

講師紹介

第1部



静岡県立静岡がんセンター

泌尿器科副部長
山下 亮 氏
(やました・りょう)

【プロフィール】

1998年、順天堂大学医学部卒、1998年、虎の門病院外科研修医。

2004年、静岡がんセンター泌尿器科レジデント

2006年、同センター泌尿器科医師。

2011年、スイスベルン大学泌尿器科留学、

2019年、米国UCLA短期留学、2022年、慶

応義塾大学医学部大学院卒、医学博士。

2020年より現職。

日本泌尿器学会専門医・指導医。

第2部



静岡県立静岡がんセンター

緩和医療科部長
佐藤 哲観 氏
(さとう・てつみ)

【プロフィール】

1989年、弘前大学医学部専門課程卒、弘前大学医学部麻酔科学教室 入門。1994年 米国イリノイ大学シカゴ校医学部麻酔科学教室 Postdoctoral fellow。静脈麻酔薬の気道平滑筋に及ぼす薬理作用の研究に従事。

1996年、弘前大学医学部附属病院麻酔科外来医長・病棟医長としてペインクリニックと緩和ケアに従事。

2004年、同大学病院麻酔科 講師、2007年、同大学病院 腫瘍センター 緩和ケア診療室副室長 兼任。

2010年、同大学病院 麻酔科診療准教授、2012年、同大学診療教授。2016年静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 医長、2018年10月より現職。

日本緩和医療学会認定医、日本ペインクリニック学会専門医。

第3部



静岡県立静岡がんセンター

総長
山口 建 氏
(やまぐち・けん)

【プロフィール】

1974年慶應義塾大学医学部卒。

1999年国立がんセンター（現・国立がん研究センター）研究所副所長。同年 宮内庁御用掛兼務。2002年より現職。

現在、内閣府ゲノム医療協議会構成員、厚生科学審議会科学技術部会委員などを務める。

2000年高松宮妃癌研究基金学術賞、2014年ISOBM ABOTT賞（国際腫瘍学バイオマーカー学会賞）受賞。

研究領域は乳がん治療、腫瘍マーカー、ゲノム医療、がんの社会学。

第1部

腎がんの治療戦略 2022

泌尿器科副部長 山下 亮氏

はじめに

今回の講演では、当院の腎がん患者さんに対する治療方針を解説します。講演内容は1. 腎がんについて、2. 多発転移を有する腎がん患者さんに対する薬物治療について、3. 転移のない腎がん患者さんに対する手術治療の概略、手術以外の方法（監視療法や凍結療法）について解説します。

腎がんについて

腎がんは尿を生成している腎実質から発生します。尿を収集している腎盂から発生する腎盂がんとは全く別の病気です。2019年に日本全体で腎がんと診断された方は2万1347人で男性に多く発生しています。腎がんのリスク因子は高血圧、肥満、喫煙などがあります。ステージ毎の発生頻度を見ると、腎に限局し7cm以下で見つかる腎がん（ステージI）が約70%を占めます。約15%の患者さんでは、遠隔転移を有する腎がん（ステージIV）の状態で見られます。ステージIの患者さんの5年相対生存率は極めて良好で90%以上ですが、ステージIVの患者さんの、5年相対生存率は未だ芳しくありません。現在まで泌尿器科医は、stage Iの腎がん患者さんをいかに低侵襲で治せるか、またstage IVの腎がん患者さんの生存率をいかに改善できるかに注力してきました。

多発転移を有する腎がん患者さんに対する薬物治療について

患者さんが受診したときに、我々がまず確認することは、多発する転移があるかどうか、また患者さんの年齢、他に病気を持っていないかについてです。多発する転移がある場合、現在の医療でも完全に治す（根治）ことは難しいのですが、薬物治療を上手に選択しながら、副作用をできる限り抑えて、生活の質が保てるよう配慮しながら診療しています。完全に病気を治せないなら、いかに病状を維持し元気に過ごすことができるかに目標を再設定し、患者さんと共有します。身体的な問題のみでなく、不安なく毎日過ごせるよう、治療の見通しについても適宜説明します。薬物治療の方法については、抗がん剤（チロシンキナーゼ阻害剤）と免疫を活性化させる薬（免疫チェックポイント阻害剤）の併用を第一に考慮します。この組み合わせの奏効率（よく効く患者さんの割合）は、42～71%とかなり高いのですが、薬価が大変高く、副作用も高率に出現します。体調に合わせて減量休薬し、また薬剤を変更して対応します。現在の薬の進歩により、過去には長く生存できなかった患者さんが、薬剤

の組み合わせにより長期安定し生活できているケースも時に経験します。今日のお話の中では、患者さんの了承を得て 2 例の治療経過を提示します。

転移のない腎がん患者さんに対する手術治療について

A 手術治療：最も治る可能性の高い治療は手術です。手術方法については腫瘍のみを切除し正常腎を温存する腎部分切除術と、片側の腎臓を全て摘出する全摘手術があります。部分切除と全摘手術の選択については、腫瘍の大きさ、発生部位、術前の画像的特徴により決定します。がんが治る可能性については部分切除と全摘術では変わりありません。ただ部分切除を選択すると、その後の心血管系の病気の発生率が全摘術より低下することが知られています。また正常腎を多く温存できるメリットもあります。過去には腹部を大きく切開する開腹手術を実施していましたが、現在は腹腔鏡やロボットを使用して可能な限り創を小さくし、痛みを少なく、早期回復、早期退院を目指しています。

B 転移のない腎がんに対する手術以外の方法：腫瘍径が 4 c m以下の腎がん患者さんにおいて、何らかの理由で手術が実施できない場合を解説します。何らかの理由とは、重篤な併存症（心筋梗塞後、脳梗塞後など）、高齢、患者さんの手術拒否例などが含まれます。

監視療法：小さな腎がんを、無治療で経過観察すると年間平均で、1－3mm 程度増大することが報告されています。腫瘍径が 4 c m以下の場合、他臓器へ転移を起こす可能性は比較的低いため、エコーや CT で定期的に腫瘍サイズを観察していく方法です。

凍結療法：局所麻酔下に経皮的に針を腫瘍へ穿刺し、アルゴンガスを用いて腎がんを－40 度以下に凍結、その後、ヘリウムガスを用いて解凍、これを繰り返し行い、腎がんを治す方法です。2011 年から保険適応となっており、当院でも 2022 年から実施しています。全身麻酔で行う手術と比べて、局所麻酔で行うため身体への負担が少なく、大凡 2 時間程度で終了します。

最後に

治療技術は日々進歩しています。患者さんにとって最も適切な治療はどれか、十分に相談したうえで決定します。我々も手術手技の研鑽に努めながら、最新の医療情報を常にアップデートし、患者さんへ最適な医療を提供していきたいと考えています。

第2部

緩和できます！がんの痛み

緩和医療科 部長 佐藤 哲観氏

がんの症状として皆様が最も心配されるのは、耐え難い痛みではないでしょうか。「痛みはがんにつきものであり我慢すべきもの」、「痛みを訴えると面倒な患者だと思われてしまう」、「痛みを抑えてしまうとがんの診断や治療に支障を生じる」、「痛みを訴えるとがんの治療を中止されてしまう」、「鎮痛薬を使うと副作用に苦しめられる」、「鎮痛薬は体に悪い」、「鎮痛薬を使うと依存症になる」、「鎮痛薬は早くから使うとだんだん効かなくなってしまう」、「鎮痛薬は命を縮める」、などとお考えの方もいらっしゃると思いますが、これらは全て誤解です。今回は、がん患者さんの痛みの全体像とがんの痛みに対する治療法についてご説明し、安心して痛みの治療を受けていただきたいと思います。

がん患者さんの抱える痛み

がんには多彩な症状がありますが、痛みは最も多くみられる症状の一つです。がん患者さんのうち70～80%の方々が病気の経過中に何らかの痛みを経験するといわれます。原因としては、①がんそのものによって生じる痛み、②手術による傷の痛み、抗がん剤投与や放射線治療による粘膜障害や神経障害が原因となった痛み、③筋肉や関節の拘縮や褥瘡などの衰弱に伴う痛み、④がんとは無関係な他の疼痛疾患による痛み、が挙げられます。がんによる痛みは程度が強いことが多く、病気の時期とあまり関係なく比較的早期から出現するのが特徴の一つです。また、特に進行がんになると体の複数の場所に痛みを生じることが多く、持続的な痛みとときどき出現する波のある痛みの組み合わせとなることが多くなります。痛みを放置すると、夜眠れなくなる、食欲がなくなる、何をすることも億劫になる、など日常生活に大きな支障を及ぼすようになります。がんの痛みはつらい症状ですが、適切な治療を行うと十分に緩和することができます。痛みを抑える治療を行っても、がんの診断や治療に悪影響を及ぼすことはありませんので、痛みは我慢せずに積極的に訴えてください。

がんの痛みに対する診断と治療

痛みという症状は主観的な感覚なので、基本的に他人にはわかりません。また痛みの感じ方には個人差がとても大きいので、いくら精密検査を行っても個々の患者さんがどのような痛みで苦しんでいるかまではわかりません。痛みの治療を行うにあたって大切なのは、痛みの的確な診断です。そこで重要なのがコミュニケーションです。痛みに関するコミュニケーションは、まず痛みを正直に訴えていただくことから始まります。「いつから」、「どこが」、「どの程度」、「どのように」痛いのか、「痛みでどのように困っているのか」、「痛みが比較的楽になる（強くなる）のはどのようなときか」、などをありのままに教えていただくことが、痛みの診断のためにはとても大切です。こういった情報をできるだけたくさん集めて、診察や画像検査の結果も踏まえた上で痛みの診断を行い、痛みの治療計画を立てていきます。

1986年に世界保健機関が「がん疼痛治療法」を発表し、現在でもがんの痛みに対する世界標

準の治療法となっています。わが国においてもこの標準的な治療法が普及し、がんの痛みに対する治療が積極的に行われるようになってきました。痛み治療の軸は薬物療法ですが、痛みの原因によっては薬以外の方法、例えば放射線治療や神経ブロックなどの専門的な治療や緩和的薬物療法なども行われることがあり、静岡がんセンターにおいてもこれらの方法を積極的に取り入れています。

鎮痛薬は原則的に内服薬を用いますが、内服が困難な場合は注射薬や貼付薬を用います。がんの痛みは持続することが多いので、「痛くなったら飲む」のではなく、「痛みが出ないように」時刻を決めて規則正しく鎮痛薬を用います。鎮痛薬は痛みの程度によって適切なものを選びます。痛みの程度が比較的軽い場合には、ごく一般的な鎮痛薬である非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンといった鎮痛薬が用いられます。これらの薬で痛みが十分に緩和されない場合は、オピオイド鎮痛薬を用います。オピオイド鎮痛薬の代表はモルヒネですが、現在はオキシドロン、フェンタニル、タペンタドール、ヒドロモルフォン、メサドンといった多彩なラインナップが揃っており、個々の患者さんごとに最適な薬剤を選択し、必要に応じて変更することもあります。鎮痛薬による副作用の多くは予防が可能ですので、副作用対策も十分に講じます。痛みを持つがん患者さんの約 70%が、鎮痛薬を規則正しく服用していても突然痛みを感じることがあります。これは突出痛と呼ばれますが、この突出痛に対しては即効性の鎮痛薬（レスキューとよばれる頓服薬）を用いていただきます。

医療用の「麻薬」であるオピオイド鎮痛薬は有効で安全！

中程度以上の比較的強い痛みに対しては、モルヒネとその類縁の薬を含めたオピオイド鎮痛薬が用いられます。オピオイド鎮痛薬はそのほとんどが法律上「麻薬」に指定されています。医療用に用いられる「麻薬」は、適切に用いればとても有効で安全な鎮痛薬です。よく世間を騒がせる「覚せい剤」や「大麻」は、医療用の「麻薬」とは全く別の薬物です。「麻薬」は痛みに対する治療薬として用いた場合は依存や中毒に陥る可能性は極めて小さいのでご安心ください。痛みによって脳内の環境が変わるため、依存や中毒になりにくいことが証明されています。ただし、正しい目的以外にオピオイド鎮痛薬を使用すると依存や耐性を生じることがあるため、医療者の指示をしっかりと守って使用してください。「麻薬」は、使ったら眠ってしまう、段々効かなくなる、一度使ったらやめられない、最後の手段だ、命を縮める、といった心配をされる方もいらっしゃいますが、これらはすべて誤解です。適切な薬を適切な量で指示通りに用いていただければ、決して恐ろしい薬ではありません。しかしオピオイド鎮痛薬も薬である以上いくつかの副作用が起こり得ます。代表的なのは吐き気、便秘、眠気です。吐き気は 30%程度の方に生じますが、吐き気止めを併用することで予防できます。便秘は最も起こりやすい副作用で、下剤等を併用して予防します。眠気は使用開始時や増量時に数日間現れることがありますが、その後消失します。オピオイドは効き方に個人差があるため、少なめの量から開始して効果をみながら増量していきます。がん治療によって痛みが軽減すればオピオイド鎮痛薬は減量、中止することもできます。適切な鎮痛薬を適切な量で用いると、がんの痛みの 80%以上は十分に緩和できます。鎮痛薬、特に医療用の「麻薬」であるオピオイド鎮痛薬を不必要に怖がらないでください。痛みをしっかりと緩和して、より快適ながん治療を受けていただき、自分らしい生活を送っていただきたいと願っております。