

緒言

富田 勝郎*

脊椎転移癌の治療は難しい。「癌転移である以上、当然、癌の末期状態と認識しなければならない」という厳然とした医学的事実を前にして考えれば考えるほど、治療に勇気がでなくなり絶望的になる。また脊椎転移癌の病像をとらえようとしても、個々まちまちで、画一的にはとらえがたい代物である。ましてや治療方針となれば、これに対面している医師や患者の思惑により大いに揺れ動くので、客観的な焦点が定まらず、難しい。

脊椎転移癌は一方で「脊髄麻痺」という脅しを見せつける。人間の尊厳を傷つけるこのみじめな脊髄麻痺を避けようとして脊髄除圧術にのみ専念した時代もあった。それはそれでいいとしても、もともと脊髄麻痺そのもので命を失くすることもなければ、麻痺が改善しても一時的な気休めの場合が多く、生命に絡む根本的な問題が解決するわけではなかった。

こうした背景から脊髄麻痺と生命予後の両方を視野に入れた手術、即ち脊椎癌全摘出術が行われるようになった。そして現在では脊椎転移癌患者に対して、ホスピスケア(非手術)から放射線治療・化学療法はもちろんのこと、脊髄除圧術、脊椎癌全摘術にいたるまでのいくつかの治療選択肢が揃うようになった。

そこで今回の誌上シンポジウムでは、どちらかという脊椎癌病巣切除術の方向にベクトルをややシフトした。この方向の手術は、マクドナルドハンバーガーのように一定のマニュアルのもとでだれでもが画一的に生産できるというものではない。また、大量生産するようにただ症例数をこなしていればよいというような手術でもない。症例に応じて1例1例、術者が全精力を傾けてはじめて成果が見えてくる手術である。また、手術侵襲が大きいことは今後の重要な課題であるとしても、現時点では高度な技量を備えた脊椎外科医としっかりしたバックアップ体制が整っている施設でのみ許される段階である。しかもリスクが高い割には医療利潤追求の点からみればまったく割りに合わない。しかしこれらは臓器移植手術などと同じく先進医療のたどる道と同じと考えれば、むし

* 金沢大学大学院医学研究科整形外科科学教授

ろ当然のことなのであろう。

これらの手術を含めた脊椎転移癌の治療方針については、癌治療の進歩に伴ってまだまだ変容し続けるだろうし、これらの治療を EBM の立場から議論するにはまだまだである。しかし、絶望を希望に転換できた感触を持つ症例が 3 例 5 例と重なり、持ち寄って検討されるうちに、少しずつ望ましい方向があぶり出されてくるであろう。

この誌上シンポジウムが脊椎転移癌の治療の進歩にいささかなりとも貢献していることを期待したい。
