

## 第11回 フリートークの会

平成19年2月13日 出席者4名

院長 今、手術の話が出ましたが、術後の傷はどうしても残りますよね。だから傷が分からないようにするために、切る場所をどうするかですね。ただ、手術のやりやすさを犠牲にするとそういうことが出来るけど、複雑な手術になるとあまりそれは考えていられないんですよね。

Aさん そうですね。命の方が優先されますよね。

院長 だから難しいんですよね。傷はきれいでも、再発しやすかったらしょうがないですね。

Aさん 私の首のところの腫瘍を取ったあともこんなに傷跡になっちゃって、もう少しきれいに出来なかったのかなって思いましたけどね（笑）。今は寒いから首のある洋服で隠せるけど、夏になったらどうしても見えるので困りますよね。でも今の先生のお話聞いて、首の周りにはいろんな神経があるって聞きましたから、きれいにやりたくてもできない難しい手術だったのかなあって思いますね。

院長 今、お腹を切らない腹腔鏡手術っていうのがありますけど、できる人だったらいいんですが、出来ないのに無理してやろうとするから事故になったりするんですよ。問題はそういうのに合う手術かどうかを我々医者が見極めないとだめなんですよ。女性の方なら特に見栄えをきれいという気持ちはわかるんですが、逆に出来ないものをできるといって事故を起こしたら話にならないので、腹腔鏡の手術だけでできるかというところとは限らないですよ。

Bさん 熟練した先生の方が…

院長 熟練もそうですが、開腹した方がきちんと悪いものが取れるという場合もあるんですよ。

Aさん 王監督いるじゃないですか。胃がんで、でも早く復帰したいから手術は難しかったみたいですよ。で、また再入院みたいになっちゃって。

院長 駆け足の早い人と遅い人がいますよね。いくら訓練しても、ある程度は早くなるけれども遅い人は遅いんですよね。手術のうまいへたもあって、いくら学んでもそれはセンスの問題というのがあって、それはもうしょうがない。それからあんまり怖いからといって遠慮してやってたらダメだし。大きな血管のそばを手術しなきゃならない場合もあるわけだし、大きな血管傷ついたら大変な出血になってしまうわけですね。それが怖いからって言ってたら取れないし。そういうのは理屈じゃないんですよね。腹腔鏡も熟練したら出来るようになるかというところとそんなことはないんで、やはりセンスがないといくら熟練といってももうまくならないんですよ。センスっていうのは絵がうまいというのと似ていて誰でもあるわけではなくて、才能というか、人によってさまざまなんですよ。手術のうまい下手っていうのは残念ながらありますよ。そこが学問とは違うところですよ。だから手術っていうんですよ。だいたい術っていうのは学

問になりえないんですよ。

Aさん 場所によっても、切らなきゃできない場所もあれば、内視鏡でちょこちょこっとできる場所もあるんでしょ？

院長 内視鏡の方がやりやすい部位もあるんですよ。前立腺がんなんかは内視鏡の方がいいです。男の場合は前に穴がないでしょ？ だから肛門からやるんですよ、一般的には今まではね。腹腔鏡だとおなかから入れて、前から取ることができるから、ちゃんとした人がやればきれいに取れます。へたにやると某大学病院のように患者さんを死亡させちゃうわけですよ。

Aさん でも私たちからしたらやったことない先生かどうかわからないじゃないですか？

院長 本当は、株式会社だって会社の内容を株主に提示してこういう財務状況にありますよ、だから大丈夫ですよっていうのを、それをうそをついて株の値段を吊り上げたりしたら逮捕されるわけですよ。それと同じで、病院もこの手術は何件やってこの手術は何件やって、それで正直言って腹腔鏡の手術は初めてですとかね。本当は言うべきなんです。初めてなのはしょうがない、初めてやる手術もあるわけですからね。

Bさん でもそういう時はベテランの先生が必ず付いて、何かの時には…

院長 そうですね。それがないと、やっぱりやっちゃいけないんですよ。自分が初めてのときは、慣れている人を連れてきてその監視の下に、そうすれば何かのときにね。

Aさん J医大のときはいなかったんでしょうかね？ 病院もよくやらせましたよね。

院長 病院に倫理委員会がなかったんじゃないんですかね。今は初めての手術は倫理委員会を通さなきゃいけないですから。倫理委員会はだいたい7人くらいいて、内部が3人か4人で、必ず女性が入ってなきゃいけない、だから医者以外の人が2人必ず入ってなきゃいけない。そうすると外部の人が必ず入りますから、そこにかければOKなんです。

Cさん 何かあったら病院の名前がでるんですかね？

院長 手術の場合はある程度わかりますよね。一番問題なのは、抗がん剤治療に関しては野放しなんですよね。使い方によっては毒になるものですよ。効かないのに使っている場合もあるしね。そうするとやっぱりそれなりのことをやらないといけないんですけど。

Cさん B医大には抗がん剤の専門医の先生がいらっしゃるんですよ。むやみに抗がん剤を調合したり指示したりしてはいけないっていうふうになっているらしいですね。

Bさん 抗がん剤も個人差がありますよね。

院長 個人差あります。個人差があるので、その見極めが大切なんです。今こういう治療をしたらどうなるか血液検査である程度予測できるんですよ。それをどういうふうに読めるか、それが大事なんです。乳がんの場合はかなり症例数が多いから、いろんな治療法がまだやりやすいんですが、婦人科がんは乳がん比べて症例数が少ないので、厚生労働省がなかなか認可しないんですよ。そうすると使える薬が決まってしまう。それ以外のものを使おうとすると自費になるので、なおさらお金がかかっちゃうんですよ。もし自費で、副作用だけ出て効かなかっただらもうたまったもんじゃない、大変です。お金出して、効いて副作用がなかったら人はいくらでもお金を出すでしょうけど、いくら保険使えたって効かなかっただらしょうがないでしょうし。結局そういうエビデンスを積み重ねていって使えるか使えないかってなるわけで、いまの分子適応薬っていうのはまだまだなんです。まあ乳がんではハーセプチンがありますけど。

Dさん ハーセプチンっていうのは再発した人だけですか？

院長 ハーセプチンは日本では今のところ再発した人だけです。再発で **HER-2** タンパク強陽性の人。

Dさん 強陽性でないと使えないんですね。

院長 外国では再発ではなくて、だいたい閉経後で **HER-2** タンパク強陽性の方が結構いるんですよ。その場合術後アジュバントセラピーとしてハーセプチンを含んだ治療をするというのはアメリカやヨーロッパではやっています。日本は再発した人だけですね。だいたい一般的には閉経前の若い人で、全部ではないですけど、**ER,PR** プラスの人だと比較的いろんな薬が使えます。でも **ER,PR** マイナスだとね。昔は逆だったんですよ。**HER-2** タンパクが強陽性の人の方が予後が悪いって言われたんですよ。今は **HER-2** タンパク強陽性の人の方が予後がいいって言われているんです。ハーセプチンが使えるから。**HER-2** タンパクが強陽性で、**ER,PR** 要するにホルモンレセプター受容体がプラスの人って少ないんですよ。そうすると若い閉経前の人で、**ER** も **PR** も **HER-2** タンパクもマイナスの人がいるわけです。そういう場合が一番困るんです。

Cさん そういう治療法っていうのは進歩して変わってるってことなんですか？

院長 同じような治療をいろんな人に試そうとしたら、必ず合わない人がいるわけです。100%っていうのはありえないわけで。そうするとそれは臨床試験になっちゃうわけですよ。要するに人体実験になっちゃうんですよ。ところが、個人に合わせた治療といっても、頭の中では理解できるんだけど実際やってみるとできないんですよ。あなたにはこの薬が、あなたにはこの薬が全部に当てはまるような薬ができていないから。そういう情報を得るのは難しいですよ。血液だけから得ようとする。組織から得ようとしても組織からの形態学上から得られるデータっていうのは形態だけですから、分子レベルの情報を得たいんだけど難しいんですよ。

Cさん 再発だったらここにがんがあって、抗がん剤が効いたかどうかっていうのがわかりますけど、1回目だとわからないのでは？

院長 一般的に、この人効果あるなっていうのはね、これは勘ですけどね。たいがいわかります。

Bさん 抗がん剤治療が終わったときに、血液検査しますでしょ。自分でもわかりますよね。数値が始めよりずいぶん下がっているから。これは完全に効いてるなって。受容体がなくて、再発の確率はとか、再発を防げるんだったらどうしたらいいのかなとか、常々思ってるんですけど。

院長 受容体がマイナスで、で今何を使ってるんですか？

Bさん 何も使ってません。ハーセプチンは使ってないんです。受容体がないから。

院長 受容体がマイナスでね、**HER-2** タンパクが強陽性の人だったら予後がいいって今は言われているんです。ハーセプチンを使えばいいわけだから。**HER-2** タンパク、要するに成長因子、細胞っていうのは自分が増殖するためにはある増殖因子のシグナルを受け取って大きくなっていく、で、その増殖因子というのはいくつかあって、そのうちの1つの中に **EGFR** があってイレッサっていつて肺がんを使う。**HER-2** というのは **eERb-2** なんですよ。それが乳がんによく発現しているんで、そういう人にはハーセプチンという抗体を使うといいですよ。

Bさん 受容体がマイナスでも、**HER-2** タンパクがプラスだったらハーセプチンが使えるんですね。

院長 1プラスくらいだと使えないんですが、2プラス以上だったら使える可能性があるんですよ。だから1度調べてみるといいと思いますよ。ハーセプチンは、もっと言うと、今使っている使い方よりもいいことがあるんですよ。ハーセプチンを使うと、これはまた難しい話になりますが、細胞っていうのはがん細胞も正常な細胞もそうなんですけど、細胞は生きているからには増殖するわけです。で、細胞は1個1個の膜の表面に必ずいろんなシグナルを持っているんですよ。いろんな種類のアンテナ。痛みを感じるものとかここは危険だと察知するというような。それが核内に伝達されて **DNA** が動いて悪いシグナルだったらなるべくそれを避ける、そういう機能を持っているわけです。正常な状態ではこの作用が正常に働いているんだけど、がんになってしまうと普通はそういう刺激を避けて通っていちいち反応しないようになっているのに、成長しろっていうシグナルが入ってくるとそれに反応してどんどん成長してしまうということがよくあるんですよ。それががんなんです。そうするとがんの種類によってはあるシグナルに非常に反応するものと、また別に成長のシグナルに反応するものといういろいろあるんです。乳がんの場合は **HER-2** のシグナルにすごい反応をするんですよ。細胞はいろんなシグナルを介して成長しているんだけど、そのシグナルを介するある分子があるんですよ。そのシグナルの過剰な伝達を抑制するような作用もどうもハーセプチンにはあるらしいんですよ。だからそれを使っていくことによって余分な成長を妨げるのではないかとされているんですよ。それはまだ治験の段階なんですけど、だからハーセプチンが1プラスの人でも2プラス以上の人でなくても使ってもいいんじゃないかとされているんですよ。それから、私たちが研究していたのでは、タキソールが耐性になっていくシステムをハーセプチンが抑えるんですよ。タキソールが効かなくなる機構をハーセプチンが抑える役割があるんですよ。だからタキソールとハーセプチンを使うのは合目的なんですよ。外国で、アジュバントセラピーっていつて術

後に使う治療法として受容体がない人で HER-2 陽性の人に使っていていいんです。しかもハーセプチンとタキソールを組み合わせると4コースやって、そのあとさらに40回やるんですよ、ハーセプチンだけ。そうすると、ハーセプチンを入れなかった人と入れた人で予後と比較すると30~40%くらいの差があるんです。だからハーセプチンを入れるべきだっていうんです。ハーセプチンの副作用はそんなにないですしね。

Dさん 喘息があるんですけど、喘息大丈夫ですか。

院長 喘息は関係ないです。

Bさん 日々変わっているということですよ。もしそれが事実だとすれば、そのように治療していただきたいですよ。

院長 ホームページに出てきているほんの一部だけが分子標的治療として出てきているだけで、本当はもっと研究は進んでるんですよ。実際問題、研究段階だから使っていけないということじゃないと思うんですけどね。だけどそうすると保険は効かないから。でもこれが絶対効くとなったらみんな使うと思うんですよ。問題はやってみなきゃわからないということが多分にあるので使わないということがあるんですよ。で、今一人卵巣がんの患者さんでどんな化学療法やっても効かない方がいらっしゃるんですよ。明細胞腺がんでいうんですよ。で、いろんなところで治療してダメで、うちに来て、よくなった人がいるんですよ。それはね、アバスチンという、ハーセプチンとはまた違うんですがそういう薬があるんですよ。それは、血管内皮細胞の増殖を抑制する作用があるんですよ。要するに腫瘍というものは、小さい細胞からどんどん増殖するときには栄養をもらわなきゃいけない。腫瘍血管といって、腫瘍が大きくなるために腫瘍が必要とする栄養を運んでもらう血管を、腫瘍が造成因子となってその造成因子にしたがって血管内皮細胞ができるんですが、それを抑制するのがアバスチンなんですよ。それを使うと腫瘍が大きくなるための腫瘍血管がやられますので、栄養を取れなくなって腫瘍を養うための養分が断たれてしまうので死滅していくんです。抗がん剤と違って直接作用するものではないので、それが小さくなるには少し時間がかかるんですが、そういうのがあるんです。

Bさん 卵巣がんは相当大きくなるとわからないって聞いたことがあります。

院長 血管内皮に作用するのがアバスチンで、血管外皮に作用するのがグリベックという薬です。この2つを使えば完璧にがんをやっつけられるんですが、今のところ保険が利かないんですよ。この6月頃にはアバスチンのほうはたぶん大腸がんの薬として保険適応になると思います。

Aさん でも大腸がんだけです。卵巣がんには使えないんですよ。

院長 そこが問題なんですよ。卵巣がんがこの薬が効くということを厚生労働省に認めさせなきゃいけないんですよ。大腸がんでいうのは効く薬があまりないんですよ。

Bさん 同じ時期に乳がんの治療を受けた人で、彼女はホルモン療法を5年間やったのに、私には何も主治医の先生が言わないもんですから聞いたんですね。放射線かホルモン療法かやらなくていいんですかって。そうしたら「ホルモン剤効かないんだよね」って。それで初めて受容体がないって言われて。それを聞いて行く道を閉ざされた気がしたんですけど、今のお話を聞いて…

院長 多分HER-2タンパクが陽性なんだと思いますよ。だから聞いてみたほうがいいですよ。

Bさん そうですね〜… 先生の前に行くとか聞くこと忘れちゃうんですよ。

院長 遠慮しないで聞いたほうがいいですよ。僕は常々思っているんですけど、医者と患者さんというものは対等であるべきなんです。対等でないと話ができないんですよ。コミュニケーションが取れないんですよ。

Cさん 患者もそれなりに勉強して知識をある程度持ってなきゃいけないですね。

院長 そうですよ。逆にそれを嫌がる医者の方がおかしいんですよ。いいじゃないですか、よく勉強してるねってことです。患者さんの些細な訴えが意外とホントだったって経験たくさんあって、それは学びましたよ。ここが痛いって言ってホントに悪いところがあったりしましたしね。そういうものですから、しつこく聞いてくれる医者がいいですよ。

Bさん そういうふうに考えていらっしゃる先生にめったにお目にかからない。私は今まで自分は大丈夫って安心してたんですね。それはどうしてかっていうと、知識がなかったっていうのもあるんですけど、始め内科で診てもらっていて全部検査してもらってたんですね。それには乳がんも入っていて毎年検査してもらってたんですけど、結局安心してたがゆえにわからなかったんですね。でもなんか引きつるなって自分で気がついたんですね。で、かかっていた内科ではお世話になっているし、そこでは手術はできないということでどこか紹介してくださいって言いましたら、いいじゃないのどこでもって放り出されてしまって。で、手術の後もまたその内科に診てもらったんですけど、聴診器を当てたときに「こんなに太ってる同情されないよ」って言われたんですね。でもそれは太ってるんじゃないで、胸を手術したから手術した下の部分に脂肪が付いたんですね。それは手術した先生にそういう説明をされていたので私は承知してたんですけど、内科の先生は知らないんですね。それでそういうことを言われて。でもそれから私が何を言っても「はあはあ〜はいはいはい」って感じでちゃんと聞いてくださらないんですね。でもまだそこに行ってるんです。やっぱり私は先生を信じたいから。

院長 そういうことがあるんでね。ドクターショッピングってよくないんですけど、でもやっぱり疑問が生じたら1回別の先生にかかってみるという手もありますよ。同じ言い方をするかどうかね。そういうことも必要だと思いますよ。単なるショッピングはよくないですけどね。

Cさん 日本人は情みたいなものもあってね。外国だと同等でね、どんどん意見を言ったりするじゃないですか。日本だと先生！って感じで、先生の方も偉いって感じの態度の先生多いですね。