

平成 27 年 9 月 1 日発行

有明ニュース

平成 27 年 9 月号 No23



がん研有明病院



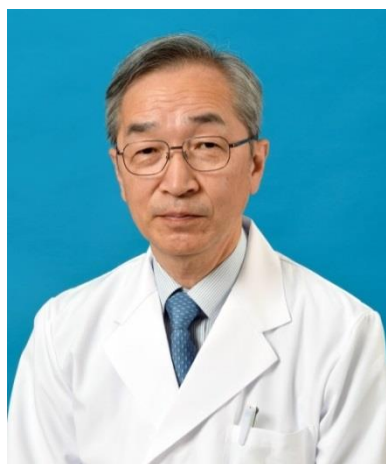
目次

病院長就任のご挨拶	山口俊晴1
乳腺センターのご紹介	大野真司2
上部消化管内科のご紹介	藤崎順子5
お知らせ	8
・グランドカンファランスのお知らせ		
・医療連携課 患者さん診療予約のご案内		

病院長就任のご挨拶

病院長 山口 俊晴

「早い、うまい、安い」から、「安い、早い、うまい」へ



本年 7 月 1 日付けで病院長を拝命いたしました。

消化器センター長として勤務していたときに、センターのモットーを「早い、うまい、安い」として頑張ってきました。つまり、迅速に、高度の医療を安全に提供すること、具体的には 1 週間以内に診断し、2 週間以内に治療に取り掛かることを目標としてきました。消化器センターとしては、この目標はある程度達成できたのですが、何といたっても手術室に限りがあり、待ち時間が長くなりがちでした。そこで昨年 8 月に手術室を一気に 4 室増設し、「早い」を確保しました。しかし、時代の要

請は、安全で安心できる医療にシフトしてきており、モットーも順番を変えるときが来たと感じております。「安い、早い、うまい」をモットーに頑張りますので、今後もより一層のご指導ご鞭撻を賜りますよう、お願いいたします。

乳腺センターのご紹介

センター長 大野 真司



日本人女性の12人にひとりが乳がん罹患し、毎年8万人以上が乳がんと診断され、1万人以上が死亡しています。特に40-50歳代の女性が多く罹患するため、母として、妻として、職業人として社会を支える重要な立場を襲う疾患です。一方、乳がんは悪性疾患のなかでは予後が比較的良く、サバイバー数は1,000,000人を超えられています。したがって、治療はもちろんですが、サバイバーシップや患者支援、ピアサポート、啓発活動などが重要となります。

私ども乳腺センターは、過去7年に亘り毎年1,000例を超える乳がん手術症例を担当した施設として、我が国で乳がん医療の発展に貢献することを使命としております。そのために乳がんの診断から外科治療・薬物治療・臨床試験・臨床研究など幅広い領域において、(1)次世代を担う若手医師・メディカルスタッフ・学生の育成と教育、(2)高い倫理に基づく良質の治験・臨床試験の推進、(3)基礎と臨床の橋渡しによる個別化医療の確立、(4)チーム医療の推進による患者ケアの向上、(5)患者それぞれの価値を尊重した個別化医療の達成、(6)地域連携を軸とした医療システムの構築、(7)Evidence based medicineの普及による医療の均てん化などによって、「乳がん撲滅: Conquer breast cancer」に貢献したいと考えております。乳腺センターは、乳腺外科医20名と乳腺内科医5名から構成されています。病理医、放射線診断医、放射線治療医、総合腫瘍内科医を含め30名以上の医師が参加して治療方針決定に苦勞する症例について話し合うカンサーボード(Cancer Board)、術前後の薬物療法を決めるカンファレンス、外科と内科に分かれての外科術前カンファレンスと内科カンファレンス、外来・病棟看護師と薬剤師などを含めたスタッフミーティングなどの多職種カンファレンスによりひとりひとりの患者に最善・最良の治療方針を検討しています。術前カンファレンスには地域で検診や診断を担当するクリニックの先生方も参加し連携を深めています。乳がん術後フォローアップや内服薬処方、良性疾患フォローアップなどを地域の医療機関と連携することで、外来延べ患者数は減少してきています。手術数は外科医師数に応じて増減がありますが、平成27年度は年間1,250例を予測しています。外来化学療法は手術数の影響を受けますがおよそ年間14,000-15,000例となっています。

図1. 乳癌手術術式の変遷

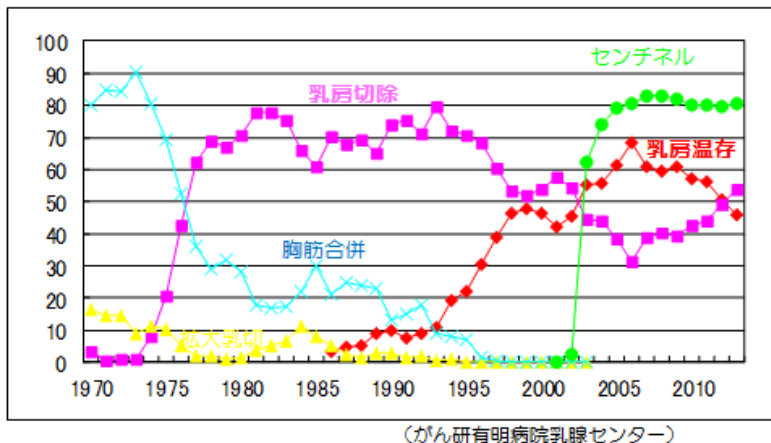
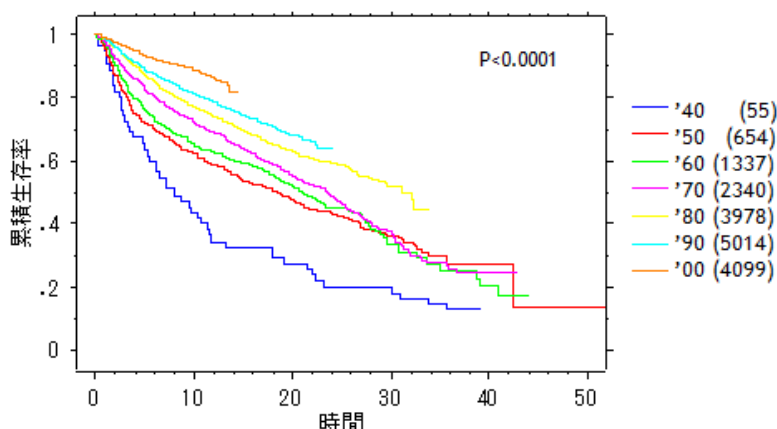


図2. 治療年代別術後50年生存率



に転移を認めても症例によっては腋窩郭清を省略することも少なくありません。さらに 2013 年 7 月に人工物による乳房再建術の保険承認が得られて以来、新たな術式の変化がもたらされ、再び乳房切除術が乳房温存術を超えるようになり、乳房再建術は 2014 年には 300 例以上で行われています。根治性と整容性を同時に解決する方法として乳房切除+再建術はさらに普及していくものと考えられます。

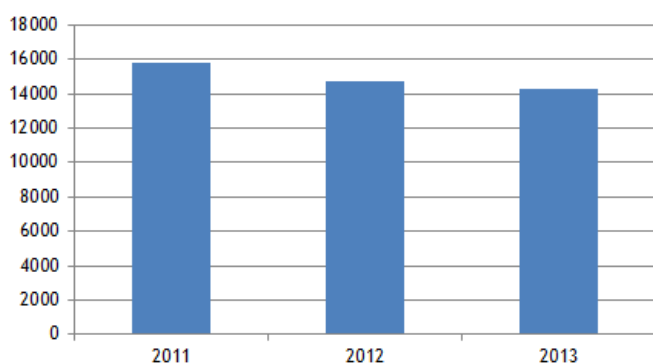
手術が縮小されたにもかかわらず乳がんの治療成績は向上し、術後生存率は良好となってきています。図2は当院の術後50年生存率で、手術が行われた時期を10年ごとに分けてみると術後生存率が上がっていることが示されています。これは検診による早期発見、診断技術の向上はもちろんですが、薬物療法による再発防止と再発後の生存期間延長によるものと考えられます。

乳がんはかつてリンパ節転移があると化学療法を行い、小さい腫瘍でリンパ節転移がないと内分泌療法のみといったように腫瘍径とリンパ節転移を基とした進行度によって治療を選択していました。その後、生物学的特性に応じた薬物治療を考えるようになって、エストロゲン受容体と HER2 の発現状況によって4つのサブタイプに分けて薬物療法を検討するようになり、現在は増殖活性 (Ki-67) や組織悪性度 (Grade) を加えて内分泌療法に化学療法を加えるかどうかを考えるようになってきました。さらに研究は進んでおり、現時点でも乳がんは 20 種類以上に分けられるようになっています。特に乳がんの増殖や発育に関係する分子や経路をターゲットとした分子標的治療薬が開

発されています。10年後には、さまざまな分子標的治療薬が登場し、治療の適応を決める検査方法(コンパニオン診断、血液検査で判定するリキッド・バイオプシーなど)も現在とは大きく変わっていることでしょう。

Prof Halsted による胸筋合併乳房切除術や Sir Beatson による卵巣摘出術の時代から 100 年以上を経て乳がん医療も大きな発展を遂げてきましたが、まだまだ改良・解決すべき難題は山積みされ

図3. 化学療法数

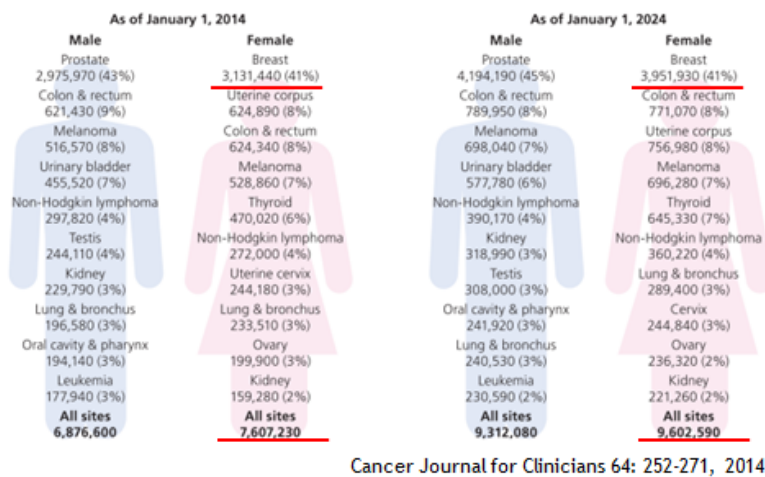


ており、その中でも治療に関する clinical question への答えを見出すものが臨床試験であるかと考えます。したがって我々医療者が乳がん医療の発展に貢献するという事は、臨床試験を遂行することにほかなりません。乳腺内科では、薬物療法の進歩に伴い複雑化した乳がん診療において専門性を発揮し研究を行える部門として活動しています。乳腺内科には毎日 60-80 人の患者さんが通院しており、年間新患数は 500 人以上、年間外来点滴数は 14,000 人を超えています (図 3)。このような臨床業務の中で多くの研究に力を入れています。

1. 早期および再発転移乳がんにおける新規薬剤の治験
2. 医師主導型自主臨床試験
3. トランスレーショナル・リサーチ研究

がんの早期診断と治療法の進歩によりサバイバーも増え、がん罹患後のサバイバーシップを含めたケア・プランを提供することが重要となってきました。米国の報告(図 4)を参考に計算すると、我が国では現在約 200 万人の女性ががんと診断された後に社会で生活しており、

図 4. がんサバイバー数 (米国)



その 100 万人が乳がんサバイバーだと考えられます。がん患者さんはさまざまな身体的・精神的・社会的苦痛を受けています。化学療法を受ける患者の苦痛に関するアンケート調査によると、以前は嘔吐・嘔気・倦怠感などが主体でしたが、不安やうつ症状など心理的苦痛が大きくなり、最近では家族への影響・仕事への影響

など社会的側面が問題となってきています。がんの治癒率が上がり、入院から外来への治療の場が移り、ひとりひとりの状況に応じた個別化医療が推進される中で、治療後を含めたサバイバーシップ支援が極めて重要と考えられます。そこで私たちは、医療者のみならず体験者、市民、社会、行政とともに力を合わせてサバイバーシップに取り組んでいきたいと考えております。それが現代の誰もががんに罹る時代における使命だと考えています。どうか皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

図 5. 第24回日本乳癌学会



最後にになりましたが平成 28 年 6 月 16 日 (木) ~18 日 (土) には東京ビッグサイトを会場に第 24 回日本乳癌学会を主催 (会長: 岩瀬拓士) いたします。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

最後にになりましたが平成 28 年 6 月 16 日 (木) ~18 日 (土) には東京ビッグサイトを会場に第 24 回日本乳癌学会を主催 (会長: 岩瀬拓士) いたします。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

上部消化管内科のご紹介

部長 藤崎 順子



上部消化管内科では主に、上部消化管における早期癌の内視鏡治療を担当しています。当初は早期食道癌、早期胃癌の内視鏡治療が中心でしたが、現在では、頭頸科との協力のもと咽頭がんの内視鏡治療、消化器外科との協力のもと胃粘膜下腫瘍の治療も行っています。いずれの治療も臓器温存の低侵襲的な治療を目指すもので、とくに最近の頭頸科と共同で行っている咽頭がんの治療では、従来喉頭摘出などが行われていた癌に対して、内視鏡治療を行い、臓器の温存に貢献しています。

現在の上部消化管内科のスタッフは部長1名、副部長1名、副医長4名、医員4名です。内視鏡室の看護師、病棟看護師、と協力し、日常診療を行っています。

1、胃癌の内視鏡治療

こちらは以前より私達の内視鏡治療の中心を占めています。胃癌の内視鏡治療症例数は年間約470件で日本一の症例数となりました(図1)。ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) の登場により任意の範囲で粘膜を切除できるようになり、図2で示すような大きな病変も切除できるようになりました。結果2623例の検討からは一括完全切除率97.5%、治癒切除率は85.4%、後出血率2.8%、穿孔率0.8%の成績です。胃癌はヘリコバクターピロリの感染と深い関わりがありますが、昨年、慢性胃炎におけるHP除菌が保険適応となり、日本人においても除菌後のピロリ菌が存在しなくなった胃が増加傾向にあります。また最近ではピロリ菌の感染胃も減少傾向にあり30才代では15%程度の感染率であることが言われています。したがって30年後には胃癌は大幅に減少することが予想されます。しかし除菌後の胃癌の発見も最近では多くみられています。

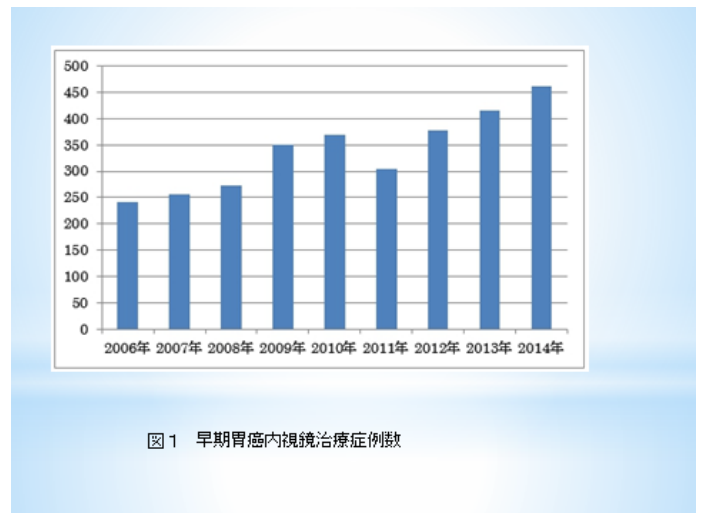


図1 早期胃癌内視鏡治療症例数

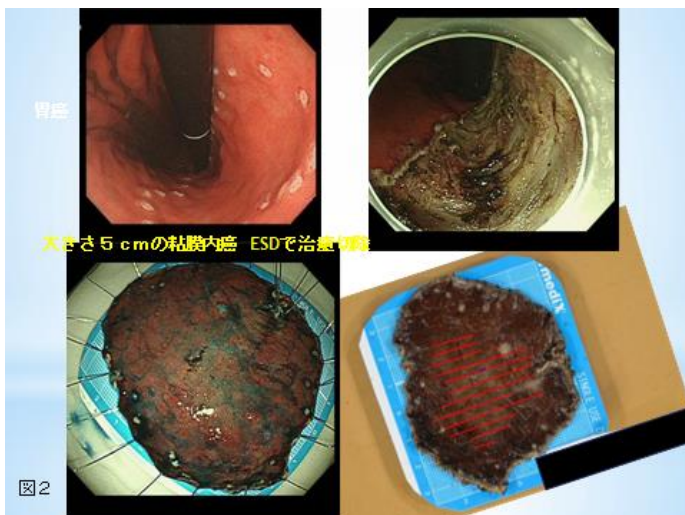
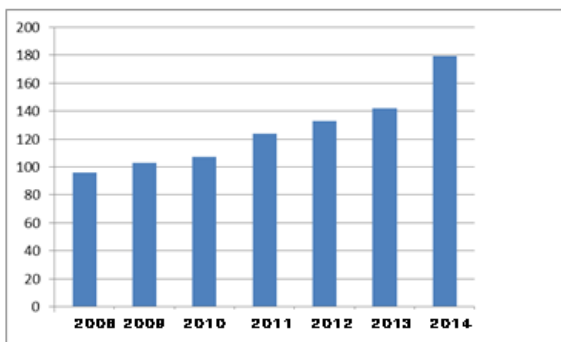


図2

従って、除菌後も定期的な内視鏡検査を行うことが胃癌の早期発見に重要です。

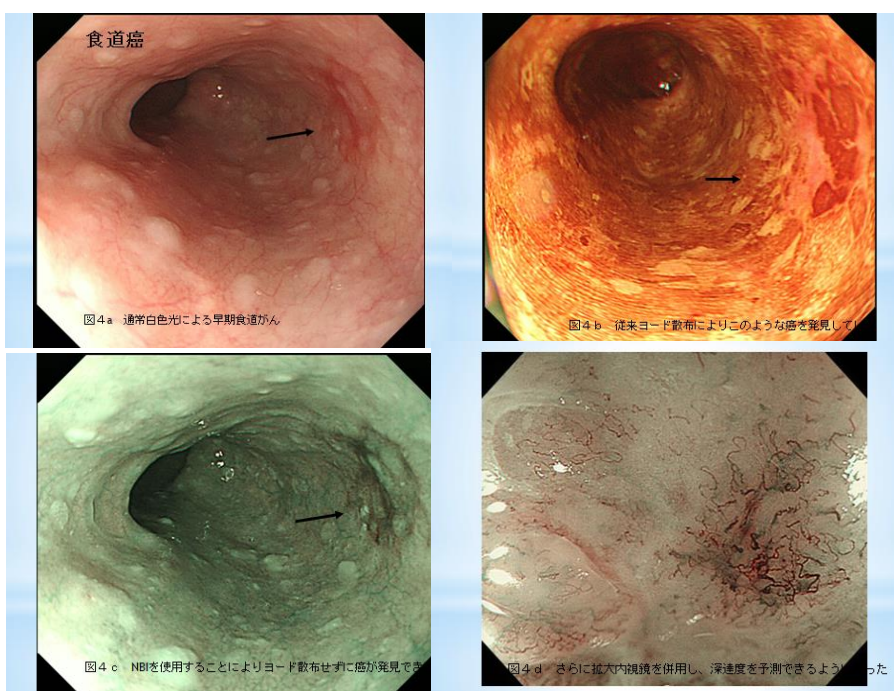


食道癌の内視鏡治療症例数

図3

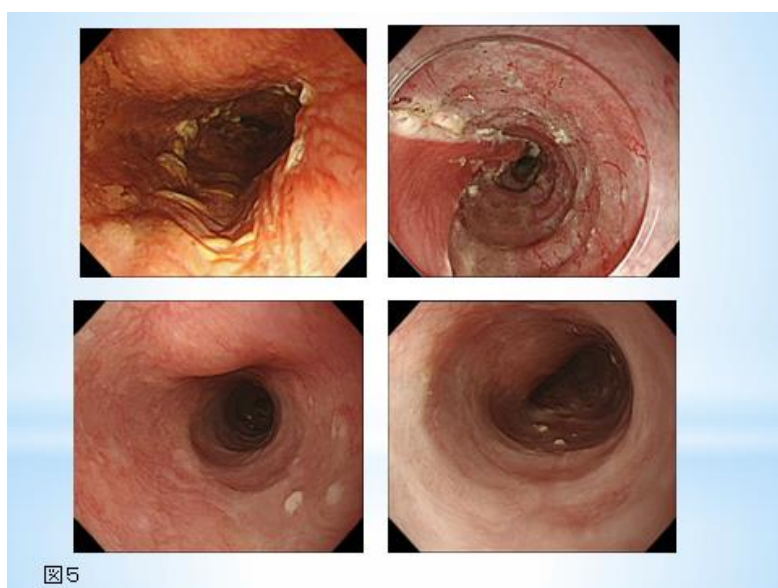
2、 食道癌の内視鏡治療

日本人の食道癌は大多数が扁平上皮癌であり、アルコール多飲と喫煙が原因と考えられています。当院の食道癌内視鏡治療の症例数も年間180例ほど（図3）で国内第2位的位置にあります。早期食道癌は従来内視鏡検査でヨードを散布し発見していましたがヨードを散布すると刺激が強く気分が悪くなることも多くみられました。しかし最近では



NBI(Narrow Band Imaging ; 周波数の低い光をあて表面の状態を観察しやすくした内視鏡技術)を用いることにより、ヨードを散布せずに食道癌を発見

することができるようになり、拡大内視鏡を併用し深達度の予測が可能となりました（図4 a-d）。狭い食道の管腔を全周にわたって占める表在型食道癌であれば図5で示すように



内視鏡的に治療することができます。治療後の狭窄予防もステロイドを切除潰瘍面、辺縁に局注することにより広範に切除しても管腔の狭窄を起こさず治療が可能となりました。

もう一つの食道癌、バレット食道腺癌はピロリ菌未感染時代において増加が予想される癌の一つです。こちらは食道胃逆流減少の末に生じるバレット食道が背景にある癌で欧米では増加傾向にあります。日本ではまだ

それほど増加はしていませんが、当院では徐々に増加傾向にあります。

3,咽頭癌の内視鏡治療

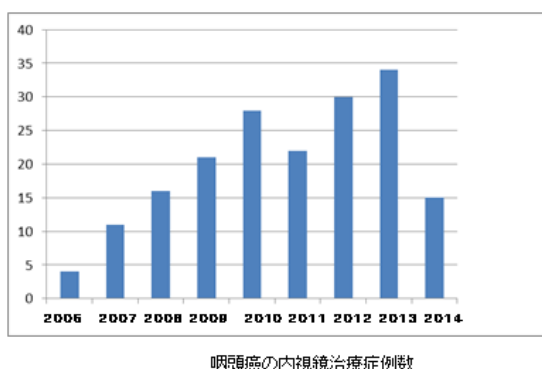


図6

咽頭癌の内視鏡治療症例数

癌の合併が多くみられています。従来では咽喉頭切除を行わなければいけないような症例も内視鏡治療で切除でき、喉頭が温存できる症例もできました。

以前は消化器内視鏡医は咽頭部の観察を行っていませんでした。しかし最近では上部消化管内視鏡検査時に観察することによりこの部分の早期癌の発見率が高まり、結果、内視鏡治療で治療できるようになりました(図6)。症例数も5年まえにくらべると約2倍に増加しています(図7)。この領域の癌は食道癌と同様扁平上皮癌であり、食道癌とこの部分の



図7

4、LECS(Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery)

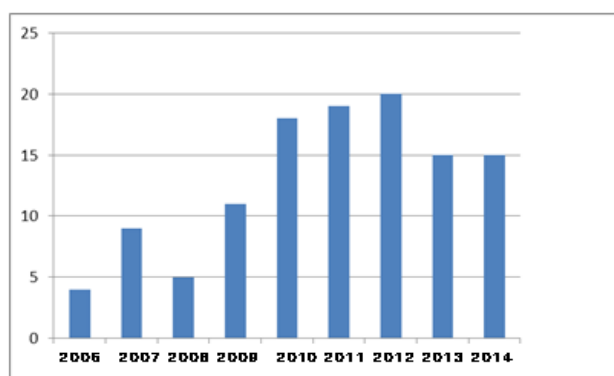


図8

LECS症例数

この治療方法は当院消化器外科医 Dr Hiki が考案したもので、腹腔鏡と内視鏡治療を組み合わせより適切な切除範囲で腫瘍を切除する方法です。従来胃粘膜下腫瘍は腹腔鏡下楔状切除が施行されていました。しかしLECSによる切除で、切除後の変形が少なくなり、必要最低限の切除範囲で切除できるようになりました。LECS 症例も徐々に増加しています

(図8)

まとめ

私達のおこなっている内視鏡治療は低侵襲、臓器温存に寄与し、今後高齢化社会にむけて需要が高まる治療のひとつであることは間違いないと考えます。安全かつ確実な内視鏡治療を目指して日夜努力していく所存です。今後ともご紹介のほどよろしく願いいたします。

お知らせ

グランドカンファランスのお知らせ

当院では、コメディカルも含めたMDT(multi-disciplinary team)meetingとして、毎月1回(原則第4火曜日 18:00~19:30)グランドカンファランスを行っています。

診断-病理所見-治療-病理所見-結果(予後)といった全体の流れを重視し、各診療科が輪番で症例を選択しています。また、毎回会終了後にアンケートを実施し、出席者満足度などを調査して、常に改善を図っています。外部施設の先生方にもご参加いただき、がん研有明病院の診療を第三者から評価してもらい、さらに連携を深める機会とさせていただきたいと考えております。

ぜひご参加ください(事前申込みは必要ありません)。

詳細は、当院ホームページ 病院紹介「医療関係者の方へ」をご覧ください。

医療連携課 患者さん診療予約のご案内

医療連携課では、医療機関の先生方からご紹介をいただいた患者さんの診察・セカンドオピニオンの予約調整を行っております。また、経過報告書の管理、診察に関するご案内等も行っております。お問い合わせの窓口としてご信頼いただけますように、迅速・確実な対応を心がけてまいります。

ご紹介は、下記の電話・FAXでお申込みいただけます。(患者さんご自身でお電話していただき予約することもできます。)

※電話受付時間 : 平日 午前8時30分~午後4時30分

(8月より受付時間が変更されました。ご留意くださいますようお願いいたします。)

電話 : 03-3570-0506 (医療機関様用)

03-3570-0541 (患者様用)

FAX : 03-3570-0254

《編集後記》

7月1日より病院長が山口俊晴先生に変わり、新体制のもと新たなスタートを切りました。

改めてがん研有明病院の職員一人ひとりが患者さんに求められているものを常に考え、山口病院長が提唱する安全・安心できる高度な医療を迅速に提供するよう、積極的に取り組んでまいります。

医療連携課は、受診における最初の窓口となります。ご受診に関するご質問がございましたらどうぞお気軽にお問い合わせ下さい。よろしく申し上げます。(石井)

公益財団法人 がん研究会有明病院

発行: 医療連携課

〒135-8550 東京都江東区有明3-8-31

TEL 03-3570-0506

FAX 03-3570-0254

(E-mail): renkei@jfcr.or.jp

ホームページアドレス: <http://www.jfcr.or.jp/>