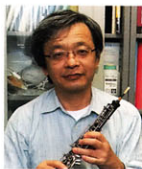


万波移植の特異性

堤 寛



会の論理を宇和島に持ち込む強引さにあると気づくのに、私はだいぶ時間を要した。

万波 誠医師と患者は、年余にわたる深い人間関係を築いている。一緒に釣りに行く友人が病院では患者。生活保

2006年末、難波絳二先生の推薦で、私は宇和島徳洲会病院の病腎移植問題の専門委員会 外部評価委員に指名された。私は学会代表でも移植医療の専門家でもない、唯一自由な立場の医師だった。専門委員会では、ドナー腎全摘の是非が論じられ、多くの症例で「腎全摘の適応なし」(腎臓をまるごと摘出すべきでなかった)と結論された。腎臓は大きさによらず腎全摘されるのを実感してきた病理診断医として、小径腎癌の標準治療は腎部分切除という主張に納得できず、異議を唱えた。

病気の腎臓は移植に使わないとする日本移植学会の主張は、本質的な矛盾を内包する。40歳以上では、動脈硬化や糸球体硬化など、腎臓は何らかの病変があり、病変のない中年以降の臓器はまずない。死体腎移植を考えよう。そこでは、血圧低下の結果「ショック腎」(病理学的に急性尿細管壊死)に陥った「病的な」腎臓が移植される。病気の腎臓が不適なら、死体腎移植は成立しない。

小径腎癌は部分切除が標準治療であると主張する一方、全摘出した腎臓から癌の部分を目視下に部分切除して移植に用いる病腎移植は再発・転移のリスクが大きいという日本移植学会の論旨は、明らかに自己矛盾している。再発が怖いなら、腎癌のある腎臓は全例 全摘すべきだろう。

万波移植の特異点を考えてみよう。

移植医療は、通常 都会の大病院で行なわれる高度で先進的な医療であり、日本移植学会の指導者を含む多くの医療者は、その前提で移植医療に取り組んでいる。とびぬけて「術」に長けた万波誠医師は、あの宇和島という地方都市の、常勤医師数がわずか8名の宇和島徳洲会病院(最近12名に増えたそう)で、腎移植を実践する。そのこと自体 ミラクルだ。万波移植手術の人員は多くて3名。世界中探しても、おそらくそんな病院はなかろう。病腎移植の議論で感じた違和感は、都

護を受けている患者が少なくないため、万波医師は患者に金を貸す。そんな宇和島という町で行なわれた地域医療。「病腎」でもいいから、血液透析を離脱して早く仕事をしたい。

万波移植のレシピエントの大半が、2回目以降の移植だった点は特筆される(計42例中2例は4回目の移植)。移植腎は10-20年の経過で慢性拒絶の状態に陥り、患者は血液透析に戻る(移植腎の平均生着期間は生体腎で17.9年、死体腎で11.3年)。そうなった人にとって、家族から腎臓を提供されない限り、2度目の腎移植のチャンスはまずない。移植ネットワークに登録した透析患者の移植待ち時間は、1回目で17年が日本の現状。万波医師は、2度目の移植を強く待ち望む人の希望を叶えた。

血液透析を長期続けると、萎縮した腎臓に嚢胞が多発し、「後天性多嚢胞腎」から腎癌が発生する点も重要である。多嚢胞腎に10年血液透析をさらに続けると、実に4.9%に腎癌が生じる。移植病腎における小径腎癌の再発率よりずっと高い。

万波医師を中心とする「瀬戸内グループ」の腎移植の手腕は、700例に達する日本一の実績のもと、最高級レベルにある。癒着が強く困難度の高い3回目、4回目の手術もこなす。小径腎癌の多くに部分切除を標準的に実践し、腎臓を摘出して患部を除去した後、その患者に戻す自家移植も、日本最高の20例の実績。そんなブラックジャック移植医に対して、日本移植学会は小径腎癌の標準治療や自家腎移植を指南する。何かおかしい。

文 献 1) 堤 寛:「病腎移植」禁止の動きに異議あり。ミクросコピア 24: 200-6, 2007.

2) 堤 寛:病腎移植(レスタ腎移植):知られざる事実。現代医学 56: 247-54, 2008.

つつみ ゆたか 藤田保健衛生大学医学部 教授, 1980年慶応義塾大学大学院 修了, 病理専門医
<http://info.fujita-hu.ac.jp/pathology/>