彩の国 埼玉県
Saitama Cancer Center News

がんセンターだより

第 31 号
平成24年1月1日 発行
発 行
埼玉県立がんセンター
発行責任者
病 院 長
田 部 井 敏 夫

基本理念 "唯惜命"

私達は生命の尊厳と倫理を重んじ、十分な医療情報提供と患者さんの自己決定権を尊重し博愛と奉仕の精神で医療を行います。

目次

- 頭頸部食道キャンサーボードの紹介……1
- がんセンター診療最前線～大腸癌～……2
- がんセンター診療最前線～腎がん～……3
- 小磯副病院長兼看護部長あいさつ／サイトカイン研究の臨床応用……4

埼玉県のマスコット コバトン

頭頸部食道キャンサーボードの紹介

消化器外科　副部長
川島　吉之

頭頸部食道キャンサーボードを紹介します。当センターの5つのキャンサーボードは①担当臓器の内科・外科・放射線科（消化器、乳腺、呼吸器）で構成される、②特定の領域（骨盤内、頭頸部食道）にある臓器担当の科で構成される、の二つに分かれます。

「頭頸部食道キャンサーボード」は頭頸部外科、歯科口腔外科、消化器外科、消化器内科、放射線科、形成外科、病理診断科そして看護師・検査技師・薬剤師・理学療法士などからなります。担当する領域は口から胃袋に至るまで、つまり鼻腔、口腔内、歯科、喉頭、咽頭、食道が対象です。この領域のがんは飲酒、喫煙の関連が強く、1人で同時に頭頸部がん、食道がんともに罹っていることがあり、複数の科で共同治療が行われています。

外科切除はこの領域のがん治療の大きな柱ですが、頭頸部手術では声や飲み込みという機能を失うことがあり、また食道手術は頸・胸・腹の三ヶ所を切る大手術で身体にとても大きな負担がかかります。そのため、複数のがんの中に早期がんがある場合、早期がんには**内視鏡治療**や**放射線治療**を行って、機能温存や負担軽減を目指します。

内視鏡治療は消化器内科が担当していますが、食道のほか、最近では全身麻酔下に、中咽頭、下咽頭にも拡大されています。

頭頸部がん・食道がんには**扁平上皮がん**というがん細胞のタイプが多く、これには**放射線治療**がよく効きます。切除の難しい部分（上咽頭）や機能温存可能な早期の咽頭、喉頭がん、そして早期食道がんに行われています。

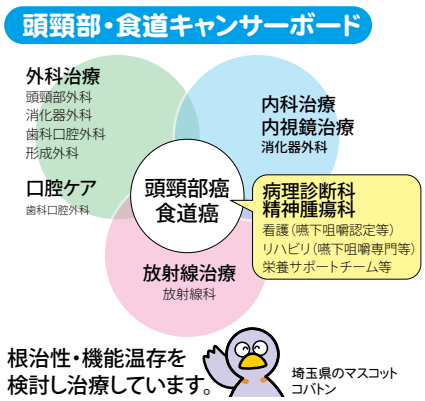
また、進行して切除不能ながんに対し、放射線と抗がん剤（**化学療法**）を同時に行う**化学放射線療法**が行われ、手術以外の方法で根治・制御を目指します。

抗がん剤や化学放射線療法をまず行ってから手術する組み合わせ治療（**集学的治療**）は、手術を先行するより根治性の増すことが多く、治療成績の向上が得られています。抗がん剤治療は消化器内科の腫瘍内科医が行っています。

形成外科は、がんを治す手術によって顔面や口・喉の一部などが変形や損失した場合、修復手術によって、形を整えたり機能を支えたりする手術を施行しています。

また、食事や空気の入り口となる口の中の衛生が、病原菌の侵入を防ぐことにつながります。**歯科口腔外科**は口腔がんの手術を行うだけでなく、他のがん患者さんの**口腔内ケア・チェック**を行っています。食道がんでは口腔ケアが術後の肺炎予防に効果があると報告されています。手術だけでなく抗がん剤治療、放射線治療においても口腔ケアが合併症予防に重要とされています。加えて、咀嚼嚥下や栄養等に関して、看護、リハビリおよび栄養サポートチームの認定看護師、専門療法士が関わっております。

頭頸部食道キャンサーボードは毎月**第3木曜日、テレビ会議室**での定期開催を原則としており、院外からの参加を歓迎していますが、日時・場所が変更になることもあるので、ホームページや電話で事前にお確かめ下さい。よりよい治療の提供を目指して、7診療科と関連職種が熱心に議論しております。



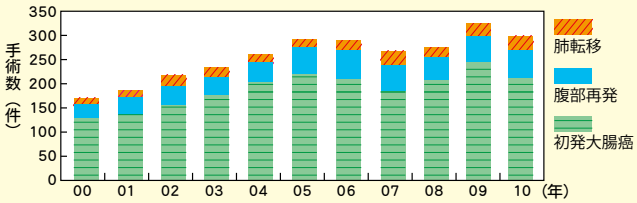
がんセンター診療最前線 ～大腸癌～

消化器外科　副部長
西村　洋治

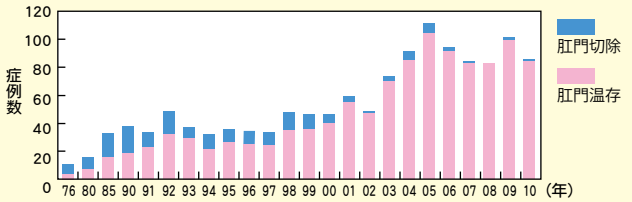
大腸癌は上流を占める結腸癌と肛門に近い直腸癌に分かれます。食生活の西洋化と人口の高齢化で、近年爆発的に増えています。同時に、手術術式の改善と、新規抗癌剤の登場・放射線治療の進歩で、治療成績も急速に進歩している分野です。大腸癌は消化器癌の中で比較的性質の穏やかな癌が多く、治療による生存率の向上もさることながら、後遺症を減らし「生活の質」も考えた治療法が選択されるようになって来ています。

①肛門付近の直腸癌で最も気になる人工肛門についても、肛門括約筋を可能な限り温存し、永久的人工肛門はほとんどの症例で回避できるようになりました。通常では永久人工肛門になる超低位の直腸肛門管癌に対し括約筋間切除（ＩＳＲ）という肛門温存術を121例に施行しました。２００１年～２０１０年の全直腸癌８７６中の永久的人工肛門造設率は３５例４％でした。②術後疼痛の少ない小さな傷ですむ腹腔鏡下大腸切除も、５つの穴から1つの穴のみで行う単孔式切除ができるようになり、積極的に行っています。２０１０年は２１４例の初発大腸癌中、８１例37.9％に施行しました。また、単孔式切除を２０例に行いました。③骨盤内に浸潤する大きな直腸癌に対し、積極的に切除すると同時に、可及的に膀胱・直腸や内臓神経を残し、その機能（排尿・排便・性機能）を温存するようにしています。④昔は救命できなかった肝転移・肺転移や腹膜再発などの再発大腸癌も、積極的に切除することにより、救命できる症例が増しています。他院で初発癌切除後の再発で、切除困難といわれた症例も含め、２０１０年は腹部再発大腸癌切除を（肝切除・腹膜再発切除・骨盤内再発切除・リンパ節再発切除など）、５８例に施行しました。再手術は癒着が多く、時に１０時間を越しますが、完全切除ができれば４０％の患者さんが救われるようになりました。以前不治といわれた腹膜再発も積極的切除で３０％の患者さんが救われています。そのために、術後の外来では再発の早期サインを見逃さないようにＣＴや超音波検査を定期的に行うことが大切です。⑤新規抗癌剤が次々に登場し、高額であること・手足のしびれが残ることなどが主な問題点ですが、５年前まで切除不能の癌が、今では切除可能になり救命できる症例が出てきました。

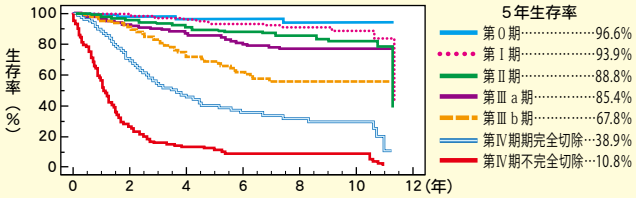
当院での10年間の大腸がん手術症例数



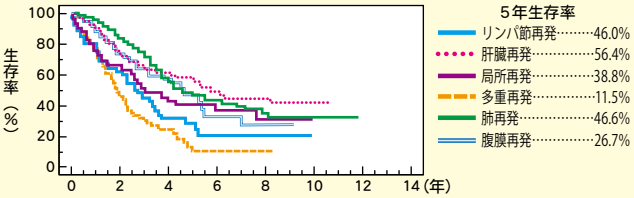
当院での直腸がんの肛門温存率



初発大腸癌病期別生存率



再発癌切除後の生存率



がんセンター診療 最前線 ～腎がん～

泌尿器科　医長
福井　直隆

腎がんは超音波検査による検診の普及により早期発見例が多くなりましたが、症状の出現をきっかけに進行した状態で発見される例も少なくありません。早期の腎がんでは手術療法がもっとも確かな治療法であり、多くの方が根治を得られています。転移がある場合でも可能なケースであれば外科的に切除を行うこともあります。切除が困難なケースでは、腎がんは一般的に抗がん剤や放射線治療に抵抗性であるため、これまでインターフェロン・インターロイキンといった免疫療法が行われてきました。しかしながら、腎がんの性格は比較的ゆっくりと進行するものから数カ月で急激に悪くなるものまで千差万別であり、実際に免疫療法で効果が得られるのはほとんどが緩徐に進行するタイプで全体の１～２割程度でした。この状況は２００８年になり腎がんの治療法に分子標的薬という新たな抗がん剤が登場し、大きく変わりました。分子標的薬はがん細胞の増殖や転移に関する研究の成果を受け、成長に関わる特定の分子をターゲットにする治療で、がんに対する特異性が高いという特徴があります。現在、国内ではチロシンキナーゼ阻害薬のソラフェニブ、スニチニブ､ｍＴＯＲ阻害薬のエベロリムス、テムシロリムスという４種類の分子標的薬が使用可能となっております。腎がんの性格をがんによる全身の状態や血液検査などで分類し、リスクに応じて最適な治療薬の選択ができるよう検討されております（表１）。日本人では免疫療法の効果が比較的高いことも最近になって分かり、特にリスクの低いものでは今もなお治療の選択肢とされている点も重要です。また、分子標的薬は従来の抗がん剤治療とは異なり、お薬を変更することで新たな効果が期待し易い面があります。一方で特有の副作用がでることも知られており、その症状を十分に観察しながら担当医と相談し治療を継続していくことが重要です。分子標的薬は未だ研究段階のものや海外では既に使用されていても国内では効果や安全性が確認できていないも多いのが現状です。今後、新たな分子標的薬が国内に登場することで腎がんの治療法も大きく変わっていくことが期待されています。

山形大学　内藤 整先生による進行性腎癌のリスク分類と治療

①初診時転移あり､もしくは転移出現まで1年以内

②ECOGPS（Eastem Cooperative Oncology Group perfomancestatus）が1以上

③ＬＤＨ正常上限値1.5倍以上

④補正カルシウム値10mg／dl超

⑤CRPO0.3mg／dl超

左記のあてはまる数が

0～1→良好リスク群
免疫療法やソラフェニブ､スニチニブなど

2～3→中間リスク群
スニチニブ、免疫療法など

4～5→不良リスク群
テムシロリムス、スニチニブなど

小礒副病院長兼看護部長あいさつ

副病院長兼看護部長
小礒　玲子

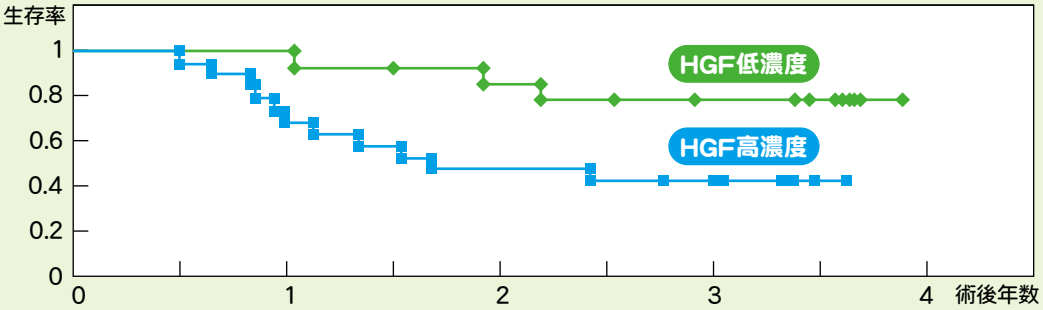
看護部は、『がんセンターの基本理念に基づき患者さんの権利を尊重し、個々のニーズに応じた患者さん中心の質の高い看護を提供します』の理念を掲げ、がん看護実践能力に優れた看護師を育成するとともに、３６５日、２４時間継続した看護を提供しています。昭和５０年のセンター開院以来、１００床から２００床、３００床、４００床へと病床数増加にあわせ、看護師数も増え、求められる看護の量・質ともに、時代の要請に合わせて成長して参りました。

認定看護師教育課程への派遣を目標に、平成８年から「がん看護専門研修」を開始、修了者から認定看護師が誕生し、現在、１５人の認定看護師（緩和ケア、がん性疼痛看護、乳がん看護、がん化学療法看護、皮膚・排泄ケア、感染管理、摂食・嚥下障害看護、手術看護、集中ケアの９分野）が活動し、院内の教育研修においても中心的役割を担っています。

現在建設中の新病院が目指す『高度先進がん医療の実践』と『患者と家族にやさしい病院』に見合った看護実践能力が発揮できるよう、さらに看護部全体の看護実践能力の向上を図り、その時その一瞬を大事に、患者さんやご家族の思いに寄り添った心のこもった看護の提供ができる看護部でありたいと思っています。

サイトカイン研究の臨床応用

臨床腫瘍研究所
専門員
冨田　幹夫

サイトカインはインターフェロンやインターロイキン（ＩＬ）、細胞増殖因子などを含む、タンパク質性の生理活性物質です。約３０年前から多数のサイトカインが発見され、その遺伝子が分離されて、臨床応用が検討されました。私たちは白血病抑制因子（ＬＩＦ/Ｄ－factor）というサイトカインを世界で初めて純化しました。さらに、ＬＩＦやＩＬ－６が肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）の産生を促進することを明らかにしました。癌細胞や炎症細胞がＬＩＦやＩＬ－６を分泌すると、周囲の繊維芽細胞に作用してＨＧＦを産生します。ＨＧＦは癌細胞の転移を促進すると報告されています。最近、私たちは胸部外科で手術される患者さんの血中のＨＧＦやＩＬ－６を測定して、その臨床的意義を解析しました。その結果、ＨＧＦやＩＬ－６の血中濃度によって、病期Ⅲ肺癌の予後に大きな差があることがわかりました（図参照）。病期Ⅲの肺癌は手術すべきか否か、境界領域にありますが、ＨＧＦやＩＬ－６の血中濃度の低い患者さんは積極的に手術すべきだといえます。さらに、これらのサイトカインの活性を阻止する薬剤は肺癌の治療に利用できることを示唆します。唐突ですが、埼玉県立がんセンターが県の癌医療の拠点であり続けるには、他の病院にはない、研究所の存在が必要だと思います

病　期　Ⅲ
肺がん手術
患者さんの予後