

医学と医療：最近思うこと

—EBM(科学的根拠に基づいた医学)及び いわゆる“セカンドオピニオン”に関連して—

米川 泰弘



米川 泰弘 / よねかわ・やすひろ
1939年、三重県津市生まれ。64年、京都大学医学部卒業。京都大学医学部助教授、国立循環
器病センター・脳神経外科部長などを経て、93年より、チューリッヒ大学脳神経外科主任教授。
▶ チューリッヒ大学病院 <http://www.usz.ch/>

先日、私どもの主催で近隣地域の医師、医学者たちのために、グリオブラストーマ(神経膠芽腫、43号参照)及び転移性の脳腫瘍について啓蒙と意見交換のためのシンポジウムを開催した。副題はその分子生物学から最新の治療までである。イギリス、イタリア、ドイツ、フランスなどのこの分野において第一線で活躍中の研究者や専門医を招待し、最新の知見を講演してもらった。私にとっても大変勉強になったのだが、その一方で私が日頃から持っている思いや疑問も強く頭をもたげてきたのである。

最近、EBM(Evidence-based Medicine科学的根拠に基づいた医学)、あるいは“セカンドオピニオン”などという言葉がよく聞かれるようになってきた。科学的根拠というのは、例えばある疾患に対する新しい治療法が開発されたとき、この治療法が従来のものに比べてより有効であることを証明するために、多数の患者から無作為のくじ引き試験(ランダム化ドブライアル)をして治療の優劣を調査するのである。その結果を統計的に処理したものを医学の根拠にするのもEBMである。そして効果のあったものを現実の医療に採用し、効果のなかったもの、効果の劣るものを場合によっては医療から抹殺してしまうのである。例えば脳神経外科の分野においては、1980年代の初めに国際的多施設共同研究(北米、ヨーロッパ、アジアからの計57施設が参加)が行われた。テーマは「脳血管閉塞の患者に頭蓋外—頭蓋内動脈吻合術(EC-ICバイパス手術、44号参照)を施行して、脳梗塞再発防止に効果があるのか」であった。研究資金は米国の国立保健衛生研究所(NIH)が拠出し、本部をカナダのウェスタン・オンタリオ大学に置き、日本もこの研究に参加した。日本事務局の実務は私が担当した。世界中の多くの患者を対象にして、手術をしたグループとしないグループに振り分けて5年間追跡調査をし、統計処理をした結果、最終的にはバイパス手術に脳梗塞再発防止効果があるという決定的なことは証明されなかった。この結論は統計学的に文句のつけようがないものであるが、振り返って方法論など細部を検討すると、まだまだ議論の余地がたくさんあった。しかし当時発表されたこのEBMの結論の波及効果は大きく、米国では脳梗塞予防の目的で行われるバイパス手術には保険会社から保険金は支払われないことになったという。またたくさん

の脳神経外科医がバイパス手術から手を引いたし、若い医師たちも実験室で真剣に微小血管吻合に取り組み修練することが少なくなったのである。ヨーロッパでも、デンマークではバイパス手術ができる脳神経外科医が定年退職していなくなってしまったので、例えばモヤモヤ病(44号参照)の患者の手術が必要になった場合には、国が患者に資金援助をして、チューリッヒの私の所に手術を受けに来ていたという事態になっているのである。

さて冒頭のグリオブラストーマのシンポジウムでのことである。この悪性腫瘍に対して化学療法として種々の薬剤を適用して与え、効果をみる共同研究の中枢にいる2人の講演を聴いた。理路整然としていて話も面白かったが、結局のところ内容は新薬の薬理作用、調査研究の方法、たくさん患者へ投与しての統計処理による効果の比較がすべてという感じがした。ふと、彼らは自分の目の前にいる現実の患者一人一人に対してどういう治療をしているのだろうかとも思った。若い頃私がそうだったかもしれないように、研究の中枢のメンバーにありがちな、個々のことは気にしない一種の傲慢さを感じ取ったからである。私は常々若い医師たちに、治療にあたるとき、金科玉条の如く研究の結果をいつでもどの人にも当てはめるのではなくて、患者の全身状態、年齢、その病気に關しての余命、QOL、患者の満足感、家族周囲の満足感などを鑑みて、一人一人に合った適切な治療をしていかなければならないと言っている。また自分自身もそのように努めているつもりである。

“セカンドオピニオン”も最近一般によく口にされるが、私どもから考えるとどうにもやりきれない思いがするときがある。ある疾患の治療に關して複数の医師に意見を言わせ、その中で納得できた方法を患者の側が選択するというのは確かに合理的に思える。しかし根底には医師不信、医療不信がある場合が多いのではないかと思われる。例えば図に示すこの30歳の男性患者は、右上肢の小指側に強いしびれ感の自覚症状があり、さる大学病院で精査したところ延髄脊髄の腫瘍と診断されて、パイオプシー(生検)の後、放射線治療を受けていた。けれども周囲の人に促されて私の所に意見を聞きに来た。セカンドオピニオンである。MRIの写真をみると、延髄から頸髄の第1番に広がる髄内のエベンディモーマ神経上皮腫である。これはマイクロサージェリーによる手術ですべて摘出できる腫瘍で、



A.



B. Air



C.

- A. 術前のMRI写真側面像。延髄から高位頸髄に広がる髄内腫瘍エベンディモ-マ(←)を示す。
- B. 術後のCT写真側面像。腫瘍全摘出後の空洞(←)の一部に空気が残存している。脳室の中にも空気を認める。この空気は座位手術の際、脳脊髄液が流出して、空気に置き換わることによる。この空気は数日で自然にすべて吸収され、再び脳脊髄液で満たされる。
- C. 退院前の患者立位写真。片足立ちも可能、麻痺もないことが分かる。

その後の放射線治療もまずいらない良性の腫瘍なので、「直ちに放射線治療をやめて、摘出治療するのがよい」という意見を言った。しかし今治療を受けている大学病院では、「この腫瘍の位置の関係上、摘出すると四肢麻痺、呼吸困難に陥る危険性が大きい」と言われて放射線治療を勧められ、受けているわけであるから、今回ほとんど正反対のことを言う私の意見が信じられないのである。結局今度はサードオピニオンを求めて、また別の大学病院を訪れ、そこでは「摘出できるのではないか」との意見を得て再び私の所に戻って来たのである。弁護士をめざしているこの患者は、術前術後を合わせて約10日間の入院の後、腫瘍と不必要な放射線照射から解放され、四肢麻痺もなく歩行退院していった。

かといえば、ドイツの若い外科医の場合は、浸潤性(腫瘍が正常組織と混ざり合って発育する)のグリオーマが視床下部、視床、脳幹に広がり残念ながら摘出手術はできないので、当科で行った生検による病理学的所見に従い、当院の放射線科で放射線治療というプランになっていた。しかしそれに納得できない家族は、生検後もまだあちこちに問い合わせ、結局米国で放射線治療を受けということになったが、問い合わせている間にグリオーマが更に増殖発育し水頭症を併発したので、放射線治療を開始する前にあちでシャントの手術をしなければならなかったのである。家族はその手術費用を当科に請求してきたが、筋道を立てて断った。

患者側は、いつでもあらゆる医師がある程度同じ経験レベル、知識を持っているように思い、その前提でセカンドオピニオン、サードオピニオンを求めていくのであろうが、現実には必ずしもそうではないし、それが混乱の原因になることもある。また正解を求めてあちこち迷ううちに、予期しなかった病気の進展をみることもある。

このようにEBMにしろ、セカンドオピニオンにしろ、一見正しい治療選択の手段に見えるが、その落とし穴には注意が必要である。私達医師の側で注意できることといえば、結局日常診療における患者との信頼関係に基づいた手作り医療しかないのではないかと考える。いわゆるEBMを念頭に置きながら、目の前の患者にはその個人、状態に応じて自分の経験を加味して治療を行うのである。私どもの脳神経外科では、伝統的に術前の手術の説明は前日に必ず術者自身が行う。手術の冒頭に患者の体位をとり、頭部を固定するときには、

必ず術者がこれを行う。こうすることによって患者を取り違えることなどは起こり得ないし、左右を取り違えて開頭することなどあり得ない。同時に頭位の角度の少しの違い、開頭範囲のわずかな差で手術が困難になることを、術者自らが準備にあたることで防げるという利点もある。手術中に複数の術者と助手が手を出していくうちに途中で何らかの事故が突発し、責任の所在がうやむやになるようなことは論外である。術者一人による“skin to skin”の手術(皮膚切開から開始して最後の皮膚縫合を終了して完結すること)は私の科での伝統的な原則である。また術後は患者が麻酔から覚め次第、すぐに患者の状態を自分の目で確認する。こうする間に医師と患者、家族との信頼関係が培われる。信頼関係が確立すれば、その治療の経過中にセカンドオピニオン、サードオピニオンなどは入りこむ余地がなくなるであろう。

またあまりにも後輩の教育を意識しすぎて、手術施行を若い後輩・代理に任せる、あるいは多くの医師が集団で施行するというのは真の医療、治療にそぐわないと思う。それでは大学病院としての後輩医師の育成はどうなるかと聞かれれば、この方法でも後輩は十分育つはずであると答えたい。若い頃、私がここチューリッヒで受けた徒弟制度にも似た指導がまさにそうであったからである。患者さん本人にとってはかけがえのない命、そしてその家族の人生もかかっているのである。まだまだ未熟であれば難しい手術に着手するのを控え、何よりもまず“よく見て覚える”ことから始めなければならない。そしてまた前述の治療方針の基本を理解体得してもらうことが、よい後輩が育つことの第一歩であると思う。

医療に莫大な金がかかるのは世界中どこも変わらず、ここチューリッヒ大学病院でも金のかからない医療をめざした運営・経営方針が叫ばれ、米国流の合理的、効率第一主義制度に向けているいる改革中である。チューリッヒ州政府は、その実現を外部のドイツの業者に委託して推進中である。私の提唱するような手作り医療の考えは、こうした流れに掉さすようなものであることが多く、私のような者にとって住み難い世の中になってきた。ただ、人の生命、健康に長く携わってきた者として、医学、医療の本質の立場から自分の信念に基づいた発言をすることは大切であると考え、行動していきたい。