



迷ったときの  
**医者選び**  
**東京**

決定版、ついに登場!

- ①取材組(37人)が1年間、徹底取材
- ②実績、実力本位で載せています
- ③がん・脳・心臓から老人介護まで全分野

21世紀の実力医師374人

国立がんセンター中央病院 内視鏡部消化器科

## 藤井 隆広 医員

東京都中央区築地5-1-1 TEL: 03-3542-2511



藤井 隆広 医員

<スタッフ>神津隆弘・斉藤 豊

### 特色

早期大腸がんのリンパ節転移の危険性を検討、内視鏡切除術の適用基準を広げている。また、拡大内視鏡でポリープの種類や深達度を判定し、その場で治療することも可能。藤井医員は、発見しにくいために欧米人には少ないと思われてきた陥凹型のがんの発生率に人種の差がないことを証明するなど、その診断能力の高さには定評がある。

### 治療

早期大腸がんの内視鏡切除術は、リンパ節転移の危険性のほとんどない粘膜内がん(mがん)に適用されるのが一般的。粘膜下層に浸潤したがん(smがん)でも、リンパ節転移率は深達度の浅い順にsm1で2~3%、sm2で6~8%、sm3で8~12%だが、従来はリンパ節転移の有無は組織を取って顕微鏡で検査するしか方法がなく、smがんであればすべて開腹手術を行ってきた。

しかし、リンパ節転移のないがんはできるだけ内視鏡で切除すべきとの考えから、同医員は①粘膜下層への深達度、②組織の異型度(高分化より低分化腺がんのほうが細胞が転移しやすい)、③リンパ節や静脈など脈管への浸潤の有無などを基準にリンパ節転移率を検討。その結果sm1またはsm2を疑う深達度のがんにまで内視鏡切除術の適用を広げている。さらに、大腸の病変を100倍まで拡大して観察できる拡大内視鏡を導入。ポリープの種類(非腺腫、腺腫、がん)や深達度まで、ほぼ9割は内視鏡検査だけで判定することができるようになっており、基準に合えばその場で治療することもできる。局所再発率・転移・再治療のケースはほとんどないが、リンパ節転移の危険性はまったくゼロではないので、インフォームド・コンセントを徹底して、患者に効果と危険性を十分理解してもらったうえで、最終的な治療法の選択を行っている。

同医員は治療だけでなく、内視鏡を使った大腸がんの早期発見にも力を入れている。とくに表面型や陥凹型の大腸がんは10mm以下でも早い段階で粘膜下層に浸潤することが多く、早期発見が肝要だが、経験の浅い医師だと見逃すことも少なくない。さらに、食生活の欧米化などにより、小腸に近い右半結腸に表面型や陥凹型のがんが発見されるケースも増えている。このため全大腸内視鏡検査をする必要があるが、S状結腸から下行結腸を越えるのが難しく、患者に苦痛を与えることがある。同科では同医員の指導で大腸のモデルを使って内視鏡の操作訓練を行っており、患者が苦痛なく検査を受けられるよう工夫。大腸がんの早期発見に力を入れた結果、同センターの1960年代の大腸がん治療症例数(mがんを除く)約700例のうち、smがんはわずか3%だったのが、90年代には約1,600例のうち18%がsmがんが発見され、治療されている。

### 関連情報

大腸がん内視鏡検査・治療の第一人者である秋田赤十字病院の工藤進英部長は、2001年春開院の昭和大横浜市北部病院(港北区)に教授として赴任予定。そのほか、国立がんセンター東病院内科の佐野 寧医師、順天堂医院消化器内科の寺井 毅講師、新宿海上ビル診療所消化器病センターの木庭郁郎センター長も大腸がん内視鏡検査・治療で定評。

### 専門医からのアドバイス

大腸がんは症状が出る前に発見できれば外来で簡単に治療することができます。また、早期がんの40~60%が、進行がんでも5~10%が便鮮血テストで陰性になることがありますので安心はできません。40歳を超えたら必ず1回は内視鏡検査を受けましょう。

外来診療日 金曜日