

Dr. 和の町医者日記



「がんの基礎知識」シリーズ ⑭

今回はちょっと難しいけれど大切なお話をします。女優の川島なお美さんは毎年、人間ドックとPET検査を受けられています。PET(陽電子放射断層撮影)検査は、CT検査ですから、毎年受けると放射線被曝が心配ですが、絶対にがんで死にたくないという思いがあったのでしょうか。

取(生検といいますが)し、顕微鏡で見て、良悪性を判定します。その所見はグループ1〜5で表現され、「グループ4」はがんを強く疑う、「グループ5」はがんが確定です。一般的に、グループ4か5で初めてがんと診断され、手術などの治療が行われます。

PET検査で肝臓に直径1.7センチの病変が疑われたのは平成25年7月。半年後に手術し、胆管がんと確定するのですが、腫瘍発見時には、それが良性か悪性か確定しなかったのです。がんが強く疑われるも確定しなかったため、半年間も迷われたのです。

では、内視鏡で見て明らかにがん病変であるのに、生検でグループ4や5が出なかったときはどうするのでしょうか。その時は再度、検査します。それでもがん細胞が証明できないときは、内視鏡やCTなどの画像所見などから、総合的に「がんが強く疑われる」との判断で治療に進むこともあります。



がんの確定診断とはがん細胞を証明することです。胃がんであれば、内視鏡で胃の組織を採

肺がん検査で行う喀痰検査では、たんの中に含まれる細胞を観察します。胃の場合は組織検査ですが、たんの場合はバラバラになった細胞だけで判定するので、細胞診といえます。甲状腺や乳房のしこりを細い針で刺し、その先に付いた細胞を診る場合も細胞診で、クラス1〜5と表現され、クラス4と5ががんとして扱われます。

長尾和宏 (ながお・かずひろ) 東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」はいずれもベストセラー。関西国際大学、東京医科大学客員教授。57歳。

兵庫 庫

細胞診は組織診より精度が劣ります。いずれも病理専門の医師が顕微鏡をのぞいて判断しますが、医師によって意見がくい違ふこともあります。肺がんの場合、気管支鏡で細胞をとりに行きますが、病変が気管支の奥の方にあつてうまくとれない場合もあります。良性か悪性か判定ができない場合は、病変が小

胆管がん 平成25年の国内の胆管がんの死亡者数は男性が約8900人、女性が約9300人で、それぞれ、がん死亡者数全体の4%、6%を占める。胆のうがんは女性に多く、胆管がんは男性に多い。罹患(りかん)率の国際比較では、日本人は他の東アジアの国や欧米に比べて高い傾向にある。

がんの確定診断がつかないとき

医療の不確実性

さければ、CTで経過を診て判断する場合もあります。1〜3カ月後、再びCTを撮って比較するのです。がんであれば、病巣が大きくなり、形が変化します。

さて、川島さんのような胆管がんの場合、組織診や細胞診が困難なことが多い。肝臓がんも同様ですが、造影CTや血管造影のパターンで、良性か悪性を判定しています。川島さんは半年後に腫瘍が大きくなったので、「やはりがんだろう」と覚悟して手術されました。

実は川島さんのように、良性か悪性が明確な結論が出ないことは、現実のがん診療の場でも時々あります。そんな場合、手術は一種の賭けといってもいいでしょう。小さな肺病変であれば、切除した組織で初めて診断がつくこともあり、治療的診断といえます。

以前、10人以上の肺がん専門医が画像診断で肺がんと診断し、外科手術したものの、手術標本の病理検査では結核だったという例がありました。また、膀胱がんの疑いで手術したけれど、結局は慢性膀胱炎で、良性病変だった例もありました。

どんなに検査をしてもがん細胞が証明できず、白黒つかない悩ましいケースは少なからず存在します。一方、画像診断のみでがんを診断し、治療に進んで初めて病名が確定する場合もあります。がん医療には、不確実な部分もあるのです。