

がんと闘うアイソトープⅢ —がんを切らずに治す— 印象記

佐貫 榮一

Sanuki Eiichi

1月26日に、新宿明治安田生命ホールにて開催された講演会「がんと闘うアイソトープⅢ—がんを切らずに治す—」を聴講した。

主催は(公社)日本アイソトープ協会である。本協会は、私が生まれた頃から「ラジオアイソトープ (RI) を輸入し、これが安心して使用されるよう、そして安全に廃棄されるまでを担っている団体である」と、専務理事の久保敦司氏の開会挨拶にあった。本講演会は、RIは多学にわたって広く利用されているが、医学、特にがん治療に汎用されている RI としてヨード (^{131}I)・ストロンチウム (^{89}Sr) を取り上げて企画されており、受付には、これらのパンフレットが置いてあった。

がん治療の三本柱は手術・化学療法 (化療)・放射線療法 (放治) だが、放治は手術と同等の局所治療効果があり、同部の機能温存が図れ、低侵襲性で、副作用・後遺症も極めて少ないので注目され、高齢者にも汎用されてきている。この患者に優しい RI による放治の最近の進歩・将来を知りたくて参加した。

本講演会は二部構成になっていて、“がんと闘うアイソトープ”の基礎から臨床までを具体的かつ理解しやすいよう配慮されていた。

第一部は製品紹介であった。富士フィルム RI ファーマ(株)のヨウ化ナトリウムカプセルで、外来アブレーション: 残存甲状腺処置 (以下、アブレーションと略す) の説明だった。海外では一般化し、日本でも増え 110 施設で年間

700 件が安全に実施されている (参考: harecoco.net, がん診療ガイドラインなど)。

並びに日本メジフィジックス(株)のメタストロンで、骨転移疼痛緩和剤として有効であることを文献・臨床例で説明、適正かつ安心して用いられていることがよく分かった (参考: *Lancet Oncol*, **6**, 392 (2005), 日本アイソトープ協会適正使用マニュアルなど)。

第二部は学術講演で、伊藤病院の院長である伊藤公一先生より「甲状腺疾患のアイソトープ診療～患者様のために、より身近に～」と題して伊藤病院長三代にわたる経験をふまえた実践的な話があった。内分泌とは? 甲状腺とは? 甲状腺の病気とは? に始まり、甲状腺の各種疾患の診断・治療・効果・副作用とその対策に及ぶ膨大なものを簡明に話してくださった。

バセドウ病の症状は年齢と性別で異なり診断が困難である。双子の例での説明は、本病を疑えばわずかな採血量で 30 分あれば早期診断できる。無痛性甲状腺炎との鑑別診断後に治療となるが、投薬が主体である。一方、欧米は放治である。この RI 治療が日本で普及しにくいのは、放治は二次発がんするという誤解があるためだ。本法による発がんはないとの医学的根拠 (EBM) もある。また、白血病の発症や不妊などの影響もない。現在、放治後の機能低下症に配慮して照射線量の半減・甲状腺重量別の投与量などの工夫がされている。ヨウ化ナトリウムカプセルが利用される治療は、前述のバセドウ病・良性機能性甲状腺結節・甲状腺癌であり、

日本でも放治が主体になると思われた。

甲状腺癌の診断は、しこりが悪性か良性かを超音波診断し、悪性の疑いがある場合に組織診断をする。この治療は、手術が第一選択されるが、残存がんや転移に化療・放治が行われる。化療は全身の目に見えない転移を叩くが、全身の副作用も大きい。一方、放治は原発巣及び転移巣に集積する。

そこで前述のアブレーションが使われる。本法において、以前は治療を開始するに当たりRIが病巣により多く集積するよう甲状腺ホルモンを中止していたが、最近ではタイロゲンを用いることで甲状腺ホルモンを中止しなくても良くなった。ますます患者に優しい治療として期待されると確信した。

甲状腺ホルモンが低下する橋本病の診断で鬱病・更年期・痴呆との鑑別、高コレステロールとの関係などについても述べられた。

講演の締めには、福島第一原子力発電所事故について、チェルノブイリ原発事故とはいろんな点で異なるが、甲状腺癌の発生を注意深くチェックしている。座長である山下孝先生の質問に答えて、小児は5～10年たってから発がんすることを留意するが、チェルノブイリ原発事故では汚染ミルクを飲んでいて、また、ヨードを摂取する機会が乏しい内陸の小児である。日本ではヨードを十分に食しているため、汚染ヨードの摂取率が少ない。さらに、汚染ヨードの甲状腺への集積率が低い。「過度な心配はせずに、正しく理解しましょう」と結ばれた。

続いて東京医療センター放射線科の萬篤憲先生の「前立腺がんとうまくつきあう」であった。

前立腺癌は高齢者に多く、80歳で半数の男性が罹患していると言われ、欧米では最多のがんである。日本でも増加していて、他人ごとではない。

診断はPSA（前立腺特異性抗原）が主体で、高率に早期発見できる。

がんに対する一般的治療は、原発局所に手術・放治、転移に対する化療である。本症で

は、内分泌療法が特異的で長生きできるが、完全に治るわけではない。治るか否かの判断は、PSA・Gleasonスコア・進行度の3要素で判断される。

近年の基本的治療法は、待機・観察が注目される。この理由は、前立腺癌による死亡率が高齢者であることもあって頭打ちとなること、などである。また、手術と待機・観察の比較検討は、国際的グループ研究であるSPCG-4やPIVOT試験などの結果でこの根拠を裏付けて説明された。待機・観察は立派に確立した治療と考えられた。なお、早期発症診断をして、放治や内分泌療法で救済する。

次に、治療は、各種の治療法の比較表で理解しやすく説明された。おかげで専門医が難しい説明をしても患者は十分に理解できるであろうと思った。

さらに、前立腺癌における放治の進化は、内分泌療法併用、放治療量の増加、術後照射にて成績の向上が認められ、中でも外部照射の進歩はIMRT+IGRT・粒子線治療・骨転移に対するメタストロンが注目される。薬物療法においても、新抗癌剤・骨転移予防と治療・内分泌・ワクチン・性機能補助薬の効果が検討されている。かくも日々進歩する医療により、ガイドラインが変わっていくと思われた。また、食生活と本症の発生率の関係にも言及された。

つまり、予防は食生活、早期発見はPSAで、上記の治療法をいかに組合わせて選んでいくかは、再発リスク・患者余命・副作用・機能温存・生活スタイル・患者の好みなどを鑑みる。最新の医療などを患者に十分に説明し、患者の同意の下に行うは“イコ”の大切さを再認識させられた。

いろんな患者と様々な治療を真剣に検討・実施された先生ならではの講演であったと、座長である日本アイソトープ協会常務理事の山下孝先生より演者を労う締めの言葉があった。

(日本大学医学部 総合医学研究所)