〔平成２９(2017)年２月５日〕

読売新聞

地球を読む

これからの検診

垣添　忠生
日本対がん協会会長

昨年10月に日本癌学会、日本癌治療学会が相次いで開催された。両学会とも研究者、医療従事者はもちろんのこと、がん患者、患者団体の参加も多かった。社会に開かれたがん研究、がん診療という流れが明らかになった。

両学会で繰り返し指摘されたことの一つに「がん予防・がん検診」の重要性がある。とりわけ膵がんに代表される難治がんにも取り組むべきだとの意見が多く出され、患者団体からの要望の声も高かった。

これを踏まえて私は、検診に関する新しい技術開発の可能性、がんにかかりやすい人の絞り込み方（リスクの層別化）、高齢者のがん検診のあり方、検診後の患者のQOL（生活の質）や検診費用などの問題について論じたい。

難治がん発見 進む新技術

日本では、胃、肺、大腸、子宮頸部、乳房の五つのがんに対する検診が自治体などで行われている。だが、膵がんは早期発見の手法がなく、進行がんで発見された人はほとんどが1年以内に亡くなる。致死性の高さからも難治がん中の難治がんとして人々から恐れられ、死亡者も年々増加し、2015年には3万2000人と、がん死亡の4番目になっている。早期発見の手法の開発が急がれる。

国立がん研究センターは、「apoA2」と呼ばれる血液中のたんぱく質が膵がんを早期に発見するためのマーカーになることを発見した。これを受けて同センターと、以前から膵がんの早期発見に取り組んできた日本対がん協会鹿児島県支部は、神戸大や横浜市大などと研究チームを結成した。このマーカーの有効性を確かめる大規模な臨床研究を、早ければ本年夏にも始める予定である。

新しい検診手法が開発されれば、治療法の研究も進むと期待され、膵がんの治療体系も一変する可能性がある。

今、注目されている検査手法に「リキッド・バイオプシー（Liquid biopsy）」がある。がんを正確に診断するには、内視鏡や針を使って組織を取る生検（バイオプシー）を行う必要がある。これに対して、がん細胞由来のDNA（デオキシリボ核酸）を血液や尿などの体液から検出する手法がリキッド・バイオプシーだ。細胞の遺伝子解析が安価で迅速に実施することが可能になったために登場してきた検査手法である。

がんと関連があるたんぱく質を調べる従来手法に比べ、リキッド・バイオプシーはがん細胞そのものから出されるDNAを調べるので、早期に精度高くがんの有無をチェックできる可能性がある。また、組織を取る生検に比べ、患者の負担が少ない。様々ながん検診への応用が期待される。

〈2面に続く〉

地球を読む

1面の続き

遺伝子解析技術などが進み、がん検診の手法が大きく変わる可能性がある。

がん細胞由来のDNAを検出する「リキッド・バイオプシー」により、APC、KRAS、p53などといった発がん遺伝子を調べることで、早期の大腸がんを病期1期でも50％の確率で診断できるという。従来の便潜血検査を補強できる可能性がある。

また、大腸がん、膵がん、胃がん、食道がん、乳がんなどでは、がんが早期から転移へと進むにつれて、リキッド・バイオプシーによるがん検出率が上昇することが報告されている。

国立がん研究センターが、大腸がん検診に熱心に取り組む日本対がん協会福井県支部のようなところと連携すれば、大腸がん検診に関するリキッド・バイオプシーの有用性や限界について短期間で検証することも可能だろう。

一方、子宮頸がん検診では既に、新しい手法が試みられている。

子宮頸がんはヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染によって発生し、進展する病気だ。検診では、子宮頸部の組織を取ってがん細胞があるか調べる細胞診が行われる。これに加えて、細胞診検査の残りの組織からHPVの遺伝子を検出する検査を行う併用法が新たに登場した。

この併用検診により検診精度が高まる可能性が出てきた。日本産婦人科医会はこの手法を推奨しており、今後2年以内に、子宮頸がん検診の指針が改訂されるだろう。

高齢者 術後の生活も考慮

がんを早期に発見する新しい手法の開発に加えて、「リスクの層別化」も重要である。がんになるリスクの高い人はしっかりと検診し、低リスクの人は緩やかに検診する、または検診をしない、という考え方だ。検診の利益を最大化し、不利益を最小にする上で大切である。

良い例が胃がんである。胃がん発生にはヘリコバクター・ピロリ菌の慢性感染で起こる萎縮性胃炎が大きく関わっている。そこで、ピロリ菌の感染の有無と、萎縮性胃炎の指標であるペプシノーゲンの測定値によってリスクを層別化する。

胃がんについては50歳以上を対象に2年に1回の検査が勧められているが、ピロリ菌がなく、ペプシノーゲンの値も低ければ、検診間隔を延ばしてもいいかもしれない。公的研究費による臨床試験が近く開始されると聞いている。

がんを巡る状況として最近急速に浮上してきたのが、75歳以上の高齢者がんの増加問題である。男性の平均寿命が80歳であることを考えれば、がんの発症年齢が寿命に近づいた高齢者の場合、多くのがんは積極的な治療の対象とはならない、とする考え方もあろう。自分の場合はそうするつもりである。

私は月に1度、日本対がん協会のがん相談を担当している。気がついたのは、相談者の年齢がいくつであっても、がんと診断されると患者も家族も必ず治療を強く希望することだ。

早期がんであれば、かなりの高齢者でも根治を目指した治療が可能である。ただ、その場合でも、余命の短い高齢者において、手術を受けることが手術・療養生活という不利益を超える利益があるかを慎重に考える必要がある。

他方、進行がんであれば、患者、家族にとって治療の負担は重く、かつ国にとっては医療費の高騰を招く一因となる。不利益は大きなものとなる。

欧米先進国では子宮頸がん、乳がん、大腸がんを対象に多少のバラツキはあるが、受診年齢の上限は60〜74歳として実施されている。一方、我が国では上限の規定がない。また、検診には必ずしも治療を必要としない、おとなしいがんを見つけてしまう過剰診断と過剰治療の問題もある。

現役世代のがん検診が死亡率の減少を目指しているのに対し、高齢者はQOL（生活の質）の維持が目標となるだろう。これら様々な問題点について、日本対がん協会は昨年、本部内に新設した「がん検診研究部」でじっくり検討を続けており、解決につなげる提言をしたいと思う。

垣添忠生氏　1941年生まれ。東大医学部助手などを経て国立がんセンター病院勤務。手術部長、院長、総長、名誉総長を歴任。2007年3月から現職。

英文はあすのジャパン・ニューズに掲載する予定です