

健康文化

## 絨毛癌との出会い

後藤 節子

卒業後1年間の大垣市民病院でのローテイト研修を修了し、私が名古屋大学産婦人科医局へ入局した頃、42病床数あった旧4C婦人科病棟では絨毛性疾患（絨毛癌および侵入胎状奇胎）の患者さんが、半数を越えるベッドを占めていました。絨毛性疾患とは胎盤栄養膜細胞の異常増殖をともなう疾患群であり、言い換えれば胎児の付属物である胎盤絨毛組織が母体の中で増殖し、時には癌化する一種の移植腫瘍ということが出来ます。胎盤の異常に起因する疾患であるため先行する妊娠に引き続いて発病することが多く、患者は20代-30代が多くを占めます。当時の産婦人科教授であられた故石塚直隆教授が絨毛性疾患の世界的権威であったため、全国より絨毛性疾患患者が集まり、4C病棟で絨毛性疾患患者を多く治療することになっていました。

新入局員の私は絨毛性疾患研究班の基礎研究グループに配属されました。入局早々の私の仕事は、栄養膜細胞が産生する（絨毛性疾患の腫瘍マーカーである）ヒト絨毛性ゴナドトロピン（human Chorionic Gonadotropin ; hCG）の測定でした。当時のhCG測定方法は赤血球凝集阻止反応（測定感度1000mIU/ml）、ウサギ家兎を利用したフリードマン氏反応（測定感度500mIU/ml前後）が各病院が行っていた測定方法でした。しかし名古屋大学では友田講師（現友田豊教授）が米国で開発され、帰国後に即座に臨床導入されたhCG-radioimmunoassay(hCG-RIA)が存在し、その測定感度は20mIU/mlと画期的なものでした。

私は同僚の男性医師とふたりで、そのhCG-RIAによる患者尿中hCGの測定を担当しました。毎週火曜日の教授回診には絨毛性疾患患者の前の週7日間のhCG測定値が判明していなければならず、そのために日曜日から土曜日までの各患者7検体ずつの尿を試験管に0.5mlずつ分注し（現在のようなオートマチックピペットの無い時代ですので、メスピペットに尿を吸いあげる際、誤って尿を口の中へ飲み込んでしまうことが、最初は度々ありました）、さらにアイソトープラベル[125-I]-hCGと抗hCG抗体を加えてインキュベーションしておくのが私の土曜日の役割でした。月曜日には同僚の男性医師がアルコール分離し

た後、アイソトープセンサーで測定した値より二人で標準曲線を作成し、各患者の測定値を翌日の教授回診に間に合うように計算して受け持ち医に報告したものです。全て手製の測定系でしたので、ラベルした[125-I]-hCGが2ヶ月もすると変性し、遊離hCGが多くなり標準曲線の信頼性が失われ検体のhCG測定値が不正確になります。それをまた鋭く石塚教授が見つけたし教授回診中に指摘されるため、アイソトープラベル操作を繰り返したり、時には家兎で抗体作成をやり直したりと、とにかく忙しい仕事でした。

現在では各種の測定キットが商品化されてhCG特異性も測定感度も向上し、測定感度0.5mIU/mlの超微量測定法による結果が、検査をオーダーするのみで医師の手元に届くようになりました。このhCG 0.5mIU/mlの測定感度とは、絨毛癌細胞が患者体内に数千から1万個（体積にして1 $\mu$ ・程度）存在する時に検出される感度です。このため現在では患者体内に残存する絨毛癌細胞数をかなり正確に知ることが出来ますので、絨毛癌患者を徹底的に治療することが可能となってきました。

入局して早々の私には絨毛性疾患患者の担当はなく、半年後くらいから良性疾患である侵入奇胎の患者を受け持つようになり、やがて絨毛癌患者の主治医にもなりました。私の絨毛癌患者第1号のKさんは亡くなりました。Kさんは28歳で第2回目のお産を了えて数ヶ月後の患者さんでした。その分娩は助産所で行ない、仮死状態で女児が誕生したとのことでした。立会った助産婦は「胎盤は少し変わっていて紫色をしていた」とのことでした。（今この分娩経過を推察しますと、おそらく妊娠中の胎盤に絨毛癌が既に発症していて、胎盤内に占めた絨毛癌部分が大きくなり、このために胎盤の本来の機能であるガス交換機能が発揮されず、分娩中の児にも十分な酸素が供給出来ずに仮死状態で出産したものと考えられます。）分娩後に頻発する多量性器出血のためKさんの子宮は既に摘出してあり、そこに絨毛癌の組織が証明されていました。

名古屋大学入院時のKさんの癌病巣は子宮摘出後の膈壁縫合部に露出する鶯卵大の骨盤内絨毛癌と右下肺野と左上肺野に存在する直径約15mmの肺転移巣でした。当時の化学療法剤はmethotrexate(MTX)かActinomycin-D(ACTD)しかなく、しかも現在のような多剤併用療法のプロトコールもなく治療が始まりました。グロブリン製剤も成分輸血も無い時代ですので、白血球数と血小板数を測定しつつACTDを使い始めました。

癌病巣は化学療法に一旦は反応して良い兆候と思いましたが、その後病状は悪化しました。一時的に化学療法に反応した膈壁腫瘍が再度増大し、この腫瘍からの大量出血は私が病棟に泊まり込んでガーゼタンポンしても一晩に3000g

も外出血を来たすようになりました。その膈壁転移巣からの出血を止めるために照射療法をおこなったところ外出血はなくなったのですが、肝臓転移を起こし肝臓破裂により死亡されました。主治医はこの時点では肝臓破裂とは気付かずに骨盤内絨毛癌病巣による腹腔内出血を疑い、毎日増大する患者の腹部を見つつ約1週間で総計10000ccに及ぶ輸血を行ないました。死亡する2-3日前にKさんは、姑と夫に「加奈子(第1子)をよろしく」と頼み、主治医の私に「お世話になりました」と云い、生後まもなく死亡した第2子のところへ行くとおつぶやきました。真夜中にKさんの死を看取った後、私は4C婦人科病棟から医局への渡り廊下を、声をあげて泣きながら帰りました。

しかしその翌朝の彼女の剖検において、癌転移により鬱血し肥大した肝臓に3条に走る破裂創を見た時、私は言葉を失いました。剖検所見を報告した時、石塚教授は「良く面倒を見た」と労いの言葉を掛けてくれましたが、「肝臓機能の異常は無かったのか?」と指摘されました。異常を示す肝臓機能検査データは、死亡後3日目に病棟に届きました。当時肝臓機能検査は4-5日間、末梢血検査結果も翌日にならないと判明しない時代の医療でした。

その後25年余り経過した現在では、絨毛癌は化学療法剤が比較的良く奏効するという本来の性状も相俟って、絨毛癌治療は格段の進歩を遂げ、MTX,ACTD さらに Etoposide を中心とする多剤併用化学療法は定着し、化学療法剤に抵抗する肺転移巣に対する肺手術も両側開胸術が無理なく出来るほどに進歩しました。また脳転移巣に対する脳外科療法も安全性に問題なく採用されるようになり、現在絨毛癌寛解率は100%近くまでに到達しています。私の新入局員時代は、若年婦人が絨毛癌のために毎月1人ずつくらい4C病棟で死亡し、その寛解率は50%前後であったことを思うと夢のようです。

この進歩には化学療法の進歩の他に、前述のhCG測定法の進歩、さらにCTやMRIを初めとする画像診断法により癌病巣を正確に診断したうえでの治療方針の決定、近年では種々のサイトカインを利用する化学療法に対する支持療法も大きく貢献しています。

また社会的には名古屋大学が全国に先駆けて開始した絨毛癌への high risk group である胞状奇胎妊娠後患者の登録管理、さらに厚生省により絨毛性疾患研究班が組織され多大の研究助成をうけたことも絨毛癌死亡の激減に大きく寄与しています。

私は今、医学の進歩を実感できる疾患に医師として携わることが出来たことを幸福に思います。しかし一方で、あのKさんを、さらにAさん、Oさん、Iさん、Sさん、Nさん……を、今だったら救命出来たのにと悔しく思います。

みんな20歳代から30歳代の若い女性です。

やはり、その人その人の一定度の満足が得られる人生が過ごせるように、それを脅かすかもしれない疾病を予防し取り除く医業への努力を、私はこれからも続けてゆきたいと思います。

(名古屋大学医療技術短期大学部教授・看護学科)