



消化器内科

シリーズ

第5回

消化器内科部長・内視鏡室長

村木 崇
むらき たかし



図1 通常型腺腫:管状腺腫;
いわゆる大腸ポリープです。



図2 側方発育型腫瘍;次号述べるESDという方法で切除します。



図3 鋸歯状ポリープ;Sessile serrated adenoma
10mm以上で切除を検討。



図4 過誤腫性ポリープ;Peutz-Jeghers polyp がん化率は高くありませんが慢性出血により貧血を起こすことがあります。



図5 内分泌性ポリープ;神経内分泌腫瘍 がんのように転移する病変で切除が必要です。

大腸ポリープの診断

前回の第4回では、大腸がんは増えているが、腺腫(良性腫瘍)を介してがん化することがほとんどなので、健診・内視鏡処置によりがん化を予防できることが多いことをお伝えしました。今回は、がん化する前の前がん病変である大腸ポリープについて説明いたします。大腸ポリープは、がんのポリープ、がん化するポリープ、しないポリープを含めた、多種類の大腸隆起性病変の総称です。

●便潜血反応(大腸がん検診)は、がん死を最も予防できるがん検診

便の中の血液反応の有無を調べます。陽性だからといって“がん”というわけではありません。また、“痔だから陽性”と思いまよ。性の方は必ず大腸内視鏡検査を受けましょう。腺腫の方で半数ほど、大腸がんの方は83%で陽性になりますが、逆をいうと10%程はがんでも陰性になります。最初から任意健診として大腸内視鏡検査を受ける方もいらっしゃいます。

●大腸内視鏡検査以外に二次検査はないのか?

大腸ポリープががん化している率は、5mm以下で0・5%に対しても6~9mmで3~3%と高くなり増大速度も速くなることから、6mm以上がん化・出血の危険性があるポリープは切除をお勧めします。6mm以上のポリープ、5mm以下でも平坦でへこんでいる病変はがん化の危険性があり、形状、大きさでがん化する可能性があるものは切除の対象となります。次号では、切除の方法をお伝えいたします。

で内視鏡的切除が強く推奨されています。しかし、6~9mmのポリープを見つける率は、注腸造影検査(バリウム検査)44%、PET検査47%と不十分です。CTコロノスコピ一は80~85%とまずますが、前処置が必要で被爆の問題もあります。便中遺伝子、大腸カプセル内視鏡はまだ研究段階です。現時点ではやはり大腸内視鏡検査が一番有用です。