The background features a dark blue gradient with faint, light blue circular patterns and a scale-like element on the left side. The scale has numerical markings from 140 to 260 in increments of 10. The main text is centered and written in a bright yellow color.

当院における高齢者の大腸がん診療

～特に大腸内視鏡検査にかかわる諸問題について～

藤田胃腸科病院 本郷 仁志

大阪がん検診治療研究会 COI 開示

筆頭発表者名： 本郷 仁志

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある
企業等はありません。

祥佑会 藤田胃腸科病院

場所： 大阪府高槻市
(大阪医大から徒歩10分)

昭和45年開設

ベッド数	33床
常勤医 3名	非常勤医 28名
GF(H26年)	8577件
CF(H26年)	4055件



本日のお話

1. 当院(高槻市)の大腸がんの成績

2. 大腸内視鏡検査の威力

～日米大腸がん検診比較など～

3. 当院における大腸内視鏡関連偶発症の検討

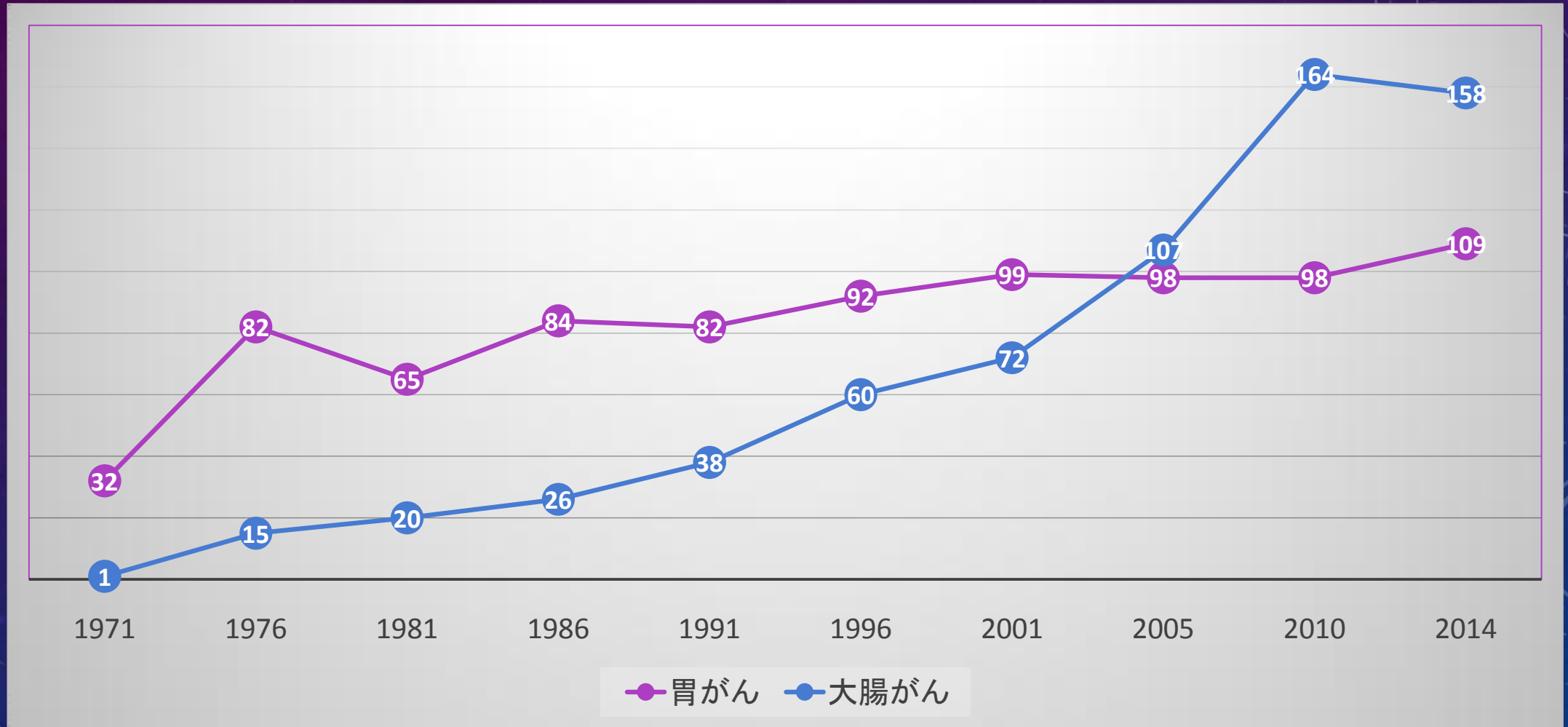
4. その他 大腸がん手術データ(大阪医大)

藤田胃腸科病院

1. 当院(高槻市)の大腸がんの成績

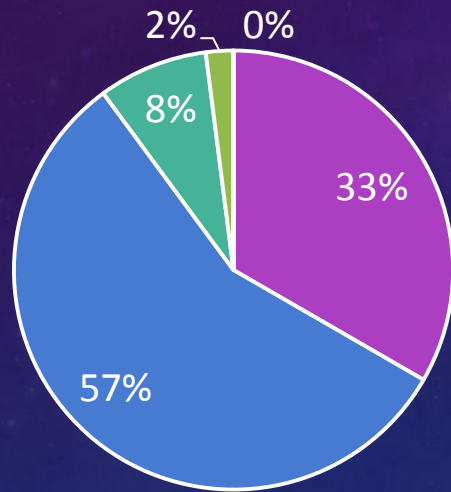


当院の胃・大腸癌の年度別推移



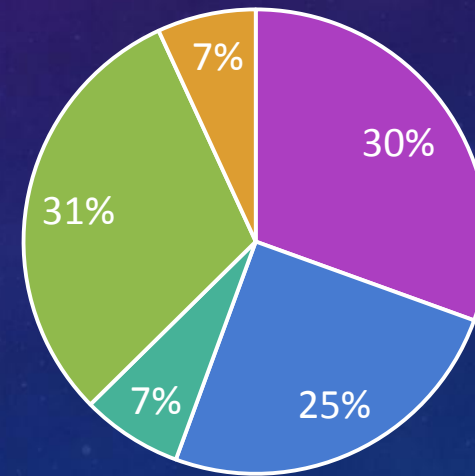
当院における大腸ガンの発見動機

2004前後



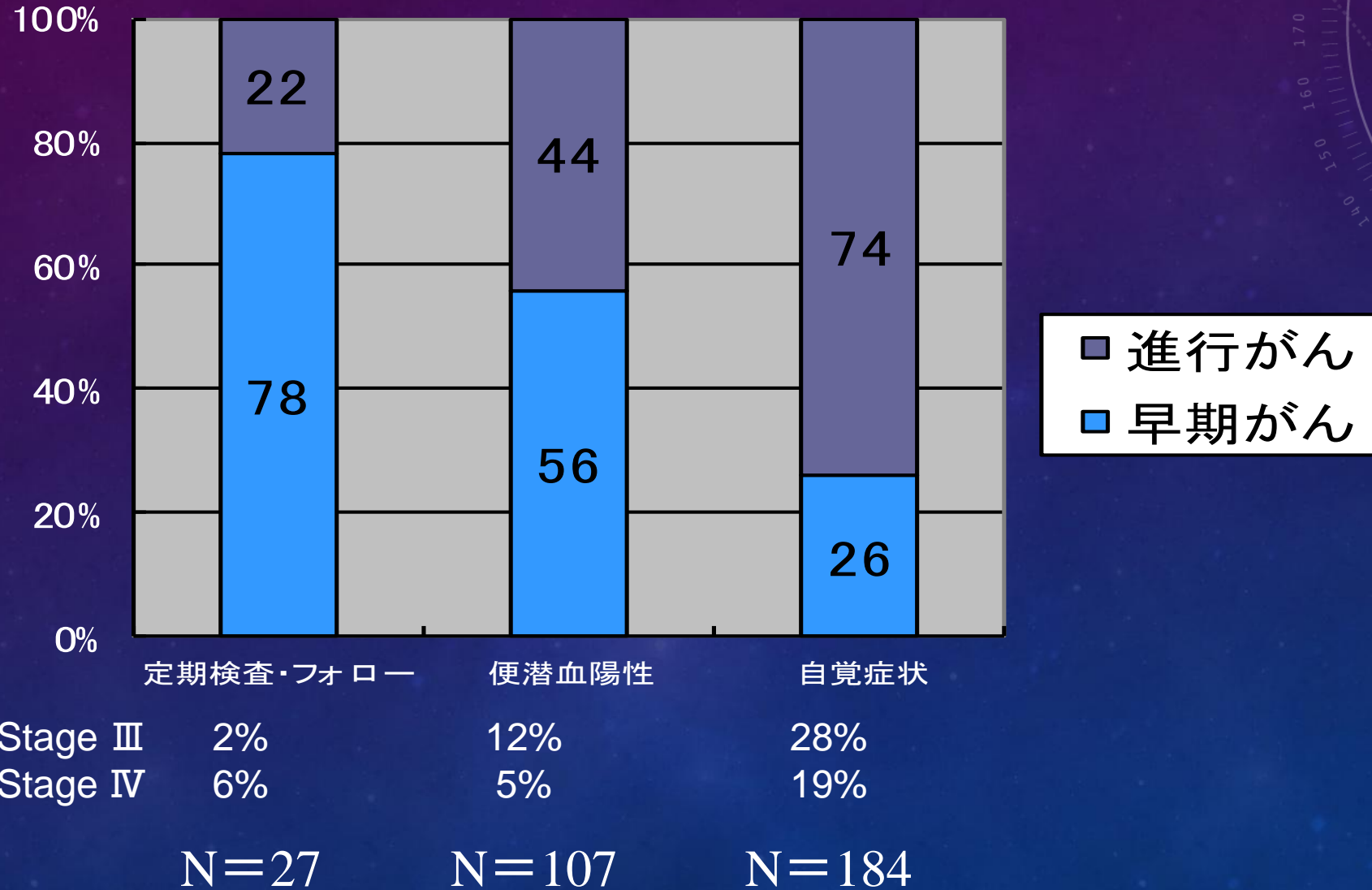
■ 便潜血陽性 ■ 自覚症状 ■ 経過観察
■ 他院紹介 ■ その他

2011-2014



■ 便潜血陽性 ■ 自覚症状 ■ 経過観察
■ 他院紹介 ■ その他

発見動機別進行度



2014年に便潜血陽性で発見された大腸がん

	発見がん数(全体での比率)	2014に実施された大腸内視鏡検査数 (全体での比率)
69才以下	17(50%)	2415 (63%)
70-74才	5 (15%)	496 (17%)
75-79才		463 (13%)
80-84才		214 (6%)
85才以上		58 (2%)

75才未満VS75才以上
検査数4対1 がん数 2対1

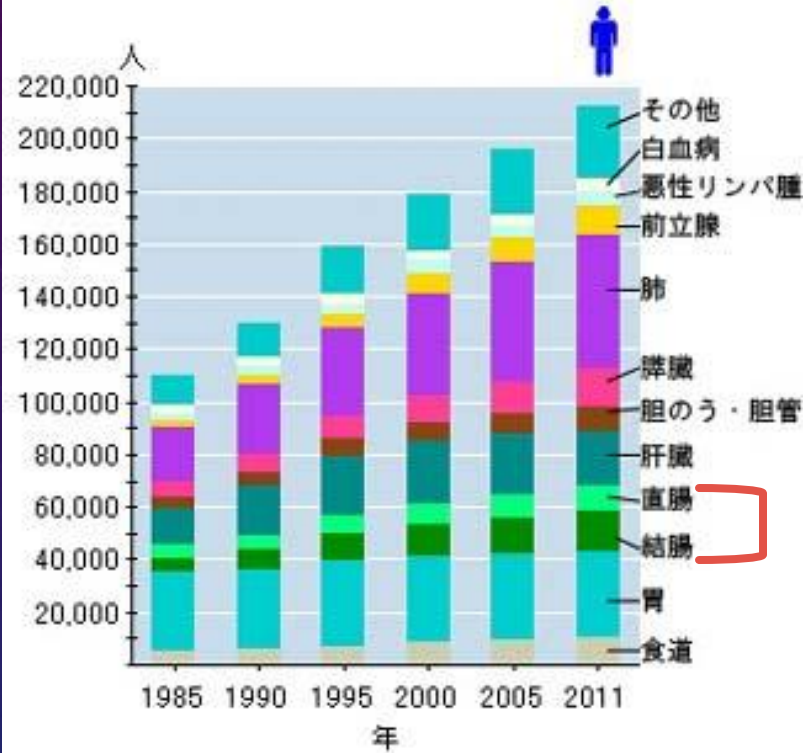
2.大腸内視鏡検査の威力 ～日米大腸がん検診比較など～

↑ 中待合 ⑩内視鏡センター



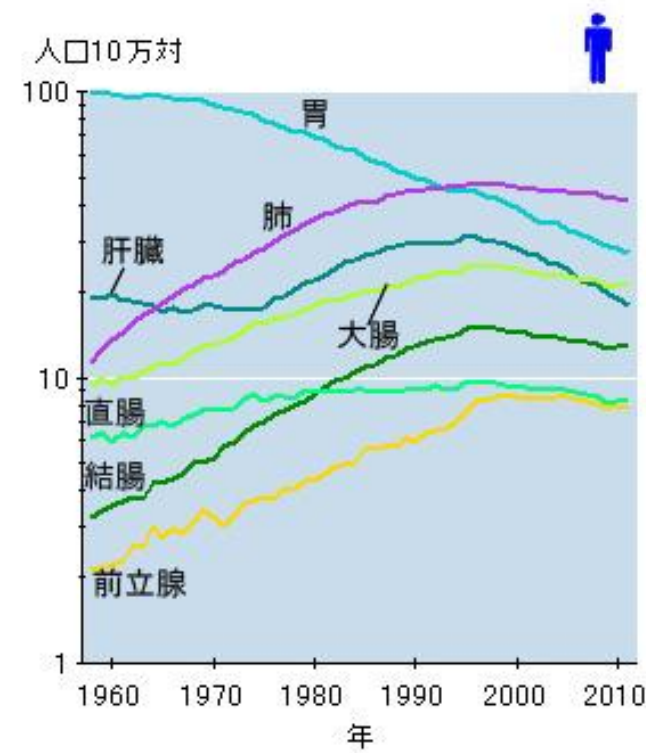
日本における大腸癌死亡の現状

部位別がん死亡数の推移
(男性)
[全年齢 複数年]



資料: 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

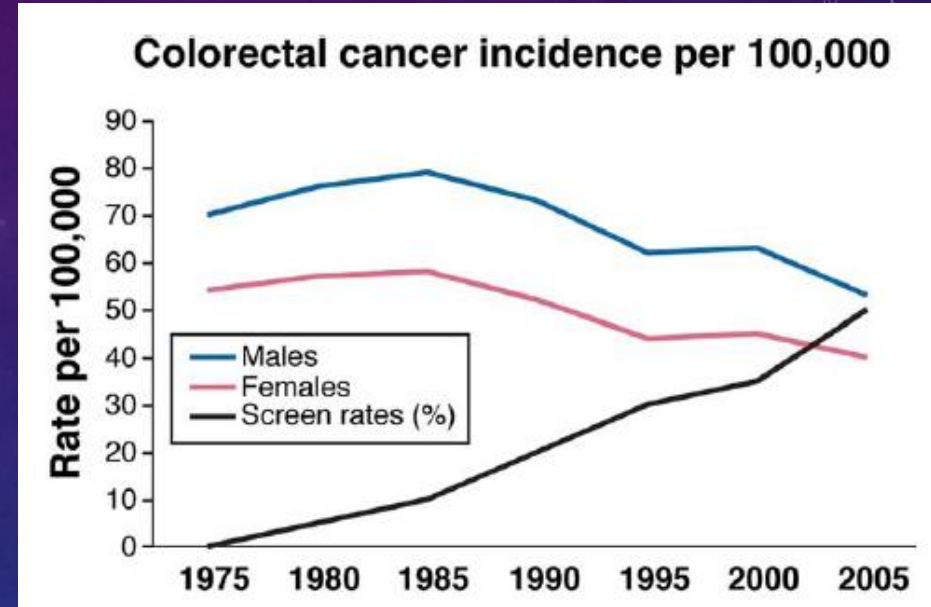
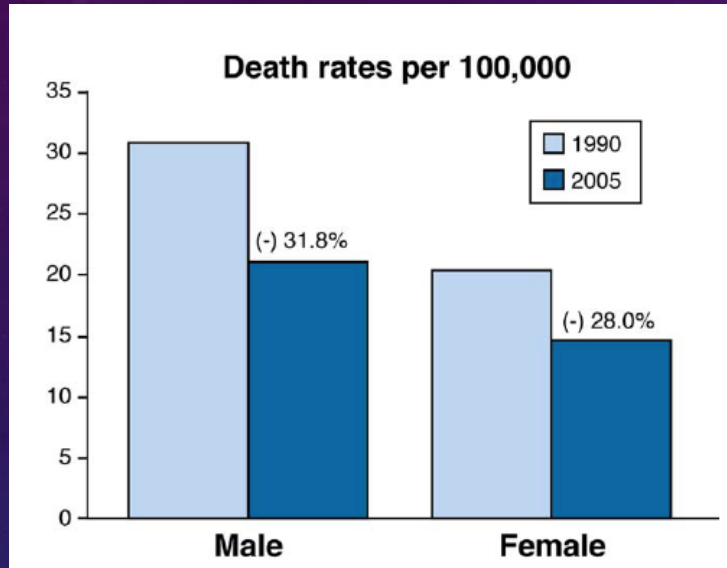
部位別がん年齢調整死亡率の推移
(主要部位・対数)
[男 1958年~2011年]



資料: 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

日本は、年齢調整で微減、実数で微増

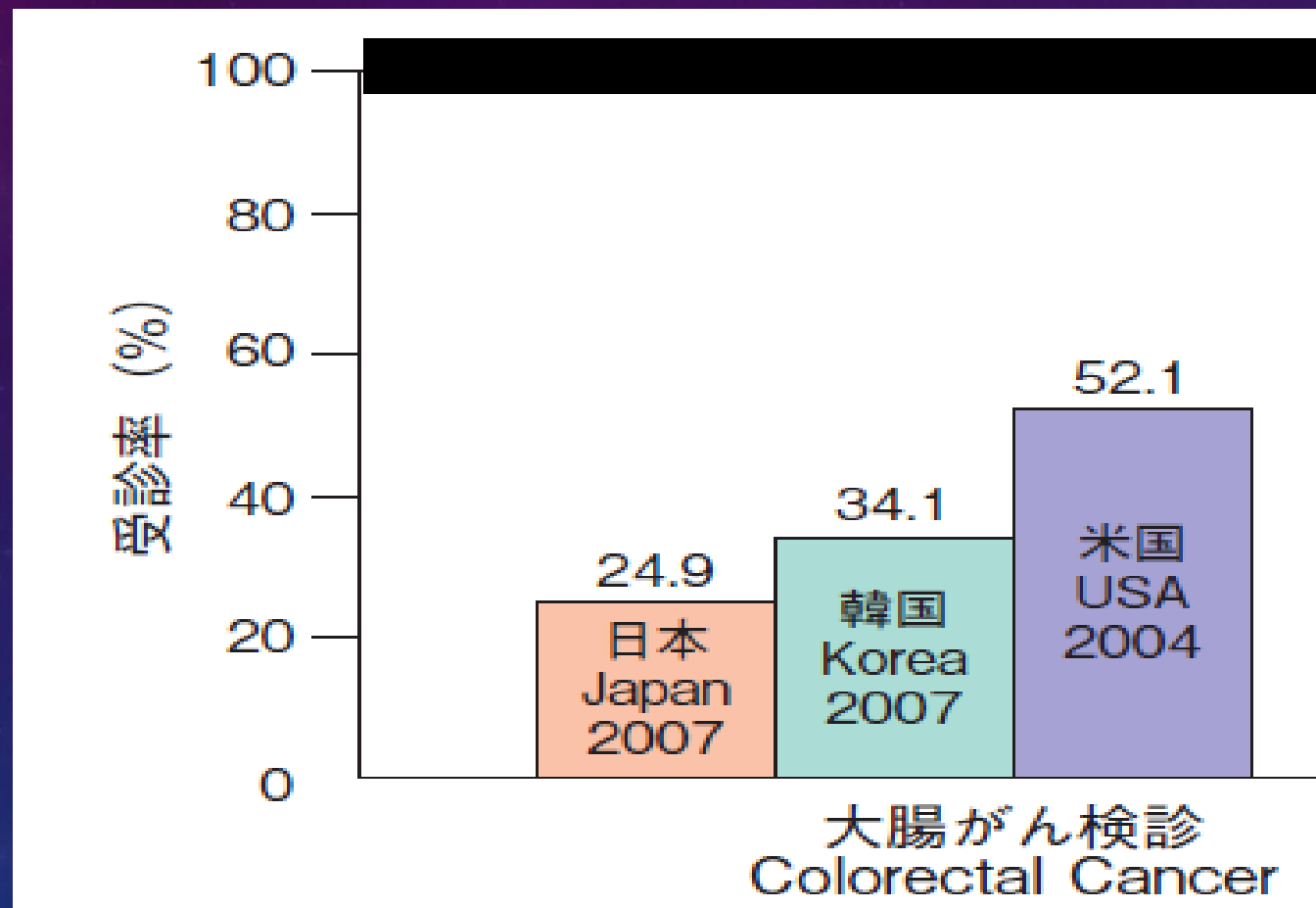
米国における大腸癌死亡の現状



Jemal A, et al. Cancer statistics 2008. Cancer J Clin 2008;58:71-96.

米国は、15年間で年齢調整死亡率で -30% !

大腸癌検診 受診率 -2008-



大腸癌発生予防効果

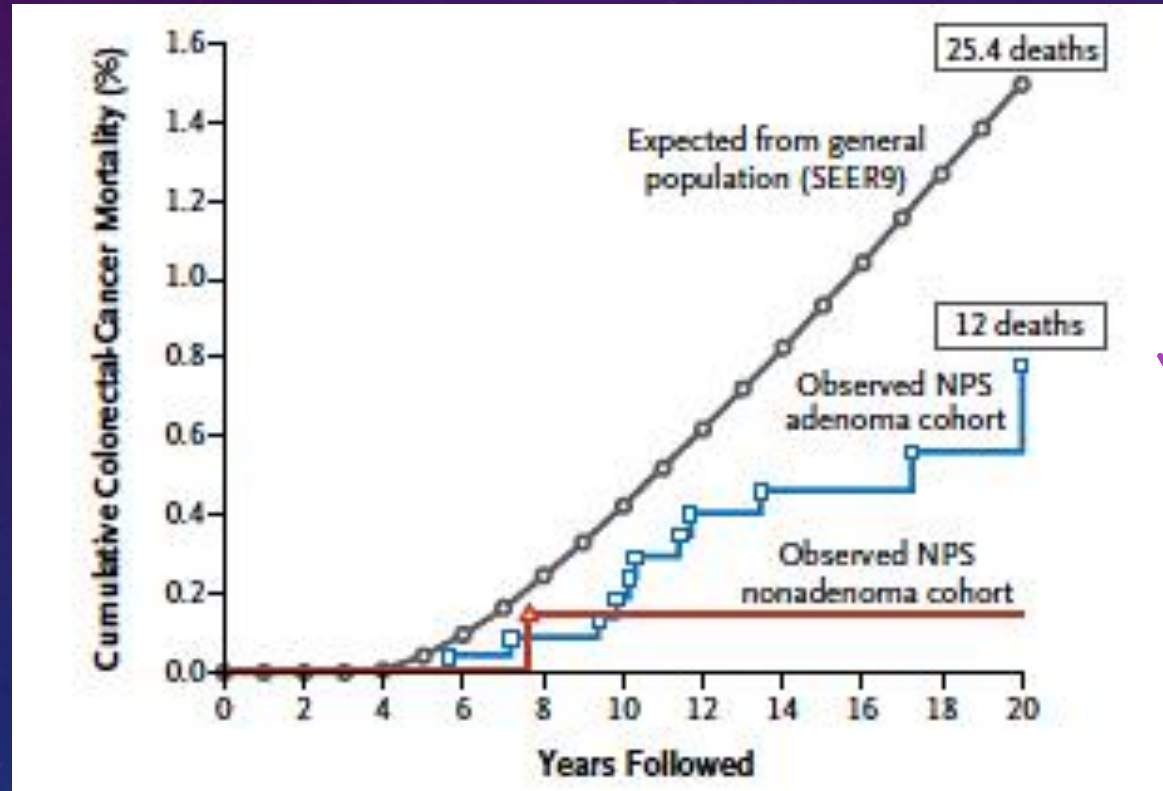
Table 3. Incident Colorectal Cancer, According to Time since Last Negative Colonoscopy.*

Variable	No Lower Endoscopy	Years since Last Negative Colonoscopy				
		≥15.1	15.0–10.1	10.0–5.1	5.0–3.1	≤3.0
No. of person-yr	980,154	1668	10,929	54,601	99,783	131,333
No. of cases of colorectal cancer	1164	3	8	51	70	77
Age-adjusted hazard ratio (95% CI)	1.00	0.69 (0.20–2.32)	0.26 (0.11–0.58)	0.50 (0.37–0.68)	0.40 (0.31–0.52)	0.35 (0.27–0.45)
Multivariate hazard ratio (95% CI)†	1.00	0.65 (0.19–2.23)	0.26 (0.12–0.59)	0.52 (0.38–0.70)	0.40 (0.31–0.52)	0.35 (0.28–0.45)

1回の内視鏡で、3年以内は65%、10年で約5割の大腸癌抑制!

予防効果の程度は議論あるとしても、
最低1回の大腸内視鏡は、将来の大腸癌を予防する!

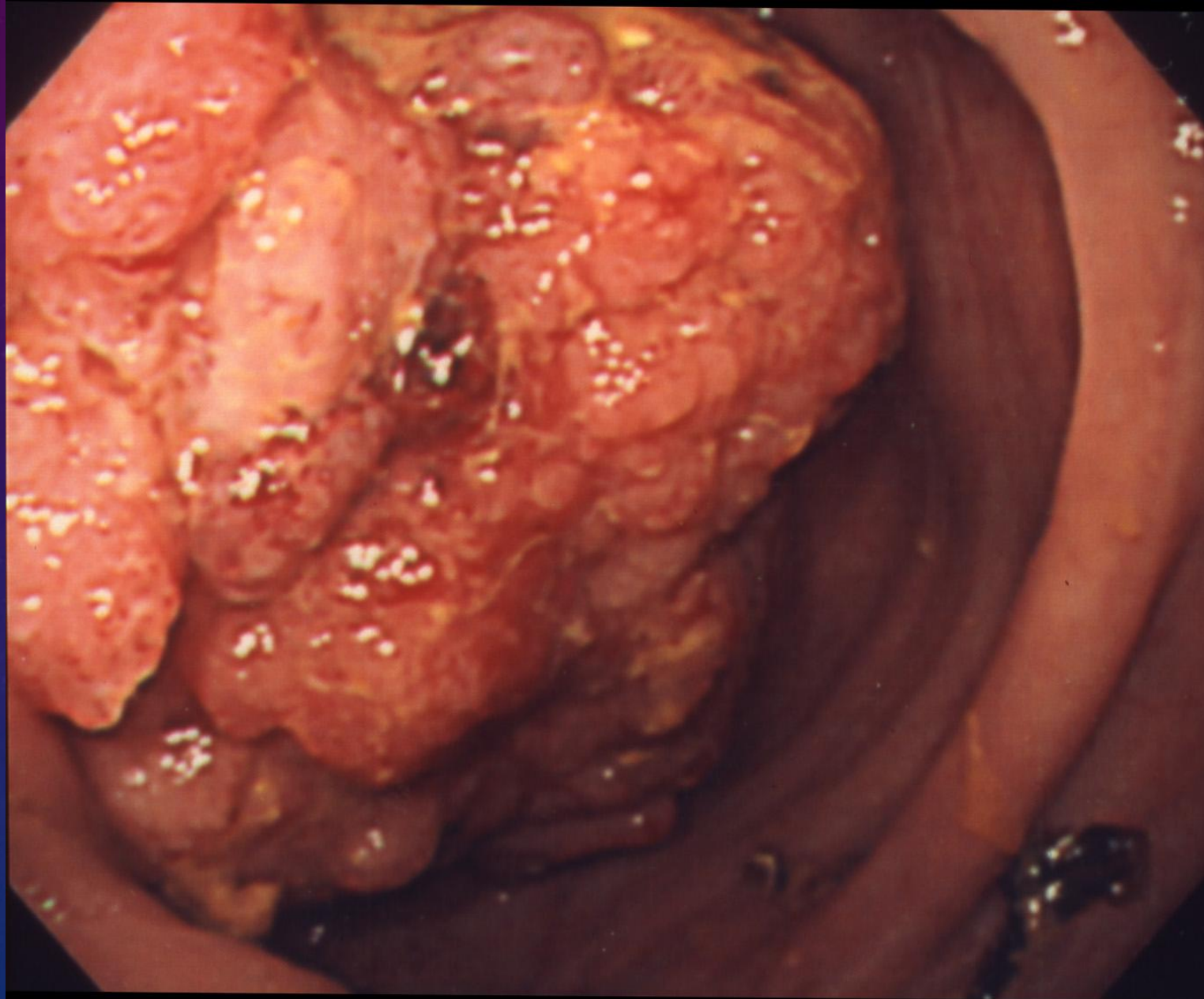
COLONOSCOPIC POLYPECTOMY AND LONG-TERM PREVENTION OF COLORECTAL-CANCER DEATHS -NPS COHORT-



2回以上の内視鏡
(ポリープ切除→3年後)

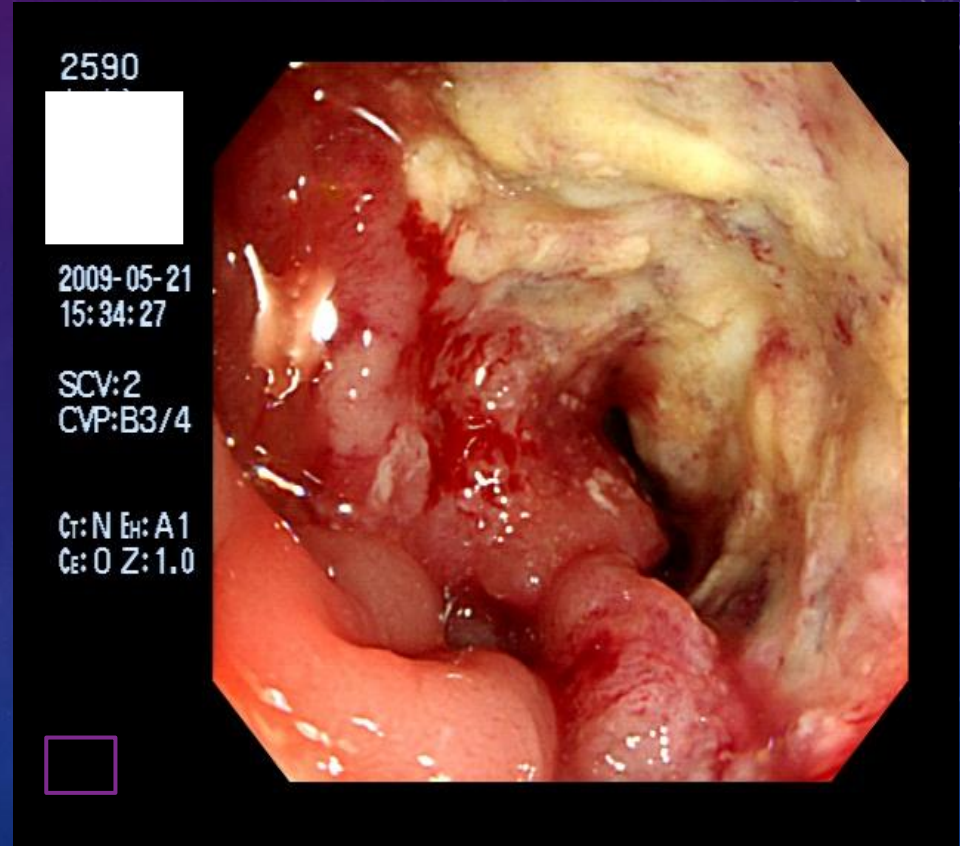
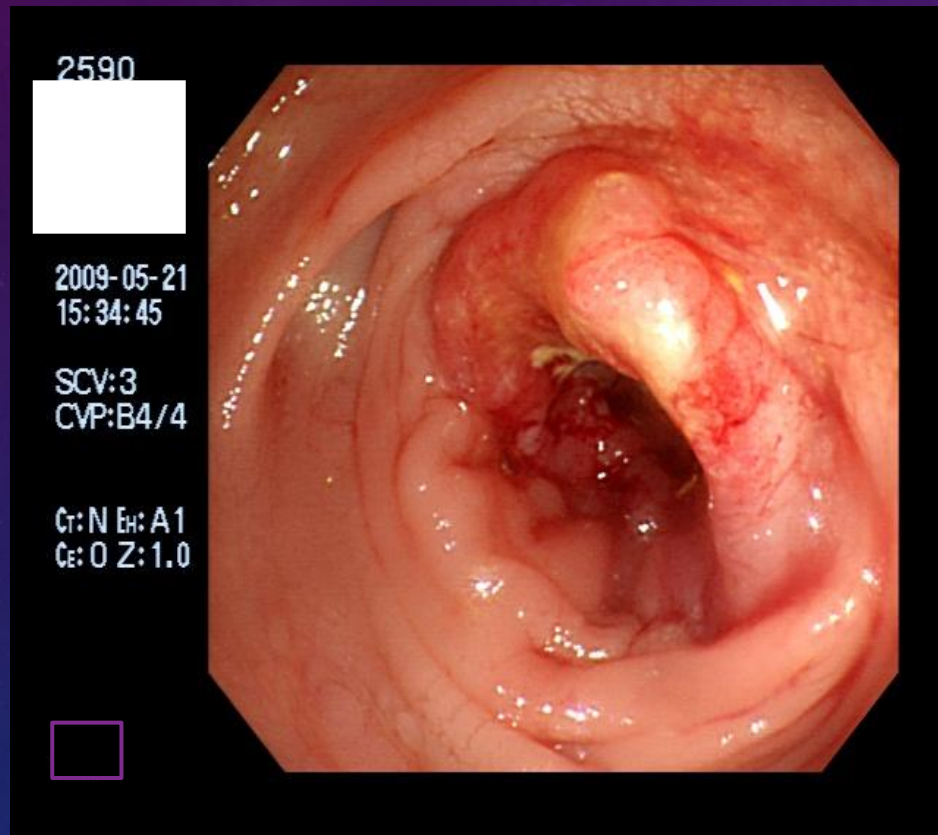
53% 死亡減少！

半年前検便陰性 直腸癌



FK
77才
♀

便潜血陽性なのに放置 進行大腸がん・肝転移で発症



小括 1 (内視鏡の威力)

- 米国では、大腸内視鏡を検診に取り入れることで大腸癌死亡を減少させた。日本は実数で微増、年齢調整で微減。
- 1回の内視鏡後10年は、5割の大腸癌発生を抑制。
- 高危険群では、治療しても1回の内視鏡では大腸癌発生を抑制できず、増加した。
- 内視鏡医のADRの違いで、その後5年のinterval cancerの発生に違いがある。

内視鏡センター

3.当院における大腸内視鏡関連偶発症の検討

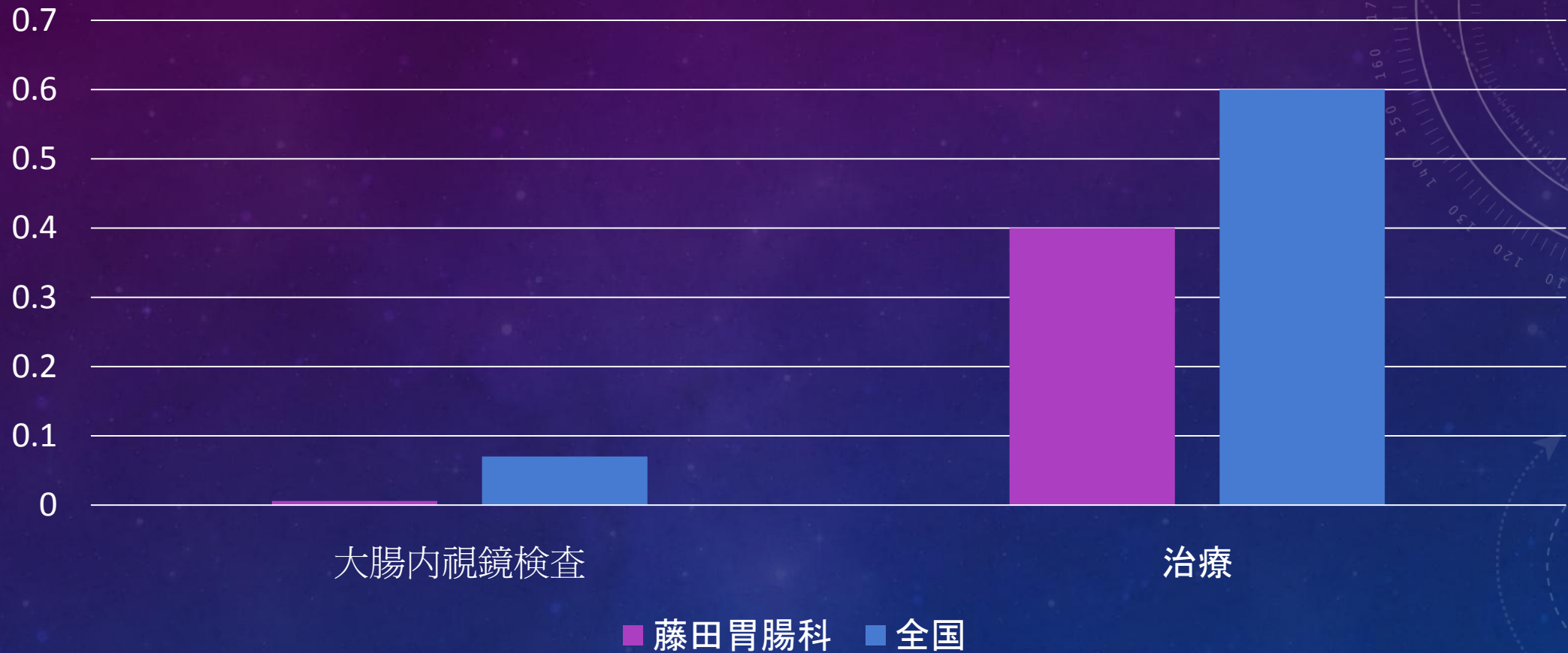


当院における大腸内視鏡関連偶発症(2008-2012)

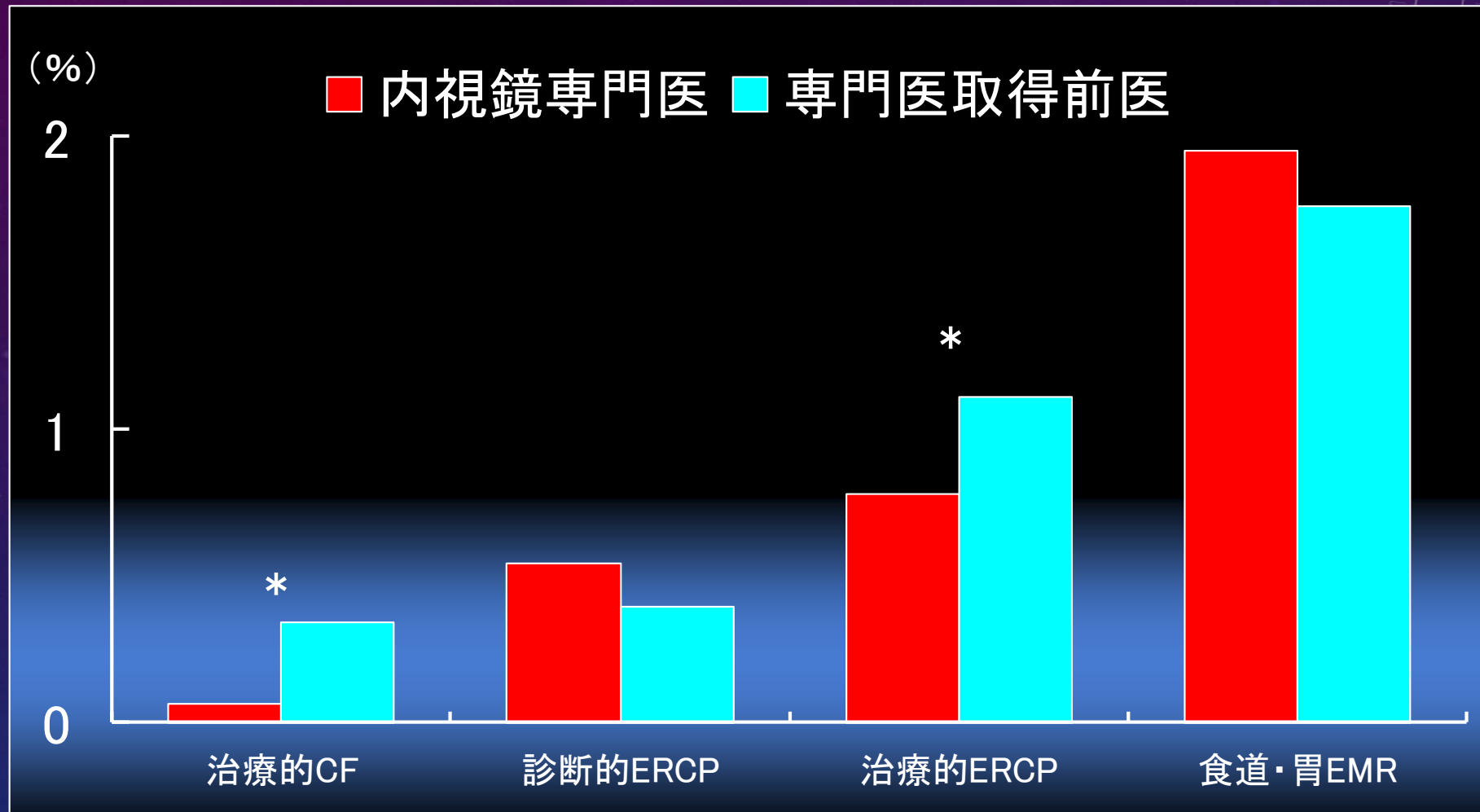
～第6回消化器内視鏡に関する偶発症全国調査～

	総検査数	偶発症発生例数 (死亡例数)	偶発症発生率 (%)	備考
大腸スコープ	17817	1(0)	0.0056%	直腸反転観察時裂傷
大腸内視鏡治療	4479	20(0)	0.44%	出血10人穿孔3人 腹膜炎6人その他1人

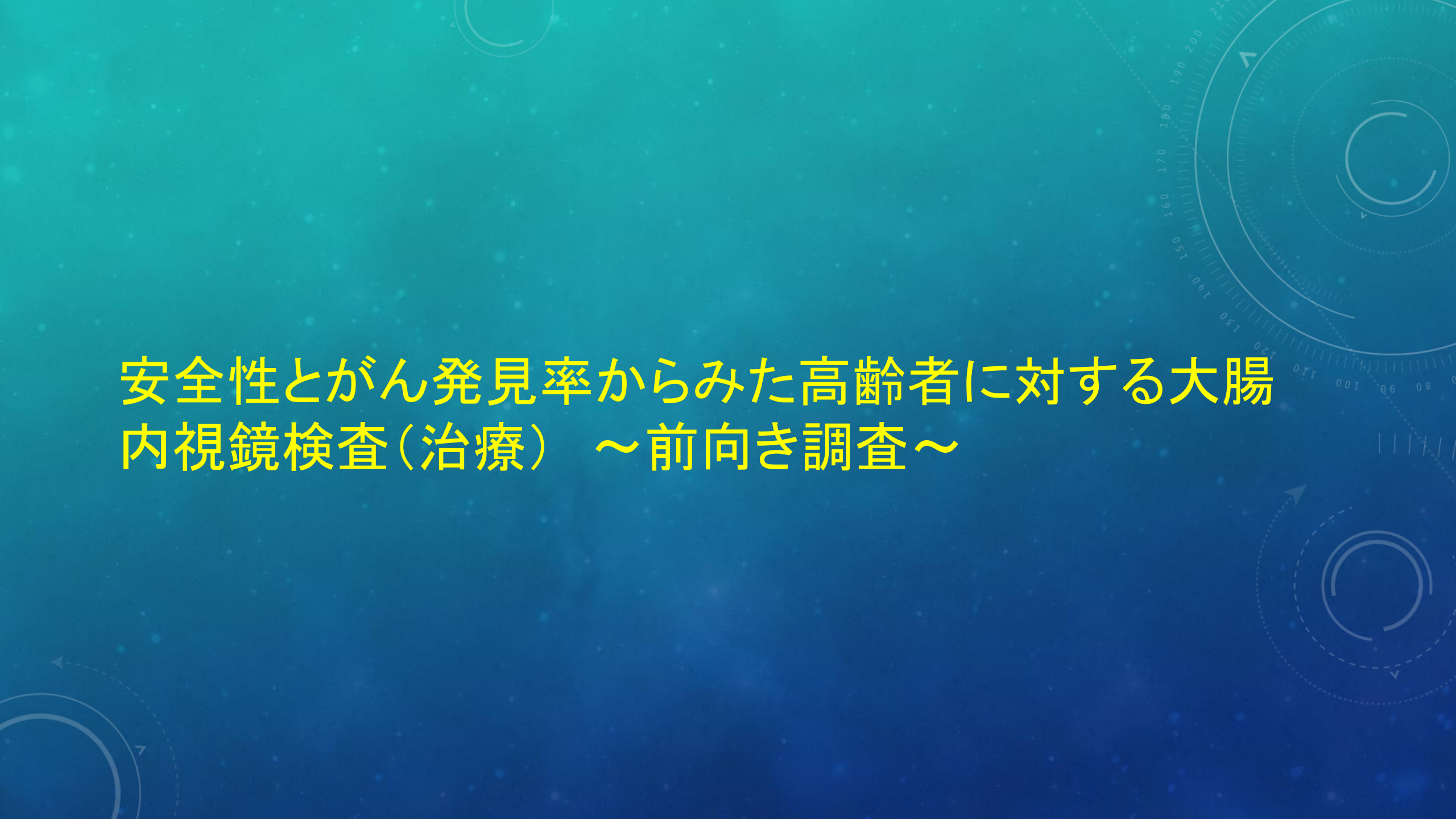
大腸内視鏡関連偶発症



施行者別の偶発症発生頻度 (京都府立医大付属病院、1995～2003年)



* : $p < 0.0001$



安全性とがん発見率からみた高齢者に対する大腸
内視鏡検査(治療) ～前向き調査～

対象と方法

対象：2014.8-11月に当院で施行したCSおよびERの全症例

方法：偶発症を軽微なものを含めすべて、検査前・検査中・検査後にわけ前向きに調査した。

検査前

前日 ラキソベロン1本(便秘者は前々日から)
当日ガスモチン3錠+マグコロール 1500ml モビレップ1000ml

起こり得る主な偶発症

- 腸閉塞
- 脱水(嘔吐)
- 電解質異常
- 虚血性腸炎など

内視鏡検査中・後

起こり得る主な偶発症

- 迷走神経発作
- 過喚気症候群
- 出血
- 穿孔 など

インシデント 記録用紙

大腸カメラ インシデント

検査実施日 平成 26年 9 月 10 日

ID.	5360	氏名	藤田 一郎	年齢	62 歳
検査前	ラキソベロン	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 過度の下痢	<input type="checkbox"/> 気分不良	
		<input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> その他()		
	前処置薬	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 嘔吐(嘔気)	<input type="checkbox"/> 気分不良	
		<input checked="" type="checkbox"/> 欬めない	<input type="checkbox"/> トイレから出れない	<input type="checkbox"/> その他()	
	便の状態	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> その他()		
高圧浣腸	<input type="checkbox"/> 有り (回)				
その他	()				
検査中	バイタルサイン	<input type="checkbox"/> 血圧低下 (BP 80以下)			
		<input type="checkbox"/> 脈圧低下 (P 50以下)			
		<input checked="" type="checkbox"/> SPO2低下 (SPO2 90%以下)			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 気分不良	<input type="checkbox"/> 発汗	<input type="checkbox"/> 顔色不良	
	<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 嘔気(嘔吐)	<input type="checkbox"/> 意識レベル低下		
その他	()				
検査後(帰宅後)	身体状況	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 腹部の張り	<input type="checkbox"/> 血便	
	その他	()			

検査前 ラキソベロン
前処置薬(マグコロールP・モビレップ)
便の状態
高圧浣腸の有無
その他

検査中 バイタルサイン
身体状況(気分不良・顔色不良など)
その他

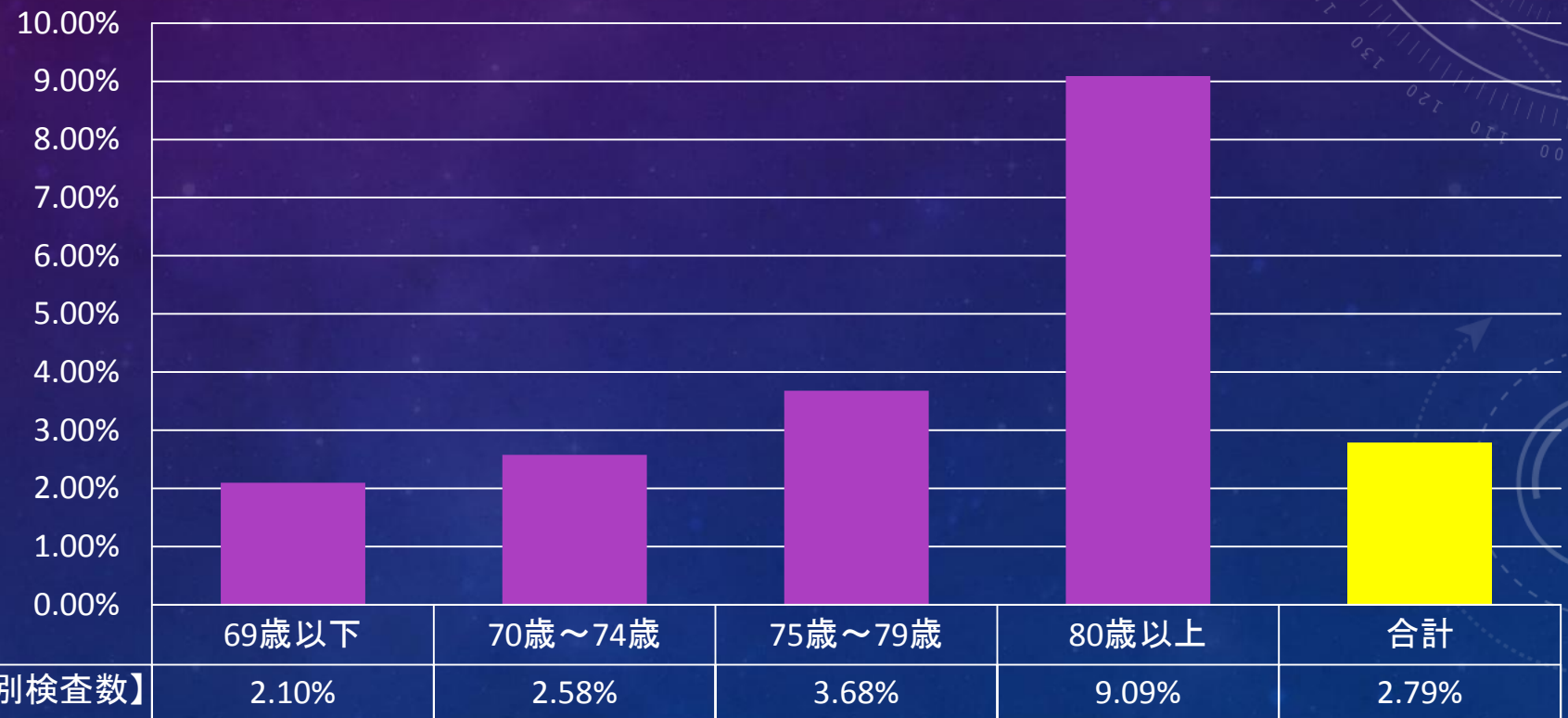
検査後 身体状況(腹痛・はり感など)

年代別CF検査数 インシデント発生数(率)

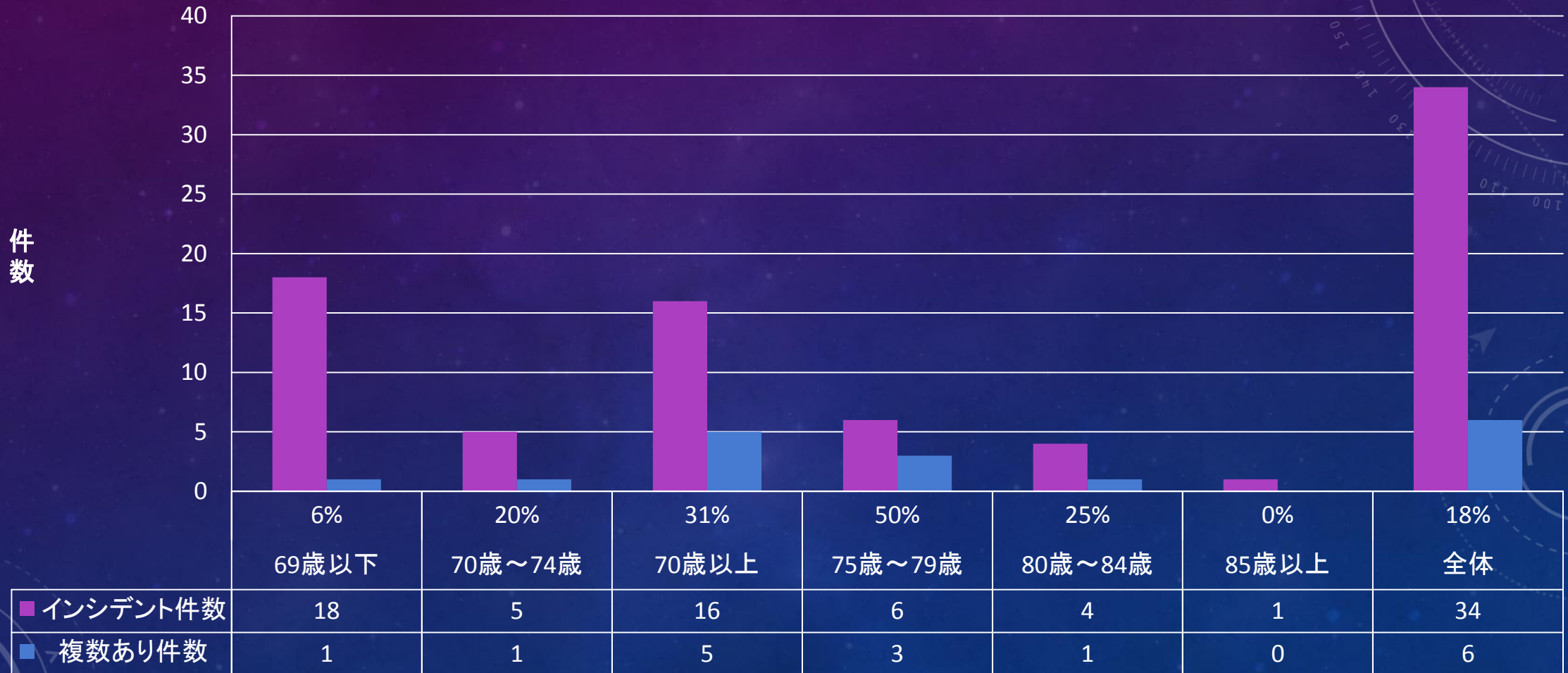
	インシデント発生件数	対象総検査数	インシデント年齢別割合 【件数/年齢別検査数】
69歳以下	18(50%)	858(66.4%)	2.10%
70歳～74歳	5(13.8%)	194(15.0%)	2.58%
75歳～79歳	6(16.6%)	163(12.6%)	3.68%
80歳以上	7(19.4%)	77(6.0%)	9.09%
合計	36	1292	2.79%

大腸カメラ インシデント 年代別 発生割合

2014年 8月～11月



大腸カメラ インシデント複数発生年齢別 件数・割合



大腸カメラ インシデント発生時期別集計



小括 2（大腸内視鏡検査の偶発症）

- 当院における大腸内視鏡関連偶発症は、全国調査のデータに比し低いデータとなったが、前向きに調査し軽微なものを含めると実態は報告よりかなり多いものとなった。
- 大腸内視鏡関連偶発症（インシデント）は、高齢になるほど発症率が高かった。
- インシデント発症時期は、若年では検査前がほとんど、高齢者では、検査前・中・後いずれの時期にもあり、また複数あるケースが多かった。

4.その他 大腸がん手術データ



大阪医大における80才以上の手術成績 (N=192)

	ASA1-2 (n=159)	ASA3- (n=33)	p値
手術時間(分)	205 ± 69	205 ± 46	0.9540
出血(ml)	43 ± 11	31 ± 10	0.4184
輸血(%)	11/159 (6.9%)	3/33 (9.1%)	0.6622
郭清 (D0-1/2/3)	29 / 70 / 60	6 / 20 / 7	0.2665
開腹移行(%)	11/159 (6.9%)	4/33 (12.1%)	0.3108

ASA アメリカ麻酔科学会全身状態分類

Class1: 一般に良好。合併症無し。
Class2: 軽度の全身疾患を有するが日常生活動作は正常。
Class3: 高度の全身疾患を有するが運動不可能ではない。
Class4: 生命を脅かす全身疾患を有し、日常生活は不可能。

大阪医大における80才以上の術後成績

	ASA1-2(n=159)	ASA3-(n=33)	p値
排ガス(日)	2.4 ± 1.5	2.8 ± 1.4	0.1064
排便(日)	4.3 ± 2.4	4.5 ± 2.1	0.7698
食事開始(日)	5.1 ± 4.5	6.3 ± 5.2	0.2168
入院日数(日)	22.7 ± 2.1	19.5 ± 3.0	0.3859
30日死亡率 (%)	0.6 (1/159)	3.0 (1/33)	0.2163
合併症(%)	30.8 (49/159)	30.3 (10/33)	0.9535
縫合不全	4.4 (7/159)	0 (0/33)	0.2195
SSI	9.4 (15/159)	9.1 (3/33)	0.9509
イレウス	9.4 (15/159)	3.0 (1/33)	0.2258

高齢者に対する腹腔鏡下大腸手術 (高齢者 VS 若年)

年	雑誌	対象	N	背景	結果
2013	Annals of Coloproctology	75歳以上 vs 75歳未満	n=92 vs n=824	高齢者でASA高い	・75歳以上でoverall complication多いが, severe complicationは有意差なし
2011	The American Journal of Surgery (IF:2.776)	75歳以上 vs 70歳以下	n=91 vs n=379	高齢者で心疾患, 合併症併存率高い	・合併症率は有意差なし, 年齢はrisk因子とならない ・30日死亡率は高齢者で高く, risk因子は合併症併存率と手術時間の延長で, 年齢はrisk因子とならない
2010	Tech Coloproctol (IF:1.533)	75歳以上 vs 75歳未満 Case control	n=50 vs n=50	有意差なし	・合併症率が高齢者で有意に多く(24% vs 8%), 高齢はrisk factorとなり得る
2009	Journal of Gastrointestinal Surgery (IF:2.361)	75歳以上 vs 75歳未満 直腸癌	n=44 vs n=228	高齢者でASA高い	・合併症率に有意差なし ・高齢者の方が食事開始が早い(2.2日 vs 3.0日)
2008	Surgical endoscopy (IF:3.427)	65歳以上 vs 65歳未満	n=183 vs n=81	高齢者で男性が多い	・合併症率に有意差なし
2008	The American College of Surgeons	70歳以上 vs 75歳未満	n=75 vs n=103	高齢者で心肺合併症多い	・合併症率, 在院日数に有意差なし

OK

OK

OK

OK

OK

総括

大腸がん発見・大腸がん死抑制に対し、大腸内視鏡検査・治療は大きな効力を有している。しかし高齢者ほど大腸内視鏡関連偶発症(インシデント)は多く、またその効力は術者の力量・被検者の状態などにより異なるため、症例ごとに検査・治療(の利益・不利益)を検討すべきと考えられた。