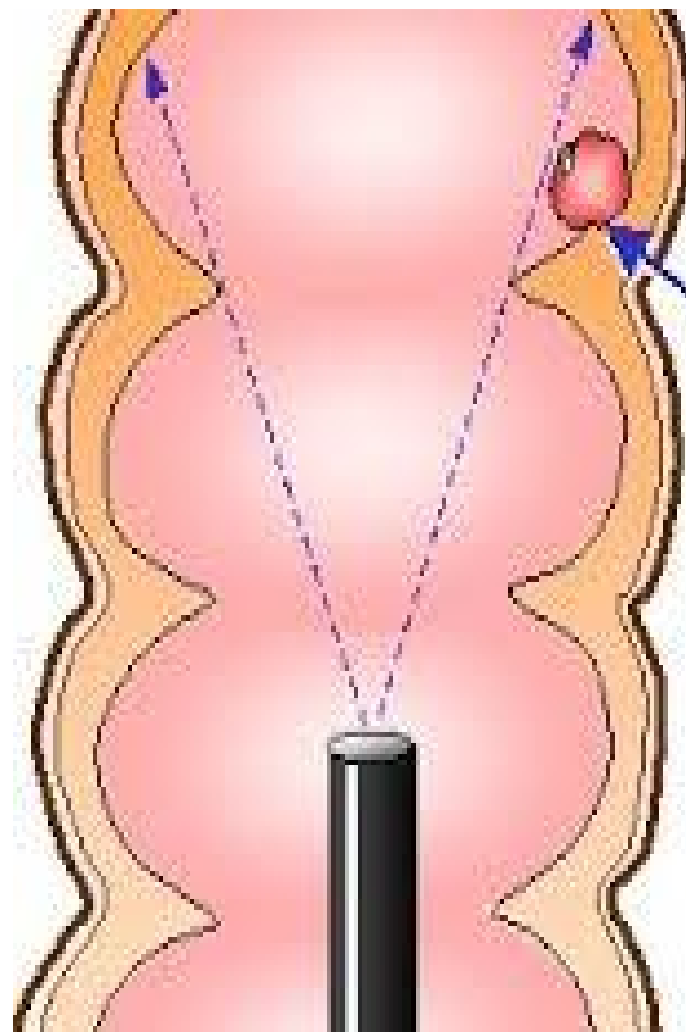




送気で拡張した大腸



送気せず つぶれた大腸

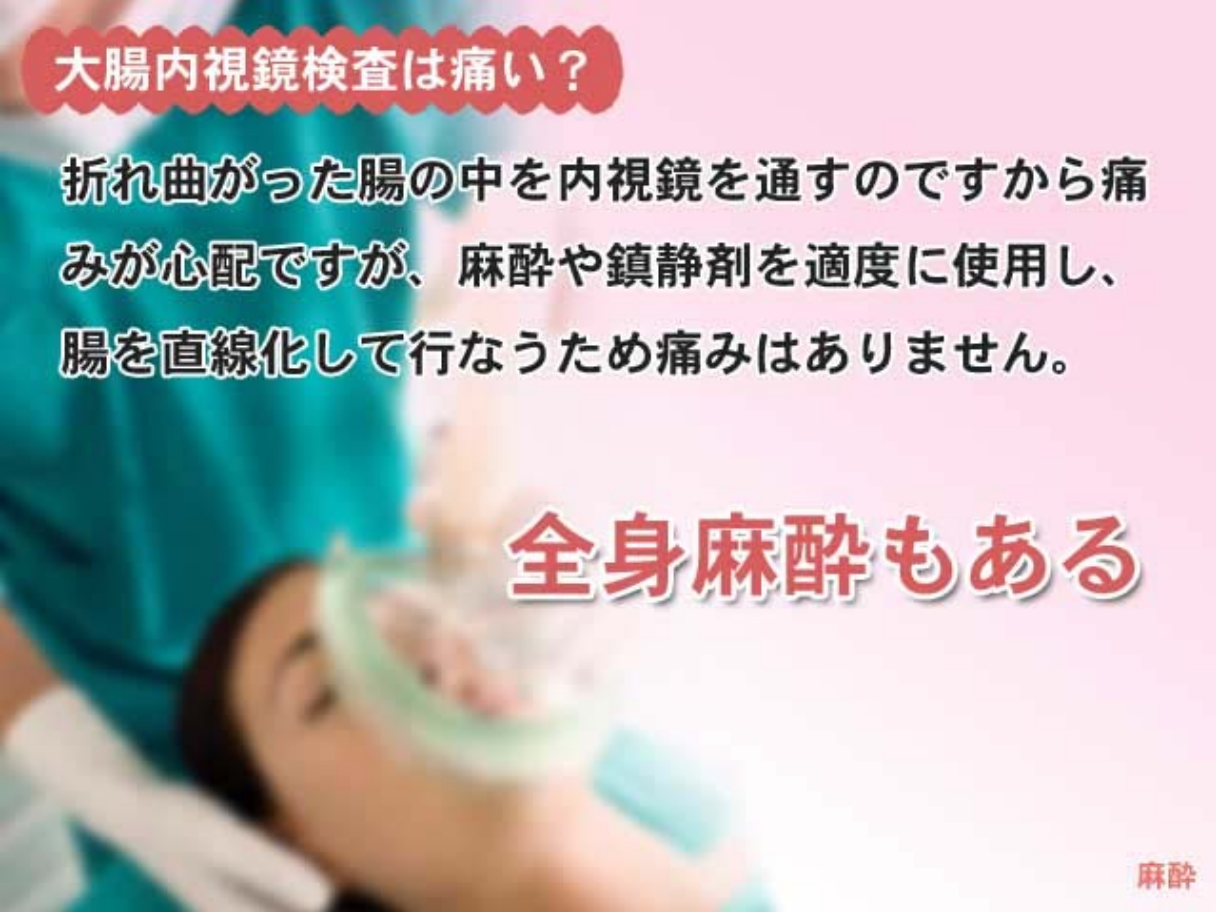


ヒダの裏に  
かかっている  
ポリープ

## 大腸内視鏡検査と鎮静剤

大腸内視鏡検査は、S状結腸のねじれ・以前に開腹手術などがある場合の腹腔内の癒着・肥満の有無などにより内視鏡の挿入難易度が変わってくる。内視鏡挿入時の腸管の伸展に伴う痛み抑制のために【軸保持短縮法】という腸管を伸ばさないような挿入法を行うが、時として、不可抗力な強い痛みを伴うことがあるために軽い鎮静剤を適度に使用して行うことが多い。鎮静剤を適度に使用することで検査を楽に行えるが、検査後もボーっとした状態が30分～1時間継続するため、検査終了後院内のリカバリーで休息する。





## 大腸内視鏡検査は痛い？

折れ曲がった腸の中を内視鏡を通すのですから痛みが心配ですが、麻酔や鎮静剤を適度に使用し、腸を直線化して行なうため痛みはありません。

## 全身麻酔もある

麻酔

# 検査終了後の内視鏡洗浄機



## 内視鏡洗淨と感染症予防

検査終了後は、一人一人検査終わるごとに内視鏡洗淨専用機を用いて強酸性水による高水準消毒が行われている。日本消化器内視鏡学会の推奨する感染対策制度のマルチソサエティガイドラインに沿った清潔・衛生管理が行われている。

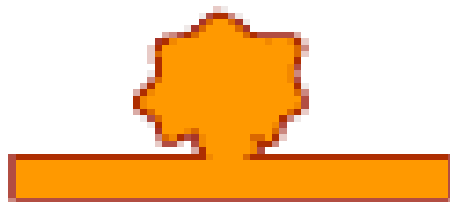
# 大腸ポリープとは

- ・大腸ポリープとは、大腸粘膜に発生する隆起性の組織の総称。
- ・多くは、S状結腸と直腸に存在している。
- ・肉眼的には次の6種類に分類できることが多い
- ・小さなポリープはほとんど症状がないが、時間経過で大きくなると便潜血陽性や血便などの症状を呈してくる。大きなポリープでは腸重積を起こしたり肛門外に出ることもある

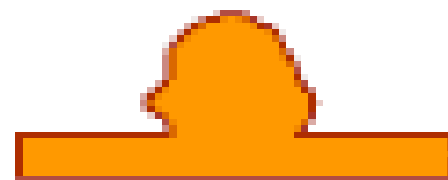
# 大腸ポリープの肉眼所見



Ip



Isp



Is



IIa



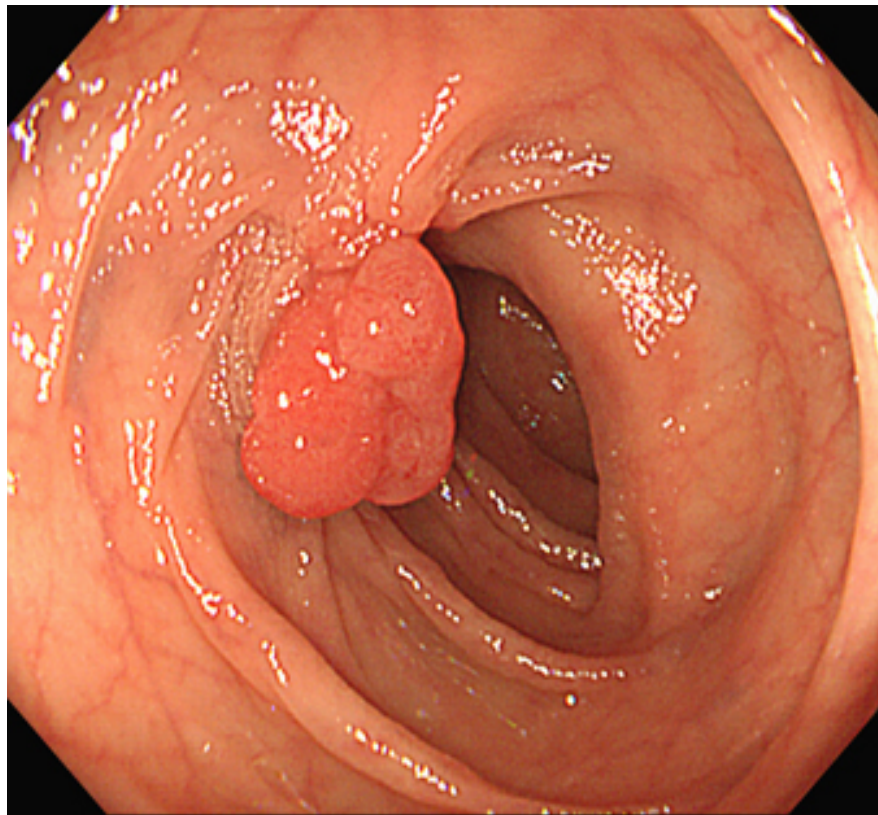
IIb



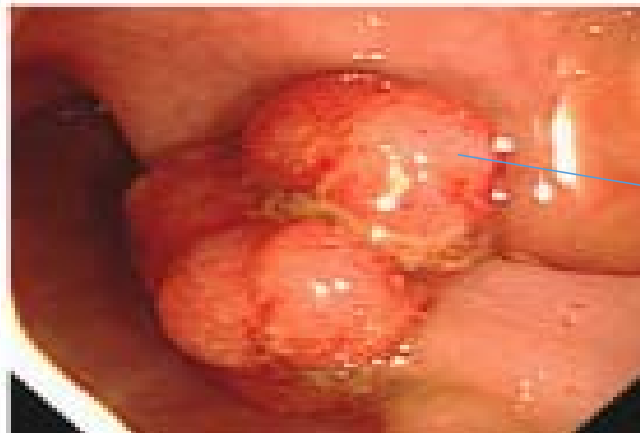
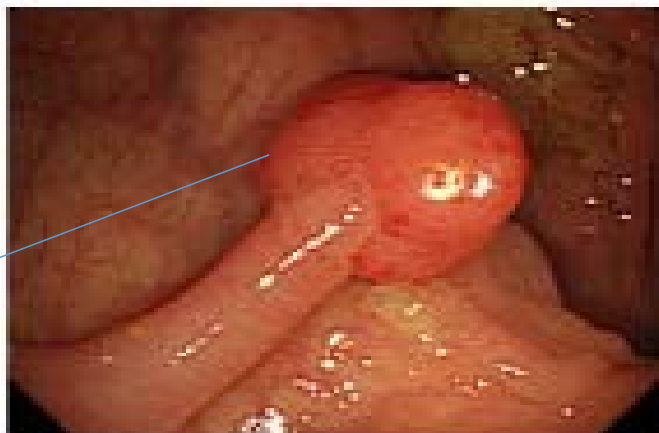
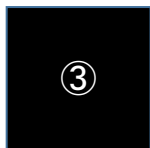
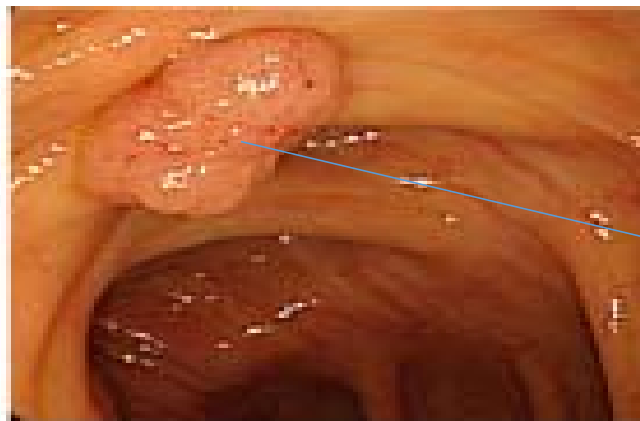
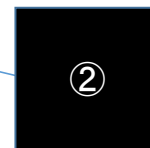
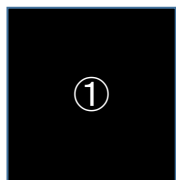
IIc



S状結腸にできた15mm大の I spポリープ

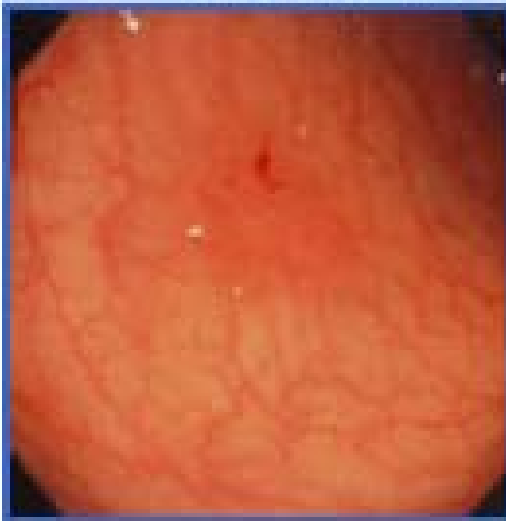


- ① 5mm大の I s    ② 12mm大の I sp  
③ ④ 10mm大の I p



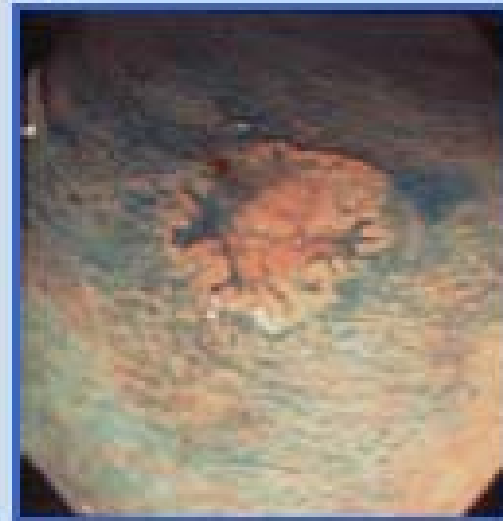
# インジゴカルミン撒布⇒コントラストをつける

図1：表面陥凹型病変の色素散布写真



拡大

図1-a色素散布前



拡大

図1-b色素散布後



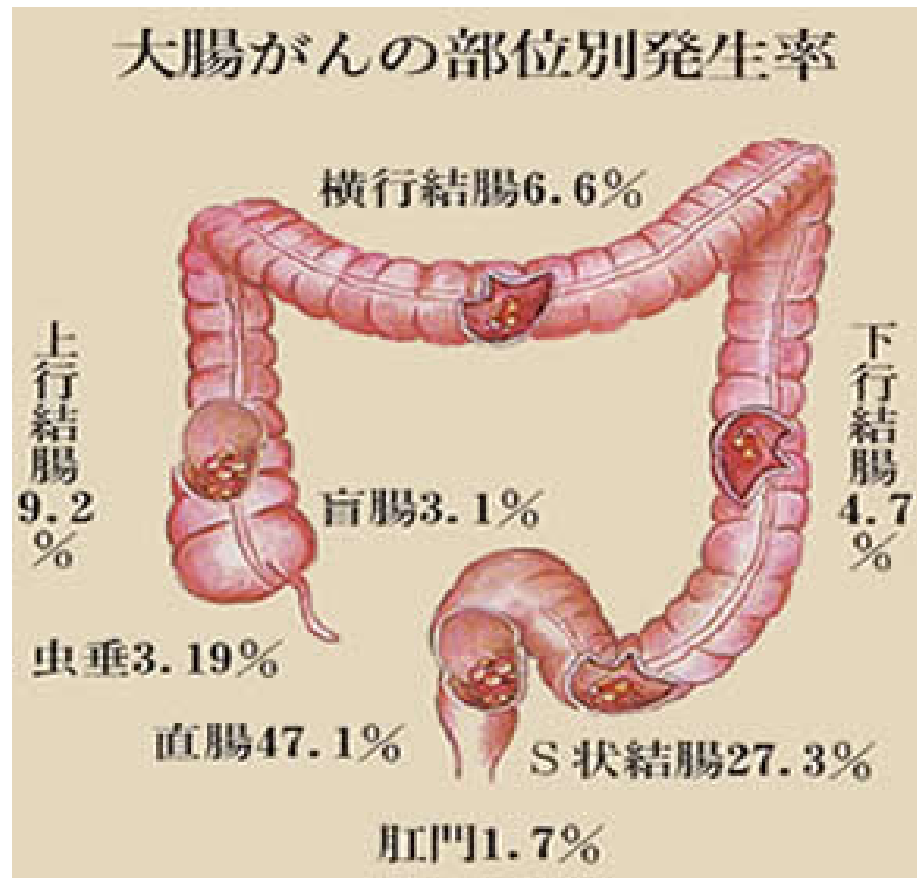
# クリスタルバイオレット染色⇒腺管構造 (pit) 観察



## 大腸癌とは

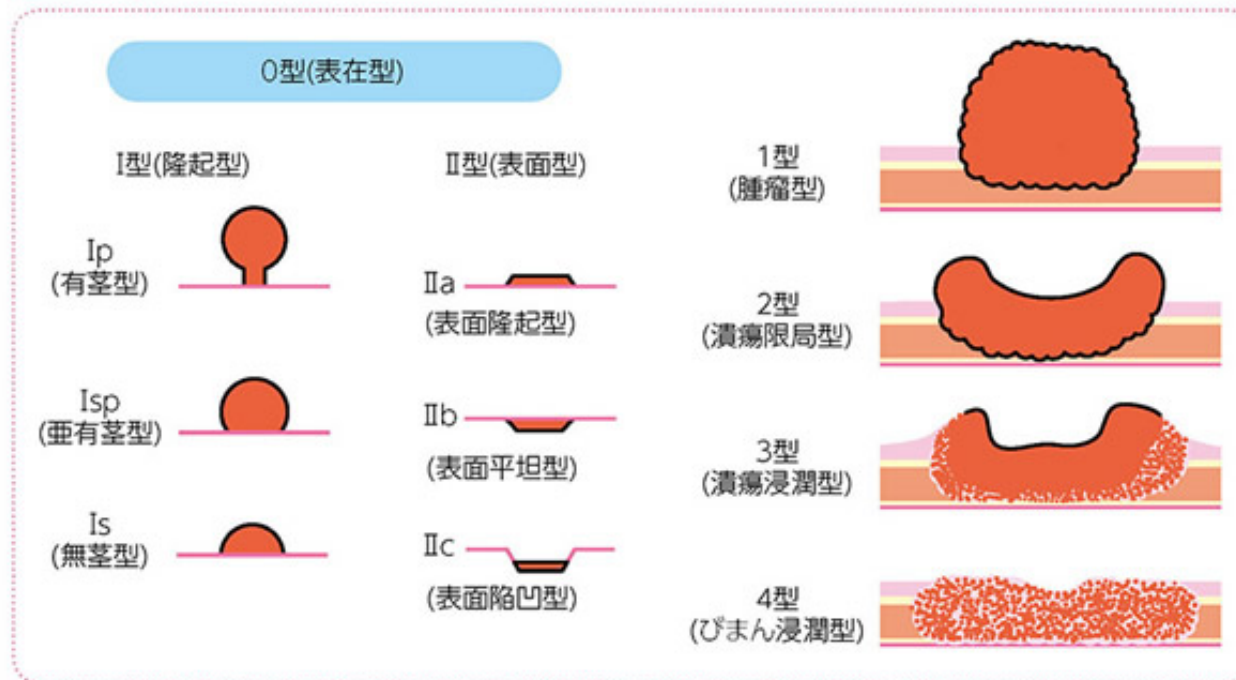
- 大腸癌の多くは前述の大腸ポリープと深く関係していて、腺腫という腫瘍性のポリープが時間経過で悪性化していくという経過で発生する (adenoma carcinoma sequence)
- 癌の一部にはポリープを経ないで発生する De novo癌もある。
- 病理組織学にみると大腸癌の大部分は腺癌で、その殆どは高分化～中分化腺癌である。

# 大腸の部位別の癌の発生頻度

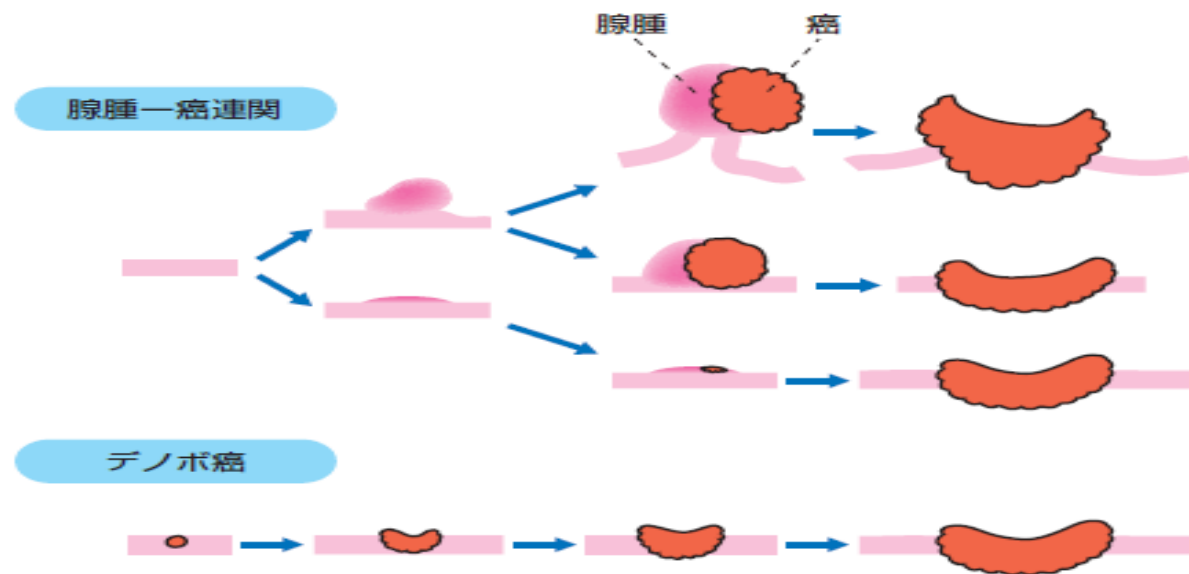


# 大腸癌の肉眼的分類

図6 大腸癌の肉眼分類



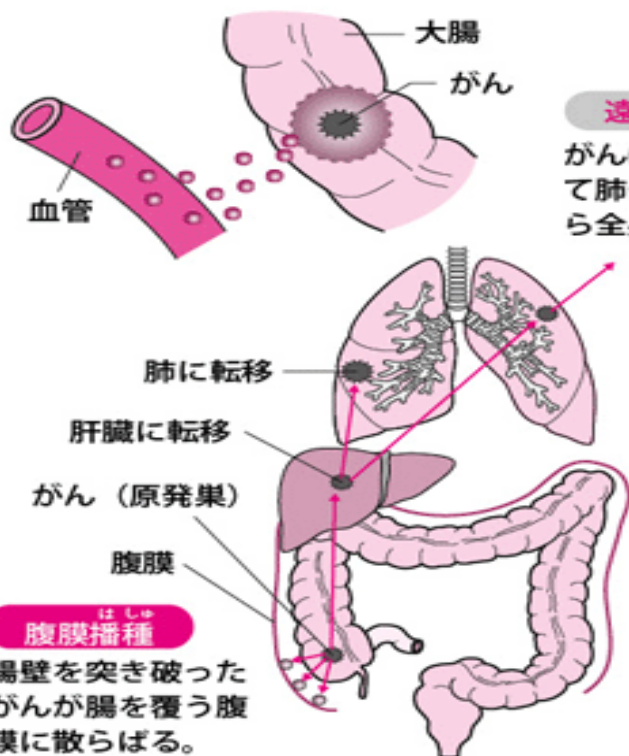
# 大腸癌の発生メカニズム



- 癌の特徴として転移といって他臓器に広がる進展形式を取ることがある。
- 大腸癌は転移することが多く
  - ①発生した部位からリンパの流れに乗ってリンパ節にたどり着きそこで増殖するリンパ節転移
  - ②血液の流れにのって他の臓器へたどり着きそこで増殖する血行性転移
  - ③癌細胞が腹腔内にちらばり広がっていく腹膜播種といった転移の認めることがある。

## ●がんの転移する経路

**血行性転移** がん細胞が静脈に入り、大腸から離れた臓器に流れ着いて増殖する。



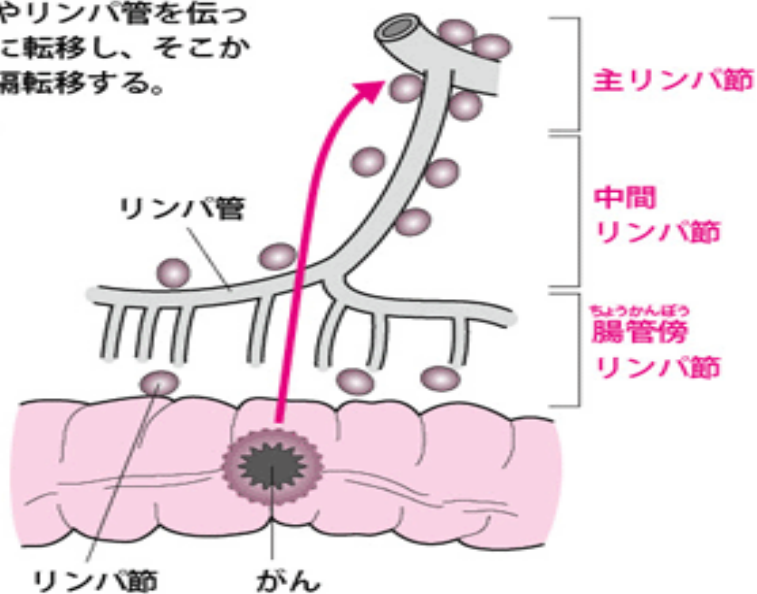
### 遠隔転移

がんは血管やリンパ管を伝って肺や肝臓に転移し、そこから全身へ

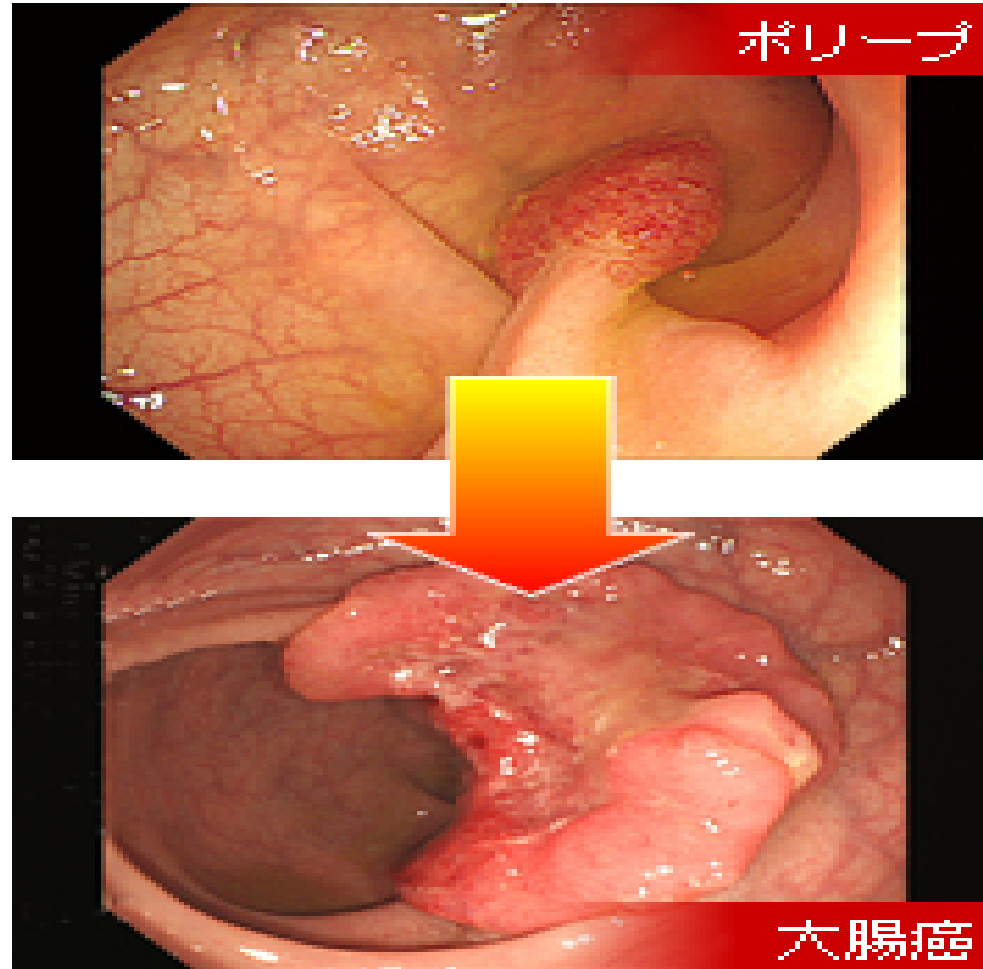
全身へ

### リンパ行性転移

けんぱつせう  
原発巣のある腸管近くのリンパ管に侵入したがん細胞はリンパ節で増殖し、次第に遠く離れたリンパ節に転移していく。

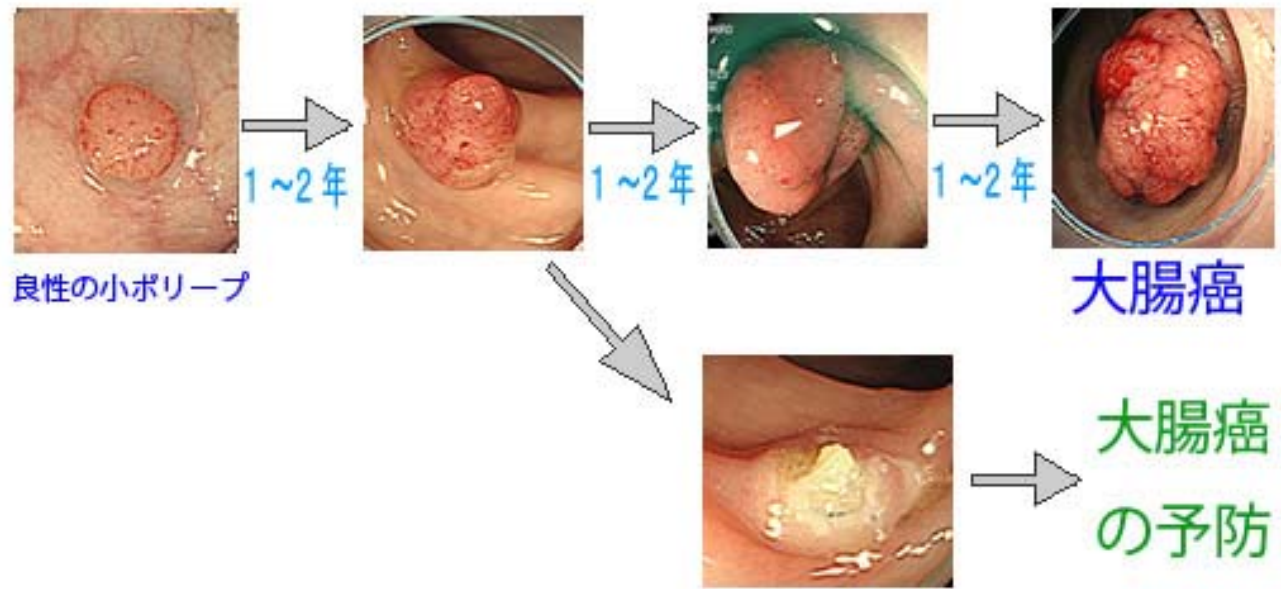


# Adenoma carcinoma sequence(1)





# Adenoma carcinoma sequence ②

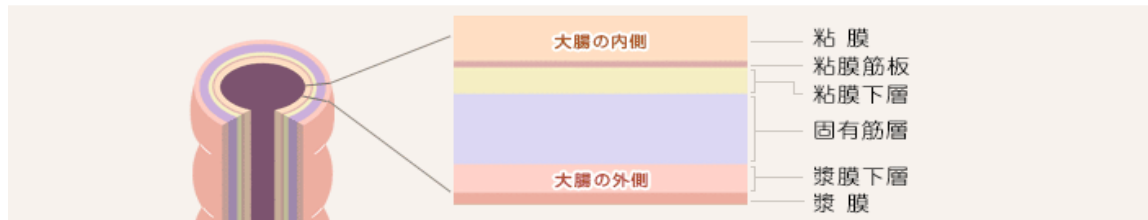


## 大腸癌の診断

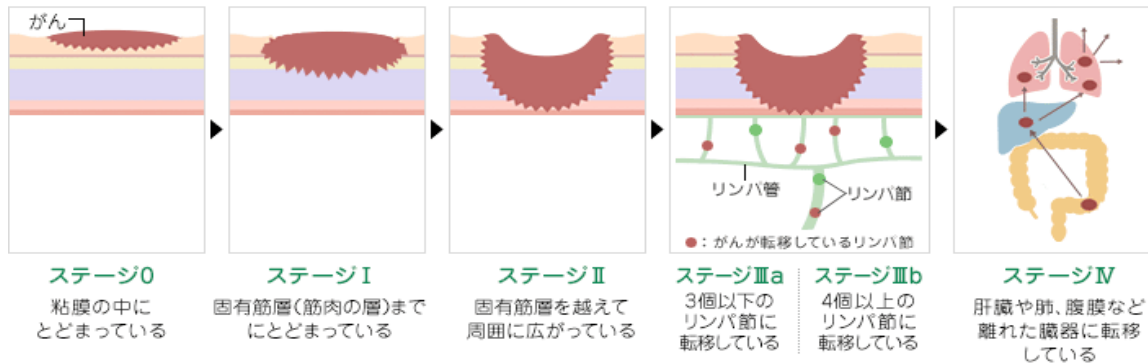
大腸癌の最終的な確定診断は、病変部位から生検検査を行い組織を採取して病理検査委託し、生検組織から癌細胞が検出されることで確定診断となる。

# 大腸癌 ステージ(病期分類)

大腸壁の構造



大腸がんのステージ



5年生存率



低

がんの進行度

高

出典: 大腸癌治療ガイドラインの解説 2009年版 (金原出版)  
大腸癌治療ガイドライン医師用 2014年版 (金原出版)

# ステージごとの治療方法

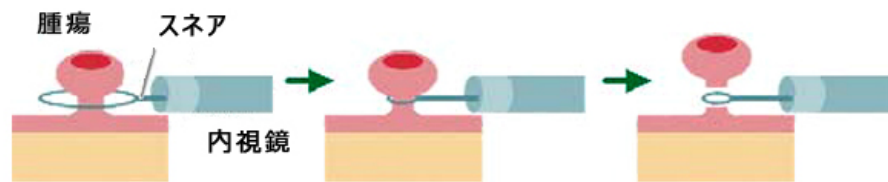
リンパ節 深さ・転移	リンパ節に転移がない	リンパ節に 3個以下の 転移がある	リンパ節に 4個以上 転移がある
ガンが粘膜にとどまっている	<b>0</b> 内視鏡的治療 手術治療	<b>III A</b> 手術治療 化学療法	<b>III B</b> 手術治療 化学療法
ガンが筋層にとどまっている	<b>I</b> 内視鏡的治療 手術治療	<b>III A</b> 手術治療 化学療法	<b>III B</b> 手術治療 化学療法
ガンが筋層を越えて広がっている	<b>II</b> 手術治療 化学療法	<b>III A</b> 手術治療 化学療法	<b>III B</b> 手術治療 化学療法
ガンが大腸を越え遠隔臓器に転移している	<b>IV</b> 手術治療、緩和医療、化学療法、放射線治療		

# 大腸癌 治療(内視鏡治療)

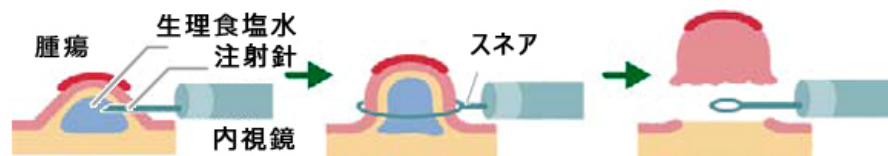
- 大腸癌に対しての内視鏡治療としては
- ①茎のある病変の場合に茎の根元にスネアをかけて、高周波の電流を流して切除するポリペクトミー
- ②病変の下に局注液を注入して病変を挙上させた後にスネアをかけて高周波の電流を流して切除するEMR
- ③病変の周囲にマーキングを行い、病変全体を挙上させて電気メスを使用して粘膜下から剥ぎ取るESDに大別できる。

# 内視鏡治療の実際②

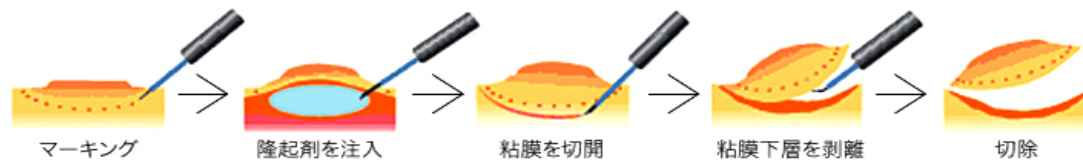
## ポリペクトミー



## EMR

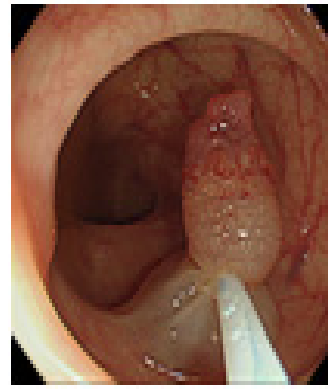
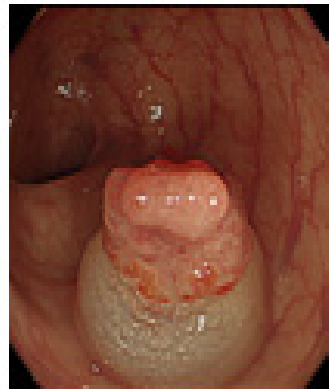
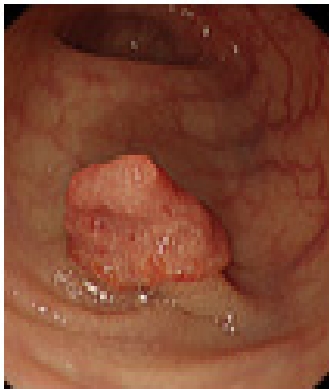


## ESD

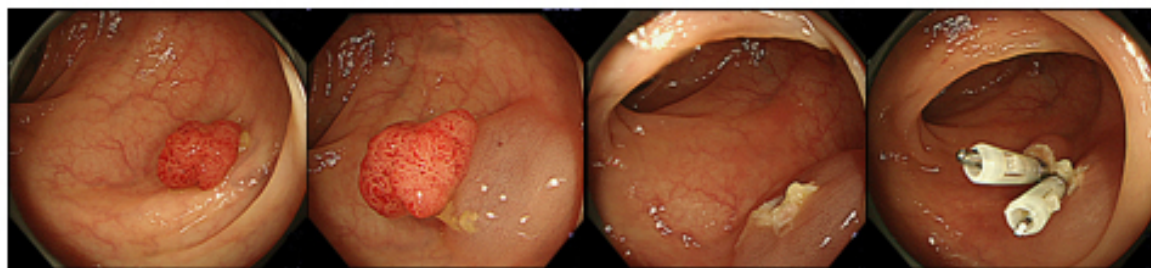
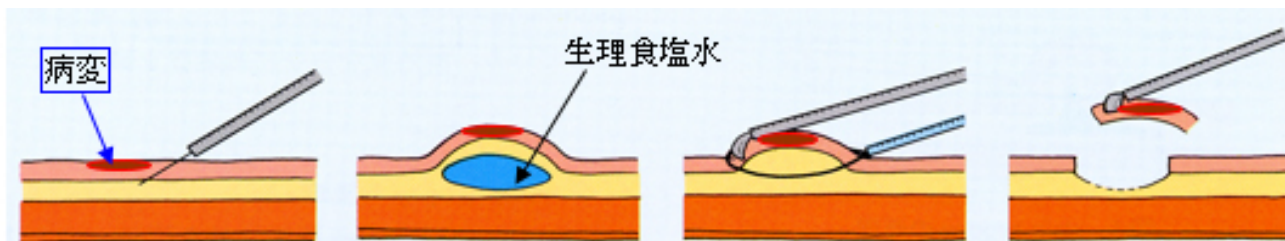


# EMRによる日帰り大腸ポリープ切除術①

大腸ポリープの日帰り手術



## EMRによる日帰り大腸ポリープ切除術②



①腫瘍性病変

②持ち上げ処理

③切り取ったあと

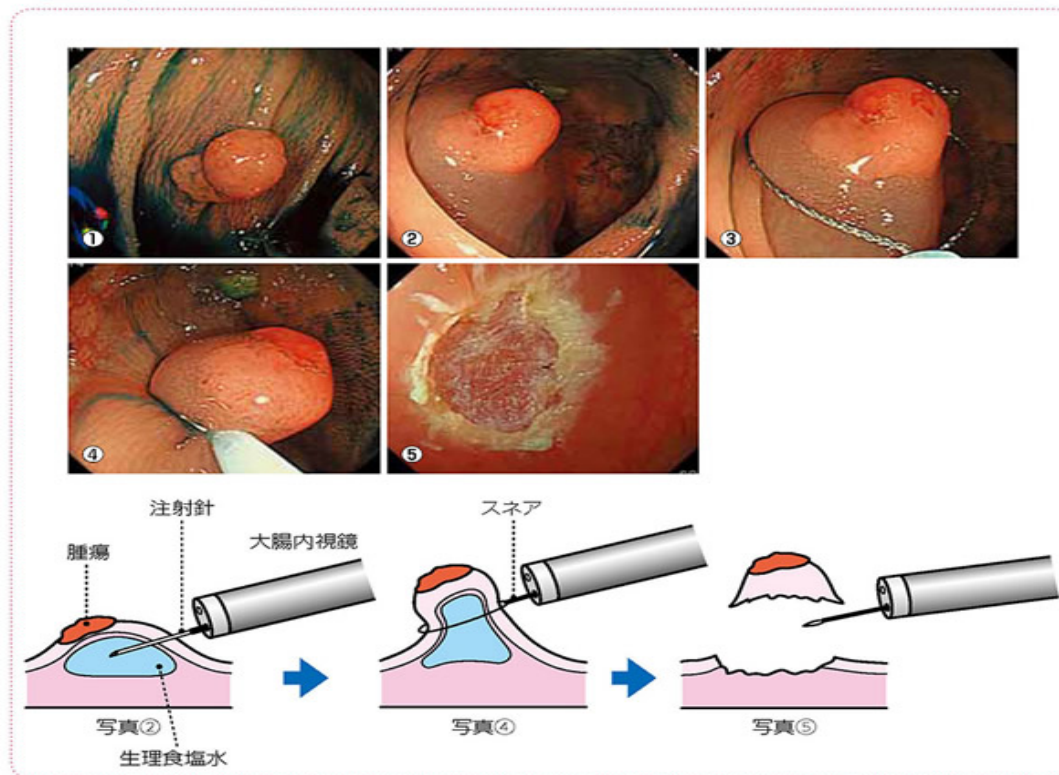
④クリップ留め  
(出血防止)

※クリップは便  
と一緒に排泄  
されます。

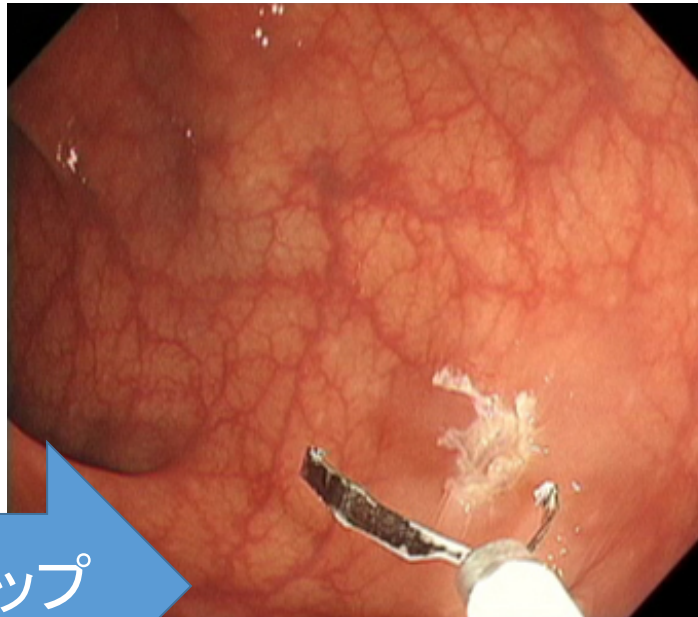


# EMRによる日帰り大腸ポリープ切除術③

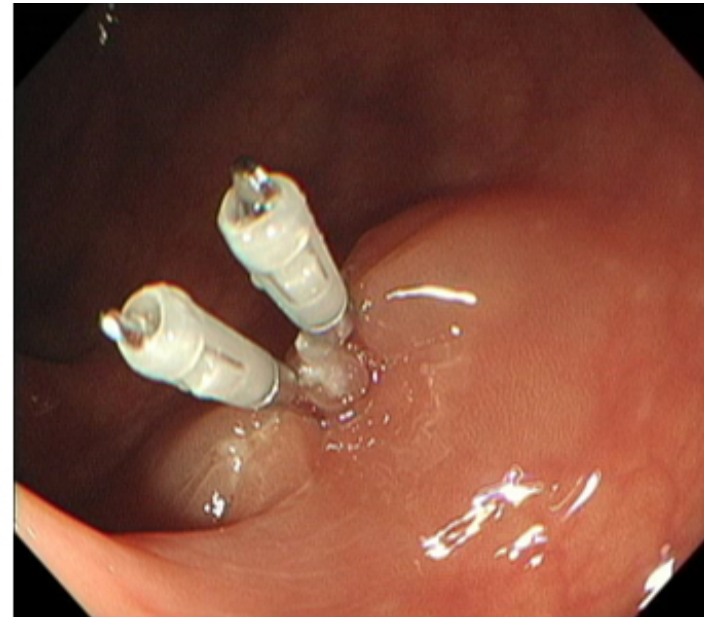
図 17 内視鏡的粘膜切除術(EMR)



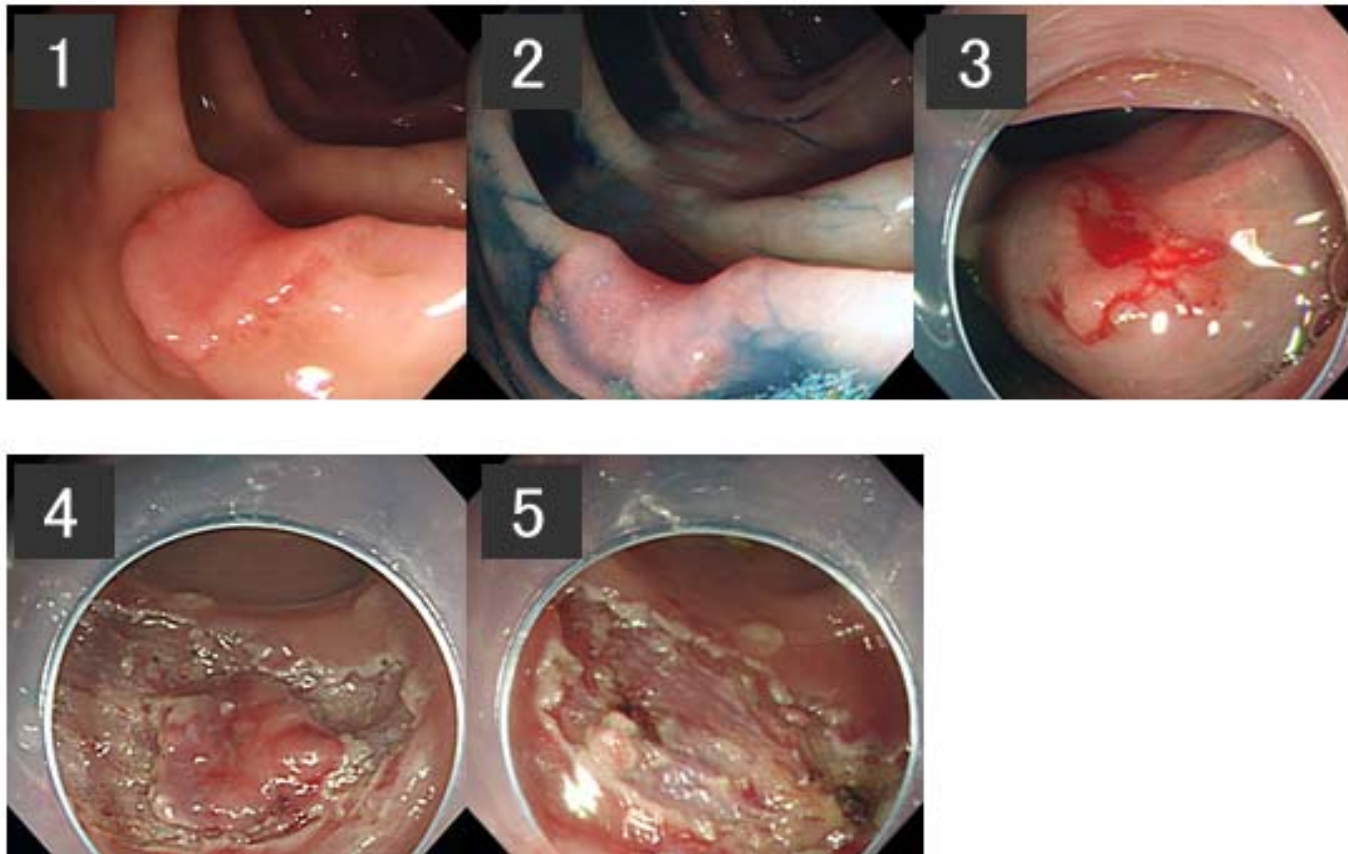
# クリップによる内視鏡治療後の創傷縫縮



クリップ

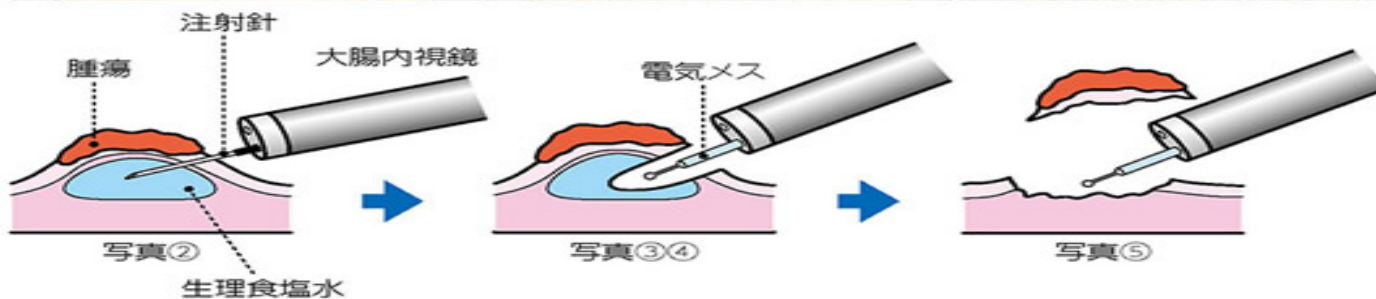
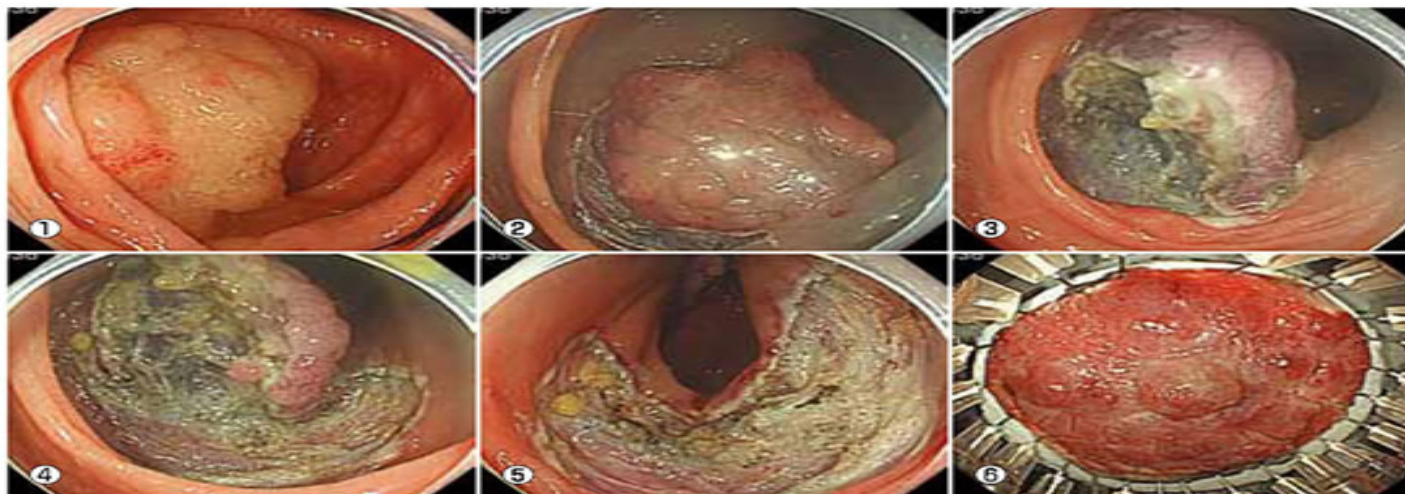


# ESDによる内視鏡治療①



# ESDによる内視鏡治療②

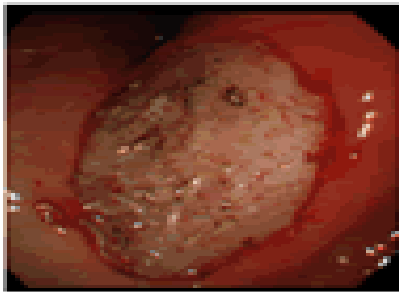
図 18 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)



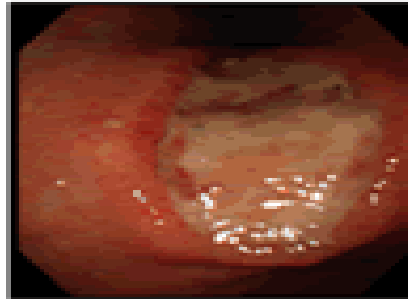


# ESD後の創傷部の改善プロセス

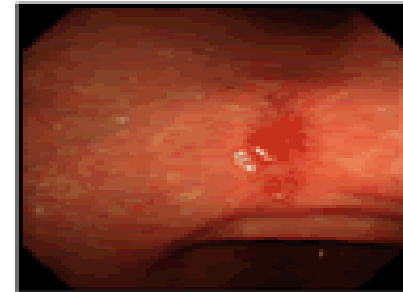
## ESD潰瘍治癒過程



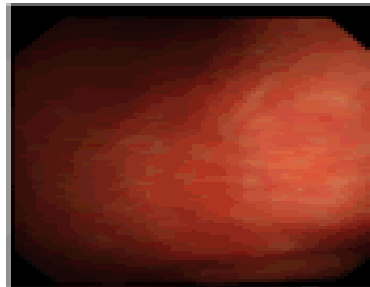
ESD直後



ESD1W後

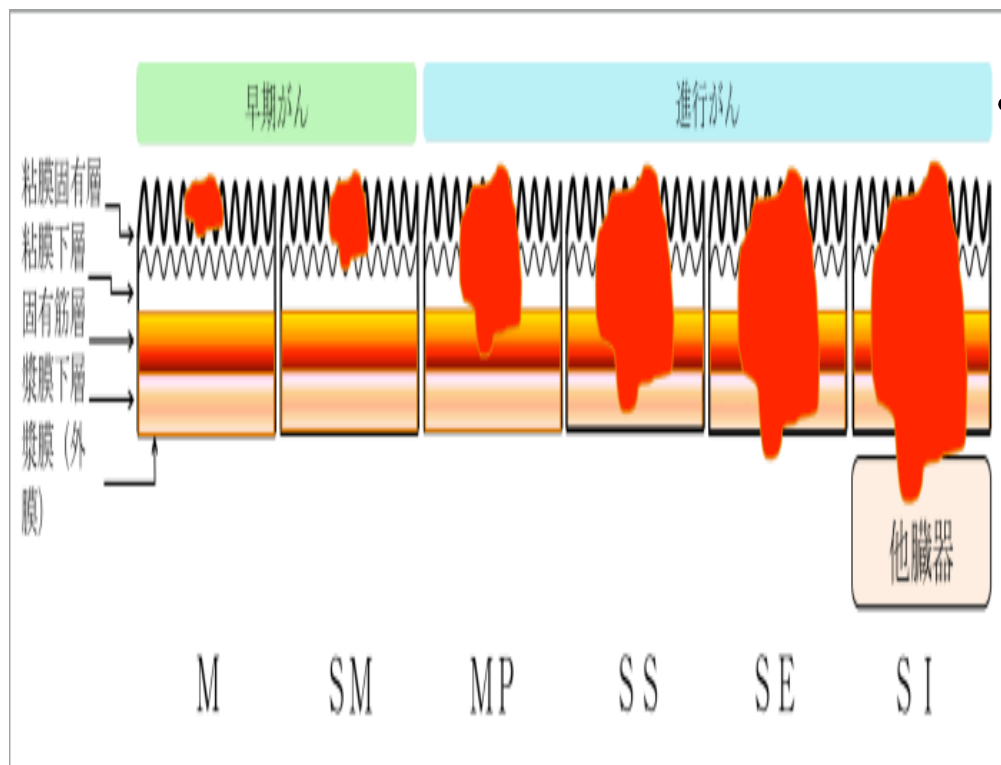


ESD4W後



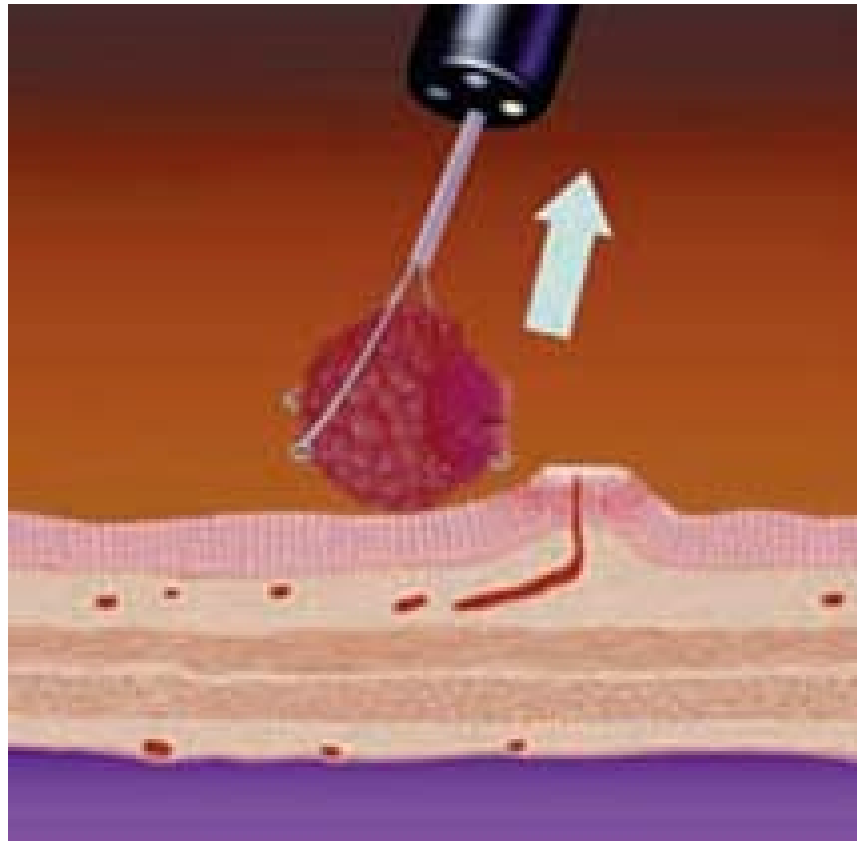
ESD8W後

# 大腸癌の内視鏡治療適応



- 浸潤が粘膜層にとどまっている早期癌で、かつ転移病巣がないと推定されるものが対象となる。一般に粘膜層までの早期癌は、転移はほとんどないとされている。SM浸潤1000 $\mu$ m以下。また、小さくても粘膜下層以深に浸潤が及ぶものは内視鏡治療の適応外となり、基本的には外科的手術の適応になる。

## 切除した病変の3脚による回収

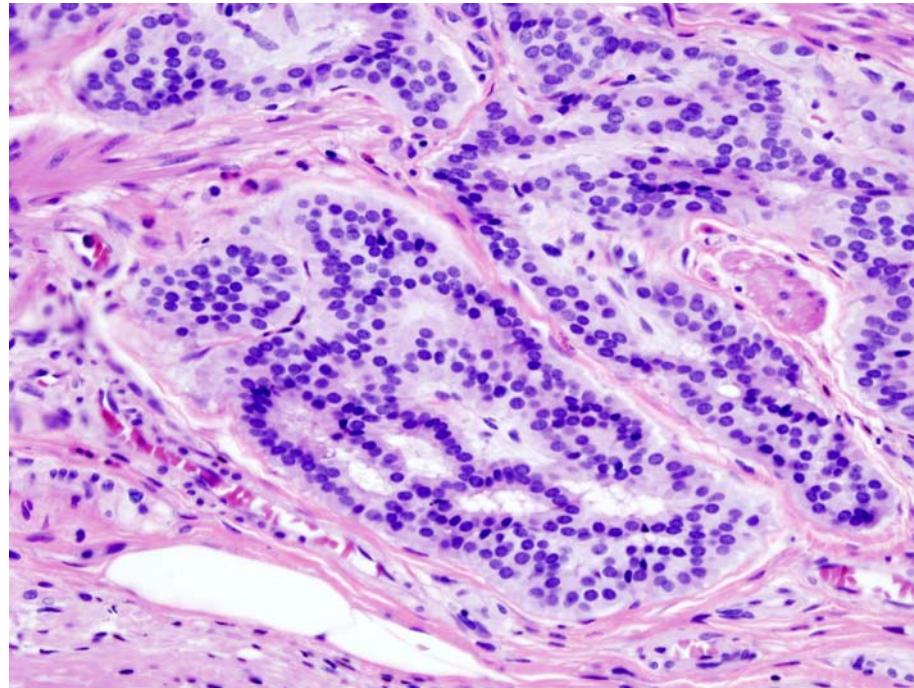


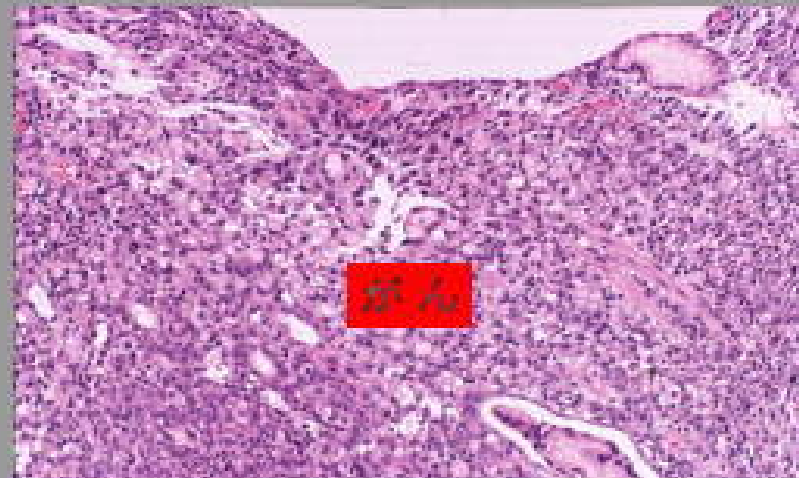
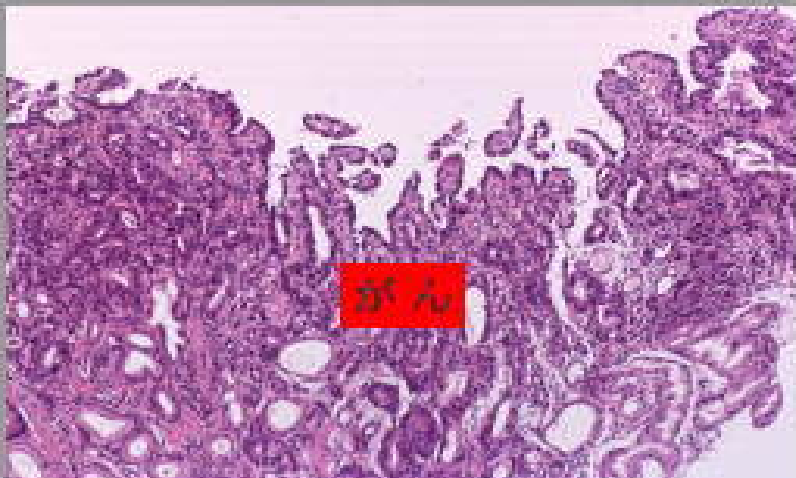
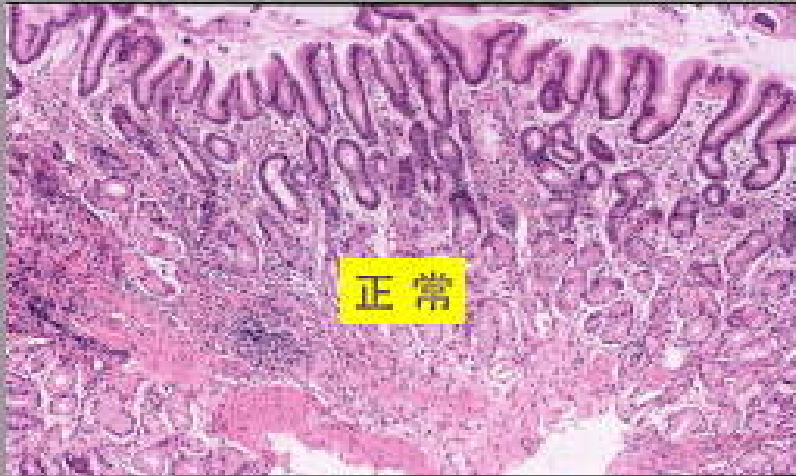
切除した病変をネットで回収





# 大腸癌 組織病理検査(HE染色)





## 大腸癌 治療(外科的治療)

大腸癌を早期の段階で発見することが困難であった場合は内視鏡的切除では完全な治癒切除が望めない。その場合は、外科的手術を行うこととなる。従来は開腹手術が通常行われてきたが、近年腹腔鏡技術が目覚ましい進歩を遂げてきており、多くの症例で腹腔鏡手術が行われることがスタンダードとなってきている。

# 腹腔鏡手術と開腹手術の術後の比較

こんなにも違うお腹の傷跡

腹腔鏡下手術



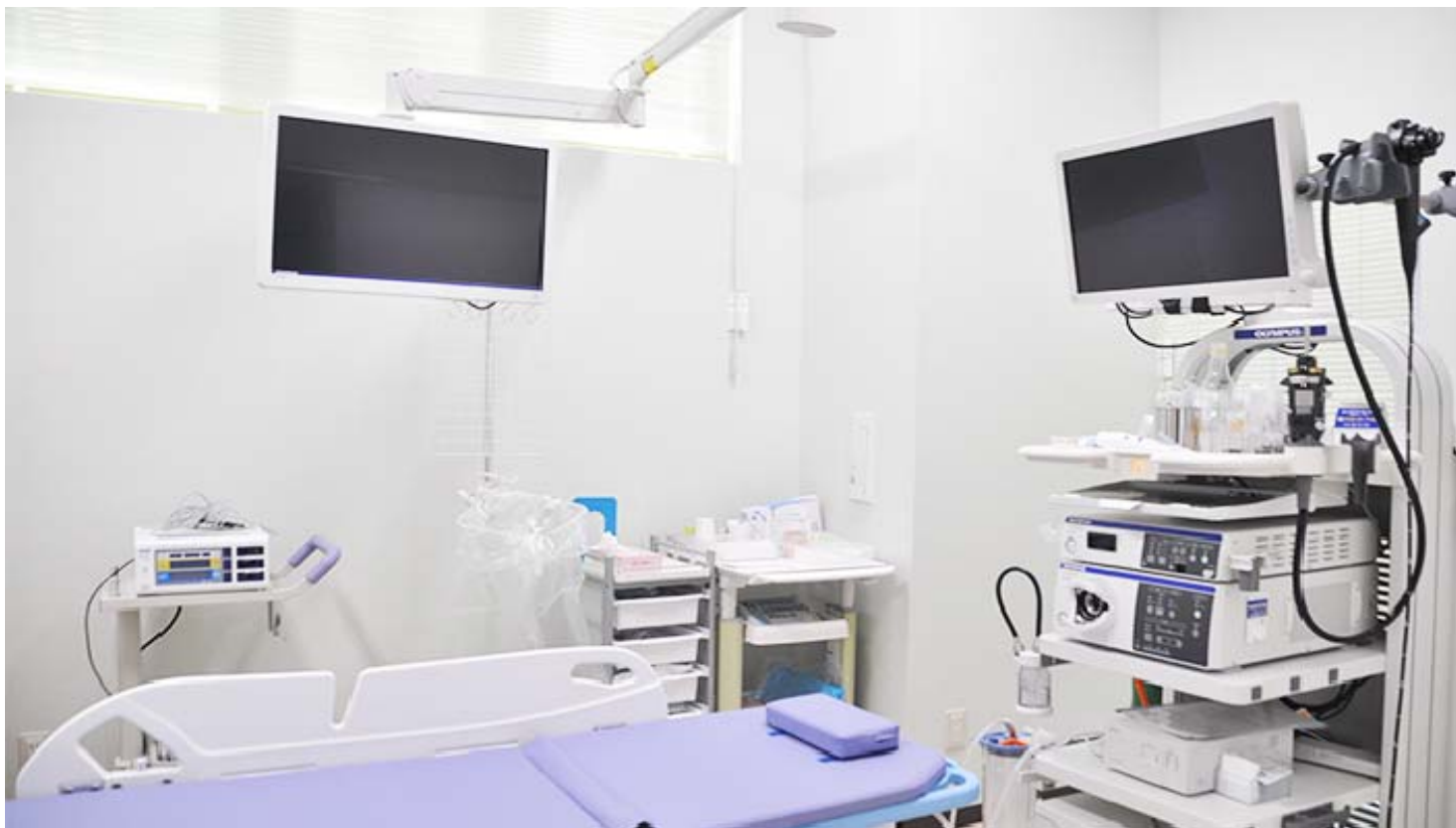
開腹手術



## 結語

- 大腸癌に限らず、食道癌 胃癌などの消化器癌は、内視鏡治療で完治できる時代になったが、早期で発見されるか否かが全てといっても過言ではない。症状が出てから検査という流れではでは遅すぎる。定期的な検診が欠かせない。

## 当院の内視鏡室



# 当院の内視鏡機





## 当院のリハビリ（回復）室





## 大腸がん検診

2016年度の小金井市の大腸がん検診を当院でも承っております。

40歳以上の方を対象としております。2016年6月30日となっておりますので、検査希望の方はお早めに受診してください。

当院は、小金井市および周辺地域の方々の  
消化器癌の予防と治療の為に全力で診療  
にあたらせていただきます。

