

京大がんセンター構想における消化器内科の位置づけ

(文責 消化器内科 宮本心一)

外科系診療科を初めとして癌診療を診療の中心に位置付けている科は多い。しかしながら我々、消化器内科においてはそうではない。いやそうはできないというべきか。我々の疾患の守備範囲は悪性腫瘍に加え、ウイルス性肝炎、肝硬変、胆嚢炎、胆管炎、膵炎、炎症性腸疾患、果ては消化性潰瘍に至るまできわめて広い。一方で内視鏡という悪性腫瘍の診断には欠かせない modality をもっている。この現状を踏まえ、我々が京大がんセンター構想の中でどういう役割を果たすべきか？理想的には stage IV の患者さんを中心に我々オリジナルな study にエントリーし、独自のエビデンスを構築していくことであるがこれは癌患者さんに割けるベッド数に限りがあること、消化器内科内に(恥ずかしながら)medical oncology そのものが根づいていないと言う現実から不可能である。しかしながら内視鏡診断学は medical oncology には必須である。言い換えれば現時点で消化器内科が京大がんセンター構想の中でコントリビュートできるのは内視鏡診断学の部分だけであろう。具体的には消化管に関しては正確な病変範囲と深達度の読みということになるのだが正直なところ現在の我々の内視鏡診断の精度は内視鏡施行者によって大きく差があることも認めざるをえない。この原因ははっきりいって関西地方が昔から内視鏡診断学、medical oncology とともに全国的に見てかなり遅れているといった地域性も大きい(この理由はわからないが厳然たる事実である)、それよりも各科の横のつながり(今でいう集学的医療)の意識が希薄であることが根本原因であると思われる。つまり他科が内視鏡医に何を期待しているかを知る機会に乏しいのだ。私事で恐縮であるが、8年前にレジデントとして初めてがんセンターのカンファレンスのに参加した時の衝撃は忘れられない。臨床のカンファレンスに内科、外科に加え放射線科医(診断医+治療医)、果ては病理医まで当たり前のように参加して治療方針を議論しているのである。この場で中途半端なプレゼンテーションをしようものなら各科のエキスパートからそれは厳しく問いただされるのでかなりの緊張感であった。そこでは何より'知りたいこと'と'伝えたいこと'が常に明瞭であった。がんセンターという疾患を特化した特殊な病院だからこそできることかもしれないが、'がんセンター'を標榜する以上はやはり横の壁は極力、排除すべきである。具体的には疾患別カンファレンスの充実(特に病理医の参加)、理想的には病棟の再編成であろう。消化器外科と消化器内科が別棟にあることを例に挙げるまでもなく現在の病棟編成は癌医療のみならず通常医療を行なう上でも極めて非合理的といわざるを得ない。現在、消化管疾患において定期的に行なわれているカンファレンスとしては消化管外科主催の術前カンファレンス(毎週水曜日の午後6時)および消化器内科主催の内視鏡カンファレンス(1/2w-3w 月曜日の午後6時、病理医必ず参加)があるがこういった地道なカンファレンスの参加者を増やし、質を高めて行くことが集学的治療の原点でありがんセンターと呼ぶに相応しい医療への近道ではないだろうか？各科の先生方(特に消化管外科)にこの場を借りてお願いしたいのは内視鏡の依頼用紙に

はどういった疾患で何をみて欲しいのかをシンプルかつ漏れなく記載していただき、そのかわり中途半端な内視鏡の所見を見つけたら遠慮なく施行者に問い直す、という姿勢を徹底していただきたいということである。大学院生の力を借りて内視鏡検査を回さざるをえない現状を鑑みても、こういった日々の地道な積み重ねが臨床レベルを上げて行くと信じてやって行くしかない。消化器内科のOncology領域の寂しい現実をつらつら並べたが消化器内科でも独自のエビデンスを作って行こうとする動きは見られる。八隅講師率いる ERCP チームの技術は日本有数のものであるのは間違いがない。特に胆膵系の悪性腫瘍に対する内視鏡的減黄術に対する情熱には目を見張るものがある。事実、70歳以上の高齢者膵癌を対象にした場合にはしっかりと減黄がなされた症例ではそれだけで半年近いMSTが得られかつGEM投与の有用性が全くないことを証明している。このデータは高齢者膵癌の治療を考える上で極めて有意義なデータであると思われる。また同グループはGEMにTS-1を加えることにより生存期間が有意に延長するとのデータも得ており、現在、症例数を増やしたretrospectiveな解析とprospective studyを計画中である。またがんセンター東病院が計画中のT1b食道癌に対するEMR先行+CRTのstudyにも参加予定である。世界的に見ても内視鏡治療を絡めた臨床試験は日本のオリジナリティの高い分野であり日本から発信する世界のエビデンスになる可能性を秘めているものと考えられる。京大がんセンター構想から消化器内科だけが取り残され、消化器内科の病棟がホスピスの様に使用されるというありそうな現実だけでは何が何でも避けるために微力ながらstruggleしようと思う。私は京大出身者でもないし関東での研修期間が長かったためこちらの状況にも疎いので無知故の誤解や曲解、思い込みはあると思われる、御無礼は御容赦のほどを。