

公開講座

静岡県立静岡がんセンター

がん医療最前線

～正しい知識と理解～

静岡県立静岡がんセンター公開講座 第10弾「がん医療最前線～正しい知識と理解～」(静岡新聞社・静岡放送、三島市民文化会館主催、県立静岡がんセンター共催、スルガ銀行特別協賛、三島市・長泉町、裾野市協力、同市町教育委員会後援)の第3回が9月22日、三島市民文化会館で開かれ、上坂克彦副院長・肝胆膵外科部長と西村哲夫副院長・放射線治療科部長が「肝臓・胆道・膵臓の最新のがん治療」「放射線治療・陽子線治療の最新情報」をテーマに講演しました。その概要をお伝えします。



県立静岡がんセンター副院長 肝胆膵外科部長 上坂 克彦 氏

1982年名古屋大学医学部卒。96年同大第一外科助手。97年米ハーバード大留学。2002年から静岡がんセンター肝胆膵外科部長、11年同副院長。日本外科学会、同消化器外科学会代表議員・指導医。日本肝胆膵外科学会評議員・高度技能指導医など。

非B・非C型肝炎が増加

肝臓は普通の体格の男性でも1.5^{*}近くある大きな臓器です。栄養分を代謝し、アルコールやアンモニア、薬などを解毒してくれる重要な臓器ですが、大きいために症状が表れにくく、沈黙の臓器とも呼ばれています。

肝臓・胆道・膵臓の最新のがん治療

肝臓がん(肝細胞がん)は、発がん原因が特定されている数少ないがんの一つです。日本人の肝細胞がんの90%は肝炎のウイルスが原因であり、その20%がB型、70%がC型とされてきました。

肝臓がんの手術は、事前にコンピュータ断層撮影装置(CT)や磁気共鳴画像装置(MRI)、エコーなどの画像検査でがんの場所を特定し、術中も超音波で肝臓の中を見ながら正確に行います。肝臓内には血管が複雑に伸びているので、あらかじめ肝臓の血管に所番地を付け、その住所に従って切除部分を特定します。この際、取り過ぎて肝不全を起こさないよう、あらかじめ日本人の医師が確立した「ICG」検査で肝臓の機能評価を行い、切除できる量を決めます。

進化する肝臓がん手術

肝臓がんの手術は、事前にコンピュータ断層撮影装置(CT)や磁気共鳴画像装置(MRI)、エコーなどの画像検査でがんの場所を特定し、術中も超音波で肝臓の中を見ながら正確に行います。肝臓内には血管が複雑に伸びているので、あらかじめ肝臓の血管に所番地を付け、その住所に従って切除部分を特定します。この際、取り過ぎて肝不全を起こさないよう、あらかじめ日本人の医師が確立した「ICG」検査で肝臓の機能評価を行い、切除できる量を決めます。

再発防げる膵臓がん

膵臓(すいぞう)がんは、肝臓がんに比べると治療の方法が限られています。膵臓はお腹の裏にある臓器で、周りは入り組んだ血管に囲まれています。手術は、膵臓の中にできたがんの場所によって異なります。

適応広がる放射線治療

放射線治療の特徴は「切らない局所治療」という点にあります。抗がん剤のように全身投与せず、手術のように切除を行わないなど、体や臓器の形・機能を温存できる治療法です。現在、全体のがん患者さんのうち約3割が放射線治療を受けていますが、今後高齢者のがん患者数が増加することを考えると放射線治療の役割が更に大きくなると思われまます。放射線治療は全身のあらゆる臓器のがんが対象ですが、特に乳がんや肺がんが多く、全体の4割を占めています。

放射線治療・陽子線治療の最新情報

進む高精度照射技術

放射線治療の方法は外照射、密封小線源治療、アイソトープ内用療法に分類されます。最も一般的なのは体の外部から放射線を当てる外照射です。国内で最も普及している直線加速器「リニアック」や、静岡がんセンターなどで使用されている陽子線、重粒子線治療などの「粒子線加速器」などが用いられます。

複数回の照射で治療効果を最大に

放射線治療は通常、複数回の照射が必要です。根治的な治療の場合には毎日1カ月半程度までの治療を行います。一度に多く



県立静岡がんセンター副院長 放射線治療科部長 西村 哲夫 氏

1975年名古屋大学医学部卒。76年都立駒込病院放射線診療科、78年浜松医大放射線科勤務。2002年から静岡がんセンター放射線治療科部長、11年同副院長。日本放射線学会・日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医。

小児に発症することが多い髄芽腫は、脳や脊髄全体に広く照射することが必要です。

このほか、密封小線源治療では子宮頸がんの「リモートアフターローディング法」のような一時的に放射性物質を体内に入れる治療や、前立腺がんが最近よく行われますが、体内に直径1^{mm}ほどの放射性物質を挿入し、その場にとどめる永久挿入療法も行われています。さらにアイソトープを内服したり静脈注射したりするアイソトープ内用療法があります。

さらに近年、膵臓がんの術後に「SU-119」

という薬を使用すると再発抑制効果が強いことが当センターを中心とする研究から立証され、来月から膵臓がんの診療ガイドラインが改訂されることになりました。手術ができない患者さんの抗がん剤治療も進歩し、生存率が改善されるなど、従来厳しかった膵臓がん治療もこの数年の間に大きく前進しています。

質疑応答

事前や当日寄せられた質問を中心に質疑応答が行われました。紙面の都合により、本講座の内容に即した質問事項をまとめました。

- Q 陽子線治療より、重粒子線治療のほうが優れているのではないですか。

西村 どちらも特定の位置で効果が最大になり、体を通り抜けないという「ブラッグピーク」の特性は同じです。治療が必要な患者さん10人中9人は陽子線治療で十分な効果が得られます。肉腫など特別ながんの場合のみ重粒子線治療が必要になります。陽子線治療の対象は、広く小児がんも含まれます。
- Q すい臓がんの早期発見法はありますか。

上坂 早期に自覚症状が出にくいのですが、急に糖尿病になったり、糖尿病が急に悪化したりした場合は注意が必要です。また、頻度は少ないのですが、遺伝性のすい臓がんもあるので、親、兄弟に患者さんがいる場合はリスクを念頭において、専門医に相談してください。

の放射線を当てるとがん細胞と正常細胞の影響の差が出ていくのですが、複数もの治療を行うとその差を大きくすることができます。患者さんにとっては負担となりますが、「有害事象を最小」にして、「治療効果を最大」に高めるために、患者さんごとに線量回数が設定されています。

福島第一原発の事故以来、放射線による発がん、「2次発がん」の問題に関心が集まっています。アメリカで放射線治療を受けた48万人以上の成人の患者さんを追跡調査したところ、「2次がん」のない患者さんは90%、別のがんが発生したが放射線治療と関係のない別の場所だったケースが8・7%、放射線を当てた付近にがんができた割合は0・7%でした。100人に一人程度に放射線の影響が出る可能性があることになりましたが、治療による発がんリスクは、治療によって得られる効果、利益に対してごく小さいと判断されています。放射線治療はがんの診療において重要な役割を果たしていくと考えられています。