

巻頭言

がん治療の変遷を鑑みて

近畿大学医学部附属病院副病院長

近畿大学医学部泌尿器科学教室教授

植村 天受

先日、第49回日本癌治療学会代議員会に奥野, 中川, 西尾, 西村(敬称略)の4人の本学教授とともに出席した。各種委員会報告とともに、この半世紀におけるがん医療の移り変わりについての話が名誉会員らよりあり、日本のがん医療を支えてきた苦労話に感銘を受けた。がん治療の進歩はここ数年めざましいものがあり、まだ四半世紀と短いながら、がん医療に携わってきたものとして自らの視点で振り返ってみた。

小職が医学生であった昭和50年代は、CTが実臨床の場に登場して数年しか経過しておらず、今から考えると撮影するのに時間がかかるし、画像も不鮮明であり、早期がんの検出は極めて困難であった。症状が出てから検査を進めるが、現在と比べると進行がんの比率が高く、手術をしても再発することが多かったといえる。また、再発したり、転移のある症例に対しては、現在同様、放射線療法や化学療法が中心となるが、現在のようによい制吐剤や骨髄抑制に対する支持療法もなく、治療成績は惨憺たるものであった。すなわち「がん=死」という概念が、一般的な考えであった。その後、シスプラチン(白金製剤)を始めとする新規化学療法剤やG-CSFなどの支持療法が登場し、転移性・進行性がんの生存期間は飛躍的に延長することとなった。患者および家族に対する説明内容も現在とは全く異なっており、患者自身へ「がん告知」することはまれで、インフォームドコンセントという言葉もポピュラーではなかった。また、「ピンクリボン」キャンペーンなどの啓発活動や患者向け資料も少なく、一般市民の関心も低かったと思われる。

診断や手術技術の進歩もめざましく、CT, MRI, アイソトープ検査機器はコンピュータの進歩と並行して年々up-gradeされ、腫瘍マーカや内視鏡診断も日常的な位置付けとなっている。たとえば、われわれの泌尿器科領域では、1990年代に入り前立腺がんの腫瘍マーカであるPSA検査が本邦でも普及してきたことから、早期前立腺がんの検出が急増し、いずれ男性の癌罹患率トップになると思われる。手術においては、胸腹部外科や婦人科と同様に内視鏡による体腔鏡下手術が普及し、腎・副腎・膀胱・前立腺などほとんどの腫瘍が体腔鏡下手術でできるようになってきた。また、最近のトピックとしては前立腺がんに対するロボット手術であろう。体腔鏡下手術



では最低3人の術者が必要であるのに比べ、ロボット手術では術野のセッティングさえしてしまえば、1人の術者がゲーム機のようなコンソールで両手両足を用いて行うことができる。米国では鏡視下前立腺全摘術の半分以上がすでにロボット手術となっている。一方国内ではこれまでに20台以上が導入されており、近い将来本学にも導入したいものだ。

次に、がん薬物療法はシスプラチン以降、タキサン系抗がん剤など新規化学療法薬が開発され、徐々にではあるが治療効果の改善がみられる。しかし、白血病などの血液がんを除いては飛躍的な改善があるとは言い難い。代わりにゲフィチニブ(イレッサ)やイマチニブ(グリベック)をはじめとする分子標的薬が開発され脚光を浴びるようになってきた。分子標的療法とは、これまでの化学療法やサイトカインによる免疫療法とは異なり、攻撃する標的分子が明確であるだけでなく、抗腫瘍効果のメカニズムが腫瘍の分化増殖 pathway に則ったものである。血液がんに対する薬剤が多いが、現在、固形がんのなかでは腎臓がんに対する薬剤が多く、VEGF 抗体のベバシズマブ、VEGF レセプターのチロシンキナーゼ阻害薬(TKI)であるスニチニブとソラフェニブ、mTOR 阻害薬であるテムシロリムスとエベロリムスに加え、アキシチニブとパゾパニブの2TKIも近々使用可能となる。実際に近大付属病院で、100人以上の腎がん患者にこれら分子標的薬を用いて治療したが、効果もさることながら、これまで経験したことのない多彩な副作用に悩まされ、一朝一夕にはいかないことを実感してきた。現在、多くのがん腫において、抗体やワクチンをはじめとする新たな分子標的治療が多数開発治験中であり、近い将来実臨床において使用されるようになると思われる。少し手前みその話になるが、実際に「前立腺がんに対するペプチドワクチン療法」が高度医療として、先日厚生労働省より認可され、近日中に病院ホームページに up したいと考えている。このように、これまで使い慣れてきた化学療法剤に加えて新しい作用メカニズムの薬剤がどんどん登場してくる中、単剤使用だけでなく逐次交替治療や併用治療など薬物療法の治療選択肢は多様性を増してきた。それに伴ってわれわれ実臨床医は速い変化に遅れないように常に学習する必要があると思う。

教育の面から考えてみると、がん治療の進歩とともにわれわれ治療医は知識と技術の習得だけでなく、既存の治療法との比較検討を行い、新規治療が本当にこれまでの治療を凌駕するものであるのか、総合的に患者ベネフィットにつながるのか、判断力を養う必要があると思われる。それができるのはわれわれのようながん治療の変遷を実際に経験してきた医師であり、どのように後進を指導していくべきか責任重大だと感じる。鏡視下、ロボット手術しかできない腫瘍外科医を育ててはいけないと思う。これは分子標的治療しか知らない腫瘍内科医も同じであろう。しかしながら、若い医師の興味は常に新しいものに向いており、泌尿器科医の中には体腔鏡下前立腺全摘除術は容易にできるが、開腹での全摘術はできないという医師に時々出会うようになってきた。術中トラブルがあり、開腹術にコンバージョンしなければならない時、どうするのだろうか心配になる。

最後に、温故知新の精神で臨もうと思っていても、学会では臨床研究委員長や教育委員、病院では治験センター長、安全管理、病院経営など、各々の場面で全く相反する意見や政策を進めて

がん治療の変遷

いる自身がいることに気付く。改めてがん治療の変遷を鑑みると、常に平常心で患者の立場になって考えること、すなわち恕の心を忘れずにいることが肝要であると思う。