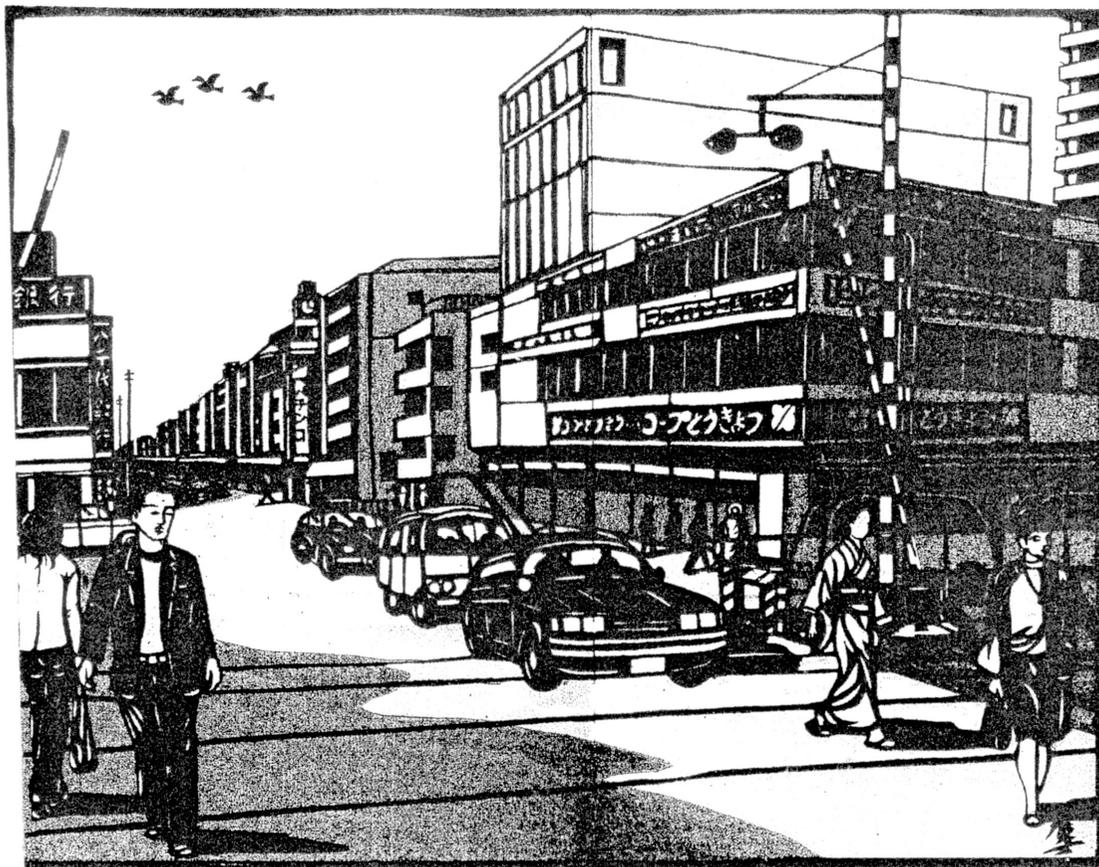


東京 肝臓のひろば

平成 28 年(2016 年) 4 月号 第 211 号

特定非営利活動法人 東京肝臓友の会

〒161-0033 東京都新宿区下落合3-14-26-1001
電話 (03) 5982-2150 振替 00120-6-40564
FAX (03) 5982-2151 口座名 東京肝臓友の会
<http://www.tokankai.com>

JR板橋駅前ふみきり — 東京都・板橋区 — きり絵・佐藤廣士さん

動注療法を含めた肝がん治療公開相談会

【日 時】 2015年1月18日(日)

【場 所】 東京都難病相談・支援センター

【主 催】 NPO 法人 東京肝臓友の会

演 者

公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院 消化器肝臓内科 科長 小尾俊太郎先生

今講演録は昨年1月に行われた東京肝臓友の会主催による公開相談会の内容です。少し前になりますが、肝がんの方には参考になる内容です。掲載にあたりお忙しい中ご監修いただいた小尾先生には紙面にて厚く御礼申し上げます。

司会(米澤) 東京肝臓友の会の米澤です。今日はお天気も良く、皆さんにお集まりいただき、ほっとしています。肝がん部会は立ち上がって2年になります。年2回は開催したいのですがなかなか難しく、今年度はこれが最初の部会です。1年ぐらい前に交流会をしましたが、今日は先生をお呼びしています。公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院、お茶の水にある病院で、ご存じの方もいらっしゃると思います。その消化器肝臓内科科長で病棟部の部長でもいらっしゃる小尾俊太郎先生にお越しいただいています。

質問者1 「動注」というのは短縮した名前ですよ。正式には何というのですか。カテーテルのことですか。

小尾 動注化学療法です。肝動脈にカテーテルという管を入れて、そこから抗がん剤を入れていきます。カテーテルは肝動脈塞栓術でも使いますが、あれとはまたちよつと違って、行っていない病院も多々ありますし、ご存じない方もたくさんいらっしゃると思います。講演会などでの説明があまりない治療法の1つですので、これを機会に、こういう治療もあるということをご皆さんに知っていただきたくて、ご専門でいらっしゃる小尾先生をお呼びしました。では早速、先生のご講演をお願いいたします。

●もくじ

講演
「動注療法を含めた肝がん治療公開相談会」…3

公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院 消化器肝臓内科 科長

小尾俊太郎 先生

PBC・AIH・PSC通信……………32

ジコメン・メディカル(医療情報)No.32……………33

サポーター制度……………34

東京肝臓友の会 活動日誌……………34

街頭キャンペーン報告……………34

情報BOX……………35

患者会からの行事案内
書籍紹介

1. はじめに

小尾 はじめまして。杏雲堂病院の小尾と申します。目線を合わせたいのですが、会の趣旨に合うと思いませんので、失礼ですが座らせていただきます。座談会なので、途中でわかんないことがあつたら遠慮なく止めていただいで結構です。できるだけわかりやすく説明したいと思えます。

僕自身は今のところ健康に恵まれていて、病気になるたわけではないのですが、ついこの間、父親が病気で倒れました。今は何とかやっています。が、久しぶりに仕事以外で病院に行つて、「みんな、こんなに苦しんでいるんだ」と、病院の理不尽さというものをしみじみ感じてきました。例えばおじいちゃんが入院しても、お孫さんは面会でできないんですね。「子供は感染源となるので病院に入れませんか」と。言われればそうかもしれないが、しかし僕よりも孫に会いたいのではないかなと思つたりしました。血液のがんで白血球の値が下がっているような人は別ですが、そうでは

なくて、例えば腰痛で整形外科に入院しているおじいちゃんやおばあちゃんにも、一律子どもが面会でできないというのでもどうかあ……とか、あと、面会時間も結構制限されていて、守らないと怒られます。普段ではあまり気がつかなかったことを気がつかせていただいで、いい機会をいただきました。

肝臓病はもともとC型肝炎がすごく多いのですが、今はnon-B non-C（ノンビー・ノンシー）という、いわゆるメタボ肝がんですね。糖尿病外来に通つていて、ある日気がついたらお腹が張つていて、ドーンと大きい肝臓が見つかると、という人が増えています。

糖尿病には「糖尿病教室」というのがありまして、食べ物はどうしたらいいかは栄養士さんが出てきて説明して、検査技師さんがヘモグロビンA1C（エーワンシー）という言葉の読み方を説明したり、薬剤師さんがお薬のこととかを説明してくれます。そういう糖尿病教室と同じものがあつてよいのではないかと医者仲間が考えて、主に慶應大学の加藤眞三教授が発起人になつて、肝臓病教室を日本全国の病院で

普及させるように努力しています。私もそれに関わつていて、私どもの病院でもそういう教室をやつていきます。それは肝臓に限らず、食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、それと肝臓・胆嚢・膵臓が僕らの消化器内科の範疇なので、それらをまとめて「お腹いきいき教室」という形です。

外来は時間も限られて十分な説明ができませんし、短時間で患者さんもよく理解できないと思えます。同じ話を何度もするのでこちらも大変です。患者さんをまとめてお話ししたほうがいいこともあるわけで、その一環として、こういう座談会もいいのではないかと思います。

全く知らない人たちが集まつて病気の話をするというのは、どう運営したらいいのかわからず、何をしゃべったらいいのかわからず、結構難しく考えがちです。しかし平たく考えると、自分が病気になつたとき、一人ではつらい。「なつたことないから、お前にはわからないだろう」というのが本音だろうし、病気になつた者でなければわからないというのは、そこでおりでだと思えます。ですから、どこかで一線を引く必要はあります

が、同じ病気を抱えた人たちが集まつて話したりして、悩みのある当事者同士が絆を持つのは悪いことではないと思えます。僕もできる限りそれには協力したいと思つておりますので、今日はこちらに参りました。

一般的な話がほとんどで、難しい話をするつもりは毛頭ありません。あと、肝がんと部会ということですので、主に原発性肝がんの患者さんにターゲットを絞つて話します。内服の経口剤の話は一切する気もありません。医者の見地からすれば、本当はがんに経口剤を投与す

生きる

れば、ウイルスを消して再発率が抑えられるのではないか? というのはありますが、厚生省が認めていませんので、そのほかの話をしたいと思っています。

「生きる」と書いてあります。(図1) 皆さんも自分で望んでいると思いますし、単純に、僕は皆さんに生きてもらいたいです。修飾語をつけるならば、「少しでもいい状態で、少しでも長く生きてもらいたい」。

動注化学療法はかなり変わった治療法で、世界では全く認められていません。なぜかというところ、今の世界の流れでは、同じような患者さんを無治療と治療する人たちの2つに分けて比較して、治療した人たちの生存率がよくなければ、その治療法は認められません。治療する人をくじ引きで決めて、「あなたは治療します」「あなたは治療しません」。そんなくじ引きは、常識でも倫理的にもできません。だから、いいことはわかっているけども証明できないのが動注化学療法なのです。今日は、動注化学療法をする・しないに限らず患者さんを最後まで診させていたでいる僕の観点から、お話をしたいと思います。

2. まず自己紹介から

まず自己紹介をします。「小尾(おび)」という名前は大抵たいこの辺では読んでもらえませんが、長野との県境、山梨県の北杜市長坂町が僕の出身地です。(図2) 八ヶ岳や清里の清泉寮があります。清里を開拓したポール・ラッシュユのことは聞いたことがあると思います。夏に行く結構いいところですが、冬は寒くてしょうがありません。八ヶ岳の伏流水で湧き水がじやんじやん出ます。昔も今も田んぼしかありませんから水が大事で、水がないと水戦争になります。昔は「おらが村にも水を」と喧嘩になりました。そこで溜まった流れの真ん中に三角形の石を置いて、喧嘩しないように湧き水を三等分に分けて、この地域の人々が幸せに暮らしたとき、という昔話があります。

本当かどうかはわかりませんが、武田信玄が考案して三等分にしたという三分一湧水です。(図2下) 水だけはきれいなところで、汚す人や物がありません。ですからサントリーの白州蒸留所がありますし、ワ

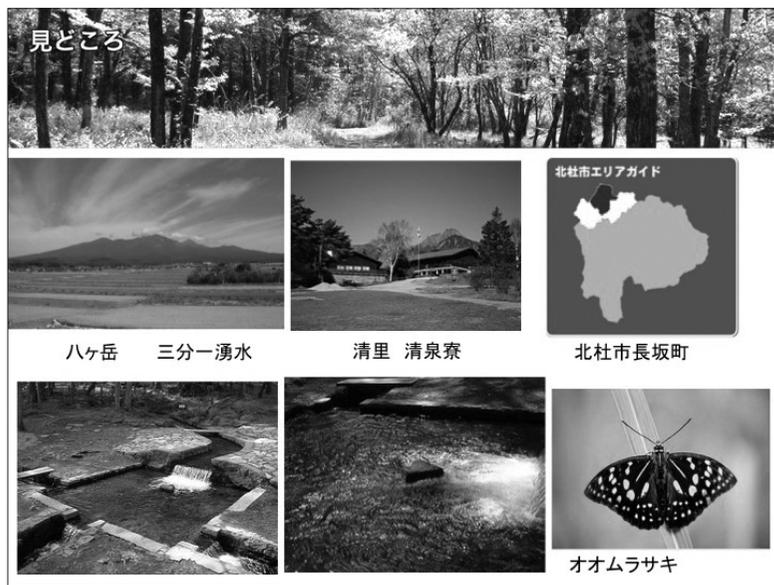
イナリーもありますし、「南アルプスの天然水」とかのペットボトルになって水も売られています。国蝶のオオムラサキが普通に飛んでいます。(図2右)

私は、受験で落ちたら村の青年団でもやって、食べる農業(職業として成り立つ農業)を目指そうかと思つたのですが、滑り込みセーフで医者になれたので

医者をやっています。肝臓を専門にやり出した理由は、山梨県の東の端に小さな村がありまして、東大の教授だった小俣政男先生がその出身なのです。僕が医者になりたての頃に小俣先生と一番最初に

大学病院で会ったとき、「君は、どこの出身だ」「はい、山梨の出身です」「私も山梨だ。だとしたら、君はうちに来なさい」という話になって、肝臓をやることになりました。

東大病院で肝臓を診ていたので、みんなだんだん具合が悪くなって、大学病院では面倒を見切れなくなりまして。大学病院は大学病院の使命がありまして、名前のとおり医学部「附属病院」なのです。患者さんを診ることはもちろん大事な仕事の1つですが、医学部の学生の教育のためにある施設ですし、医



学研究に寄与するための施設です。ですから肝臓の患者さんが多いからといって、消化器内科のベッドを全部肝臓の患者さんで埋めることは物理的にもできません。一部には例えば消化管や胃や腸の患者さんも入れなければいけない。すると、どうしても診きれなくなつてくるし、「ちよつと具合が悪いので入院させてくれ」と患者さんに言われても、ベッドがいっぱいでなかなか入院していただけない。それから、さらに具合が悪くなつて、いわゆる標準的治療法ができなくなつたら「では別の病院に行つてください」となつてしまいます。これはちよつと問題じゃないかな、と思つていました。そんな時周囲を見渡してみると、大学のすぐ目の前に比較的空いている病院がありました。これはいいと思つて、そこで患者さんを診るようにしたのが杏雲堂病院に来たきっかけです。

皆さんに少しでも役に立つことがお話しできれば、と思います。

3. 自分で治療を選択する時代に

僕は98年から杏雲堂病院に行き始めました。今では年間1,000人ぐらいの患者さんが出たり入ったりします。もちろん延べ数です。これは累積死亡患者数のグラフです。酷かもしれないませんが、現実です。ですから講演会でも比較のお話するようにしています。(図3) 人間は必ず亡くなります。僕もいづれ亡くなります。全ての人が生まれた瞬間に、亡くなるリスクを背負うのです。だからこそ今日を精いっぱい生きてほしい。明日はどうなるかわからない。こんなことを言っている僕が、来年の今頃に末期の肺がんになつていられるかもしれません。誰が肺がんになるかなんてわかつていないのですから。だからこそ、今日一日できることをとりあえず精いっぱいやるのが一番いいのではないか。それで冒頭の「生きる」という話になりました。

当院では年間150人ぐらい亡くなりますので、今まで1,000人以上の患者さんを看取らせていただきました。3日に1人ぐらい看取つていきます。すると、どうすればどうなるのかというのがおぼろげながらわかつてくるのです。

『白い巨塔』の最初のバージョンが出た昭和40年頃は、間違つても「あなたはがんです」なんて患者さんに言いませんでした。診断がつかなかったこともあったかもしれない。患者さんもお医者さんの言うなりでした。手術になったら、それこそ水盂でもして手術場に行つて、助かればいいけれども、その頃の肝臓がんの手術はひどい致死率でしたから、ばたばた死んでしまった。だからこそ患者さんにもがんであることを伏せていたわけです。

しかし今の時代、

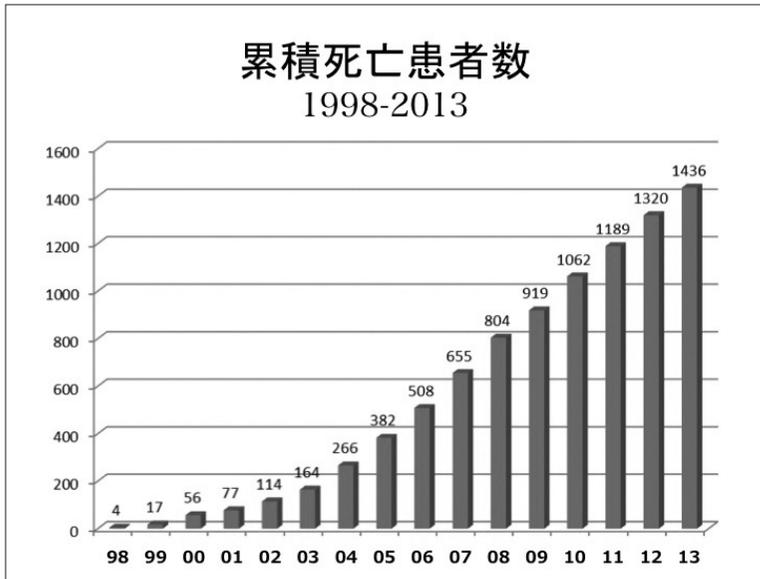


図 3

インターネットを開けばいくらでも情報は出てきます。専門家でないければ医学書を見られないということも全くありません。どうかするかを自分で選択できる。いいか悪いかは別として、患者さん自身が病気のことをある程度わかつていないと治療方針が立てられない時代になりつつあります。ひと昔前の

ジコメン・メディカル(医療情報) No.32

- ◆ AIH 全体の予後は 10 年生存率 95%と良好である。しかし、死亡例の約 30%が診断初期の半年以内に認められ、急性肝炎期例を含む急性肝不全の対応が予後の改善に重要と言える。急性肝炎様発症 AIH の予後を比較すると、急性肝炎期例の死亡率は 32%、急性憎悪期例は 4%で前者の予後が不良。(肝胆膵、69 巻、6 号、2014 年)
- ◆ 急性肝炎を機に診断に至った PBC の例：高血圧、骨粗鬆症でアムロジピン、バルサルタン、ファモチジン、エルデカルシトール投与後 7 ヶ月で倦怠感、食思低下、更に黄疸を認め入院。ALT 774、 γ -GTP 128、T-Bil 18.4、抗 M2 抗体 10 などから急性肝炎と診断し薬剤中止のみで経過観察。5 ヶ月後 ALT 29、ALP 499 など肝生検実施、PBC と診断しウルソ投与。(臨床と研究、91 巻、8 号、平成 26 年)
- ◆ PSC-AIH オーバーラップ症候群：PSC では AIH 様の病変が見られることが知られている。成人、小児いずれも見られるが、特に小児例では AIH の病態の合併が目されている。欧米のコンセンサスでは独立した疾患としては存在せず、肝炎性の強い PSC とされる。胆管病変は PSC の胆管病変と区別出来ず、ほぼ全例で肝内胆管が傷害される特徴を示した。高率に潰瘍性大腸炎を合併。(肝胆膵、68 巻、1 号、2014 年)
- ◆ PBC には家族集積性(患者同胞の発症危険率 10.5)や、一卵性双生児における concordance rate (60%)が高いことからその発症には強い遺伝的素因の関与が示唆されていた。ゲノムワイド関連解析で疾患感受性遺伝子が同定され、疾患発症経路の理解が深まったが、組織や臓器特異性を説明するには至っていない。発症経路上に治療の新しい分子標的が含まれる可能性あり。(分子消化器病、11 巻、2 号、2014)

(文責：PBC・AIH・PSC 部会 三浦)

東京肝臓友の会「サポーター制度」について

「年齢が高くインターフェロン治療ができずに、ウイルスを排除することはずっとあきらめていたけれど、飲み薬でウイルスを追い出すことができました。本当にうれしい。ずっと会員でしたがもう治ったので会を辞めたいと思います。」

C 型肝炎の飲み薬が 4 種類も保険適用になり、会員の方からこのような電話がたくさんかかってくるようになりました。私たちも本当によかったとスタッフはみな嬉しくなります。

東京肝臓友の会の会員数は、2008 年ころから退会者が増え現在約 2,000 人です。ピーク時にはこの倍の約 4,000 人でした。会員さんがみんな治って、「東京肝臓友の会解散!!」となったらどんなに素晴らしいことかと思えます。しかし、C 型肝炎の会員さんの中には、この治療を受けられない肝硬変が進んでしまった方、肝がんがたくさんできてしまった方などがまだ数多くいらっしゃいます。また、B 型肝炎の方はウイルスを排除できる薬がまだ開発されていませんし、自己免疫性肝疾患、難病の会員の方も 200 名以上いらっしゃいます。

病気が治って退会されるのはやむを得ないことです。病気のことはもう忘れたい、という気持ちもよく理解できます。でも、同じ会員さんの中にはこのような方がいらっしゃるということを、少し考えて下さったら、とてもありがたいと私たちは考えます。

東京肝臓友の会は皆さんの年会費 3,000 円をベースに運営しています。皆さんが一斉に退会されたとき、会の運営は立ち行かなくなってしまうので、会報を送らずに、会員のままでいていただく「サポーター制度」をつくりました。治った会員さんに、まだ治すことができない会員さんのサポーターとなっていていただきたいのです。会費は 2,000 円でけっこうです。ぜひご協力ください。

最後にウイルスを追い出すことに成功したみなさんにお伝えしたい事があります。

「おめでとうございます。ウイルスを排除しても肝臓がんが発症することがありますから、くれぐれも定期検診だけは忘れずに行ってください。」

事務局長 米澤敦子