

特別講演 「増加する炎症性腸疾患関連大腸癌

(臨床医から病理医へのメッセージ)」

多田 正大 先生

(多田消化器クリニック・院長)

わが国でも炎症性腸疾患が著しく増加している。私の小さなクリニックでも潰瘍性大腸炎患者 540 名、クローン病患者 54 名、ペーチェット病・単純性潰瘍患者 10 名を診療している。大規模病院に相当する患者数を私一人で担当しているのが現状である。悪性腫瘍患者と異なり、炎症性腸疾患患者は炎症をコントロールできさえすれば、たとえ QOL が悪くても生存可能であるので、患者数は増加の一途であり、外来診療が煩雑になる一因となっている。診療に時間を要する割には、現行の保険制度下での診療報酬は僅かである。生検材料を特殊染色しようものなら赤字になる。炎症が増悪する時期は個々の患者でさまざまであり、待たなして患者が受診するから、プライベートな時間は著しく阻害される。炎症性腸疾患は個人クリニックの医者にとっては厄介な疾患である。しかし誰かが患者の面倒をみなければならず、奉仕の精神で診療を担当している。

炎症性腸疾患患者の診療で厄介な点は、大腸炎関連大腸癌（いわゆる colitic cancer）の発生頻度が少なくないことである。自験例でも潰瘍性大腸炎では 10 名（1.85%）の大腸癌、クローン病でも 1 名（1.85%）の小腸癌を経験している。全身の免疫機構が低下しているためであろうか、大腸癌に限らず、胃、肺、甲状腺、肝臓、子宮、前立腺、乳房などあらゆる臓器に悪性腫瘍が発生する頻度が高い。消化器病医として大腸だけに注目して診療していたのでは他臓器癌を看過することが危惧される。プライマリケアのできる内科医として、患者の全身管理が必要である。

今後、若年発症の長期経過例が増加するにつれて、colitic cancer の早期診断は重要な課題となる。内視鏡医は病変を診断する観察眼を養い、怪しい箇所から正確に生検を行う技量が要求される。大腸癌や腺腫の病理診断においてすら見解の相違の大きい臨床病理診断の現状にあって、病理医は小さい生検材料から炎症を基盤として発生する異型腺管を診断して臨床医に警告しなければならない。Colitic cancer は通常の大腸癌とは性格が異なることを理解して、新しい消化管病理診断基準を普及させる必要がある。外科医は術後の患者の QOL を考えた術式を選択・開発する必要がある。いずれにせよあらゆる分野の医師が共同して炎症性腸疾患の診療に当たる必要がある。

自験例では潰瘍性大腸炎関連大腸癌の半数は早期癌で診断できたが、半数は転移のある進行癌であった。中間期癌が少ないことが興味深い、それだけこの種の大腸癌は進行が速いことを意味するのであろう。自験例における colitic cancer 症例を提示して、その早期診断の糸口を考えるヒントを提供したいと思う。病理医も colitic cancer を克服するアイデアを真剣に考えていただきたい。