

「Face to Faceの会」たより

第41号 2020年1月 発行：大阪市立大学医学部附属病院「Face to Faceの会」 文責：柴田 利彦（世話人代表） 連絡先：06-6645-2857 患者支援課

ミニレクチャー

『がん診療における放射線腫瘍医の役割』



放射線治療科 教授 澁谷 景子

放射線療法は手術や薬物療法と並び、がん治療の3本柱のひとつとされています。放射線療法には、①臓器の機能と形態を温存できること、②全身への影響が小さく、高齢者や合併症のある患者さんにも施行可能であること、③線量や照射範囲を調整することで、根治治療としても、症状緩和目的にも対応が可能であること、といった特徴があります。さらに、放射線照射技術は近年、目覚ましく進歩しており、既に通常治療として浸透した3次元原体照射（3D-CRT）から、ピンポイント照射とも称される定位放射線照射（SRS、SRT）、近接する臓器間や臓器内で自在に線量勾配をつけることのできる強度変調放射線治療（IMRT）が開発され、有害事象の軽減と治療成績の向上に寄与してきました。また、これらの照射法にはミリ単位での位置精度が求められます。経験のある放射線腫瘍医と診療放射線技師が、二次元または三次元照合画像を用いて照射回ごとに再現性を確認しており〔画像誘導放射線治療（IGRT）〕、これらの新技術を合わせて高精度放射線治療と呼ばれています。緩和の領域においては、骨転移に対し70-80%を超える疼痛緩和率が古くより示されており、また、骨折予防を目的に行うこともあります。さらに、脊髄圧迫による神経症状を有する脊椎転移の患者さんには、手術または緊急照射が適応となります。一刻を争う場合もあり、診療科間の密な連携が求められます。

がん診療はあらゆる領域の様々な職種の医療人が協働して行うものであり、その地域のチーム力を遺憾なく発揮して頂くためにも、全身、ほぼすべての臓器がんを対象とする我々放射線腫瘍医をうまく活用して頂ければと思います。

放射線療法の特徴

(例)喉頭癌

<p>原発巣</p> <p>初診時</p>	<p>腫瘍は消失</p> <p>声帯はそのまま</p> <p>治療後6か月</p>
-----------------------	---

発声の機能を温存したまま治療が可能

強度変調放射線治療

照射野内の強度を変調した(不均一にした)照射野を組み合わせることで、目的の形状に沿った線量分布を実現

<p>単一強度の照射野による線量分布</p>	<p>強度変調した照射野による線量分布</p>
------------------------	-------------------------

がん種別根治線量と正常組織の耐容線量

(Gy)	肉腫	筋肉・骨	前立腺癌	神経・血管	頭頸部癌	脳	脊髄	リンパ腫	肝臓	腎臓、膵管	肺	水晶体	精巣・卵巣
80													
70													
60													
50													
40													
30													
20													
10													

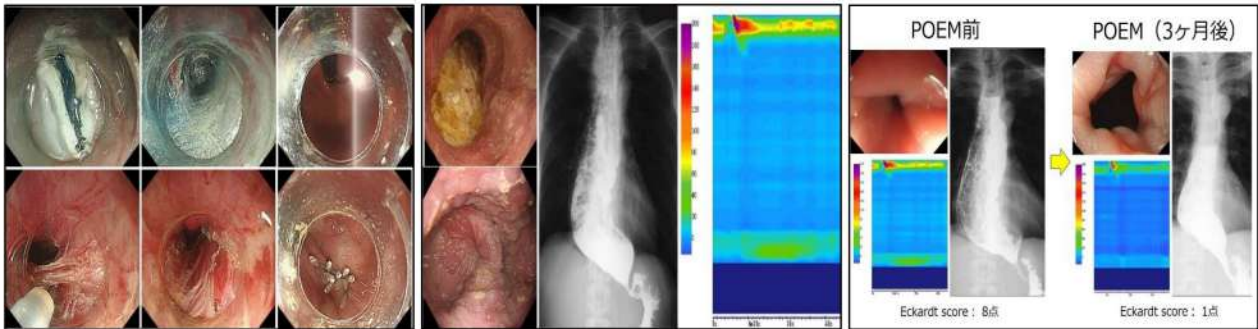
> 早期反応型：細胞分裂頻度の高いものほど感受性が高い。皮膚、腸管や粘膜や骨髄、生殖器など。多くは早期有害事象として発生し、再生・回復可能；可逆性

> 晩期反応型：細胞分裂頻度の低い細胞で構成される臓器：神経、骨、筋肉などは感受性が低く障害発生頻度は低い。いったん障害が生じると回復は困難。ゆっくりとした(晩期性の)不可逆的障害

『内視鏡下筋層切開術（POEM）が著効した食道アカラシアの一例』

にしやま消化器内科 院長 西山 範
消化器内科学 病院講師 大南 雅揮

【症例】47歳、男性【主訴】嚥下困難【現病歴】中学生の頃から、嚥下困難を自覚していた。20歳代に十二指腸潰瘍で入院した際、上部消化管内視鏡検査(EGD)で食道アカラシアの可能性を指摘されたが、症状は軽度であり、精査加療をせずに放置していた。47歳時より嚥下困難、嘔吐、胸痛の症状が増悪したため、前医（にしやま消化器内科）を受診し、EGDで食道アカラシアを疑われ、精査加療目的に当院へ紹介された。【経過】症状スコアであるEckardt Scoreは8点であった。EGDでは、食道は著明に拡張・蛇行し、大量の食物残渣が貯留していた。下部食道括約部(LES)には弛緩不全があり、スコープは強い抵抗をもって胃へ通過可能であった。食道造影検査では、食道はS字状に蛇行、食道最大径は71.8mmと著明に拡張し、LESには弛緩不全があった。胃への造影剤の排泄遅延もあった。食道内圧検査では、一次蠕動波の消失とLESの弛緩不全を認めた。以上より、食道アカラシア(Sg型・拡張度Ⅲ度・Type I)と診断し、内視鏡下筋層切開術(POEM)を施行した。特に大きな偶発症なく経過し、術後4日目に退院となった。術後3か月後、Eckardt scoreは1点まで改善し、EGD、食道造影検査、食道内圧検査の各種検査でもLESの弛緩が確認され、治療効果は良好であった。【結語】本症例は罹病期間30年以上の症状の強い食道アカラシアであったが、POEMにより症状が著しく改善した一例であった。



『ビデオ脳波モニタリングにて診断しえた一過性てんかん性健忘の一例』

神経内科学・講師 武田 景敏

てんかんは、以前は小児期から若年に多い病気と言われてきましたが、近年の研究では60歳以降に新規に発症するてんかん患者が多いことが明らかになっています。一過性てんかん性健忘は高齢者に起こりやすいてんかん発作で意識は正常で、周囲からは全く異常な行動はないように見えるにもかかわらず、記憶が完全に抜け落ちてしまうことが特徴です。

症例は78歳女性。カラオケに行った際、夫が歌唱中に写真を撮ろうとしたが、気がついたら終わっていた。発作時、同席した親戚が話しかけると「うん、おお」などの返答はしており、写真はいつも通り撮影していた。同様の発作が続いたことから他院で頭部MRI検査を受けたが異常は指摘されず、かかりつけ医に相談したところ、当院神経内科受診を勧められ、当科を紹介受診した。脳MRI、脳血流SPECT、神経心理検査では認知症を示唆する異常所見は認めなかった。ビデオ脳波検査を施行したところ、左前頭一側頭部にてんかん性放電を認め、一過性てんかん性健忘と診断した。ラコサミドを開始し、その後発作は消失した。高齢発症のてんかんは増えており、認知症との鑑別も重要である。また短時間での脳波検査ではてんかん性放電を捉えられない可能性があり、ビデオ脳波による長時間のモニタリングが診断に有用であると考えられた。



高齢者てんかんで問題となるケース

- てんかん発作による健忘を物忘れと間違われ、認知症疑いで紹介されるケース
- アルツハイマー型認知症でフォロー中に一過性に反応が悪くなったり意識を消失するなどのエピソードが新たに出現するケース

次回開催のお知らせ 第42回Face to Faceの会
令和2年2月15日(土) 15:00~17:00 於:大阪市立大学医学部附属病院 5階講堂