

健康文化

ある医師の遍歴：なぜ心臓悪性腫瘍？

岡田 徹

変なタイトルで皆さんに全く興味を持っていただけないことを恐れておりますが、読んで頂いている方々に感謝申し上げます。わたくしは、現在名古屋大学放射線科の助教を務めさせていただいており、表題の疾患が興味のある対象であります。このたびは、わたくしの研究を、第1回健康文化振興財団研究助成に御採択いただき、林誠太様、佐久間貞行先生を始め関係者の皆様に、心より御礼申し上げます。名大放射線科の長縄慎二教授のご尽力により、名大にも放射線治療学講座が新設され、伊藤善之先生が特任教授に就任なされました。わたくしは、放射線科の生え抜きではありませんので、日陰でひっそりと暮らしていきたくと思っておりますが、その伊藤先生から、「先生の経歴はおもしろい（変わっている）し、今やっている研究もおもしろい（変わっている）から、その道のりを書いて。」と命を受け、不承不承、このような日のあたる場所に出て参りました。

わたくしは、平成10年に金沢大学医学部を卒業し、名大旧第一内科に入局しました。7年前までは呼吸器内科医であります。呼吸器内科を選んだ理由は、固形癌を扱い、全身管理ができる科で、画像に興味があったからです。肺癌の化学療法が本当の専門でしたが、皆さんも御存じの通り、化学療法では治癒の喜びを味わえないので、ICUの全身管理、救急外来を sub-specialty にしておりました。

研修及び初期赴任先は、800床規模の野戦病院で、法律の外にいる紳士達と、現代社会を放棄した屋外の自由人達御用達の病院でした。臨床能力は飛躍的に身に付きますが、給料は絶対的に安いという、今時の若者に圧倒的に嫌われる性質を未だに有している病院です。さらに救急部門には、循環器内科医で、泣く子も黙って土下座する鬼軍曹殿が未だにいらっしゃいます。この鬼軍曹殿との楽しい日々が今のわたくしの医師としての基礎を築いたといっても過言ではございません。1つのエピソードを御紹介いたします。私が医師になったばかりで、5月から救急外来を行っており、1ヶ月間頑張った6月のこと。患者は、呼吸苦を主訴に、起坐呼吸で救急車にて運ばれたお年寄りです。意識は清明。モニター心電図で虚血なし、血圧はやや高め、洞性頻脈。SpO₂ は room air で

87%。理学所見上、頸動脈怒張、両下腿浮腫、両肺野に coarse crackle が著明で、III 音聴取。当然心不全を疑い、血液ガスの後、経鼻酸素を流し、静脈採血し、ルート確保、5%ブドウ糖液 40ml/hr を流しながら、胸部レントゲン撮像へ。ここまで約6-7分経過し、胸部レントゲンができあがったのが約5分後でした。レントゲン写真は、予想通り、肺鬱血と、両側胸水、心拡大を認め、心不全の診断。尿道カテーテル留置の指示を出し、ラシックスを 20mg 静注しました。

すると横で見ていた鬼軍曹殿は、恐ろしい三白眼で私をジロツと睨み、一言「違う。」

「今から血管拡張剤を、血圧を診ながら…」 →「違う。」

「low dose ドーパミンを末梢からでも?……」 →「違う。」

「心不全の病因の探索ですか?」 →「違う。」

「輸液の選択ですか?」 →「違う。」

このような脂汗を流しながらの問答中、わたくしが失禁する前に、患者の利尿がつき、呼吸苦も徐々に改善し、血管拡張剤投与とともに救急病棟に入院となりました。臥位の 12 誘導で虚血がなく、心エコーも問題ないことを確認したところ、鬼軍曹殿からやっと解答がでました。

「平均点 60 点の治療だ。レントゲンができるまでの間、患者の呼吸苦への対処は酸素だけか。きみは、患者がきた瞬間に心不全と判ったはずだ。理学所見をとった段階で、それが確信に変わったはずだ。そうであれば、レントゲンができる前に、ラシックスを打て。ルートを接続しすぐにラシックスを打てば 100 点だ。留置針をさした直後、ルートを接続する前にラシックスを打てば 120 点だ。」

御説ごもつとも。自分では循環器系薬剤を自信をもって使用できたと思っていたのですが、ピシヤリと頭を叩かれました。(しかし医師 2 か月目にしては厳しすぎる...)。最初の 5 年間、鬼軍曹殿は万事がこの調子で、ずいぶんとしごかれました。頭は悪いが、体を張ることだけは得意なわたくしは、この恐ろしい環境の中で、頭と尻を同時に叩かれながら、臨床に邁進することになり、「〇〇日赤の核弾頭」という名誉か不名誉かわからない渾名を付けられていくのであります。

肺癌抗癌剤治療及び終末期治療を行う傍ら、重症患者大歓迎であったわたくしは、日ごろの行いが悪かったせいか、帰局後数か月にて整形疾患に罹患し、左大腿の手術をうけ、全身管理の激務には左脚が耐えることができなくなりま

した。内科より強い慰留はございましたが、先の研修病院の放射線科医であった村元秀行先生の薦めで、2004年10月に名大放射線科に円満転科いたしました。放射線科は、全身管理がメインではなく、画像及び固形癌を扱うため入局を希望したのであります。しかし「核弾頭」と呼ばれていた頃から、わたくしとは正反対である村元先生の物静かな聡明さに引かれていたことは事実であります。

転科を御裁可していただいた教授は、石垣武男先生でありました。入局前に教授面接があったのですが、手負いのわたくしを入局させていただけるかどうかは、非常に不安でありました。赤門御出身の教授より「志望の動機は？」とズズイと聞かれ、隙あらば問答無用に唐竹割にされると思い、カチンコチンに緊張しておりました。しかし、石垣先生は柔和な笑顔で「お前、結婚してるのか？」と一言。「はい、しております。」と答えると、「そうか」と残念そう。「やはり、放射線科の修業に悪影響ですか....？」とわたくしが質問しますと、「いや、ちょっと俺の娘がな....。」と石垣先生。すると当時医局長であった佐竹弘子先生が「石垣先生、初対面の人にやめてください！」とピシャリ。何が何だかわからない状態で、面接が終了し、入局の御裁可をいただきました。今思えば、第一内科とは異なる、放射線科の大らかな雰囲気の流れであり、あの質問は、わたくしの緊張を解きほぐすための石垣先生の高尚な御配慮であったと信じております。

放射線科にとって画像の読影とは、内科医にとっての理学所見と同じであります。画像が読めなければ話になりません。転科後、もう一度研修医に戻ったつもりで、夜中まで読影にも励みました。初めのころは、巨大卵巣腫瘍のMRIフィルムを、シャウカステンに天地逆に差し、「全くわからん」と唸っていたこともありました。その頃、講師であった伊藤善之先生に出会い、X線による放射線治療を丁寧に教えていただき、肺癌だけではなく、臓器横断的にがんを治療する面白さを教えていただきました。体の出入り口に生じた扁平上皮癌は、化学放射線治療で頑張れば根治に導く可能性があることはよくわかりました。しかし十分に照射されているにも関わらず、ど真ん中から再発してくる軀幹の腺癌等、内科外科から「でもしか放射線」と言われてしまう問題は俄然存在しています。ある時、伊藤先生から「そんな下品なことを言ってはダメです。森田皓三先生は、X線の『治癒の不確実性』と言っています。この『治癒の不確実性』を克服した新しい放射線治療が学べる研究所があるが、行ってみるか？」と言われ、わたくしは迷わず手を挙げました。

放射線医学総合研究所（以下、放医研）は、まさに最先端の放射線研究施設でありました。居並ぶ先生方も、全国区の凄さを持つ方々でありました。わた

くしは「3度目の研修医になります！」と鎌田正先生に宣言し、放医研に突入いたしました。大貫禄の辻比呂志先生から、豪傑のような体躯とは懸け離れた繊細な御指導をしていただき、3年間で約600人の炭素線治療に従事いたしました。肉腫や腓癌の治療成績も素晴らしく、炭素線はX線とは全く別の放射線であり、局所を叩き潰すだけのパワーを持っていることを実感いたしました。わたくしの言葉で言えば、炭素線治療は「内科外科が納得する放射線治療」であると思っております。

放医研で楽しくも忙しい生活を送っていたある朝、心臓原発悪性腫瘍の患者が受診しました。鎌田先生は、飄々と「適応があると思うから、診といてね。」と声をかけられました。鎌田先生はわたくしの経歴を御存じの上でおっしゃられたと思います。しかしこの物騒な話に、社会に感謝の気持ちを込めて迎える朝の情緒もぶっ飛びました。炭素線治療計画は、学姉である今井礼子先生に泣き付くとしても、強力な炭素線を心臓にまともに当てていいのかという不安が髪をザワッと逆立てました。しかしわたくしの、「やれ」と言われれば嫌とは言えない性格（寛容というわけではなく、開き直りが早い性格）から、何か問題が起これば鬼軍曹殿に仕込まれた訓練で対処し、それでもダメな場合は自分が腹を切るまでと覚悟を決め、入院管理を引き受けました。炭素線の肉腫に対する抗腫瘍効果から予想される通り腫瘍は縮小しましたが、予想に反してというか、せっかく迎撃準備していた急変は一切起こらず、いささか拍子抜けをしたとともに、炭素線の生物学的効果と線量集中性の高さを実感したのであります。これが心臓原発悪性腫瘍とわたくしの邂逅であります。

心臓原発悪性腫瘍という疾患は、頻度が非常に少なく、Mayo clinic でさえ年間1例です。予後も極めて悪く、手術不能症例では1か月未満、手術をしても1年の生存とも報告されています。この腫瘍は、循環器内科や心臓外科から見ても、全摘に限界があり再発が多く「お手上げ」の疾患であり、腫瘍専門医から見ても、組織型が肉腫で、抗癌剤や通常X線では太刀打ちができず、さらに心機能という普段あまり気にしていない重要な機能が問題になり、できれば避けて通りたい疾患です。つまり、心臓原発悪性腫瘍は、心臓病学と腫瘍学の間で生まれた、忌み嫌われる鬼子であります。この疾患の状況を端的に表した名文がありました。

Unfortunately the outcome for malignant primary cardiac tumors remains dismal, but fortunately these tumors are rare (Heart, 2011).

名文は名文ですが、「お手上げ」にも程があります。このような状況の心臓原発悪性腫瘍の治療 strategy を模索していきたいと分不相応にも考えております。また治療法

の抗腫瘍効果や副作用の評価だけではなく、「なぜ心臓にがんが少ないのか」という命題にも挑んでいきたいと思っています。

こう振り返って見ますと、内科時代の急変と全身管理に明け暮れた血みどろの毎日もかけがえがなく、そして放射線科にて重粒子線を学ばせて頂いたからこそ、この超難治性がんである腫瘍に立ち向かえるのだと思います。今までの予期せぬ偶然の出会いもまた、宿縁の不思議を感じさせるものであります。そして、このような研究を許していただける、佐久間先生をはじめとする健康文化振興財団の皆様、長縄・伊藤両教授、放医研の先生方の懐の深さに、ただただ頭が下がる思いです。改めて、臨床の基本を教えていただいた内科の先生方、病気で気が弱くなっていたわたくしを暖かく迎えて下さった石垣先生をはじめ名大放射線科の同門の方々、どこの馬の骨ともわからないわたくしに重粒子線治療を教えていただいた放医研の皆さまに、心から感謝を申し上げます。今後、放射線科という鴻の翼の庇護の元、努めて参る所存です。引き続き、皆様の御指導御鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

放射線科医になって、良かった！

(この物語はノンフィクションであり、登場する団体・人物などの名称は全て実在のものです。)

(本文章は、JASTRO news letter 106号に寄稿したものを、加筆修正したものです。)

(名古屋大学放射線科 助教)