

「特別講演」

高齢化時代の内視鏡診療（講演概要）

広島大学病院 内視鏡診療科 教授

田中 信治

平成21年5月23日（土曜日）に角森正信会長のもと開催された第62回日本消化器内視鏡技師学会で「高齢化時代の内視鏡診療」と題した特別講演をさせていただく機会を頂戴した。このような場を与えて下さった角森正信会長に心から感謝申し上げたい。本稿では、その内容の概略を簡単に述べる。

本邦では「がん」による死亡率は増加の一途をたどっている。中でも、高齢化社会や食生活の欧米化を背景に大腸がんが増加傾向にあり、本邦の大腸癌死亡率は大腸癌大国の米国をすでに追い越している。ちなみに、男性では肺癌・胃癌・肝臓癌について第4位、女性では胃癌を追い越して第1位である（図1）。早期癌の多くを内視鏡で根治的治療を行ない、また、外科医が根治的手術を相当数行なっている中でこの大腸癌死亡数は（胃癌もだが・・・）驚異的な数字である。さらに、がん罹患率の将来予測では数年後に大腸癌が堂々第1位になると予測されている。大腸癌は遺伝的要因の関与が比較的大きな癌であるが、食生活などの環境要因も極めて重要である。疫学的に大腸癌の危険因子としてはほぼ確実なものは、運動不足や肥満（糖尿病）、赤身肉やアルコールの大量摂取で、逆に大腸癌のリスクを低下させる因子としてはほぼ確実なものは、運動と野菜摂取である。赤身肉やアルコールの摂取量が多く、運動が不足気味で体重が増えている中高年の方は大腸癌の高危険群である。講演では、ヘリコバクター感染と胃癌の関連や除菌治療の適応拡大についても解説を加えた。

消化管の早期癌には症状がないが、検診や内視鏡検査で早期発見すれば、内視鏡治療で根治できる。講演では、食道表在癌、早期胃癌、早期大腸癌の内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic submucosal dissection: ESD）の適応や手技の実際についてビデオをふまえて解説し、内視鏡治療で多くの早期癌が完全摘除できることをお見せした（図2, 3）。さらに、高齢化時代に突入し、少し進行した早期癌であっても、ESDで完全摘除した癌の根治性（転移の可能性）を分子病理学的手法なども導入して十分検索することが可能で、追加外科手術の適応についても、患者の年齢、併存疾患、合併症、身体的活動度、本人の意志などを総合評価して決定することの意義と必要性を説明した。特に、放射線感受性の高い食道表在癌は、患者背景によっては、ESD+放射線化学療法という治療選択肢も極めて有効な方法である。

近年、抗癌剤や分子標的治療薬が次々と新規開発され、その有効性が示されるとともに、本邦では現在、癌治療の均てん化を進めるために癌薬物療法医の育成に力が注がれ、マスコミも大きく取り上げている。ただし、その有効性というのは「延命効果」であり、決して根治率が上昇しているのではないことを再認識する必要がある。早期診断して内視鏡治療で根治できる癌を放置して、高額な薬物療法を受けながら人生を終わるのはあまりに情けない。もっと、癌検診受診率を向上させ、その内容の充実を図り、「内視鏡治療+α」で頻度の高い消化管癌（食道癌・胃癌・大腸癌）を治療することが、患者のQOLにおいてはもちろんのこと、医療経済においても極めて有用かつ重要である。癌罹患のハイリスクである高齢者が増加する現在、内視鏡診療の役割は、ますます大きくなるであろう。

ところで、高齢化時代に伴い、多くの内視鏡検査や治療を受ける患者が併存疾患を伴い常用薬を服用している。内視鏡診療においては、薬物アレルギーや、抗コリン剤の副作用、鎮静剤の副作用などに注意を払うことは、内視鏡診療従事者として当然であるが、特に抗凝固剤や抗血小板薬を内服しているか否かを問診し把握することも重要である。ただし、これらに対する過剰な意識から、抗凝固剤や抗血小板薬の休薬が長すぎると、背景疾患のある高齢者は容易に脳梗塞や心筋梗塞などの虚血性疾患を生じ、取り返しのつかない後遺症を伴うことがある（表1）。患者の背景疾患や内視鏡診療のリスクを総合的に考慮して、抗凝固剤や抗血小板薬の休薬期間、あるいは、ヘパリン置換などを行うことが寛容である（図4）。

以上の内容について、多くのスライドや写真・ビデオを提示しながら、「高齢化時代の内視鏡診療は、患者の背景疾患や身体的活動度を十分熟慮し、根治性や偶発症を総合的に考慮した上で、よいQOLを得られるよう最大公約

数的に行われなくてはならない。」こととお話しました。ご静聴いただいた皆さんにこの場を借りて厚く御礼申し上げます。

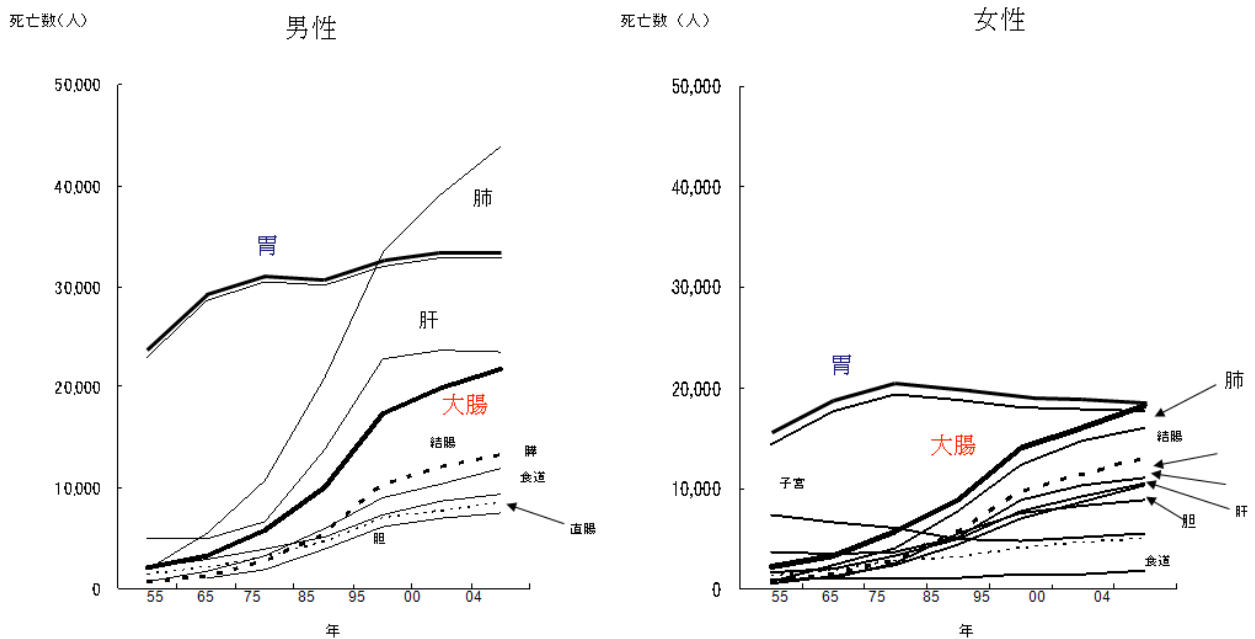


図1. 性別・部位別の悪性新生物の死亡数推移
(厚生労働省人口動態統計より作成)

直腸：直腸・状結腸移行部及び直腸
大腸（再掲）：結腸と直腸・状結腸移行部及び直腸
肺：気管、気管支及び肺
肝：肝及び肝内胆管
胆：胆のう及び他の胆道

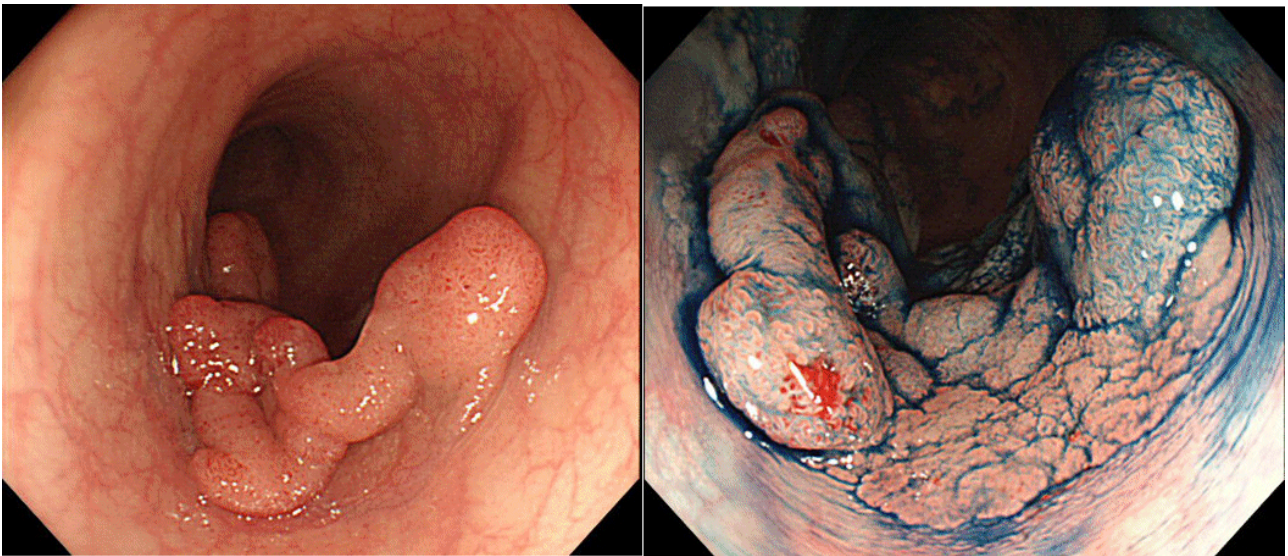


図2. S状結腸 径70mm大 LST-G



図3. 大腸ESD標本

Well differentiated adenocarcinoma with adonoma, pM, ly0, v0, HM0, VM0

日本消化器内視鏡学会の偶発症対策委員会の小委員会がまとめた「内視鏡検査の偶発症防止のための指針」に記載されている薬剤は下表の通りである。

抗凝固薬、抗血小板薬の種類 (大腸内視鏡検査の偶発症防止のための指針、Gastroenterol Endosc. 2003年)

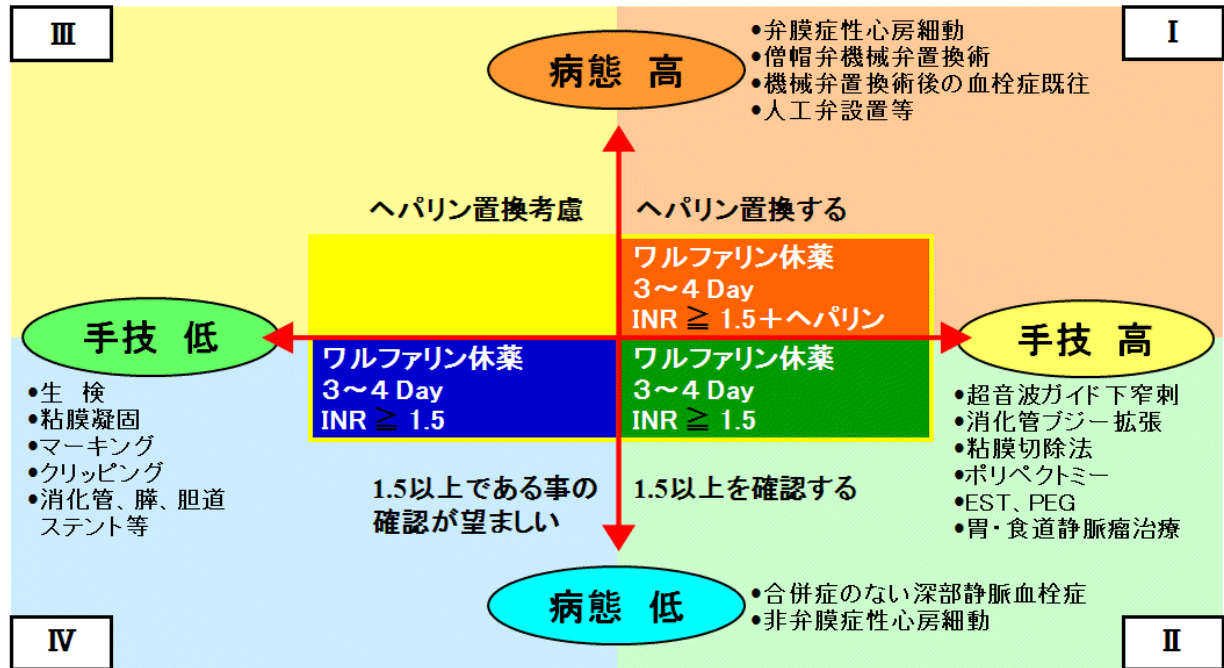
一般名	代表商品名	術前中止期間	術後中止期間
抗凝固剤			
ワルファリンカリウム	ワーファリン	3～4日	3～4日
血小板凝集抑制剤			
アスピリン	バイアスピリン、アスピリン81	7～10日	4～5日
塩酸チクロピジン	パナルジン	7～10日	4～5日
シロスタゾール	プレタール	3～4日	2～3日
イコサペント酸エチル	エパデール	7～10日	2～3日
ヘラプロストナトリウム	プロサイリン、ドルナー	24時間	
塩酸サルボグレラート	アンブラーグ	24時間	
ジピリダモール	ベルサンチン	24時間	
オザグレルナトリウム	カタクロット、キサソボン	24時間	
トラピジル	ロコルナル	24時間	
塩酸ジラセブ	コメリアン	24時間	

付記：術前中止期間、術後中止期間については一応の目安としてあげた。抗凝固薬に関してはトロンボテスト(TT)、プロトロンビン時間(PT)を参考に、投与量の調節を行う必要がある。

多種類の薬剤があるが、検査予約の段階でこれらの薬剤名をチェックして、休薬の指示をしなければならない。休薬期間をどのように設定するかについて十分なエビデンスが存在しない。

図4. 内視鏡治療時の抗凝固・抗血小板療法のガイドライン

日本消化器内視鏡学会リスクマネジメント委員会 (2005年)



小越和栄ら : Gastroenterol. Endosco., 47(12), 2691 (2005)