

連 載

がん予防学雑話(24)
非メラノーマ皮膚癌、予防対策

青木 國雄

メラノーマに比べ、非メラノーマ皮膚癌患者数は極めて多い。1994年、米国だけでも毎年85万以上の新患者の発生があり、癌全体に占める割合は第一位である。しかし早期に発見しやすく、治療法もあり、致命率が特に低いので社会的不安度も大きくなく、基本的ながん登録にも含まれてない。それで関心が低かった一面もある。しかし、最近は頻度の高い白人でも増加傾向があり、低率だったアジア各国、その他、世界的に患者の増加が観察されている。それで、致命率は低くても死亡数が目立つようになったわけである。増加の原因は高齢人口の増加によるところが大であるが、太陽紫外線曝露量の変化との関連も重視されている。その他生活環境の変化もこれに寄与している。日本は低率国であったがこの15年間に2倍以上の増加をしている。年齢別罹患率を1988年のがん登録資料からの推計値でみると、男は10万対、45-49歳で1.5, 65-69歳は9.4, 75-79歳は22.8, 85歳以上は45.9, 女子はそれぞれ、1.2, 4.5, 18.0, 52.3であり、驚くほど高齢者の罹患率が高い。ハワイの日系米人も増加しており、最近の市橋の調査ではインドネシアでも男は癌全体で皮膚癌がもっとも頻度が高かった。

非メラノーマ皮膚癌は基底細胞癌 (Basal Cell Carcinoma, BCC) と有棘細胞癌 (Squamous cell carcinoma, SCC) に大別される。BCC はもっとも頻度が高いが、転移が極めて低率であり緩慢な進行であるので、死亡は極めて少ない。SCC も予後はよいが、転移が認められるので、早期発見、治療が必要である。ただ両者とも再発はあるので、治療後の経過観察、指導は重要である。発生部位は体の露出部位に多いが、BCC は躯幹にもかなり発生があるので注意を要する。

発生要因について

非常に多くの疫学的調査があるが、共通して、白人に発生が高率で有色人は低い。特徴として、毛髪の色が黒いほどリスクが低く、うすくなるほどリスクは高く、瞳の色は茶褐色はリスクが低く、みどり、青い色は高い。北欧系、ケルト系の民族にリスクが高く、アジア系は低い。また陽焼けしやすい人はリスクが高く、日光への曝露時間が長ければリスクは増加する。つまり宿主要因は重要であるが外的な曝露も問題である。特に低い罹患率の国々の頻度が増加していることは環境要因の関与の大きさを示唆している。ただ、これまでの調査は大規模な研究が少なく、また最近の生活環境の変化も著しいので、さらなる研究、調査が求められていた。米国では1986年から約5万人を対象としたコウホート研究が開始され、その中間報告が1999年に van Dam らによりなされている。これは観察期間が30万人年をこし、期間中に1,030人の患者発生があり、発生率も70歳以上では10万対2,340と45-49歳の4倍以上と高く、リスクを検討するのに適切な集団であった。この報告で要因別の相対危険度をみると、毛髪の色別では、黒髪のリスクを1.0とするとブロンドは1.65, 赤毛は2.37, 瞳の色では茶褐色を1.0とすると、青は1.38, みどり・とび色は1.41と高い。陽焼け歴でみると、戸外の陽光曝露で皮膚が褐色になり、しかも皮膚の炎症はない群を1.0とすると、炎症をおこし、それから褐色になる群は1.67, 炎症をおこし、さらに皮膚の剥離がある群は2.29であった。一方北欧系のリスクを1.0とすると、南欧系は0.79, 非白人は0.42と低くなる。これらの発生要因が重なるとリスクは増加する。例えば、瞳が茶褐色で、黒髪で、陽焼けに強い群に比べ、瞳の色がうすく、ブロンドか赤毛で、陽焼けし、皮膚が剥離する群ではリスクは3倍高くなる。過去にひどい陽焼けを経験した群ではしなかった群に比べ1.2-1.5倍リスクが高く、量と反応の関係が伺われた。しみ、そばかす、ほくろ(3mm以上のもの)が前腕にあるものは、ないものに比べリスクは1.2倍であった。陽焼けについては、10歳代に週1回以上水泳着など露出度の大きい衣服で陽光曝露をうけたものは、そうでない者より1.3-1.4倍のリスクが高かった。居住地が陽光の多い地域(緯度など)の者は少ない地域に比べリスクは高く、居住年数とも関連があった。子供時代に紫外線曝露量の少ない群や、10歳までリスクの低い地域に住んだ者は、ハイリスク地域に移住してもリスクはあまり高くならなかったことも重要である。これらの結果はいままでの研究成績を追証し、さらに数量的に

リスクを測定したわけである。喫煙に関しては BCC は関連がなく、また BMI (肥満度) と関係はなかった。

紫外線以外では、皮膚癌と関連する化学物質や薬剤曝露が指摘されており、その他慢性炎症、例えば結核など抗酸菌症、皮膚疾患、それに免疫抑制状態(移植、その他)があればリスクは高くなる。色素性乾皮症など皮膚癌の感受性の高いグループは紫外線などで、より若年で、より高率に発症をみることは周知である。

皮膚癌の予防

皮膚癌は外的要因を排除、または回避することが第一である。外的要因のうち、職業性あるいは生活環境の有害物質は、最近排除、規制がかなり厳しいのでここではふれない。もっともこうした対策は手をゆるめず続けねばならない。現代は新しい物質が次々に導入されるので、チェックと監視、衛生教育の強化が必要である。

一般的には、やはり紫外線対策が重要である。その第一は、予防教育である。知識により癌原性要因に関心を大きくさせ、態度と行動を変化させるからである。皮膚癌は若年発症も少なくなく、また若年での紫外線など外因曝露歴が将来の発生率に関連があるので、少なくとも小学校からの教育が必要であり、教師、両親を交えた教育啓蒙が必要である。地域社会、職場、団体、また高齢者の集まりなどでも、機会をとらえて繰り返し新しい情報を伝える必要がある。前述した感受性の高い集団には特に教育は有効である。

具体的な第一次予防

発病を予防できれば最善である。紫外線に対する具体的な方法を、現在ハイリスクの国々でなされている対策を学ぶのも効率的である。以下はその一例である。

日差しの強い時間は外出を避ける。戸外労働では、できるだけ日陰を利用する。

衣服を考え、出来るだけ露出部位を少なくする。

帽子をかぶる。日差しの強いときはひさしが大きい方がよい。

日焼け止めクリームなどをぬる、サングラスをかける。

日当たりの良い部屋では遮光を考える。

発生率の高いオーストラリアでは、Slip, Slop, Slap というスローガンを教育に用いている。さっとシャツを着て(Slip)、日焼け止めや日焼けスクリーンをつけ(Slop)、帽子をスポンとかぶる (Slap)。子供にもよくわかる調子の良い言葉である。樹木を植えて日陰をつくろうというのもこの国ならでの発想であろう。

遮光を続けると皮膚癌のリスクを約40%低下させるとの報告がある。食生活についてはニンニクや野菜、果物を多くとるグループではリスクを半減せしめたとの報告もある。これらは実際の予防対策として重要と思われるが、研究が多くないので、さらに多くの地域でのデータが必要である。

その他、慢性の疾患とか薬剤長期服用と関連する問題については、医療関係者と患者の協力が第一である。

早期発見

より直接的な対策は第二次予防、つまり早期発見にある。これには自己検診と集団検診、個別受診がある。自己検診は、日常、自分自身で機会のある毎に、全身の皮膚の状態をよく観察し、しみ、そばかす、ほくろ、色素斑などを見つけ、その状況、部位とか形状、数などを記録し、心配な部位があれば診断をしてもらうことである。時々観察してそれらが拡大したり、変形があれば、すぐに専門医と相談することである。全身がみえる鏡があるとよい。ハイリスクの人は、見えない部分も他人に見てもらうことも必要である。

皮膚癌多発地域では、自覚症状のないこれら皮膚癌の早期発見には集団検診が有効である。ただ集団検診はかなりの費用を要するので、経済的効率が論議される。効率は住民の受診率にも関係があり、事前の啓蒙や検診推進組織の活動が要請される。集団検診は疑わしい者の検出であり、病の診断ではない。それで、疑わしい人は精密検査をうけねばならない。でなければ集団検診の意義はなくなる。一般的に精密検査受診率が高くないからである。精密検査受診システムの確立、つまり受けやすくすることも重要である。診断確定までの受診者の不安などの対策も不可欠である。過剰な不安は避けねばならない。さらに、検診では個人のプライバシーへの配慮は常に優先して考えねばならないことである。

皮膚癌のリスクが低かった地域では、医療関係者の再教育が必要である。病気の頻度や病態は年々変化しており、見落としの危険がないわけではないから

である。患者が自由に相談できるカウンセラーシステムの充実がわが国では特に緊急である。

再発があるので、治癒した患者への指導や追跡調査システムの確立も重要である。

組織型で若干予防方法が異なるが、基本は同じである。ただ感受性の差で、リスクがかなり異なるので、ハイリスク群は個人的にも、地域社会的にもいくつかの対策を実施せねばならない。

皮膚癌の世界的な環境対策については割愛するが、人口の高齢化は世界的で、とくに新しい世紀は高齢者の激増が推計されているので、皮膚癌への関心をより強める努力も必要である。予防できる病であり、増大する医療費節約にも大きな影響を持っているからである。

(名古屋大学名誉教授・愛知県がんセンター名誉総長)