

第31回肺癌診断会に参加して(医者生活30年目の節目に) —ユニークで、人間くさく、「私の医者としての青春」そのものであった学会—



琉生病院内科 当間 将盛

胸部XPが胸部診断学の舞台に登場してからやがて115年が経過しようとしている。近年CT・MRI・PETなどいろいろな診断機器が開発され診断学にも新たな地平が切り開かれているが、胸部XPの果たす役割はいまなお低下していない。胸部XPの読影は難しい。そして、小型肺癌のXP診断、特に存在診断(異常を指摘すること)はとても難しい。だからこそ、奥が深く医者を引きつけるものだと私は肺癌に22年取り組んで思う。それに、胸部XPは何年経験を積んでも、診断の難しい症例に日々遭遇する。

この度、去る6月23～25日まで「第31回肺癌診断会」が石川県の片山津温泉のホテルで開かれた。この会のルーツは1975年、国立ガンセンター呼吸器グループの先生方が「がんセンターで研修し、今は全国各地で肺癌臨床に取り組んでいる連中のブラッシュアップを目的とした勉強会を、避暑を兼ねて合宿形式でやろう」と呼びかけ始まったものだ。その後全国持ち回りで開催され(4年前琉球大学放射線科 村山教授が世話人となり沖縄で盛大に開催された)。毎年初夏に約200名の肺癌臨床医を志す若い先生が全国より集まる。

1) さて、まえおきが長くなったが 本題の肺癌診断会の内容を感想交えて紹介する。

1日目①「画像診断セミナー」—画像診断の基礎と典型例を学ぶ。基本的に研修医・肺癌を専門にしようとする若いDRを対象にしている。私を含め多くの壮年医も、ブラッシュアップのため参加する。このセミナーが、全国的に肺癌診断レベルの世代的継承につながっていると長

年参加して思う。スポーツでもなんでも基礎が重要である。繰り返し基礎を学ぶことは重要である。さらに、13年前より日本肺癌学会と共催の形で「画像診断セミナー」の内容が充実・発展してきている。

毎年若いDRが参加してくるが10年もすると学会でも頭角を現して来る。高いモチベーションをこの会で得るのも、成長の原因の1つだと思う。

「既存の区域解剖に乗っ取ったX線診断学」が、この会の基本コンセプトである。故鈴木明先生が国立がんセンターでこの体系を確立し、全国に広まった。その後札幌大学 三内教授で「胸部CTリンパ節基準」「コンピューターによる読影支援」など多く仕事をやられた。この方がおられなければこの会は存在しなかった。実は、肺癌診断会は「0回」(昭和49年)というのがある。そのくだりを鈴木先生自筆の文章で紹介する。特に若い先生に読んでもらいたい。「もう25年も前のことであるが、国立ガンセンターに集まってきた人たち(創世期)は実はお互いのことを知らず、また癌にたいする知識や関心の程度にも様々な差がある大混成部隊であった。その混沌の中から試行錯誤や血の流れるような討論を重ねて夫々に診断・治療の体系が出来上がっていった。その頃より「肺癌グループ」「胃癌グループ」に全国から研修に来るようになった。当時からがんセンターではどのグループでも来られた方々に何でも御見せし、一緒に勉強することで自分達も肥え同時に全国に仲間が増えるのを喜ぶという気風が強かった。ところが、暫くたってみると、それだけではすまされないことが判ってきた。その1番大

きな事は、研修に来られた方が帰られた後、孤軍奮闘する割合には受け入れられる環境に乏しく、なんとか後押ししてほしい、一緒に勉強する仲間がほしいという御要望であった。それで、この会が発足したのである。当時は1週間であった。若い連中が元気になっていくのを見て嬉しかった。」(第12回記録集より) 学問の発展には、厳しい歴史があることを心に刻みたいものである。さて、1960年代 故鈴木先生が新しい体系を提唱当時、先生はある肺癌の大家に「君は、マンガの読みすぎじゃないかね」と揶揄されたそうだ。何事も新しいものを考え出す人への風当たりは、厳しいものである。これを乗り越えてこそ学問は進歩する。

本会は泊り込みで朝から晩まで肺癌診断の実地トレーニングを行う「寺小屋方式の研修会」で、寝食を共にすることで参加者相互の人間的交流も図られている。同時に、開催される地域における肺癌診断技術を向上させ、又最新技術の標準化を維持し全国への新たな普及の役割もある。「国立ガンセンター総長」もTシャツに半ズボンで参加し、朝7時から夜12時まで(あるいは熱き討論で深夜5時まで) ひざを交えて肺癌診断を忌憚なく語り合う会である。この会では、肺癌の大家も研修医も対等に議論する。私は、30歳前後にベテランの先生に酒の力で議論をふっかけ、にこやかに応対してくれた先生が「君、そんなに肺癌診断が好きなら是非うちで研修しなさい。」と言われ、その方ががんセンター総長と分かり冷や汗をかいた体験がある。若気のいたりである。今思い出しても冷や汗が出る。

まず、福井大学教授伊藤春海先生の「伸展固肺標本の観察が正常胸部写真・CTの理解をふかめる。」という演題である。伸展固定肺の標本を示して肺の解剖とX線の対比を学ぶ。きれいなスライドが示され、思わず魅入ってしまう。その多くは「呼吸器CT診断」(金芳堂)という名著の発展したものだ。関心があれば、ぜひ読んでほしい。これが、実に見事で解りやすい。正常解剖の講義を聴く時、たいてい眠くな

るが、肉眼標本と対比するとすごく判り易い。又病変時のXP・CT・マクロ・ミクロの変化と対比するのでさらに興味深く学べる。肺に興味があくと思う。

前縦隔膜・後縦隔膜・minar-fissuarなど1本1本の線が解剖と共に提示される。とても興味深い。XPの1つ1つの線が、重要な意味を持つことを痛感される。次に、4つの演題が続く。

イ) “淡い”抹消型肺癌：単純X線像とCT診断、病理との対応を含めて(国立癌センター国立ガンセンター中央病院・肺癌診断部・楠本昌彦先生

肺癌の見落としやすい部位の症例をたくさんスライドで見せてくれる。その、CT・病理との対比であるので、明日からの臨床に非常に役立つと思う。実践的な講義だ。

“野口の分類”(今、全世界的に増えている腺癌の「予後を加味した末梢小型腺癌の組織学的分類」)をCT・ミクロと対比させながらじっくり学べる。1995年「CANCER」に発表され、予後を反映した簡便な分類として、我が国の臨床ではこの分類が用いられている。

それは、今まで扁平上皮癌は発癌過程が明確であった(過形成一異形成一上皮内癌一浸潤癌)が、腺癌ははっきりしなかった。しかし、Ⅱ型肺胞上皮細胞-AAH(異型腺種様過形成・前癌病変)一A・B型(早期癌)一C型(進行癌)あるいはⅡ型肺胞上皮細胞-D、E、F型(進行癌)と発生と進展が明らかになった。画期的な仕事である。

また、既存の肺胞構造を置換しながら増殖するタイプA、B、Cの内、タイプA・Bは5年生存率100%である。タイプCは75%だ。一方、肺胞構造を破壊しながら増殖するタイプDEFの予後は悪い。現筑波大病理学教授・野口雅之先生の国立がんセンターでの長年の経験の成果だ。このテーマは実践的で私は好きである。

- ロ) 肺癌診療に対するFDG-PETの有用性と問題点一有用性と限界が示された。
- ハ) 末梢性肺野病変に対する呼吸器細胞診一基本的細胞診の見方を身に付けられる。2cm以下の小さい腫瘍の4割はHRCTで経過を見て手術するか決める。無理に気管支ファイバーで細胞診する必要はないとの結論であった。しかし、細胞診できる時、注意点がある。細胞は生体から剥離した瞬間から変性を始める。よって、ブラシの場合、ガラスの塗抹をすばやくし直ちに固定液に入れないと乾燥して判定不能になってしまう。すばやく行うことが重要である。生検カンシも同様である。
- ニ) 胸部CTの読み方と実例一CTの正常解剖から入り、病変がどのようにみえるかを「高分解能CT (HRCT)」を交え、解説される。典型例から珍しい症例まで学べる。
- 今回、CT学会より「小型腫瘍の経過観察のガイドライン」が提示された。

以上の盛りだくさんの講義が、討論を適宜交えながら60～80分ずつ行われた。

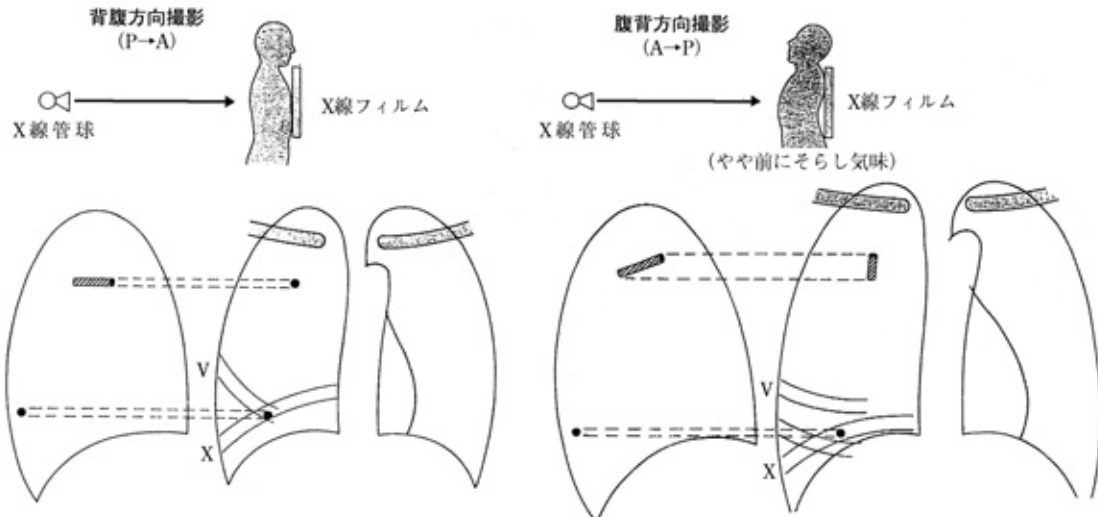
- ②夜は、この会の原点である「シャーカステンを前にして、一本一本の線を大事にして実際にX線を読んでいく」別名私の好きな「夜の診断会」が開かれる。4グループに別れ「各読影指導ブース」をまわる。シャーカステンを前にして生の写真を丁寧に読む。今年のテーマは、
- A) 「肺既存構造を読みませんか？」一既存構造を丁寧に読む事が肺癌の指摘に繋がる事を学ぶ。
- B) 「単純写真で見つけにくい、見つけないといけない肺野型肺癌」一数例を、生の写真を見ながら丁寧に読影して行き、最後にまとめのプリントで整理する。こういう訓練が日常極めてまれであるため、参加者も熱くなる。ここで、読影を指名され自信な

さそうにしていた若い先生が10年後に講師を担当するようになる。「恥をかいてこそ、自分の自信となり血肉になる」と長年参加して実感する。

- C) 「肺癌の単純X線診断一肺門型肺癌を中心に」無気肺について、多数の典型例・非典型例を徹底的に学ぶ。
- しばしば正常と診断しがちな無気肺は、右上葉の完全無気肺・右下葉の無気肺・左下葉の無気肺だ。いずれも気管支を閉塞する腫瘍が比較的小さく、無気肺に陥った肺葉が縦隔側に高度に偏移している場合に、一見正常にみられることがあるので注意が必要だ。
- D) 「微小肺癌のCT診断」一神奈川県立がんセンター・山田新三先生による小型肺癌250例の検討から、1.5cm以内の肺癌、いわゆる一円玉以下の肺癌（小細胞癌を除いて）は、助かるのでこの大きさの肺癌を見つける重要性を学ぶ。たくさんの症例を通して。毎年いろんなテーマで1枚の写真をじっくり見ながら、議論する。多い時は20分かける。

その後、CT・手術時の肉眼像・顕微鏡像につなげて行く。寺小屋式で何でもその場で質問でき、疑問がすぐ解決する。

- ③「夜の交流と診断会」一酒を酌み交わしながら肺癌診断を語る。今年は土屋了介（国立がんセンター中央病院副院長）先生がこの会の為だけにかけて、診断会の成り立ちと歩みを語ってくれた。土屋先生は、多忙な為この時間のみの参加で翌日早朝立たれた。私の恩師である。「癌回廊の明日」（柳田邦夫著）に、土屋先生が肺癌の臨床の新しい課題を切り開く為、わざわざ母校慶応大学心臓外科に人局し「肺癌の心膜浸潤拡大手術」の実現の悪戦苦闘ぶりが描かれている。ぜひ、読んでほしい。



二日目より、肺癌診断会である。

①症例検討会。一前日、シャーカステンに提示された8症例に各自解答を書く。

その症例を、1例ずつ議論しながらXPからミクロまでいねいに吟味していく。

放射線科・内科医・病理医の3者で会場の意見を交えてクイズの様に解き明かしていくユーモアに富んだ議論が展開される。成績優秀者は、表彰される。

②呼吸器外科医の知りたい画像診断

外科医の立場から、画像診断（MRIを含めて）で何を求めているのか明解に示された。

③特別講演「ラベルは語る」一黒龍酒造の水野社長

まぼろしの名酒の歴史とまろやかさの秘密が、おもしろく語られた。この会ではその地方の特別なこと・ものを取り上げ話してもらおう。例えば、写真家・小説家・彫刻家など・あるいは、レクリエーション（四国では、関門海峡めぐり・岐阜では山登りなど）が行われた。

④肺癌の病理—BACとGGO

“野口分類”の筑波大学の野口雅之教授より、スリガラス陰影（GGO）とからめて詳しく解説された。臨床例交え判りやすかった。

3日目。シンポジウム

“胸部CT検診も現状と課題”

“肺ドック”（病院で行われている、人間ドックでのオプションや外来での希望者への検診）と低線量胸部CT検診（住民検診）を明確に分けて言葉を使う重要性が司会者より提示された。“肺ドック”は、I期の肺癌を発見する面で大きな成果を上げている。一方、CT検診はいろいろな問題点があり現状は厳しいようです。しかし、世界的に見ると、欧米でも研究がはじまっており少しずつ発展していくみとおしです。

私は、1986年秋の母校岐阜大学が担当した12回大会から20年連続で参加させてもらっている。その中で、学問だけでなくいろんな先生方との出会い・ふれあいがあった。今、全国各地に会で知り合った仲間がおり困った時に相談したり学会時親交を深めたりしている。又私自身も国立がんセンターで研修させてもらい、その経験を沖縄の「肺癌センター」や「検診センター」の役割をもつ機関で10年生かし、それで今の私があると思う。

最後に、先生方に1つだけこの会から生まれたユニークでとても役に立つ方法を示したい。胸部XP診断は、鎖骨・肋骨の重なり、肺門影・心陰影・血管影・乳頭との重なりがあり、見落としやすい部位が多い。又淡くて異常ととるべきか大変迷う事日常診療で多い。

「その時、1枚のA-P像（腹背像）を撮ることを強くすすめる」

腹背像の場合、上体をやや前に反らし気味の体位で撮影するため、X線管球の入射角度がズレる。そのため前後に重なっていた構造がすべてズレて投影される。「この入射角のズレを利用して」、肺内陰影の位置を推定できる。又その陰影が既存構造・肺動静脈の重なりなのか・鎖骨肋骨の重なりなのか・乳頭など正常構造のものなのか、異常陰影か良く判る。

例えば、前肋骨影と異常影、後肋骨影と異常影との位置関係が、背腹・腹背撮影の2枚のX線像で、どのように移動するかを観察する。図を見ると理解しやすいと思う。

右上肺野の腫瘤状陰影は、A-P像で縦長の血管影と判る。特に、A3bは、間違いやすい。気管支B3bが隣接していること（肺動脈と気管支は、ほぼ平行し、隣接して走る）を知っていることが大事である。しかし、それが判りにくい場合はA-P像1枚で判る。

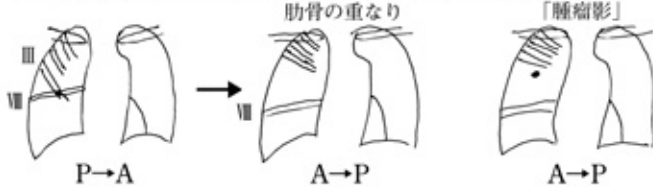
右下肺野の腫瘤状陰影は、第5前肋骨と第10後肋骨の重なりにある。A-P像で第10後肋骨と共に動いているので肺門よりかなり後ろ・背部に近い腫瘤と判る。同時に、肋骨の重なりではないということが判明するので、CTの精査に回すべきと判断できる。

つまり、「腹背像では、前方の構造がより上方に動き、後方の構造がより下方に動くので、

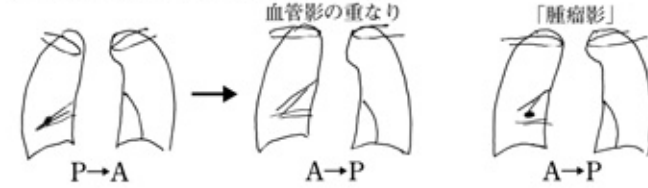
① 右第一肋骨先端部で、腫瘤影が石灰化か透う時—肺密だった症例を少なからず経験した。（いつも、細心の注意を）



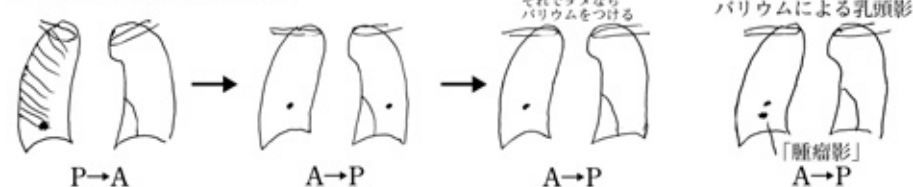
② 右前第3肋骨と後8肋骨の重なりが左のそれ比べて濃く見え「腫瘤影」かどうか透う



③ 右下肺野に血管影の重なりか「腫瘤影」かどうか透う時



④ 片方の下肺野に乳頭影か腫瘤影かどうか



⑤ 右鎖骨と肋骨影の重なりか腫瘤影か透う時（両方の乳頭が写る事が多い）



異常影が肺門より前方か、後方かを見当つけることが可能である。」(これは、若い先生方は知らないと思うがCTのない時代、今ほとんどやらない断層撮影時“淡い影”が側面像で見えず、肺門部より前で切るのか後ろで切るのか決める為に生まれた方法である。肺門より前のは、前の肋骨と共に動き、肺門より後ろの病変は後ろの肋骨と共に動く事を応用したものである。例えば、男性で肺門より前にあれば前3cm～10cmを1cmか・とても小さい腫瘍では5mmで断層を切っていた経験から、生まれたものである。)その経験より、今でも、国立ガンセンターでは初診時はP-A・A-P・側面像の3枚を必ず撮っている。

その利点を、理解を深めるため、良く遭遇する実例を示しながら数例あげる。

ぜひ、やってみてほしい。側面像では確認しがたい微少陰影、あるいは“淡い陰影”の場合かなり有力である。この方法を用いれば、無駄なCTを省くことが出来る。

この方法は、残念ながら沖縄県では、あまり普及していないが全国では、かなり行われている。ぜひ、実施してほしい。外来・病棟・ドック・検診での“淡い肺癌を見つける”診断能力が進歩する事間違いなしである。

3) 私が、この学会に参加するようになった大きな理由を簡単に述べる。

岐阜大学を卒業後山梨県の450床の病院で5年間卒後研修を行った。3年目からは、消化器を専門にした。週160～180件の胃カメラ検査(山梨県の農協検診の8割実施のため)があり、研修医でも年10例前後の早期胃癌を発見できた。

研修後、沖縄で早期胃癌をたくさん見つけたと思い豊見城中央病院に勤務した。しかし、現実には厳しかった。沖縄は胃癌が全国平均の半分と少ないので早期胃癌は年間2～3例しか発見できなかった。同病院には、内分泌専門医で

胃カメラ・気管支ファイバー・心エコーをこなし、血液内科・循環器・呼吸器・消化器・膠原病・人工透析等何でもこなせる内科部長・嘉手納成之先生がいらした。嘉手納先生のおかげで、先生の指導のもとに白血病始めいろんな分野の疾患を経験した。先生ほど内科各分野に造詣の深いドクターはその後も出会った事はない。又、気管支ファイバーも教わり肺癌切除例を年間10例前後発見していた。しかし、自分の未熟さも感じていた。当時、肺癌の手術は琉球大学病院・国立沖縄病院・沖縄赤十字病院と当院の4つの病院でしか出来なかった。

その時、「胃カメラ」より「気管支ファイバー」へ専門を変えることを決意した。

毎年、この会に参加しつつ、そこで知り合った呼吸器ドクターと勉強会をし、診断能力を徐々に上げながら、肺癌手術30年の経験を持つ「李鉄先生」(米国で経験をつんだ・心臓外科も豊富な経験を持つ)に毎年10例以上手術してもらった。この経験が、将来国立ガンセンターでの研修につながっていく。

最後に、若い先生方に強く訴えたい。参加すると、人生観変わること、まちがいない。末舛恵一(当時国立ガンセンター総長)が「この会の良いところいくつもありますが、ボスがいなことがいちばんいいことです。この会は、学会とも違う。かといって講習会のように一方通行で与えられる会では決してない。学問として考えれば、中心は実学です。自らの今日の臨床に役立てるために聞き、他の人々の今日の臨床に役立つと思って自分の経験と工夫を語る。これです。」と第12回(岐阜で開催)記録集で述べておられる。

今年は、山口大学放射線科の主催。山口市湯田温泉で開催される(6月29日～7月1日)。ぜひ、参加を。(第32回肺癌診断会事務局 TEL: 0836-22-2283)